

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SECTOR SALUD

PRIVADA EN LIMA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN

ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS GLOBALES

OTORGADO POR LA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Y

MASTER IN BUSINESS MANAGEMENT OTORGADO POR TULANE

UNIVERSITY

PRESENTADA POR

Ralph Fernando Alosilla-Velazco Vera

Pier Carlo José Levaggi Muttini

Adriana Carolina Peña Noval

Jaime Javier Rodríguez-Frías Chávez

Asesor: Juan Manuel Aguilar

Santiago de Surco, noviembre de 2012

Agradecimientos

Un agradecimiento sincero a nuestros asesores, profesores y profesionales consultados, quiénes con sus conocimientos y consejos hicieron posible la realización del presente documento el cual esperamos que contribuya al desarrollo del sector de salud privada en Lima.



Dedicatorias

A Teresa, mi bella esposa por su incondicional apoyo y paciente amor. A mis adorados hijos Tadeo y Matías por ser mi inagotable fuente de energía. A mis padres por educarme en el amor a Cristo, y a Dios y a la Virgen Inmaculada por ser tan generosos en sus bendiciones.

Ralph Fernando-Alosilla-Velazco Vera

A mis hijas Chiara y Mia a quienes amo profundamente y son la razón para esforzarme cada día en ser mejor padre y mejor profesional. A la compañera de mi vida, Gaby, por su apoyo, comprensión, amor incondicional y sobre todo paciencia.

Gracias por soportar mis ausencias y por el tiempo que no estuve con ustedes, su apoyo fue incondicional. A mis “viejos” y hermana Leyla, por sus consejos y aliento.

A todos mis compañeros del MBA, en especial a Ralph, Adri, y Jaime (Pio)

Gracias.

Pier Carlo José-Levaggi Muttini

A mi esposo Manzur, por su amor incondicional, paciencia y apoyo constante.

A mi hijo Tárek, por ser mi fuente de energía e inspirarme a ser cada vez mejor persona. A mis padres y hermana por sus consejos y enseñanzas que han sido los cimientos en mi vida.

Adriana Carolina-Peña Noval

A mi esposa Chana, a mis padres, hermanos y amigos.

Jaime Javier-Rodríguez-Frías Chávez

Resumen Ejecutivo

El sector salud privada en Lima crece a un ritmo de 10% impulsado por el incremento del poder adquisitivo de la población, motivado por la mejora de la economía del país y por la creciente preocupación por la salud y su enfoque en la prevención, lo que ha despertado el interés de grupos empresariales peruanos y del extranjero.

El crecimiento del sector se sustenta en el prestigio de las clínicas y su plana médica, la adecuada infraestructura y su moderna tecnología, complementada con la calidad y calidez ofrecidas. Adicionalmente un factor clave del incremento de la demanda es la mala calidad en la atención del sector de salud pública.

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

Al año 2012 solo tres clínicas limeñas se encuentran en el ranking de los mejores 40 establecimientos de salud de Latinoamérica, donde las principales oportunidades de mejora para asegurar que más clínicas de Lima califiquen en el ranking, están relacionadas con la seguridad, capacidad de investigación, y prestigio regionalmente.

De otro lado, el bajo poder de negociación con respecto a las entidades prestadoras de salud (EPS), es una debilidad debido a la verticalización y oligopolio de las EPS, situación que el sector salud privada en Lima está enfrentando de manera creativa, creando planes propios de salud personalizados a la realidad de las zonas que atiende.

En ese sentido, el presente plan plantea como estrategias, para llegar a ser un referente en Latinoamérica, reconocido por pacientes nacionales y extranjeros: (a)

penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres *conos* de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender, (b) desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender, (c) alianza estratégica entre las clínicas más importantes y con capacidad de atención de extranjeros, para posicionarse en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud, (d) integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada, y (e) desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país.



Abstract

The private health sector in Lima grows at a rate of 10% driven by the increased purchasing power of the population, motivated by the improvement on the country's economic growth and the actual population concern for health and focus on prevention treatments. This has attracted the interest of peruvian and overseas business groups.

The sector's growth is based on the prestige of the medical clinics and staff, adequate infrastructure and modern technology, complemented by the quality and warmth offered. Additionally, a key factor of the increase in demand is the poor quality of care in the public health sector.

However there is a risk of failing to meet the increasing demand due to insufficient infrastructure, especially in emerging districts of the city. It becomes critical situation due to lack of suitable premises and land for the building of clinics and medical centers.

By 2012 only three clinics in Lima are part of the ranking of the top 40 health facilities in Latin America, where the main opportunities for improvement to ensure that more clinics in Lima qualify in the ranking, are related to safety, research capacity and regional prestige.

On the other hand the low bargaining power with respect to Health Care Providers (EPS, for its acronym in spanish) is a weakness due to the vertical integration and EPS oligopoly, situation that the private health sector Lima is facing creatively, creating their own customized health plans in the areas it serves.

In that sense, this plan proposes as strategies to become a reference in Latin America, recognized by national and international patients: (a) market penetration with increasing decentralized infrastructure in the three Lima cones, according to the

geographical needs to address, (b) development of health plans tailored to the needs of the segments to be served, (c) strategic alliance between the most important local clinics that are in position to attend foreign patients, to position in the international market as an attractive place for health tourism, (d) horizontal integration in the form of public-private strategic alliance, and (e) development of products for remote diagnosis and treatment for the usage of telemedicine by prestigious doctors outside the city and the country.



Tabla de Contenidos

Lista de Tablas	xiii
Lista de Figuras.....	xvi
El Proceso Estratégico: Una Visión General	xvii
Capítulo I: Situación General del Sector Salud Privada en Lima.....	1
1.1 Situación General	1
1.2 Conclusiones.....	17
Capítulo II: Visión, Misión, Valores y Código de Ética	20
2.1 Antecedentes.....	20
2.2 Declaración de la Visión	21
2.3 Declaración de la Misión.....	22
2.4 Valores.....	22
2.5 Código de Ética	23
2.6 Conclusiones del Capítulo	24
Capítulo III: Análisis Externo	25
3.1 Análisis Tridimensional de las Naciones	25
3.1.1 Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN).....	25
3.1.2 Potencial nacional	27
3.1.3 Principios cardinales	45
3.1.4 Influencia del análisis en el sector salud.....	47
3.2 Análisis de la Competitividad Nacional	48
3.2.1 Condiciones de los factores	49
3.2.2 Condición de la demanda.....	50
3.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad entre las empresas	53
3.2.4 Sectores relacionados de apoyo	55

3.2.5 Influencia del análisis en el sector salud privada en Lima.....	56
3.3 Análisis del Entorno PESTE	57
3.3.1 Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P)	57
3.3.2 Fuerzas económicas y financieras (E).....	60
3.3.3 Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)	62
3.3.4 Fuerzas tecnológicas y científicas (T).....	65
3.3.5 Fuerzas ecológicas y ambientales (E)	66
3.4 Matriz de Evaluación de Factores Externos (EFE)	66
3.5 El Sector Salud Privada en Lima y sus Competidores	68
3.5.1 Poder de negociación de los proveedores	68
3.5.2 Poder de negociación de los compradores	69
3.5.3 Amenaza de los sustitutos.....	72
3.5.4 Amenaza de los entrantes.....	73
3.5.5 Rivalidad de los competidores	77
3.6 El Sector Salud Privada en Lima y sus Referentes.....	78
3.7 Matriz de Perfil Competitivo (PC) y Matriz de Perfil Referencial (MPR)	81
3.8 Conclusiones.....	85
Capítulo IV: Evaluación Interna.....	88
4.1 Análisis Interno AMOFHIT	88
4.1.1 Administración y gerencia (A).....	88
4.1.2 Marketing y ventas (M)	92
4.1.3 Operaciones y logística. Infraestructura (O).....	98
4.1.4 Finanzas y contabilidad (F).....	100
4.1.5 Recursos humanos (H).....	104
4.1.6 Sistemas de información y comunicaciones (I)	105

4.1.7 Tecnología e investigación y desarrollo (T)	109
4.2 Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)	111
4.3 Conclusiones.....	112
Capítulo V: Intereses del Sector Salud Privada en Lima y Objetivos a Largo	
Plazo	113
5.1 Intereses del Sector Salud Privada en Lima	113
5.2 Potencial del Sector Salud Privada en Lima.....	113
5.3 Principios Cardinales.....	118
5.4 Matriz de Intereses del Sector Salud Privada en Lima.....	122
5.5 Objetivos a Largo Plazo	124
5.6 Conclusiones.....	128
Capítulo VI: El Proceso Estratégico	130
6.1 Matriz FODA.....	130
6.2 Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (PEYEA)	132
6.3 Matriz Boston Consulting Group (BCG)	137
6.4 Matriz Interna y Externa (IE)	139
6.5 Matriz de la Gran Estrategia (GE).....	142
6.6 Matriz de Decisión	142
6.7 Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE).....	144
6.8 Matriz Rumelt.....	147
6.9 Matriz de Ética	147
6.10 Estrategias Retenidas y de Contingencia.....	149
6.11 Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo.....	149
6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores	150
6.13 Conclusiones.....	150

Capítulo VII: Implementación Estratégica	153
7.1 Objetivos a Corto Plazo.....	153
7.2 Recursos Asignados a los OCP	158
7.3 Políticas de cada Estrategia	164
7.4 Estructura del Sector de Salud Privada en Lima	166
7.5 Medioambiente y Ecología-Responsabilidad Social	167
7.6 Recursos Humanos	168
7.7 Gestión del Cambio	170
7.8 Conclusiones.....	173
Capítulo VIII: Evaluación Estratégica	174
8.1 Perspectivas de Control	174
8.1.1 Aprendizaje interno.....	174
8.1.2 Procesos	175
8.1.3 Clientes	176
8.1.4 Perspectiva financiera	178
8.2 Tablero de Control Integrado	178
8.3 Conclusiones.....	178
Capítulo IX: Competitividad del Sector	181
9.1 Análisis Competitivo del Sector Salud Privada en Lima	181
9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas del Sector	181
9.3 Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Sector	188
9.4 Conclusiones.....	192
Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones.....	194
10.1 Plan Estratégico Integral.....	194
10.2 Conclusiones.....	194

10.3 Recomendaciones	199
10.4 Futuro del Sector Salud Privada en Lima.....	200
Referencias.....	201
Apéndice A: Entrevistas a Expertos.....	214



Lista de Tablas

Tabla 1.	<i>Gasto en Salud Total América Latina y El Caribe (% del PBI)</i>	4
Tabla 2.	<i>Gasto en Salud Per Cápita América Latina y El Caribe (US\$)</i>	4
Tabla 3.	<i>Gasto en Salud per Cápita (US\$, %)</i>	8
Tabla 4.	<i>Gasto en Salud Total (% del PBI)</i>	9
Tabla 5.	<i>Perú: Población Afiliada a Seguro de Salud, según Tipo de Seguro</i> <i>(% respecto del total de población)</i>	10
Tabla 6.	<i>Establecimientos del Sector Salud por Región</i>	11
Tabla 7.	<i>Camas Hospitalarias en Funcionamiento del MINSA y EsSalud por</i> <i>Región. Perú 2007</i>	12
Tabla 8.	<i>Camas Hospitalarias por 1,000 Habitantes (Unidades)</i>	13
Tabla 9.	<i>Perú: Población con algún Problema de Salud, según Lugar o</i> <i>Establecimiento de Consulta. Trimestre Enero –Febrero –Marzo</i> <i>2011 –2012</i>	14
Tabla 10.	<i>Consumo Individual por Categoría 2005 (MM US\$)</i>	17
Tabla 11.	<i>Matriz de Intereses Nacionales (MIN)</i>	26
Tabla 12.	<i>Perú: Población Total Estimada y Proyectada, según Años</i> <i>Calendarios 1990-2050</i>	28
Tabla 13.	<i>Perú: Población por Grupos de Edad, 1993, 2007 y 2010</i>	29
Tabla 14.	<i>Indicadores Demográficos 2010 Perú y Países de la Región</i>	33
Tabla 15.	<i>Indicadores Sociales 2010. Perú y Países de la Región</i>	34
Tabla 16.	<i>PBI (US\$ Corriente 2010). Perú y Países de la Región</i>	37
Tabla 17.	<i>Gasto Social Básico según Función, 2002-2009 (Millones de Nuevos</i> <i>Soles Corrientes)</i>	42
Tabla 18.	<i>Gasto Militar como Porcentaje del PBI. Perú y otros Países de la</i> <i>Región, 2011</i>	44

Tabla 19. <i>Principales Inversiones de las Clínicas en Perú (US\$)</i>	61
Tabla 20. <i>Ingresos Familiares Promedio, 2011 por NSE (S/.)</i>	62
Tabla 21. <i>Matriz de Evaluación de Factores Externos (EFE)</i>	67
Tabla 22. <i>Aportes EPS Mayo 2012</i>	70
Tabla 23. <i>Afiliaciones Enero 2012</i>	70
Tabla 24. <i>Número de Hospitales en Lima con más de 10 Camas Hospitalarias</i>	71
Tabla 25. <i>Empresas Relacionadas al Sector Salud con Mayor Facturación</i> <i>Promedio (Miles US\$)</i>	74
Tabla 26. <i>Empresas Relacionadas al Sector Salud con Mayor Facturación</i> <i>Promedio: Actividades de Hospitales (Miles US\$)</i>	75
Tabla 27. <i>Análisis de la Atractividad del Sector Salud Privada en Lima</i>	80
Tabla 28. <i>Matriz de Perfil Competitivo</i>	84
Tabla 29. <i>Matriz Perfil Referencia</i>	85
Tabla 30. <i>Misión y Visión de las Principales Clínicas de Lima</i>	93
Tabla 31. <i>Planes de Salud de las Principales Clínicas de Lima</i>	94
Tabla 32. <i>Componentes del Índice de Precios de Cuidado, Conservación de la</i> <i>Salud y Servicios Médicos. Perú, 1195-2005 (1995=100)</i>	101
Tabla 33. <i>Matriz de Evaluación de Factores Internos</i>	111
Tabla 34. <i>Matriz de Intereses del Sector</i>	123
Tabla 35. <i>Ranking de Clínicas de 1 a 20</i>	126
Tabla 36. <i>Matriz FODA</i>	133
Tabla 37. <i>Factores Estratégicos Externos</i>	134
Tabla 38. <i>Factores Estratégicos Internos</i>	135
Tabla 39. <i>Matriz de Decisión del Sector de Salud Privada en Lima</i>	145
Tabla 40. <i>Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico</i>	146
Tabla 41. <i>Matriz de Rumelt</i>	147

Tabla 42. <i>Matriz de Estrategias Retenidas y de Contingencia</i>	149
Tabla 43. <i>Matriz de Estrategias vs Objetivos a Largo Plazo</i>	151
Tabla 44. <i>Matriz de Posibles Competidores</i>	152
Tabla 45. <i>OCP1</i>	154
Tabla 46. <i>OCP2</i>	155
Tabla 47. <i>OCP3</i>	156
Tabla 48. <i>OCP4</i>	157
Tabla 49. <i>OCP5</i>	158
Tabla 50. <i>OCP1 con Recursos</i>	159
Tabla 51. <i>OCP2 con Recursos</i>	160
Tabla 52. <i>OCP3 con Recursos</i>	161
Tabla 53. <i>OCP4 con Recursos</i>	162
Tabla 54. <i>OCP5 con Recursos</i>	163
Tabla 55. <i>Perspectiva de Aprendizaje Interno</i>	175
Tabla 56. <i>Perspectiva Procesos</i>	176
Tabla 57. <i>Perspectiva Clientes</i>	177
Tabla 58. <i>Perspectiva Financiera</i>	179
Tabla 59. <i>Plan Integral Estratégico del Sector Salud Privada en Lima</i>	195

Lista de Figuras

<i>Figura 0.</i> Modelo Secuencial del Proceso Estratégico.	xvii
<i>Figura 1.</i> Dependencia demográfica según componentes. Perú 1950–2080.....	6
<i>Figura 2.</i> Año en que terminaría el bono demográfico en el Perú según regiones.....	6
<i>Figura 3.</i> Mercado de servicios de salud.....	15
<i>Figura 4.</i> Perú: Pirámide de población censada, 1993 y 2007 (en %).	29
<i>Figura 5.</i> Pirámide socioeconómica del Perú 2011.....	31
<i>Figura 6.</i> Ingreso mensual promedio declarado.	31
<i>Figura 7.</i> Atención de la salud.....	32
<i>Figura 8.</i> Afiliación a sistemas de salud y pensiones del jefe de hogar.	33
<i>Figura 9.</i> Índice Competitividad Regional Salud 2011	39
<i>Figura 10.</i> Afiliación a un seguro de salud.	40
<i>Figura 11.</i> Conflictos sociales registrados mes a mes.....	41
<i>Figura 12.</i> Análisis competitivo del sector salud privada en Lima.....	79
<i>Figura 13.</i> Índice de precios de salud y del consumidor-Perú, 1995-2005.....	102
<i>Figura 14.</i> Porcentaje de liquidaciones por mecanismo de pago EPS 2009.	103
<i>Figura 15.</i> Matriz PEYEA.....	136
<i>Figura 16.</i> Matriz Boston Consulting Group.....	140
<i>Figura 17.</i> Matriz Interna y Externa.....	141
<i>Figura 18.</i> Matriz de la Gran Estrategia del sector salud privada en Lima.....	143
<i>Figura 19.</i> Matriz de Ética.....	148
<i>Figura 20.</i> El Diamante de Porter para el sector salud privada en Lima.....	183

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.

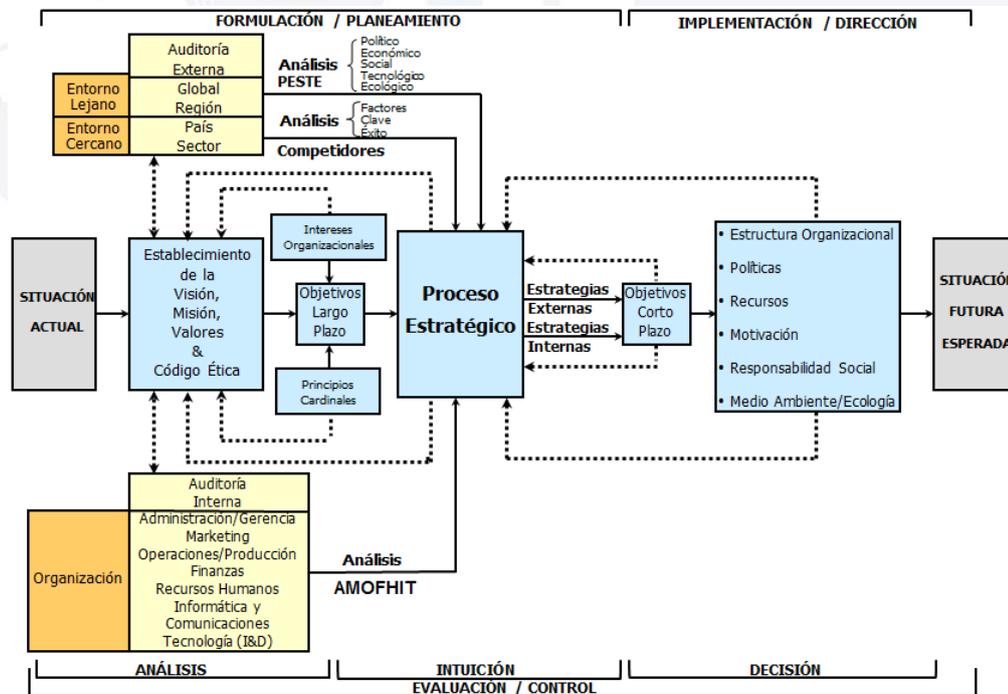


Figura 0. Modelo Secuencial del Proceso Estratégico.

Tomado de *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*, por F. A. D'Alessio, 2008. México D. F., México: Pearson Educación de México SA.

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 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 Privada en Lima

1.1 Situación General

El derecho a la salud ha sido mencionado en una alta cantidad de tratados internacionales de derecho humanos y en las constituciones de la mayoría de países del mundo. Se citaron cuatro elementos fundamentales para el acceso al derecho a la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007):

1. Disponibilidad: contar con suficientes establecimientos, bienes, servicios, y programas de salud;
2. Accesibilidad: que los establecimientos, bienes, servicios, y programas de salud estén al alcance de todos en términos económicos, físicos, y de información.
3. Aceptabilidad: que todos los establecimientos, bienes, servicios, y programas de salud, trabajen respetando la ética y la cultura local sin discriminación por género y/o edad.
4. Calidad: que los establecimientos, bienes, servicios, y programas de salud tengan las condiciones adecuadas.

De acuerdo a lo mencionado por la OMS (2010), la promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Es por ello que las personas consideran la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de países solo por detrás de problemas económicos (i.e., el desempleo, los salarios bajos, y el elevado costo de vida).

Por otro lado, en América Latina y el Caribe se está experimentando una rápida transición epidemiológica; mientras que enfermedades transmisibles, la desnutrición infantil, y la anemia continúan afectando a los más pobres, las enfermedades crónicas no transmisibles se han vuelto de alto riesgo para todos. Debido al perfil de envejecimiento de la población, los niveles de factores de riesgo

para las enfermedades crónicas en la región son especialmente elevados. Estas condiciones afectan a personas de todos los niveles de ingresos, pero impactan cada vez más y de manera desproporcionada, a los más pobres. Con los estándares actuales de tratamiento, que aún se basan en un modelo de atención curativo y no en un modelo preventivo que enfatice la promoción de la salud y que aborde los factores de riesgo, los costos directos e indirectos plantean importantes desafíos económicos y fiscales (Montiel, s.f.).

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

En el ámbito mundial, existen diversos tipos de sistemas de salud, siendo los más extremos el llamado universalista y el privado o de libre mercado. El sistema universalista tiene como principal objetivo la cobertura universal empleando hospitales estatales y médicos retribuidos por sueldo. El financiamiento es estatal y proviene de la recaudación de impuestos estatales. Este sistema se ha adoptado en países como España, Reino Unido, Suecia, entre otros (Ojea, s.f.).

El sistema de libre mercado (privado) es el extremo opuesto del sistema universalista, es de cobertura restringida solo para los que contratan un seguro, excluyendo a ancianos, enfermos, y pobres. El financiamiento es privado a través de prepagos y a través del pago en oportunidad de la prestación. La provisión de servicios es 100% privada. Este modelo se puede observar en países como Estados Unidos, donde el 70% de la población cuenta con un seguro de atención privada (Clínicas de Chile A.G., 2009).

Existe una conciencia cada vez mayor que en los dos modelos extremos (i.e., universalista y libre mercado), las debilidades superan largamente a las fortalezas, es por ello que se manifiesta una tendencia a abandonar estos polos en busca de sistemas menos verticales como el seguro social, asistencialista, el público, el mixto y el de competencia gerenciada (Lemus, s.f.).

Según Ojea (s.f.) en América, el sistema adoptado por Canadá está funcionando correctamente. Este modelo tiene como premisa la separación de funciones entre el Estado (regulador y financiador) y el sector privado (prestador del servicio). Por otro lado, el sistema chileno también funciona adecuadamente, puesto que Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina. Este sistema está compuesto por el sector público que atiende al 70% de la población, el privado al 20% y las Fuerzas Armadas al 10% restante (Becerril-Montekio, Reyes, & Manuel, 2011).

Asimismo, de acuerdo con el ranking de clínicas y hospitales 2012, realizado por la revista América Economía, tres hospitales privados en Brasil, dos en Chile, cuatro en Colombia, y uno en Costa Rica se encuentran dentro de los 10 mejores establecimientos de salud en América Latina (Almeida, 2012).

Todos los países de América Latina y el Caribe disponen de servicios de salud públicos y privados que coexisten de distinta manera, dependiendo del grado de importancia que tengan. En ciertos países prevalecen los servicios sanitarios públicos (e.g., la mayoría de los países de América Latina), mientras que en otros predominan los servicios sanitarios privados (e.g., EE.UU.). Este aspecto, determina principalmente el funcionamiento y la estructura del sistema de salud de cada país. En la mayoría de los países de América Latina el sistema de salud se ha financiado fundamentalmente a través del sistema de la Seguridad Social (i.e., con contribuciones obligatorias de la nómina del trabajador) y sistemas de régimen subsidiado, intentando proporcionar un acceso universal a la atención sanitaria; sin embargo, en diferentes países se ha comenzado a reformar los sistemas de salud (i.e., Colombia y Chile), incluyendo los pagos directos del paciente como una nueva forma de financiación.

Es necesario señalar que las presiones demográficas, financieras, y sociales de la región, presionan hacia el desarrollo y viabilidad de un sistema de salud con cobertura universal, objetivo que se encuentra a 2012 en el centro de los debates sobre la prestación de los servicios sanitarios en la mayoría de países (OMS, 2010).

Sin embargo, estas concepciones estratégicas frecuentemente se entrelazan con términos técnicos que son vulnerables a los ciclos políticos, sin una visión continua a largo plazo. Tal y como se puede apreciar en la Tabla 1. En los últimos años en América Latina, el gasto de los gobiernos en el sector salud con relación al producto bruto interno (PBI) se ha incrementado en la región, poniendo de manifiesto la relevancia que está tomando el rubro. Asimismo, tal como se muestra en la Tabla 2, el gasto per cápita anual en los últimos cinco años, se ha incrementado a una tasa promedio de 12.25% anual, representando el 7.67% del PBI latinoamericano (Grupo del Banco Mundial, s.f.)

Tabla 1

Gasto en Salud Total América Latina y El Caribe (% del PBI)

Región	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 vs 2005 (%)	Crecimiento promedio anual (%)
Total América Latina y el Caribe	6.90	7.04	7.22	7.22	7.78	7.67	11.25	1.79

Nota. El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Adaptado de “Gasto en salud total (% del PIB) [Datos]”, por Grupo del Banco Mundial, s.f. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

Tabla 2

Gasto en Salud Per Cápita América Latina y El Caribe (US\$)

País	2005 (US\$)	2006 (US\$)	2007 (US\$)	2008 (US\$)	2009 (US\$)	2010 (US\$)	2010 vs 2005 (%)	Crecimiento promedio anual (%)
América Latina y el Caribe	335.04	399.20	478.88	550.64	554.60	670.25	100.05	12.25

Nota. El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Adaptado de “Gasto en salud total (% del PIB) [Datos]”, por Grupo del Banco Mundial, s.f. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

En el último “Censo Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda” realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población del Perú ascendía a 28’481,901 habitantes, con un crecimiento poblacional promedio anual de 1.14%; se proyecta que para el año 2012, la población del Perú superará los 30 millones de habitantes, siendo Lima y Callao, las regiones con mayor concentración demográfica, representando el 34% de la población total. Las regiones que siguen a estas dos son: Piura (6.1%), La Libertad (5.9%), y Cajamarca (5.1%). La elevada densidad y alta dispersión geográfica de estas regiones han generado problemas de cobertura de atención de servicios básicos (INEI, s.f.-a).

El indicador llamado “dependencia demográfica”:

Se entiende como el cociente entre la población menor de 15 años de edad, más la población mayor o igual a 65 años, con respecto a la población potencialmente activa (i.e., entre 15 y 64 años), el cual mide la participación relativa de personas dependientes que debería ser sustentado por el grupo de la población potencialmente productivo. La dependencia demográfica se relaciona con la carga que la población potencialmente activa debe llevar en términos económicos para atender la demanda de la población potencialmente pasiva. Así, cuanto menor sea la relación de dependencia, menor será dicha carga, lo cual es positivo para la sociedad. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010, pp. 11-12)

En la Figura 1 se ha analizado la situación de la salud del Perú hasta agosto del año 2010; en ella se puede apreciar una proyección de la dependencia demográfica a 2080, en la cual se puede observar que el Perú, desde 1970 ha presentado una reducción drástica y sostenida de la tasa de dependencia demográfica. Dicha reducción produce una oportunidad demográfica, permitiendo disponer de un bono

por la menor presión de la demanda de niños. Sin embargo, de acuerdo a las proyecciones realizadas, al año 2070, el bono en mención llegaría a su fin en el Perú (MINSa, 2010).

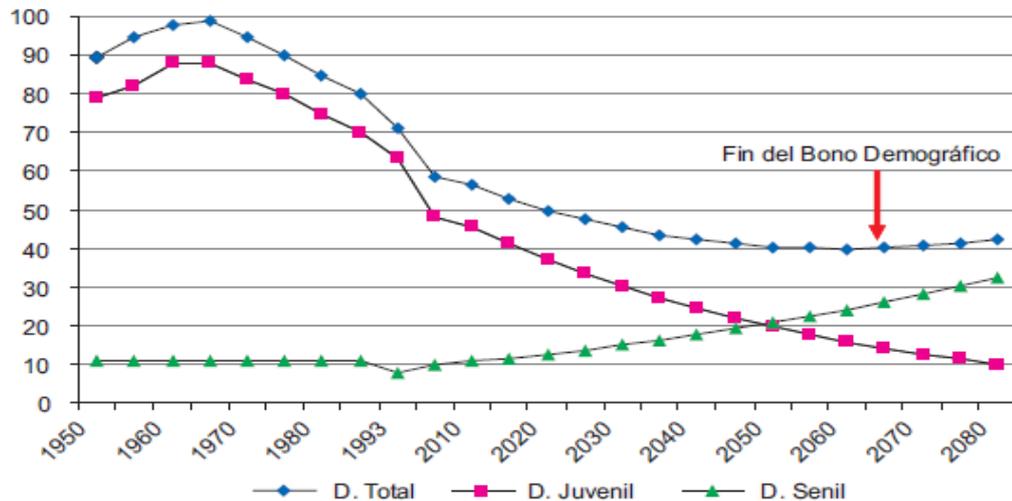


Figura 1. Dependencia demográfica según componentes. Perú 1950–2080. Tomado de *Análisis de la situación de salud del Perú*, por Ministerio de Salud del Perú, agosto de 2010. Lima, Perú: José Antonio Corcuera Luján.

Ahora bien, como se observa en la Figura 2, con respecto a las regiones Lima, Arequipa, Callao, y Moquegua, dicho bono culminaría al año 2050 (MINSa, 2010).

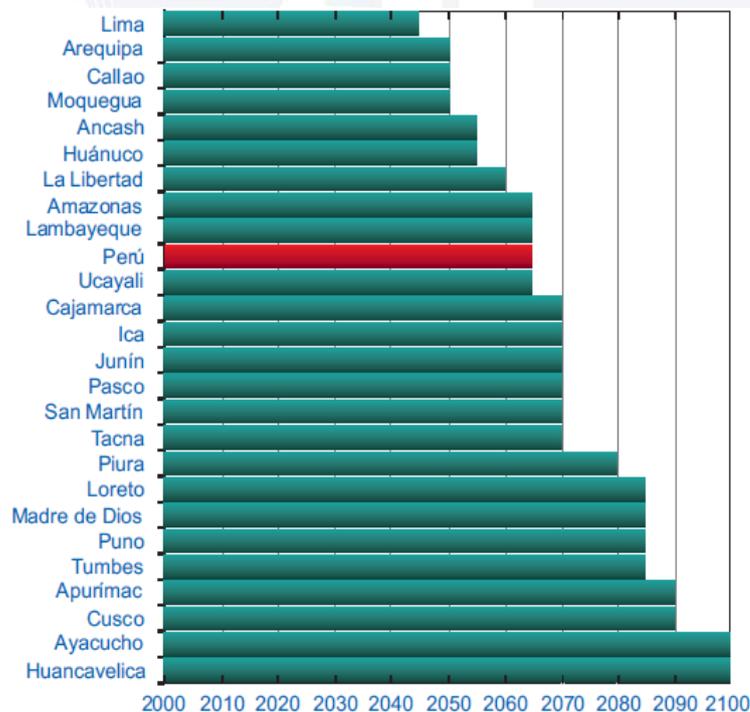


Figura 2. Año en que terminaría el bono demográfico en el Perú según regiones. Tomado de *Análisis de la situación de salud del Perú*, por Ministerio de Salud del Perú, agosto de 2010. Lima, Perú: José Antonio Corcuera Luján.

En años recientes, en el Perú se ha experimentado un crecimiento económico de 5.82% promedio anual (INEI, 2011), lo cual ha originado mejoras en las condiciones de vida, entre ellas el acceso al agua, saneamiento, y a servicios de atención primaria de salud. Sin embargo, coexisten otros factores, tales como el crecimiento no planificado de las ciudades, el desarrollo industrial no controlado, el rápido crecimiento del subsector vehicular, y la emigración de los pobladores de zonas rurales a urbanas; con respecto a este último por ejemplo, la población urbana se ha incrementado en 5.8 puntos porcentuales desde 1993 al año 2007 (INEI, 2007), hecho que repercute negativamente en el medioambiente y la salud, originando importantes retos para el sector salud (INEI, 2011).

Como se aprecia en las Tablas 3 y 4, en el Perú, los recursos destinados para la atención de la salud se encuentran por debajo de las cifras observadas en el promedio de países de América Latina y el Caribe, medido tanto en términos per cápita como con relación al porcentaje del PBI. Sin embargo, esta última cifra se ha incrementado en 13.88% del año 2005 al año 2010, y se ha duplicado con respecto al gasto per cápita en ese mismo periodo. Estos crecimientos son mayores que el promedio de América Latina y el Caribe, sustentado principalmente por el auge económico del Perú en esos años, sin embargo, el país se encuentra todavía lejos de niveles aceptables, puesto que está dentro de los 10 países de América Latina con menor gasto en el sector, al nivel de países más pequeños y pobres como El Salvador, Jamaica, o Belice (Grupo del Banco Mundial, s.f.).

Si se compara el gasto en salud del Perú con Canadá, país que dispone de un sistema de salud desarrollado, la brecha es aún mayor, puesto que Canadá invierte US\$5,222 per cápita, lo que equivale a 11.3% de su PBI, siendo uno de los países con mayor inversión en este sector. Si la comparación se realiza con un país vecino como Chile, la brecha sigue siendo alta, debido a que este país invierte US\$947.22 per cápita (7.96% del PBI) (Grupo del Banco Mundial, s.f.).

La Constitución Política del Perú en su Artículo 7 indica que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación, y seguridad (Congreso de la República del Perú, 1993).

Tabla 3

Gasto en Salud per Cápita (US\$, %)

País	En US\$						En %	
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 vs 2005	Crecimiento promedio anual
América Latina y el Caribe	335.04	399.20	478.88	550.64	554.60	670.25	100.05	12.25
Brasil	387.27	491.65	610.01	714.99	734.06	990.39	155.74	16.94
Guyana	74.83	116.75	122.56	153.51	166.72	180.38	141.06	15.79
Haití	19.46	29.34	34.54	35.33	40.09	46.41	138.51	15.59
Uruguay	429.92	493.01	562.05	720.57	786.85	998.26	132.20	15.07
Costa Rica	356.69	409.93	524.34	617.70	666.77	811.44	127.49	14.68
Venezuela	295.53	387.88	476.58	598.31	687.87	663.39	124.47	14.43
Colombia	211.03	272.66	336.59	377.00	391.86	472.15	123.73	14.36
Ecuador	146.93	205.09	228.48	270.06	320.94	328.20	123.37	14.33
Perú	127.21	149.69	193.60	256.33	235.73	268.76	111.26	13.28
Chile	501.45	591.69	683.08	764.80	801.91	947.22	88.90	11.18
Paraguay	86.37	101.24	121.54	162.07	147.15	162.88	88.58	11.15
Argentina	399.86	464.22	562.41	698.45	734.09	741.83	85.52	10.85
Panamá	358.12	364.14	397.56	493.09	564.13	616.39	72.12	9.47
Cuba	354.92	358.14	585.94	584.64	672.20	607.03	71.03	9.36
Belize	139.78	185.66	208.65	218.96	241.79	238.82	70.85	9.34
Bolivia	57.54	59.02	65.09	85.35	90.42	96.52	67.75	9.00
República Dominicana	192.81	211.01	231.06	269.11	278.75	323.35	67.70	9.00
Honduras	86.86	89.03	102.22	115.69	134.46	136.87	57.57	7.87
Guatemala	132.04	170.99	184.03	198.78	183.95	196.22	48.60	6.82
Nicaragua	70.82	78.22	92.68	105.21	103.94	103.44	46.06	6.52
Jamaica	171.40	186.73	230.11	272.33	227.59	247.28	44.27	6.30
Bahamas	1,250.27	1,704.03	1,789.87	1,833.43	1,740.67	1,735.05	38.77	5.61
México	471.54	514.37	564.19	598.38	524.66	603.67	28.02	4.20
Trinidad y Tobago	686.51	690.04	787.48	909.22	848.10	860.96	25.41	3.85
El Salvador	201.52	202.88	206.99	215.93	227.74	236.78	17.50	2.72

Nota. El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Adaptado de “Gasto en salud total (% del PIB) [Datos]”, por Grupo del Banco Mundial, s.f. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

Tabla 4

Gasto en Salud Total (% del PBI)

País	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 vs 2005	Crecimiento promedio anual
Total América Latina y el Caribe	6.90	7.04	7.22	7.22	7.78	7.67	11.25	1.79
Haití	4.41	5.70	5.56	5.37	6.10	6.91	56.82	7.79
Ecuador	5.16	6.71	6.95	7.00	8.80	8.06	56.14	7.71
Belice	3.54	4.39	4.79	4.82	5.46	5.20	46.89	6.62
Costa Rica	7.58	7.82	8.38	9.41	10.47	10.94	44.22	6.29
Bahamas	6.25	8.03	8.14	8.38	8.32	7.89	26.22	3.96
Colombia	6.28	7.33	7.20	6.94	7.59	7.59	20.75	3.19
Jamaica	4.10	4.20	4.85	5.24	4.91	4.81	17.28	2.69
Nicaragua	7.93	8.22	9.11	9.31	9.55	9.14	15.24	2.39
Chile	6.91	6.62	6.90	7.51	8.44	7.96	15.16	2.38
Barbados	6.96	7.12	6.97	7.11	5.90	7.97	14.44	2.27
Cuba	9.32	7.63	10.40	10.80	12.13	10.63	14.06	2.22
Perú	4.46	4.52	5.08	5.75	5.34	5.08	13.88	2.19
República Dominicana	5.48	5.56	5.37	5.71	5.86	6.22	13.57	2.14
Guatemala	6.17	7.37	7.21	6.95	6.85	6.85	11.14	1.78
Brasil	8.17	8.48	8.47	8.28	8.75	9.01	10.26	1.64
Honduras	6.14	5.72	5.91	6.05	7.00	6.75	10.09	1.61
Panamá	7.48	7.00	6.73	7.30	8.11	8.10	8.18	1.32
México	5.87	5.68	5.84	5.88	6.47	6.32	7.70	1.24
Uruguay	8.23	8.28	7.85	7.73	8.43	8.35	1.43	0.24
Trinidad y Tobago	5.66	4.96	4.82	4.45	5.78	5.68	0.22	0.04
El Salvador	7.15	6.64	6.28	6.18	6.79	6.91	-3.36	-0.57
Guinea	5.12	5.30	5.38	5.53	5.32	4.93	-3.63	-0.61
Argentina	8.45	8.45	8.44	8.44	9.53	8.10	-4.23	-0.72
Venezuela	5.43	5.74	5.80	5.40	6.02	4.91	-9.61	-1.67
Guyana	6.93	5.99	5.28	6.00	6.20	6.11	-11.75	-2.06
Bolivia	5.53	4.80	4.69	4.92	5.10	4.84	-12.45	-2.19
Paraguay	6.82	6.56	6.08	5.98	6.55	5.87	-14.00	-2.48
Santo Tomé y Príncipe	10.94	7.58	7.45	7.02	7.24	7.17	-34.50	-6.81

Nota. El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Adaptado de “Gasto en salud total (% del PIB) [Datos]”, por Grupo del Banco Mundial, s.f. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

Asimismo, de acuerdo al Artículo 9 del mismo documento, el Estado es quien determina la política nacional del sector con el objetivo de facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud (Congreso de la República del Perú, 1993).

Por otro lado, la Ley General de Salud 26842 indica que esta es condición indispensable del desarrollo humano y de interés público, por lo que es responsabilidad del Estado, regularla, vigilarla, y promoverla (“Ley 26842. Ley general de salud”, 1997). Si bien es cierto que el acceso a la salud es un derecho de todos los peruanos, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), demostró lo contrario, pues en el primer trimestre del año 2012, solo el 62% de la población posee acceso a la salud a través de algún seguro (i.e., público o privado), mostrando inclusive una reducción de 2.2 puntos porcentuales vs. el primer trimestre del año 2011, como se observa en la Tabla 5 (INEI, 2012a).

Tabla 5

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

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

Nota. ¹Comprende Seguro Privado de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seguro Universitario, Seguro Escolar Privado y el SIS con EsSalud, etc. ^PPreliminar. Tomado de “Condiciones de vida en el Perú”, por Instituto Nacional de Estadística e Informática, junio de 2012a. Recuperado de <http://www1.inei.gov.pe/web/BoletinFlotante.asp?file=14486.pdf>

Como se aprecia en la Tabla 6, en el Perú, en el año 2007 existieron 2.91 establecimientos de salud por cada 10,000 habitantes. Las regiones con mayor disponibilidad de establecimientos de salud fueron Madre de Dios (11.02), Amazonas (10.05), y Pasco (9.50) y las que tuvieron menor disponibilidad fueron Callao (0.99), Lima (1.19), Lambayeque (1.73), y La Libertad (1.88). Sin embargo, sumando todos los establecimientos de salud, las regiones con mayor proporción de establecimientos fueron Lima (12.50%), Cajamarca (9.32%), y Junín (5.96%).

Tabla 6

Establecimientos del Sector Salud por Región

Región	Hospital		Centro de salud		Puesto de salud		Total establecimientos salud		Hospital x 10 mil habitantes	Centro de salud x 10 mil habitantes	Puesto de salud x 10 mil habitantes	Total
	No	%	No	%	No	%	No	%				
Perú	470	100.0	1,990	100.0	5,835	100.0	8,295	100.00	0.17	0.70	2.05	2.91
Amazonas	9	1.9	52	2.6	347	5.9	408	4.92	0.22	1.28	8.54	10.05
Ancash	23	4.9	83	4.2	343	5.9	449	5.41	0.21	0.76	3.13	4.09
Apurímac	10	2.1	41	2.1	217	3.7	268	3.23	0.23	0.93	4.95	6.11
Arequipa	18	3.9	91	4.6	192	3.3	301	3.63	0.15	0.77	1.93	2.55
Ayacucho	10	2.1	63	3.2	295	5.1	368	4.44	0.16	1.00	4.70	5.87
Cajamarca	16	3.4	145	7.3	612	10.5	773	9.32	0.11	0.98	4.14	5.23
Callao	13	2.8	73	3.7	3.0	0.1	89	1.07	0.14	0.81	0.03	0.99
Cusco	13	2.8	67	3.4	237	4.1	317	3.82	0.10	0.54	1.90	2.54
Huancavelica	2	0.4	56	2.8	245	4.2	303	3.65	0.04	1.21	5.28	6.54
Huánuco	7	1.5	42	2.1	213	3.7	262	3.16	0.09	0.52	2.65	3.26
Ica	15	3.2	57	2.9	99	1.7	171	2.06	0.21	0.79	1.37	2.37
Junín	16	3.4	81	4.1	397	6.8	494	5.96	0.13	0.64	3.12	3.88
La Libertad	40	8.5	97	4.9	179	3.1	316	3.81	0.24	0.58	1.06	1.88
Lambayeque	16	3.4	63	3.2	124	2.1	203	2.45	0.14	0.54	1.06	1.73
Lima	160	34	447	22.5	430	7.4	1,037	12.50	0.18	0.51	0.49	1.19
Loreto	10	2.1	61	3.1	290	5.0	361	4.35	0.11	0.65	3.07	3.82
Madre de Dios	3	0.6	18	0.9	102	1.7	123	1.48	0.27	1.61	9.14	11.02
Moquegua	5	1.1	29	1.5	33	0.6	67	0.81	0.30	1.75	1.99	4.04
Pasco	10	2.1	39	2.0	222	3.8	271	3.27	0.35	1.37	7.78	9.50
Piura	29	6.2	107	5.4	320	5.5	456	5.50	0.17	0.62	1.85	2.64
Puno	16	3.4	102	5.1	353	6.0	471	5.68	0.12	0.77	2.68	3.57
San Martín	18	3.8	92	4.6	321	5.5	431	5.20	0.24	1.23	4.30	5.77
Tacna	4	0.9	32	1.6	55	0.9	91	1.10	0.13	1.04	1.79	2.97
Tumbes	2	0.4	28	1.4	28	0.5	58	0.70	0.09	1.33	1.33	2.75
Ucayali	5	1.1	24	1.2	178	3.1	207	2.50	0.11	0.54	4.01	4.66

Nota. Tomado de *Análisis de la situación de salud del Perú*, por Ministerio de Salud del Perú, agosto de 2010. Lima, Perú: José Antonio Corcuera Luján.

Como se observa en la Tabla 7, Lima tiene el 37.9% de las camas disponibles, lo cual presenta relación con el porcentaje de concentración de establecimientos de salud. Pese a ello y tal como se analizó anteriormente, Lima dispone de uno de los índices de disponibilidad de establecimientos de salud más bajos del Perú, como se observa en la Tabla 6 (MINSa, 2010).

Tabla 7

Camas Hospitalarias en Funcionamiento del MINSa y EsSalud por Región. Perú

2007

Región	EsSalud		MINSa		Total		x 10 mil habitantes
	No	%	No	%	No	%	
Perú	6,714	100.0	18,696	100.0	25,410	100.0	
Amazonas	41	0.6	197	2.1	238	0.90	5.90
Ancash	172	2.2	1,822	9.7	1,994	7.80	18.20
Apurímac	44	0.7	312	1.7	356	1.40	8.10
Arequipa	491	7.3	1,019	5.5	1,510	5.90	12.80
Ayacucho	59	0.9	454	2.4	513	2.00	8.20
Cajamarca	44	0.7	462	2.5	506	2.00	3.40
Callao	429	6.4	668	3.6	1,097	4.30	12.20
Cusco	229	3.4	731	3.9	960	3.80	7.70
Huancavelica	24	0.4	155	0.8	179	0.70	3.90
Huánuco	70	1.0	376	2.0	446	1.80	5.50
Ica	281	4.2	500	2.7	781	3.10	10.80
Junín	235	3.5	828	4.4	1,063	4.20	8.30
La Libertad	410	6.1	717	3.8	1,127	4.40	6.70
Lambayeque	483	7.2	683	3.7	1,166	4.60	9.90
Lima	2,762	41.1	6,866	36.7	9,628	37.90	11.00
Loreto	88	1.3	574	3.1	662	2.60	7.00
Madre de Dios	21	0.3	145	0.8	166	0.70	14.90
Moquegua	50	0.7	69	0.4	119	0.50	7.20
Pasco	95	1.4	183	1.0	278	1.10	9.70
Piura	317	4.7	298	1.6	615	2.40	3.60
Puno	103	1.5	677	3.6	780	3.10	5.90
San Martín	129	1.9	273	1.5	402	1.60	5.40
Tacna	65	1.0	231	1.2	296	1.20	9.70
Tumbes	25	0.4	166	0.9	191	0.80	9.10
Ucayali	47	0.7	290	1.6	337	1.30	7.60

Nota. Comprende hospitales del Ministerio de Salud, de EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y clínicas particulares que tienen más de 10 camas hospitalarias. Tomado de *Análisis de la situación de salud del Perú*, por Ministerio de Salud del Perú, agosto de 2010. Lima, Perú: José Antonio Corcuera Luján.

Asimismo, el número de clínicas en Lima es de 57 (Asociación de Clínicas Particulares del Perú [ACP], 2012), y estas contarían con una capacidad de atención de 1,200 camas aproximadamente (G. De Losada, comunicación personal, 22 de

junio, 2012), siendo las instituciones más importantes, Clínica Ricardo Palma, Clínica Internacional, y Clínica San Pablo.

Por otro lado, como se puede observar en la Tabla 8, si se compara la cantidad de camas por 1,000 habitantes del Perú con otros países de la región, se aprecia que, a 2010, Perú tiene un índice inferior a países como Canadá, Chile, y Brasil.

Tabla 8

Camas Hospitalarias por 1,000 Habitantes (Unidades)

	Bolivia	Brasil	Canadá	Chile	Ecuador	Perú
Camas hospitalarias	1.1*	2.4*	3.2**	2.1*	1.5**	1.5*

Nota. *2010, **2009. Adaptado de “Camas Hospitalarias por 1,000 Habitantes”, por Grupo del Banco Mundial, s.f. Recuperado de <http://search.worldbank.org/data?qterm=hospital+beds&language=EN&format=html>

En el Perú, tal y como se puede observar en la Figura 3, la oferta de servicios de salud está clasificada en tres sistemas: el público, el privado, y la seguridad social. El sistema público se enfoca en la población de menores ingresos que no logra acceder a la seguridad social ni al sistema privado; es dirigido por el MINSA que presta sus servicios a través de la red de hospitales, centros y puestos de salud en el ámbito nacional.

El seguro social es administrado por EsSalud y se orienta a financiar la atención médica de trabajadores dependientes mediante contribuciones en planilla; y los servicios son brindados en hospitales y policlínicos en todo el país.

El sistema privado emplea clínicas, policlínicos, y consultorios privados y su mercado objetivo lo forma la población de niveles socioeconómicos medios y altos. En este sistema participan las empresas prestadoras de salud (EPS), clínicas privadas, laboratorios, consultorios independientes, y los centros de salud privados no lucrativos.

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAHG), en el primer trimestre de 2012, reveló que el 33.4% de la población peruana padece de algún problema de salud crónica y el 31.4% sufre de algún problema no crónico. Sin embargo, solo el 40% de

peruanos con problemas crónicos y el 47.9% con problemas no crónicos, reportó haber asistido a una consulta de salud. En la Tabla 9 se puede observar que del total de personas que padecieron alguna enfermedad crónica y no crónica en el primer trimestre del año 2012, el 15.9% se atendió en un establecimiento del Ministerio de Salud, 16.8% acudió a una farmacia o botica, 8.8% a un establecimiento del sector privado (i.e., clínicas o consultorios particulares) y 6.4% a un establecimiento de EsSalud (INEI, 2012a).

Como se aprecia en la Tabla 9, existe un porcentaje bajo de la población que se atiende en el sector privado, (i.e., +1.2 puntos porcentuales vs. el primer trimestre de 2011), sin embargo muestra el mayor crecimiento (INEI, 2012a). Es por ello que la tendencia de salud para este sector, es de apertura de nuevas clínicas y consultorios particulares en las ciudades más grandes del país y con demanda insatisfecha más alta. Según G. De Losada (comunicación personal, 22 de junio, 2012), las ciudades con mayor potencial por demanda insatisfecha y tamaño de mercado, son Lima, Arequipa, Trujillo, y Piura.

Tabla 9

Perú: Población con algún Problema de Salud, según Lugar o Establecimiento de Consulta. Trimestre Enero –Febrero –Marzo 2011 –2012

Tipo de seguro de salud	Enero-Febrero-Marzo 2011 ^P	Ene-Feb-Mar 2012 ^P	Variación absoluta (puntos porcentuales)
Total – Buscan atención	49.2	49.5	0.3
MINSA ¹	17.1	15.9	-1.2
EsSalud ²	6.6	6.4	-0.2
MINSA y EsSalud	0.1	0.1	0.0
FFAA y/o Policía Nacional	0.3	0.6	0.3
Particular ³	7.6	8.8	1.2
Farmacia o botica	16.2	16.8	0.6
Domicilio	0.2	0.2	0.0
Otros ⁴	1.2	0.8	-0.4

Nota. ¹Incluye centro de salud MINSA, puesto de salud MINSA, centro o puesto de salud CLAS y hospital MINSA, ²Incluye posta, policlínico, hospital de EsSalud, ³Incluye clínica particular y consultorio médico particular, ⁴incluye curandero, ^PPreliminar. Tomado de "Condiciones de vida en el Perú", por Instituto Nacional de Estadística e Informática, junio de 2012a. Recuperado de <http://www1.inei.gob.pe/web/BoletinFlotante.asp?file=14486.pdf>

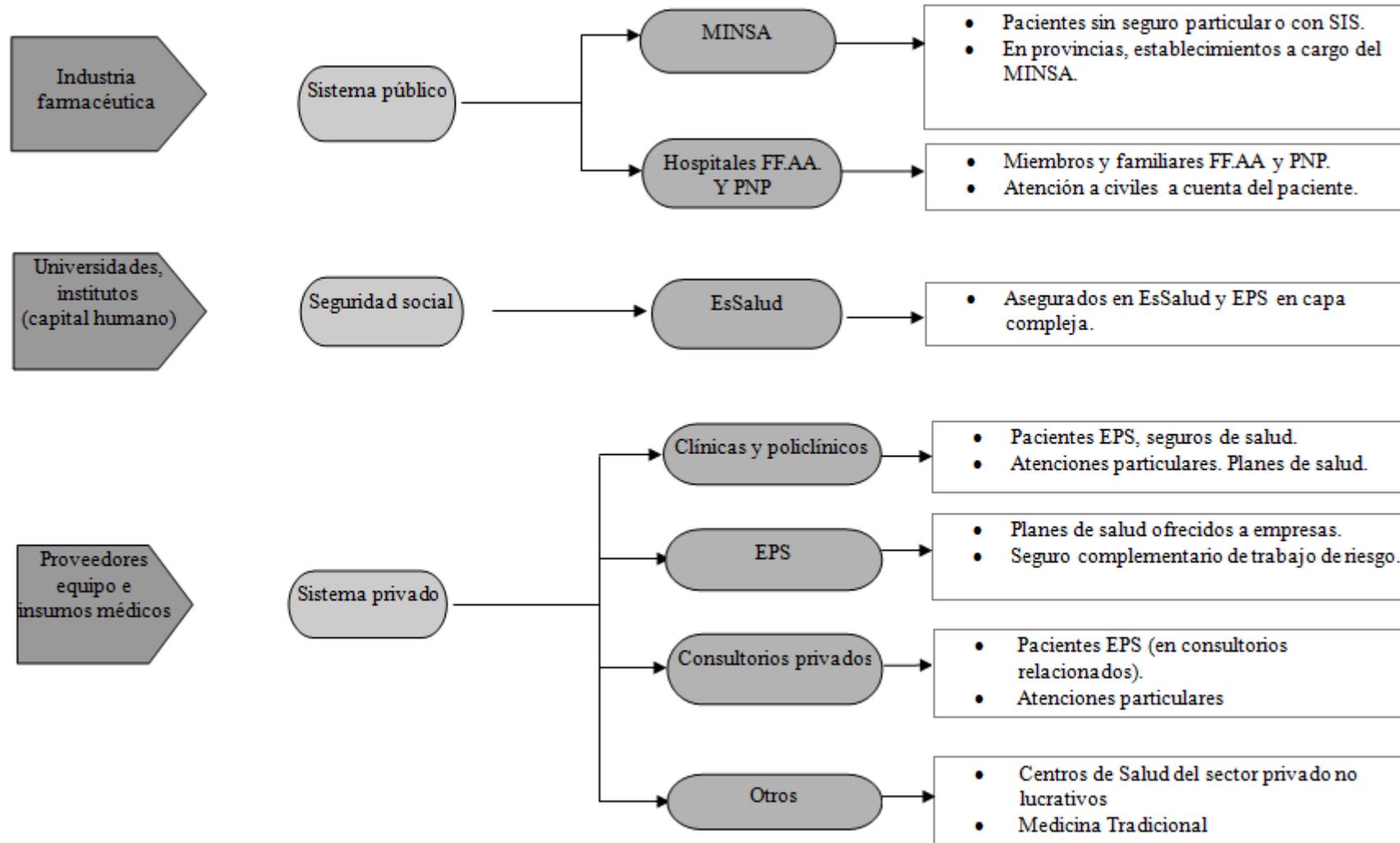


Figura 3. Mercado de servicios de salud.

Tomado de *Informe especial servicios de salud*, por Maximixe, febrero de 2012. Lima, Perú: Autor.

Asimismo, G. De Losada comentó que en lo transcurrido del año 2012, los servicios de hospitalización sectorialmente presentan una ocupabilidad del 100% y el crecimiento anual en seguros privados bordea el 12%, mientras que no existe el mismo crecimiento en la oferta de prestaciones de salud (e.g., establecimientos, camas, atenciones, entre otros). En el año 2009, la producción de servicios de salud del sector privado se incrementó en 4.5% vs. el año anterior (Perú: Top Publications, 2010), crecimiento insuficiente puesto que como se mostró anteriormente, existe baja penetración de la utilización de servicios de atención privada de la salud.

Por otro lado, la formalización del trabajo y la mejora en los salarios, por ende de la economía familiar, han originado que sectores que antes se atendían en el sector público, estén buscando atención sanitaria en establecimientos privados. Conforme la economía del país continúe en crecimiento y los niveles de pobreza se reduzcan, la población tenderá a un incremento de atenciones en clínicas y/o consultorios particulares. Es por ello que, según G. De Losada (comunicación personal, 22 de junio, 2012), para poder cubrir la demanda, el crecimiento a nivel de infraestructura debería ser cómo implementar cada año, una nueva clínica con dimensiones similares a la clínica Ricardo Palma.

Hace 15 años, cuando una persona enfermaba en el Perú tenía que incurrir en un desembolso alto para atenderse en clínicas u hospitales, por lo que el gasto promedio del peruano al año, tanto en clínicas como hospitales, no llegaba ni a US\$100. Si bien enfermarse en el Perú sigue siendo costoso, el crecimiento económico de la última década y el aumento del poder adquisitivo de los niveles socioeconómicos (NSE) A, B, y C de la población, ha originado que cada vez más peruanos accedan a la salud privada, siendo a 2012 el gasto per cápita de US\$236 (Villahermosa, 2012).

Finalmente, tomando como base la versión más actualizada del informe *International Comparison Program* elaborado por el Banco Mundial en el año 2005,

se ha realizado un análisis del Perú comparado con Chile, en el que se puede observar que una economía más desarrollada tiende a reducir su gasto en categorías básicas (Alimentación), para destinar su gasto a otras categorías como vivienda, transporte, y salud. Es así que en la Tabla 10 se puede observar la composición del consumo individual del Perú comparado con Chile en ese mismo periodo (Grupo del Banco Mundial, 2008).

Si se extrapolan los resultados, se podría proyectar que a medida que el PBI per cápita peruano y el proceso de migración social ascendente avancen, se producirán cambios significativos en la estructura de gastos de los consumidores, pudiendo llegar a niveles similares como los de Chile.

Tabla 10

Consumo Individual por Categoría 2005 (MM US\$)

Rubro	Chile	%	Perú	%
PBI per cápita	7,304		2,961	
Alimentos y Bebidas	12,117	16	16,103	29
Educación	6,727	9	5,380	10
Misceláneos	6,170	8	5,003	9
Vivienda y Energía	11,487	15	4,683	8
Transportes	10,155	14	4,620	8
Hoteles y Restaurantes	2,226	3	4,414	8
Salud	7,901	11	3,870	7
Ropa y Calzado	5,301	7	3,285	6
Muebles y Equipos del hogar	5,469	7	2,838	5
Recreación y Cultura	3,015	4	2,543	5
Comunicaciones	2,177	3	1,358	2
Bebidas Alcohólicas y Tabaco	1,979	3	1,054	2
Total	74,724	100	55,151	100

Nota. Adaptado de *Global Purchasing Power Parities and Real Expenditures* [2005 International Comparison Program], por Grupo del Banco Mundial, 2008. Recuperado de http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/270056-1255977254560/6483625-1337016259587/2005ICPReport_FinalwithNewAppG.pdf

1.2 Conclusiones

Se está experimentando una rápida transición epidemiológica, donde enfermedades crónicas no transmisibles se han vuelto un factor de riesgo para todos, sobre todo 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.

Los estándares actuales de tratamiento se basan en un modelo de atención curativo, sin embargo la tendencia se ha centrado en migrar hacia un modelo preventivo que enfatice la promoción de la salud y que aborde los factores de riesgos para evitar la aparición de las enfermedades.

En el Perú, el gasto en salud per cápita (i.e., US\$269 en el año 2010) y gasto en salud como porcentaje del PBI (i.e., 5.08% del PBI en el año 2010) se ha incrementado en los últimos cinco años, mostrando un crecimiento mayor que el del promedio de América Latina, siendo aún uno de los niveles más bajos de la región (Grupo del Banco Mundial, s.f.).

De acuerdo al indicador de “dependencia demográfica”, al año 2050, el “bono demográfico” llegaría a su fin en Lima, Arequipa, Callao, y Moquegua, y a 2070, en el Perú, representando una clara oportunidad para desarrollar planes que satisfagan las nuevas necesidades de la población (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

Al primer trimestre del año 2012, solo el 62% de la población tiene acceso a la salud, existiendo 2.91 establecimientos de salud por cada 10,000 habitantes. Si bien es cierto Lima cuenta con la mayor concentración de camas del país (37.89%), es una de las regiones con menor disponibilidad de establecimientos de salud por cada 10,000 habitantes (con un índice de 1.19 vs. 2.91 total Perú). Al ser la capital del país, resulta más crítico el contar con una demanda insatisfecha tan alta, es por ello, que se requiere de un plan a largo plazo que involucre a todos los actores principales (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

Más del 30% de los habitantes manifestó padecer de alguna enfermedad crónica o no crónica en el primer trimestre de 2012, sin embargo menos del 50 de

ellos asistió a alguna consulta en un centro de salud, atendiéndose en establecimientos privados solo el 8.8% de los enfermos, porcentaje bajo pero que muestra el mayor crecimiento de todos los establecimientos (+1.2 puntos porcentuales vs. el primer trimestre de 2011). Es por ello que la tendencia de salud para este sector, es de apertura de nuevas clínicas y consultorios particulares en las ciudades más grandes del país y con demanda insatisfecha más alta (INEI, 2012a).

Conforme la economía del país continúe en crecimiento, la formalización laboral se incremente, y los niveles de pobreza se reduzcan, la población tenderá a asistir cada vez más a las clínicas y/o consultorios particulares en busca de una atención personalizada, evitando colas y malos tratos, lo cual se ve frecuentemente en el sistema de salud público. Es por ello que el gasto per cápita en salud asciende a US\$236 comparado con US\$100 hace 15 años (Villahermosa, 2012).

Brasil y Chile son países que tienen un sistema de salud con indicadores positivos que podrían servir como referentes para el sector de salud privada en Lima.

Las conclusiones mencionadas anteriormente han presentado un panorama de demanda insatisfecha por servicios de salud, sobre todo para la región Lima y Callao. Por lo tanto, el propósito del presente documento ha motivado la elaboración de un planeamiento estratégico para el sector de salud privada en Lima, con el fin de contribuir a la solución del problema planteado y al desarrollo de la ciudad de Lima.

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

2.1 Antecedentes

En el presente capítulo se ha presentado la declaración de la visión y la misión para las prestaciones de los servicios de salud privada de Lima, que junto a los valores gobernarán el planeamiento estratégico de esta. Como se ha desarrollado, el sistema de salud está compuesto por diferentes actores. Esta diversidad de actores genera frecuentemente intereses contrapuestos y diferencias culturales, sociales, y empresariales; por ello el trabajo coordinado termina entorpeciendo ante la prevalencia de objetivos diversos. Sin lugar a dudas, el actor principal que rige y norma la actividad es el Gobierno, al ser un sector con reiterada componenda social y que necesita de regulación. Las políticas de Gobierno son, asimismo, factores claves para el éxito o fracaso de los demás actores; puesto que de sus decisiones depende por un lado la economía del país en lo general y con ello la economía de las personas en lo particular y su capacidad para acceder a los sistemas de salud.

Sin embargo, el Gobierno es actor principal, pero no solitario. Se hace imprescindible, por tanto, la definición de una visión y misión propias del sistema enfocado en el sector privado, para que este se pueda alinear con las políticas públicas en un objetivo común y sea capaz de ser proveedor de servicios de un sistema de salud público que necesita de las capacidades del privado.

De la misma manera, se presentan los valores organizacionales y códigos de ética que deberán primar en la conducta esperada de las organizaciones y personas involucradas, así como en las relaciones con los grupos de interés alrededor del sistema privado de salud. La adecuada aplicación de los valores dentro del marco del código de ética, permitirá la sostenibilidad del sistema en general.

2.2 Declaración de la Visión

A 2021, el sector salud privada en Lima será uno de los principales referentes en América Latina, con una amplia cobertura de atención, reconocido por pacientes nacionales y extranjeros.

Posicionará al menos cinco clínicas de la ciudad dentro del ranking de las mejores 20 clínicas de la región y estará adecuadamente articulado con el sector público para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, y eficiente que permita brindar dichos servicios de manera productiva, con personal altamente capacitado, motivado, y apoyado con tecnología avanzada que asegure la seguridad y dignidad del paciente.

De acuerdo con el ranking publicado por la revista América Economía, a 2012, tres clínicas peruanas se encuentran dentro de los 40 mejores establecimientos de salud de América Latina (i.e. Clínica Internacional - 17, Clínica Ricardo Palma - 22, y Clínica Anglo Americana - 27); sin embargo, para ser un referente en la región se plantea que por lo menos cinco clínicas limeñas se encuentren en el ranking.

Los factores medidos en el estudio son: (a) seguridad y dignidad del paciente, relacionados a procesos y resultados que permitan minimizar riesgos hospitalarios y transparencia; (b) capital humano, el cual considera el análisis del plantel médico, de enfermeras, y la administración hospitalaria; (c) capacidad de gestión, indicadores de cantidad de egresos (pacientes hospitalizados), camas, especialidades, subespecialidades médicas, exámenes de laboratorio, cirugías, así como inversiones de la entidad; (d) gestión de conocimiento, indicadores que permiten medir la capacidad de generar, obtener, y difundir investigaciones realizadas por los médicos; (e) eficiencia, considerando variables como tasas de ocupación de camas, quirófanos, eficiencia financiera (balances y estados de resultados), y los mecanismos de gestión

de calidad; y (f) prestigio, el cual considera, a través de encuestas, la opinión de los médicos de los hospitales participantes y de los lectores (Almeida, 2012).

El presente planeamiento para el sector salud privada en Lima tomará como indicadores de alcance de los objetivos, los planteados por la revista América Economía, así como el incremento de visitantes extranjeros a Lima, para la realización de atenciones médicas bajo la modalidad de turismo en salud.

2.3 Declaración de la Misión

Brindar excelentes servicios de salud a los habitantes y visitantes de Lima, con un enfoque humano empleando una plana médica y personal asistencial altamente calificados, apoyados con la más sólida y moderna infraestructura y equipos de última tecnología en el país. Contribuir productivamente con la labor social en busca del incremento de la cobertura en salud, con calidad y calidez, siendo un sector agente de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de los pacientes, accionistas, colaboradores, y sociedad en su conjunto.

2.4 Valores

- Excelencia: Manteniendo los más altos estándares en la provisión de los servicios y con un aprendizaje constante;
- Compromiso con los pacientes: Educando en salud para prevenir enfermedades;
- Accesibilidad: Acercando la salud médica privada a las posibilidades económicas de la mayoría de la población;
- Trabajo en equipo: Como uno de los factores más trascendentes para el sostenimiento de la salud de calidad;
- Responsabilidad: Como compromiso con la sociedad en general y orientando la magnitud de las acciones para afrontarlas de la manera más integral;

- Eficiencia y eficacia: Buscando un compromiso de rendimiento y sostenibilidad del sector, viabilizando los proyectos a través de crecimiento sostenible y rentabilidad;
- Orientación al servicio: De manera oportuna con calidez y celeridad;
- Mejora continua: Buscando la innovación constante en técnicas, procesos y métodos, así como la gestión del conocimiento; y
- Actividad centrada en el paciente: Quien es el eje central para alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y/o los grupos poblacionales.

2.5 Código de Ética

El sector salud es, por definición, un sector con un componente social alto, y que debe ser manejado en un contexto de responsabilidad social, respeto a la ley, a los reglamentos operativos, y las normas aceptadas de moral. En el sector privado de servicios de salud se deberán realizar esfuerzos de manera activa en cooperar transparentemente con las autoridades, con la sociedad, y con cualquier actor dentro del mismo.

Los principios del código de ética son:

- Respeto mutuo: De los derechos innatos de las personas y de la sociedad;
- Compromiso con el medioambiente: Evitando la contaminación y la utilización de recursos de manera indiscriminada, así como el adecuado manejo de desechos y desperdicios;
- Honestidad: Evitando aquellos sistemas donde prevalece lo económico sobre lo social;
- Confidencialidad: En la información de los pacientes;

- Transparencia: En información de interés público;
- Integridad: Evitando contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace, rechazando la corrupción y compitiendo justamente entre los participantes del sistema;
- Actualización: No solo a nivel facultativo, sino administrativo; e
- Imparcialidad: Equidad en la resolución de conflictos.

2.6 Conclusiones del Capítulo

El planeamiento estratégico debe iniciarse con la formulación de la visión y misión que guiados en los valores y principios organizacionales, regirán el manejo y enfoque del sector servicios de salud privada en la región Lima.

La visión planteada es la expresión de la situación deseada para el sector y su cumplimiento se medirá a través de indicadores relacionados con: (a) seguridad y dignidad del paciente, (b) capital humano capacitado, (c) capacidad de gestión, (d) gestión del conocimiento, (e) eficiencia en la ocupación de camas, quirófanos, etc., y (f) prestigio del establecimiento y de la plana médica.

La misión es el impulsor hacia esa situación. La misión del sector de salud está enfocada en los impulsores del cambio de las políticas públicas futuras, como un agente que complemente las capacidades del Estado como proveedores de servicios de salud. Esta misión se enmarcará en los valores que definen la intención estratégica.

Capítulo III: Análisis Externo

3.1 Análisis Tridimensional de las Naciones

Los países y las organizaciones deben analizar y desarrollar sus estrategias considerando las interacciones con otras naciones (i.e., movimiento de personas, bienes, servicios, tecnología, conocimientos, información, e ideas a través de sus fronteras). Para que exista la posibilidad de una relación, debe existir un interés común entre las naciones, según Hartmann, (como se citó en D'Alessio, 2008). La teoría de Frederick Hartmann permite analizar las relaciones entre naciones en tres dimensiones: los intereses nacionales, el potencial nacional, y los principios cardinales.

3.1.1 Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Los intereses nacionales son las aspiraciones fundamentales que tiene un país y que busca satisfacer en determinado periodo. Se pueden expresar utilizando la Matriz de Intereses Nacionales (D'Alessio 2008).

En el Perú, los intereses nacionales se encuentran enmarcados en las 31 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional suscrito en el año 2002 y publicado por el Ministerio de Relaciones Exteriores. Las políticas están dirigidas a alcanzar cuatro objetivos: Democracia y Estado de Derecho, Equidad y Justicia Social, Competitividad del País y Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado (Acuerdo Nacional, s.f.-a).

Los intereses nacionales del Perú se detallan en la política sexta: Política exterior para la paz, la democracia, el desarrollo, y la integración (Acuerdo Nacional, s.f.-b), en la política novena: Política de seguridad nacional (Acuerdo Nacional, s.f.-c) y en la política decimotercera: Acceso universal a los servicios de salud y seguridad social (Acuerdo Nacional, s.f.-d). Como se puede apreciar en la Tabla 11, Ecuador, Colombia, Chile, y Brasil comparten la mayoría de los objetivos comunes con el Perú y de alta intensidad (i.e., supervivencia y vital), sin embargo, Ecuador, Chile, y

Bolivia presentan intereses contrapuestos a los peruanos debido a los conflictos históricos entre el Perú y estos países, por territorio (Ecuador), límites marítimos (Chile), o salida al mar (Bolivia).

Tabla 11

Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Interés nacional	Supervivencia (crítico)	Vital (peligroso)	Importante (serio)	Periférico (molesto)
1. Defensa del territorio nacional	Ecuador* Chile*	Bolivia*	Colombia* Brasil*	
2. Lucha contra el narcotráfico y terrorismo	Colombia EE.UU. México	Venezuela*	Ecuador*	
3. Cobertura en salud			Brasil Colombia Chile	

Nota. Comunes, Opuestos*. Tomado de “Políticas de Estado”, por Acuerdo Nacional, s.f.-a. Recuperado de <http://www.acuerdonacional.pe/AN/politicasesestado.html>; de “Políticas de Estado: Primer objetivo: Democracia y Estado de Derecho: 6.- Política exterior para la paz, la democracia, el desarrollo y la integración”, por Acuerdo Nacional, s.f.-b. Recuperado de <http://www.acuerdonacional.pe/AN/politicasesestado/textog6.htm>; y de “Políticas de Estado: Primer objetivo: Democracia y Estado de derecho: 9.- Política de seguridad nacional”, por Acuerdo Nacional, s.f.-c. Recuperado de <http://www.acuerdonacional.pe/AN/politicasesestado/textog9.htm>; y de “Políticas de Estado: Segundo objetivo: Equidad y justicia social: 13.- Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”, por Acuerdo Nacional, s.f.d. Recuperado de <http://www.acuerdonacional.pe/AN/politicasesestado/textoe13.htm>

Debido a la larga historia de lucha contra el narcoterrorismo de países como Colombia, México, y Estados Unidos, estos comparten el interés de supervivencia nacional con el Perú. Caso contrario ocurre con Venezuela y Ecuador, países que apoyaban al narcoterrorismo, de acuerdo con el libro que detalla las memorias del terrorista de las FARC Raúl Reyes, encontrado por el ejército colombiano en el año 2008 luego de un bombardeo en tierras ecuatorianas donde murió el mencionado terrorista (“Informe divulgado en Londres”, 2011).

Por otro lado, tal y como se mencionó anteriormente, todos los países del mundo señalan como interés importante, el incrementar la cobertura de la salud, llegando a la meta de la universalidad. Sin embargo, se considerará como aliados a aquellos que puedan ser usados por el Perú como referentes en el sector, de acuerdo con la cercanía geográfica y el conocimiento de casos de éxito: Brasil y Chile.

La MIN indica que, de acuerdo con los intereses nacionales, el Perú debería promover su desarrollo y el del sector salud a través de interacciones con los países con los que tiene mayores intereses comunes positivos: Colombia y Brasil. Esto promovería que dichos países compartieran sus planes nacionales de salud, los cuales pueden servir de aprendizaje para el Perú. Asimismo, estos países también podrían tomar de referencia casos de éxito de otros países del mundo.

El sector salud es de alto impacto social, por lo que países que tienen buenos índices de salud como Chile también podrían aportar al desarrollo del mismo.

3.1.2 Potencial nacional

Los factores que se analizan en el potencial nacional son las fortalezas y debilidades del país. Para ello, es necesario analizar los siete dominios: demográfico, geográfico, económico, tecnológico, histórico, organizacional, y militar (D'Alessio, 2008). En esta sección se desarrollará cada uno de estos dominios y su impacto en el plan estratégico que se está trabajando (D'Alessio, 2008).

Demográfico. El factor demográfico se analizará sobre la base de las variables: salud, educación, vivienda, y empleo. Algunas de estas variables se evaluarán comparativamente con la información de otros países de la región.

De acuerdo con el último Censo Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la población del Perú ascendía a 28'481,901 habitantes, con una proyección para el año 2012 de 30'135,875 habitantes (INEI, 2007).

La Tabla 12 muestra la evolución de la población para el periodo 1990-2050 (proyectado) y en ella se observa la reducción de la tasa de crecimiento poblacional promedio de 2.09% de crecimiento anual en 1990 a 0.33% de crecimiento anual para el año 2050, explicado por una menor tasa de natalidad (INEI, 2007).

Por otro lado, en la Figura 4 se aprecia el cambio que ha ocurrido en la estructura poblacional por edades, percibiendo un envejecimiento poblacional, proyectando para el año 2050, una esperanza de vida de 79.3 años, comparados con

43.2 años en 1950 (INEI, s.f.-b). La Tabla 13 muestra que en 2010 la población de 0 a 14 años se redujo en 8.5% (Agencia Central de Inteligencia [CIA, por sus siglas en inglés], 2010a), frente al año 1993, mientras que las poblaciones de 15 a 64 años y de 65 años a más se han incrementado en 6.8% y 1.7%, respectivamente (INEI, s.f.-c). Al tener una población cada vez más vieja, el sector salud deberá adaptar sus servicios a las características de la nueva pirámide poblacional.

Tabla 12

Perú: Población Total Estimada y Proyectada, según Años Calendarios 1990-2050

Año	Población	Tasa ¹	Año	Población	Tasa ¹	Año	Población	Tasa ¹
1990	21'764,515	2.09						
1991	22'203,931	2.02	2011	29'797,694	1.14	2031	36'179,425	0.78
1992	22'640,305	1.97	2012	30'135,875	1.13	2032	36'455,488	0.76
1993	23'073,150	1.91	2013	30'475,144	1.13	2033	36'725,576	0.74
1994	23'501,974	1.86	2014	30'814,175	1.11	2034	36'988,666	0.72
1995	23'926,300	1.81	2015	31'151,643	1.10	2035	37'243,725	0.69
1996	24'348,132	1.76	2016	31'488,625	1.08	2036	37'491,075	0.66
1997	24'767,794	1.72	2017	31'826,018	1.07	2037	37'731,399	0.64
1998	25'182,269	1.67	2018	32'162,184	1.06	2038	37'964,224	0.62
1999	25'588,546	1.61	2019	32'495,510	1.04	2039	39'189,086	0.59
2000	25'983,588	1.54	2020	32'824,358	1.01	2040	38'405,474	0.57
2001	26'366,533	1.47	2021	33'149,016	0.99	2041	38'613,529	0.54
2002	26'739,379	1.41	2022	33'470,569	0.97	2042	38'813,569	0.52
2003	27'103,457	1.36	2023	33'788,589	0.95	2043	39'005,416	0.49
2004	27'460,073	1.32	2024	34'102,668	0.93	2044	39'188,891	0.47
2005	27'810,540	1.28	2025	34'412,393	0.91	2045	39'636,812	0.45
2006	28'151,443	1.23	2026	34'718,378	0.89	2046	39'530,305	0.42
2007	28'481,901	1.17	2027	35'020,909	0.87	2047	39'655,488	0.40
2008	28'807,034	1.14	2028	35'319,039	0.85	2048	39'838,182	0.38
2009	29'132,013	1.13	2029	35'611,848	0.83	2049	39'797,209	0.35
2010	29'461,933	1.13	2030	35'898,422	0.80	2050	40'111,393	0.33

Nota. ¹Tasa de crecimiento media de la población total (por cien) - Periodo anual. Tomado de *Perú: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050* (Boletín de Análisis Demográfico N° 36), por INEI, s.f.-a. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11228&name=po16&ext=gif>

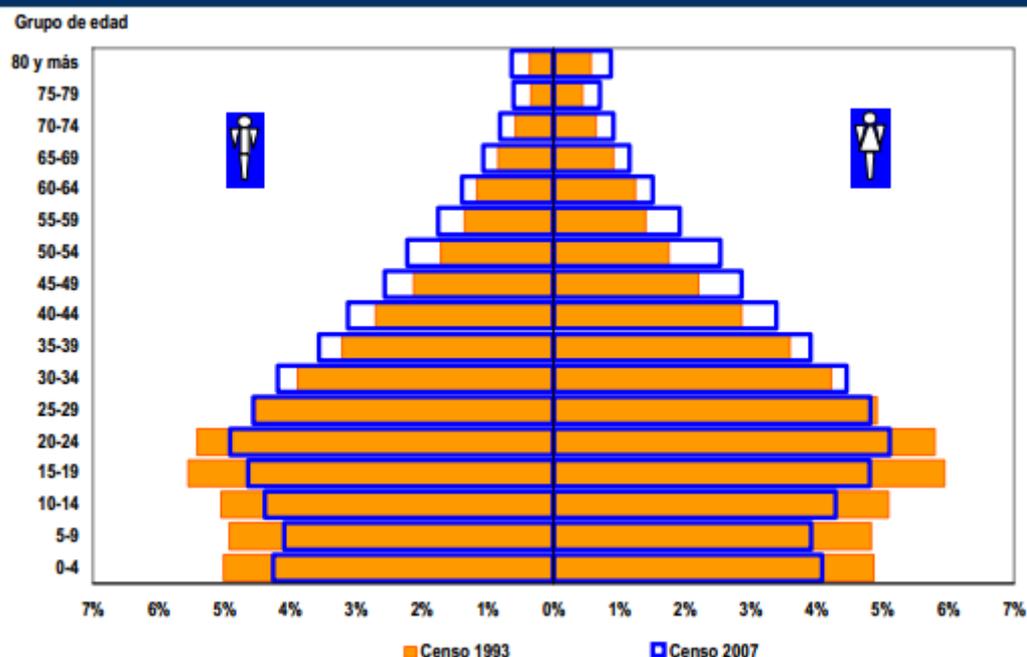


Figura 4. Perú: Pirámide de población censada, 1993 y 2007 (en %). Tomado de *Censos nacionales población y vivienda, 1993 y 2007* [Perú en cifras], s.f.-d. Recuperado de <http://www.inei.gov.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3645&name=po05&ext=gif>

Tabla 13

Perú: Población por Grupos de Edad, 1993, 2007 y 2010

Grupos de edad	1993		2007		2010		Diferencia 2010 vs. 1993
	(en miles)	%	(en miles)	%	(en miles)	%	
Total	22,048.4		27,412.2				
0 a 14 años	8,155.4	37.0	8,357.5	30.5	8,346.2	28.5	-8.5
15 a 64	12,866.9	58.3	17,289.9	63.1	19,038.4	65.1	6.8
65 a más	1,026.1	4.7	1,764.7	6.4	1,864.3	6.4	1.7

Nota. Tomado de *Perú: Población por grupos de edad, 1993 y 2007*, por INEI, (s.f.-c). Recuperado de <http://www.inei.gov.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3646&name=po06&ext=gif> y de "The world factbook [Field Listing: Ages Structure].", por Agencia Central de Inteligencia, 2010a. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2010.html#pe>

Con respecto a la migración del campo a la ciudad, el último Censo Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda, realizado por el INEI, mostró que la población urbana pasó de representar 70.1% en 1993 a 75.9%, mientras que la población rural disminuyó de 29.9% a 24.1% en los mismos periodos (INEI, 2007). Asimismo, en el mismo censo se identificó que existía una alta concentración poblacional en Lima (31%) y Callao (3%), representando 34% del total de habitantes

del país, mientras que en 1940 solo el 11.7% de la población peruana se encontraba en Lima y en 1981 este porcentaje se había elevado a 26.7% (INEI, s.f.-e; INEI, s.f.-f). La identificación de estos procesos migratorios es importante para el sector salud, pues como se observó en el capítulo I, si bien es cierto Lima tiene la mayor concentración de establecimientos de salud, es una de las ciudades con mayor demanda insatisfecha debido a la cantidad de pobladores.

Con respecto a los niveles socioeconómicos, de acuerdo con Ipsos Apoyo Opinión y Mercado (2012a), y como se puede observar en la Figura 5, a 2011, el 29% de la población del país se encontraba dentro de los niveles socioeconómicos medio-altos (A/B y C). Sin embargo, Lima y otras grandes ciudades del país como Arequipa, Trujillo, Chiclayo, Piura, Iquitos, Cusco, Chimbote, Huancayo, e Ica, mostraban una concentración de alrededor del 50% de los habitantes en los niveles socioeconómico medio altos. Estas ciudades representaban el 45% del total de la población del Perú y como se observa en la Figura 6, al tener mayores ingresos (el ingreso promedio declarado en el año 2011 fue de S/.1,763 vs. S/.1,243 en el año 2003), aspiraban acceder a mejores servicios básicos, incluidos los servicios de salud, es por ello que los habitantes de estas grandes ciudades han incrementado su atención de salud en centros particulares (clínicas o consultorios privados) en 3% pasando de 13% en el año 2003 a 16% en el año 2011, como se observa en la Figura 7, siendo aún porcentajes de atención bajos si se comparan con países vecinos como Brasil donde, según Becerril, Medina, y Aquino (2011), la atención de la salud en el sector privado representa el 25% del total de atenciones y en Chile, el 20% (Becerril-Montekio et al., 2011).

En la Figura 7 también se puede apreciar a Arequipa, Piura, e Ica como las ciudades que presentan las mayores atenciones en el sector privado vs. Lima.

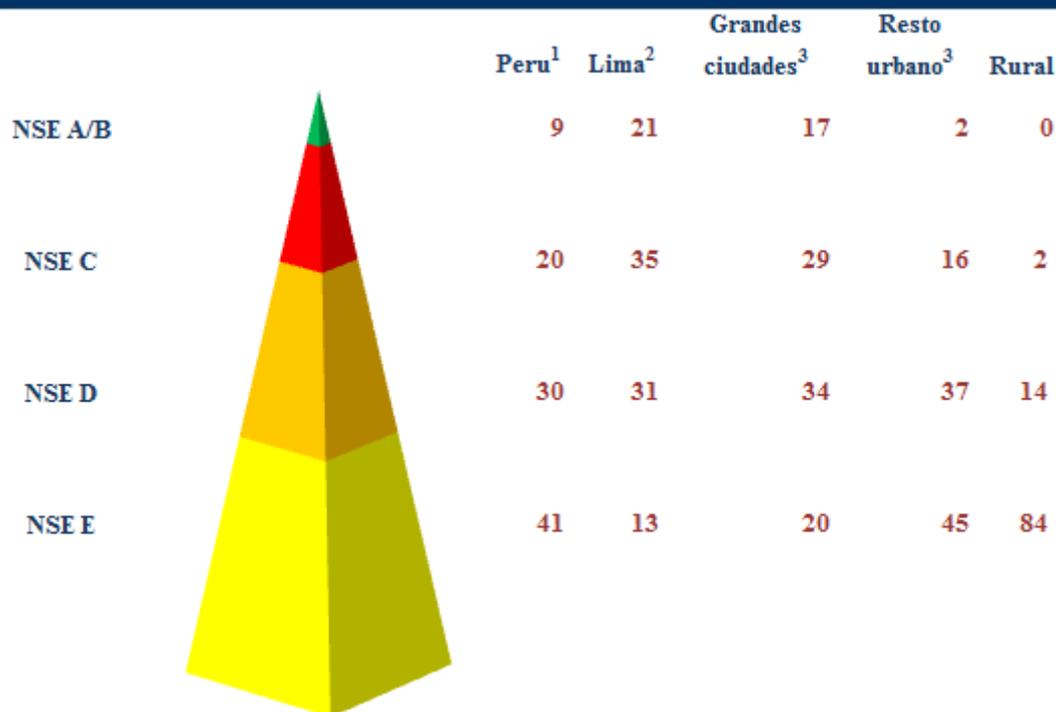


Figura 5. Pirámide socioeconómica del Perú 2011.

¹Incluye toda la población, urbana y rural. ²NSE Lima/APEIM 2011. ³Elaborado por Ipsos Apoyo. Tomado de *Niveles socioeconómicos Perú 2011* (Informe), por Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012a. Lima, Perú: Autor.

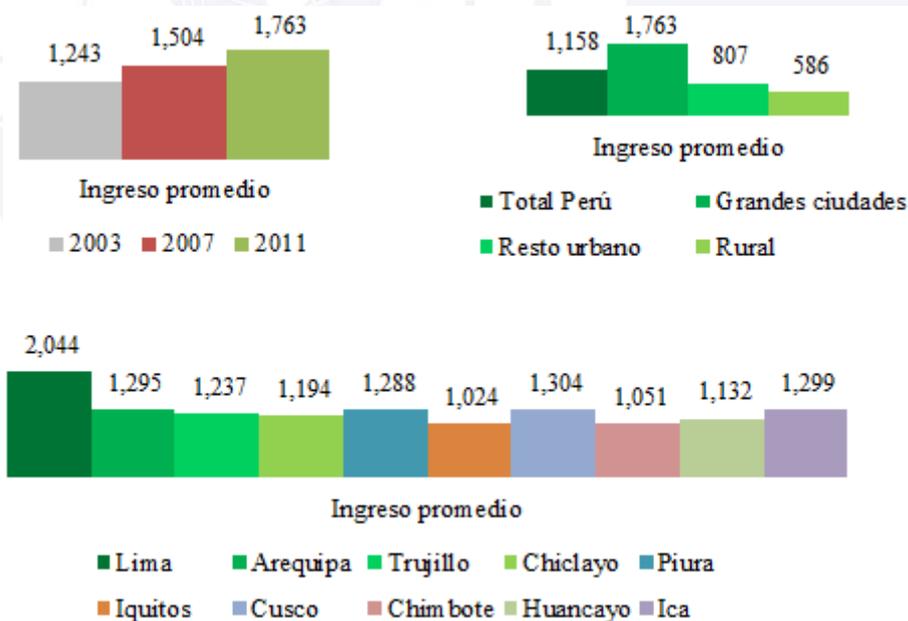


Figura 6. Ingreso mensual promedio declarado.

*Total grandes ciudades 2011 incluye a los conglomerados. Tomado de *Niveles Socioeconómicos Perú 2011* (Informe), por Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012a. Lima, Perú: Autor.

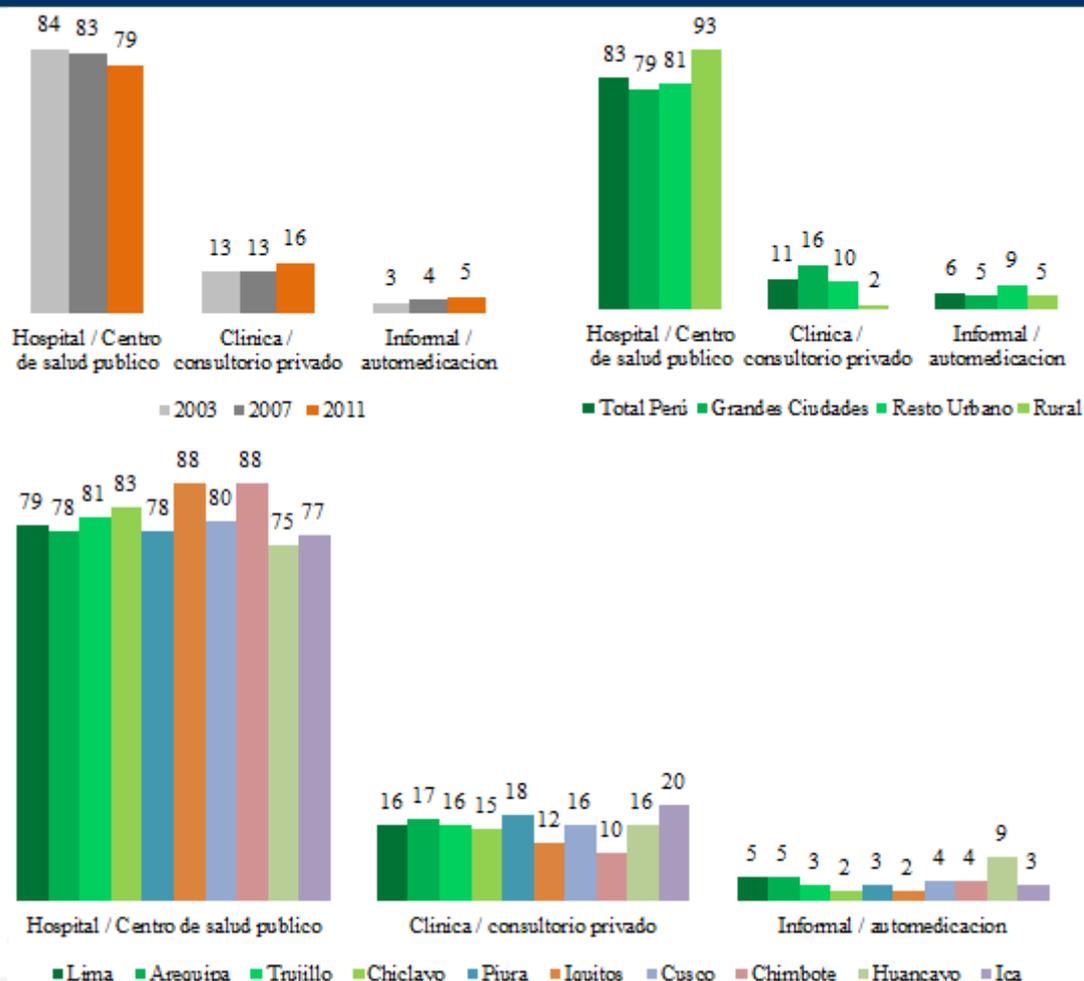


Figura 7. Atención de la salud.

*Total grandes ciudades 2011 incluye a los conglomerados. Tomado de *Niveles Socioeconómicos Perú 2011* (Informe), por Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012a. Lima, Perú: Autor.

En el mismo informe se observó que la afiliación a sistemas de salud del jefe del hogar es aún baja, siendo EsSalud el sistema con mayor presencia, como se observa en la Figura 8 (Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012a).

En la Tabla 14 se muestran algunos indicadores demográficos del Perú comparados con otros países de la región y, como se puede observar, el Perú presenta niveles inferiores a la región en la mayoría de los indicadores, sobre todo en el gasto en salud como porcentaje del PBI y gasto en educación como porcentaje del PBI.

Si bien es cierto el nivel educativo alcanzado por la población peruana ha crecido, la inversión que el gobierno realiza en este rubro es aún baja como porcentaje

del PBI en comparación con otros países de la región (Grupo del Banco Mundial, 2012a).

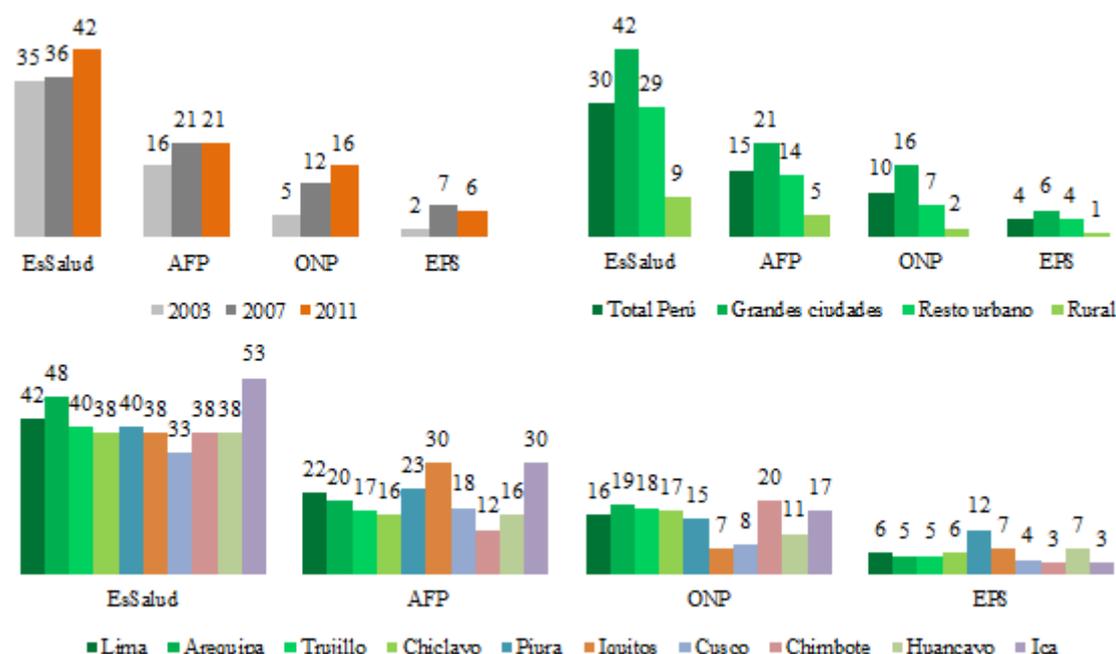


Figura 8. Afiliación a sistemas de salud y pensiones del jefe de hogar. *Total grandes ciudades 2011 incluye a los conglomerados. Tomado de *Niveles Socioeconómicos Perú 2011* (Informe), por Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012a. Lima, Perú: Autor.

Tabla 14

Indicadores Demográficos 2010 Perú y Países de la Región

	Perú	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Latinoamérica y El Caribe
Esperanza de vida (años)	72	76	66	73	79	73	75	74
Gasto en salud (% PBI)	5.08	8.10	4.84	9.01	7.96	7.59	8.06	7.66
Gasto en salud pública (% PBI)	3*	NA	3*	5	4*	NA	NA	NA
Gasto en salud privada (% PBI)	2*	NA	2*	4	4*	NA	NA	NA
Camas hospitalarias (por 1,000 habitantes)	1.50	4.5	1.10*	2.40	2.10	1.00***	1.50**	1.95*
Gasto en educación (% PBI).	2.55*	6.03*	NA	5.40**	4.53*	4.53	NA	4.44**
Alfabetismo (%)	90***	98*	91**	90**	99**	93*	84*	NA

Nota. *2009, **2008, y ***2007. Tomado de “Salud nutricional y estadísticas de población (HNP) para los países Perú, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, y Latinoamérica y El Caribe [World dataBank]”, por el Grupo del Banco Mundial, 2012a. Recuperado el 1 de agosto de 2012, de <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>

Según INEI (s.f.-g) en el año 2010, el promedio de años de estudio alcanzados por la población de 15 y más años de edad fue de 9.9 años vs. 9.5 años en 2004, alcanzando 10.7 años de estudio en la zona urbana y 7.3 años en la zona rural.

La inversión en educación es necesaria para el crecimiento de la competitividad y productividad del país y es una herramienta primordial para la inserción de la población y reducción de conflictos sociales. Asimismo, las personas que terminan sus estudios pueden acceder a mejores oportunidades laborales, por lo cual sus ingresos serán mayores y tendrán la oportunidad de recibir mejores atenciones sanitarias.

Finalmente, como se observa en la Tabla 15, el Perú tiene las tasas de desempleo más bajas de la región y el nivel de pobreza extrema entre los más bajos. Sin embargo, aún presenta un PBI per cápita inferior a la mayoría de países y al promedio de la región, pero ha venido creciendo sostenidamente desde el año 2000 al año 2010 (Grupo del Banco Mundial, 2012a).

Tabla 15

Indicadores Sociales 2010. Perú y Países de la Región

Indicador	Perú	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Latinoamérica y El Caribe
PBI per cápita (US\$ reales 2005)	3,860	6,279	1,204	5,627	8,240	3,953	3,043	5,529
Fuerza laboral (millones)	15,476	18,369	4,583	101,586	8,037	22,136	6,852	280,716
Desempleo (%)	6.30*	8.60*	5.20**	8.30*	8.10	11.60	6.50*	7.88*
Población debajo de línea de pobreza (%)	31.30	NA	60.10**	21.40**	15.10*	37.20	32.80	NA

Nota. *2009, **2007. Tomado de “Salud nutricional y estadísticas de población (HNP) para los países Perú, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, y Latinoamérica y El Caribe [World dataBank]”, por el Grupo del Banco Mundial, 2012a. Recuperado el 1 de agosto de 2012, de <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>

Geográfico. El Perú se ubica en la parte central y occidental de América del Sur y está conformado por un territorio de una superficie continental de 1'285,215.60 km², siendo el tercer país más grande de Sudamérica. El mar peruano o mar de Grau es la parte del Océano Pacífico que se extiende a lo largo de la costa peruana en una extensión de 3,079.5 km y un ancho de 200 millas mar adentro (CIA, s.f.).

El 10.6% del territorio se concentra en la costa 136,232.85 km², 31.5% en la sierra 404,842.91 km², y 57.9% en la selva 754,139.84 km². Si bien es cierto, la costa tiene el menor porcentaje de territorio, de acuerdo con el último censo realizado en 2007, es la región del país con la mayor cantidad de pobladores (54.6%), seguida por la sierra (32%) y la selva (13.4%). Esta situación ha cambiado desde 1940, donde la sierra era la región más poblada con 65%, lo cual demuestra los niveles de migración del campo a la ciudad (INEI, s.f.-h).

Es en la región costa donde se encuentra Lima, la capital del Perú, la ciudad con mayor concentración de habitantes (31% de la población total). Dicha concentración hace urgente el mayor desarrollo de servicios básicos para satisfacer las necesidades de la población (INEI, s.f.-i).

Tecnológico. El Perú solo invierte 0.20% del PBI en investigación y desarrollo, por debajo de otros países como Japón (3.39%), Estados Unidos (2.60%), Canadá (1.94%), China (1.42%), España (1.20%), Brasil (1.02%), Chile (0.67%), Argentina (0.49%), México (0.46%), Costa Rica (0.41%), y Panamá (0.25%).

De acuerdo con las declaraciones del decano del Consejo Departamental de Lima del Colegio de Ingenieros del Perú, ingeniero Luis Mejía Regalado, publicadas por Andina, Agencia Peruana de Noticias, el porcentaje de inversión en investigación y desarrollo debería incrementarse a 1% del PBI del Perú. Sin embargo, el Estado no

debe ser el único promotor del desarrollo científico y tecnológico; las universidades e institutos privados deberían ser también, entes generadores de innovación (“Perú debe destinar 1% del PBI”, 2012).

El desarrollo, la competitividad, y la sostenibilidad económica de un país son originados por la innovación y el desarrollo tecnológico (I+D). La inversión en innovación y tecnología hizo posible que en 30 años, Corea del Sur, cuyos indicadores económicos en 1967 eran similares a los de Latinoamérica, sea a 2012 una potencia mundial (Davelouis, 2010).

Como explicó Eduardo Ísmodes, del Centro de Innovación y Desarrollo Emprendedor de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), “hay que generar bienestar y eso pasa por desarrollar las capacidades humanas” (Davelouis, 2010, parr. 15) y para ese fin se requiere una mayor inversión en la tecnología asociada.

Un sector como el de Salud es sensible a las mejoras tecnológicas; el disponer de maquinaria moderna, así como el desarrollo de nuevos productos o insumos médicos (e.g., vacunas, medicamentos, etc.), permite que los organismos prestadores de salud puedan atender idóneamente a sus pacientes. Como se ha podido observar, a 2012 el Perú se encuentra aún lejos de conseguir esta meta.

Económico. La situación económica del Perú es estable, con una tasa de crecimiento promedio anual del PBI de 5.82% (INEI, 2011), el país ha podido manejar adecuadamente las crisis internacionales. Esto se pone de manifiesto en 2009, año en el que la mayoría de países de la región y del mundo caen en recesión, mientras que el Perú creció a una tasa moderada de 0.9% debido al incremento en la demanda interna (INEI, 2012b).

Si se compara al Perú con otros países de la región, se aprecia que el crecimiento promedio del Perú es mayor que el resto de los países vecinos. Así, el Banco Mundial hace una comparación de los índices de crecimiento de todos los países del mundo en varios periodos. Si se analiza el año 2010 frente al año 2011, se obtienen los resultados de la Tabla 16, donde Perú tiene los índices más favorables, pero con un PBI todavía alejado de economías como la chilena o colombiana (Grupo del Banco Mundial, 2012b).

Tabla 16

PBI (US\$ Corriente 2010). Perú y Países de la Región

	Perú	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador
PBI (US\$ corrientes 2010)	157.1	368.7	19.65	2.088	212.7	288.9	57.98
Crecimiento PBI (%)	8.8	9.2	4.1	4.5	5.2	4.0	3.6

Nota. Tomado de GDP (current US\$), por Grupo del Banco Mundial, 2012b. Recuperado de <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>

El Banco Central de Reserva del Perú (BCRP) proyectó que el país mantendrá un crecimiento económico de 5.8% a 6.2% para el año 2012 (“BCRP elevó proyección de crecimiento”, 2012). Al darse este crecimiento, la situación económica familiar continuará mejorando, lo que influenciará en la mayor disponibilidad de dinero para otros gastos, donde podrá incluirse la contratación de seguros de salud e incremento de atenciones en establecimientos particulares.

Por otro lado, en 2012 el Perú se ubicó en el puesto 61, de un total de 144 economías evaluadas en el ranking de Competitividad Global 2012-2013. Desde el año 2007 a 2012 se han ascendido 24 posiciones y por primera vez desde 1995 el país ha ingresado a la mitad superior del ranking (FEM, 2012).

Sin embargo, cuando se analiza el ranking por sus factores internos se observa que en el Perú aún hay trabajo por hacer en cuanto a innovación (puesto 117), infraestructura (puesto 89), y salud / educación (puesto 91).

Asimismo, en 2012, el Latin Business Chronicle mediante su Latin Business Index, ubicó al Perú dentro de los cinco primeros países de Latinoamérica para realizar negocios, junto con Chile, Panamá, México, y Uruguay (“Chile Tops”, 2012). El Perú ha escalado posiciones en ambos índices a lo largo de los años, lo cual ha contribuido a consolidar el posicionamiento del país como un buen lugar para hacer negocios, por lo que influye en potenciales inversionistas extranjeros que quieran instaurar servicios de salud privada en el Perú, favoreciendo así a la competitividad del sector.

Si bien es cierto, los índices anteriores muestran una figura positiva de la competitividad del país, el Índice de Competitividad Regional del Perú 2011 (ICRP), desarrollado por el Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú [CENTRUM Católica], presenta una coyuntura mixta que se refleja en un lento crecimiento de la productividad regional. Los avances positivos en el desempeño económico, inserción internacional, y desarrollo de infraestructura productiva y de servicios contrastan con una percepción de creciente inseguridad, débil liderazgo de las instituciones gubernamentales para mantener y promover el ritmo del crecimiento económico, lenta mejora de la calidad educativa y del sistema de salud pública, y la alta concentración de las inversiones privadas en proyectos de explotación de recursos naturales y en el comercio minorista, en detrimento del soporte y promoción que requieren mayormente las pequeñas y medianas empresas (CENTRUM Católica, 2012).

Asimismo, como se puede observar en la Figura 9, el ICRP relacionado al factor salud en el pilar personas, muestra que la ciudad de Lima, aun siendo la capital del país, ocupa el tercer lugar en este índice, manifestando una debilidad en este sector.

Departamento	Rank	2008	Rank	2010	Rank	2011
Callao					1	79.47
Moquegua	1	86.67	1	72.21	2	68.68
Lima					3	64.61
Ica	4	78.23	5	64.85	4	61.53
Arequipa	3	81.10	6	64.47	5	61.43
Tumbes	5	71.61	4	66.51	6	61.34
Lambayeque	6	57.58	3	66.83	7	60.98
La Libertad	10	58.92	7	61.79	8	57.95
Tacna	7	67.13	8	61.21	9	57.79
San Martín	13	51.86	9	57.74	10	57.45
Loreto	8	64.59	10	56.77	11	55.94
Apurímac	11	53.01	11	53.78	12	52.30
Piura	17	45.98	12	53.77	13	50.65
Huánuco	19	42.56	13	51.49	14	50.55
Ayacucho	12	53.00	14	50.94	15	49.50
Amazonas	14	50.63	16	48.42	16	47.65
Cajamarca	22	40.87	17	47.62	17	46.75
Madre de Dios	9	60.67	15	49.21	18	45.61
Ucayali	16	47.77	18	47.57	19	44.83
Ancash	20	41.41	19	44.89	20	44.42
Pasco	18	45.94	20	38.22	21	38.80
Huancavelica	23	30.52	22	34.00	22	33.58
Cusco	15	48.75	23	32.67	23	32.04
Puno	24	23.42	21	36.53	24	31.13
Junín	22	36.43	24	29.38	25	30.14
Lima y Callao	2	86.52	2	71.41		

Figura 9. Índice Competitividad Regional Salud 2011

Tomado *Índice de Competitividad Regional del Perú 2011* (2a ed.), por Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú: Autor.

Finalmente, tal y como se aprecia en la Figura 10, si se evalúa el ICRP referido al porcentaje de la población afiliada a algún seguro de salud, la región Lima se encuentra entre las 10 últimas posiciones, indicando una vez más, una necesidad de enfoque en el desarrollo del sector salud en la capital del Perú.

Departamento	Rank	2007	Rank	2009	Rank	2010
Apurímac	2	49.65	2	82.73	1	89.10
Huancavelica	4	48.65	1	82.91	2	88.30
Ayacucho	1	50.62	3	81.99	3	85.30
Loreto	3	49.51	5	76.05	4	83.60
Huánuco	10	43.54	4	77.87	5	81.90
Cajamarca	17	38.82	6	68.62	6	74.60
San Martín	21	35.36	7	67.16	6	74.60
Amazonas	12	42.16	13	63.05	8	68.30
Ucayali	18	38.62	12	63.96	9	67.80
Cusco	6	47.82	11	64.83	10	67.70
La Libertad	14	40.71	8	66.68	11	67.30
Moquegua	5	47.90	15	61.70	12	66.80
Piura	19	36.96	14	62.78	13	66.00
Lambayeque	11	42.24	9	66.64	14	65.80
Tumbes	13	41.67	10	64.93	15	65.00
Callao					16	64.30
Ancash	22	35.28	20	55.08	17	63.30
Arequipa	7	45.77	16	57.76	18	62.50
Pasco	15	39.94	18	56.40	19	62.10
Ica	9	43.60	19	55.86	20	60.10
Lima					21	54.10
Puno	24	31.93	17	57.44	22	54.00
Tacna	20	35.83	23	46.69	23	51.90
Madre de Dios	16	39.08	22	49.14	24	51.60
Junín	23	32.15	24	45.59	25	51.30
Lima y Callao	8	44.80	21	53.60		

Personas / Salud / Afiliación a un Seguro de Salud

Figura 10. Afiliación a un seguro de salud. Tomado *Índice de Competitividad Regional del Perú 2011* (2a ed.), por Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú: Autor.

Histórico/Sociológico/Psicológico. En el antiguo Perú se desarrolló la civilización andina. Hacia el siglo XV, el imperio incaico se extendió por gran parte del occidente sudamericano hasta la conquista española en 1532, tras la cual se estableció un virreinato que formó parte del imperio español. En 1821 se proclamó la independencia del país, la cual se caracterizó por la recesión económica y el caudillismo militar que culminó poco antes de la Guerra del Pacífico, es decir, la Guerra con Chile en 1879 (CIA, s.f.).

La posguerra se caracterizó por el establecimiento de gobiernos oligarcas, los cuales fueron sucedidos por gobiernos democráticos hasta la dictadura militar de Juan

Velasco Alvarado en 1968. En 1980 regresó el gobierno democrático, sin embargo, también se inició el conflicto armado entre el Estado y los grupos terroristas Sendero Luminoso y Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA), agravado por la crisis de hiperinflación de fines de la década de los 80 e inicios de los 90. En la década de los 90 se implementó el modelo económico neoliberal, cuyas bases continúan vigentes a 2012 y que permitió que el país tuviese un importante crecimiento económico que continúa con el Gobierno de Ollanta Humala, pero que aún no logra eliminar la fuerte desigualdad por más que se ha logrado un avance en la reducción de la pobreza (CIA, s.f.).

A pesar de que los niveles de pobreza han disminuido, de acuerdo con el reporte de conflictividad de la Defensoría del Pueblo, a mayo de 2012, el país presenta 173 conflictos sociales activos y 72 latentes, en su mayoría referidos a temas socioambientales. Estos se encuentran principalmente en los departamentos de Ancash (28 casos), Puno (22 casos), seguidos por Cajamarca (16 casos), Cusco (15 casos), y Lima provincias (15 casos). Como se observa en la Figura 11, en el último año, los conflictos se han incrementado, lo que evidencia el fraccionamiento que existe en el país (Defensoría del Pueblo, 2012).

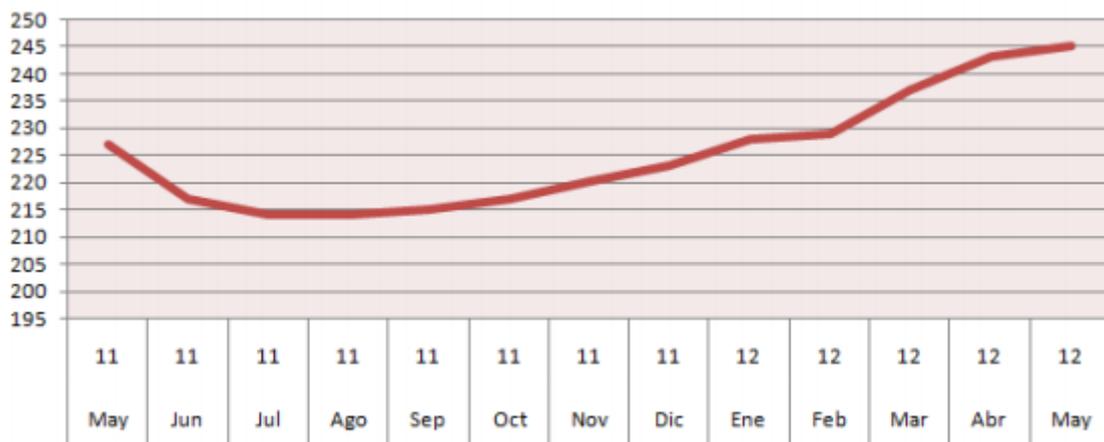


Figura 11. Conflictos sociales registrados mes a mes. Tomado de *Reporte de conflictos sociales N° 99*, por Defensoría del Pueblo, mayo de 2012. Recuperado de <http://www.defensoria.gob.pe/conflictos-sociales/objetos/paginas/6/55reporte-de-conflictos-sociales-n-99--mayo-2012-1.pdf>

Lo mencionado anteriormente se refuerza con la Tabla 17, donde se observa que el presupuesto de gasto social del Estado peruano hasta el año 2009, se destinaba principalmente a cubrir los sectores educación y salud. El gasto en Protección y Previsión Social se encontraba alejado de los sectores anteriores, por lo que ante potenciales conflictos, el Estado no tenía la capacidad para prevenir, lo que generaba un mayor fraccionamiento de la población (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú [MEF], 2009).

Tabla 17

Gasto Social Básico según Función, 2002-2009 (Millones de Nuevos Soles Corrientes)

Función	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	P/
Total	4,607	4,845	5,624	6,132	7,114	8,571	10,562	12,235	
Protección y previsión social	563	703	953	895	923	1,423	785	1,631	
Educación y cultura	2,543	2,757	2,990	3,262	3,519	3,937	5,049	5,286	
Salud y saneamiento	1,501	1,385	1,681	1,975	2,672	3,211	4,728	5,318	

Nota. Tomado de “Gasto social básico, según función, 2002-2009”, por Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2009. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0982/cap09/Cap09014.XLS>

El fraccionamiento se observó también en el acceso a los servicios básicos, donde las personas de menores recursos son las que tienen menos acceso. La mejoría en la situación económica de los hogares, así como el acceso a una mejor educación y servicios básicos, influenciará en la reducción de dichos conflictos sociales, que en diversos casos tienen su origen en la falta de acceso al desarrollo de las poblaciones, por ello, ante la ausencia del Estado en sus localidades, los pobladores presentan sus demandas a las empresas que quieren entrar a operar, que en su mayoría son mineras.

Organizacional/administrativo. Políticamente, el Perú está organizado como una república democrática, con un sistema político multipartidista estructurado bajo

los principios de separación de poderes y descentralización. Administrativamente se divide en 24 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao (CIA, s.f.).

Según C. Joo (comunicación personal, 27 de junio, 2012), el sector sanitario peruano se organiza de acuerdo con las funciones de:

1. Rectoría: El Ministerio de Salud (MINSA) a través de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), quien establece las normas a seguir para el sector.
2. Financiamiento: Los hospitales del MINSA y de las Fuerzas Armadas son financiados por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Los hospitales de EsSalud se autofinancian con los aportes de los trabajadores contribuyentes del impuesto a la renta de quinta categoría y de los aportes individuales de personas que desean acogerse a este sistema de seguro. Las clínicas privadas se financian con sus sistemas de seguro de salud prepagos.
3. Cobertura: En el sector público, los prestadores del servicio de salud son los hospitales del MINSA, hospitales de las Fuerzas Armadas, y hospitales de EsSalud. En el sector privado, son las clínicas y consultorios.

Militar. En el Perú, el Ejército, la Fuerza Aérea, y la Marina de Guerra del Perú, componen las Fuerzas Armadas, cuya misión es resguardar la soberanía del Estado, la defensa nacional, y la seguridad de los peruanos con el fin de contribuir al desarrollo socioeconómico del país y a la defensa civil.

El comandante en jefe de las Fuerzas Armadas es denominado el presidente de la República del Perú, por autorización del Ministerio de Defensa y coordinados por el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas (Ministerio de Defensa del Perú [MINDEF], s.f.).

Como se aprecia en la Tabla 18, Ecuador, Colombia y Chile son los países con mayor gasto militar como porcentaje del PBI.

Tabla 18

Gasto Militar como Porcentaje del PBI. Perú y otros Países de la Región, 2011

	Perú	Chile	Ecuador	Bolivia	Colombia	Argentina	Brasil
Gasto militar (% del PBI)	1.2	3.2	3.4	1.4	3.3	0.7	1.4

Nota. Tomado de “Gasto Militar (% del PIB)”, por Grupo del Banco Mundial, 2011. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/MS.MIL.XPND.GD.ZS>

Asimismo, de acuerdo con el Instituto de Investigación para la Paz Internacional de Estocolmo (SIPRI, por sus siglas en inglés) durante 2010, América Latina incrementó su gasto militar de manera significativa (5.1% vs. el año anterior). Sin embargo, Carina Solmirano (investigadora de América Latina para el programa de Gasto Militar de SIPRI) y Robert Munks (editor para las Américas de la revista británica especializada en temas de Defensa *Jane’s Intelligence Weekly*) coincidieron en que el gasto militar de América Latina es bajo con respecto a otras regiones (Paullier, 2009).

Un factor clave detrás del incremento del gasto militar es la “bonanza económica” que ha vivido el país, lo que ha permitido que se renueven equipos antiguos. Ello, como medida preventiva ante posibles conflictos bélicos, que pongan en riesgo la soberanía del país.

A pesar de que en el año 2010 el gasto militar en América Latina fue alto, el informe del SIPRI detalló que en el año 2011, el gasto militar de la región decreció en 3.3% frente al año 2010, ello debido a que las grandes compras para renovación de equipo se realizaron el año anterior (Stockholm International Peace Research Institute [SIPRI], 2012).

3.1.3 Principios cardinales

Los cuatro principios cardinales hacen posible reconocer las oportunidades y amenazas para un país en su entorno, estos son: las influencias de terceras partes, los lazos pasados y presentes, el contrabalance de los intereses, y la conservación de los enemigos (D'Alessio, 2008).

Influencia de terceras partes. Como se ha podido observar, las atenciones en el sector privado han ido en aumento, relacionadas directamente con la mejora en la situación económica de la población. Esto ha originado, de acuerdo con las entrevistas realizadas a personas involucradas en el sector salud privada en Lima, que haya demanda mayor a la oferta y que el país, y sobre todo Lima, no disponga de la suficiente capacidad para atenderla. Es por ello que clínicas de otros países del mundo podrían estar interesadas en ingresar a competir en el mercado peruano, como lo ha hecho ya el grupo chileno Banmédica quienes han adquirido la Clínica San Felipe.

Por otro lado, existe un concepto relativamente nuevo denominado “turismo de salud” que consiste en que extranjeros deciden viajar a otros países para realizar alguna atención de salud y aprovechan en hacer turismo en dicho país, puesto que esto es más económico que atenderse en sus propios países. Ante esta situación, en 2005, la Comisión de Promoción del Perú para la exportación del Turismo (PromPerú), lanzó el programa “Disfruta Salud”, el cual ofrece a países del primer mundo atención en el Perú de cinco especialidades: cirugía plástica, fertilidad, odontología, oftalmología, y laboratorio, complementado con servicios turísticos. Si bien es cierto este segmento está en crecimiento y el Perú recibe a pacientes de Estados Unidos, Europa, Brasil, Bolivia, y Chile, principalmente, países como Argentina, Brasil, y Costa Rica están más desarrollados en esta modalidad (Disfruta-Salud Perú, s.f.; “De viaje por salud”, diciembre de 2011-enero de 2012) y clínicas de estos países podrían estar interesadas en ingresar al país.

Lazos pasados y presentes. El Perú tiene una historia de conflictos territoriales con Chile y Ecuador principalmente. La Guerra del Pacífico entre Perú y Chile, y la reciente disputa por los límites marítimos influyen en las relaciones que el país tiene con el vecino. Por otro lado, los acuerdos de paz con Ecuador han permitido que la tensión con dicho país cese. Si bien es cierto, existen conflictos históricos con los países mencionados previamente, el sector salud, al ser de interés para el desarrollo social de los países, debería fomentar la comunicación para compartir casos de éxito relacionados a la salud privada en cada uno de los países.

Contrabalance de los intereses. En el Perú, conforme va mejorando la situación económica de las familias, la atención médica en el sector privado se va incrementando. A pesar de que este es un punto positivo para la implementación de nuevas clínicas o para que las actuales amplíen sus servicios y operaciones, la inversión requerida para ello es alta. De acuerdo con la entrevista realizada al Sr. Gonzalo de Losada, la implementación de una nueva clínica requiere una inversión de aproximadamente US\$20 millones (G. De Losada, comunicación personal, 22 de junio, 2012), por lo que se necesitan grupos económicos fuertes para poder solventar dicha inversión y reducir la brecha de demanda insatisfecha existente.

Conservación de los enemigos. A pesar de que existe un litigio entre Perú y Chile por los límites marítimos, las inversiones chilenas en el Perú son de gran importancia y en diversos casos, el Perú observa a Chile como un referente en innovación, tecnología, y desarrollo en la región, lo cual demuestra la necesidad en la conservación de enemigos, los cuales impulsan al país a mejorar continuamente para incrementar la competitividad. En el sector salud, Chile es un competidor, puesto que dos clínicas de Santiago se encuentran dentro de las top 10 clínicas de América Latina (Clínica Alemana con el puesto dos y Clínica Las Condes con el puesto tres).

Por otro lado, existe competencia con Brasil, Argentina, y Costa Rica, en lo referente al turismo de salud (“De viaje por salud”, diciembre de 2011-enero de 2012).

3.1.4 Influencia del análisis en el sector salud

El sector salud es un interés importante (serio) para el Perú, por lo que las intervenciones que se realicen para reducir la demanda insatisfecha creciente brindando un servicio de óptima calidad y calidez en el sistema de salud y la adopción de un enfoque de prevención de la salud, permitirá elevar la calidad de vida de población.

La importancia del sector salud se encuentra contemplada en la Política decimotercera: Acceso universal a los servicios de salud y seguridad social del Acuerdo Nacional, en el que se establece que el Estado deberá aumentar de manera sustancial la inversión y la efectividad en la salud pública para brindar aseguramiento universal (Acuerdo Nacional, s.f.-d).

De acuerdo al análisis tridimensional de las naciones, el Perú comparte objetivos similares a Colombia y Brasil, por ello, el Perú debería promover que dichos países compartan sus planes nacionales de salud, para conocer las fortalezas y debilidades de cada uno y tomarlos como insumo para la mejora del sistema de salud en el Perú. Se conoce que el sistema colombiano presenta graves problemas de atención y corrupción, por lo que no se tomará como un referente para el Perú.

Un factor clave para el desarrollo del planeamiento estratégico del sector salud privada en Lima, es el demográfico, puesto que la tendencia es que la población peruana envejezca en los próximos años, generando necesidades de servicios de salud que son diferentes a los que se ofertan actualmente. El factor demográfico se complementa con la mejora económica en las familias peruanas, las cuales tienen

ingresos superiores al pasado y buscan alta calidad de atención de la salud, incrementando la participación de las clínicas privadas en el sector. Asimismo, se debe considerar que Lima, siendo la capital del Perú, muestra índices de competitividad inferiores a otras regiones en lo que respecta al sector salud.

La salud en Chile es una de las mejores en América Latina y dos de sus principales clínicas privadas se encuentran en el ranking de las top 10 clínicas de la región. Asimismo, Brasil lidera el ranking con la clínica Albert Einstein, calificada por los expertos como la mejor de América Latina. Grupos económicos o clínicas de ambos países podrían tener interés en expandirse en el Perú.

3.2 Análisis de la Competitividad Nacional

La economía peruana se presenta estable y sólida, afianzada en la última década debido al buen manejo macroeconómico y sus políticas de mercado. El Gobierno ha entendido que mantener este crecimiento de manera consistente depende fundamentalmente de la inversión en infraestructura que soporte dicho crecimiento, para que de esta manera se pueda ser competitivo. Para Porter (2012), la competitividad de una nación depende de la capacidad de su industria para innovar y mejorar.

Por otro lado, el término competitividad tiene relación directa con la capacidad de generar una mayor producción al menor costo posible (Alarco et al., 2011).

El Perú se encuentra, por lo tanto, ubicado entre las economías que compiten por la eficiencia, y debería, en los próximos años –si continúa el crecimiento–, ingresar a competir con los países que están en tránsito hacia la innovación. Como se mencionó anteriormente, existen tres rankings que miden la competitividad de los países y según el *Ranking Global de Competitividad 2012-2013*, el Perú mejoró notablemente, subiendo del puesto 67 al 61, de un total de 144 economías evaluadas. Desde el año 2007 a 2012 se han ascendido 24 posiciones y por primera vez desde 1995 el país ha ingresado a la mitad superior del ranking (FEM, 2012).

Sin embargo, cuando se analiza el ranking por sus factores internos se observa que el Perú aún tiene deficiencias en cuanto a innovación (puesto 117), infraestructura (puesto 89), y salud / educación (puesto 91). Se requiere de mayor inversión que permita, en primer término, tener la oferta necesaria para atender la demanda insatisfecha. Estas inversiones necesarias no solo conllevarán a cubrir la demanda de servicios, sino que permitirán generar economías de escala que conlleven a menores costos de atención y servicios en general.

Si bien es cierto, el índice anterior muestra una figura positiva de la competitividad del país, como se mencionó anteriormente, el Índice de Competitividad Regional del Perú 2011 (ICRP), desarrollado por CENTRUM Católica (2012), presenta una coyuntura mixta que se refleja en un lento crecimiento de la productividad regional, lenta mejora de la calidad educativa y del sistema de salud pública, entre otros.

Como ejemplo de ello, en el sector de prestaciones de salud privada, el crecimiento de la demanda a 2012 no está acompañado del crecimiento de la oferta en infraestructura y servicios. Se estima que cada año se incrementa en 12% el número de personas que requieren de servicios de salud privada, mientras que el crecimiento de la oferta no es ni la tercera parte de ello. Debido a esta situación, a 2012 existen varios proyectos en ejecución, con nuevos participantes dentro del sector y con los mecanismos adecuados de inversión. Se necesita, entonces, adecuar el modelo de negocio de manera tal que sea sostenible en el tiempo, mientras las condiciones del mercado mejoran (G. de Losada, comunicación personal, 2012, 20 de junio).

3.2.1 Condiciones de los factores

En los sectores de alto nivel que forman la base de las economías avanzadas, una nación no hereda, sino que crea los factores más importantes de la producción, así como unos recursos humanos especializados o una base científica (Porter, 2012). Si

bien es cierto, en el caso del sector salud privada en Lima, el capital humano es altamente calificado, con estudios tanto en el país como en otros países del mundo y con experiencia adquirida en la práctica de la profesión, no realiza investigación científica, prueba de ello son los bajos niveles de publicaciones presentados por las tres clínicas peruanas consideradas dentro del ranking de los mejores 40 clínicas/hospitales de la región, ranking publicado por la revista *América Economía*.

Según Porter (2012), las naciones triunfan en sectores en los que son especialmente buenos en la creación de factores y donde la ventaja competitiva resulta de la presencia de instituciones que crean por primera vez factores especializados y luego trabajan continuamente para mejorarlos.

Para el caso del Perú, y específicamente en Lima, el sector salud privada tiene aún tareas que realizar para ser especialmente buenos comparándose con otros países de la región. Sin embargo, sí existe un área de especialización en la cual Lima está tomando cada vez mayor importancia y se está convirtiendo en un referente para la región, el Turismo en Salud. El país tiene una ventaja comparativa de recursos turísticos que combinada con la experiencia y conocimientos de los médicos que operan dentro de este sector de especialización, convierten a Lima en un destino para la realización del turismo en salud.

De acuerdo con “The Deloitte 2008 Survey of Health Care”, el 39% de los estadounidenses estarían dispuestos a viajar para realizarse cirugías electivas si el costo fuera la mitad y se les asegurara una calidad comparable al servicio.

El mercado del turismo médico mundialmente se estimó en US\$100 billones en 2010 (“Servicios de medicina y odontología”, s.f.).

3.2.2 Condición de la demanda

De acuerdo con Porter (2012), las naciones logran ventaja competitiva en los sectores donde la demanda interior da a sus empresas una imagen más clara o

temprana de las nuevas necesidades de los compradores, y donde estos presionan a las empresas para que innoven con mayor rapidez y logren ventajas competitivas más valiosas.

A pesar de que Lima dispone de la mayor infraestructura en salud del país, esta no es suficiente para cubrir la creciente demanda de atención privada. Una población cada vez más informada y exigente, y con acceso a mayores y mejores servicios básicos está originando que las principales clínicas de la ciudad inicien planes ambiciosos de modernización, ampliación de sus instalaciones o apertura de nuevas sedes, con el objetivo de cubrir la demanda insatisfecha. El sector salud privada es un sector con altos matices sociales y a la fecha la capacidad del Estado se ve, cada vez más, sobrepasada para atender las necesidades de la población, por lo que el sistema privado de salud podría convertirse en un buen aliado para aliviar dicha carga.

El presupuesto del Estado para el sector salud en 2012 fue de S/.8,658 millones (“Salud Privada en el Perú”, 2012); sin embargo, este monto continúa siendo menor a la inversión de otros países de la región. Como se vio en capítulos anteriores, el gasto en salud per cápita en el Perú es de US\$268, por encima de Bolivia, pero muy alejado de Brasil (US\$990), Chile (US\$947), y Colombia (US\$472), y ni qué decir de Canadá, país que destina alrededor de 20 veces más que el Perú (Grupo del Banco Mundial, s.f.).

A pesar de que la inversión estatal es insuficiente, el crecimiento económico y el incremento del poder adquisitivo de la población han permitido que importantes participantes y grupos económicos tanto nacionales como extranjeros, apuesten por invertir en el sistema privado de salud. Sin embargo, tal y como lo afirma Carlos Roe,

presidente de la Clínica San Felipe (“Salud Privada en el Perú”, 2012), el Perú tiene 20 años de atraso en relación a la inversión en salud de países vecinos como Chile y Colombia (Grupo del Banco Mundial, s.f.).

Para dinamizar el mercado de la salud y reducir la brecha del país en comparación a otros países de la región, para que así Lima se convierta en un referente en los próximos 10 años, hay varios frentes que atender, como la implementación de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

La ley de Aseguramiento Universal en Salud, promulgada hace tres años, fue constituida para que una mayor cantidad de peruanos disponga de un sistema de protección de salud público, privado o mixto. Sin embargo, no ha logrado masificar los programas de salud entre los peruanos. A pesar de que una parte de la población en extrema pobreza ha logrado acceder a un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) a través del Sistema Integrado de Salud (SIS), subsidiado por el Estado, el reto mayor se concentra en la población de cierto nivel de ingreso (NSE B y C), que aún no están dispuesta a invertir en salud a través de un seguro privado a pesar de tener los ingresos suficientes para contratar uno (Vera, 2012).

Según Guillermo Garrido Lecca, gerente de Pacífico Salud, la penetración de la industria de seguros de salud sobre el PBI es de tan solo 1.6%, cuando países vecinos como Colombia y Chile se encuentran en niveles de 3.5% y 5%. Además, según la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), existen 9.5 millones de afiliados a EsSalud, y tan solo 1.5 millones de personas disponen de algún tipo de seguro privado de salud. De estos, 600,000 personas tienen un plan privado de salud por medio de EPS. Adicionalmente, se estima que alrededor de 3.8 millones de personas tienen recursos para adquirir un plan de salud privado y no lo hacen (Vera, 2012).

Según Sebastián Céspedes, gerente general de la Clínica Ricardo Palma, un reto importante para las clínicas privadas en estos momentos es aumentar la oferta de camas hospitalarias para que compense el desfase que se ha generado en el sistema el cual, asegura, ha llevado a que los centros de salud en Lima bordeen el 100% de ocupabilidad (Vera, 2012).

Por ello, es clara la oportunidad que existe para los privados, ello se contrasta no solo en el alto nivel de ocupabilidad de las clínicas privadas actuales en algunas ciudades como Lima, Trujillo, Arequipa, y Piura; sino en los indicadores de crecimiento de asegurados y proyectos en el sector (G. de Losada, comunicación personal, 2012, 20 de junio).

La prestación de salud en el sector privado, se trata, por lo tanto, de un sector deficitario de servicio. Por tratarse de un servicio con demanda insatisfecha, brinda un alto margen de crecimiento para entidades prestadoras del servicio. En cuanto al flujo, la demanda de este servicio puede considerarse en expansión debido a que las entidades prestadoras de salud vienen adoptando nuevos planes para los trabajadores de ingresos medios y bajos, así como apostando por el desarrollo de nuevos productos. Diversas clínicas o empresas prestadoras de salud están implementando nuevos conceptos de unidades de atención, como los centros de atención primaria y de cirugías ambulatorias, en los cuales no es necesario disponer de una unidad tan compleja como clínica u hospital o ambientes de hospitalización.

3.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad entre las empresas

La rivalidad entre empresas es posiblemente el factor más importante puesto que causa un poderoso efecto estimulante que ejerce sobre todos los participantes (Porter, 2012).

Como se ha mencionado, la estructura en el sector de prestaciones de servicios de salud privada es deficitaria. Es decir, la demanda supera estructuralmente la oferta para satisfacerla, en principio porque la economía crece y con ello la capacidad económica de cierto nivel de la población, así como el sector formal se acrecienta y, por lo tanto, aumenta la cantidad de personas que pueden acceder a un seguro de Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

Con respecto a la estrategia, a la vez que se incrementan las inversiones en ampliaciones de establecimientos y mejora de tecnología en el sector, proliferan las estrategias por captar cada vez más pacientes con la apertura de centros médicos en centros comerciales, por ejemplo.

Asimismo, la integración vertical hacia atrás de las aseguradoras como Rímac y Pacífico ha puesto en alerta a las clínicas privadas, las cuales se encuentran preocupadas por el poder de negociación que están ganando las mencionadas aseguradoras. Rímac Seguros (Grupo Brescia) adquirió la Clínica Internacional en 2001 y recientemente Pacífico Seguros (Credicorp) ha adquirido la Clínica El Golf, la Clínica San Borja, Oncocare, Clínica Sánchez Ferrer de Trujillo, la Galeno de Arequipa, y el servicio a domicilio Doctor +. Por su parte, Mapfre ha abierto un centro médico en el Callao, y Oncosalud, a través de Auna (fondo de inversión Enfoca), ha iniciado la reconstrucción de la Clínica Delgado (Villahermosa, 2012).

Las clínicas más importantes están apostando, por un lado, en aumentar su capacidad instalada tanto para las hospitalizaciones como en atención primaria y, por otro lado, en modernizar sus equipos, lo cual ha sido acompañado por un cambio de gestión hacia un gobierno más corporativo, puesto que en el pasado, las clínicas eran manejadas por un grupo de médicos asociados que decidían montar un proyecto en conjunto. Sin embargo, la actual bonanza económica ha dado paso a grupos

empresariales, a sus aseguradoras, y a inversionistas extranjeros, a que ingresen al sector mediante la adquisición de establecimientos médicos.

En cuanto a la rivalidad, a la fecha se identifican dos tipos de rivalidad: por un lado, las clínicas o establecimientos privados que buscan una mayor penetración de sus entidades buscando ser más competitivos, lo que es aprovechado por las EPS quienes negocian tasas de pago más bajas para incluirlas en su red de prestaciones. En segundo término, las clínicas compiten también con su cliente, las EPS, pues si bien prestaban servicios de atención de salud básicamente con infraestructura de terceros, en la última década tienden a hacerlo cada vez más con infraestructura propia.

Dentro de este marco, la rivalidad entre los participantes del sector se genera durante la acción y función de las empresas, y la competencia, generalmente en su totalidad, está relacionada a grupos económicos de prestigio tanto nacionales como extranjeros y crece en función de consolidaciones y fusiones de las mismas empresas aseguradoras, volviéndose empresas prestadoras de salud y viceversa. El primer grupo extranjero en iniciar operaciones en Perú es el holding chileno Banmédica, quien en 2007 adquirió el 63% de la Clínica San Felipe y con ello se inició la dinamización del mercado (Villahermosa, 2012).

3.2.4 Sectores relacionados de apoyo

Para Porter (2012), las empresas de la nación se benefician cuando los proveedores son, a su vez, competidores a nivel mundial.

En el sector de salud privada en Lima, los principales proveedores son médicos, droguerías, laboratorios farmacéuticos, cadenas de farmacias, empresas que realizan exámenes auxiliares (e.g. laboratorios clínicos, imágenes), así como instituciones de servicios complementarios (e.g. catering, seguridad).

Por otro lado, el acceso a este mercado se regula por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, SUNASA como Organismo Público Técnico Especializado adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica, y financiera, y encargada de registrar, autorizar, supervisar, y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, así como de supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia (Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud [SUNASA], s.f.).

Asimismo, el Estado adquiere una responsabilidad concreta garantizando la existencia de mecanismos apropiados para que toda la población acceda al servicio de salud, puesto que este acceso es uno de los aspectos fundamentales que contribuye al bienestar de la población. Es por ello que el Estado suele apoyarse en el sector privado para atender la demanda que lo sobrepasa. Existen concesiones y permisos privados que el Estado licita bajo parámetros de control de gestión que garanticen un nivel mínimo de riesgo. El Estado, por lo tanto, no debe ser considerado como una competencia para el sector privado en la prestación de servicios de salud, sino como un sector de apoyo complementario que tienen una labor asistencial y subsidiaria que va más allá del privado.

Cabe mencionar que la reforma de salud iniciada en 1997 intentó un primer acercamiento a la complementariedad en las prestaciones médicas bajo el régimen de EsSalud. Desde la creación de la Ley 26790 se inició el acceso a los servicios de entidades prestadoras de salud.

3.2.5 Influencia del análisis en el sector salud privada en Lima

El Perú a 2012 se encuentra en un proceso de cambios que requieren la adecuación de sus sistemas para que soporten el crecimiento del país. Si bien es cierto el Perú ha estado subiendo de nivel en el Ranking Global de Competitividad, es

crítico que se incremente la inversión en infraestructura y tecnología. El sector salud es uno de los que cuenta con brechas más amplias en este aspecto, puesto que no se dispone de la infraestructura suficiente para cubrir la demanda de pacientes tanto en el sector público como en el privado.

La salud es de un interés importante para el Perú, pero no de supervivencia, por lo cual el Estado presenta otras prioridades teniendo desatendido el sector. Para suplir las carencias existentes y construir una ventaja competitiva, el sector privado es el que deberá complementar el rol del Estado, encontrando oportunidades de negocio rentables.

3.3 Análisis del Entorno PESTE

La finalidad de evaluar las variables del entorno es identificar aquellas oportunidades y amenazas más relevantes que puedan afectar al sector que se evalúa, con la finalidad de prepararse frente a los riesgos adyacentes, minimizando el efecto de las amenazas; y para aprovechar las oportunidades y retos que se presentan.

3.3.1 Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P)

En la última década, el Perú ha mantenido una estabilidad política y jurídica, que si bien ha sido amenazada, no ha encontrado asidero en quienes a 2012 dirigen el país. La estabilidad política y jurídica conlleva a una estabilidad económica para un crecimiento sostenible. No son factores únicos, pero sí indispensables y así lo han entendido las personas a cargo de administrar el país.

El sector salud es políticamente importante para cualquier gobierno tanto para el central, como los regionales y municipales. Es así que iniciativas municipales como los hospitales de la solidaridad, surgen como modelos de negocios privados que tienen réditos políticos, debido a la demanda no atendida que imperaba.

En este aspecto, la empresa privada también ha visto crecer su oferta (con la presencia de clínicas en los *conos*), pero sin poder estar al mismo nivel del

crecimiento de la demanda. Es por ello que empresas con capacidades financieras importantes están proyectando inversiones dentro de este sector, pues son las únicas que pueden soportar un crecimiento explosivo para hacer frente a las inversiones requeridas.

Respecto a los aspectos legales y según la mayoría de los expertos consultados, existe un panorama normativo estable o predecible, pero se requiere un sistema de administración de justicia más confiable, lo cual representa una tarea pendiente para el Estado (Agencia de Promoción de la Inversión Privada-Perú [ProInversión], 2010).

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud fue creada en 2009 para garantizar el derecho pleno y progresivo de todo peruano a la seguridad social. La sanidad pública se encuentra saturada de pacientes y la privada aún tiene capacidad para hacer alianzas público-privadas para atender a un alto número de pacientes.

Como se ha mencionado anteriormente, las principales clínicas de Lima están incrementando su capacidad o planean hacerlo, sin embargo, se enfrentan a la escasa disponibilidad de espacios para la salud, debido a que las áreas destinadas para ello son pocas y están cada vez más restringidas por las municipalidades (Villahermosa, 2012).

Por otro lado, en junio de 2012, la Comisión de Descentralización, Regionalización, Gobiernos Locales y Modernización de la Gestión del Estado aprobó el proyecto de ley en el que se propone crear una superintendencia nacional de fiscalización laboral. El proyecto de ley abre un gran mercado para la realización de chequeos médicos con el fin de asegurar la salud ocupacional (Villahermosa, 2012).

Un aspecto legal pendiente para el Estado es la corrección de las disposiciones legales respecto a los aportes por afiliación a EsSalud, los cuáles son de carácter

mensual a cargo de la entidad empleadora y equivalen al 9% de la remuneración. Si bien existe el aseguramiento obligatorio al régimen de la Seguridad Social para aquellos trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia cuya base legal es la Ley 26790 y su Reglamento en Decreto Supremo N° 009-97-SA y las normas modificatorias: Ley 28791 y Decreto Supremo N° 020-2006-TR, los trabajadores pueden optar complementariamente por programas de atención médica privados que son usados principalmente para reemplazar la atención primaria y son brindados a través del propio empleador o por medio de entidades privadas contratadas por estos (i.e., Entidades Prestadoras de Salud [EPS]). Si un trabajador decidiera tomar este seguro, su empleador ya no destinará el equivalente al 9% de su salario a EsSalud, sino solo el 6.75%. El 2.25% restante lo aportará a la EPS elegida, monto que no alcanza para cubrir la totalidad del seguro por lo cual el costo es generalmente asumido en parte por el empleador y en parte por el trabajador. El crecimiento, por tanto, en el sector salud privada en Lima se encuentra retrasado en espera de un sinceramiento de dicho aporte del empleador hacia las EPS con un porcentaje mayor o total (Cabanillas, 2009; EsSalud, s.f.; G. De Losada, comunicación personal, 22 de junio, 2012).

Se estableció una norma técnica para el manejo de residuos sólidos hospitalarios cuyo cumplimiento es obligatorio en todos los establecimientos de salud a nivel nacional. Su objetivo principal es mejorar la calidad de los servicios hospitalarios mediante un sistema eficaz y eficiente de administración de residuos en el ámbito intra nosocomial, que asegure el manejo adecuado de los residuos sólidos generados en los hospitales, con el fin de minimizar y controlar los riesgos sanitarios y ocupacionales de la población hospitalaria, así como los impactos en la salud pública y el ambiente (“Resolución Ministerial N° 217 – 2004/MINSA”, 2004).

3.3.2 Fuerzas económicas y financieras (E)

Los indicadores macroeconómicos del Perú señalan la positiva dirección que se está siguiendo en cuanto a las políticas financieras que no solo ponen al país en un crecimiento expectante, sino que permite soportar cualquier posible caída en la economía mundial. El grado de estabilidad política y el crecimiento interrumpido es favorable para los años inmediatos y generan las condiciones para mayor desarrollo del sector privado de salud a futuro. Sin embargo, el sector privado tiene sus propios desafíos que debe enfrentar con el fin de responder idóneamente al contexto que se le presenta. Asimismo y de acuerdo a lo revisado en el Capítulo I, si bien el Gobierno gasta un porcentaje cada vez mayor de su PBI para el sector salud, no es suficiente la velocidad en la que se ejecuta.

En lo económico, existe una relación inextricable entre la estructura económica y la atención a la salud. El crecimiento económico es la garantía para una mayor y sostenible inversión en salud. En lo social, la exclusión es un obstáculo para la integración interna y la atención a la salud puede ayudar a disminuir significativamente las desigualdades (Ruiz, 2011).

En cuanto a la estructura de propiedad de las clínicas privadas, en el pasado se trataba mayormente de organizaciones de médicos accionistas, agrupados para un trabajo independiente, sin embargo, desde hace casi una década, grandes grupos financieros están adquiriendo diversas clínicas de la capital y del país para transformar la salud privada en modelos modernos de gestión de servicios. La primera alta inversión en el sector vino de la mano del grupo Brescia que compró la Clínica Internacional en el año 2001, pero no fue hasta 2007 cuando se dieron mayores inversiones, a partir de la adquisición del 63% de la Clínica San Felipe por el holding chileno Banmédica (Villahermosa, 2012). Es así que, en el sector privado, se observa

cómo empresas de seguros de grandes grupos empresariales se integran verticalmente hacia la prestación de salud privada, aprovechando sus amplios respaldos financieros debido a que la puesta en marcha de una clínica implica inversiones no menores a US\$20 millones (G. De Losada, comunicación personal, 22 de junio, 2012).

Como se puede apreciar en la Tabla 19, las inversiones en proyectos de ampliación, modernización, mejora tecnológica, adquisición de clínicas, entre otros, ascenderían a más de US\$400 millones desde 2011 a 2021.

Tabla 19

Principales Inversiones de las Clínicas en Perú (US\$)

Empresa	Grupo	Proyecto	US\$	Años
Rimac Seguros	Brescia	Mejora de tecnología	50	2011-2015
Clínica Internacional	Brescia	Nuevo centro de diagnóstico por imágenes	6	2011
Clínica Javier Prado	Credicorp	Ampliación de infraestructura	6	2011-2013
Clínica Anglo Americana	-	Modernización de instalaciones	100	2011-2021
Complejo Hospitalario San Pablo	CHSP	Construcción de nuevas clínicas en El Rimac, Callao, Arequipa y Piura	250	2012-2014
Pacífico EPS	Romero	Compra de Clínica El Golf, Clínica Galeno, Clínica San Borja, Clínica Sanchez Ferrer	ND	2011
Clínica Centenario Peruano Japonesa	-	Construcción de cinco pisos adicionales en la sede de Pueblo Libre	ND	2011
Clínica San Felipe	Banmédica	Construcción de una nueva clínica en Santiago de Surco	ND	2012

Nota. Tomado de “Salud inc”, por L. Villahermosa, setiembre de 2012, *América Economía*, 2012(53), 38-42.

Si bien estas adquisiciones aumentarán la competitividad del sector y llevarán a una reducción de precios beneficiando a los pacientes, varias clínicas se muestran preocupadas porque cambien las condiciones en aquellas clínicas que prestan servicios a los asegurados de las EPS, debido a que la migración de los asegurados a las clínicas de sus compañías podría repercutir fuertemente en los ingresos de algunas clínicas dependientes de los seguros, como es el caso de la Clínica Ricardo Palma, que tiene el 80% de sus ingresos relacionados a las EPS, compañías de seguros, y sus seguros propios (Villahermosa, 2012).

Las clínicas privadas, por su parte, si bien brindan atenciones a particulares que hacen uso de los seguros de las *empresas prestadoras de salud* y compañías de seguros, han respondido implementando programas de autoseguros propios o planes de medicina prepagados. Sin embargo, la penetración de la industria de seguros sobre el PBI es de 1.6%, cuando países vecinos como Colombia y Chile se encuentran en niveles del 3.5% y 5% (Vera, 2012).

Por otro lado, como se muestra en la Tabla 20, el ingreso disponible de la población de NSE A, B, y C son suficientes como para cubrir un seguro de salud, ya sea contratando a una empresa aseguradora o a los planes de salud de las clínicas. Sin embargo, en el Perú, la cultura de prevención es aún baja.

Tabla 20

Ingresos Familiares Promedio, 2011 por NSE (S/.)

	A1	A2	B1	B2	C1	C2
Ingreso promedio familiar	17,000.0	9,400.0	3,800.0	2,630.0	1,600.0	1,440.0
Ingreso disponible	9,180.0	5,076.0	836.0	578.6	96.0	86.4

Nota. Adaptado de *Niveles Socioeconómicos Perú 2011*, por Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012a. Lima, Perú: Autor.

Por el lado médico, la preocupación se centra en las condiciones laborales de los profesionales, debido a que los tarifarios establecen precios de atención cada vez menores y la calidad de atención disminuye cuanto menos tiempo tiene el médico para atender a los pacientes. Precisamente, la calidad del servicio es una de las fortalezas de la sanidad privada y no puede dejarse de lado para que predomine el factor económico (Villahermosa, 2012).

3.3.3 Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)

En el Perú no existe una cultura de adquisición de seguros, la población vive el día a día y en el presente, no se proyectan al futuro puesto que piensan que no se

van a enfermar. De acuerdo con Gonzalo de Losada, existe un reto para establecer cierta obligatoriedad al tema de los seguros tal como el gobierno lo hizo con el sistema de pensiones, porque si no, van a ser pocas personas las que adquieran un seguro, así se venda a un precio bajo como S/.50. En otros países como Colombia, donde se estableció la obligatoriedad de los seguros, a la fecha, el 97% de la población se encuentra asegurada (Vera, 2012).

El incremento en el ingreso per cápita, la reducción notable de los índices de pobreza así como la formalización del empleo, han llevado a un aumento de la demanda en los servicios de salud. Asimismo, debido a la globalización de la información, cada vez más la población está más y mejor informada. El paciente ya no acepta al unísono lo que el médico le indica, sino que estos también investigan sobre diagnósticos y medicinas (INEI, s.f.-j).

Como se describió en el Capítulo I, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), en el primer trimestre de 2012, reveló que el 33.4% de la población peruana padece de algún problema de salud crónica y el 31.4% sufre de algún problema no crónico. Sin embargo, solo el 40% de peruanos con problemas crónicos y el 47.9% con problemas no crónicos, reportó haber asistido a una consulta de salud. Del total de personas que padecieron alguna enfermedad crónica y no crónica en el primer trimestre del año 2012, el 15.9% se atendió en un establecimiento del Ministerio de Salud, 16.8% acudió a una farmacia o botica, 8.8% a un establecimiento del sector privado (i.e., clínicas o consultorios particulares), y 6.4% a un establecimiento de EsSalud (INEI, 2012a).

Consecuentemente, en el primer trimestre de 2012, el 16.8% de la población se atendió en una botica o farmacia, mostrando un crecimiento de 0.6 puntos

porcentuales en comparación al primer trimestre de 2011, siendo este sector el segundo en crecimiento por debajo de las atenciones privadas (INEI, 2012a).

Las farmacias o boticas son el primer lugar de atención de algún tipo de enfermedad, principalmente por la existencia de una alta cultura de automedicación en el país o porque la población no logra ser atendida en los establecimientos públicos y no disponen de un seguro que cubra la atención sanitaria privada. Según E. Rodríguez-Frías (comunicación personal, 23 de junio, 2012), esto ha llevado a que diferentes patologías infecciosas generen resistencia al tratamiento debido a la mala prescripción o al mal uso del medicamento.

Por otro lado, si bien la medicina tradicional o alternativa solo capta el 0.8% de las atenciones, existe una tendencia mundial en la búsqueda de productos naturales y orgánicos, y esta tendencia podría presentarse también en el Perú y en Lima (INEI, 2012a).

Por otro lado, las mejoras económicas inciden también en la psicología de la población y en su grado aspiracional, grado que se refleja en el sector salud (pacientes que prefieren atenderse en clínicas privadas versus hospitales públicos). Los estilos de vida son factores más allá de los niveles económicos de la población. Cada vez más son los pacientes que suelen buscar a un médico en particular ya sea porque es el “médico de moda” o porque trabaja en la “clínica de moda” (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012).

Pero así como la población requiere de más servicios de salud privada, las exigencias de estos también se acrecientan; incluso más allá de lo “normalmente establecido”. Las demandas por mala praxis también son un tema a considerar y no solo por los errores fundados que puedan cometer los médicos, sino por las

oportunidades infundadas que algunos pacientes suelen buscar (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012).

3.3.4 Fuerzas tecnológicas y científicas (T)

El sector salud está altamente ligado a la tecnología, pues cada día aumenta la velocidad de obsolescencia en los equipos médicos debido a los avances tecnológicos. Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina la cantidad de médicos va desde 66.3 médicos por cada 10,000 habitantes en Cuba hasta tres en Honduras. En el Perú se estima que existen 9.2 médicos por cada 10,000 habitantes. En este contexto de déficit de personal es que la tecnología desempeña un rol importante, pues la telemedicina podría terminar con los inconvenientes generados por la falta de especialistas en la región (Cornejo & Muñoz, 2012).

La telemedicina se desarrolla en dos formas: (a) síncrona, en tiempo real y se usa en intervenciones complejas y (b) asíncrona, por medio de la cual se monitorean los datos a distancia, los cuales son analizados con posterioridad al envío. Este sistema permite que se realicen intervenciones en lugares alejados operados remotamente desde otras ubicaciones. Sin embargo, el uso de la telemedicina exige la construcción de un marco legal y ético que aborde la relación del médico y del paciente así como el acceso a la información confidencial de los enfermos (Cornejo & Muñoz, 2012).

La promoción de la inversión en salud, aunada a una apropiada gestión de tecnología, garantiza un aporte sustantivo en la mejora de la calidad de la atención y de la prestación de salud, particularmente en el enfoque de diagnóstico y tratamiento, así como en el planteamiento de proyectos de inversión en tecnología de alto impacto, tal como la *telemedicina*, es decir, *imágenes a distancia*, exámenes auxiliares a

distancia, (electrocardiograma), y la *telemedicina* de atención primaria (Organización Panamericana de la Salud-Perú, 2007).

Asimismo, el grado de capacitación de los médicos es importante debido a los nuevos procedimientos y/o a las nuevas drogas que van apareciendo en el mercado. Si bien parte de ello es cubierto por los laboratorios de medicinas que suelen organizar e invitar a los médicos importantes a congresos o cursos de actualización, estos gastos cada vez son más limitativos, por lo cual la empresa privada debe encontrar un mecanismo para la capacitación de los médicos dentro de sus planillas (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012).

3.3.5 Fuerzas ecológicas y ambientales (E)

En temas de regulación ambiental, no existe un control adecuado para los desechos médicos de clínicas. Sin embargo, existe la normativa Ministerial N° 217-2004/MINSA, la cual constituye un instrumento de gestión importante para los administradores de hospitales y responde a un mandato imperativo de la necesidad diaria de minimizar y controlar los riesgos que se derivan de los residuos hospitalarios. Si bien los desechos orgánicos deberían ser destinados a la incineración en ambientes controlados, no existen empresas privadas suficientes que brinden estos servicios, sobre todo en provincias (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012).

3.4 Matriz de Evaluación de Factores Externos (EFE)

En la Tabla 21 se puede apreciar la Matriz de Evaluación de Factores Externos (EFE), con la cual se obtiene un valor dentro de una escala comprendida entre 1 y 4, que representa el grado de respuesta que tiene el sector analizado el entorno de la industria (D'Alessio 2008).

Tabla 21

Matriz de Evaluación de Factores Externos (EFE)

Factores determinantes de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Oportunidades			
1. Demanda insatisfecha creciente nacional y extranjera	0.15	2	0.30
2. Incremento del ingreso promedio de la población en Lima, originando mayor demanda de servicios de salud privada.	0.10	2	0.20
3. Oportunidad de desarrollar asociaciones público-privadas con el Estado peruano para la prestación de servicios de consulta externa y hospitalización, aprovechando la desfavorable imagen de la atención en el sector público.	0.10	2	0.20
4. Ley de aseguramiento universal que obligará a todo ciudadano a afiliarse a algún régimen de aseguramiento en salud.	0.05	1	0.05
5. Corrección de las disposiciones legales respecto a la transferencia del porcentaje de aporte de la remuneración del trabajador hacia EsSalud, cuando este elige afiliarse a una EPS.	0.05	3	0.15
6. Desarrollo de telemedicina	0.05	1	0.05
7. Crecimiento del mercado de turismo en salud	0.05	3	0.15
	0.55		1.10
Amenazas			
1. Integración vertical hacia atrás de grandes operadores nacionales e internacionales (i.e., EPS-Rímac, Pacífico, y Oncosalud) que buscan economías de escala, con bajos costos, y tecnología avanzada.	0.10	3	0.30
2. Escasez de terrenos aptos para el sector salud	0.10	3	0.30
3. Marco regulatorio cambiante	0.05	2	0.10
4. Proliferación de boticas y farmacias que recomienden y expendan el medicamento sin la receta médica.	0.05	3	0.15
5. Automedicación por parte del paciente.	0.05	3	0.15
6. Tendencia en el uso de medicina alternativa: medicina basada en evidencias, quiropraxia, homeopatía, etc.	0.05	3	0.15
7. Mejoras en el servicio de salud pública.	0.05	3	0.15
	0.45		1.30
Total	1.00		2.40

Nota. Valor: 4=responde muy bien, 3=responde bien, 2=responde promedio, 1=responde mal.

Para el caso del sector de prestación de salud privada en Lima, el factor que se ha determinado luego del análisis es 2.40. Dicho resultado permite concluir que el sector está respondiendo mejor a las amenazas del ambiente que a las oportunidades.

3.5 El Sector Salud Privada en Lima y sus Competidores

A partir de la definición de las cinco fuerzas de Porter, una industria o sector debe buscar una posición en la cual pueda influenciar las fuerzas a su favor o defenderse de ellas si son adversas (D'Alessio, 2008).

3.5.1 Poder de negociación de los proveedores

El conjunto de proveedores del sector salud privada en Lima está compuesto por médicos, droguerías, laboratorios farmacéuticos, cadenas de farmacias, empresas que realizan exámenes auxiliares (e.g. laboratorios clínicos, imágenes), así como instituciones de servicios complementarios (e.g. catering, seguridad).

La oferta de productos farmacéuticos es amplia, lo cual limita el poder de negociación de los proveedores, sin embargo, existen pocos productos que sí tienen un alto poder de negociación, debido a que sus patentes se mantienen vigentes.

Respecto a las entidades que brindan los servicios de exámenes auxiliares, existe una amplia oferta. Por ejemplo, laboratorios ROE trabaja con la Clínica San Felipe; Medlab Cantella Colichón trabaja con San Pablo, Montesur, Especialidades Médicas, El Golf, y San Miguel de Piura; Blufstein opera en las clínicas Ricardo Palma, Internacional, San Judas Tadeo, y Medex (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012). Estos laboratorios compiten fuertemente entre ellos para celebrar contratos a largo plazo con las clínicas, reduciendo así su poder de negociación con las clínicas.

Con relación a los profesionales de la salud, la oferta es vasta, lo que limita el poder de negociación de este segmento de proveedores, sin embargo, existe un pequeño grupo de profesionales de prestigio que disponen de un alto poder de negociación logrando condiciones especiales de contratación de sus servicios. El Perú

cuenta con 9.2 profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes, comparado con 16 en Brasil, 9.3 en Chile, 15 en Colombia, entre otros. Si bien este análisis muestra que en el país hay escasez de médicos, en la realidad se observa que la concentración de médicos se encuentra principalmente en Lima, lo que reduce el poder de negociación de los médicos. A pesar de ello, algunas especialidades médicas carecen de suficiente personal calificado, como por ejemplo, los radiólogos (F. De Olavarría, comunicación personal, 25 de setiembre, 2012).

Si bien es cierto, el poder de negociación de los proveedores es medio-bajo, este dependerá del proveedor.

3.5.2 Poder de negociación de los compradores

Pese a la variada oferta de servicios de salud, si se considera a los compradores como a las personas naturales que requieren contar con prestaciones médicas, estos tienen una influencia media en la fijación de precios, pues si bien su concentración e integración son bajas, el progresivo incremento del poder económico de los potenciales compradores, generado por el desarrollo económico del país, viene cambiando el comportamiento del peruano como consumidor y llevándolo a evaluar los servicios que recibe bajo una óptica de costo beneficio en la cual incorpora, entre otras, la variable precio. Si a este cambio se le agrega la creciente mayor oferta de servicios de salud privada, se puede concluir que las personas naturales, de manera individual pero con su consumo agregado, sí influyen en la fijación de precios.

De otro lado, si se incorpora a la categoría de compradores a las EPS, en su rol de brindar servicios de salud con infraestructura de terceros, se puede concluir que el poder de negociación respecto de las clínicas privadas no vinculadas a una EPS es alto, pues al representar los intereses de un alto número de personas, estas influyen en la determinación de condiciones económicas.

Esto se da por las diferencias en niveles de concentración entre las EPS y las instituciones prestadores de salud privada en Lima.

El nivel de concentración en la industria es un indicador del poder de negociación. Aunque no se dispone de un índice oficial que mida el nivel de concentración, la evidencia empírica acompañada de información estadística permitirá concluir que las EPS se encuentran más concentradas que las instituciones prestadoras de salud privada en Lima. Este desequilibrio otorga a las EPS un poder de mercado importante que viene siendo aprovechado por estas.

Como se observa en la Tabla 22, son cuatro EPS las que administran el mercado, logrando Rímac y Pacífico una participación del 93.48% en los aportes a mayo de 2012. Rímac lidera el mercado con 47.20%, seguido por Pacífico con 46.28%.

Tabla 22

Aportes EPS Mayo 2012

Aportes	Rímac	Pacífico	Persalud	Mapfre	Colsanitas	Sistema EPS
Total aportes	45'130,361	44'631,710	169,121	4'347,555	1'385,311	95'664,058
%	47.18	46.65	0	4.54	1.45	100.00

Nota. Adaptado de “Aportes y Gastos en Prestaciones”, por Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, 2012a. Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/estadisticas/1201/prestacion0.htm?selPeriodo=1201>

Otro dato importante que muestra con meridiana claridad la alta concentración en el sector de EPS se muestra en la Tabla 23, en donde se observa que Rímac y Pacífico concentran más del 93% de afiliaciones.

Tabla 23

Afiliaciones Enero 2012

Afiliación	Rímac	Pacífico	Persalud	Mapfre	Colsanitas	Sistema EPS
Sistema EPS	550,958	605,850	4,929	14,413	66,239	1'242,389
%	44.35	48.76	0.40	1.16	5.33	100.00

Nota. Tomado de “Afiliaciones al Sistema”, por Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, 2012b. Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/estadisticas/1201/afiliacion0.htm>

En el sector de instituciones de salud privada en Lima, la situación es diferente. Durante la última década, la creciente economía peruana ha permitido que la demanda por servicios privados de salud aumente, en especial en Lima y otras ciudades de la costa. Este incremento en la demanda ha motivado que varias instituciones privadas del sector salud en Lima inviertan en nuevos centros hospitalarios o clínicas, como lo han hecho la Clínica San Pablo (en Lima Norte tiene la Clínica Jesús del Norte, en Lima Este, San Gabriel, en San Juan de Lurigancho la clínica San Juan Bautista, e incluso tienen una clínica en Huaraz), British American Hospital (operaciones en La Molina y Surco), o la Sociedad Francesa de Beneficencia (con clínicas en Lima, San Isidro, y Surco); sin embargo, este esfuerzo en atender la demanda dentro del mismo grupo económico no ha sido suficiente y la oferta se encuentra atomizada, como se puede observar en la Tabla 24. La región Lima tiene 192 establecimientos de salud, incluyendo los del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, y clínicas privadas.

Tabla 24

Número de Hospitales en Lima con más de 10 Camas Hospitalarias

Departamento	2008	2009	2010
Lima	165	158	192

Nota. Tomado de *Informe Especial Servicio de Salud*, por Maximixe, febrero de 2012. Lima, Perú: Autor.

Se concluye que la creación de las EPS ha generado un cambio en el poder de mercado del sector privado de salud, de manera que la fuente de ingresos de las clínicas privadas se encuentra fuertemente concentrada en las dos EPS que operan en el mercado. Se estima que las EPS representan cerca del 50% de los ingresos de las clínicas privadas, seguidas por las compañías de seguros que financian cerca del 30% de los ingresos.

Sin embargo, las dos EPS que operan en el mercado (Rímac Internacional EPS y Pacífico EPS) pertenecen a grupos económicos vinculados a compañías de seguros y estas dos compañías (Rímac Internacional y El Pacífico Peruano Suiza) concentran más del 85% del mercado de seguros de asistencia médica. Es decir, alrededor del 75% de los ingresos por prestación de salud de las clínicas privadas proviene solo de dos grupos económicos. El mayor poder de mercado de las EPS se traduce en una ventaja de negociación que empuja los costos médicos a la baja.

3.5.3 Amenaza de los sustitutos

Debido a los altos costos en la práctica médica privada, a la ineficiencia y escasa cobertura de salud, una alta cantidad de pacientes acuden a su farmacéutico de confianza a solicitar recomendación para sus problemas de salud, generando la proliferación de la automedicación y la recomendación por el dependiente de la farmacia y/o botica. A la fecha esta práctica está siendo impulsada por los incentivos que los laboratorios entregan hacia los dependientes de farmacias para la recomendación de sus productos, sin considerar la opinión o consulta de un profesional médico. Según el INEI (s.f.-g), en el primer trimestre de 2012, 16.8% de las personas que presentaban algún padecimiento acudió a una farmacia o botica para tratar su afección.

Los curanderos o chamanes forman parte de la cultura milenaria del país. Diversos pacientes aún recurren a hierberos y curanderos que les ofrecen soluciones efectivas y de bajo costo a sus padecimientos aunque este sustituto es también atractivo por representar una alternativa natural de curación. Según el INEI (s.f.-g), en el primer trimestre 2012 el 0.8% acudió a tratamientos alternativos dentro de los que se encuentran las atenciones de curanderos.

3.5.4 Amenaza de los entrantes

La creciente economía peruana, sumada a la mayor información al alcance de los clientes respecto a patologías y sus correspondiente condiciones de calidad de atención, han contribuido al notable crecimiento en la demanda de servicios de salud privados, generando que potenciales inversores y empresas aseguradoras que inician un proceso de integración vertical hacia atrás, hayan visto en esta brecha entre la demanda y la oferta, una oportunidad de negocio. A efectos de analizar con objetividad a estos entrantes, a continuación se describirán las principales características de las empresas aseguradoras y grupos económicos internacionales que vienen invirtiendo o presentan proyectos de inversión en clínicas privadas en Lima.

Pacífico Salud EPS. Es una empresa que es subsidiaria de Pacífico, que forma parte de Credicorp Ltd, un importante holding financiero del Perú que se dedica a ofrecer a sus clientes corporativos y personas naturales soluciones de gestión de riesgos.

Pacífico Salud EPS, mediante la administración de un seguro complementario a EsSalud, brinda prestaciones de salud hospitalarias y de emergencia, a través de un sistema de libre elección de médicos y clínicas afiliadas. Durante el año 2010 facturó US\$163.71 millones, logrando convertirse, como se aprecia en la Tabla 25, en la empresa relacionada al sector salud con mayor facturación promedio durante el año 2009.

En diciembre de 2011, Pacífico Salud EPS celebró un convenio con la Universidad de Medicina de Johns Hopkins, que según David Saettone, le permitirá aplicar el know-how de esta prestigiosa casa de estudios a su rama de servicios, potenciando la oferta médica nacional (Pacífico Seguros del Perú S.A., 2012).

Tabla 25

Empresas Relacionadas al Sector Salud con Mayor Facturación Promedio (Miles US\$)

Ranking 2010 Salud	Razón Social de la Empresa	2009	2010	Región
1	Pacífico EPS	138.631	163.711	Lima
2	Rímac EPS	111.569	139.110	Lima
3	Administradora Clínica Ricardo Palma	61.263	80.174	Lima
4	Clínica Internacional	42.835	80.174	Lima
5	Clínica San Pablo	42.835	40.547	Lima
6	Oncosalud	25.319	40.547	Lima
7	British American Hospital	32.541	38.512	Lima
8	Sociedad Francesa de Beneficencia	36.360	38.512	Lima
9	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	2.905	35.928	Lima
10	Clínica San Felipe	22.579	24.335	Lima
11	Hospital Nacional Cayetano Heredia	3.785	24.335	Lima
12	Asociación Hijas de San Camilo	14.959	19.451	Lima
13	Asociación Pastoral de Servicio Médico Asistenciado Good Hope	14.959	19.451	Lima
14	Clínica Jesús del Norte	18.362	19.451	Lima
15	Clínica San Gabriel	14.959	19.451	Lima
16	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	18.362	19.451	Lima
17	Clínica San Borja	14.959	19.451	Lima
18	Sistemas de Administración Hospitalaria	18.362	19.451	Lima
19	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	3.785	16.132	Lima
20	Clínica Stella Maris	14.959	16.132	Lima
21	Laboratorios Roe	12.535	13.849	Lima
22	Mapfre Perú EPS	7.604	13.849	Lima
23	Clínica Javier Prado	10.377	11.770	Lima
24	Colegio Médico del Perú	8.816	11.770	Lima
25	Clínica Vesalio	12.535	11.770	Lima
26	Cardio Perfusion	8.816	10.230	Lima
27	Nipro Medical Corporación del Perú	7.604	10.230	Lima
28	Administradora Clínica San Miguel	14.959	9.115	Lima
29	Instituto Especializado de Salud del Niño	8.816	9.115	Lima
30	Clínica Arequipa	7.604	8.248	Arequipa

Nota. *El ranking está en función de los rangos de facturación aproximada al cierre 2010. Tomado de *Informe Especial Servicio de Salud*, por Maximixe, febrero de 2012. Lima, Perú: Autor.

Rímac Internacional EPS. Empresa subsidiaria de Rímac Internacional

Compañía de Seguros y Reaseguros, forma parte del importante Grupo Empresarial Brescia. Según Equilibrium Clasificadora de Riesgo S.A. (2012), es accionista mayoritario de Clínica Internacional con 98.5% de participación.

Durante el año 2011 realizó grandes inversiones en la Clínica Internacional adquiriendo nuevos equipos y mejorando la infraestructura. Rímac Internacional EPS planea invertir en los próximos años US\$120 millones en la expansión de su cobertura

en Lima con la construcción de dos locales nuevos, así como es parte de su estrategia ingresar a los mercados de Arequipa, Trujillo, y Piura (Equilibrium Clasificadora de Riesgo S.A., 2012).

Como se muestra en la Tabla 26, durante el año 2010 Clínica Internacional facturó US\$ 80,174 millones convirtiéndose en la empresa relacionada al sector salud con mayor facturación promedio en el rubro actividades hospitalarias, ratificando la estrategia de Rímac en invertir en servicios de salud privados.

Tabla 26

Empresas Relacionadas al Sector Salud con Mayor Facturación Promedio:

Actividades de Hospitales (Miles US\$)

Ranking 2010 Salud	Razón social de la empresa	2009	2010	Región
1	Clínica Internacional	42,834.5	80,174.3	Lima
2	Administradora Clínica Ricardo Palma	61,263.4	80,174.3	Lima
3	Clínica San Pablo S.A.C.	42,834.5	40,547.3	Lima
4	Sociedad Francesa de Beneficencia	36,359.6	38,512.0	Lima
5	British American Hospital	32,541.0	38,512.0	Lima
6	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	2,905.4	35,928.0	Lima
7	Clínica San Felipe	22,579.4	24,335.5	Lima
8	Hospital Nacional Cayetano Heredia	3,785.4	24,335.5	Lima
9	Clínica San Borja	14,958.9	19,450.7	Lima
10	Asociación Hijas de San Camilo	14,958.9	19,450.7	Lima
11	Asociación Pastoral de Servicio Médico Asistenciado Good Hope	14,958.9	19,450.7	Lima
12	Clínica San Gabriel	14,958.9	19,450.7	Lima
13	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	18,362.4	19,450.7	Lima
14	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	3,785.4	16,132.2	Lima
15	Clínica Stella Maris	14,958.9	16,132.2	Lima
16	Clínica Javier Prado	10,376.6	11,769.5	Lima
17	Clínica Vesalio	12,534.9	11,769.5	Lima
18	Administradora Clínica San Miguel	6,807.0	9,114.7	Lima
19	Instituto Especializado de Salud del Niño	8,815.9	9,114.7	Lima
20	Clínica Arequipa	7,604.0	8,247.5	Arequipa
21	Hogar Clínica San Juan de Dios Arequipa	6,159.5	8,247.5	Arequipa
22	Clínica Santa Isabel	6,159.5	7,344.9	Lima
23	Proyectos Médicos	6,807.0	7,344.9	Lima
24	Instituto Nacional de Oftalmología	5,429.0	7,344.9	Lima
25	Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	2,349.3	7,344.9	Lima
26	Centro Médico Clínica San Judas Tadeo	7,604.0	7,344.9	Lima
27	Hospital Municipal Los Olivos	5,429.0	6,229.9	Lima
28	Clínica del Pacífico	4,466.1	4,867.1	Lambayeque
29	Administradora Clínica Tresa	3,287.3	4,247.6	Piura
30	Clínica Belén	2,905.4	3805.2	Piura

Nota. *El ranking está en función de los rangos de facturación aproximada al cierre 2010. Tomado de *Informe Especial Servicio de Salud*, por Maximixe, febrero de 2012. Lima, Perú: Autor.

Grupos económicos nacionales e internacionales. Según F. de Olavarría

(comunicación personal, 25 de setiembre, 2012), existirían grupos económicos de capitales nacionales e internacionales que tienen planes de inversión en el sector salud. Existe un gran espacio de demanda insatisfecha en los sectores sociales medios, en los cuales no se encuentra a la fecha, algún participante visible con proyectos importantes para satisfacerlo. Es justamente en estos sectores en donde estos grupos económicos parecieran haber puesto su objetivo, teniendo a su vez en consideración una segmentación geográfica.

Si bien aún no hay confirmación de empresas competidoras entrantes para los segmentos indicados, en el sector salud privada en Lima se presentó el ingreso de entrantes hace algunos años en los segmentos de mayor poder adquisitivo, ya sea a manera de adquisición (Grupo Banmédica con la adquisición de Clínica San Felipe y Grupo Cruz Blanca con la adquisición de Resomasa) o a través de desarrollo de nuevos proyectos (Grupo Altas Cumbres de Santiago Cummins Bañados con el proyecto Jockey Salud).

Por otro lado, clínicas que operan en el interior del país, pudiesen estar interesadas en abrir filiales en Lima y competir con los establecimientos de la ciudad capital. Las clínicas de provincias son consideradas posibles entrantes y no competidores actuales, debido a que la salud es un sector de segmentación geográfica, es decir, los pacientes se atienden en los establecimientos que confían y están más cercanos a su hogar, centro laboral, o de estudios. Los pacientes acuden a establecimientos de otras ciudades o lejanos a su localidad de influencia, si es que buscan a un médico en particular o necesitan intervenciones especializadas y que actualmente son realizadas principalmente en Lima o en el extranjero.

3.5.5 Rivalidad de los competidores

Los principales competidores del sector salud privada en Lima son los Hospitales de la Seguridad Social (MINSA, EsSalud, Hospitales de la Solidaridad) y Hospitales de las Fuerzas Armadas, pues aunque acceder a sus servicios es complicado debido a la alta cantidad de pacientes y a la limitada oferta, los bajos costos en atención ambulatoria de enfermedades frecuentes y de menor complejidad, así como la alta especialización en enfermedades complejas, hacen que estos centros de salud se conviertan en competidores a considerar.

Las grandes diferencias en rapidez en atención, calidad en la atención, y calidez en el servicio, configuran a estos competidores como débiles para hacer frente a la oferta privada, sin embargo, en atenciones especializadas como trasplantes, cirugías complejas, o tratamientos costosos se convierten en importantes competidores.

Adicionalmente, es pertinente mencionar que durante la última década, debido a la favorable situación económica del país y a la falta de especialización en algunas ramas médicas en las clínicas privadas, los peruanos de los niveles socioeconómicos más altos acceden, aunque aún de manera incipiente, a clínicas privadas del extranjero (principalmente de EE.UU.) que ofrecen con éxito sus servicios mediante agresivas campañas publicitarias.

El sector de salud privada es un sector que se encuentra en una etapa de crecimiento, estimando que para 2012 llegue a una tasa de 10% comparado con el año anterior (Cuadros, 2012).

De acuerdo con el análisis competitivo de la industria de Rowe et al. (citado en D'Alessio, 2008) mostrado en la Figura 12, el sector salud privada en Lima se encuentra en crecimiento, presenta pocas barreras de entrada y pocos sustitutos, con

alta competencia entre las clínicas del sector. Asimismo, existe una alta dependencia con instituciones de soporte o complementarias (e.g., laboratorios, farmacias, etc.) caracterizadas por su alto nivel de innovación y tecnología. Finalmente, el sector de salud privada en Lima tiene una plana gerencial que ha renovado con el tiempo, siendo cada vez más competitivos.

Finalmente, de acuerdo con el análisis de la atractividad de la industria mostrado en la Tabla 27, se puede concluir que el sector de salud privada en Lima es un sector interesante para la inversión, mostrando un puntaje de 105 sobre 150, resaltando principalmente el potencial de crecimiento.

3.6 El Sector Salud Privada en Lima y sus Referentes

Sobre la base de las fuentes consultadas, las clínicas privadas de Brasil (Sao Paulo) y Chile (Santiago de Chile) podrían ser consideradas como referentes para el sector salud privada en Lima. Datos clave que revelan la gestión de estas clínicas están relacionados a la seguridad y dignidad del paciente, capital humano, capacidad (e.g., cantidad de pacientes egresados, camas, especialidades, entre otros), gestión de conocimiento, eficiencia, y prestigio.

Como principal referente se tiene al hospital israelita Albert Einstein ubicado en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, calificado como una institución de altísima complejidad, altos niveles de seguridad, y con los mayores niveles de publicaciones de investigación médica en comparación a otros hospitales e inclusive universidades latinoamericanas.

Cerca lo siguen la Clínica Las Condes y la Clínica Alemana, dos instituciones ubicadas en Santiago de Chile y que mantienen una altísima competitividad entre ellas y logran desafiar al Hospital Einstein en más de un factor.

1	Tasa de crecimiento potencial	0-3%		6-9%		12-15%		18-21%	
		3-6%		9-12%	X	15-18%		>21%	
2	Facilidad de entrada de nuevas empresas								Virtualmente imposible de entrar
	Ninguna barrera		X						
3	Intensidad de la competencia entre empresas								Casi ninguna competencia
	Extremadamente competitivo		X						
4	Grado de sustitución del producto								Ningún sustituto disponible
	Muchos sustitutos disponibles						X		
5	Grado de dependencia en productos complementarios o de soporte								Virtualmente independiente
	Altamente dependiente	X							
6	Poder de negociación de los consumidores								Productores establecen términos
	Consumidores establecen términos							X	
7	Poder de negociación de los proveedores								Compradores establecen términos
	Proveedores establecen términos					X			
8	Grado de sofisticación tecnológica								Tecnología muy baja
	Tecnología de alto nivel		X						
9	Régimen de innovación en la industria								Casi ninguna innovación
	Innovación rápida	X							
10	Nivel de capacidad gerencial								Muy pocos gerentes capaces
	Muchos gerentes muy capaces		X						

Figura 12. Análisis competitivo del sector salud privada en Lima

Tabla 27

Análisis de la Atractividad del Sector Salud Privada en Lima

	Factor	Impulsor	Puntaje (0-10)
1	Potencial de crecimiento	Aumentando o disminuyendo	9
2	Diversidad del mercado	Número de mercados atendidos	7
3	Rentabilidad	Aumentando, estable, de crecimiento	7
4	Vulnerabilidad	Competidores, inflación	8
5	Concentración	Número de participantes	4
6	Ventas	Cíclicas, continuas	8
7	Especialización	Enfoque, diferenciación, único	6
8	Identificación de marca	Facilidad	8
9	Distribución	Canales, soporte requerido	8
10	Política de precios	Efectos de aprendizaje, elasticidad, normas de la industria	3
11	Posición de costos	Competitivo, bajo costo, alto costo	6
12	Servicios	Oportunidad, confiabilidad, garantías	8
13	Tecnología	Liderazgo, ser únicos	7
14	Integración	Vertical, horizontal, facilidad de control	8
15	Facilidad de entrada y salida	Barreras	8
			105

Las principales fortalezas de estas tres clínicas son la gestión de conocimiento relacionadas a las publicaciones en cuanto a las tendencias en medicina y la capacidad, es decir, indicadores de cantidad de egresos, camas, especialidades y subespecialidades médicas, exámenes de laboratorios, cirugía, etc., además de inversiones. Estas fortalezas se suman al uso de tecnología de avanzada y al soporte de plataformas web.

Por otro lado, se ha considerado al sector educación superior en Lima, como un referente al sector salud privada en la ciudad, debido a que se han observado tendencias similares que podrían reapplicarse en el sector en análisis.

En la última década, las universidades en el país han desarrollado el mercado atendiendo a diferentes segmentos y ampliando su oferta de productos en la mayoría de zonas geográficas de Lima y del país. Ello se ha visto beneficiado por el incremento en la capacidad adquisitiva de la población, lo que ha originado que personas que antes veían a la educación pública como su única opción, a la fecha prefieran postular a universidades privadas debido a los planes educativos diseñados adecuadamente para estos segmentos (F. De Olavarría, comunicación personal, 25 de setiembre, 2012).

Según De Olavarría, como ejemplo se puede mencionar a la UPC, universidad que tiene tres sedes (i.e., Santiago de Surco, San Isidro, y Villa) y en un futuro abrirá operaciones en San Miguel, ello para satisfacer la demanda por educación superior en los diversos NSE y distritos de Lima.

La demanda de la salud privada en Lima presenta un comportamiento similar al mostrado por la demanda de educación superior privada en la última década. Sin embargo, la oferta en el sector salud privada en Lima no ha podido reaccionar rápidamente ni con las estrategias adecuadas para atender a los diferentes niveles socio-económicos.

3.7 Matriz de Perfil Competitivo (PC) y Matriz de Perfil Referencial (MPR)

La matriz de perfil competitivo mostrada en la Tabla 28 lista los principales competidores del sector, y sus fortalezas y debilidades con relación a la posición estratégica de un sector modelo (D'Alessio, 2008).

La matriz de perfil competitivo dispone de 10 factores de éxito, ubicando en primer lugar con un puntaje de 3.40 a las clínicas privadas de Estados Unidos, quienes compiten con las clínicas privadas de Lima principalmente por los pacientes de nivel socioeconómico muy alto.

El sector de salud privada en Lima presenta un puntaje de 2.85 en el segundo lugar, e identificando las siguientes fortalezas clave: (a) prestigio y reputación en comparación con los competidores locales. La reputación de la plana médica, así como de las clínicas, es también una fortaleza que en el sector privado se ha sabido gestionar durante la última década, puesto que han estado invirtiendo en el acceso a nuevos conocimientos médicos, mejor tecnología, e infraestructura moderna; (b) calidad y calidez, la cual se refleja no solo en la idoneidad de sus profesionales médicos, técnicos, y enfermeras, sino también por la amabilidad y calidez con la que son atendidos los pacientes. El trato amable y personal es apreciado por clientes cada vez más exigentes, ávidos de atenciones médicas competentes, pero amables también; y (c) infraestructura cómoda y moderna.

Las oportunidades de mejora del sector salud privada en Lima son: (a) ubicación estratégica y (b) cantidad de establecimientos / camas. A pesar de que las clínicas privadas han abierto nuevos locales en diferentes distritos de Lima para hacer que sus servicios estén geográficamente más al alcance, este factor es aún una debilidad, puesto que la demanda de atención médica de calidad y con calidez se encuentra insatisfecha. Aunque la accesibilidad es también interpretada como la posibilidad de seleccionar al médico de preferencia.

Finalmente, es importante que el sector salud privada en Lima disponga de un planeamiento estratégico que le permita desarrollar las estrategias para minimizar las amenazas presentadas.

Para la construcción de la matriz de perfil de referencia, se analizó la información de las principales clínicas del sector de salud privada en Lima, Sao Paulo, y Santiago de Chile. Asimismo, se tomó como referencia a las universidades privadas de Lima.

Tal y como mencionó Becerril-Montekio et al. (2011), Chile ha logrado importantes avances estructurando modelos de financiamiento para lograr el acceso universal a servicios de salud y la atención de los mismos a cargo del sector privado, presentando los mejores indicadores de salud de América Latina. El sistema de salud en Chile está formado por (a) el sector público que atiende al 70% de la población, (b) el sector privado al que asisten al 20% de los chilenos, y (c) las Fuerzas Armadas que atienden al 10% restante. Este sistema se reformó en 2005 creando el Régimen General de Garantías en Salud, que establece un sistema universal con garantías explícitas que se tradujo en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza el acceso oportuno a 56 problemas de salud.

De otro lado, como se mencionó anteriormente, el sistema privado de salud en Brasil representa el 25% de las atenciones, demostrando la importancia del sector privado dentro del sistema de sanidad de este país.

Finalmente, se ha tomado también como referente al sector de universidades privadas en Lima, debido a que en la última década se ha podido apreciar el trabajo de las instituciones por atender las necesidades de educación superior en distritos de NSE medios con el objetivo de brindar una educación de calidad a precios accesibles y utilizando una infraestructura cómoda y moderna.

Como se puede observar en la MPR, las principales clínicas de Sao Paulo tienen un puntaje de 3.55, las de Santiago de Chile ascienden a 3.45, comparado con 2.55 de las principales clínicas de Lima, lo cual demuestra que estas clínicas tienen fortalezas mayores que podrían servir de referencia para el sector en análisis, principalmente en el prestigio de las instituciones a nivel regional. Asimismo, las universidades privadas de Lima presentan un puntaje de 3.25, mostrando también, fortalezas frente al sector salud privada en Lima, sobre todo en la ubicación geográfica y accesibilidad.

Tabla 28

Matriz de Perfil Competitivo

	Factores claves para el éxito	Peso (%)	Sector privado salud Lima		MINSA		Hospitales FF.AA. y PNP		EsSalud		Hospitales de la Solidaridad		Clínicas extranjeras (EE.UU)	
			Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1	Prestigio y reputación de la plana médica y del establecimiento	20	4	0.80	1	0.20	2	0.40	3	0.60	3	0.60	4	0.80
2	Calidad y calidez en el servicio	15	4	0.60	1	0.15	2	0.30	2	0.30	2	0.30	3	0.45
3	Ecuación de valor	15	3	0.45	1	0.15	1	0.15	1	0.15	2	0.30	4	0.60
4	Ubicación estratégica	15	1	0.15	3	0.45	1	0.15	2	0.30	3	0.45	2	0.30
5	Cantidad de establecimientos / camas	10	1	0.10	2	0.20	1	0.10	1	0.10	2	0.20	4	0.40
6	Accesibilidad (Atención a toda la población)	5	1	0.05	2	0.10	1	0.05	2	0.10	3	0.15	1	0.05
7	Uso de tecnología de última generación	5	3	0.15	1	0.05	1	0.05	3	0.15	2	0.10	4	0.20
8	Infraestructura cómoda y moderna	5	4	0.20	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	4	0.20
9	Atención de diversas especialidades	5	3	0.15	3	0.15	3	0.15	4	0.20	2	0.10	4	0.20
10	Fortaleza financiera	5	4	0.20	1	0.05	1	0.05	2	0.10	1	0.05	4	0.20
Totales		100	2.85		1.55		1.45		2.05		2.30		3.40	

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

Tabla 29

Matriz Perfil Referencia

Factores claves para el éxito	Peso (%)	Sector privado salud Lima		Clínicas Privadas Sao Paulo		Clínicas Privadas Santiago de Chile		Universidades Privadas Lima	
		Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1 Prestigio y reputación de la plana médica y del establecimiento	20	2	0.40	4	0.80	4	0.80	3	0.60
2 Calidad y calidez en el servicio	15	3	0.45	4	0.60	4	0.60	3	0.45
3 Ecuación de valor	15	3	0.45	4	0.60	4	0.60	3	0.45
4 Ubicación estratégica	15	3	0.45	2	0.30	2	0.30	4	0.60
5 Cantidad de establecimientos / camas	10	3	0.30	3	0.30	3	0.30	3	0.30
6 Accesibilidad (Atención a toda la población)	5	3	0.15	3	0.15	1	0.05	4	0.20
7 Uso de tecnología de última generación	5	2	0.10	4	0.20	4	0.20	3	0.15
8 Infraestructura cómoda y moderna	5	2	0.10	4	0.20	4	0.20	3	0.15
9 Atención de diversas especialidades	5	1	0.05	4	0.20	4	0.20	4	0.20
10 Fortaleza financiera	5	2	0.10	4	0.20	4	0.20	3	0.15
Totales	100		2.55		3.55		3.45		3.25

3.8 Conclusiones

El Perú está atravesando un cambio en la estructura poblacional por edades, percibiéndose un envejecimiento poblacional, en donde se proyecta para el año 2050 una esperanza de vida de 79.3 años, comparado con 43.2 años en 1950 (INEI, s.f.-b). Al tener una población cada vez más vieja, el sector salud deberá adaptar sus servicios a las características de la nueva pirámide poblacional.

Como se observó, Lima y otras grandes ciudades del país tienen una concentración de alrededor del 50% de los habitantes en los niveles socioeconómicos medio altos, quienes al tener mayores ingresos (ingreso promedio declarado en el año 2011 fue de S/.1,763 vs. S/.1,243 en el año 2003) buscan acceder a mejor calidad de servicios básicos, incluidos los servicios de salud, es por ello que los habitantes de estas grandes ciudades han incrementado su atención de salud en centros particulares (i.e., clínicas o consultorios privados) en 3%, pasando de 13% en el año 2003 a 16% en el año 2011 (Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012a), siendo aún porcentajes de atención bajos si se comparan con países vecinos como Brasil, donde según Becerril

et al. (2011) la atención de la salud en el sector privado representó el 25% del total de atenciones, y en Chile, el 20%.

Si bien es cierto Lima es la región con mayor cantidad de clínicas, el informe de Ipsos Apoyo indicó que Arequipa, Piura, e Ica presentaban mayores atenciones en el sector privado frente a la capital del país, representando una oportunidad para las clínicas de Lima.

El Perú, comparado con otros países de la región, presenta niveles inferiores en el gasto en salud como porcentaje del PBI, tanto en el sector público como privado, por debajo de Brasil y Chile (Grupo del Banco Mundial, 2012a).

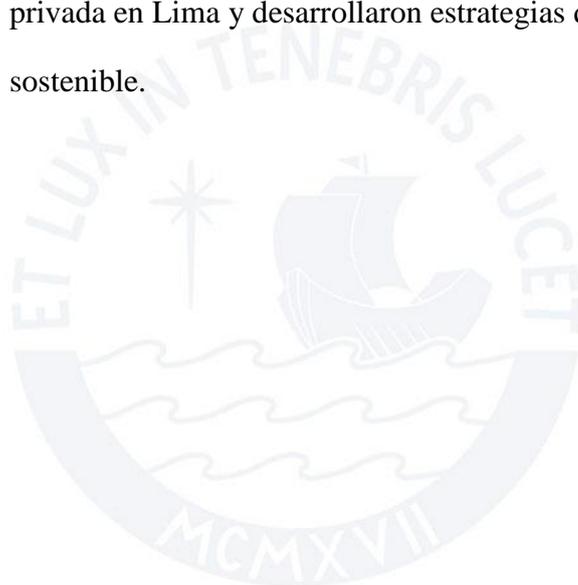
Sobre la base del análisis externo realizado, se concluye que el sector salud privada en Lima está respondiendo mejor a las amenazas que a las oportunidades del ambiente. Las principales oportunidades se encuentran en la alta demanda insatisfecha en Lima, el incremento de los ingresos de la población, y la oportunidad de desarrollar asociaciones con el Estado peruano para la prestación de servicios de consulta externa y hospitalización, aprovechando la mala imagen de la atención en el sector público.

Las principales amenazas para el sector están relacionadas con la integración vertical de las EPS, reduciendo el poder de negociación de las clínicas privadas de Lima. Otra amenaza importante es la escasez de terrenos aptos para el sector salud, afectando los potenciales planes de expansión de las clínicas.

El análisis de competitividad de la industria señala que el sector salud privada en Lima se encuentra en una buena posición debido a la calidad de sus servicios, lo que le ha permitido ganarse la reputación, en el ámbito nacional, de ser un sector competente y preocupado en la experiencia de atención que se lleven sus pacientes, innovando no solo en tecnología sino además en el relacionamiento con sus clientes; sin embargo, del análisis se concluye que no existen grandes barreras de entrada para nuevos competidores, lo que se comprueba con el rápido crecimiento de las clínicas

privadas administradas por las EPS y que vienen logrando buenos resultados, como se ha comprobado, por ejemplo, en los niveles de facturación de Clínica Internacional mostrados en la Tabla 26. De otro lado, se ve con preocupación el alto poder de negociación de las EPS con respecto a las clínicas privadas de Lima, consecuencia de una baja concentración de estas últimas.

Finalmente, el sector salud privada en Lima debe tomar como referencia a las principales clínicas de Sao Paulo y Santiago de Chile, establecimientos que se encuentran dentro del top 10 de la región. De la misma forma, se debe tomar como referente la gestión de las universidades privadas de Lima en la última década, pues se enfrentaron a situaciones similares a las que se presentan a la fecha en el sector salud privada en Lima y desarrollaron estrategias que les han permitido un crecimiento sostenible.



Capítulo IV: Evaluación Interna

4.1 Análisis Interno AMOFHIT

La evaluación de los recursos con los que dispone el sector salud privada en Lima se realizó utilizando el análisis AMOFHIT, que describe las áreas funcionales siguientes: Administración y gerencia (A), Marketing y ventas (M), Operaciones y logística (O), Finanzas y contabilidad (F), Recursos humanos (H), Información y comunicaciones–sistemas (I), y Tecnología e investigación y desarrollo (T) (D'Alessio, 2008).

4.1.1 Administración y gerencia (A)

Organización del sector. El sector de prestación de salud privada en el ámbito nacional está conformado por clínicas, laboratorios clínicos, centros de diagnóstico por imágenes, servicio de farmacia, consultorios privados, y centros de atención médica informales, estos últimos, mal llamados por ellos mismos, clínicas.

Como se mencionó en el Capítulo III, en las principales clínicas del Perú se prestan tanto servicios de hospitalización y consulta ambulatoria, como servicios de farmacia, laboratorios clínicos, diagnóstico por imágenes, y exámenes auxiliares, algunos de ellos tercerizados.

Las clínicas privadas más importantes se encuentran agrupadas en la Asociación de Clínicas Particulares del Perú, sumando 57 en Lima y 30 en provincias (C. Joo, comunicación personal, 27 de junio, 2012), las cuales para pertenecer a esta organización requieren obligatoriamente cumplir con todas las exigencias legales establecidas por SUNASA.

Almeida (2012) mencionó a tres clínicas privadas del Perú las cuales se encuentran consideradas dentro del ranking de los principales 40 centros médicos de

atención de América Latina. Estos centros de atención son la Clínica Internacional, la cual ocupa el puesto 17, la Clínica Ricardo Palma, ocupando el ranking 22 y, finalmente, la Clínica Anglo Americana en el puesto 27. Si bien es cierto, a nivel nacional estas clínicas son reconocidas, a nivel regional la principal debilidad de las tres clínicas es el prestigio comparado con las clínicas de la región.

En el Perú, existen tres tipos de estructura de propiedad de las clínicas privadas: (a) grupo de médicos asociados, (b) grupos empresariales nacionales y extranjeros, y (c) organizaciones sin fines de lucro.

La mayoría de clínicas privadas en Lima funciona bajo la estructura propietaria de asociación de médicos, sin embargo en los últimos años, grupos empresariales han adquirido las clínicas de los médicos asociados y han iniciado así su expansión tanto en Lima como en provincias (Maximixe, 2012). Asimismo, empresas prestadoras de salud (EPS) han iniciado una verticalización hacia atrás de sus operaciones, siendo la compra de la Clínica Internacional por parte de Rímac EPS del grupo Brescia y la Clínica El Golf por parte de EPS Pacífico Vida, como los ejemplos más representativos de esta verticalización (G. De Losada, comunicación personal, 22 de junio, 2012).

Tal y como se describió en el Capítulo III, de las principales 30 empresas relacionadas a la hospitalización en 2010, las 17 entidades con mayor facturación se encuentran en Lima y de ellas, 10 clínicas privadas concentran el 80% de la facturación. Estas son: Clínica Internacional, Clínica Ricardo Palma, Clínica San Pablo, Sociedad Francesa de Beneficencia, British American Hospital, Clínica San Felipe, Clínica San Borja, Asociación Hijas de San Camilo, Asociación Pastoral de Servicio Médico Asistenciado Good Hope, y Clínica San Gabriel; y que son las clínicas que se analizarán (Maximixe, 2012).

Dirección. En cuanto a la dirección de las clínicas privadas en Lima, en el pasado eran manejadas por los médicos asociados, pero en los últimos 10 años, se han profesionalizado contratando gerentes especializados en la dirección de salud (Ruiz, 2007). Flor de María Phillips (citado en Villahermosa, 2012) directora del MBA en Salud de la UPC, manifiesta que las clínicas empiezan a apostar por crecer en la industria, lo que ha obligado que los mandos de dirección de estas instituciones tengan que fortalecerse y profesionalizarse para lograr una adecuada gestión. Debido a esta apuesta en la mejora de gestión en la administración de salud, universidades como la Universidad Científica del Sur y como la UPC han elaborado programas de magíster en Gerencia en servicio de la salud, con el fin de perfeccionar las habilidades de gestión en los directivos del sector salud. El éxito por la demanda de los servicios de las clínicas está directamente influenciado por la reputación de la plana médica, complementado con el desempeño de las gerencias y la calidez del personal auxiliar, la seguridad y dignidad del paciente, la eficiencia de la institución, en otros.

Responsabilidad social. El Artículo 4 del Título III de la ley 27604 del Decreto Supremo N° 016-2002-SA, establece que todos los establecimientos de salud sin excepción, están obligados a prestar atención médica inmediata a toda persona en situación de emergencia, y de poner en conocimiento del público ese derecho en un lugar visible de la zona de atención por emergencia. La atención de emergencia por parte de los establecimientos de salud se efectúa de acuerdo a su nivel de resolución, con plena utilización de todos los recursos técnicos, de diagnóstico, y terapéuticos que sean necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. En el caso de emergencias obstétricas se incluye la atención del concebido o niño por nacer, con el fin de proteger su vida y salud (“Ley 27604. Ley que modifica la ley general de salud N° 26842”, 2002).

En cuanto a la responsabilidad social de estas entidades con el medioambiente, existen regulaciones y normativas las cuales exigen un adecuado manejo y control de

desechos médicos, tanto biológicos como químicos y/o radioactivos, cuya exigencia se encuentra normada en Resolución Ministerial, la cual garantiza el adecuado manejo y el no daño al medioambiente (“Resolución Ministerial N° 217 – 2004/MINSA”, 2004).

Si bien todo lo anteriormente mencionado es normado por ley, algunas pocas clínicas van más allá de lo requerido apostando por la creación de programas de acción social a favor de la población más vulnerable, es decir, aquellos que no tienen los recursos económicos necesarios para acceder a un servicio privado de salud de alta calidad.

De esta manera, eventualmente algunas clínicas ofrecen diversas campañas gratuitas en pueblos jóvenes a través de su pull de médicos y charlas para la detección de afecciones relacionadas con el colesterol, la hipertensión, la obesidad infantil, la diabetes, el glaucoma, el pie plano, la prevención del infarto cardiaco, del cáncer de piel, de próstata, de cuello uterino, entre otros.

Asimismo, complejos clínicos como San Pablo ya hace algunos años apoyan causas nobles como “Operación Sonrisa Perú”, brindando sus salas de operaciones, salas de recuperación, habitaciones, y personal médico y asistencial, quienes trabajan de manera voluntaria.

Planeamiento estratégico. Las principales clínicas privadas de Lima así como la ACP como gremio, cuentan con una visión y misión definidas. Sin embargo, pese a haber desarrollado una parte del planeamiento estratégico, este no es completo ni reúne las directivas para el desarrollo del sector. El presente documento pretende ser el primer esfuerzo en concretar un planeamiento estratégico del sector salud privada en Lima enfocado en las clínicas y que integre los intereses de los participantes del sector para el desarrollo social de la ciudad.

En la Tabla 30 se presenta la misión y visión de las principales clínicas en términos de facturación.

4.1.2 Marketing y ventas (M)

Producto. La oferta de servicios de salud en las clínicas privadas de Lima es amplia y diferenciada. Los servicios ofertados guardan relación de acuerdo a los estratos socioeconómicos, avances tecnológicos utilizados por las entidades, y la plana médica y asistencial que labora en las clínicas. En la oferta se incluyen atenciones ambulatorias, emergencias y hospitalizaciones, complementados con los servicios de farmacia, laboratorios clínicos, y exámenes auxiliares.

Según Gonzalo Garrido (citado en Villahermosa, 2012), funcionario de la Clínica Anglo Americana las clínicas están apostando en invertir en nuevos espacios, con infraestructura moderna, así como la renovación de su equipamiento tecnológico, colocándose en la vanguardia al ofrecer un producto a la altura de las instituciones de primer prestigio y acortando las distancias en cuanto a diferencias entre las clínicas peruanas y las clínicas chilenas, brasileras, y colombianas.

Las especialidades que se ofrecen varían entre las clínicas, sin embargo, las más comunes son: cardiología, cirugía general, cirugía de cabeza y cuello, dermatología, endocrinología, gastroenterología, geriatría, ginecología, infectología, medicina física/rehabilitación, nefrología, neonatología, neumología, neurología, oftalmología, oncología y radioterapia, otorrinolaringología, pediatría, reumatología, traumatología urología, entre otros (Clínica Ricardo Palma, s.f.; Clínica Internacional, s.f.; Clínica Anglo Americana, s.f.).

Como se puede observar en la Tabla 31, las principales clínicas han desarrollado una estrategia de planes prepagos de cobertura de salud, mediante los cuales los afiliados pueden recibir atención médica con coberturas que varían dependiendo del plan tomado y dependiendo de la clínica. El objetivo principal de estos planes es la generación de una cultura de salud preventiva.

Tabla 30

Misión y Visión de las Principales Clínicas de Lima

Clínica	Visión	Misión
Internacional	Ser la Red de servicios de salud privada de referencia en el país.	Hacer sentir a nuestros pacientes que su salud está en las mejores manos. Elevando permanentemente la calidad y eficiencia de nuestro servicio. Combinando nuestra calidez en la atención, nuestra pasión por la medicina y la innovación en los procedimientos médicos.
Ricardo Palma	Ser reconocidos en el ámbito de salud por nuestro prestigio, trayectoria y vocación de servicio, orientados a nuestros pacientes, clientes y colaboradores.	Brindar servicios de salud confiables y seguros a nuestra comunidad orientándonos permanentemente hacia la excelencia.
San Pablo	Mantenernos como la red privada de salud más grande del país con personal altamente capacitado, motivado y apoyado en tecnología de punta	Lograr la satisfacción y confianza de nuestros pacientes y colaboradores". "Incentivar la docencia y la investigación en el campo de la salud
Sociedad Francesa de Beneficencia (Maison de Sante)	Ser la red privada de salud más importante del Perú - reconocida por la calidad de sus servicios y por la satisfacción plena de nuestros pacientes - nos permitirá mantener el liderazgo en la prestación de Programas de Salud y consolidar nuestra labor de beneficencia y de auxilio mutuo.	Valorar la vida humana en todas sus etapas, brindando servicios de salud accesibles, con tecnología de avanzada y calidad de excelencia.
British American Hospital (Clínica Americana)	Ser la organización de salud de referencia, preferida por nuestra confiabilidad, ética y calidez	Somos una organización confiable que brinda servicios de salud con profesionales altamente calificados, comprometidos en servir con calidad, calidez, responsabilidad social y ambiental
San Felipe	Contar con los mejores profesionales, tecnología e infraestructura entre las clínicas privadas. Ser líderes en calidad, seguridad médica y excelencia operacional. Promover el desarrollo científico, profesional y educacional de nuestros médicos, personal y comunidad en general.	Somos una clínica privada que ofrece la mejor atención de salud de alta complejidad de nuestros pacientes. Estamos comprometidos con la calidad, seguridad, humanidad y exigencia organizacional. Hacemos énfasis en el mejoramiento continuo a través de la educación, la docencia, la investigación.
San Borja	Ser la institución de salud líder del mercado, alcanzando la excelencia en la atención médica y dando a nuestros pacientes siempre más de lo que esperan.	Cuidar de la salud de las personas con dedicación, cariño, eficiencia y pasión, creando una conciencia preventiva, brindando a nuestros pacientes el tratamiento idóneo para restaurar su salud, y acompañándolos durante el proceso de rehabilitación, logrando de esta manera, mejorar la calidad de vida de la población.
Asociación Hijas San Camilo	ND	ND
Asociación Pastoral de Servicio Médico Asistenciado Good Hope	Alcanzar la excelencia en los servicios de salud con el fin de instaurar en el hombre la imagen de su creador, basados en la tecnología moderna, creatividad, innovación, personal capacitado y motivado acorde con la filosofía de salud de la IASD	Somos una Institución médico-misionera que procuramos el bienestar físico, mental y espiritual de la persona, utilizando métodos preventivos y curativos que restituyan su estado normal de salud. Brindamos un servicio de calidad en todas nuestras áreas de atención, demostrando interés y solvencia profesional en un contexto de amabilidad y cortesía cristiana; con calidad y costos competitivos. Propendemos que mediante el servicio de salud, los pacientes conozcan al médico de los médicos; Jesucristo
San Gabriel	Mantenernos como la red privada de salud más grande del país con personal altamente capacitado, motivado y apoyado en tecnología de punta	Lograr la satisfacción y confianza de nuestros pacientes y colaboradores". "Incentivar la docencia y la investigación en el campo de la salud

Nota. Tomado de "Visión y misión", por Clínica Internacional, s.f. Recuperado de <http://www.clinicainternacional.com.pe>; "Visión y misión", por Clínica Ricardo Palma, s.f. Recuperado de http://www.crp.com.pe/quienessomos/vision_mision.html; "Misión, visión, valores", por Clínica San Pablo, s.f. Recuperado de <http://www.sanpablo.com.pe/web/guest/mision-vision-valores>; "Misión y visión", por Clínicas Maison de Santé, s.f. Recuperado de http://www.maisondesante.org.pe/index.php?option=com_administrativa&controller=Ajax&pid=11&view=lista&ppid=192; "Visión, misión y valores", por Clínica Anglo Americana, s.f. Recuperado de http://www.angloamericana.com.pe/NuestraClinica_misionvision.aspx; "Misión, visión", por Clínica San Felipe, s.f. Recuperado de http://www.clinicasanfelipe.com/csf/csf_la_clinica.aspx; "Quiénes somos", por Clínica San Borja, s.f. Recuperado de <http://www.clinicasanborja.com.pe/qsomos.php> y "Nosotros", por Clínica Good Hope, s.f. Recuperado de <http://www.goodhope.org.pe/aboutus.html>.

Tabla 31

Planes de Salud de las Principales Clínicas de Lima

Clínica	Planes	Características
Internacional	Tarjeta Salud Familiar	Cobertura para toda la familia Descuentos y beneficios especiales Atención a domicilio Paquetes preventivos a tarifas especiales Charlas educativas
Ricardo Palma	Plan Salud	Afiliación sin límite de edad para recibir atención médica quirúrgica, emergencia, hospitalización y otros servicios que ofrece la clínica. Hasta los 69 años la cobertura es al 90%, a partir de los 70 años, cubren 80%.
San Pablo	Plan Familiar	Ofrece cobertura integral para personas menores de 66 años para atención de emergencias, hospitalización, oncología, maternidad, farmacia, atención a domicilio, exámenes y farmacia en cualquiera de las sedes de la clínica.
	Plan Oncológico	Cobertura al 100% de los gastos de tratamientos ambulatorios, hospitalarios o cirugías por cáncer, realizados en el complejo hospitalario San Pablo.
Sociedad Francesa de Beneficencia (Maison de Sante)	Programa Tarjeta Clásica Programa Tarjeta Dorada Programa Tarjeta Diamante Programa Madre Niño	Brindan atenciones de emergencia, ambulatorias y hospitalizaciones en todas especialidades. Los porcentajes de cobertura varían dependiendo el programa.
British American Hospital (Clínica Americana)	Anglo Salud	Cobertura para personas menores de 65 años en emergencias, ambulatorio, hospitalización, maternidad, oncológico, odontológico y sepelio. Los porcentajes de cobertura dependen de la atención requerida.
San Felipe	ND	ND
San Borja	Programa de Salud Familiar	Cobertura para personas menores de 64 años en atención de emergencias, ambulancia a domicilio, consultas ambulatorias, oncológicas, hospitalización, fondo de sepelio.
Asociación Hijas San Camilo	Tarjeta Tezza	Descuentos en consultas ambulatorias, hospitalización y demás especialidades de la clínica, para todas las personas sin límite de edad.
Asociación Pastoral de Servicio Médico Asistenciado Good Hope	Baby Hope Edad Dorada	Atención médica a la madre gestante Programa orientado a atender al adulto mayor en emergencias, hospitalizaciones, consultas y demás especialidades de la clínica. No tiene límite de edad.

Nota. Tomado de “Programas y Planes”, por Clínica Internacional, s.f. Recuperado de <http://www.clinicainternacional.com.pe/>; “Plan Salud”, por Clínica Ricardo Palma, s.f. Recuperado de <http://www.crp.com.pe/nuestrospilares/plansalud.html>; “Plan Familiar Salud”, por Clínica San Pablo, s.f. Recuperado de <http://www.sanpablo.com.pe/web/guest/plan-familiar-salud-san-pablo>; “Programas de Salud”, por Clínica Maison de Santé, s.f. Recuperado de http://www.maisondesante.org.pe/index.php?option=com_administrativa&controller=Ajax&pid=53&view=lista&ppid=185&tipo=admin&Itemid=14; “Anglo Salud”, por Clínica Anglo Americana, s.f. Recuperado de <http://www.angloamericana.com.pe/anglosalud/>; “Programa de Salud Familiar”, por Clínica San Borja, s.f. Recuperado de <http://www.clinicasanborja.com.pe/programa.php>; “Tarjeta Tezza”, por Clínica Padre Luis Tezza, s.f. Recuperado de <http://www.clinicatezza.com.pe/tarjeta/default.htm> y “Programas GS”, por Clínica Good Hope, s.f. Recuperado de <http://www.goodhope.org.pe/gs.html>

Precio. Los precios de los servicios ofrecidos en las clínicas dependen del proveedor de los mismos. Existen precios diferenciados para los pacientes y para los

intermediarios. En el caso de los pacientes, las clínicas cuentan con un tarifario establecido, el cual está sujeto a la segmentación geográfica realizada por las clínicas, es decir, un mismo servicio en una sucursal de una clínica ubicada en un distrito de NSE alto tendrá un precio superior al mismo servicio de la clínica con ubicación en un distrito de NSE más bajo.

Para el caso de los intermediarios (i.e., Aseguradoras y EPS) los precios se negocian individualmente con cada uno de ellos a partir de los siguientes criterios:

- Costo paciente mes: Se establece un importe fijo previo a la prestación del servicio, sin importar el número de ocurrencias. No existe restricción por nivel de complejidad y se presenta tanto para consulta externa, emergencia, y farmacia (Céspedes, 2009).
- Asignación de factores: Se asigna un peso a cada procedimiento o tratamiento médico, el cual es negociado entre las aseguradoras y las clínicas. El valor monetario de cada factor es único y las aseguradoras pagan a las clínicas un monto que depende del peso que tenga cada tratamiento (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012).

A 2012, los diversos actores del sector están realizando estrategias opuestas dependiendo de su “core business”. Las entidades prestadoras de salud (EPS) realizan una verticalización hacia atrás, adquiriendo centros de atención por lo cual logran obtener mejores costos y así ser más competitivos. Mientras tanto, las clínicas o centros de atención han iniciado una estrategia de verticalización hacia adelante, brindando servicios de seguros o planes prepagos de cobertura de salud, mediante los cuales los afiliados pueden recibir atención médica con coberturas que varían dependiendo del plan tomado y dependiendo de la clínica (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012).

Plaza. Como se mencionó anteriormente, este sector cuenta con una demanda insatisfecha y con una concentración de la actividad en un número menor de clínicas que representan la mayor facturación del sector.

A 2012, la oferta de servicios en Lima está principalmente localizada en distritos de NSE altos y medios. Sin embargo, debido a la mejora económica del Perú y por ende, al incremento de los ingresos de la población, existe una tendencia a implementar clínicas para la clase media-baja de la ciudad.

Como se ha mencionado previamente, las clínicas más importantes de Lima están incrementando su capacidad instalada, como por ejemplo, la Clínica Ricardo Palma que planea invertir US\$45 millones en levantar más torres de hospitalización y consulta externa, la Clínica Internacional construye su segunda torre médica en San Borja, y la Clínica Anglo Americana prevé remodelar completamente sus instalaciones en San Isidro mediante una inversión que se aproxima a los US\$100 millones.

Además de invertir en ampliaciones, las clínicas han llevado a cabo en la última década una renovación de su equipamiento tecnológico. Según Gonzalo Garrido de la Clínica Anglo Americana (Villahermosa, 2012), con estas inversiones se han acortado las distancias en cuanto a las diferencias entre las clínicas locales y las chilenas o colombianas, sin embargo, aún existe una brecha con respecto a estos países.

Por otro lado, debido a la escasez de áreas geográficas aptas para la implementación de clínicas en Lima, algunos grupos están optando por abrir establecimientos de salud en centros comerciales en la capital o desarrollando proyectos de salud en el interior del país.

La implementación de centros médicos en centros comerciales de Lima se está dando no solo debido a la falta de terrenos para el sector, sino como solución a las atenciones primarias, las cuales representan aproximadamente el 80% de los casos en las clínicas y no requieren de infraestructura tan moderna o camas hospitalarias para su solución. (Villahermosa, 2012).

Sin embargo, los medicentros están siendo ubicados en distritos de clase media alta y la clase media baja sigue aún desatendida, mostrando una debilidad del sector.

Promoción. Para promover sus clínicas, planes de salud, tecnología, y reputación de la plana médica, las principales clínicas de Lima utilizan los siguientes medios:

- Inversión en comunicación masiva en diarios y revistas, así como presencia en radios. De acuerdo al reporte mensual de medios por marcas relacionadas al sector salud (e.g., clínicas, hospitales, médicos particulares, institutos, etc.), en el año 2011 las principales clínicas del país invirtieron principalmente en radio (38%), diarios (30%), y revistas (23%) (Mediacheck, 2011);

Pensando en los pacientes de mayor poder adquisitivo nacionales y extranjeros, las principales clínicas de Lima promocionan sus servicios en revistas que circulan en líneas aéreas. Asimismo, realizan campañas de publicidad auspiciando eventos que convocan a personas de los sectores socioeconómicos AB.

- Relaciones públicas, mediante entrevistas a médicos reconocidos del sector.
- Promoción vía recomendación de los propios pacientes atendidos en cada una de las clínicas.
- Promoción a través de páginas web. Un alto número de clínicas de Lima tiene página web en las que promocionan sus servicios, dando a conocer la ubicación y

datos de contacto, publicando sobre las especialidades que ofrecen, así como proporcionando información de su cuerpo médico. En algunos casos han desarrollado aplicativos que permiten obtener citas vía electrónica.

- Promoción de la salud: las clínicas para darse a conocer y captar nuevos pacientes, así como fidelizar a los actuales, efectúan campañas médicas orientadas a brindar a precios preferenciales servicios de despistaje, exámenes médicos, y vacunación, así como ofrecer charlas de prevención.

4.1.3 Operaciones y logística. Infraestructura (O)

A 2012, en el Perú para la abrir una clínica se tiene que considerar el “Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub Sector No Público” (“Decreto Supremo N° 023-87-SA”, 1987).

Según E. Rodríguez-Frías (comunicación personal, 23 de junio, 2012), este reglamento es supervisado, exigido, y monitoreado por el Ministerio de Salud. Asimismo, manifestó que para la apertura se requiere igualmente la certificación por INDECI. Finalmente, señaló que aún en el Perú y América Latina no existe una certificación específica para clínicas del sector salud.

La logística en las instituciones de salud es diferente a la logística en otras empresas, puesto que se trabaja con material sanitario, medicamentos, gases, diversos residuos, etc., que precisan de una manipulación y entrega especial. La eficacia en la gestión de todo el proceso logístico tiene una repercusión importante en el correcto funcionamiento de una clínica y está asociada a los sistemas de información que se manejen, por lo tanto, la coordinación entre los departamentos de compras e informática es indispensable para la optimización de la gestión de logística y la mejora continua de su rendimiento.

La logística de compras en clínicas peruanas es probablemente uno de los temas más críticos en cuanto a la contribución de la rentabilidad de la institución. Desde el punto de vista interno de una clínica y teniendo satisfechos los

requerimientos de calidad, saber comprar no significa necesariamente comprar lo más barato ni lo más rentable, puesto que existen aspectos marginales que deben ser analizados y que sin apoyo de los sistemas de información, sería difícil cotejar.

Por otro lado, teniendo como objetivo de la logística el integrar los procesos de negocios, desde el consumidor final hasta el proveedor más lejano, “lo que el paciente espera” toma una magnitud importante en la gestión de la clínica. En general, las clínicas configuran su negocio estableciendo prácticas de mejora continua en los siguientes procesos:

- Logística de aprovisionamiento;
- Gestión de almacenamiento;
- Distribución interior;
- Logística en la externalización de servicios (e.g., alimentación, laboratorio, seguridad, lavandería, residuos, limpieza, etc.);
- Mantenimiento;
- Logística externa; y
- Logística y sistemas de trazabilidad e indicadores.

Si bien las clínicas entienden que garantizar la excelencia involucra controlar la excelencia médica profesional, esto no es sostenible ni se logra sin un adecuado sistema logístico que apoye:

- Mejor flujo de insumos: A través de la mayor exactitud en los stocks;
- Integración a través de sistemas: Con resultados reales, no solamente implementación de software;
- Mayor productividad de equipos y personas: Reducción de los tiempos en la implementación y sistemas de indicadores;
- Mejores costos: Empleando la comunicación y negociación con los proveedores y formadores de la cadena de abastecimiento; y
- Mayor satisfacción del cliente: Aumentando la velocidad de atención y respuesta.

Asimismo, debido a la creciente competencia, las clínicas privadas se encuentran en la necesidad de ampliar su oferta de negocio, desarrollando ya sea nuevos productos y/o servicios, o aperturando nuevas sedes descentralizadas en la misma capital y/o en provincias. Otras clínicas cambiaron sus estrategias de negocios pasando de ser clínicas cerradas a abiertas (i.e., clínicas en las cuales puede operar un médico externo en el centro laboral). Esto ha conllevado a tener especial énfasis en el manejo logístico.

Debido a que el flujo mayoritario de pacientes en las clínicas de mayores ingresos provienen de Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las clínicas han tenido que adecuar su logística y operatividad en función a políticas negociadas, como el costo paciente mes, en el cual se fija una tarifa fija por paciente independientemente del número de consultas, medicinas, o procedimientos que este requiera.

Finalmente, en lo que respecta a la infraestructura de las clínicas en Lima, se puede observar que en los últimos años han remodelado sus instalaciones, ampliándolas, rejuveneciéndolas, y dotándolas de mejoras que impacten directamente en la calidad y calidez del servicio a ofrecer.

4.1.4 Finanzas y contabilidad (F)

Las áreas de finanzas y contabilidad de las clínicas privadas cuentan con procedimientos detallados que otorgan confiabilidad a los registros contables. Esto permite emitir reportes para sus gerentes y directores así como los requeridos por la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT). Pese a esta importante gestión, existe aún la oportunidad de mejora del costeo por actividades que permita calcular con precisión los costos por atención. La alta cantidad de costos indirectos como servicios de seguridad, contabilidad, recursos humanos, enfermeras,

entre otros hace intensiva la recolección de información que luego debe ser distribuida hacia los centros generadores de costos directos. Este proceso es crítico puesto que como se muestra en la Figura 13, de acuerdo al INEI el Índice de Precios de Cuidado y Conservación de la Salud se duplicó en relación al incremento del Índice de Precios al Consumidor, siendo el componente productos medicinales y farmacéuticos el que mayor incremento ha experimentado, tal cual se observa en la Tabla 32. El tener una detallada metodología de cálculo de costos por atención, permitirá un mejor control de costos pero además permitirá enfrentar de mejor manera los procesos de negociación con las aseguradoras (MINSA & Consorcio de Investigación Económica Social [CIES], 2008).

Tabla 32

Componentes del Índice de Precios de Cuidado, Conservación de la Salud y Servicios Médicos. Perú, 1195-2005 (1995=100)

Años	Componentes					Índice total
	Productos medicinales y farmacéuticos	Aparatos y Equipos terapéuticos	Servicios médicos y similares	Gastos por hospitalización	Seguro contra accidentes y enfermedades	
1995	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
1996	117.10	108.49	108.06	118.87	108.67	113.76
1997	131.25	116.43	116.56	143.33	126.02	128.00
1998	143.78	126.36	123.40	145.30	128.56	139.10
1999	164.08	139.24	132.54	152.04	129.76	152.60
2000	174.72	141.19	138.73	159.19	148.84	164.90
2001	183.57	148.41	143.15	163.08	158.63	167.70
2002	190.12	153.01	147.53	169.57	162.52	173.35
2003	193.46	151.26	149.59	177.25	165.56	176.57
2004	203.52	150.16	150.29	183.27	164.40	181.75
2005	207.62	160.61	152.80	183.81	184.61	186.11

Nota. Tomado de *Cuentas nacionales de salud Perú, 1995-2005*, por Ministerio de Salud y Consorcio de Investigación Económica y Social, marzo de 2008. Recuperado de <http://cies.org.pe/files/documents/otras-inv/cuentas-nacionales-de-salud-peru-1995-2005.pdf>

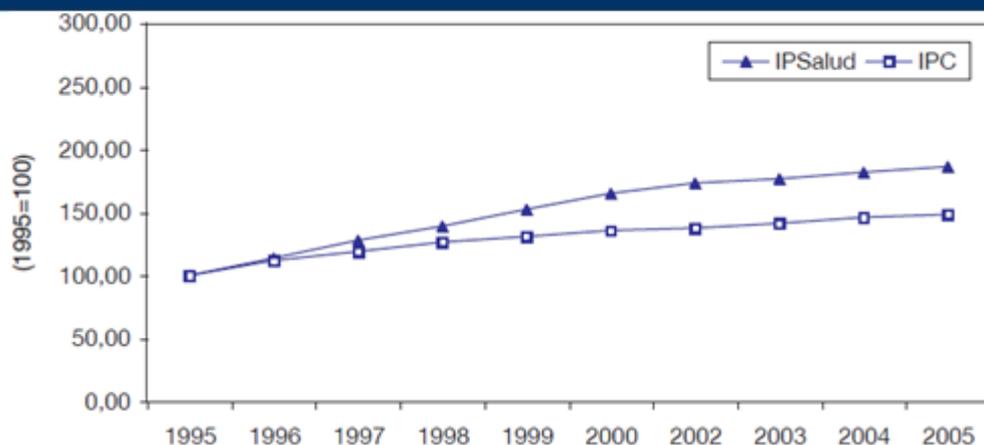


Figura 13. Índice de precios de salud y del consumidor-Perú, 1995-2005.

Nota. Tomado de *Cuentas nacionales de salud Perú, 1995-2005*, por Ministerio de Salud y Consorcio de Investigación Económica y Social, marzo de 2008. Recuperado de <http://cies.org.pe/files/documents/otras-inv/cuentas-nacionales-de-salud-peru-1995-2005.pdf>

Según Tantaléan (2010) el financiamiento de las clínicas privadas proviene de los pagos directos realizados por los pacientes de los seguros privados incluidas las EPS así como de los autoseguros de las propias clínicas y se materializa empleando diversos mecanismos de pago los cuales generan estímulos que promueven la eficacia, calidad, y adecuada utilización de la infraestructura. El mecanismo de pago es principalmente producto de las negociaciones entre las aseguradoras y las clínicas privadas. La resolución N° 015-2006-SEPS/CD definió los siguientes mecanismos de pago de las EPS:

1. Pago por servicio: Pago según lo gastado en la atención y cuyos gastos estén cubiertos en el plan de salud del paciente. Las tarifas de los servicios que se aplican a las EPS y seguros de salud dependen de rangos de factores pre-establecidos que fueron fijados por la Asociación de Clínicas y que cada clínica negocia y establece en contratos con dichas entidades (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012).
2. Paciente mes: Asignación de un monto mensual convenido para la atención ambulatoria del paciente en el mes, activado si se presenta la demanda de servicios.

3. Paquete quirúrgico: Asignación de un monto fijo por tipo de intervención quirúrgica.
4. Capitación: Pago de una cantidad fija, la cual no depende de la utilización que se haga de los servicios de salud.
5. Pago fijo por atención: Pago de una cantidad fija por prestación.
6. Pago por reembolso: Reconocimiento de un porcentaje del pago total por prestaciones pagadas directamente por el asegurado.

Como se puede apreciar en la Figura 14, si se considera el conjunto de atenciones de emergencia, ambulatorias, y de hospitalización en el sistema EPS predomina el pago por servicio, sin embargo, este mecanismo de pago genera un incentivo perverso a las clínicas privadas puesto que estas no tienen ninguna motivación a la disminución de atenciones y sus respectivos costos, lo que ha generado que las EPS eleven las primas y copagos e introduzcan diversos sistemas de control (Tantaleán, 2010).

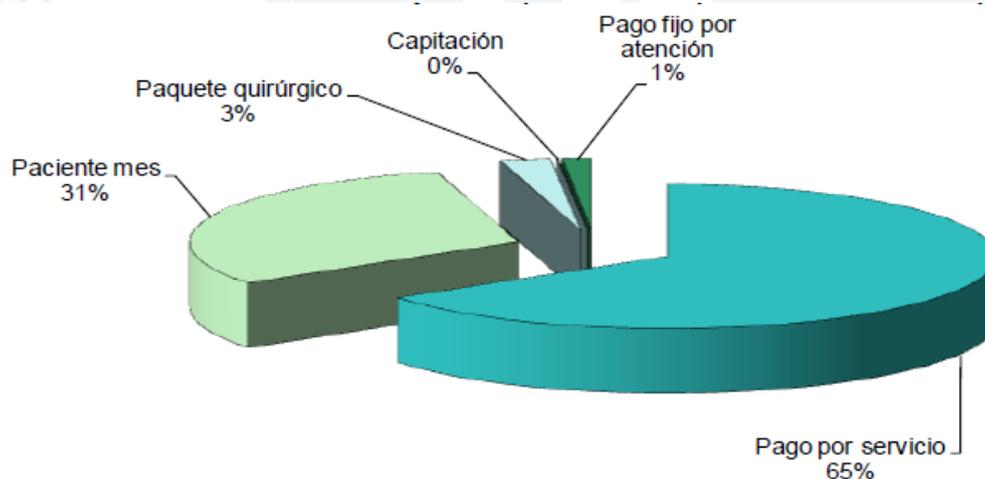


Figura 14. Porcentaje de liquidaciones por mecanismo de pago EPS 2009. Tomado de *Estudio de mecanismos de pago en el contexto del aseguramiento universal en salud (AUS)*, por M. Tantaleán, 31 de mayo, 2010. Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/publicaciones/estudios/download.asp?Cod=2665&parte=2&extension=zip&nombre=EstudioMecPagoAUS.zip>

El pago fijo por atención representa un interesante mecanismo de pago en el que el riesgo financiero es compartido por las EPS y las clínicas privadas, lo que

motiva a las clínicas a ser más eficientes en sus prestaciones contribuyendo a la reducción de costos, sin embargo, el tener un límite de pago por mes puede traer como consecuencia que las clínicas pospongan para el siguiente mes servicios requeridos cuando el monto mensual se ha agotado, lo que impacta negativamente en el cliente por el deterioro en la calidad del servicio.

4.1.5 Recursos humanos (H)

La responsabilidad que recae sobre el personal médico es crítico en este sector, puesto que del servicio que ofrecen depende la vida de sus pacientes. Asimismo, la satisfacción del cliente se basa principalmente en la atención o trato que se brinde y el buen servicio, aspectos que son canalizados a través del personal.

Los recursos humanos en el sector salud privada en Lima se dividen en: (a) plana médica, (b) auxiliares, y (c) personal administrativo.

El personal tiene que poseer las competencias y calificaciones profesionales con justas remuneraciones y beneficios de ley. Deben recibir una capacitación continua especialmente en aspectos relacionados a la salud y tecnología, debido a los continuos avances en la ciencia médica, sin olvidar la capacitación en cuanto a trato al cliente puesto que esta es la primera percepción que obtiene el consumidor final y que contribuye a crear la imagen y reputación del sector.

En el Perú, las principales universidades con facultades de ciencias médicas son: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad Federico Villareal, Universidad de San Martín de Porres, Universidad Ricardo Palma, Universidad Científica del Sur, y la UPC, las cuales forman a los médicos del país (Asociación Peruana de Facultades de Medicina [ASPEFAM], s.f.).

Todos los médicos en el Perú tienen que estar colegiados y reconocidos por el Colegio Médico del Perú (CMP). Si bien es cierto los médicos peruanos realizan en su

mayoría los estudios de pregrado e internado en el Perú, un alto número de ellos optan por viajar al exterior para seguir sus especializaciones, fortaleciendo su experiencia y conocimientos.

Asimismo, se conoce que los principales médicos de las clínicas privadas de Lima también realizan atenciones en los hospitales públicos, ello con el objetivo de seguir adquiriendo experiencia debido a la dificultad de los casos presentados en los nosocomios del Estado. Con respecto a la plana auxiliar, el requerimiento para poder trabajar en las clínicas privadas de Lima, es haber cursado carreras técnicas de enfermería, radiología, obstetricia, o farmacología. Los principales institutos técnicos del país son: Daniel Alcides Carrión, Arzobispo Loayza, IDAT, entre otros.

En las clínicas el personal es estable, con jornadas completas o parciales. La opción de la tercerización se presenta para actividades como mantenimiento y limpieza, seguridad, que no forman parte de los procesos principales del negocio. La oferta laboral en salud es elevada y los niveles de remuneración son variados. El clima laboral debe ser medido, se debe contar con políticas de contratación y despido, de promociones y línea de carrera, política de incentivos, de ausentismo y puntualidad, y políticas de higiene y seguridad.

Con respecto al sistema de compensaciones, cada clínica aplica un sistema de acuerdo con su realidad y el mercado. En general, algunas clínicas empiezan su escala salarial con base en la remuneración mínima vital y aplican niveles establecidos dentro del sistema interno, de menor a mayor dependiendo si son técnicos, personal administrativo, y médicos.

4.1.6 Sistemas de información y comunicaciones (I)

A 2012, todas las clínicas (i.e., con altos y bajos valores de facturación), deben utilizar sistemas de información para conseguir sus objetivos estratégicos en cuanto a

calidad de atención, eficacia, eficiencia, atención al paciente, toma de decisiones, y desarrollo de nuevos productos o servicios; es así que se concibe a la clínica como una empresa de servicios que cuenta con sistemas digitales para contribuir con el desarrollo de dichos establecimientos, que es la devolución y mantenimiento de las condiciones de salud de los individuos que acuden a esta.

La creciente demanda de mayor calidad en los servicios de salud ha propiciado que la competencia sea cada vez más estrecha y obliga a los centros de salud, hospitales, clínicas, y consultorios a ofrecer mejores servicios de salud. La falta de comunicación entre las distintas áreas o la imposibilidad de gestionar diferentes sistemas de tareas específicas entre sí, repercute de manera indudable en el paciente que requiere una atención de calidad. Por tal motivo, es necesario que los planteles modernos operen con tecnología que integre toda su información, para que trabajen con datos confiables y actualizados oportunamente. A pesar de ello, en diversas clínicas se sigue usando, por tomar un ejemplo, expedientes médicos (i.e., historias médicas) no digitalizados que son generados en papel; registros que incrementan las horas-hombre del personal auxiliar y desperdicio de recursos.

En diversas clínicas del Perú, los sistemas existentes han sido desarrollados *in-house*, y si bien ello tuvo la ventaja inicial de haber sido producidos a la medida de las necesidades de la clínica, son sistemas de baja integración en los que se desarrollaron aplicaciones que responden a las necesidades de un departamento o servicio concreto, sin haber previsto las relaciones con los sistemas venideros. Debido a ello y desde el punto de vista de los departamentos de sistemas de las clínicas, los principales problemas presentados en las clínicas son aquellos relacionados a la solución de datos irreconciliables que no pueden ser explotados por el resto del sistema, generando datos de baja confiabilidad, inconsistentes, y duplicados.

Sin embargo, las necesidades actuales de información para la toma de decisiones, el manejo de un alto volumen de información tanto de los usuarios como la que se refiere al funcionamiento de las clínicas, y la necesidad de conocimiento de la situación general de una institución y su organización administrativa, han obligado a las principales clínicas de Lima a estar comprometidas con la mejora de sus sistemas de información. En las principales clínicas de Lima, se manejan o están en proceso de implantar sistemas de planificación de recursos empresariales (ERP, por sus siglas en inglés), teniendo como principal objetivo lograr un grado realista de integración.

Asimismo, la necesidad de contar con sistemas de salud que brinden información oportuna e integrada de todas las áreas de una clínica, ha permitido que las clínicas respondan eficientemente frente a sus proveedores lo que les facilita la toma de decisiones efectiva, traduciéndose en mayor eficiencia, mejor administración de recursos y mayores ganancias al gestionar de manera integral la información clínica y la administrativa.

Los principales procesos que las clínicas han automatizado son sobre todo, aquellos de atención médica de tipo ambulatorio relacionados con áreas administrativas, tales como:

- Expediente clínico electrónico (historias clínicas digitalizadas);
- Administración de agendas por médico;
- Gestión de solicitudes internas;
- Colaboración entre los médicos para la atención del paciente (interconsultas);
- Petitorios farmacológicos; y
- Gestión de acuerdos con aseguradoras.

Sin embargo, es importante mencionar que los entes reguladores del sector salud deberían impulsar algunas políticas para la interoperabilidad de documentos

electrónicos entre clínicas y hospitales, de tal manera que por ejemplo exista compatibilidad de expedientes entre ellas. La meta sería, por tanto, manejar sistemas que puedan integrarse entre ellos. Ello no es fácil, pues la gestión de pacientes ambulatorios es uno de los aspectos más cambiantes. Por un lado, en lo que respecta a las consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas ambulatorias se está experimentando un importante crecimiento de la demanda, a la vez que una mayor preocupación social y política por las listas de espera.

Respecto al área de laboratorio clínico, se ha mencionado anteriormente que esta es en su mayoría tercerizada, por lo cual son las distintas empresas de laboratorios las que cuentan con sus propias tecnologías de información por lo cual utilizan sistemas flexibles que se adaptan a la organización de una clínica y no a la inversa. Por otro lado, las normas legales y administrativas y los sistemas de calidad obligan a que todo el proceso de laboratorio sea rastreable, de tal manera que el sistema permita reconstruir todo lo acontecido desde que se realiza la solicitud hasta que se recibe o se visualice el informe, así como la seguridad y confidencialidad de la información.

Respecto al área de diagnóstico por imágenes y exámenes auxiliares, se necesitan sistemas eficientes de adquisición de imágenes para que estas puedan ser almacenadas de manera correcta y segura, que puedan recuperarse en un tiempo mínimo y que posteriormente puedan ser visualizadas con calidad suficiente y adecuada (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012).

Finalmente, otro de los puntos críticos en las clínicas es la gestión farmacológica, que es una de las principales áreas de ingreso y rentabilidad de las instituciones. Cada clínica define los procesos de selección de drogas en función de los modelos de negocio que manejan con sus proveedores de financiamiento (e.g.,

seguros, particulares, convenios, etc.). La cantidad de información y las opciones de terapia que existen es amplia: Según IMS Health Perú SAC (2011) existen más de 1,700 principios activos (o combinación de ellos) y 15,000 presentaciones comerciales. Si bien los procesos de selección de drogas pueden variar dependiendo de lo más conveniente para cada clínica, los procesos de información, protocolización terapéutica, prescripción, preparación, dispensación y distribución, y atención farmacéutica integrada son similares entre instituciones. Actualmente en algunas clínicas el médico prescribe electrónicamente y es el farmacéutico quien valida la orden médica.

4.1.7 Tecnología e investigación y desarrollo (T)

La tecnología en salud incluye tanto a los equipos, medicamentos, y dispositivos, como también a los sistemas de organización, los recursos humanos, los procesos, y los sistemas de información. La mejora de la gestión en salud requiere del conocimiento especializado en tecnología para una toma apropiada de decisiones.

La promoción de la inversión en salud, aunada a una apropiada gestión de tecnología, garantiza un aporte sustantivo en la mejora de la calidad de la atención y de la prestación de salud, particularmente en el enfoque de diagnóstico y tratamiento así como en el planteamiento de proyectos de inversión en tecnología de alto impacto, tal como la *telemedicina* es decir *imágenes a distancia*, exámenes auxiliares a distancia, (electrocardiograma), y la *telemedicina* de atención primaria (Organización Panamericana de la Salud-Perú, 2007).

En los últimos años se ha observado que además de cambios en los perfiles epidemiológicos de la población, se ha dado un crecimiento continuo de los gastos en salud en forma paralela a la producción de nuevas tecnologías y avances en el conocimiento científico (Tolentino, 2011).

Según E. Rodríguez-Frías (comunicación personal, 23 de junio, 2012) existe a 2012 una tendencia por parte de las principales clínicas privadas en realizar una depreciación acelerada de sus equipos debido a la necesidad de reinvertir en equipos de última generación con el objetivo de contar con tecnología avanzada que les permita realizar avances continuos en el tratamiento de enfermedades.

Las principales clínicas privadas de Lima consideran la inversión en tecnología como parte de un proceso continuo que inicia analizando los beneficios para la salud y las consecuencias económicas para la organización, teniendo en consideración aspectos como: seguridad, precisión, eficiencia, eficacia, efectividad, costos totales, y costo-efectividad.

En Lima, en particular las clínicas privadas de los estratos socioeconómicos A y B cuentan con equipos de última generación los cuales son renovados continuamente, manteniéndose paralelos con los avances en el diagnóstico y tratamiento, autogenerándose una reputación de contar con la mejor tecnología del país en lo que respecta a tratamientos para salud.

Por lo general, cuando las principales clínicas de Lima renuevan sus equipos, transfieren las antiguas máquinas a clínicas de estratos socioeconómicos inferiores, logrando así que estas también se renueven, adquiriendo tecnología superior a la cual no podrían acceder de otra manera.

En el Perú, se debe resaltar que las investigaciones y avances científicos con estándares internacionales se circunscriben solo a tres universidades públicas y privadas, las cuales presentan un volumen bajo de publicaciones, mientras que en otros países de la región como Brasil, los niveles de publicaciones se acercan a los de las mejores universidades del mundo como Standford (“Cinco universidades”, 2011).

Por lo general las entidades prestadoras de servicios salud en el sector privado se enfocan únicamente en la atención de las necesidades primarias de salud, diagnóstico, y tratamiento, lo cual les genera ingresos económicos importantes, pero

dejan de lado la investigación, lo cual se demuestra en los bajos niveles de publicaciones que tienen las tres clínicas peruanas en el ranking de las principales clínicas de América Latina (entre dos y 11 publicaciones comparadas con las 1,348 publicaciones del Hospital Albert Einstein de Sao Paulo, que lidera el ranking). (Almeida, 2012).

4.2 Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)

El análisis realizado permite identificar los factores clave de éxito, los cuales se dividen en siete fortalezas y cuatro debilidades. En la Tabla 33 se puede observar la matriz EFI, donde el puntaje obtenido para el sector salud privada en Lima es de 3.00, por encima del promedio, indicando que se está teniendo una adecuada utilización de las fortalezas y se está tratando de reducir el impacto perjudicial de las debilidades. Sin embargo, debe prestar atención principalmente al desarrollo de un planeamiento estratégico para el sector así como al incremento de infraestructura descentralizada para atender la creciente demanda insatisfecha.

Tabla 33

Matriz de Evaluación de Factores Internos

Factores internos clave	Peso	Valor	Ponderación
Fortalezas: F			
1 Prestigio y reputación de la plana médica	0.15	4	0.60
2 Prestigio y reputación de la clínica	0.10	4	0.40
3 Calidad en el servicio	0.10	4	0.40
4 Precios customizados	0.10	3	0.30
5 Ecuación de valor superior	0.10	3	0.30
6 Fortaleza financiera	0.10	4	0.40
7 Uso de tecnología de última generación e infraestructura cómoda y moderna	0.05	3	0.15
			2.55
Debilidades: D			
1 Falta plan estratégico	0.10	1	0.10
2 Falta de infraestructura descentralizada en distritos emergentes	0.10	2	0.20
3 Bajo nivel de investigaciones y publicaciones médicas	0.05	1	0.05
4 Bajo poder de negociación con respecto a las EPS	0.05	2	0.10
			0.45
			3.00

Nota. 4. Fortaleza mayor; 3. Fortaleza menor; 2. Debilidad menor; 1. Debilidad mayor.

4.3 Conclusiones

A partir del análisis interno realizado, se puede concluir que el sector salud privada en Lima posee importantes fortalezas que son los pilares para su crecimiento sostenido. La administración y gerencia se está profesionalizando con la compra de clínicas de grupos económicos peruanos y extranjeros importantes, sin embargo aún presentan oportunidades para diseñar una estrategia común que englobe al sector salud privada en Lima y permita realizar planes en conjunto para mejorar sus servicios para el bienestar de la población.

El principal factor de éxito del sector es la reputación de los médicos y de la clínica, la cual es compartida por recomendaciones de los mismos pacientes, esto es porque la responsabilidad que recae sobre el personal médico es crítico en este sector, pues del servicio que ofrecen depende la vida de sus pacientes.

Otras fortalezas importantes del sector son la calidad y calidez del servicio, la ecuación de valor superior a la de sus competidores y tecnología de última generación complementada con una infraestructura cómoda y moderna que es posible implementar debido a la fortaleza financiera de los grupos económicos que respaldan la mayoría de clínicas privadas en Lima.

Asimismo, resaltan debilidades relacionadas con la demanda insatisfecha, puesto que la cantidad de clínicas no es la suficiente para cubrir la demanda de servicios de salud que requiere la población limeña y las clínicas más importantes se encuentran ubicadas en distritos de NSE altos y medios, no permitiendo que la población de estratos económicos emergentes pueda acceder a una atención de calidad.

Otra debilidad importante es la relacionada al nivel de investigaciones y publicaciones de las clínicas limeñas. Asimismo, el bajo poder de negociación con respecto a las EPS.

Capítulo V: Intereses del Sector Salud Privada en Lima y Objetivos a Largo

Plazo

En este capítulo se formularán y establecerán los intereses del sector salud privada en Lima y los objetivos a largo plazo, así como las estrategias que podrían llevar al éxito del sector en el futuro (D'Alessio, 2008).

5.1 Intereses del Sector Salud Privada en Lima

Sobre la base de los análisis interno y externo, previamente establecidos, es posible identificar los intereses del sector. Estos son:

- Generar crecimientos sostenibles, economías de escalas, y servicios de excelencia a través de la incorporación de (a) profesionales competentes, (b) tecnología adecuada y moderna acorde a las necesidades de la ciudad y la actualización de tratamientos, y (c) centros de especialización.
- Incremento y descentralización de la infraestructura con enfoque a centros de unidades de atención primaria.
- Incrementar los pacientes extranjeros de Turismo de Salud bajo estrategias de marketing, promoción, y desarrollo de alianzas estratégicas con el sector turismo para promover y publicitar este tipo de turismo.
- Crear planes de salud propios de acuerdo con las capacidades de cada institución privada apuntando a la atención primaria y a captar a usuarios de los NSE medios bajos, dispuestos a desembolsar ciertas cantidad de dinero por una atención de calidad e inmediata.
- Mantener flujos adecuados de inversión que permitan el crecimiento requerido en el sector tanto en infraestructura y tecnología, como en investigación y desarrollo.

5.2 Potencial del Sector Salud Privada en Lima

Para analizar el potencial del sector se analizarán cinco de los siete dominios: demográfico, geográfico, económico, tecnológico-científico, e histórico-psicológico-sociológico. Ello permitirá determinar los factores de fortaleza y debilidad que influyen en el desarrollo del sector salud privada en Lima.

Demográfico. De acuerdo con las proyecciones realizadas por el INEI, para el año 2050 la esperanza de vida de los peruanos será de 79.3 años, comparados con 43.2 años en 1950 (INEI, s.f.-b).

Como se ha observado en el Capítulo III, a 2012 existe una demanda insatisfecha por servicios de salud en el Perú y sobre todo en Lima y Callao. Si se adiciona a esta situación, que la esperanza de vida de la población es cada vez mayor, se obtiene un potencial para desarrollar servicios de salud que solucionen las necesidades de una población cada vez más grande, más informada, y más exigente, que no solo busca atender sus problemas de salud, sino también, busca atención de calidad y con calidez.

De acuerdo con un estudio realizado por McKinsey, los pacientes están cada vez más dispuestos a cambiar de un centro de salud a otro, por variables que no son médicas, es decir, aspectos relacionados a un mejor servicio como recibir información oportuna y en detalle sobre sus enfermedades, puntualidad en la atención de citas, y asistencia personalizada (Grote, Newman, & Sutaria, 2007).

El sistema público de salud no está en las capacidades para ofrecer un servicio acorde a lo que los pacientes requerirán en un futuro cercano, esto es porque el Estado tiene otras preocupaciones y prioridades por lo que no se enfoca en el sector salud. Es por ello que el sector privado debería complementar los servicios públicos.

Según la entrevista con la Sra. Flor María Phillips de la UPC, el Gobierno y las personas al frente de la salud deberían considerar seriamente su estrategia de respuesta a sus asegurados en una asociación público-privada (Villahermosa, 2012).

Con ello, las clínicas privadas en Lima tendrán una demanda aún mayor, por lo que deben iniciar rápidamente un planeamiento en conjunto para poder desarrollar las estrategias que les permitan satisfacer la demanda de salud con la calidad y calidez requeridas.

Geográfico. A 2012, la mayoría de clínicas particulares en Lima se encuentra en distritos principalmente de NSE A y B (i.e., San Isidro, Miraflores, San Borja,

Surco, La Molina, Jesús María, San Miguel), dejando una oportunidad para desarrollar clínicas en zonas cada vez más pujantes, con necesidades insatisfechas de salud, y con la capacidad adquisitiva y el interés de atenderse en el sector privado. Según Armador Vargas (citado en Villahermosa, 2012) director médico del Complejo Hospitalario San Pablo, los principales participantes del sector están en búsqueda de terrenos y de nuevos usuarios, asimismo, están conduciendo a las clínicas fuera de la Lima tradicional, donde la oferta actual del sector de salud privada es menor y de baja calidad.

Económico. Pese a la tensión económica mundial iniciada en 2008, el Perú ha mantenido un crecimiento económico constante que ha permitido que cada vez más peruanos tengan mayor poder adquisitivo y, por ende, puedan acceder a mejores beneficios, entre ellos los de salud.

El aumento de los ingresos de la población genera que los peruanos de las distintas regiones del país busquen satisfacer sus necesidades de salud en organizaciones privadas en vez de públicas, ello debido a que uno de los factores más importantes para la decisión del establecimiento de salud a visitar es la calidad del servicio.

Conforme la pirámide poblacional de niveles socioeconómicos va convirtiéndose en un rombo, donde hay cada vez más personas de clase media y cada vez menos pobres y pobres extremos, los peruanos buscarán satisfacer sus necesidades de salud en establecimientos privados, puesto que así cubren no solo la necesidad de atención de salud, sino también una necesidad aspiracional que surge con el mayor poder adquisitivo.

Tecnológico y científico. Los avances tecnológicos y científicos son importantes para el desarrollo del sector salud debido a que la medicina avanza rápidamente. Los avances tecnológicos y científicos en medicina no solo se enfocan para el diagnóstico o tratamiento. En la última década han ocurrido avances en este rubro, en especial en referencia a la telemedicina, con el cual ayuda al diagnóstico y

tratamiento por medio de comunicación a distancia en donde especialistas, en tiempo real, pueden sugerir un tratamiento o diagnóstico. Es por ello que es crítico que los establecimientos de salud tengan acceso a dichos avances.

Debido a la fortaleza financiera de las organizaciones privadas, son estas las que se encuentran a la vanguardia de la tecnología en el país, pero la tecnología utilizada en el Perú todavía se encuentra alejada de los avances usados en otros países de la región y del mundo.

De acuerdo con la guía de referencia de salud de la organización mundial de estándares (GS1), el sector salud en el mundo se está tecnificando cada vez más, no solo en el uso de tecnología para el tratamiento o intervenciones médicas, sino también para elevar la eficiencia en las operaciones de los hospitales y clínicas, así como para tener un mejor servicio para el paciente (GS1 Argentina, 2010).

GS1 Healthcare visualiza un futuro en el cual el sector salud utilizará estándares mundiales GS1 para todos los artículos, localizaciones, personas, y procesos, para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia de la cadena de abastecimiento, comenzando por el fabricante y finalizando con los procedimientos o tratamientos de un paciente específico (GS1 Argentina, 2010).

A 2012, en el Perú y en la mayoría de países del mundo las historias clínicas y los datos del paciente se manejan manualmente o con sistemas precarios. La falta de estandarización de datos resulta en información imprecisa, repetida, confusa, o fuera de fecha que no solo genera ineficiencias en la cadena de abastecimiento sino también impactan sobre la seguridad del paciente. Ello debido a los errores médicos que pueden darse por la imprecisión de la información, como por ejemplo el caso de negligencia en un hospital del Estado peruano, en el que le amputaron la pierna incorrecta a un paciente.

De acuerdo con un estudio realizado en 2006 por el Departamento de Salud Británico (DH), una de cada 10 admisiones de pacientes al Sistema Nacional de Salud (NHS) resulta con algún tipo de error, costándole al NHS alrededor de £2 mil

millones por año en días de internación adicionales donde la mitad de ellos son evitables. Estos resultados llevaron a desarrollar dentro del DH la posición de que el paciente tiene derecho a “5 correctos” de seguridad: (a) Asegurar que el paciente correcto, (b) reciba el tratamiento correcto, (c) en la dosis correcta, (d) mediante la ruta correcta, y (e) en el momento correcto.

Es por ello que se están implementando en países como Inglaterra, Estados Unidos, y Hong Kong, sistemas para el uso de estándares de datos con identificación de dispositivos médicos que permitan mejorar la seguridad del paciente como EDI, RFID (Radio Frecuencia) (GS1 Argentina, 2010).

Asimismo, en Brasil se ha desarrollado un sistema de trazabilidad de productos farmacéuticos para rastrear electrónicamente el curso de todos los medicamentos que se venden en Brasil, con el objetivo de evitar el uso de medicinas falsificadas (GS1 Argentina, 2010). Todos estos avances tecnológicos podrían implementarse en las clínicas de Lima para poder mejorar la seguridad del paciente y, por ende, la calidad del servicio en el sector.

Finalmente, otra de las grandes debilidades del sector privado en Lima, es la investigación científica, puesto que como se ha mencionado previamente, las clínicas delegan la investigación a las universidades y son pocas las escuelas de medicina que realizan investigación de clase mundial.

Histórico-psicológico-sociológico. Las enfermedades humanas existen desde la aparición de los primeros seres humanos. Las primeras civilizaciones y culturas basaron su práctica médica en dos pilares opuestos: (a) un empirismo primitivo y de carácter pragmático, aplicando fundamentalmente hierbas o remedios producidos a base de elementos naturales y (b) una medicina mágico-religiosa, bajo la creencia que las enfermedades eran fenómenos sobrenaturales, por lo que recurrían a dioses para tratar de comprender lo inentendible para ellos en ese momento. A 2012, la medicina moderna convive con la medicina tradicional o empírica, la cual se sigue utilizando en la mayoría de países, sobre todo en los países emergentes como China y Perú.

Sin embargo, como se observó en el Capítulo I, en el Perú existe una reducción del uso de medicina tradicional y un incremento de la asistencia médica en clínicas privadas, esto debido a la mayor capacidad adquisitiva de la población. Sin embargo, las visitas a las farmacias/boticas también se han incrementado, demostrando la tendencia cultural de la población a automedicarse (INEI, 2012a).

5.3 Principios Cardinales

Según D'Alessio (2008), los principios cardinales permiten identificar las oportunidades y amenazas, y constituyen factores clave para determinar los objetivos a largo plazo.

Influencia de terceras partes. Diversos sectores y entidades públicas y privadas influyen en el sector salud privada en Lima y en su proceso de planeamiento estratégico y determinación de objetivos a largo plazo, siendo los más importantes el Ministerio de Salud y el Ministerio de Producción. Entidades privadas como la Asociación de Clínicas Privadas (ACP) son también importantes y deben ser consideradas en la evaluación de factores.

El sector salud cumple un rol protagónico puesto que como se ha descrito en el Capítulo III, el MINSA, a través de la SUNASA y la SEPS, es quien establece las normas a seguir por el sector convirtiéndose en órgano rector, es decir, proporciona el marco de referencia en el cual el sector salud privada en Lima se desarrolla. Dentro de este sector también se encuentran las EPS que son, de acuerdo a la SUNASA, “empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a EsSalud, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de salud (SEPS)”. Durante la última década, las EPS han venido incrementando su porcentaje de prestación con infraestructura propia, principalmente mediante la adquisición de

clínicas privadas como la Clínica Internacional por parte de Rímac EPS o El Golf adquirida por Pacífico EPS, convirtiéndose, debido a esta integración vertical, en competencia de las actuales clínicas privadas.

El sector producción cumple un rol promotor y de control en la producción de medicamentos, permitiendo se logren productos de alta calidad y precio accesible. Desafortunadamente, un deficiente marco legal permitió la aparición de productos de dudosa calidad generando desconfianza en los productos genéricos incrementando el costo de las atenciones prestadas por el sector salud privada de Lima debido a la preferencia de los pacientes por medicamentos de marca.

La Asociación de Clínicas Particulares es:

... una institución con un fuerte compromiso por la salud y el sector que representa: el de las empresas que prestan servicio médicos y de salud. Es a la vez un medio de discusión de los avances tecnológicos del gremio, un soporte de debate sobre noticias de actualidad, integra a las empresas que prestan servicios médicos y de salud con el objetivo de ser una plataforma para el debate de avances tecnológicos del sector salud, revisión y discusión sobre las noticias de actualidad médica del país, y una plataforma de unión y fuerza para la negociación de las mejores condiciones y el mejor ámbito para el sector salud. (ACP, s.f., párr. 1)

Convirtiéndose en clave para el establecimiento de tarifas y condiciones a negociar con las entidades prestadoras de salud (EPS) y otros proveedores. Pese a la pertenencia a este organismo gremial, varias clínicas vienen enfrentando el proceso de negociación con proveedores de manera individual.

Lazos pasados y presentes. El presente del sector salud privada en Lima se ha forjado en un pasado caracterizado por prestaciones orientadas a un porcentaje reducido de la población y de escasa calidad. A 2012 muestra un sector en franco

crecimiento, caracterizado por una orientación a promover altos estándares de calidad, incorporación de profesionales competentes, y fuerte inversión en infraestructura y adquisición de equipos de última generación. Durante la última década el crecimiento del sector ha potenciado el ingreso de capital extranjero interesado en adquirir clínicas, generando una sana competencia que permite ofrecer a los potenciales clientes diversas alternativas sobre las cuales los clientes seleccionarán empleando criterios objetivos como ubicación, prestigio, costo, o disponibilidad de servicios y subjetivos como confianza en el profesional médico o calidez del servicio.

Contrabalance de los intereses. En el sector salud privada en Lima existen intereses comunes orientados a mejorar la salud de todos los peruanos, empleando criterios de universalidad con equidad. La búsqueda del incremento de rentabilidad genera intereses contrapuestos entre las partes involucradas en la gestión de la salud. Por ejemplo, las EPS buscan brindar a sus clientes (pacientes) mejores condiciones relacionadas a menores pagos o mayores coberturas. Esto lleva a un proceso complicado de negociación con las clínicas privadas que generalmente concluye con una reducción en la facturación de las clínicas, las cuales, para mantener su rentabilidad, reducen los ingresos de los profesionales médicos, lo cual impacta en la calidad de servicio que reciben los pacientes. Según la entrevista del doctor Miguel Villanueva (citado en Villahermosa, 2012), gerente general de la Clínica Javier Prado, la preocupación se centra en las condiciones laborales de los profesionales de la salud. Los tarifarios de las clínicas privadas establecen el precio de las consultas y cada vez son menores, y la calidad de la atención disminuye cuanto menos tiempo se tiene para atender a la persona. Asimismo, las EPS han iniciado una integración vertical y la reducción de costos es una de las principales metas de las aseguradoras, como es el caso de Rímac o Pacífico Seguros.

Por otro lado, las clínicas de propiedad de las EPS suelen lograr mejores condiciones en el proceso de negociación, lo que les permite ser más competitivas. Los consultorios privados no autorizados y/o clandestinos generan una competencia desleal y se encuentran abiertamente opuestos a los intereses no solo económicos de las clínicas privadas, sino también al interés de promoción de servicios de salud de calidad y a costos al alcance de más peruanos. Dichos consultorios o clínicas informales se encuentran generalmente en los conos de Lima, zonas que han presentado en la última década un incremento en los ingresos de la población, aumentando la cantidad de personas en la clase media, lo cual representa, como se ha mencionado anteriormente, una oportunidad de desarrollo de nuevas clínicas en estas zonas.

Conservación de los Enemigos. Los principales enemigos del sector salud privada en Lima han sido la situación económica del país, la informalidad, y la falta de un marco regulatorio estable que permitan realizar inversiones. De acuerdo con G. de Losada (comunicación personal, 22 de junio, 2012), una nueva clínica requiere una inversión alrededor de US\$20 millones, importe que difícilmente será invertido si no existen condiciones que permitan gestionarlo buscando que los resultados económicos sean favorables.

Asimismo, en la última década, debido a que las EPS se están integrando y adquiriendo clínicas, podrían también considerarse enemigos del sector, puesto que su poder de negociación con las clínicas particulares es cada vez mayor.

Por otro lado, países de la región como Colombia, Brasil, Argentina, Chile, y Costa Rica promueven el denominado turismo de salud compitiendo en este rubro con algunas clínicas privadas de Lima, las cuales vienen agrupándose alrededor del programa Disfruta Salud, que con el respaldo de la Comisión de Promoción del Perú para la Exportación y el Turismo (PromPerú) “pone a disposición de la comunidad

internacional un portafolio integral de servicios de salud y estética con estándares internacionales de calidad que aseguren un excelente servicio médico así como un trato cálido y personalizado” (PromPerú, s.f., párr. 1).

Según el doctor Carlos Calle, subgerente del Complejo Hospitalario San Pablo, el Perú tiene una mejor posición que los otros países de la región, puesto que la calidad de los servicios es alta, está a costos asequibles, con profesionales médicos de primer nivel que tienen todas las certificaciones requeridas, con prestadores de salud bien equipados, y con una riqueza turística y gastronómica incomparable, atractivos que tiene que aprovechar el sector privado para trabajar en conjunto con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Turismo, y crear un gran clúster que genere una ventaja competitiva para el Perú (“Turismo de Salud”, 2011).

Finalmente, las medicinas adulteradas, el contrabando de medicinas, y la venta de medicinas sin receta médica no solo atentan contra el desarrollo formal de los centros de salud privados, sino que adicionalmente afectan la salud de la población.

Estos obstáculos deben impulsar al sector salud privada en Lima, para desarrollar estrategias en conjunto que permitan brindar una oferta adecuada a los pobladores de Lima de la manera más rentable para los actores privados.

5.4 Matriz de Intereses del Sector Salud Privada en Lima

Los intereses organizacionales son los fines que la organización intenta alcanzar para tener éxito en el sector (D’Alessio, 2008). La matriz de intereses del sector, presentada en la Tabla 34, reúne los aspectos más importantes del análisis externo, los cuales ayudarán a que la visión trazada se haga realidad. Para ello se plantean los intereses del sector, ya sea intereses comunes u opuestos, clasificados de acuerdo con el nivel de intensidad del interés: (a) vital, (b) importante, o (c) periférico.

Tabla 34

Matriz de Intereses del Sector

Interés	Vital (Peligroso)	Importante (Serio)	Periférico (Molesto)
1. Generar crecimientos sostenibles, economías de escalas y servicios de excelencia		MINSA EsSalud Hospitales de la solidaridad *	Hospitales F.F.A.A.
2. Incrementar los pacientes extranjeros de turismo de salud	Clínicas privadas extranjeras *	MINCETUR	
3. Incrementar y descentralizar la infraestructura con enfoque a centros de unidades de atención primaria		MINSA EsSalud Hospitales de la solidaridad *	Medicina tradicional * Hospitales F.F.A.A.
4. Crear planes de salud propios	EPS * Seguros privados * Hospitales de la solidaridad *	Clínicas de otras regiones del país * MINSA EsSalud	Clínicas extranjeras * Farmacias y/o boticas * Hospitales F.F.A.A.
5. Mantener flujos adecuados de inversión que permitan el crecimiento requerido en el sector tanto en infraestructura, tecnología, e investigación y desarrollo	EPS*	MINSA EsSalud Clínicas extranjeras *	
6. Influenciar a las entidades regulatorias para que implementen normativas que impidan la venta sin receta médica en farmacias y/o boticas, para reducir la automedicación		Farmacia * Boticas *	

Nota. Adaptado de *El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia*, por F. A. D'Alessio, 2008. México D.F., México: Pearson.
Comunes; Opuestos*

5.5 Objetivos a Largo Plazo

Los objetivos a largo plazo representan los resultados que la organización espera alcanzar luego de implementar las estrategias externas (D'Alessio, 2008).

Los objetivos a largo plazo deben estar alineados con la visión del sector:

A 2021, el sector salud privada en Lima será uno de los principales referentes en América Latina, con una amplia cobertura de atención, reconocido por pacientes nacionales y extranjeros.

Estará adecuadamente articulado con el sector público para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, y eficiente que permita brindar dichos servicios de manera productiva, con personal altamente capacitado, motivado, y apoyado con tecnología avanzada que asegure la seguridad y dignidad del paciente.

Para alcanzar esta visión se plantean cinco objetivos a largo plazo que permitirán obtener mejoras sustanciales en el sector salud privada en Lima en los próximos diez años.

Los objetivos a largo plazo se han desarrollado considerando los siguientes criterios evaluados por el ranking de América Economía: (a) seguridad y dignidad del paciente (25%), relacionados a procesos y resultados que permitan minimizar riesgos hospitalarios y transparencia; (b) capital humano (25%), el cual considera el análisis del plantel médico, de enfermeras, y la administración hospitalaria; (c) capacidad de gestión (20%), indicadores de cantidad de egresos (i.e., pacientes hospitalizados), camas, especialidades, subespecialidades médicas, exámenes de laboratorio, cirugías, así como inversiones de la entidad; (d) gestión de conocimiento (10%), indicadores que permiten medir la capacidad de generar, obtener, y difundir investigaciones realizadas por los médicos; (e) eficiencia (10%), considerando variables como tasas de ocupación de camas, quirófanos, eficiencia financiera (i.e., balances y estados de

resultados), y los mecanismos de gestión de calidad; y (f) prestigio (10%), el cual considera, a través de encuestas, la opinión de los médicos de los hospitales participantes y de los lectores (Almeida, 2012).

Asimismo, se han considerado los criterios de mayor importancia para el ranking y que presentan considerables oportunidades de mejora en las clínicas de Lima.

En la Tabla 35 se detallan las clínicas que se encuentran en el top 20 del ranking de América Economía y se resaltan las posiciones de las clínicas peruanas, Clínica Internacional (17), Clínica Ricardo Palma (22), y Clínica Anglo Americana (27) con sus respectivas evaluaciones en cada uno de los criterios considerados.

Primer objetivo a largo plazo (OLP1). A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 80 en el factor de *seguridad y dignidad del paciente* del ranking de América Economía. A 2012 solo tres clínicas de Lima se encuentran dentro del top 40 del ranking con un puntaje inferior a 65 puntos.

Las tres clínicas de Lima que se encuentran en dicho ranking son: Clínica Internacional (60.74), Clínica Ricardo Palma (60.21), y Clínica Anglo Americana (63.81), siendo el promedio de las top 20, 78.71 (Almeida, 2012).

Segundo objetivo a largo plazo (OLP2). A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 65 en el factor de *capacidad* del ranking de América Economía. A 2012 solo tres clínicas de Lima se encuentran dentro del top 40 del ranking y con un puntaje promedio de 51.96 puntos.

Las tres clínicas de Lima que se encuentran en dicho ranking son: Clínica Internacional (53.63), Clínica Ricardo Palma (59.60), y Clínica Anglo Americana (42.67), siendo el promedio de las top 10, 64.35 (Almeida, 2012).

Tercer objetivo a largo plazo (OLP3). Incrementar de 880,000 a 2'500,000 las atenciones de salud privada en Lima a 2021.

Tabla 35

Ranking de Clínicas de 1 a 20

Rk 2012	Rk 2011	Hospital o clínica	Pais	Ciudad	Tipo de hospital	N egresados 2011	N trasplantes 2011	Médicos 2011 No.	FT%	Médicos por cada 100 egresados 2011	N camas 2011	Enfermeras por cama	Ocupación de camas 2011(%)	Papers ISI publicados (2008-2011)	Horas de visita diarias integración general	m ² construidos	Publica resultados clínicos adversos en web	Seguridad	Capital humano	Capacidad	Gestion del conocimiento	Eficiencia	Prestigio	Índice de calidad 2012
1	1	Hospital Israelita Albert Einstein	BR.	Sao Paulo	Privado	45.988	878.00	998	48.7	2.2	614	5.6	82.9	1348	24	281.277	Sí	96.55	84.98	100.00	100.00	94.5	95.9	94.42
2	2	Clínica Alemana	CH	Santiago de Chile	Privado	29.050	302.00	784	58.2	2.7	330	4.0	79.1	178	24	131.654	Sí	91.93	100.00	73.26	76.36	92.7	100.0	89.54
3	4	Clínica Las Condes	CH	Santiago de Chile	Privado	23.957	93.00	740	60.4	3.1	257	4.8	70.0	132	24	95.573	Sí	100.00	85.30	64.20	77.04	90.6	86.3	84.55
4	3	Fundación Santa Fe	CO	Bogotá	Univ. Privado	13.897	630.00	445	79.6	3.2	205	3.0	84.7	88	11	24.630	No	88.64	97.24	64.72	81.94	91.8	63.4	83.12
5	6	Hospital Samaritano de Sao Pablo	BR.	Sao Paulo	Privado	16.341	0.00	1069	2.8	6.5	313	2.5	79.0	7	15	60.000	No	90.08	72.56	61.65	62.57	88.9	44.4	72.58
6	5	Hospital Clínica Bíblica	CR	San José	Privado	4.461	9.00	246	89.8	5.5	110	1.1	61.0	0	12	77.904	No	94.99	79.00	52.70	45.35	87.4	51.7	72.48
7	8	Fundación Valle del Lili	CO	Cali	Univ. Privado	17.734	691.00	388	86.6	2.2	431	1.7	84.0	61	24	80.000	Sí	66.57	90.88	65.12	72.42	86.5	38.8	72.16
8	10	Fundación Cardioinfantil	CO	Bogotá	Univ. Privado	13.406	218.00	306	53.9	2.3	300	2.2	86.4	93	11	54.200	No	69.97	97.00	55.64	70.63	92.8	26.8	71.89
9	14	Fundación Cardiovascular de Colombia	CO	Bucaramanga	Privado	4.718	103.00	145	86.6	3.1	193	2.1	84.0	51	8	15.116	No	88.70	81.92	46.51	71.98	87.1	27.5	70.62
10	7	Hospital Alemao Oswaldo Cruz	BR.	Sao Paulo	Privado	16.216	217	183	55.7	1.1	263	2.9	83.4	0	24	96.717	No	81.56	65.52	59.69	66.38	87.1	52.0	69.26
11	12	Medica Sur	MX.	C. de Máxico	Privado	36.464	12	139	100.0	0.4	170	3.7	69.0	93	11	104.000	No	82.61	66.51	55.57	72.15	83.9	46.9	68.69
12	15	Hospital Universitario Austral	AR.	Buenos Aires	Univ. Privado	9.436	323	605	38.5	6.4	138	3.1	90.6	120	9	22.000	No	61.90	89.78	51.29	75.33	83.1	40.3	68.05
13	11	Hospital Alemán	AR.	Buenos Aires	Privado	14.373	254	601	100.0	4.2	187	2.5	87.0	0	12	28.500	No	63.21	82.88	56.48	56.01	72.9	71.7	67.88
14	9	Hospital Moinhos de Vento	BR.	Porto Alegre	Privado	17.687	0	189	65.1	1.1	374	3.1	64.8	79	9	84.000	No	78.55	73.50	53.36	71.65	92.2	28.2	67.84
15	-	Hospital Sao Vicente de Paulo	BR.	Rio de Janeiro	Privado	5.358	0	69	100.0	1.3	116	2.6	75.1	0	11	27.619	No	73.74	93.63	46.81	42.96	94.6	25.4	67.50
16	-	Hospital Metropolitano	EC.	Quito	Privado	10.865	170	703	47.4	6.5	123	2.2	78.0	0	8	31.110	No	80.84	76.42	52.14	69.86	75.4	24.4	66.72
17	23	Clínica Internacional	PE.	Lima	Privado	14.181	0	402	54.7	2.8	183	2.8	84.0	2	24	26.104	No	60.74	87.30	53.63	65.70	94.0	26.8	66.38
18	24	Hospital Pablo Tabón Uribe	CO.	Medellín	Privado	12.387	1.085	334	54.5	2.7	371	1.9	90.9	35	12	44.630	No	70.90	66.85	64.31	62.85	85.3	38.9	66.01
19	18	Hospital San Ignacio de Bogotá	CO.	Bogotá	Univ. Privado	22.206	37	308	74.7	1.4	271	2.5	93.5	11	10	23.000	Sí	62.60	72.40	59.66	84.06	90.9	25.7	65.75
20	25	Centro Médico Imbanaco	CO.	Cali	Privado	8.783	118	312	92.6	3.6	121	2.9	90.5	23	11	35.000	Sí	70.16	76.92	58.27	56.02	90.3	25.9	65.65
22	21	Clínica Ricardo Palma	PE.	Lima	Privado	16.927	0	348	49.7	2.10	179	2.7	91.1	7	12	9.448	No	60.21	81.94	59.60	56.34	86.4	28.5	64.57
27	19	Clínica Anglo Americana	PE.	Lima	Privado	4.641	0	123	52.8	2.70	64	2.9	74.4	11	S.D.	S.D.	No	63.81	80.33	42.67	43.54	91.3	27.9	60.85

A 2012 solo el 8.8% de las atenciones se realizan en el sector privado (INEI, 2012a). Si se toma como referencia la participación que tiene el sector privado en los sistemas de salud de Brasil y Chile, los cuales ascienden a 25% y 20% respectivamente, el presente planeamiento plantea alcanzar en 10 años la participación que tiene el sistema brasileiro.

Cuarto objetivo a largo plazo (OLP4). A 2021 abrir 12 clínicas y 24 medicentros de atención primaria para atender a la clase emergente de los conos norte, sur, y este. A 2012 existen 10 clínicas en distritos de clase emergente.

A 2012 la población estimada en los tres conos supera los 6.3 millones de habitantes (Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012b). La tasa de crecimiento poblacional a 2012 es de 1.13%, lo que proyectado a 10 años daría una población mayor a 7 millones de habitantes (INEI, s.f.-c). Si a esta proyección se agrega el efecto de la migración, se concluye que la población podría ser aún mayor.

Se planea abrir una clínica por *cono* cada dos años y tres medicentros por año con el fin de ir monitoreando los resultados que se vayan obteniendo y así ratificar o rectificar la necesidad de la cantidad de establecimientos.

Quinto objetivo a largo plazo (OLP5). Alcanzar un mercado de US\$800 millones a 2021 por turismo médico, expandiendo a otras especialidades aparte de operaciones láser, cirugías, tratamientos odontológicos, y de fertilidad. A 2011 este mercado ascendió a US\$200 millones.

Los más interesados en atenderse en el Perú, son los visitantes de Chile, Estados Unidos, y España, debido a que los precios de los servicios en el Perú pueden llegar a ser hasta 50% más baratos (“Perú: Crecerá 15% el turismo de salud”, 2011).

Por otro lado, el Perú registra el 13.76% de los servicios de cirugía estética en América Latina, un porcentaje que se considera aún bajo pero con proyecciones

interesantes para los próximos años, siendo Lima la ciudad que debería centrar la exportación de dichos servicios debido a las fortalezas de calidad y calidez del servicio, tecnología, talento humano, y precios competitivos versus otros países (“Turismo de Salud”, 2011).

5.6 Conclusiones

Los intereses del sector salud privada en Lima se encuentran alineados con la misión planteada: brindar servicios de salud a los habitantes de Lima con un enfoque humano empleando una plana médica y personal asistencial altamente calificada, apoyada con la más sólida y moderna infraestructura, y equipos de tecnología avanzada en el país. Contribuir productivamente con la labor social en busca del incremento de la cobertura en salud, siendo un sector agente de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de los pacientes, *accionistas*, colaboradores, y sociedad en su conjunto.

Para alcanzar esta misión es importante el crecimiento de la capacidad instalada de clínicas y clínicas especializadas para así solucionar la demanda insatisfecha existente. Esto requiere de inversiones de capital importantes, es por ello que se necesita de grupos económicos con la fortaleza financiera suficiente para implementar centros clínicos dotados de tecnología avanzada y con el personal más capacitado.

Como se ha observado en los capítulos previos, la demanda insatisfecha se encuentra principalmente en distritos de NSE B y C, donde los ingresos de la población han incrementado en la última década, por lo que tienen capacidad para atenderse en el sector privado.

Para poder atender a la población emergente, el sector salud privada en Lima requiere desarrollar propuestas de valor acordes a sus necesidades y capacidad

adquisitiva, es decir, descentralizar la infraestructura y crear planes de salud que consideren los requerimientos y características de esta población.

Finalmente, para incrementar la rentabilidad del sector se deben desarrollar nuevos mercados como el del turismo médico, nueva tendencia que se encuentra en auge en países como Colombia, Argentina, Brasil, y Costa Rica, y que en el Perú está tomando mayor importancia, representando el 13.76% de los servicios de cirugía estética en América Latina (“Turismo de Salud”, 2011).



Capítulo VI: El Proceso Estratégico

6.1 Matriz FODA

La matriz FODA es una de las más interesantes debido a las cualidades intuitivas que exige a los analistas y es posiblemente la más importante y conocida. A partir de esta matriz se han elaborado estrategias para el cuadrante fortalezas y oportunidades (FO), debilidades y oportunidades (DO), fortalezas y amenazas, (FA) y debilidades y amenazas (DA) (D'Alessio, 2008).

En la Tabla 36 se puede apreciar la matriz FODA del sector salud privada en Lima, en la cual se han desarrollado las siguientes estrategias:

Estrategias FO-Explotar. El uso de las fortalezas internas para obtener ventajas de las oportunidades del mercado genera las siguientes estrategias:

1. Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada, de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender.
2. Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender.
3. Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica entre el sector público y las clínicas privadas.
4. Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica con las EPS para formar un frente común buscando incrementar el porcentaje de aporte de la remuneración destinado a la EPS.
5. Diversificación concéntrica mediante el desarrollo de productos para diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país.
6. Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes capaces de atender a extranjeros, con entes gubernamentales para posicionar al país en el mercado internacional, como una atractiva plaza para el turismo en salud.

Estrategias DO-Buscar. El mejoramiento de las debilidades para obtener

ventajas de las oportunidades del ambiente genera las siguientes estrategias:

1. Integración vertical hacia atrás bajo la modalidad de alianza estratégica con consultores externos para el desarrollo de un plan estratégico para cada una de las clínicas.
2. Aventura conjunta entre diversos actores relacionados al sector para la descentralización de infraestructura en los tres *conos* de Lima.
3. Diversificación concéntrica bajo la modalidad de alianza estratégica con universidades y centros de investigación médica nacionales e internacionales para fomentar la investigación.
4. Desarrollo de seguros de salud propios para reducir la dependencia de las EPS.

Estrategias FA-Confrontar. El uso de las fortalezas internas para reducir el impacto de las amenazas externas genera las siguientes estrategias:

1. Desarrollo de seguros de salud a ser administrados por las propias clínicas.
2. Adquisición de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de establecimientos del sector salud con el objetivo de incrementar la penetración en el mercado.
3. Integración vertical e integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica entre los actores del sector para lograr el fortalecimiento y cumplimiento del marco regulatorio.
4. Desarrollo de planes de salud que incluyan servicios y medicamentos al alcance del *público objetivo*.

Estrategias DA-Evitar. La aplicación de acciones que reducen las debilidades internas mediante la prevención de amenazas producen las siguientes estrategias:

1. Integración horizontal bajo la modalidad de alianzas estratégicas entre clínicas para que como gremio puedan negociar y fortalecer su posición frente a las EPS.
2. Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima, de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender.

La matriz FODA permitió formular 13 estrategias únicas, las cuales serán validadas (retenidas) o descartadas luego del filtro de las siguientes matrices.

6.2 Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (PEYEA)

La matriz PEYEA, graficada en la Figura 15, muestra la postura estratégica óptima del sector salud privada en Lima. En ella se analizaron los factores estratégicos externos relativos a la industria y entorno, y los factores estratégicos internos relacionados con la dimensión financiera y competitiva del sector.

Como se puede observar en la Tabla 37, en cuanto a los factores estratégicos externos, la fortaleza de la industria es alta, respaldada por la alta productividad/utilización de la capacidad instalada en niveles que ascienden en algunas clínicas a rangos entre 90 y 100% de ocupabilidad, tal y como se ha revisado previamente. Asimismo, existe alto potencial de crecimiento y de utilidades que tiene el sector, que es altamente intensivo en capital, complejo en el conocimiento tecnológico, y eficiente en el uso de recursos.

Por otro lado, el entorno es estable, sustentado principalmente por las bajas tasas de inflación y baja presión de productos sustitutos.

Con respecto a los factores estratégicos internos, como se observa en la Tabla 38, la fortaleza financiera del sector es media-alta, sin embargo, de acuerdo a lo analizado en los capítulos previos, se encuentra en crecimiento debido al incremento de la participación cada vez más activa de grupos financieros sólidos.

Tabla 36
Matriz FODA

Matriz FODA		Fortalezas: F	Debilidades: D
		1 Prestigio y reputación de la plana médica 2 Prestigio y reputación de la clínica 3 Calidad en el servicio 4 Precios customizados 5 Ecuación de valor superior 6 Fortaleza financiera 7 Uso de tecnología de última generación e infraestructura cómoda y moderna	1 Falta plan estratégico 2 Falta de infraestructura descentralizada en distritos emergentes 3 Bajo nivel de investigaciones y publicaciones médicas 4 Bajo poder de negociación con respecto a las EPS
Oportunidades: O	Estrategias: FO	Estrategias: DO	
1 Demanda insatisfecha creciente nacional y extranjera	1 Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada, de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, y O4)	1 Integración vertical hacia atrás bajo la modalidad de alianza estratégica con consultores externos para el desarrollo de un plan estratégico para cada una de las clínicas. (D1, O1, y O7)	
2 Incremento del ingreso promedio de la población en Lima, originando mayor demanda de servicios de salud privada	2 Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender (F3, F4, F5, O2, y O7)	2 Aventura conjunta entre diversos actores relacionados al sector para desarrollar infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima (D2, O1, y O2)	
3 Oportunidad de desarrollar asociaciones público-privadas con el Estado peruano para la prestación de servicios de consulta externa y hospitalización, aprovechando la mala imagen de la atención en el sector público.	3 Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público privada (F3, F4, F6, F7, O3, y O4)	3 Diversificación concéntrica bajo la modalidad de alianza estratégica con universidades y centros de investigación nacionales e internacionales para fomentar investigación (D3 y O6)	
4 Ley de aseguramiento universal que obligará a todo ciudadano a afiliarse a algún régimen de aseguramiento en salud.	4 Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica con las EPS para formar un frente común buscando incrementar el porcentaje de aporte de la remuneración destinado a la EPS (F6 y O5)	4 Desarrollo de seguros de salud propios para reducir la dependencia de las EPS (D4 y O2)	
5 Corrección de las disposiciones legales respecto a la transferencia del porcentaje de aporte de la remuneración del trabajador hacia EsSalud, cuando este elige afiliarse a una EPS	5 Diversificación concéntrica mediante el desarrollo de productos para diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país (F6, F7, y O6)		
6 Desarrollo de telemedicina	6 Desarrollo del mercado de turismo de salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes capaces de atender a extranjeros, con entes gubernamentales para posicionar al país en el mercado internacional como una buena plaza para el turismo en salud. (F1, F2, F3, F5, F7, y O7)		
7 Crecimiento del mercado de turismo en salud			
Amenazas: A	Estrategias: FA	Estrategias: DA	
1 Integración vertical hacia atrás de grandes operadores nacionales e internacionales (i.e., EPS-Rímac, Pacífico, y Oncosalud) que buscan economías de escala, con bajos costos, y tecnología avanzada.	1 Desarrollo de seguros de salud a ser administrados por las propias clínicas (F1, F2, F6, y A1)	1 Integración horizontal bajo alianzas estratégicas entre clínicas para que como gremio puedan negociar y fortalecer su posición frente a las EPS (D4 y A1)	
2 Escasez de terrenos aptos para el sector salud	2 Adquisición de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de establecimientos del sector salud con el fin de incrementar la penetración en el mercado (F6 y O2)	2 Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima, de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender (D2, A4, A6, y A7)	
3 Marco regulatorio cambiante	3 Integración vertical e integración horizontal bajo la modalidad de Alianza estratégica entre los actores del sector para lograr el fortalecimiento y cumplimiento del marco regulatorio (F6, A3, A4, y A5)		
4 Proliferación de boticas y farmacias que recomiendan y expenden medicamentos sin receta médica.	4 Desarrollo de planes de salud que incluyan servicios y medicamentos al alcance del público objetivo (F1, F2, F3, F4, F5, F6, A4, A5, A6, y A7)		
5 Automedicación por parte del paciente			
6 Tendencia en el uso de medicina alternativa: medicina basada en evidencias, quiropraxia, homeopatía, etc.			
7 Mejoras en el servicio de salud pública.			

De acuerdo al análisis realizado, el retorno sobre la inversión es alto, los niveles de apalancamiento son balanceados y la liquidez es sólida en las principales clínicas de Lima; asimismo, el flujo de caja y las economías de escala son altas. Como contrapeso, es difícil salir del mercado debido a las altas inversiones que no pueden ser reutilizadas en otros sectores. Por último, la ventaja competitiva del sector es alta, sustentada en la calidad del servicio, el conocimiento tecnológico y utilización de la capacidad de los competidores en un mercado que se encuentra en la etapa temprana de su ciclo de vida.

Tabla 37

Factores Estratégicos Externos

Factores determinantes de la industria (FI)								Valor		
Potencial de crecimiento	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	5
Potencial de utilidades	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	4
Estabilidad financiera	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	5
Conocimiento tecnológico	Simple	0	1	2	3	4	5	6	Complejo	5
Utilización de recursos	Ineficiente	0	1	2	3	4	5	6	Eficiente	5
Intensidad de capital	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	5
Facilidad de entrada al mercado	Fácil	0	1	2	3	4	5	6	Difícil	2
Productividad/Utilización de la capacidad	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta	6
Poder de negociación de los productores	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto	3
								Promedio	4.44	
Factores determinantes de la estabilidad del entorno (EE)								Valor		
Cambios tecnológicos	Muchos	0	1	2	3	4	5	6	Pocos	3
Tasa de inflación	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja	6
Variabilidad de la demanda	Grande	0	1	2	3	4	5	6	Pequeña	3
Rango de precios de productos competidores	Amplio	0	1	2	3	4	5	6	Estrecho	5
Barreras de entrada al mercado	Pocas	0	1	2	3	4	5	6	Muchas	2
Rivalidad/Presión de la demanda	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja	3
Elasticidad de precios de la demanda	Elástica	0	1	2	3	4	5	6	Inelástica	3
Presión de los productos sustitutos	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja	5
								Promedio-6	-2.25	

Tabla 38

Factores Estratégicos Internos

Factores determinantes de la fortaleza financiera (FF)		Valor
Retorno a la inversión	Bajo 0 1 2 3 4 5 6 Alto	5
Apalancamiento	Desbalanceado 0 1 2 3 4 5 6 Balanceado	5
Liquidez	Desbalanceada 0 1 2 3 4 5 6 Sólida	4
Capital requerido vs capital disponible	Alto 0 1 2 3 4 5 6 Bajo	3
Flujo de caja	Bajo 0 1 2 3 4 5 6 Alto	5
Facilidad de salida del mercado	Difícil 0 1 2 3 4 5 6 Fácil	2
Riesgo involucrado en el negocio	Alto 0 1 2 3 4 5 6 Bajo	3
Rotación de inventarios	Lento 0 1 2 3 4 5 6 Rápido	3
Economías de escala y de experiencia	Bajas 0 1 2 3 4 5 6 Altas	5
Promedio		3.89
Factores determinantes de la ventaja competitiva (VC)		Valor
Participación de mercado	Pequeña 0 1 2 3 4 5 6 Grande	1
Calidad de productos	Inferior 0 1 2 3 4 5 6 Superior	5
Ciclo de vida del producto	Avanzado 0 1 2 3 4 5 6 Temprano	4
Ciclo de reemplazo del producto	Variable 0 1 2 3 4 5 6 Fijo	6
Lealtad del consumidor	Baja 0 1 2 3 4 5 6 Alta	3
Utilización de la capacidad de los competidores	Baja 0 1 2 3 4 5 6 Alta	6
Conocimiento tecnológico	Bajo 0 1 2 3 4 5 6 Alto	5
Integración vertical	Baja 0 1 2 3 4 5 6 Alta	4
Velocidad de introducción de nuevos productos	Lenta 0 1 2 3 4 5 6 Rápida	2
Promedio-6		-2.00

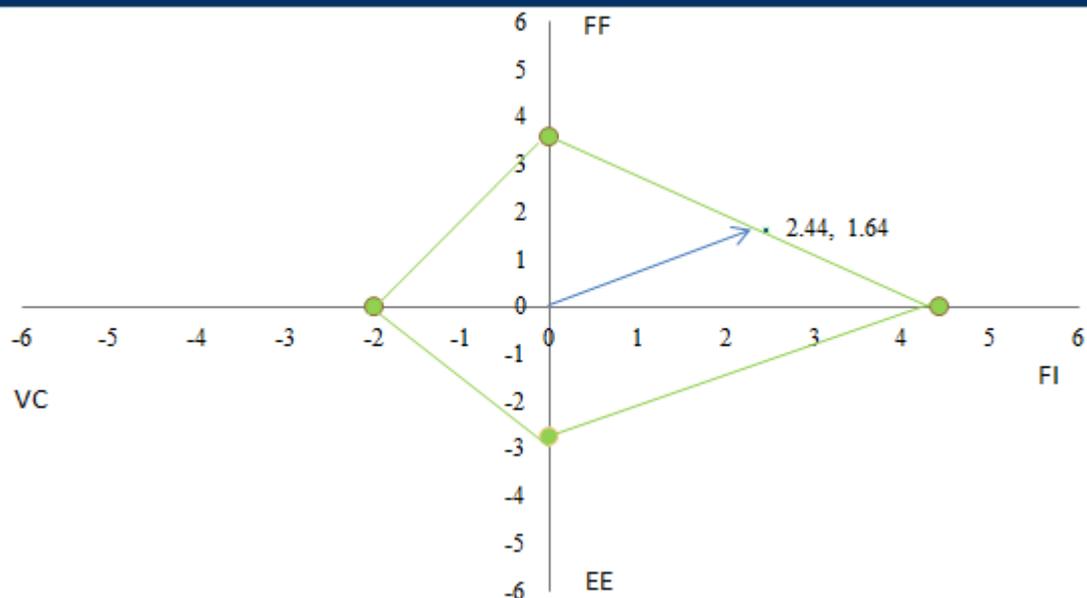


Figura 15. Matriz PEYEA.

A partir de este análisis, se obtiene que la posición estratégica del sector debe ser agresiva para explotar su posición favorable. Las estrategias externas alternativas recomendadas son las siguientes: (a) Penetración en el mercado, (b) desarrollo de mercados, (c) desarrollo de productos, (d) diversificación concéntrica, y (e) integración horizontal.

Las estrategias específicas propuestas son:

- Penetración en el mercado, incrementando la infraestructura de salud de forma descentralizada en los tres *conos* de Lima (i.e., Norte, Sur, y Este) y adquiriendo los terrenos aptos para la expansión de establecimientos de salud.
- Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las principales clínicas de la ciudad con los organismos gubernamentales competentes.
- Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos que se atienden.
- Diversificación concéntrica mediante el desarrollo de productos para diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país.

- Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada para incrementar las economías de escala de las clínicas, generando más atenciones y reduciendo los costos por paciente.

En todos los casos, se aplica la fortaleza financiera del sector, sustentada por un entorno estable de crecimiento para la inversión en nuevos proyectos o desarrollo de mercados.

6.3 Matriz Boston Consulting Group (BCG)

La matriz BCG muestra la relación entre la participación del mercado y la generación de efectivo con la tasa de crecimiento de las ventas en la industria y el uso de efectivo. Ha sido diseñada para evaluar unidades de negocios o portafolios de una organización. Esta matriz presenta gráficamente las diferencias entre las unidades o productos analizados y ayuda a determinar la posición competitiva de cada uno de ellos en términos de su participación relativa respecto del líder del mercado y el crecimiento de las ventas de la industria. Presenta cuatro cuadrantes y dependiendo del cuadrante en el que se encuentre cada unidad de negocio o producto, se desarrollan las estrategias adecuadas (D'Alessio, 2008).

La matriz BCG del sector salud privada en Lima se ha construido a partir de la cantidad de atenciones realizadas por los pacientes en cada uno de los diferentes establecimientos del sector y con el crecimiento del mercado de cada uno de ellos.

Es así que de acuerdo con la matriz BCG exhibida en la Figura 16, las clínicas privadas de Lima se ubican en la posición de “estrella”, pues poseen la mayor tasa de crecimiento en la industria (i.e., después de las instituciones de FF.AA. y Policía Nacional) y una posición relativa de mercado versus el rival con más atenciones (i.e., las farmacias o boticas) mayor al 50%. Al ser un sector con crecimiento mayor a 10%, y como se ha descrito a lo largo del presente documento, la salud privada en Lima se encuentra atrayendo grandes inversiones tanto locales como extranjeras, esta ubicación en la matriz BCG es adecuada.

Tomando en consideración que el sector salud privada en Lima se encuentra en el cuadrante “estrella“, las estrategias aplicables para maximizar esta posición son las de integración, intensivas, y aventuras conjuntas. A continuación se detallan las estrategias específicas desarrolladas en esta matriz:

- Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres *conos* de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender.
- Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender
- Integración horizontal público-privada bajo la modalidad de alianza estratégica.
- Integración vertical bajo la modalidad de alianza estratégica con las EPS para formar un frente común buscando incrementar el porcentaje de aporte de la remuneración destinada a la EPS.
- Desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia.
- Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes y con capacidad de atención a extranjeros, para posicionarse en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud.
- Adquisición de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de establecimientos del sector salud con el fin de incrementar la penetración en el mercado.
- Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica entre los actores del sector para lograr el fortalecimiento y cumplimiento del marco regulatorio.
- Integración vertical bajo la modalidad de alianza estratégica con consultores externos para el desarrollo del plan estratégico de las clínicas.
- Aventura conjunta entre diversos actores relacionados al sector para desarrollar infraestructura descentralizada.

- Diversificación concéntrica bajo la modalidad de alianza estratégica con universidades y centros de investigación nacionales e internacionales para fomentar investigación.
- Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica entre clínicas para que como gremio puedan fortalecer su posición frente a las EPS.

6.4 Matriz Interna y Externa (IE)

La matriz IE es también una matriz de portafolio puesto que en ella se grafican cada una de las divisiones o los productos de la organización, ubicándolos en uno de los nueve cuadrantes por medio de dos dimensiones correspondientes a los puntajes ponderados obtenidos en las matrices EFE y EFI (D'Alessio, 2008).

Como muestra la Figura 17, el sector salud privada en Lima, se ubica en el quinto cuadrante de la matriz IE, donde es posible aplicar estrategias de penetración en el mercado y desarrollo de productos. Las estrategias específicas se muestran a continuación:

- Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres *conos* de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender.
- Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender
- Desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia.
- Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes y con capacidad de atención a extranjeros, para posicionarse en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud.

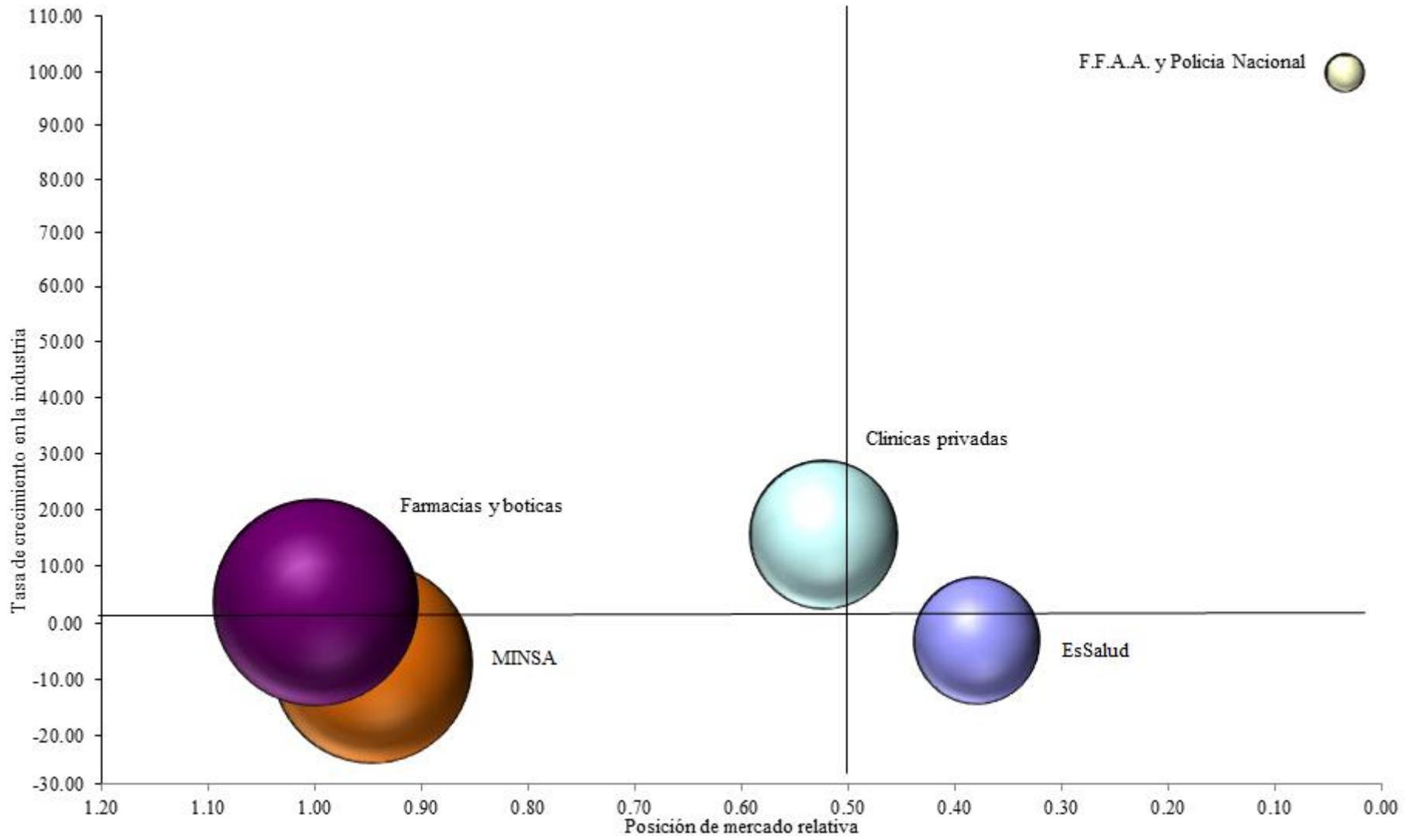


Figura 16. Matriz Boston Consulting Group.

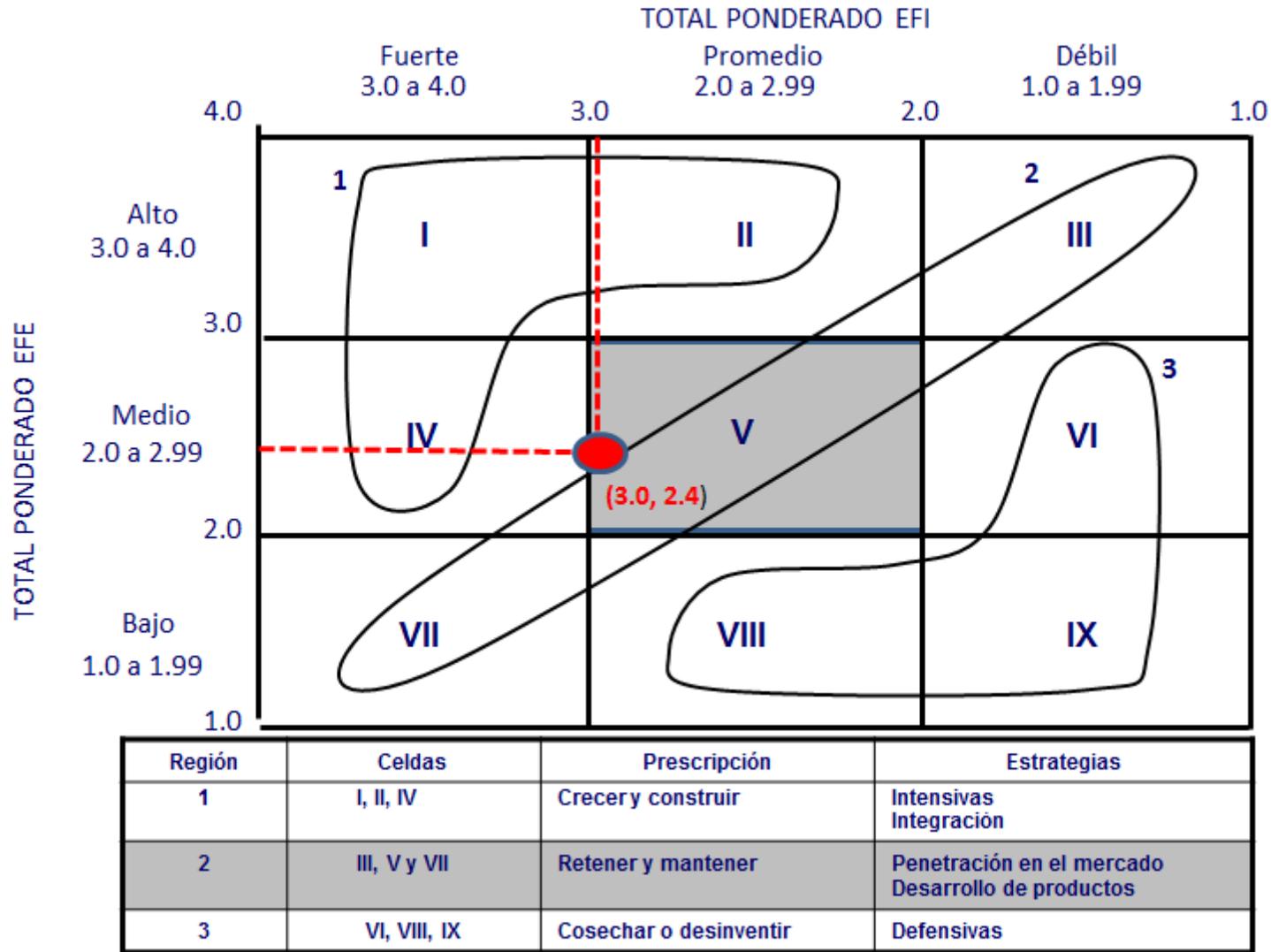


Figura 17. Matriz Interna y Externa.

6.5 Matriz de la Gran Estrategia (GE)

La matriz de la gran estrategia que se observa en la Figura 18, es una herramienta complementaria que permite analizar la situación del sector en términos de su crecimiento rápido o lento y la posición competitiva fuerte o débil. Debido a que es una matriz subjetiva, el criterio del cuadrante en el que se ubica el sector, así como las estrategias a aplicar, están a disposición del investigador (D'Alessio, 2008). Las estrategias que aplican a esta matriz son las siguientes:

1. Penetración en el mercado, incrementando la infraestructura de salud de forma descentralizada en los tres *conos* de Lima (i.e., Norte, Sur, y Este) y adquiriendo los terrenos aptos para la expansión de establecimientos de salud.
2. Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes y con capacidad de atención a extranjeros, para posicionarse en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud.
3. Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos que se atienden.
4. Diversificación concéntrica mediante el desarrollo de productos para diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país.
5. Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada para incrementar las economías de escala de las clínicas, generando más atenciones y reduciendo los costos por paciente.

6.6 Matriz de Decisión

La matriz de decisión conglomerada las matrices previamente desarrolladas y permite apreciar las repeticiones de cada estrategia. Las estrategias más repetidas serán usadas en la matriz cuantitativa de planeamiento estratégico (D'Alessio, 2008).

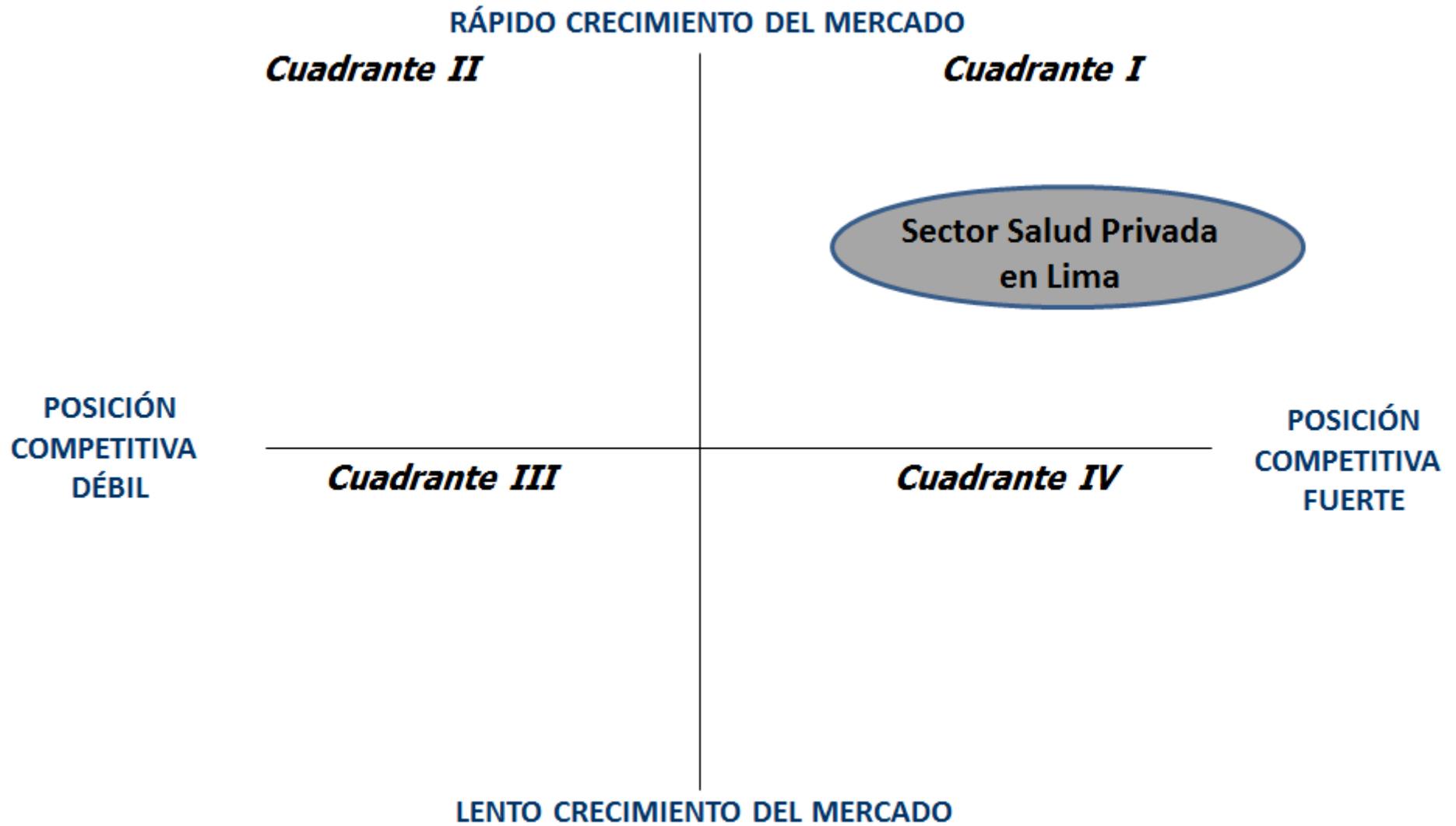


Figura 18. Matriz de la Gran Estrategia del sector salud privada en Lima.

Como se puede observar en la Tabla 39, las estrategias más frecuentes están referidas a la penetración en el mercado, desarrollo de productos, desarrollo de mercados, diversificación concéntrica, e integración horizontal; estrategias relacionadas con el incremento de la atención de clientes locales y extranjeros y el desarrollo de planes adecuados para cubrir la creciente demanda insatisfecha.

A partir de las 13 estrategias identificadas en esta matriz, y de la frecuencia que registra cada una, finalmente se eligen siete, las cuales son puestas a prueba en la Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico.

6.7 Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE)

La Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE), es una herramienta creada para determinar y analizar el atractivo relativo de estrategias alternativas viables para el sector salud privada en Lima (D'Alessio, 2008). La matriz descrita utiliza las fortalezas y debilidades internas de la industria halladas en la matriz MEFI y las oportunidades y amenazas externas identificadas en la matriz MEFE. De la evaluación de seis estrategias alternativas propuestas, se identificaron cinco como viables debido a que su promedio de valoración superó los cinco puntos.

Las estrategias identificadas son: (a) Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres *conos* de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender; (b) desarrollo de los planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender; (c) desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes y con capacidad de atención a extranjeros, para posicionar al país en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud; (d) integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada; y (e) diversificación concéntrica para el desarrollo de productos de diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país. Las estrategias retenidas en la matriz MCPE son aquellas con un puntaje mayor a cinco y se presentan en la Tabla 40.

Tabla 39

Matriz de Decisión del Sector de Salud Privada en Lima

Estrategias alternativas	Estrategias específica		Matriz					Total
			FODA	PEYEA	BCG	IE	GE	
Penetración del mercado	Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender	1	X	X	X	X	X	5
Desarrollo de producto	Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender.	2	X	X	X	X	X	5
Integración horizontal bajo la modalidad de Alianza estratégica	Integración horizontal público-privada bajo la modalidad de alianza estratégica.	3	X	X	X			3
Integración vertical hacia delante bajo la modalidad de alianza estratégica	Integración vertical bajo la modalidad de alianza estratégica con las EPS para formar un frente común buscando incrementar el porcentaje de aporte de la remuneración destinada a la EPS	4	X		X			2
Diversificación concéntrica	Desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país	5	X	X	X	X	X	5
Desarrollo de mercado Alianza estratégica	Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes y con capacidad de atención a extranjeros, para posicionarse en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud	6	X	X	X	X	X	5
Desarrollo de producto	Desarrollo de seguros de salud a ser administrados por las propias clínicas	7	X	X	X		X	4
Penetración en el mercado. Modalidad Adquisición	Adquisición de establecimientos existentes con zonificación apta para la expansión de establecimientos del sector salud con el fin de incrementar la penetración en el mercado.	8	X	X	X		X	4
Integración horizontal. Modalidad Alianza estratégica	Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica entre los actores del sector para lograr el fortalecimiento y cumplimiento del marco regulatorio	9	X		X			2
Integración vertical hacia atrás. Modalidad Alianza estratégica	Integración vertical bajo la modalidad de alianza estratégica con consultores externos para el desarrollo del plan estratégico de las clínicas	10	X		X			2
Aventura conjunta	Aventura conjunta entre diversos actores relacionados al sector para desarrollar infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima.	11	X		X		X	3
Diversificación concéntrica. Modalidad Alianza Estratégica	Diversificación concéntrica bajo la modalidad de alianza estratégica con universidades y centros de investigación nacionales e internacionales para fomentar investigación	12	X		X			2
Integración horizontal. Modalidad Alianza estratégica	Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica entre clínicas para que como gremio puedan fortalecer su posición frente a las EPS	13	X		X			2

Tabla 40

Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico

Factores clave	Peso	Penetración en el Mercado				Desarrollo de Productos				Diversificación Concéntrica		Desarrollo de Mercado		Integración Horizontal	
		Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación
Oportunidades															
1. Demanda insatisfecha creciente nacional y extranjera.	0.15	4	0.60	4	0.60	4	0.60	3	0.45	2	0.30	3	0.45	4	0.60
2. Incremento del ingreso promedio de la población en Lima, originando mayor demanda de servicios de salud privada.	0.10	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40	2	0.20	1	0.10	3	0.30
3. Oportunidad de desarrollar asociaciones público-privadas con el Estado peruano para la prestación de servicios de consulta externa y hospitalización, aprovechando la mala imagen de la atención en el sector público.	0.10	2	0.20	2	0.20	3	0.30	2	0.20	3	0.30	1	0.10	4	0.40
4. Ley de aseguramiento universal que obligará a todo ciudadano a afiliarse a algún régimen de aseguramiento en salud.	0.05	3	0.15	2	0.10	3	0.15	4	0.20	1	0.05	1	0.05	4	0.20
5. Corrección de las disposiciones legales respecto a la transferencia del porcentaje de aporte de la remuneración del trabajador hacia EsSalud, cuando este elige afiliarse a una EPS.	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	4	0.20
6. Desarrollo de telemedicina	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	4	0.20	3	0.15	1	0.05
7. Crecimiento del mercado de turismo en salud	0.05	1	0.05	1	0.05	3	0.15	1	0.05	3	0.15	4	0.20		
Amenazas															
1. Integración vertical hacia atrás de grandes operadores nacionales e internacionales (i.e., EPS-Rímac, Pacífico, y Oncosalud) que buscan economías de escala, con bajos costos, y tecnología avanzada.	0.10	4	0.40	3	0.30	4	0.40	4	0.40	1	0.10	2	0.20	3	0.30
2. Escasez de terrenos aptos para el sector salud	0.10	4	0.40	4	0.40	1	0.10	1	0.10	1	0.10	3	0.30	1	0.10
3. Marco regulatorio cambiante.	0.05	1	0.05	1	0.05	2	0.10	1	0.05	2	0.10	3	0.15	4	0.20
4. Proliferación de boticas y farmacias que recomiendan y expenden medicamentos sin receta médica.	0.05	4	0.20	2	0.10	3	0.15	2	0.10	1	0.05	1	0.05	3	0.15
5. Automedicación por parte del paciente	0.05	4	0.20	2	0.10	3	0.15	2	0.10	1	0.05	1	0.05	3	0.15
6. Tendencia en el uso de medicina alternativa: medicina basada en evidencias, quiropraxia, homeopatía, etc.	0.05	2	0.10	1	0.05	2	0.10	2	0.10	1	0.05	1	0.05	2	0.10
7. Mejoras en el servicio de salud pública.	0.05	3	0.15	1	0.05	2	0.10	1	0.05	3	0.15	1	0.05	3	0.15
Fortalezas															
1. Prestigio y reputación de la plana médica	0.15	2	0.30	1	0.15	2	0.30	2	0.30	4	0.60	4	0.60	1	0.15
2. Prestigio y reputación de la clínica	0.10	2	0.20	1	0.10	2	0.20	2	0.20	4	0.40	4	0.40	1	0.10
3. Calidad en el servicio	0.10	2	0.20	2	0.20	2	0.20	2	0.20	4	0.40	4	0.40	3	0.30
4. Precios customizados	0.10	4	0.40	1	0.10	4	0.40	3	0.30	3	0.30	3	0.30	3	0.30
5. Ecuación de valor superior	0.10	4	0.40	2	0.20	4	0.40	2	0.20	4	0.40	4	0.40	4	0.40
6. Fortaleza financiera	0.10	1	0.10	4	0.40	1	0.10	1	0.10	3	0.30	2	0.20	1	0.10
7. Uso de tecnología de última generación e infraestructura cómoda y moderna	0.05	1	0.05	1	0.05	3	0.15	1	0.05	4	0.20	4	0.20	3	0.15
Debilidades															
1. Falta plan estratégico	0.10	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40
2. Falta de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima.	0.10	4	0.40	4	0.40	1	0.10	1	0.10	3	0.30	2	0.20	3	0.30
3. Bajo nivel de investigaciones y publicaciones médicas	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	2	0.10	2	0.10	1	0.05
4. Bajo poder de negociación con respecto a las EPS	0.05	2	0.10	2	0.10	3	0.15	4	0.20	1	0.05	1	0.05	2	0.10
Puntaje de atractividad	2.00		5.60		4.65		5.25		4.40		5.30		5.20		5.25

Nota. 4. Muy atractiva; 3. Atractiva; 2. Algo atractiva; 1. Sin atractivo.

6.8 Matriz Rumelt

En la matriz de Rumelt se analizan las estrategias retenidas luego de la evaluación de la matriz MCPE bajo los siguientes criterios: (a) consistencia, la estrategia no presenta objetivos o políticas mutuamente inconsistentes; (b) consonancia, la estrategia representa una respuesta adaptiva al entorno externo y a los cambios críticos que en este ocurran; (c) ventaja, la estrategia promueve la creación y/o mantenimiento de las ventajas competitivas; y (d) factibilidad, la estrategia no debe generar sobrecostos en los recursos disponibles ni problemas sin solución (D'Alessio, 2008). La Tabla 41 muestra las cinco estrategias específicas y aceptadas según los criterios señalados. Todas las estrategias específicas señaladas en esta matriz han sido aceptadas, puesto que permiten alcanzar los objetivos a largo plazo mejorando la competitividad del sector.

Tabla 41

Matriz de Rumelt

Estrategias específicas	Consistencia	Consonancia	Factibilidad	Ventaja	Se acepta
Penetración en el mercado					
Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender	1	Sí	Sí	Sí	Sí
Desarrollo de productos					
Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender	2	Sí	Sí	Sí	Sí
Desarrollo de mercados					
Alianza estratégica entre las clínicas más importantes y con capacidad de atención a extranjeros, para posicionarse en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud	3	Sí	Sí	Sí	Sí
Integración horizontal					
Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada	4	Sí	Sí	Sí	Sí
Diversificación concéntrica					
Desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país	5	Sí	Sí	Sí	Sí

6.9 Matriz de Ética

La Matriz de Ética permite verificar que las estrategias seleccionadas no violen aspectos relacionados con los derechos y la justicia (D'Alessio, 2008). Es

importante que las estrategias planteadas sean filtradas utilizando esta matriz para asegurar su éxito. El análisis concluye que ninguna de las estrategias retenidas viola o se considera injusta o perjudicial para los derechos, justicia, y utilitarismo; por lo tanto las cinco estrategias planteadas en el proceso estratégico son retenidas.

Derechos	1. Impacto en el Derecho de la Vida	Viola <u> </u>	Neutral <u> </u>	Promueve <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>
	2.- Impacto en el Derecho a la Propiedad	Viola <u> </u>	Neutral <u> </u>	Promueve <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>
	3.- Impacto en el Derecho al Libre Pensamiento	Viola <u> </u>	Neutral <u> </u>	Promueve <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>
	4.- Impacto en el Derecho a la Privacidad	Viola <u> </u>	Neutral <u> </u>	Promueve <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>
	5.- Impacto en el Derecho a la Libertad de Conciencia	Viola <u> </u>	Neutral <u> </u>	Promueve <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>
	6.- Impacto en el Derecho a Hablar Librementemente	Viola <u> </u>	Neutral <u> </u>	Promueve <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>
	7.- Impacto en el Derecho al Debido Proceso	Viola <u> </u>	Neutral <u> </u>	Promueve <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>
Justicia	8.- Impacto en la Distribución	Justo <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>	Neutro <u> </u>	Injusto <u> </u>
	9.- Equidad en la Administración	Justo <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>	Neutro <u> </u>	Injusto <u> </u>
	10.- Normas de Compensación	Justo <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>	Neutro <u> </u>	Injusto <u> </u>
Utilitarismo	11.- Fines y Resultados estratégicos	Excelentes <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>	Neutro <u> </u>	Perjudicial <u> </u>
	12.- Medios Estratégicos Empleados	Excelentes <u>1, 2, 3, 4 y 5</u>	Neutro <u> </u>	Perjudicial <u> </u>

Figura 19. Matriz de Ética

6.10 Estrategias Retenidas y de Contingencia

Las estrategias finalmente retenidas luego del proceso de filtrado por las diversas matrices guardan relación y se consideran necesarias para poder alcanzar los objetivos a largo plazo generados en el Capítulo V. Asimismo, algunas de las estrategias que no fueron retenidas en algunas de las matrices de filtro son consideradas estrategias de contingencia y podrán ser utilizadas de ser necesario.

Tabla 42

Matriz de Estrategias Retenidas y de Contingencia

Estrategias retenidas	
1	Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres <i>conos</i> de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender
2	Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender
3	Alianza estratégica entre las clínicas más importantes y con capacidad de atención a extranjeros, para posicionarse en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud
4	Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada
5	Desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país
Estrategias de contingencia	
1	Adquisición de establecimientos existentes con zonificación apta para el sector salud con el fin de incrementar la penetración en el mercado
2	Desarrollo de seguros de salud a ser administrados por las clínicas
3	Integración vertical bajo la modalidad de alianza estratégica con consultores externos para el desarrollo del plan estratégico de las clínicas
4	Diversificación concéntrica bajo la modalidad de alianza estratégica con universidades y centros de investigación nacionales e internacionales para fomentar investigación

6.11 Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo

Los objetivos a largo plazo deben ser comparados con el conjunto de estrategias retenidas a efectos de verificar el emparejamiento y asegurar que contribuyan al logro de los objetivos a largo plazo planteados (D'Alessio, 2008).

En la Tabla 43 se muestra la Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo plazo, que fueron descritos en los Capítulos VI y V respectivamente.

6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores

La Matriz de Posibilidades de los Competidores examina las reacciones que pueden tener los competidores actuales, sustitutos, y entrantes en relación a las estrategias planteadas por el sector salud privada en Lima. Los competidores actuales son el MINSA, EsSalud, Hospitales Solidaridad, Hospitales de las Fuerzas Armadas, y clínicas de los Estados Unidos. Los sustitutos a considerar son las farmacias/boticas de la ciudad.

6.13 Conclusiones

Este capítulo recoge el análisis externo e interno. Sobre estos, en una matriz FODA, se formulan estrategias que surgen de la combinación de explotar oportunidades con las fortalezas del sector, buscar oportunidades que permitan mejorar debilidades internas, confrontar amenazas con fortalezas intrínsecas, y finalmente, evitar amenazas que reduzcan debilidades de este. Las estrategias formuladas en la matriz FODA pasan luego por el filtro de las matrices PEYEA, BCG, IE, GE, MCPE, Rumelt, Ética, y por último, por la verificación de consistencia con los objetivos a largo plazo.

Finalmente, las estrategias retenidas fueron: (a) Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres *conos* de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender, (b) desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender, (c) desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes capaces de atender a extranjeros, con entes gubernamentales para posicionar al país en el mercado internacional, como una atractiva plaza para el turismo en salud, (d) integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada, y (e) desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país.

Tabla 43

Matriz de Estrategias vs Objetivos a Largo Plazo

Visión: A 2021, el sector salud privada en Lima será uno de los principales referentes en América Latina, con una amplia cobertura de atención, reconocido por pacientes nacionales y extranjeros.						
Estrategias/Objetivos	Objetivos a largo plazo					Total
	A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 80 en el factor <i>seguridad</i> y <i>dignidad del paciente</i> en el ranking de América Economía.	A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 65 en el factor <i>capacidad</i> en el ranking de América Economía.	Incrementar de 880,000 a 2.5 millones, las atenciones de salud privada en Lima al 2021.	A 2021 aperturar 12 clínicas y 24 medicentros de atención primaria para atender a la clase emergente de los <i>conos</i> norte, sur, y este.	Alcanzar un mercado de US\$800 millones a 2021 por turismo médico, expandiendo a otras especialidades aparte de operaciones láser, cirugías, tratamientos odontológicos, y de fertilidad.	
1 Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender	X	X	X	X	X	5
2 Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender		X	X	X	X	4
3 Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes capaces de atender a extranjeros, con entes gubernamentales para posicionar al país en el mercado internacional, como una atractiva plaza para el turismo en salud		X			X	2
4 Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada	X	X	X	X		4
5 Desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país	X	X	X		X	4

Tabla 44

Matriz de Posibles Competidores

Estrategias sector salud privada en Lima/Competidores	MINSA	EsSalud	Hospitales Solidaridad	FFAA	Clínicas EE.UU.	Farmacias / Boticas Lima
1 Penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender.	Mejorar infraestructura y tecnología e incremento de tratamientos gratuitos	Mejorar infraestructura y tecnología	Mejorar infraestructura y tecnología. Incrementar facilidades para atención hospitalaria.	Baja capacidad de respuesta	Customización de precios	Promociones, reducción de precios para no perder clientes
2 Desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender	Incrementar y reforzar los planes de tratamientos gratuitos.	Imitar estrategia del sector privado	Imitar estrategia del sector privado	Baja capacidad de respuesta	Bajo interés en la respuesta	Promociones, reducción de precios para no perder clientes
3 Desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes capaces de atender a extranjeros, con entes gubernamentales para posicionar al país en el mercado internacional, como una atractiva plaza para el turismo en salud	Baja capacidad de respuesta e interés	Baja capacidad de respuesta e interés	Baja capacidad de respuesta e interés	Baja capacidad de respuesta e interés	Reforzar su posicionamiento y estrategia de marketing para atraer pacientes particulares y vía los seguros internacionales.	Baja capacidad de respuesta e interés
4 Integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada	Interés en promover esta alianza.	Interés en promover esta alianza.	Interés en promover esta alianza.	Interés en promover esta alianza.	Bajo interés en a respuesta	Reforzar su posicionamiento y estrategia de marketing para seguir atrayendo pacientes que no puedan ser atendidos en el sector público.
5 Desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país	Imitar la estrategia del sector privado	Imitar la estrategia del sector privado	Baja capacidad de respuesta e interés	Baja capacidad de respuesta e interés	Reforzar su posicionamiento y estrategia de marketing para atraer pacientes particulares y vía los seguros internacionales.	Baja capacidad de respuesta e interés

Capítulo VII: Implementación Estratégica

En los capítulos anteriores se identificaron las variables relevantes para la formulación de un planeamiento estratégico que permita alcanzar con éxito la visión y los objetivos a largo plazo planteados para el sector salud privada en Lima.

En esta segunda etapa del proceso estratégico, se ejecutarán las estrategias planteadas y elegidas para el sector, se diseñarán los objetivos a corto plazo (OCP) relacionados con cada uno de los cinco objetivos a largo plazo (OLP) descritos en el Capítulo V y alineados con la visión.

D'Alessio (2008) indicó que la implementación estratégica implica convertir los planes estratégicos en acciones, y estos después en resultados. A la vez mencionó que la implementación requiere de cuatro elementos claves: (a) objetivos a corto plazo, (b) políticas, (c) recursos, y (d) estructura organizacional.

Asimismo, se detallará la relación con el medioambiente, los recursos humanos, y la gestión del cambio; para concluir con algunas recomendaciones de modificación o mejores prácticas. Estas recomendaciones no aseguran una correcta implementación, por lo que es necesario un liderazgo comprometido, que conduzca al éxito de esta parte del planeamiento estratégico.

7.1 Objetivos a Corto Plazo

Los objetivos a corto plazo (OCP) son los hitos que se requieren para alcanzar los objetivos a largo plazo (OLP) y con ello la visión. Estos deben ser claros y verificables para alcanzar la gestión de la organización (D'Alessio, 2008). A cada OLP le corresponde objetivos a corto plazo que se analizarán en las Tablas 45, 46, 47, 48 y 49.

Primer objetivo a largo plazo (OLPI). A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 80 en el factor de *seguridad y dignidad del*

paciente del ranking de América Economía. A 2012 solo tres clínicas de Lima se encuentran dentro del top 40 del ranking con un puntaje inferior a 65 puntos.

En el factor de *seguridad y dignidad del paciente* del ranking elaborado por la revista América Economía se buscan indicadores de procesos y resultados que permiten minimizar riesgos hospitalarios y transparencia (Almeida, 2012).

Tabla 45

OCP1

Objetivo a largo plazo	
OLP 1.	A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 80 en el factor de <i>seguridad y dignidad del paciente</i> del ranking de América Economía. A 2012 solo tres clínicas de Lima se encuentran dentro del top 40 del ranking con un puntaje inferior a 65 puntos.
Objetivos a corto plazo	
OCP 1.1.	A partir de 2014, anualmente se deberá equipar a las sedes principales de las clínicas con equipos médicos de última tecnología en relación a clínicas top chilenas, brasileras, y americanas.
OCP 1.2.	A 2014 iniciar la implementación en las principales clínicas de Lima, de historias clínicas electrónicas mediante algún sistema ERP para mejorar eficiencia y niveles de seguridad. A 2012 la percepción de seguridad de la clínicas peruanas mencionadas en este ranking se encuentran por debajo del promedio. El promedio en este rubro según el ranking de América Economía es de 70.9. Todas las clínicas peruanas no superan los 64 puntos.
OCP 1.3.	Anualmente capacitar al personal médico.

Segundo objetivo a largo plazo (OLP2). A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 65 en el factor de *capacidad* del ranking de América Economía. A 2012 solo tres clínicas de Lima se encuentran dentro del top 40 del ranking y con un puntaje promedio de 51.96 puntos.

Tabla 46

OCP2

Objetivo a largo plazo	
OLP 2.	A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 65 en el factor de <i>capacidad</i> del ranking de América Economía. A 2012 solo tres clínicas de Lima se encuentran dentro del top 40 del ranking y con un puntaje promedio de 51.96 puntos.
Objetivos a corto plazo	
OCP 2.1.	Desde 2014 a 2018, incrementar en 15,000 el número de egresados totales de las tres clínicas que se encuentran en el ranking. A 2012 la suma de egresados de la tres clínicas es de 35,749. El OCP 2.1 plantea un incremento de 42%. El incremento se logrará al aumentar la capacidad instalada, tanto por infraestructura como camas.
OCP 2.2.	A partir de 2015 realizar anualmente, alianzas estratégicas con el sector público para iniciar cirugías de trasplante de órganos. A 2012 según la revista América Economía, ninguna clínica peruana realizó algún tipo de procedimiento con referencia al trasplante de órganos. El promedio de procedimientos es de 87 trasplantes al año.
OCP 2.3.	A partir de 2014, aperturar un medicentro anualmente ubicado en cada uno de los <i>conos</i> , (i.e., Norte, Sur, y Este). Asimismo aperturar una clínica por <i>cono</i> cada 2 años. A 2012 las clínicas peruanas tanto en infraestructura como en número de camas se encuentran por debajo del promedio. El promedio de camas de las clínicas ubicadas entre los puestos 10-20 son 197 mientras los metros cuadrados de construcción 44,300.

Tercer objetivo a largo plazo (OLP3). Incrementar de 880,000 a 2'500,000 las atenciones de salud privada en Lima a 2021.

Para alcanzar este objetivo se presentan los objetivos a corto plazo mostrados en la Tabla 47.

Tabla 47

OCP3

Objetivo a largo plazo

OLP 3. Incrementar de 880,000 a 2'500,000 las atenciones de salud privada en Lima a 2021.

Objetivos a corto plazo

OCP 3.1. A partir de 2014 aperturar un medicentro por año en cada uno de los tres *conos* para atenciones primarias y ambulatorias así como una clínica por *cono* cada dos años.

OCP 3.2. Durante 2013 desarrollar planes de salud customizados a los mercados de los *conos* y del extranjero, los cuales deberán ser monitoreados anualmente.

OCP 3.3. Durante 2013 realizar acuerdos con EPS, laboratorios, y compañías aseguradoras, para la creación de un seguro privado de atención, más barato, efectivo, y acotado a las necesidades que pueden ser atendidas en medicentros.

OCP 3.4. Desde 2013, desplegar tres campañas anuales informativas masivas, respecto a los riesgos de la automedicación y utilización de la medicina alternativa e informando la importancia de la medicina preventiva y los beneficios de atenderse en medicentros, resaltando las cualidades de accesibilidad, calidad, y costo.

OCP 3.5. A 2014, celebrar un acuerdo con el MINSA para dar servicios de atención de hospitalización a pacientes que no pueden ser atendidos por esta institución del Estado debido a falta de capacidad.

OCP 3.6. Mantener el Valor Económico Agregado (EVA) positivo en las clínicas de Lima.

Cuarto objetivo a largo plazo (OLP4). A 2021 abrir 12 clínicas y 24 medicentros de atención primaria para atender a la clase emergente de los *conos* Norte, Sur, y Este. A 2012 existen 10 clínicas en distritos de clase emergente.

Este objetivo se alcanzará con la realización de los objetivos a corto plazo

mostrados en la Tabla 48.

Tabla 48

OCP4

Objetivo a largo plazo

OLP 4. A 2021 abrir 12 clínicas y 24 medicentros de atención primaria para atender a la clase emergente de los *conos* Norte, Sur, y Este. A 2012 existen 10 clínicas en distritos de clase emergente.

Objetivos a corto plazo

- OCP 4.1. Apartir de 2013 y de forma anual, realizar estudios de ubicación estratégica para la localización de los establecimientos de salud.
- OCP 4.2. A partir de 2013 y anualmente, adquirir los terrenos necesarios y aptos para la expansión de establecimientos de salud, utilizando consultores inmobiliarios.
- OCP 4.3. A partir de 2014 y anualmente lograr levantar los suficientes fondos de inversión para aperturar los establecimientos requeridos.
- OCP 4.4. Desde 2014 y en adelante capacitar al personal médico requerido para los establecimientos de salud.
- OCP 4.5. Aperturar un medicentro anual por *cono* para atención primaria y ambulatoria.
- OCP 4.6. A un plazo de cinco años, asegurar alianzas entre las principales clínicas para tener mayor poder de negociación con los proveedores de tecnología y equipamiento.
- OCP 4.7. Mantener el Valor Económico Agregado (EVA) positivo en las clínicas de Lima.
-

Quinto objetivo a largo plazo (OLP5). Alcanzar un mercado de US\$800 millones a 2021 por turismo médico, expandiendo a otras especialidades aparte de operaciones láser, cirugías, tratamientos odontológicos, y de fertilidad. A 2011 este mercado ascendió a US\$200 millones.

Este objetivo se logrará con la concreción de los objetivos a corto plazo mostrados en la Tabla 49.

Tabla 49

OCP5

Objetivo a largo plazo	
OLP 5.	Alcanzar un mercado de US\$800 millones a 2021 por turismo médico, expandiendo a otras especialidades aparte de operaciones láser, cirugías, tratamientos odontológicos, y de fertilidad. A 2011 este mercado asciende a US\$200 millones.
Objetivos a corto plazo	
OCP 5.1.	Captar anualmente a los médicos egresados en quinto superior de Cayetano y San Fernando, con la finalidad de financiar parte de su resindentado en el exterior con el objetivo de que sean parte de la planilla médica futura de las clínicas.
OCP 5.2.	Anualmente entablar convenios con clínicas internacionales con la finalidad de brindar pasantías a los médicos peruanos en prestigiosas clínicas internacionales y viceversa.
OCP 5.3.	Desde 2013, promocionar anualmente las clínicas peruanas en revistas de salud internacionales y medios visuales leídos por extranjeros (e.g., revistas aerolíneas, etc.).
OCP 5.4.	Establecer convenios con clínicas internacionales para intercambio de personal técnico.
OCP 5.5.	Establecer convenios con seguros privados internacionales (e.g., IHI, BUPA, Medical Doctors, BMI, etc.) para implementar planes para extranjeros e ingresar las clínicas en su red preferencial.
OCP 5.6.	A partir de 2014, se deberá equipar a las sedes principales de las clínicas con equipos médicos de última tecnología en relación a clínicas top chilenas, brasileras, y americanas.
OCP 5.7.	Desde 2012, desplegar campañas bianuales en agencias de turismo locales e internacionales para promocionar el turismo de salud.
OCP 5.8.	A partir de 2015, cada año se deberá establecer un centro de especialidad médica (i.e., odolontología, gastroenterología, fertilidad, cirugía plástica, exámenes preventivos, u oftalmología) de nivel internacional.
OCP 5.9.	Captar médicos peruanos prestigiosos en los Estados Unidos, Brasil, Chile, o España para que hagan operaciones programadas en Lima o hagan diagnóstico vía telemedicina.
OCP 5.10.	Mantener un EVA positivo con un crecimiento anual asociado de 15% promedio en turismo de salud con la finalidad de llegar al objetivo a largo plazo planteado.

7.2 Recursos Asignados a los OCP

Los recursos asignados permitirán ejecutar las estrategias seleccionadas y permitirán cumplir los objetivos a corto plazo. Los recursos se dividen en tres grupos: (a) recursos tangibles: maquinarias, activos financieros, materiales, y procesos; (b) recursos intangibles: tecnología, reputación, y comportamiento organizacional; y (c) recursos humanos: liderazgo, conocimientos y habilidades especializadas, comunicaciones y habilidades interactivas y motivación (D'Alessio, 2008). A continuación se detallan las Tablas 50, 51, 52, y 53, en donde se indican los recursos asignados para cada objetivo planteado.

Tabla 50

OCP1 con Recursos

Objetivo a largo plazo	
OLP 1.	A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 80 en el factor de seguridad y dignidad del paciente del ranking de América Economía. A 2012 solo tres clínicas de Lima se encuentran dentro del top 40 del ranking con un puntaje inferior a 65 puntos.
Objetivos a corto plazo	Recursos
OCP 1.1.	<p>A partir de 2014, anualmente se deberá equipar a las sedes principales de las clínicas con equipos médicos de última tecnología en relación a clínicas top chilenas, brasileras, y americanas.</p> <p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Entre US\$500,000 y US\$2'000,000 (dependiendo de si se maneja tercerización de servicios). <p><i>Recursos humanos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Personal administrativo y gerencial.
OCP 1.2.	<p>A 2014 iniciar la implementación en las principales clínicas de Lima, de historias clínicas electrónicas mediante algún sistema ERP para mejorar eficiencia y niveles de seguridad. A 2012 la percepción de seguridad de la clínicas peruanas mencionadas en este ranking se encuentran por debajo del promedio. El promedio en este rubro segun el ranking de América Economía es de 70.9. Todas las clínicas peruanas no superan los 64 puntos.</p> <p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Entre US\$1'000,000 y US\$2'000,000 por clínica (E. Rodríguez-Frías, comunicación personal, 23 de junio, 2012). <p><i>Maquinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Servidores y equipamiento necesario. <p>Recursos intangibles</p> <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Internet y comunicación <p><i>Recursos humanos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultores externos para el desarrollo del ERP
OCP 1.3.	<p>Anualmente capacitar al personal médico.</p> <p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 2% de la facturación de los establecimientos. <p><i>Recursos humanos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Consultores externos.

Tabla 51

OCP2 con Recursos

		Objetivo a largo plazo
OLP 2.	A 2021 lograr que cinco clínicas de Lima tengan un puntaje mínimo de 65 en el factor de capacidad del ranking de América Economía. A 2012 solo tres clínicas de Lima se encuentran dentro del top 40 del ranking y con un puntaje promedio de 51.96 puntos.	
		Recursos
	Objetivos a corto plazo	
OCP 2.1.	Desde 2014 a 2018, incrementar en 15,000 el número de egresados totales de las tres clínicas que se encuentran en el ranking. A 2012 la suma de egresados de la tres clínicas es de 35,749. El OCP 2.1 plantea un incremento de 42%. El incremento se logrará al aumentar la capacidad instalada, tanto por infraestructura como camas.	<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ US\$20'000,000 equivalente a la inversión requerida para la apertura de una clínica (G. De Losada, comunicación personal, 22 de junio, 2012) ▪ 5% de la facturación destinada a la promoción. <p><i>Maquinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipamiento de última tecnología requerido para la implementación de las clínicas que se aperturarán. <p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campañas de promoción de las clínicas para reforzar el prestigio de las mismas a nivel internacional <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internet y comunicación <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesionales médicos, técnicos, auxiliares y administrativos.
OCP 2.2.	A partir de 2015 realizar anualmente, alianzas estratégicas con el sector público para iniciar cirugías de trasplante de órganos. A 2012 según la revista América Economía, ninguna clínica peruana realizó algún tipo de procedimiento con referencia al trasplante de órganos. El promedio de procedimientos es de 87 trasplantes al año.	<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ US\$500,000 equivalente a la inversión requerida para la apertura de un centro especializado (“Clínica Internacional destinará US\$150 millones para expansión”, 2012). <p><i>Maquinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipamiento de última tecnología requerido para la implementación de los centros <p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alianza estratégica con el sector público, lo cual reforzará la imagen y el prestigio de las clínicas de Lima a nivel internacional. <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesionales médicos especializados en trasplante de órganos (i.e., corazón, hígado y riñón, principales ocurrencias)
OCP 2.3.	A partir de 2014, aperturar un medicentro anualmente ubicado en cada uno de los conos, (i.e., Norte, Sur, y Este). Asimismo aperturar una clínica por cono cada 2 años. A 2012 las clínicas peruanas tanto en infraestructura como en número de camas se encuentran por debajo del promedio. El promedio de camas de las clínicas ubicadas entre los puestos 10-20 son 197 mientras los metros cuadrados de construcción 44,300.	<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ US\$500,000 – 1'000,000 por cada medicentro (unidad básica de atención primaria [UBAP]) <p><i>Maquinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipamiento de última tecnología requerido para la implementación de los medicentros <p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Campañas de promoción de los medicentros para captar atenciones <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internet y comunicación <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesionales médicos, técnicos, auxiliares y administrativos.

Tabla 52

OCP3 con Recursos

		Objetivo a largo plazo
OLP 3.	Incrementar de 880,000 a 2'500,000 las atenciones de salud privada en Lima a 2021.	
	Objetivos a corto plazo	Recursos
OCP 3.1.	A partir de 2014 aperturar un medicentro por año en cada uno de los tres <i>conos</i> para atenciones primarias y ambulatorias así como una clínica por <i>cono</i> cada dos años.	<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> US\$500,000 - 1'000,000 por cada medicentro (unidad básica de atención primaria [UBAP]) <p><i>Maquinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Equipamiento de última tecnología requerido para la implementación de los medicentros <p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Campañas de promoción de los medicentros para captar atenciones <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Internet y comunicación <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Profesionales médicos, técnicos, auxiliares y administrativos.
OCP 3.2.	Durante 2013 desarrollar planes de salud customizados a los mercados de los <i>conos</i> y del extranjero, los cuales deberán ser monitoreados anualmente.	<p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Profesionales médicos Campañas de promoción de los nuevos planes de salud adecuado a la necesidades de los tres <i>conos</i> de Lima. <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Internet y comunicación <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Profesionales administrativos.
OCP 3.3.	Durante 2013 realizar acuerdos con EPS, laboratorios, y compañías aseguradoras, para la creación de un seguro privado de atención, más barato, efectivo, y acotado a las necesidades que pueden ser atendidas en medicentros.	<p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Profesionales médicos Seguros customizados a la necesidades de los pacientes. <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Internet y comunicación <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Profesionales administrativos.
OCP 3.4.	Desde 2013, desplegar tres campañas anuales informativas masivas, respecto a los riesgos de la automedicación y utilización de la medicina alternativa e informando la importancia de la medicina preventiva y los beneficios de atenderse en medicentros, resaltando las cualidades de accesibilidad, calidad, y costo.	<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 5% de la facturación destinada a la promoción. <p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Campañas de promoción de las clínicas para reforzar el prestigio de las mismas a nivel internacional e indicar los riesgos de la automedicación y medicina preventiva. <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Internet y comunicación <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Profesionales médicos, técnicos, auxiliares y administrativos.
OCP 3.5.	A 2014, celebrar un acuerdo con el MINSA para dar servicios de atención de hospitalización a pacientes que no pueden ser atendidos por esta institución del Estado debido a falta de capacidad.	<p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Alianza estratégica con el sector público, lo cual reforzará la imagen y el prestigio de las clínicas de Lima a nivel internacional. <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Profesionales médicos, directores de centros clínicos, el Estado.
OCP 3.6.	Mantener el Valor Económico Agregado (EVA) positivo en las clínicas de Lima.	<p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Gerentes y personal administrativo.

Tabla 53

OCP4 con Recursos

		Objetivo a largo plazo	
OLP 4.		A 2021 abrir 12 clínicas y 24 medicentros de atención primaria para atender a la clase emergente de los conos Norte, Sur, y Este. A 2012 existen 10 clínicas en distritos de clase emergente.	
		Objetivos a corto plazo	Recursos
OCP 4.1.	Apartir de 2013 y de forma anual, realizar estudios de ubicación estratégica para la localización de los establecimientos de salud.		<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Entre US\$10,000 y US\$15,000 por estudio de ubicación. <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultores externos.
OCP 4.2.	A partir de 2013 y anualmente, adquirir los terrenos necesarios y aptos para la expansión de establecimientos de salud, utilizando consultores inmobiliarios.		<p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> US\$1,000-3,000 /m² con una dimensión mínima de 200-300 m². <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Agentes inmobiliarios
OCP 4.3.	A partir de 2014 y anualmente lograr levantar los suficientes fondos de inversión para aperturar los establecimientos requeridos.		<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Fondo de capital de accionistas, emisión de deuda, o emisión de acciones. <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Personal administrativo, accionistas, directores
OCP 4.4.	Desde 2014 y en adelante capacitar al personal médico requerido para los establecimientos de salud.		<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 2% de la facturación de los establecimientos. <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Consultores externos.
OCP 4.5.	Aperturar un medicentro anual por <i>cono</i> para atención primaria y ambulatoria.		<p>Recursos tangibles</p> <p><i>Recursos financieros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> US\$500,000 - 1'000,000 por cada medicentro (unidad básica de atención primaria [UBAP]) <p><i>Maquinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Equipamiento de última tecnología requerido para la implementación de los medicentros <p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Campañas de promoción de los medicentros para captar atenciones <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Internet y comunicación <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Profesionales médicos, técnicos, auxiliares y administrativos.
OCP 4.6.	A un plazo de cinco años, asegurar alianzas entre las principales clínicas para tener mayor poder de negociación con los proveedores de tecnología y equipamiento.		<p>Recursos intangibles</p> <p><i>Reputación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Alianzas estratégicas con actores del sector <p><i>Tecnología</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Internet y comunicación <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Director médico de las clínicas y personal administrativo calificados.
OCP 4.7.	Mantener el Valor Económico Agregado (EVA) positivo en las clínicas de Lima.		<p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> Gerentes y personal administrativo.

Tabla 54

OCP5 con Recursos

		Objetivo a largo plazo
OLP 5.	Alcanzar un mercado de US\$800 millones a 2021 por turismo médico, expandiendo a otras especialidades aparte de operaciones láser, cirugías, tratamientos odontológicos, y de fertilidad. A 2011 este mercado asciende a US\$200 millones.	
	Objetivos a corto plazo	Recursos
OCP 5.1.	Captar anualmente a los médicos egresados en quinto superior de Cayetano y San Fernando, con la finalidad de financiar parte de su residentado en el exterior con el objetivo de que sean parte de la planilla médica futura de las clínicas.	Recursos tangibles <i>Recursos financieros</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre US\$10,000 y US\$20,000 por médico al año. <i>Procesos</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratos Recursos humanos
OCP 5.2.	Anualmente entablar convenios con clínicas internacionales con la finalidad de brindar pasantías a los médicos peruanos en prestigiosas clínicas internacionales y viceversa.	Recursos intangibles <i>Reputación</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alianzas con clínicas internacionales. Recursos humanos
OCP 5.3.	Desde 2013, promocionar anualmente las clínicas peruanas en revistas de salud internacionales y medios visuales leídos por extranjeros (e.g., revistas aerolíneas, etc.).	Recursos tangibles <i>Recursos financieros</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5% de la facturación destinada a la promoción. Recursos humanos
OCP 5.4.	Establecer convenios con clínicas internacionales para intercambio de personal técnico.	Recursos intangibles <i>Reputación</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alianzas con clínicas internacionales. Recursos humanos
OCP 5.5.	Establecer convenios con seguros privados internacionales (e.g., IHI, BUPA, Medical Doctors, BMI, etc.) para implementar planes para extranjeros e ingresar las clínicas en su red preferencial.	Recursos intangibles <i>Reputación</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenios con seguros internacionales de salud. Recursos humanos
OCP 5.6.	A partir de 2014, se deberá equipar a las sedes principales de las clínicas con equipos médicos de última tecnología en relación a clínicas top chilenas, brasileras, y americanas.	Recursos tangibles <i>Recursos financieros</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre US\$500,000 y US\$2'000,000 (dependiendo de si se maneja tercerización de servicios). Recursos humanos
OCP 5.7.	Desde 2012, desplegar campañas bianuales en agencias de turismo locales e internacionales para promocionar el turismo de salud.	Recursos tangibles <i>Recursos financieros</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5% de la facturación destinada a la promoción. Recursos humanos
OCP 5.8.	A partir de 2015, cada año se deberá establecer un centro de especialidad médica (i.e., odolontología, gastroenterología, fertilidad, cirugía plástica, exámenes preventivos, u oftalmología) de nivel internacional.	Recursos tangibles <i>Recursos financieros</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ US\$500,000 equivalente a la inversión requerida para la apertura de un centro especializado. (“Clínica Internacional destinará US\$150 millones para expansión”, 2012). <i>Maquinaria</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipamiento de última tecnología requerido para la implementación de los centros Recursos humanos
OCP 5.9.	Captar médicos peruanos prestigiosos en EE.UU., Brasil, Chile, o España para que hagan operaciones programadas en Lima o hagan diagnóstico vía telemedicina.	Recursos intangibles <i>Reputación</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestigio de profesionales médicos extranjeros. Recursos humanos
OCP 5.10.	Mantener un EVA positivo con un crecimiento anual asociado de 15% promedio en turismo de salud con la finalidad de llegar al objetivo a largo plazo planteado.	Recursos humanos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerentes y personal administrativo.

7.3 Políticas de cada Estrategia

Las políticas delimitan el camino que tomarán las estrategias para alcanzar la visión planteada. Las políticas deben estar alineadas con los valores del sector establecidos en el Capítulo II del presente planeamiento. Las políticas están sometidas a los principios de ética, legalidad, y responsabilidad social. Asimismo, son los métodos, procedimientos, reglas, y prácticas que dirigen al sector salud privada en Lima (D'Alessio, 2008). Las principales políticas que propone este documento son:

- Política 1. Promover la transparencia, libre competencia, y prácticas de buen gobierno corporativo.
- Política 2. Asegurar la salud económica y financiera de las clínicas del sector privado en Lima y optimizar las fuentes de financiamiento.
- Política 3. Promover la comunicación y colaboración entre los principales actores del sector salud.
- Política 4. Promover el trabajo en equipo.
- Política 5. Promover el respeto por el medioambiente vía la eliminación adecuada de los desechos del sector.
- Política 6. Reclutar personal capacitado para las nuevas tecnologías del sector.
- Política 7. Fomentar la visión a largo plazo y evitar las soluciones a corto plazo.
- Política 8. Mantener abiertos los canales de comunicación con el Gobierno y generar alianzas estratégicas con el sector público.
- Política 9. Fomentar la descentralización de la infraestructura de salud en los tres *conos* de Lima.
- Política 10. Capacitar constantemente al personal para lograr su desarrollo profesional.

- Política 11. Fomentar las alianzas del sector de salud privada en Lima con universidades y centros de formación técnica para captar a los mejores egresados y para incrementar la investigación en salud.
- Política 12. Mantener los más altos estándares de seguridad para la protección de los pacientes.

Estas políticas se encuentran asociadas con cada una de las estrategias planteadas de la siguiente manera:

- La primera estrategia referida a la penetración en el mercado con crecimiento de infraestructura descentralizada en los tres *conos* de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender, está acotada por las políticas 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, y 12.
- La segunda estrategia referida al desarrollo de los planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender, está acotada por las políticas 1, 2, 3, 4, y 7.
- La tercera estrategia referida al desarrollo de una alianza estratégica entre las clínicas más importantes con capacidad de atención a extranjeros, para posicionarse en el mercado internacional como una atractiva plaza para el turismo en salud, está acotada por las políticas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, y 12.
- La cuarta estrategia referida a la penetración en el mercado bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada está acotada por las políticas 1, 2, 5, y 6, puesto que busca incrementar la penetración de empresas generadoras en el mercado de clientes libres.
- La quinta estrategia referida al desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia, está acotada por las políticas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, y 12.

7.4 Estructura del Sector de Salud Privada en Lima

Según D'Alessio (2008), la estructura organizacional es la que facilitará la movilización de la organización hacia la implementación de las estrategias seleccionadas a través de las políticas elaboradas. Para ello es relevante definir si la estructura actual del Sector de Salud Privada en Lima es la adecuada, o si debe modificarse o ajustarse para lograr la implementación de las estrategias debido a que una exitosa etapa de implementación estratégica tiene como factor de éxito una estructura organizacional adecuada.

Para alinear las estrategias sugeridas al sector salud privada en Lima es necesario dar mayor relevancia a la Asociación de Clínicas Particulares del Perú (ACP) con el fin de que ejerzan un rol protagónico en la representación de las clínicas privadas de Lima ante los diferentes actores de influencia en el sector. Las áreas que requieren mayor atención para lograr que las clínicas privadas de Lima fortalezcan su posicionamiento y prestigio a nivel internacional son: marketing, investigación & desarrollo, logística, y sistemas de información, por ello se propone que la ACP cuente con estas áreas para que brinden las facilidades a las clínicas integrantes, por lo que se plantea a continuación las funciones que debería tener la ACP:

- Promoción de las principales clínicas de Lima a nivel internacional.
- Fomento y participación en congresos y foros de las principales clínicas de Lima.
- Fomento de I&D otorgando premios a las mejores investigaciones en áreas específicas.
- Brindar asesoría para la implementación y/o mejora de los sistemas informáticos actuales de las clínicas privadas.
- Representar activamente a las clínicas privadas en las negociaciones de tarifas con los seguros, EPS, proveedores, y el Estado.

7.5 Medioambiente y Ecología-Responsabilidad Social

Como se ha mencionado anteriormente, el sector dispone de una serie de normas ambientales y de responsabilidad social que son respetadas por sus integrantes.

El Artículo 4 del Título III de la ley 27604 del Decreto Supremo N° 016-2002-SA, establece que todos los establecimientos de salud sin excepción, están obligados a prestar atención médica inmediata a toda persona en situación de emergencia, y de poner en conocimiento del público ese derecho en un lugar visible de la zona de atención por emergencia. La atención de emergencia por parte de los establecimientos de salud se efectúa de acuerdo a su nivel de resolución, con plena utilización de todos los recursos técnicos, de diagnóstico, y terapéuticos que sean necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. En el caso de emergencias obstétricas se incluye la atención del concebido o niño por nacer, con el fin de proteger su vida y salud (“Ley 27604. Ley que modifica la ley general de salud N° 26842”, 2002).

En cuanto a la responsabilidad social de estas entidades con el medioambiente, existen regulaciones y normativas las cuales exigen un adecuado manejo y control de desechos médicos, tanto biológicos como químicos y/o radioactivos, cuya exigencia se encuentra normada en Resolución Ministerial, la cual garantiza el adecuado manejo y el no daño al medioambiente (“Resolución Ministerial N° 217 – 2004/MINSA”, 2004).

Si bien todo lo anteriormente mencionado es normado por ley, algunas clínicas van más allá de lo requerido apostando por la creación de programas de acción social a favor de la población más vulnerable, es decir, aquellos que no tienen los recursos económicos necesarios para acceder a un servicio privado de salud de alta calidad.

De esta manera, eventualmente algunas clínicas ofrecen diversas campañas gratuitas en pueblos jóvenes a través de su *pull de médicos* y charlas para la detección de afecciones relacionadas con el colesterol, la hipertensión, la obesidad infantil, la diabetes, el glaucoma, el *pie plano*, la prevención del infarto cardiaco, del cáncer de piel, de próstata, de cuello uterino, entre otros.

Asimismo, complejos clínicos como San Pablo ya hace algunos años apoyan causas nobles como “Operación Sonrisa Perú”, brindando sus salas de operaciones, salas de recuperación, habitaciones, y personal médico y asistencial, quienes trabajan de manera voluntaria.

A nivel internacional existe una tendencia a lograr certificaciones medioambientales tanto para los procesos internos como para la infraestructura, de tal manera de construir edificaciones amigables con el medio ambiente, los comunmente denominados “edificios inteligentes“. El certificado LEED (Líder en Eficiencia Energética y Diseño Sostenible) es el estándar de la construcción sostenible con más prestigio en todo el mundo. Mediante un sistema de créditos o puntos, el sistema LEED evalúa todos los factores de la construcción relativos a su sostenibilidad y su respeto por el medio ambiente (Green Living Projects, s.f.).

Finalmente, las estrategias planteadas en el presente plan estratégico buscan desarrollar en el sector salud privada en Lima, el bienestar y las mejoras de salud, desarrollando nuevas infraestructuras que cubran la demanda insatisfecha y brindando planes de salud de acuerdo a los ingresos económicos de la población.

7.6 Recursos Humanos

El recurso humano es el factor más importante en el proceso de implementación de un plan estratégico, puesto que será el encargado de la ejecución

de las estrategias, la toma de decisiones, la continuidad de las operaciones existentes, y la gestión de los cambios propuestos. Por ello, es fundamental el liderazgo comprometido de la alta dirección, con el fin de que conduzca al cambio y a la implementación de estas estrategias y objetivos planteados.

La responsabilidad que recae sobre el personal médico es crítico en este sector, puesto que del servicio que ofrecen depende la vida de sus pacientes.

Asimismo, la satisfacción del cliente se basa principalmente en la atención o trato que se brinde y el buen servicio, aspectos que son canalizados a través del personal.

Los recursos humanos en el sector salud privada en Lima se dividen en: (a) plana médica, (b) auxiliares, y (c) personal administrativo.

El personal tiene que poseer las competencias y calificaciones profesionales con justas remuneraciones y beneficios de ley. Deben recibir una capacitación continua especialmente en aspectos relacionados a la salud y tecnología, debido a los continuos avances en la ciencia médica, sin olvidar la capacitación en cuanto a trato al cliente puesto que esta es la primera percepción que obtiene el consumidor final y que contribuye a crear la imagen y reputación del sector.

En las clínicas, el personal es estable, con jornadas completas o parciales. La oferta laboral en salud es elevada y los niveles de remuneración son variados. El clima laboral debe ser medido, se debe contar con políticas de contratación y despido, de promociones y línea de carrera, política de incentivos, de ausentismo y puntualidad, motivación para la investigación, y políticas de higiene y seguridad.

Actualmente existen programas académicos para profesionalizar la gestión y gerencia en las clínicas, es por ello que se recomienda que la alta gerencia de las principales clínicas participe en estos programas educativos con el fin de mejorar la gestión administrativa de las clínicas.

7.7 Gestión del Cambio

La reducción al mínimo posible de la resistencia al cambio es el factor clave para lograr que el proceso de implementación de un plan estratégico sea exitoso. Es fundamental establecer una estrategia educativa que ayude al cambio, controle los sentimientos de ansiedad y temor del personal. Al mismo tiempo se debe desarrollar una estrategia racional que fuerce el cambio, motivando el autointerés por nuevas experiencias laborales y profesionales (D'Alessio, 2008). Por ello, es importante contar con el adecuado liderazgo por parte de los dirigentes de la ACP, los directivos de las clínicas privadas de Lima, y los dirigentes de los entes públicos relacionados al sector. Estos deben fomentar el cambio, apoyar las estrategias y planes de acción establecidos para gestionar el impacto del cambio en el sector. Es necesario recalcar, como indicó D'Alessio (2008), que el proceso de implementación genera cambios estructurales y culturales que exigen que estos se planteen de manera adecuada, desarrollando las siguientes acciones:

Planear la estrategia del cambio. Es necesario desarrollar un plan de acción para que los objetivos del presente documento se cumplan. Debido al dinamismo tecnológico del sector se requiere actualización constante para mejorar la calidad y promoción de los servicios, tanto a nivel nacional como el exterior.

Para contrarrestar los sentimientos de temor e incertidumbre es fundamental la fluida comunicación e información a todos los participantes involucrados, proceso que deberá ser liderado por la alta gerencia de cada institución.

Establecer un sentido de urgencia. De acuerdo a D'Alessio (2008), una organización debe examinar el mercado y su competencia, identificar y evaluar crisis actuales y potenciales, e identificar oportunidades.

El presente planeamiento estratégico ha identificado los factores críticos de éxito para el sector de salud privada en Lima, así como las fortalezas, debilidades,

amenazas, y oportunidades a tomar en cuenta para lograr los objetivos a largo plazo que llevarán a la visión deseada.

Conformar un grupo director facultado. Como se ha mencionado anteriormente, la ACP debe tomar un rol protagónico en la dirección del sector para representarlo ante otros actores como EPS, proveedores, Estado, entre otros. Las gerencias de las clínicas por su parte, deben establecer políticas de evaluación, capacitación y motivación, teniendo como principal objetivo las mejoras en las condiciones de la salud de los pacientes así como en la evolución de los sistemas de diagnóstico y tratamiento.

Crear una visión para el cambio. Es responsabilidad del gremio y de los altos funcionarios de las clínicas privadas de Lima, crear la visión y la necesidad del cambio para todos los actores del sector. Es fundamental la adecuada interiorización de la necesidad del cambio en todas las áreas.

Comunicar esta visión del cambio. Las estrategias y políticas deben ser comunicadas por todos los medios posibles y la ACP debe ser la responsable de la publicación y propagación de las mismas.

Facultar a otros para lograr la visión. La ACP debe coordinar con todos los directivos involucrados en el sector salud privada en Lima, integrándolos a la visión del cambio de manera que ellos también transmitan y refuercen dicha visión. Así, también deben: (a) Eliminar los obstáculos al cambio, (b) cambiar los sistemas y estructuras que afectan la visión, y (c) fomentar que se asuman riesgos y acciones, actividades e ideas no tradicionales (D'Alessio, 2008).

Usar las tecnologías de la información y comunicación como facilitadores. Las tecnologías de la información deben facilitar la comunicación, el manejo de las historias clínicas de pacientes, el desarrollo del tratamiento y diagnóstico así como ser

una herramienta para el tratamiento a distancia. Por otro lado, permitirán monitorear los avances de las decisiones y políticas que se adopten.

Uso permanente de la referenciación. Tal y como se describió en el Capítulo III, de acuerdo al ranking de los mejores establecimientos de salud de América Latina realizado por la revista *América Economía*, los referentes que las clínicas de Lima deberían tomar son establecimientos ubicados en Sao Paulo (Brasil) y Santiago de Chile (Chile).

Tercerizar cuando sea posible. En la medida de lo posible, las clínicas de Lima deberán tercerizar todo lo relacionado con: (a) Diagnóstico por imágenes debido a la alta inversión en equipos y constantes avances tecnológicos y (b) laboratorio clínico, por la necesidad de grandes economías de escala.

Planear resultados y crear éxitos tempranos. Se requiere planear para conseguir mejoramientos visibles en la performance, relacionados al número de pacientes egresados, *papers* publicados, gestión de conocimiento, entre otros.

Consolidar mejoramientos y producir más cambios. Se deberá: (a) cambiar, si es necesario, sistemas, estructuras, y políticas que no se ajusten a la visión; (b) contratar, promover, y capacitar empleados que fomenten el cambio; y (c) vigorizar el proceso con nuevos proyectos, aspectos, y ajustes de cambio (D'Alessio, 2008).

Institucionalizar los nuevos enfoques. Se deben articular las conexiones entre el nuevo comportamiento y el éxito del sector y desarrollar los medios para asegurar el desarrollo del liderazgo en los principales actores del sector.

Finalmente, la gestión del cambio es el manejo eficiente y eficaz de los recursos para implementar las estrategias propuestas. Esto se logrará con la adecuada definición de procesos, asignación de recursos, conformación de equipos de trabajo, definición de responsables, y tiempos de cumplimiento, así como con el uso de herramientas de seguimiento y control.

7.8 Conclusiones

De los objetivos a corto plazo necesarios para alcanzar los objetivos a largo plazo, los que mayores recursos requieren son los relacionados a la descentralización de infraestructura y equipamiento.

Es de particular interés, el resaltar el rol protagónico que debe adoptar la ACP para: (a) Promover a las principales clínicas de Lima a nivel internacional, (b) fomentar la participación en congresos y foros de las principales clínicas de Lima, (c) fomentar I&D otorgando premios a las mejores investigaciones en áreas específicas, (d) brindar asesoría para la implementación y/o mejora de los sistemas informáticos actuales de las clínicas privadas, y (e) representar activamente a las clínicas privadas en las negociaciones de tarifas con los seguros, EPS, proveedores, y el Estado.

Por último, para la implementación de las estrategias es fundamental minimizar la resistencia al cambio, monitorearlo, e involucrar al recurso humano en la mencionada implementación. Para que el cambio planteado se consolide se requiere del liderazgo comprometido de la alta dirección y la excelente gestión del recurso humano del sector, vital para su desarrollo.

Capítulo VIII: Evaluación Estratégica

El modelo de gerencia estratégica está compuesto de tres etapas: (a) la formulación o planificación, (b) la implementación, y (c) la evaluación y control, proceso que se manifiesta permanentemente; y debido a la intensidad y frecuencia de los cambios en el entorno, la competencia, y la demanda, generan la necesidad de un planeamiento estratégico dinámico (D'Alessio, 2008).

Para la evaluación y monitoreo de las estrategias y objetivos a corto plazo del presente plan estratégico, se utilizará el Tablero de Control Integrado, herramienta que permitirá al sector salud privada en Lima mantener una visión amplia de su situación actual y controlar el desempeño de los objetivos a corto plazo propuestos.

8.1 Perspectivas de Control

El tablero de control permite contar con una visión integral de la organización y facilita la evaluación de la estrategia por medio de la medición, comparación, y corrección de ser necesario, para una implementación exitosa de las estrategias (D'Alessio, 2008).

Las perspectivas de control que se usarán para la evaluación estratégica del sector salud privada en Lima serán: el aprendizaje interno, la perspectiva interna o de procesos, la perspectiva enfocada en el cliente, y la perspectiva financiera.

8.1.1 Aprendizaje interno

La perspectiva de aprendizaje interno se centra en la mejora y crecimiento de la organización y su productividad. De acuerdo a Kaplan y Norton (2009), esta perspectiva analiza el recurso humano, algunos de los principales indicadores son: (a) la satisfacción de la fuerza laboral, (b) la retención de la fuerza laboral, (c) productividad de la fuerza laboral, (d) capacidades de los sistemas de información, y (e) capacidad de los sistemas facilitadores.

La perspectiva de aprendizaje para el sector salud privada en Lima se muestra en la Tabla 55, en donde se encuentran seis objetivos a corto plazo, relacionados con

capacitación de los médicos y técnicos requeridos, e impulso a la investigación

médica.

Tabla 55

Perspectiva de Aprendizaje Interno

OCP	Objetivos a corto plazo	Acciones	Indicadores
OCP 1.3.	Anualmente capacitar al personal médico.	Desarrollar un plan de capacitación. Identificar el personal a capacitar.	N horas de capacitación anuales por médico.
OCP 4.4.	Desde 2014 y en adelante capacitar al personal médico requerido para los establecimientos de salud.	Desarrollar un plan de capacitación. Identificar el personal a capacitar.	N horas de capacitación anuales por médico.
OCP 5.1.	Captar anualmente a los médicos egresados en quinto superior de Cayetano y San Fernando, con la finalidad de financiar parte de su resindentado en el exterior con el objetivo de que sean parte de la planilla médica futura de las clínicas.	Desarrollar campaña de promoción. Desarrollar el plan de financiamiento y acuerdos laborales.	N egresados de las universidades elegidas que firman contrato con las clínicas.
OCP 5.2.	Anualmente entablar convenios con clínicas internacionales con la finalidad de brindar pasantías a los médicos peruanos en prestigiosas clínicas internacionales y viceversa.	Selección de las clínicas internacionales objetivo. Negociar los beneficios de la alianza. Celebrar el convenio.	N convenios realizados anuales N pasantías anuales
OCP 5.4.	Establecer convenios con clínicas internacionales para intercambio de personal técnico.	Selección de las clínicas internacionales objetivo. Negociar los beneficios de la alianza. Celebrar el convenio.	N convenios realizados anuales N intercambios anuales
OCP 5.9.	Captar médicos peruanos prestigiosos en EE.UU., Brasil, Chile, o España para que hagan operaciones programadas en Lima o hagan diagnóstico vía telemedicina.	Selección de los médicos objetivo. Búsqueda y negociación de la tecnología de la telemedicina. Negociar los beneficios del programa Celebrar el contrato	N operaciones y diagnósticos programados con médicos peruanos en el extranjero

8.1.2 Procesos

La perspectiva interna se orientará a analizar los procesos necesarios para satisfacer a los clientes, centrándose en indicadores relacionados a: (a) régimen de innovaciones; (b) servicio posventa; (c) eficiencia operacional; (d) medidas de calidad, de producción, y mermas; y (e) tiempos de los ciclos (D’Alessio, 2008).

Tabla 56

Perspectiva Procesos

	Objetivos a corto plazo	Acciones	Indicadores
OCP 1.2.	A 2014 iniciar la implementación en las principales clínicas de Lima, de historias clínicas electrónicas mediante algún sistema ERP para mejorar eficiencia y niveles de seguridad. Actualmente la percepción de seguridad de la clínicas peruanas mencionadas en el ranking se encuentran por debajo del promedio. El promedio en este rubro según el ranking de América Economía es de 70.9. Las clínicas peruanas no superan los 64 puntos.	Búsqueda de proveedores de solución tecnológica. Evaluación y selección de propuestas e implementación.	N clínicas con sistema de historias clínicas electrónicas
OCP 4.6.	En un plazo de cinco años, asegurar alianzas entre las principales clínicas para tener mayor poder de negociación con los proveedores de tecnología y equipamiento.	Identificación de clínicas para realizar una alianza Involucrar a la ACP como facilitador. Establecer las condiciones de la alianza.	Nuevos soles ahorrados producto de las alianzas entre clínicas

8.1.3 Clientes

La tercera perspectiva, del cliente, evaluará la (a) participación del mercado, dentro y fuera del país, (b) retención de los clientes y consumidores, (c) captación de nuevos clientes y consumidores, y (d) la rentabilidad por cliente y consumidores.

Tal y como se observa en la Tabla 57, en la perspectiva del cliente para el sector salud privada en Lima, se han considerado los objetivos a corto plazo relacionados a la captación de nuevos clientes, al desarrollo de nuevos productos, y servicios (i.e., planes de salud y especializaciones) e incremento de infraestructura descentralizada.

Tabla 57

Perspectiva Clientes

	Objetivos a corto plazo	Acciones	Indicadores
OCP 2.1.	Desde 2014 a 2018, incrementar en 15,000 el número de egresados totales de las tres clínicas que se encuentran en el ranking. A 2012 la suma de egresados de la tres clínicas es de 35,749. El OCP 2.1 plantea un incremento de 42%. El incremento se logrará al aumentar la capacidad instalada, tanto por infraestructura como camas.	Incrementar número de camas y capacidad instalada requerida	N egresados
OCP 2.2.	A partir de 2015 realizar anualmente, alianzas estratégicas con el sector público para iniciar cirugías de trasplante de órganos. A 2012 según la revista América Economía, ninguna clínica peruana realizó algún tipo de procedimiento con referencia a trasplante de órganos. El promedio de procedimientos es de 87 trasplantes al año.	Promover alianzas público-privadas	N trasplantes de órganos
OCP 2.3.	A partir de 2014, aperturar un medicentro anualmente ubicado en cada uno de los <i>conos</i> , (i.e., Norte, Sur, y Este). Asimismo aperturar una clínica por <i>cono</i> cada 2 años. A 2012 las clínicas peruanas tanto en infraestructura como en número de camas se encuentran por debajo del promedio. El promedio de camas de las clínicas ubicadas entre los puestos 10-20 son 197 mientras los metros cuadrados de construcción 44,300.	Selección de locales Adquisición de equipos y tecnología requerida Contratación de personal Construcción de establecimientos	N medicentros N clínicas
OCP 3.1.	A partir de 2014 aperturar un medicentro por año en cada uno de los tres <i>conos</i> para atenciones primarias y ambulatorias así como una clínica por <i>cono</i> cada dos años.	Selección de locales Adquisición de equipos y tecnología requerida Contratación de personal Construcción de establecimientos	N medicentros N clínicas
OCP 3.2.	Durante 2013 desarrollar planes de salud customizados a los mercados de los <i>conos</i> y del extranjero, los cuales deberán ser monitoreados anualmente.	Entendimiento de necesidades por segmento Desarrollo del producto bajo un análisis financiero previo	N nuevos afiliados a los planes personalizados
OCP 3.3.	Durante 2013 realizar acuerdos con EPS, laboratorios, y compañías aseguradoras, para la creación de un seguro privado de atención más barato, efectivo, y acotado a las necesidades que pueden ser atendidas en medicentros.	Entendimiento de necesidades por segmento Desarrollo de acuerdos Desarrollo del producto bajo un análisis financiero previo	N nuevos afiliados al seguro de salud
OCP 3.4.	Desde 2013, desplegar tres campañas anuales informativas masivas, respecto a los riesgos de la automedicación y utilización de la medicina alternativa e informar de la importancia de la medicina preventiva y los beneficios de atenderse en medicentros, resaltando las cualidades de accesibilidad, calidad, y costo.	Desarrollo del concepto a comunicar Identificación de los medios de comunicación	N campañas anuales
OCP 3.5.	A 2014, celebrar un acuerdo con el MINSA para dar servicios de atención de hospitalización a pacientes que no pueden ser atendidos por esta institución del Estado debido a falta de capacidad.	Promover alianzas público-privadas	N pacientes del MINSA atendidos en clínicas privadas
OCP 4.5.	Aperturar un medicentro anual por <i>cono</i> para atención primaria y ambulatoria.	Selección de locales Adquisición de equipos y tecnología requerida. Contratación de personal Construcción de establecimientos	N medicentros anuales
OCP 5.3.	Desde 2013, promocionar anualmente las clínicas peruanas en revistas de salud internacionales y medios visuales leídos por extranjeros (e.g., revistas aerolíneas, etc.).	Identificación de las clínicas a promocionar Identificación y selección de los medios a utilizar	N clientes extranjeros que se atendieron en Lima por referencia de las publicaciones.
OCP 5.5.	Establecer convenios con seguros privados internacionales (e.g., IHI, BUPA, Medical Doctors, BMI, etc.) para implementar planes para extranjeros e ingresar las clínicas en su red preferencial.	Selección de los seguros privados internacionales Negociar los beneficios de los convenios Celebrar el convenio	N convenios celebrados
OCP 5.7.	Desde 2012, desplegar campañas bianuales en agencias de turismo locales e internacionales para promocionar el turismo de salud.	Selección de las agencias de turismo Desarrollo de los planes	N pacientes de turismo en salud
OCP 5.8.	A partir de 2015, cada año se deberá establecer un centro de especialidad médica (i.e., odontología, gastroenterología, fertilidad, cirugía plástica, o exámenes preventivos, u oftalmología) de nivel internacional.	Definir los estándares internacionales a utilizar Ubicación de los locales Construcción de los establecimientos Desarrollo del producto bajo un análisis financiero previo	N centros de especialidad

8.1.4 Perspectiva financiera

De acuerdo a Kaplan y Norton (2009), la perspectiva financiera analiza el rendimiento sobre inversiones y el valor añadido a la organización. En el caso del sector salud privada en Lima, en la perspectiva de control financiera, se define un indicador: el *EVA Financiero*, que evaluará en que nivel se superan los objetivos financieros esperados por los accionistas.

En la evaluación estratégica se deberá monitorear los resultados de las estrategias implementadas, considerando el control de los objetivos a corto plazo, que, al final, permitirán hacer una evaluación de los objetivos a largo plazo y, entonces, de la visión formulada para el sector.

8.2 Tablero de Control Integrado

El alineamiento estratégico permite lograr cuatro resultados sustentados en cuatro enfoques diferentes: (a) al cliente, (b) de procesos internos, (c) de aprendizaje y crecimiento, y (d) financiero. Los OCP se agrupan en cada uno de los cuatro enfoques mencionados y se alinean con la visión, misión, valores, código de ética, intereses del sector, principios cardinales, estrategias, y políticas para alcanzar los OLP del sector salud privada en Lima (D'Alessio, 2008). El Tablero de Control Integrado se obtiene a partir de la unión de las tablas 55, 56, 57, y 58.

8.3 Conclusiones

El Tablero de Control Balanceado es una herramienta que permite controlar el cumplimiento de los objetivos a corto plazo. La medición y control del desempeño de los objetivos a corto plazo es importante, por lo que se han asignado indicadores para cada objetivo a corto plazo, que permitirán verificar de manera oportuna la eficacia de las estrategias planteadas, y corregir cualquier desviación que no permita alcanzar los objetivos a largo plazo y por ende la visión planteada para el sector salud privada en Lima.

Tabla 58

Perspectiva Financiera

	Objetivos a corto plazo	Acciones	Indicadores
OCP 1.1.	A partir de 2014, anualmente se deberá equipar a las sedes principales de las clínicas con equipos médicos de última tecnología en relación a clínicas top chilenas, brasileras, y americanas.	Identificar el estándar de referencia	N equipos
OCP 3.6.	Mantener el Valor Económico Agregado (EVA) positivo en las clínicas de Lima	Establecer el costo de oportunidad de los accionistas Búsqueda de mejora continua para lograr eficiencias en la gestión Revisión periódica de <i>estados financieros</i>	EVA
OCP 4.1.	A partir de 2013 y de forma anual, realizar estudios de ubicación estratégica para la localización de los establecimientos de salud	Identificación y selección de consultores externos	N lugares aptos para el sector salud identificados a raíz de los estudios.
OCP 4.2.	A partir de 2013 y anualmente, adquirir los terrenos necesarios y aptos para la expansión de establecimientos de salud, utilizando consultores inmobiliarios.	Negociación y adquisición de los terrenos necesarios para el crecimiento del sector	N terrenos adquiridos
OCP 4.3.	A partir de 2014 y anualmente lograr levantar los suficientes fondos de inversión para aperturar los establecimientos requeridos.	Identificar los fondos requeridos Definir el ratio objetivo Contactar a los inversionistas o proveedores del financiamiento (i.e., bancos, accionistas actuales, nuevos accionistas, fondos de inversión)	Ratio Deuda / Patrimonio
OCP 4.7.	Mantener el Valor Económico Agregado (EVA) positivo en las clínicas de Lima.	Establecer el costo de oportunidad de los accionistas Búsqueda de mejora continua para lograr eficiencias en la gestión Revisión periódica de <i>estados financieros</i>	EVA
OCP 5.6.	A partir de 2014, anualmente se deberá equipar a las sedes principales de las clínicas con equipos médicos de última tecnología en relación a clínicas top chilenas, brasileras, y americanas.	Identificar el estándar de referencia	N equipos
OCP 5.10.	Mantener un EVA positivo con un crecimiento anual asociado de 15% promedio en turismo de salud con la finalidad de llegar al objetivo a largo plazo planteado.	Establecer el costo de oportunidad de los accionistas Búsqueda de mejora continua para lograr eficiencias en la gestión Revisión periódica de <i>estados financieros</i>	EVA

Se requiere que las mediciones y evaluaciones se hagan permanentemente para asegurar un control oportuno debido a que el dinamismo del entorno puede originar cambios en el plan estratégico del sector salud privada en Lima.

El proceso se iniciará con el monitoreo de la perspectiva de aprendizaje, donde se supervisarán los objetivos relacionados a mejorar la productividad y las condiciones que faciliten el crecimiento sostenible y sostenido del sector. Asimismo, en la perspectiva interna, se definen los procesos que se supervisarán para atender adecuadamente a los clientes, existentes, y nuevos. En ese sentido, se definen los sistemas de información y las condiciones necesarias para asegurar la capacidad instalada requerida por la demanda, en crecimiento. En lo relacionado a los clientes, se analizarán la participación de mercado, los egresos de pacientes, así como el incremento de pacientes extranjeros en turismo de salud. Finalmente se monitoreará la perspectiva financiera, tomando como indicador el EVA.

Finalmente, en todos los casos las clínicas privadas serán las responsables de ejecutar y controlar los objetivos y estrategias implementadas. Para ello se requerirá de una coordinación estrecha entre las clínicas y la ACP.

Capítulo IX: Competitividad del Sector

9.1 Análisis Competitivo del Sector Salud Privada en Lima

Para Porter (2012), la competitividad de una nación depende de la capacidad de su industria para innovar y mejorar. Por otro lado, el término *competitividad* tiene relación directa con la capacidad de generar mayor producción al menor costo posible (Alarco et al., 2011).

El nivel de competitividad de una organización, sector, o país, dependerá de los factores críticos para la competitividad, los cuales equivalen en cierto sentido a las fortalezas y debilidades que le permitirán en este caso al sector salud privada en Lima, competir mejor que sus competidores y sustitutos.

El sector salud privada en Lima será analizado mediante el modelo del *Diamante de Porter*, a través del análisis de factores críticos en sus cuatro dimensiones: (a) condiciones de los factores, (b) condiciones de la demanda, (c) condiciones de sectores afines y de apoyo, y (d) condiciones de competencia y rivalidad al interior del sector.

9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas del Sector

La Figura 20 muestra el análisis realizado sobre las ventajas competitivas del sector salud privada en Lima en cada uno de los cuatro factores del Diamante de Porter. Se analizarán las ventajas así como las desventajas del sector en cada uno de los factores mencionados.

Condiciones de los factores. En los sectores de alto nivel que forman la base de las economías avanzadas, una nación no hereda, sino que crea los factores más importantes de la producción, así como unos recursos humanos especializados o una base científica (Porter, 2012). Si bien es cierto, en el caso del sector salud privada en

Lima, el capital humano es altamente calificado, con estudios tanto en el país como en otros países del mundo y con experiencia adquirida en la práctica de la profesión, no realiza investigación científica, prueba de ello son los bajos niveles de publicaciones presentados por las tres clínicas peruanas consideradas dentro del ranking de los mejores 40 clínicas/hospitales de la región, ranking publicado por la revista *América Economía*.

Según Porter (2012), las naciones triunfan en sectores en los que son especialmente buenos en la creación de factores y donde la ventaja competitiva resulta de la presencia de instituciones que crean por primera vez factores especializados y luego trabajan continuamente para mejorarlos.

Para el caso del Perú, y específicamente en Lima, el sector salud privada tiene aún tareas que realizar para ser especialmente bueno comparándose con otros países de la región. Sin embargo, sí existe un área de especialización en la cual Lima está tomando cada vez mayor importancia y se está convirtiendo en un referente para la región, el *turismo en salud*. El país tiene una ventaja comparativa de recursos turísticos que combinada con la experiencia y conocimientos de los médicos que operan dentro de este sector de especialización y la adecuada tecnología, convierten a Lima en un destino para la realización del turismo en salud.

Condiciones de la demanda. De acuerdo a Porter (2012), las naciones logran ventaja competitiva en los sectores donde la demanda interior ofrece a sus empresas una imagen más clara o temprana de las nuevas necesidades de los compradores, y donde estos presionan a las empresas para que innoven con mayor rapidez y logren ventajas competitivas más valiosas.

Las ventajas competitivas del sector salud privada en Lima en comparación con sus competidores y sustitutos se explican a continuación:

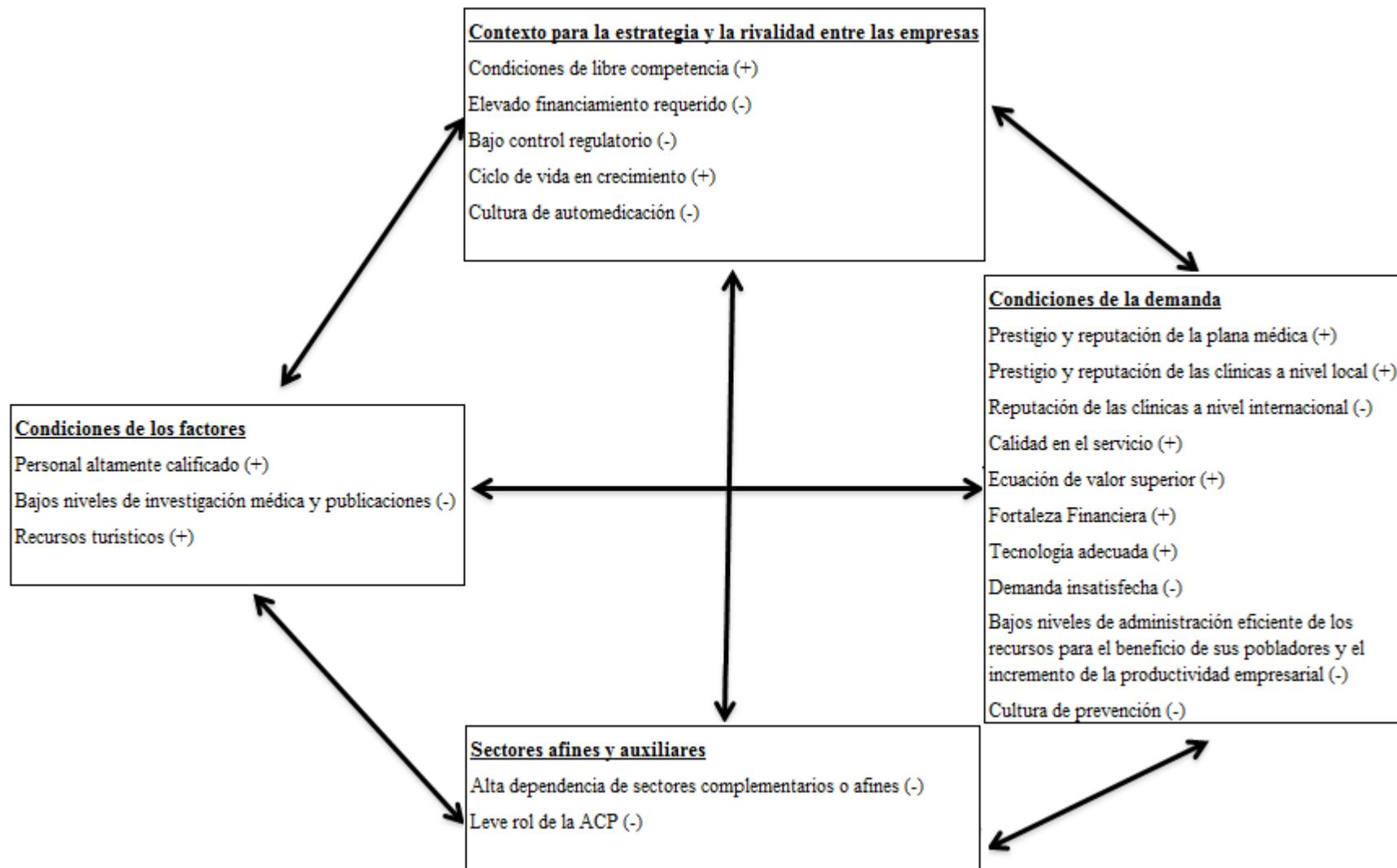


Figura 20. El Diamante de Porter para el sector salud privada en Lima.

- Prestigio y reputación de la plana médica.
- Prestigio y reputación de la clínica a localmente.
- Calidad en el servicio.
- Precios personalizados a la realidad de las zonas geográficas de atención.
- Ecuación de valor superior.
- Fortaleza financiera, puesto que los grupos económicos que están participando en el sector, son grupos importantes tanto nacionales como extranjeros (e.g., Grupo Brescia, Credicorp, Banmédica, entre otros).
- Uso de tecnología de última generación e infraestructura cómoda y moderna la cual se puede comparar con los bajos niveles ofrecidos por el sector público, lo cual se puede observar en los indicadores relacionados a salud/educación del *Ranking Global de Competitividad 2012-2013*, donde el país ocupa el puesto 91 de 144 países.

Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, a pesar de que Lima dispone de la mayor infraestructura en salud del país, esta no es suficiente para cubrir la creciente demanda de atención privada. Una población cada vez más informada y exigente, y con acceso a mayores y mejores servicios básicos está originando que las principales clínicas de la ciudad inicien planes ambiciosos de modernización, ampliación de sus instalaciones, o apertura de nuevas sedes, con el objetivo de cubrir la demanda insatisfecha.

Asimismo, como se mencionó previamente en el Capítulo III, en el Índice de Competitividad Regional del Perú (ICRP) relacionado al factor salud en el pilar personas, muestra que Lima, aun siendo la capital del país, ocupa el tercer lugar en este índice detrás de Callao y Moquegua, manifestando una debilidad en este sector. El ICRP mide la competitividad regional entendida como la administración eficiente

de los recursos de las regiones para el beneficio de sus pobladores y el incremento de la productividad empresarial (CENTRUM Católica, 2012).

Por otro lado, si se evalúa el ICRP referido al porcentaje de la población afiliada a algún seguro de salud, la región Lima se encuentra entre las 10 últimas posiciones, indicando una vez más, una necesidad de enfoque en el desarrollo del sector salud en la capital del Perú, donde existe una demanda insatisfecha pero una cultura de prevención de la salud aún baja (CENTRUM Católica, 2012).

El sector salud privada es un sector con altos matices sociales y a la fecha la capacidad del Estado se ve, cada vez más, sobrepasada para atender las necesidades de la población, por lo que el sistema privado de salud podría convertirse en un buen aliado para aliviar dicha carga.

Para dinamizar el mercado de la salud y reducir la brecha del país en comparación a otros países de la región, para que así Lima se convierta en un referente en los próximos 10 años, existen diferentes frentes que atender, como la implementación de la “Ley de Aseguramiento Universal en Salud”, para incrementar la cantidad de personas con acceso a un seguro de salud adecuado.

La prestación de salud en el sector privado, se trata, por lo tanto, de un sector deficitario de servicio. Por tratarse de un servicio con demanda insatisfecha, brinda un alto margen de crecimiento para entidades prestadoras del servicio. En cuanto al flujo, la demanda de este servicio puede considerarse en expansión debido a que las entidades prestadoras de salud están adoptando nuevos planes para los trabajadores de ingresos medios y bajos, así como apostando por el desarrollo de nuevos productos. Diversas clínicas o empresas prestadoras de salud están implementando nuevos conceptos de unidades de atención, como los centros de atención primaria y de

cirugías ambulatorias, en los cuales no es necesario disponer de una unidad tan compleja como clínica u hospital o ambientes de hospitalización.

Contexto para la estrategia y la rivalidad de las empresas. La estructura del sector salud privada en Lima se encuentra en la fase de crecimiento en el ciclo de vida. El marco regulatorio para el sector presenta barreras de entradas fácilmente superadas, promoviendo así la libre competencia, el libre mercado, y la transparencia. El mayor obstáculo para el ingreso de nuevos *actores* son los factores de financiamiento debido a los elevados costos de implementación de un establecimiento de salud, sin embargo, los grupos económicos que están entrando al sector son grupos sólidos con respaldo financiero alto.

Por otro lado, el sector presenta falta de control por parte de las autoridades sanitarias reguladoras (i.e., MINSA y SUNASA) de controlar la proliferación de instituciones que no cumplen con los lineamientos necesarios para operar como centros de atención para la salud principalmente en los distritos emergentes de Lima. Como se ha mencionado anteriormente, esto origina competencia desleal debido a la informalidad de dichos establecimientos.

De acuerdo al análisis competitivo de la industria de Rowe et al. (citado en D'Alessio, 2012), el sector salud privada en Lima se encuentra en crecimiento, presenta menores barreras de entrada y bajos sustitutos, con alta competencia entre las clínicas del sector. Asimismo, existe alta dependencia con instituciones de soporte o complementarias (e.g., laboratorios, farmacias, etc.) caracterizadas por su alto nivel de innovación y tecnología.

Los principales competidores del sector salud privada en Lima son los Hospitales de la Seguridad Social (i.e., MINSA, EsSalud, Hospitales de la

Solidaridad, y Hospitales de las Fuerzas Armadas). Si bien es cierto que acceder a sus servicios es complicado debido a la alta cantidad de pacientes y a la limitada oferta, los bajos costos en atención ambulatoria de enfermedades frecuentes y de menor complejidad, así como la alta especialización en enfermedades complejas, hacen que estos centros de salud se conviertan en competidores a considerar.

Las grandes diferencias en rapidez de atención, calidad en la atención, y calidez en el servicio, configuran a estos competidores como débiles frente a la oferta privada, sin embargo, en atenciones especializadas como trasplantes, cirugías complejas, o tratamientos costosos se convierten en difíciles competidores puesto que las clínicas privadas de Lima cuentan con baja especialización en estas intervenciones.

Por otro lado, tal y como se mencionó en el Capítulo III, las farmacias o boticas son los primeros lugares de atención de algún tipo de enfermedad, ello principalmente por la existencia de alta cultura de automedicación en el país o porque la población no logra ser atendida en los establecimientos públicos y no cuentan con un seguro que cubra la atención sanitaria privada.

Por otro lado, si bien es cierto que la medicina tradicional o alternativa solo capta el 0.8% de las atenciones, existe la tendencia mundial en la búsqueda de productos naturales y orgánicos, y esta tendencia podría presentarse también en el Perú y en Lima.

Finalmente, otra debilidad del sector es la falta de gestión de las autoridades pertinentes en la regulación de todos los participantes del sector para la implementación de establecimientos que cumplan con las mínimas exigencias para la adecuada y segura atención de los pacientes.

Sectores afines y auxiliares. El sector salud privada en Lima presenta alta dependencia de las instituciones de soporte o complementarias (e.g., laboratorios

clínicos, farmacias, centros de diagnóstico por imágenes, etc.), caracterizados por su alto nivel de innovación y tecnología necesaria para brindar diversos servicios como diagnóstico y tratamiento en las clínicas privadas.

Por otro lado, la ACP es el gremio representante de las clínicas privadas en el país, sin embargo es necesario que tome un rol más protagónico en el desarrollo del sector, para (a) promover las principales clínicas de Lima internacionalmente, (b) fomentar la participación de las principales clínicas de Lima, en congresos y foros, (c) fomentar I&D otorgando premios a las mejores investigaciones en áreas específicas, (d) brindar asesoría para la implementación y/o mejora de los sistemas informáticos actuales de las clínicas privadas, y (e) representar activamente a las clínicas privadas en las negociaciones de tarifas con los seguros, EPS, proveedores, y el Estado.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, otra debilidad es no contar con un organismo que controle exhaustivamente que todos los establecimientos cumplan con los estándares para el adecuado funcionamiento sanitario y seguridad de los pacientes.

9.3 Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Sector

De acuerdo con la teoría de Porter (2012), un clúster es una concentración de empresas interconectadas, apoyadas por proveedores especializados de productos y servicios, empresas de sectores afines, e instituciones conexas que brindan soporte y que cooperan entre sí.

Un clúster, por lo tanto, puede definirse como un sistema de empresas e instituciones interconectadas cuyo valor total es mayor que la suma de sus partes, donde el elemento central característico es la innovación como fuente de evolución del clúster.

El sistema de salud privada en Lima está compuesto por los prestadores de servicios de salud, proveedores de servicios complementarios, proveedores de

medicinas y/o laboratorios médicos, seguros, EPS, financiadores, médicos, instituciones educativas y técnicas, entre otros. Si bien existe coordinación entre estos actores, esta característica por sí sola no lo califica como clúster, puesto que como se ha mencionado anteriormente, se requiere de la sinergia entre las partes para incrementar la competitividad colectiva del sector y esta es una característica que no se presenta en el sector salud privada en Lima.

En Perú y por ende en Lima no existe un alineamiento adecuado entre los actores del sistema de salud, y esto se visualiza sobre todo en los financiadores y proveedores de pacientes (EPS) con los prestadores de salud (clínicas privadas), tal es así que ambos actores toman medidas para disminuir el poder de negociación entre sí, dejando de lado el desarrollo de sus propios negocios (las EPS se han integrado con la prestación mientras que las clínicas con programas de seguros propios).

De esta manera, la innovación, factor clave en un clúster, no se encuentra presente de forma activa en este sector. Las EPS utilizan, por un lado, la competencia existente entre clínicas y, por otro lado, el oligopolio de estas para obtener mejoras en las tarifas negociadas con los prestadores de servicios. Asimismo, existe un número menor de centros de formación técnica especializada de calidad, institutos, y otros centros de investigación alrededor del sector.

En cuanto a los proveedores de equipos y de servicios complementarios, existen empresas especializadas en el sector; sin embargo, la mayoría de insumos o equipos especializados son importados. De acuerdo con lo mencionado, en el sector salud se carece de la presencia de clústeres; sin embargo, podría desarrollarse una visión de clúster del turismo de salud e investigación médica.

Respecto al turismo en salud, existe un clúster desarrollado en Medellín, Colombia y promovido por diferentes entes gubernamentales y privados. Es necesario

que las clínicas privadas en Perú fortalezcan su infraestructura y desarrollen una red de centros especializados de alta complejidad que se complementen entre sí, para obtener un liderazgo en atención de pacientes internacionales con una propuesta de valor al paciente (i.e., que involucre calidad, calidez, y seguridad a un menor costo— con respecto a los costos de los servicios de salud en EE.UU. u otros países de origen de los pacientes), apoyados con talento humano, enfoque investigativo y educativo para la innovación y apoyado por el desarrollo de los servicios de turismo para el apoyo de la atención de los pacientes.

Por otro lado, el desarrollo de un clúster en turismo de salud deberá tener un ente promotor que dirija el compromiso de desarrollar nuevos servicios de salud con calidad, con planes de inversión en infraestructura y tecnología, con el objetivo de incrementar la atención de pacientes internacionales, a través de la innovación, la participación en la industria del cuidado de la salud y la internacionalización de los servicios de salud de Lima.

El mercado objetivo para el desarrollo del clúster deberá ser definido y estos podrían ser los pacientes de EE.UU., Chile, Venezuela, España, Panamá, entre otros, donde los costos de diagnóstico y tratamiento médico son elevados.

Asimismo, el posicionamiento y éxito del clúster se dará en la medida que diversas organizaciones respalden su formación y estas serían: La Cámara de Comercio de Lima, la Municipalidad de Lima, el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, PromPerú, entre otras.

El desarrollo del clúster en turismo de salud ayudará a mejorar la competitividad, promoverá una cultura para la cooperación entre empresas, y favorecerá el acceso a los mercados internacionales de empresas e instituciones especializadas y complementarias en la actividad de medicina, educación,

investigación, producción y/o comercialización de insumos hospitalarios, dispositivos, tecnología biomédica, telemedicina, producción y/o distribución de medicamentos, y desarrollo de software clínico y científico.

Finalmente, es importante señalar que el desarrollo de clúster apoya también la acreditación de las clínicas con estándares internacionales como lo es la Joint Commission International (JCI) y certificaciones medioambientales (certificación LEED).

Por otro lado, en lo referente a los clústeres de investigación clínica, a 2012 el Perú dispone del potencial para desarrollar un clúster de innovación en el que los diferentes grupos de interés compartan información de manera transparente, mediante tecnología avanzada y un sistema regulado pero al mismo tiempo propulsor de esta actividad:

1. Centros de investigación basados en procesos y con cultura de mejoramiento continuo, compartiendo mejores prácticas y articulados como sector, e interlocutor válido con auspiciadores e instancias regulatorias.
2. Organizaciones ejecutoras de estudios clínicos/auspiciadores agremiados y compartiendo buenas prácticas, propiciando el entrenamiento de personal especializado en monitoreo clínico e investigadores profesionales.
3. Oficinas regulatorias y comités de ética alineados en procesos de mejoramiento, reducción, y predictibilidad de tiempos de aprobación con alta calidad y cuidado de los pacientes con los mejores estándares.
4. Pacientes. Consintiendo su participación de manera informada, voluntaria, y consciente del alcance de su participación en estudios clínicos en cuanto a beneficios para la humanidad, tanto como de los riesgos de la intervención.

En el momento en que los grupos de interés se encuentren en completa sintonía y en entendimiento de lo que representa una situación *ganar-ganar*, el Perú será un *polo de atracción* de mayor inversión en investigación clínica, con el auspicio inclusive de una política de Estado.

9.4 Conclusiones

El sector salud privada en Lima presenta condiciones atractivas, dada la alta demanda insatisfecha existente. Sin embargo no existen a 2012 los suficientes planes de salud acordes a los ingresos económicos del público objetivo, lo que ha limitado las posibilidades de desarrollo del sector.

La principal ventaja del sector es la capacidad y prestigio de su plana médica, el capital humano es altamente calificado, con estudios tanto en el país como en otros países del mundo y con experiencia adquirida en la práctica de la profesión. Sin embargo, una desventaja es que no se realiza investigación científica, prueba de ello son los bajos niveles de publicaciones presentadas.

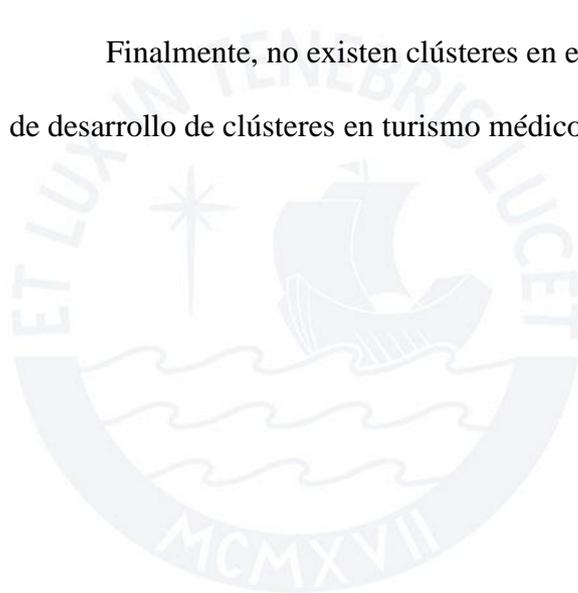
Asimismo, el ICRP relacionado al factor salud en el pilar personas, muestra que Lima, aun siendo la capital del país, ocupa el tercer lugar en este índice detrás de Callao y Moquegua, manifestando una debilidad en este sector. Si se evalúa el ICRP referido al porcentaje de la población afiliada a algún seguro de salud, la región Lima se encuentra entre las 10 últimas posiciones, indicando una vez más, una necesidad de enfoque en el desarrollo del sector salud en la capital del Perú, donde existe una demanda insatisfecha pero una cultura de prevención de la salud aún baja (CENTRUM Católica, 2012).

El sector salud privada en Lima es un sector fragmentado que presenta alta dependencia de instituciones de soporte con las que debe celebrar acuerdos para potenciar su crecimiento interno siendo las más importantes las EPS las cuales se

encuentran altamente concentradas y son las responsables de proveer pacientes a partir de la negociación de planes de salud.

Por otro lado, la ACP es el gremio representante de las clínicas privadas en el país, sin embargo es necesario que tome un rol más protagónico en el desarrollo del sector, para (a) promover las principales clínicas de Lima internacionalmente; (b) fomentar la participación de las principales clínicas de Lima, en congresos y foros; (c) fomentar I&D otorgando premios a las mejores investigaciones en áreas específicas, (d) brindar asesoría para la implementación y/o mejora de los sistemas informáticos actuales de las clínicas privadas y (e) representar activamente a las clínicas privadas en las negociaciones de tarifas con los seguros, EPS, proveedores, y el Estado.

Finalmente, no existen clústeres en el sector, sin embargo existe el potencial de desarrollo de clústeres en turismo médico e investigación médica.



Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

10.1 Plan Estratégico Integral

El Plan Estratégico Integral contribuye al control del proceso estratégico y a los reajustes necesarios, si estos fueran requeridos (D'Alessio, 2008).

La visión genera los objetivos a largo plazo, los mismos que a su vez deben ser soportados por las estrategias retenidas. Los valores y el código de ética son insumos para la generación de las políticas, las cuales ayudan a formular las estrategias y sirven como marco de acción.

Cada objetivo a largo plazo tiene un conjunto de objetivos a corto plazo que son monitoreados a través de las cuatro perspectivas (i.e., aprendizaje interno, procesos, clientes, y financiera) y se apoyan en la asignación de recursos y en la estructura organizacional definida. Finalmente, el logro de los objetivos a largo plazo permite alcanzar la visión del sector salud privada en Lima.

La Tabla 59 muestra el plan estratégico integral para el sector salud privada en Lima.

10.2 Conclusiones

1. Al primer trimestre del año 2012, solo el 62% de la población tiene acceso a la salud, existiendo 2.91 establecimientos de salud por cada 10,000 habitantes. Si bien es cierto Lima cuenta con la mayor concentración de camas del país (37.89%), es una de las regiones con menor disponibilidad de establecimientos de salud por cada 10,000 habitantes (con un índice de 1.19 vs. 2.91 total Perú). Al ser la capital del país, resulta más crítico el contar con una demanda insatisfecha tan alta, es por ello, que se requiere de un plan a largo plazo que involucre a todos los actores principales (MINSa, 2010).

Tabla 59

Plan Integral Estratégico del Sector Salud Privada en Lima



2. Más del 30% de los habitantes manifestaron padecer de alguna enfermedad crónica o no crónica en el primer trimestre de 2012, sin embargo menos del 50% de ellos asistió a alguna consulta en un centro de salud, atendándose en establecimientos privados solo el 8.8% de los enfermos, porcentaje bajo pero que muestra el mayor crecimiento de todos los establecimientos (+1.2 puntos porcentuales vs. el primer trimestre de 2011). Conforme la economía del país continúe en crecimiento, la formalización laboral mejore, los ingresos promedio se incrementen, y los niveles de pobreza se reduzcan, la población tenderá a asistir cada vez más a las clínicas y/o consultorios particulares en busca de una atención personalizada, evitando colas y malos tratos, lo cual se observa frecuentemente en el sistema de salud pública (INEI, 2012a).
3. Los ingresos promedio de la población limeña se han incrementado de S/.1,243 en 2003 a S/.1,763 en 2011 por lo que la población busca acceder a mejor calidad de servicios básicos, incluidos los servicios de salud, es por ello que los habitantes de las grandes ciudades del país han incrementado su atención de salud en centros particulares (i.e., clínicas o consultorios privados) en 3%, pasando de 13% en 2003 a 16% en 2011 (Ipsos Apoyo Opinión y Mercado, 2012a), siendo aún porcentajes de atención bajos si se comparan con países vecinos como Brasil, donde según Becerril et al. (2011) la atención de la salud en el sector privado representó el 25% del total de atenciones, y en Chile, el 20%.
4. La población peruana está envejeciendo proyectando para el año 2050 una esperanza de vida de 79.3 años, comparado con 43.2 años en 1950 (INEI, s.f.-b). Al tener una población cada vez más vieja, el sector salud deberá adaptar sus servicios a las características de la nueva pirámide poblacional.

5. Las principales oportunidades para el sector salud privada en Lima se encuentran en la alta demanda insatisfecha en la ciudad, el incremento de los ingresos de la población, y la oportunidad de desarrollar asociaciones público-privadas para atender a los pacientes que no pueden ser atendidos por la estructura estatal.
6. Las principales amenazas para el sector están relacionadas con la integración vertical de las EPS, reduciendo el poder de negociación de las clínicas privadas de Lima. Otra amenaza importante es la escasez de terrenos aptos para el sector salud, afectando los potenciales planes de expansión de las clínicas.
7. El sector salud privada en Lima posee importantes fortalezas que son los pilares para su crecimiento sostenido: (a) la reputación de los médicos y de la clínica, la cual es compartida por recomendaciones de los mismos pacientes, (b) calidad y calidez del servicio, (c) ecuación de valor superior a la de sus competidores, (d) tecnología de última generación, (e) infraestructura cómoda y moderna y (f) fortaleza financiera de los grupos económicos que respaldan la mayoría de clínicas privadas en Lima. Por otro lado, las principales debilidades son: (a) falta de infraestructura descentralizada en los distritos emergentes, no permitiendo que la población de estratos socioeconómicos emergentes pueda acceder a una atención de calidad y calidez, (b) bajo poder de negociación con respecto a las EPS, (c) bajo nivel de investigaciones y publicaciones de las clínicas limeñas, y (d) falta de un planeamiento estratégico conjunto para llevar al crecimiento sostenido del sector. Si bien es cierto la administración y gerencia se está profesionalizando con la compra de clínicas de grupos económicos peruanos y extranjeros importantes, el sector aún presenta oportunidades para diseñar una estrategia común que englobe al sector salud privada en Lima y permita realizar planes en conjunto para mejorar sus servicios para el bienestar de la población de manera rentable.

8. El sector salud privada en Lima debe tomar como referencia a las principales clínicas de Sao Paulo y Santiago de Chile, establecimientos que se encuentran entre de los 10 mejores de la región. De la misma forma, se debe tomar como referente la gestión de las universidades privadas de Lima en la última década, pues se enfrentaron a situaciones similares a las que se presentan a la fecha en el sector salud privada en Lima y desarrollaron estrategias que les han permitido un crecimiento sostenible.
9. Para alcanzar la visión del sector es importante el crecimiento de la capacidad instalada de las clínicas (incluidas clínicas especializadas) para así solucionar la demanda insatisfecha existente. Esto requiere de inversiones de capital importantes, es por ello que se necesita de grupos económicos con la fortaleza financiera suficiente para implementar centros clínicos dotados de tecnología avanzada y con el personal más capacitado.
10. Las estrategias retenidas para alcanzar la visión y los OLP son: (a) penetración en el mercado con incremento de infraestructura descentralizada en los tres conos de Lima de acuerdo a las necesidades del ámbito geográfico a atender, (b) desarrollo de planes de salud adecuados a las necesidades de los segmentos a atender, (c) desarrollo del mercado de turismo en salud bajo la modalidad de alianza estratégica entre las clínicas más importantes capaces de atender a extranjeros, con entes gubernamentales para posicionar al país en el mercado internacional, como una atractiva plaza para el turismo en salud, (d) integración horizontal bajo la modalidad de alianza estratégica público-privada, y (e) desarrollo de productos para el diagnóstico y tratamiento a distancia para que médicos prestigiosos peruanos usen la telemedicina desde dentro o fuera del país.

10.3 Recomendaciones

1. Como se ha observado en los capítulos anteriores, la demanda insatisfecha se encuentra principalmente en distritos de NSE B y C, donde los ingresos de la población se han incrementado en la última década, por lo que tienen capacidad para atenderse en el sector privado.
2. Para poder atender a la población emergente, el sector salud privada en Lima requiere desarrollar propuestas de valor acordes a sus necesidades y capacidad adquisitiva, es decir, descentralizar la infraestructura y crear planes de salud que consideren los requerimientos y características de esta población.
3. Por otro lado, para incrementar la rentabilidad del sector se deben desarrollar nuevos mercados como el del turismo médico, nueva tendencia que se encuentra en auge en países como Colombia, Argentina, Brasil, y Costa Rica, y que en el Perú está tomando mayor importancia, representando el 13.76% de los servicios de cirugía estética en América Latina (“Turismo de Salud”, 2011).
4. Es de particular interés resaltar el rol protagónico que debe adoptar la ACP para:
 - (a) promover a las principales clínicas de Lima a internacionalmente, (b) fomentar la participación en congresos y foros de las principales clínicas de Lima, (c) fomentar I&D otorgando premios a las mejores investigaciones en áreas específicas, (d) brindar asesoría para la implementación y/o mejora de los sistemas informáticos de las clínicas privadas, y (e) representar activamente a las clínicas privadas en las negociaciones de tarifas con los seguros, EPS, proveedores, y el Estado.
5. Es necesario concertar y coordinar las acciones entre los distintos actores de esta actividad, entre ellos las clínicas privadas, la ACP, proveedores médicos (e.g.,

laboratorios, diagnóstico por imágenes, etc.), el MINSA, PromPerú, etc., con el fin de lograr un compromiso respecto de los objetivos que conducirán hacia la visión del sector.

10.4 Futuro del Sector Salud Privada en Lima

A 2021, el sector salud privada en Lima será uno de los principales referentes en Latinoamérica. Estará adecuadamente articulado con el sector público para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, y eficiente que permita brindar dichos servicios de manera rentable, con calidad y calidez, con personal altamente capacitado, motivado, y apoyado con tecnología avanzada que asegure la seguridad y dignidad del paciente.

Cinco clínicas de Lima formarán parte de la élite de los establecimientos de salud más prestigiosos de la región. Para ello, el planeamiento estratégico ha formulado los objetivos y estrategias necesarios y deberá trabajar de forma coordinada con sus grupos de interés, en especial con la ACP, con sus proveedores y con el Estado, para alcanzar la visión y OLP planteados.

El Estado debe cumplir una función reguladora del cumplimiento de las normas establecidas para las organizaciones sanitarias, asegurando una competencia justa entre todos los actores. Asimismo, debe propiciar las condiciones apropiadas para las inversiones, como la estabilidad política y macroeconómica.

Por último, el sector conseguirá los objetivos planteados en este plan estratégico sustentado en la sostenibilidad, con una orientación de protección del medioambiente, desarrollando infraestructura y procesos cada vez más *verdes* para contar con operaciones cada vez más limpias que a la vez generen eficiencias operacionales.

Referencias

- Acuerdo Nacional. (s.f.-a). Políticas de Estado. Recuperado de
<http://www.acuerdonacional.pe/AN/politicaseestado.html>
- Acuerdo Nacional. (s.f.-b). Políticas de Estado: Primer objetivo: Democracia y Estado de Derecho: 6.- Política exterior para la paz, la democracia, el desarrollo y la integración. Recuperado de
<http://www.acuerdonacional.pe/AN/politicas/textog6.htm>
- Acuerdo Nacional. (s.f.-c). Políticas de Estado: Primer objetivo: Democracia y Estado de derecho: 9.- Política de seguridad nacional. Recuperado de
<http://www.acuerdonacional.pe/AN/politicas/textog9.htm>
- Acuerdo Nacional. (s.f.-d). Políticas de Estado: Segundo objetivo: Equidad y justicia social: 13.- Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. Recuperado de
<http://www.acuerdonacional.pe/AN/politicas/textoe13.htm>
- Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (s.f.). *The world fact*. Recuperado de
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pe.html>
- Agencia Central de Inteligencia [CIA]. (2010a). The world factbook [Field Listing:: Ages Structure]. Recuperado de
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2010.html#pe>
- Agencia de Promoción de la Inversión Privada [ProInversión]. (2010, diciembre). Análisis de 10 temas claves sobre el Clima de Inversión en el Perú. Recuperado de
[http://www.aladi.org/nsfaladi/titulare.nsf/c68f3f7bb0d9d01d03256e68006a2728/fc33db253fbf0b5c0325780e004f2a99/\\$FILE/Tr%C3%A1mite%20006%20de%202011%20-%20CLIMA%20de%20INVERSION.pdf](http://www.aladi.org/nsfaladi/titulare.nsf/c68f3f7bb0d9d01d03256e68006a2728/fc33db253fbf0b5c0325780e004f2a99/$FILE/Tr%C3%A1mite%20006%20de%202011%20-%20CLIMA%20de%20INVERSION.pdf)

- Alarco, G., Anderson, C., Benzaquen, J., Chiri, A., Court, E., D'Alessio, F., Del Carpio, L., Fajardo, A., Figueroa, I., Goñi, N. Graham, A., Indacochea, A., Pino, R., Rodríguez, R., Torres-Zorrilla, J., & Zúñiga, T. (2011, febrero). *Competividad y desarrollo: Evolución y perspectivas recientes*. Lima, Perú: Planeta.
- Almeida, A. (2012, setiembre). Definiciones fotográficas. *América Economía*, 2012(53), 24-36.
- Apoyo Consultoría. (2012, junio). Documento informativo Administradora San Miguel S.A. (Informe confidencial). Lima, Perú: Autor.
- Asociación de Clínicas Particulares del Perú [ACP]. (s.f.). Filosofía. Recuperado de <http://www.acp.org.pe/nosotros/filosofia/>
- Asociación de Clínicas Particulares del Perú [ACP]. (2012). Asociados. Recuperado de <http://www.acp.org.pe/asociados/>
- Asociación Peruana de Facultades de Medicina [ASPEFAM]. (s.f.). Miembros. Recuperado de <http://www.aspefam.org.pe/miembros.htm>
- BCRP elevó proyección de crecimiento económico a 5.8%. (2012, 15 de junio). *Perú21.PE*. Recuperado de <http://peru21.pe/2012/06/15/economia/bcr-elevo-proyeccion-crecimiento-economico-58-2028924>
- Becerril, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil (Artículo de revisión). *Salud pública de México*, 53(2). Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/8Brasil.pdf
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile (Artículo de revisión). *Salud pública de México*, 53(2). Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/9Chile.pdf

Cabanillas, V. (2009, 25 de junio). Sepa cómo sacarle el mayor provecho a su EPS.

Perú 21, Recuperado de <http://peru21.pe/noticia/305528/sepa-como-sacarle-mayor-provecho-su-eps>

Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica del Perú [CENTRUM Católica] (2012). *Índice de competitividad regional del Perú 2011* (2a ed.). Lima, Perú: Autor.

Céspedes, S. (2009, 28 de mayo). *Mecanismos de pago en salud en el marco del aseguramiento: Lecciones aprendidas*. Recuperado de <http://www.fepas.org.pe/IICongresoFEPAS2009/documentos/iicongreso/jueves/28manana/m3/Sebastian%20Cespedes.pdf>

Chile Tops Business Index. (2012, 26 de abril). *Latin Business Chronicle*. Recuperado de <http://www.latinbusinesschronicle.com/app/article.aspx?id=5624>

Cinco universidades con estándares internacionales. (2011, 10 de mayo). *El Peruano*. Recuperado de <http://www.elperuano.pe/Edicion/noticia-cinco-universidades-estandares-internacionales-19161.aspx>

Clínica Anglo Americana. (s.f.). Especialidades. Recuperado de <http://www.angloamericana.com.pe/especialidades.aspx>

Clínicas de Chile A.G. (2009, setiembre). Sistema de salud de USA: Cómo funciona y qué propone la reforma, *Temas de Coyuntura*, No 21. Recuperado de http://www.clinicasdechile.cl/Coyuntura_21.pdf

Clínica Internacional. (s.f.). Especialidades. Recuperado de <http://www.clinicainternacional.com.pe>

Clínica Internacional destinará US\$ 150 millones para expansión. (2012, 24 de setiembre). *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/impresa/clinica-internacional-destinara-us-150-millones-expansion-2012907>

- Clínica Ricardo Palma. (s.f.). Especialidades. Recuperado de
<http://www.crp.com.pe/website/especialidades>
- Comisión de Promoción del Perú para la Exportación y el Turismo [PromPerú]. (s.f.).
Conozca Disfruta Salud Perú. Recuperado de
<http://www.peruhealth.org/Main.asp?T=20022>
- Congreso de la República del Perú. (1993). *Constitución Política del Perú*. Lima,
Perú: Autor.
- Cornejo, D. & Muñoz, T. (2012, setiembre). Dr. Robot, *América Economía*, 2012(53),
44-46.
- Cuadros, J. (2012, 22 de setiembre). La enfermedad: Un negocio que goza de muy
buena salud en el país. *El Comercio*, B10.
- D'Alessio, F. (2008). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*. México D.F.,
México: Pearson Educación de México SA.
- Davelouis, L. (2010, 30 de agosto). ¿Por qué el Estado peruano debe invertir en
tecnología?, *El Comercio.pe*. Recuperado de
[http://elcomercio.pe/economia/631212/noticia-que-estado-peruano-
invertir-tecnologia](http://elcomercio.pe/economia/631212/noticia-que-estado-peruano-invertir-tecnologia)
- De viaje por salud y turismo. (diciembre de 2011, enero de 2012). *Clínicas & Salud*.
Año 2, No 4. Recuperado de [http://es.scribd.com/doc/91270372/Revista-
Clinicas-y-Salud-N%C2%B0-4](http://es.scribd.com/doc/91270372/Revista-Clinicas-y-Salud-N%C2%B0-4)
- Decreto Supremo N° 023-87-SA. Reglamento general de establecimientos de salud
del subsector no público. Presidencia de la República del Perú. (1987).
- Defensoría del Pueblo. (2012, mayo). *Reporte de conflictos sociales No 99*.
Recuperado de [http://www.defensoria.gob.pe/conflictos-
sociales/objetos/paginas/6/55reporte-de-conflictos-sociales-n-99--mayo-
2012-1.pdf](http://www.defensoria.gob.pe/conflictos-sociales/objetos/paginas/6/55reporte-de-conflictos-sociales-n-99--mayo-2012-1.pdf)

- Disfruta-Salud Perú. (s.f.). Trujillo. Recuperado de
<http://www.peruhealth.org/Main.asp?T=20080>
- Equilibrium Clasificadora de Riesgo S.A. (2012). Rímac Internacional CIA. de Seguros y Reaseguros. Recuperado de
<http://www.equilibrium.com.pe/Rimac.pdf>
- EsSalud. (s.f.). Seguro regular. Recuperado de <http://www.essalud.gob.pe/seguo-regular>
- Foro Económico Mundial [FEM]. (2012). *Reporte de competitividad global de 2012–2013*. Recuperado de
http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2012-13.pdf
- Green Living Projects. (s.f.). Certificación Leed. Recuperado de
<http://www.greenlivingprojects.com/leed.php>
- Grote, K., Newman, J., & Sutaria, S. (2007, november). A better hospital experience. *McKinsey Quarterly-Business Journal*. Recuperado de
http://www.mckinseyquarterly.com/Health_Care/Hospitals/A_better_hospital_experience_2081
- Grupo del Banco Mundial. (s.f.). Gasto en salud total (% del PIB) [Datos].
Recuperado de
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Grupo del Banco Mundial. (2011). Gasto militar (% del PIB). Recuperado de
<http://datos.bancomundial.org/indicador/MS.MIL.XPND.GD.ZS>
- Grupo del Banco Mundial. (s.f.). Camas hospitalarias por 1,000 habitantes.
Recuperado de
<http://search.worldbank.org/data?qterm=hospital+beds&language=EN&format=html>

- Grupo del Banco Mundial. (2008). *Global purchasing power parities and real expenditures* [2005 International Comparison Program]. Recuperado de http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/270056-1255977254560/6483625-1337016259587/2005ICPReport_FinalwithNewAppG.pdf
- Grupo del Banco Mundial. (2012a). Salud nutricional y estadísticas de población (HNP) para los países Perú, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, y Latinoamérica y El Caribe [World dataBank]. Recuperado el 1 de agosto de 2012, de <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>
- Grupo del Banco Mundial. (2012b). GDP (current US\$). Recuperado de <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>
- GS1 Argentina. (2010). *Guía de referencia de GS1 healthcare 2010-2011*. Recuperado de <http://www.gs1.org.ar/documentos/LIBRO%20REFERENCIA%20SALUD.pdf>
- IMS Health Perú SAC. (2011). *Performans* [Programa informático]. Informe divulgado en Londres revela apoyo de Venezuela y Ecuador a las Farc. (2011, 10 de mayo). *El País.com.com*. Recuperado de <http://www.elpais.com.co/elpais/judicial/informe-senala-nexos-farc-con-venezuela-y-ecuador>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-a). Perú: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050. Boletín de Análisis Demográfico No 36. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11228&name=po16&ext=gif>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-b). Perú: Tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida, 1950-2050. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11232&name=po19&ext=gif>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-c). Perú: Población por grupos de edad, 1993 y 2007. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3646&name=po06&ext=gif>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-d). *Censos nacionales población y vivienda, 1993, y 2007* [Perú en cifras]. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3645&name=po05&ext=gif>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-e). Indicadores demográficos: Lima: Población censada y tasa de crecimiento promedio anual. *Censos nacionales, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, y 2007*. Recuperado de http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=9175&name=d15_01&ext=jpg
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-f). Indicadores demográficos: Perú: Población total, censada y tasa de omisión, según censos realizados, 1940-2007. *Censos nacionales, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, y 2007*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3818&name=po01&ext=gif>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-g). Indicadores sociales: *Encuesta nacional de hogares: 2004-2010*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-soc/cuadro.asp?cod=12439&name=edu26&ext=gif>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-h). Indicadores demográficos: *Censos nacionales de población y vivienda, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, y 2007*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11222&name=po10&ext=gif>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-i). Indicadores demográficos: *Perú: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y grupos quinquenales de edad, según departamento, 1995-2025*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11229&name=po17&ext=gif>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-j). Indicadores sociales: *ENNIV 1991, Encuesta Nacional de Hogares: 2001 y 2005-2010*. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-soc/cuadro.asp?cod=8180&name=ODM01&ext=GIF>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2007). Perú: Grado de urbanización, 2007 [Perú en cifras]. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11221&name=po09&ext=gif>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2011). Producto bruto interno: 1994-2011. Valores a precios constantes de 1994 (millones de nuevos soles) [Perú en cifras]. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-eco/cuadro.asp?cod=3843&name=pr02&ext=gif>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2012a, junio de 2012). Condiciones de vida en el Perú, No 2. Recuperado de <http://www1.inei.gob.pe/web/BoletinFlotante.asp?file=14486.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2012b). Indicadores económicos: Producto bruto interno: 1992-2012 (variación % anual). Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-eco/cuadro.asp?cod=3843&name=pr01&ext=gif>
- Ipsos Apoyo Opinión y Mercado. (2012a). *Niveles socioeconómicos Perú 2011* (Informe). Lima, Perú: Autor.
- Ipsos Apoyo Opinión y Mercado. (2012b). *Perfiles zonales de la Gran Lima 2011* (Informe). Lima, Perú: Autor.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2009). *Balanced scorecard: Translating strategy into action*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Ley 26842. Ley general de salud. Congreso de la República del Perú. (1997).
- Ley 27604. Ley que modifica la ley general de salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos. Congreso de la República del Perú. (2002).
- Lemus, J. (s.f.). [Sp 2]- *Sistemas de salud*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/6578957/Sp-2-Sistemas-de-Salud>
- Maximixe. (2012, febrero). *Informe especial servicio de salud*. Lima, Perú: Autor.
- Mediacheck. (2011). *Reporte mensual de medios por marcas: Enero 2011 a diciembre 2011*. Lima, Perú: Autor.
- Ministerio de Defensa del Perú [MINDEF]. (s.f.). Información institucional: Visión, misión, políticas, lema. Recuperado de <http://www.mindef.gob.pe/>
- Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2009). Gasto social básico, según función, 2002-2009. Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0982/cap09/Cap09014.XLS>

- Ministerio de Salud [MINSA]. (2010). *Análisis de la situación de salud del Perú, por Ministerio de Salud del Perú*. Lima, Perú: José Antonio Corcuera Luján.
- Ministerio de Salud [MINSA] & Consorcio de Investigación Económica y Social [CIES]. (2008, marzo). *Cuentas nacionales de salud Perú, 1995-2005*. Recuperado de <http://cies.org.pe/files/documents/otras-inv/cuentas-nacionales-de-salud-peru-1995-2005.pdf>
- Montiel, H. (s.f.). Salud e inequidad: La situación de la salud en la Región de las Américas (Informe especial). Recuperado de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud43/informe.htm>
- Ojea, O. (s.f.). *Modelos de atención de la salud en el mundo* (Presentación). Recuperado de <http://www.slideshare.net/lasaludquequeremos/modelos-de-atencin-de-la-salud-en-el-mundover>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007, agosto). El derecho a la salud (Nota descriptiva N°323). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). Informe sobre la salud en el mundo: Financiación para la cobertura universal. Recuperado de http://www.who.int/whr/2010/10_message_summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud-Perú. (2007, 9 de agosto). Mejoras en el sector salud: Gestión de tecnología en salud e ingeniería clínica. Recuperado de <http://www.onu.org.pe/Publico/CentroPrensa/DetalleNoticia.aspx?id=749>
- Pacífico Seguros. (2012). David Saettone: “El cambio más dramático está aún por verse”. Recuperado de <http://www.pacificoseguros.com/site/Seccion-Novedades/Entrevista-David-Saettone.aspx>

Paullier, J. (2009, 10 de agosto). ¿Carrera armamentista sudamericana?, *BBC Mundo*.

Recuperado de

http://www.bbc.co.uk/mundo/america_latina/2009/08/090807_carrerarmamentista_sudamerica_jp.shtml

Perú debe destinar 1% del PBI a promoción de la investigación científica. (2012, 29 de junio). *Andina*. Recuperado de

<http://www.andina.com.pe/Espanol/noticia-peru-debe-destinar-1-del-pbi-a-promocion-de-investigacion-cientifica-418345.aspx>

Perú: Crecerá 15% el turismo de salud. (2011, 23 de setiembre). *Perú21.PE*.

Recuperado de <http://peru21.pe/noticia/1307096/peru-crecera-15-turismo-salud>

Porter, M. (2012). *Ser competitivo*. Madrid, España: Ediciones Deusto.

Turismo de Salud: IV Congreso Mundial de Turismo Médico y Salud Global. (2011, setiembre-octubre). *Clínicas & Salud*, No 3. Recuperado de

<http://es.scribd.com/doc/75583418/Clinicas-Salud-N%C2%B0-3>

Perú: Top Publications. (2010). *Perú: The Top 10,000 companies* (edición bilingüe).

Lima, Perú: Autor.

Resolución Ministerial N° 217 – 2004/MINSA. Norma técnica: Procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios. Ministerio de Salud [MINSA]. (2004).

Ruiz, J. (2007, diciembre). Retos para la política de salud en el año 2011 y el sector privado de la salud. *Economía y Sociedad*, 66. Recuperado de

<http://cies.org.pe/files/ES/bol66/02-Ruiz.pdf>

Salud Privada en el Perú. (2012, setiembre/octubre). *Business Empresarial*, 2012(12), 6-11.

- Servicios de medicina y odontología, un nuevo cluster para Medellín. (s.f.). *Cultura Medellín*. Recuperado de http://www.culturaemedellin.gov.co/sites/CulturaE/Cluster/Noticias/Paginas/serviciosdemedicina_081812.aspx
- Stockholm International Peace Research Institute [SIPRI]. (2012, 17 de abril). Background paper on SIPRI military expenditure data, 2011. Recuperado de http://www.sipri.org/research/armaments/milex/sipri-factsheet-on-military-expenditure-2011/at_download/file
- Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud [SUNASA]. (s.f.). ¿Qué es la SUNASA? Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/informacion/quees.htm>
- Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud [SUNASA]. (2012a). *Aportes y gastos en prestaciones*. Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/estadisticas/1201/prestacion0.htm?selPeriodo=1201>
- Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud [SUNASA]. (2012b). *Afiliaciones al sistema*. Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/estadisticas/1201/afiliacion0.htm>
- Tantaleán, M. (2010, 31 de mayo). *Estudio de mecanismos de pago en el contexto del aseguramiento universal en salud (AUS)*. Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/publicaciones/estudios/download.asp?Cod=2665&parte=2&extension=zip&nombre=EstudioMecPagoAUS.zip>
- Tolentino, M. (2011, julio-setiembre). Evaluación de tecnologías sanitarias: la experiencia en el Ministerio de Salud de Brasil, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28(3), 548-551. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000300022&script=sci_arttext

Vera, N. (2012, setiembre). De alto riesgo. *América Economía*, 2012(53), 50-53.

Villahermosa, L. (2012, setiembre). Salud inc. *América Economía*, 2012(53), 38-42.



Apéndice A: Entrevistas a Expertos

N	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
Entrevistado	Gonzalo de Losada	Carlos Joo Luck	Edmundo Rodríguez Frías	Fernando de Olavarría
Cargo	Gerente General Adjunto de Rímac Seguros en la División de Salud	Director médico, Clínica Javier Prado	Gerente General Clínica San Miguel de Piura	Director Comercial de la UPC Ex Director Comercial Grupo Salud del Perú
Fecha	22 de junio de 2012, 5.00 p.m.	27 de junio de 2012, 4.00 p.m.	23 de junio de 2012, 11.00 a.m.	25 de setiembre de 2012, 03.30 p.m.
Lugar	San Isidro	San Isidro	San Isidro	Surco
Entrevistadores	Jaime Rodríguez-Frías y Pier Levaggi	Adriana Peña, Ralph Alosilla-Velasco, y Pier Levaggi	Ralph Alosilla-Velazco, Adriana Peña, Jaime Rodríguez-Frías, y Pier Levaggi	Adriana Peña y Jaime Rodríguez-Frías

