

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**Planeamiento Estratégico para las Entidades Prestadoras de Salud en el
Perú**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS GLOBALES**

**OTORGADO POR LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

PRESENTADA POR

Alex Soto Moreno

María Mercedes Vidal Pagador

Erik Vildoso Concha

Diana Cecilia Zapata Fernández

Asesor: Juan Manuel Aguilar Rengifo

Santiago de Surco, febrero de 2018

Agradecimientos

Expresamos nuestra mayor gratitud y aprecio a:

Nuestras familias, ya que este no logro no hubiera sido posible sin su aliento, soporte, comprensión y paciencia.

Nuestro asesor, Juan Manuel Aguilar Rengifo, cuya experiencia nos inspiró a trazar estrategias que contribuyan con el mejoramiento del sector salud en el Perú.

Nuestros profesores, quienes enriquecieron nuestra visión estratégica con sus enseñanzas.

CENTRUM Católica, a la Pontificia Universidad Católica del Perú y a la Universidad de Tulane por la calidad de la enseñanza y el compromiso con nuestro desarrollo profesional.



Dedicatorias

Al hijo del divino creador que me amó y dio su vida por mí.

A mis padres Leo y Catalina, por llenarme de amor, sueños y esperanza.

A mi querida esposa Sindy y mis hijas Catalina y Bárbara, regalos de Dios que iluminan mis días con sus sonrisas.

Alex Soto.

A mi esposo Elías, por inspirarme a ser mejor cada día.

A mi madre Dioni, por enseñarme las lecciones más importantes de la vida.

A Clara Rosselló, por creer en mí y guiarme con su excelente calidad humana y profesional.

Diana Zapata.

A la virtuosa Gisela Bustamante por su dedicación y entrega.

A las mamitas mamitas Camila y Luciana por su amor y cariño.

A Fabiana por su compañía.

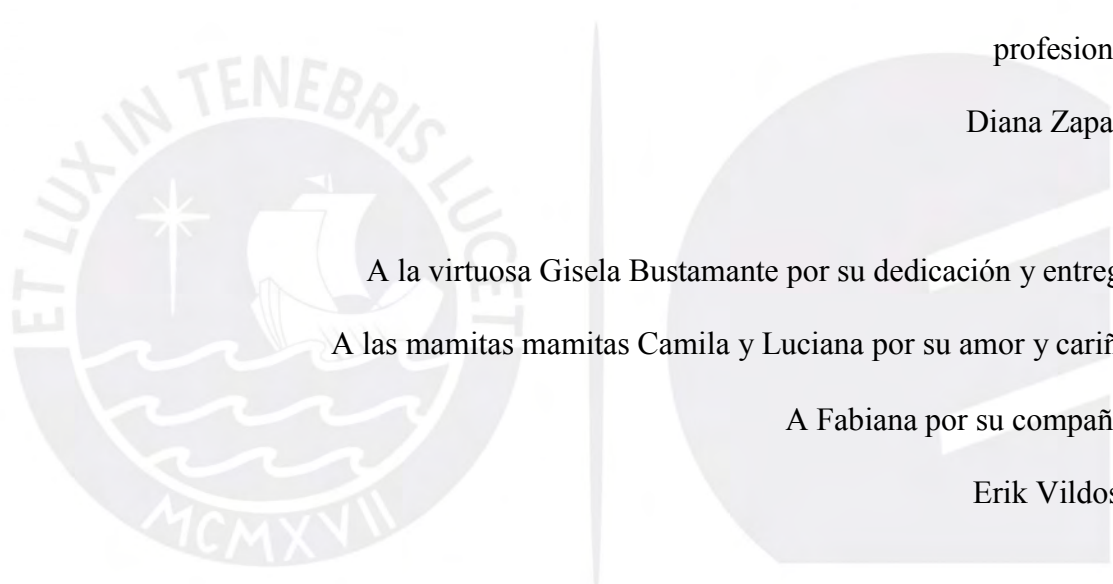
Erik Vildoso.

A mi papás Jaime y María Mercedes por el amor infinito, apoyo incondicional y paciencia en estos meses de esfuerzo, espero siempre hacerlos sentir orgullosos de su hija.

A mi hermanito, el regalo más grande que la tierra pudo darme, te adoro.

A mi novio, compañero y pronto esposo, gracias por acompañarme siempre e impulsarme a ser mejor persona, te amo.

María Mercedes Vidal.



Resumen Ejecutivo

En el presente documento se elabora el Planeamiento Estratégico para las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) en el Perú, con la finalidad de que para 2027 se puedan brindar planes de salud privada al 30% de los trabajadores formales en el país, ofreciendo un servicio de alta calidad, y basados en el respeto a la dignidad humana como el pilar central del desarrollo de la industria. El planeamiento se basa en el Proceso Estratégico desarrollado por D'Alessio (2015), el cual consiste en realizar un exhaustivo análisis de los factores externos e internos de la industria, identificando así las principales oportunidades, amenazas, fortalezas, y debilidades de la misma.

Al respecto, se desarrollaron las diferentes matrices del Proceso Estratégico, las cuales permitieron establecer las estrategias principales a implementar, definiendo objetivos a largo plazo (OLP) asociados a satisfacer las necesidades de los clientes, vencer a la competencia, y cumplir con las expectativas de los *stakeholders*; y sus correspondientes objetivos a corto plazo, con la finalidad de poder lograr la visión trazada para 2027.

En ese sentido, para 2027 se han definido cuatro OLP: (a) generar ingresos por aportes en más de US\$2,200 millones, considerando los aportes por el seguro de salud regular y potestativo, así como el seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR); (b) incrementar las utilidades netas anuales a US\$110 millones; (c) disminuir la tasa de reclamos anuales de los usuarios a 1.1 por cada mil afiliaciones, para garantizar la satisfacción del cliente; y (d) generar 1,900 puestos de trabajo directo en el subsector.

A partir de este análisis, se puede observar que las EPS en el Perú tienen una posición expectante que debe ser aprovechada principalmente con estrategias intensivas y de integración para lograr el crecimiento del mercado y dinamizar el subsector. Por ello, el presente documento plantea: (a) implementar estrategias de penetración para incrementar la participación de mercado de los planes de salud EPS; (b) impulsar el desarrollo de mercados,

aprovechando la interesante oportunidad en aquellas ciudades del país en las que se ha incrementado el empleo formal y aún no disponen de una adecuada red de atención; e (c) implementar la integración vertical hacia atrás en el subsector, la cual permitirá desarrollar un sistema propio de suministro, alineado con los objetivos de la organización de ofrecer un servicio constante de alta calidad y optimizar costos operativos, ambos con el objetivo de incrementar la rentabilidad.



Abstract

In this document, we elaborated the Strategic Planning of the Industry of Healthcare Providers in Peru (EPS), with the determination that by the year 2027, private health plans can be provided to 30% of the formal workers in the country, offering a service of high quality, based on respect for human dignity as the central pillar of the development of the industry. The planning is based on the Strategic Process developed by D'Alessio (2015), which is grounded on an exhaustive analysis of the external and internal factors of the industry, identifying the main opportunities, threats, strengths, and weaknesses of the industry.

In this regard, we developed the different Matrices of the Strategic Process, which allowed us to establish the main strategies to be implemented, defining long-term objectives (OLP) associated with satisfying the needs of the clients, defeating the competition, and meeting the expectations of the stakeholders; and its corresponding short-term objectives, in order to achieve the vision outlined for 2027.

In this regard, we have defined four OLP's for the year 2027: (a) generate income from contributions in excess of US\$2,200 million, considering the contributions by the regular and optional health insurance, as well as the SCTR; (b) increase the annual net profits to US \$ 110 million; (c) decrease the annual claims rate of users to 1.1 per thousand affiliations, to ensure customer satisfaction; and (d) generate 1,900 direct jobs in the subsector.

Based on this analysis, it can be observed that EPS in Peru have an expectant position that should be used to enhance the industry, mainly with intensive and integration strategies to achieve market growth and boost the subsector. Therefore, this plan proposes to implement penetration strategies to increase the market share of EPS's health plans; promote the development of markets, by taking advantage of the interesting opportunity in those cities of

the country where formal employment has increased and still do not have an adequate network of services; and implement vertical integration backwards in the subsector, which will allow the development of a proper supply system, aligned with the organization's objectives of offering a high quality service and optimizing operating costs, both with the purpose of increasing profitability.



Tabla de Contenidos

Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras.....	x
El Proceso Estratégico: Una Visión General	xii
Capítulo I: Situación General de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú	1
1.1 Situación General.....	1
1.2 Conclusiones.....	8
Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética.....	9
2.1 Antecedentes.....	9
2.2 Visión.....	9
2.3 Misión.....	10
2.4 Valores.....	10
2.5 Código de Ética.....	10
2.6 Conclusiones.....	11
Capítulo III: Evaluación Externa	13
3.1 Análisis Tridimensional de la Nación.....	13
3.1.1 Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN).....	13
3.1.2 Potencial nacional.....	16
3.1.3 Principios cardinales.....	22
3.1.4 Influencia del análisis en las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	24
3.2 Análisis Competitivo del País.....	24
3.2.1 Condiciones de los factores.....	27
3.2.2 Condiciones de la demanda.....	29
3.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas.....	30
3.2.4 Sectores relacionados y de apoyo.....	31

3.2.5	Influencia del análisis en las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú	32
3.3	Análisis del Entorno PESTE	32
3.3.1	Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P).....	33
3.3.2	Fuerzas económicas y financieras (E)	37
3.3.3	Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)	41
3.3.4	Fuerzas tecnológicas y científicas (T)	45
3.3.5	Fuerzas ecológicas y ambientales (E).....	46
3.4	Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)	47
3.5	Las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú y sus Competidores	49
3.5.1	Poder de negociación con los proveedores	55
3.5.2	Poder de negociación de los compradores.....	56
3.5.3	Amenaza de los sustitutos	56
3.5.4	Amenaza de los entrantes	57
3.5.5	Rivalidad de los competidores.....	58
3.6	Las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú y Sus Referentes	62
3.7	Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR)	62
3.8	Conclusiones	65
Capítulo IV: Evaluación Interna		67
4.1	Análisis Interno AMOFHIT	67
4.1.1	Administración y gerencia (A)	69
4.1.2	Marketing y ventas (M)	72
4.1.3	Operaciones y logística. Infraestructura (O).....	76
4.1.4	Finanzas y contabilidad (F).....	80
4.1.5	Recursos humanos (H).....	83
4.1.6	Sistemas de información y comunicaciones (I)	84

4.1.7 Tecnología e investigación y desarrollo (T)	86
4.2 Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)	88
4.3 Conclusiones	89
Capítulo V: Intereses de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú y Objetivos	
a Largo Plazo	90
5.1 Intereses de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú	90
5.2 Potencial de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	91
5.3 Principios Cardinales	93
5.4 Matriz de Intereses Organizacionales de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú (MIO)	95
5.5 Objetivos a Largo Plazo de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	96
5.6 Conclusiones.....	99
Capítulo VI: El Proceso Estratégico.....	100
6.1 Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA).....	100
6.2 Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA)	100
6.3 Matriz Boston Consulting Group (MBCG)	104
6.4 Matriz Interna Externa (MIE)	107
6.5 Matriz Gran Estrategia (MGE)	108
6.6 Matriz de Decisión Estratégica (MDE).....	108
6.7 Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE).....	108
6.8 Matriz de Rumelt (MR)	112
6.9 Matriz de Ética (ME)	112
6.10 Matriz Estrategias Retenidas y de Contingencia (MERC).....	112
6.11 Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo (MEOLP)	112
6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores (MEPCS)	117

6.13 Conclusiones	118
Capítulo VII: Implementación Estratégica.....	119
7.1 Objetivos a Corto Plazo	119
7.2 Recursos Asignados a los Objetivos a Corto Plazo.....	122
7.3 Políticas de cada Estrategia.....	122
7.4 Estructura de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú	122
7.5 Medioambiente y Ecología-Responsabilidad Social	126
7.6 Recursos Humanos	127
7.7 Gestión del Cambio.....	127
7.8 Conclusiones	130
Capítulo VIII: Evaluación Estratégica.....	131
8.1 Evaluación y Control	131
8.2 Criterios de Evaluación.....	131
8.3 Perspectivas de Control.....	132
8.3.1 Perspectiva financiera.....	132
8.3.2 Perspectiva de procesos	132
8.3.3 Perspectiva del cliente	133
8.3.4 Perspectiva social.....	133
8.4 Tablero de Control Balanceado	133
8.5 Conclusiones	135
Capítulo IX: Competitividad de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	136
9.1 Análisis Competitivo de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú	136
9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú	137

9.3 Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú	137
9.4 Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres.....	138
9.5 Conclusiones.....	139
Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones.....	140
10.1 Plan Estratégico Integral	140
10.2 Conclusiones.....	140
10.3 Recomendaciones	142
10.4 Futuro de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	144
Referencias.....	145



Lista de Tablas

Tabla 1	<i>Cobertura según Instituciones Administradoras de Fondos para el Aseguramiento en Salud (IAFA).....</i>	6
Tabla 2	<i>Matriz de Intereses Nacionales (MIN)</i>	15
Tabla 3	<i>Perú: Población Censada, Omitida, y Total, Según Censos Realizados (1940-2007).....</i>	17
Tabla 4	<i>Proyecciones del Crecimiento del PBI: Economía Mundial.....</i>	20
Tabla 5	<i>Ranking de Latinoamérica de Competitividad</i>	26
Tabla 6	<i>Calificación de Grado de Inversión (Comparación Latinoamericana)</i>	33
Tabla 7	<i>Inversión Total por Sectores Económicos (Millones S/.)</i>	41
Tabla 8	<i>Brecha Horizontal Según Tipo de Infraestructura (Unidades Físicas)</i>	41
Tabla 9	<i>Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE) para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	48
Tabla 10	<i>Análisis Competitivo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....</i>	51
Tabla 11	<i>Análisis de la Atractividad para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....</i>	52
Tabla 12	<i>Factores Determinantes de la Madurez para la Industria de las IAFA en el Perú.....</i>	53
Tabla 13	<i>Valor de Madurez de la Industria de las IAFA por Subsectores.....</i>	54
Tabla 14	<i>Factores Determinantes de la Madurez para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	54
Tabla 15	<i>Afiliados Activos por IAFA 2016</i>	59
Tabla 16	<i>Índice de Herfindahl e Hirschman Aplicado a las IAFA</i>	60
Tabla 17	<i>Índice de Herfindahl e Hirschman Aplicado a las EPS.....</i>	61

Tabla 18	<i>Índice de Herfindahl e Hirschman Aplicado a las IAFA Sin Incluir el SIS ni ESSALUD</i>	61
Tabla 19	<i>Empresas Competidoras de las EPS en el Perú</i>	63
Tabla 20	<i>Matriz de Perfil Competitivo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	63
Tabla 21	<i>Organizaciones Referentes de las EPS en el Perú</i>	64
Tabla 22	<i>Matriz de Perfil Referencial para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	64
Tabla 23	<i>Aportes Regulares Mensuales Promedio por Asegurado (S/.)</i>	74
Tabla 24	<i>Planes de Salud de las Principales Clínicas de Lima 2017</i>	74
Tabla 25	<i>Indicadores Económicos Financieros de la EPS en el Perú</i>	82
Tabla 26	<i>Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI) para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	88
Tabla 27	<i>Matriz de Intereses de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	96
Tabla 28	<i>Objetivos a Largo Plazo de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	97
Tabla 29	<i>Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA) para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	101
Tabla 30	<i>MPEYEA para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	103
Tabla 31	<i>Afiliados y Aporte por Tipo de Producto</i>	105
Tabla 32	<i>Evolución del Mercado entre 2012 y 2016: Tasa de Crecimiento, Cuota de Mercado, y Siniestralidad por Producto (%)</i>	106
Tabla 33	<i>Matriz de Decisión Estratégica para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	110
Tabla 34	<i>Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	111

Tabla 35	<i>Matriz de Rumelt para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	113
Tabla 36	<i>Matriz de Ética para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	114
Tabla 37	<i>Matriz de Estrategias Retenidas y de Contingencia para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	115
Tabla 38	<i>Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	116
Tabla 39	<i>Matriz de Posibilidades de los Competidores y Sustitutos para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	117
Tabla 40	<i>Matriz de Objetivos a Corto Plazo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	120
Tabla 41	<i>Matriz de Acciones de los Objetivos a Corto Plazo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	121
Tabla 42	<i>Matriz de Recursos Asignados a los Objetivos a Corto Plazo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	123
Tabla 43	<i>Matriz de Políticas de cada Estrategia para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	124
Tabla 44	<i>Estructura Organizacional del Directorio de la APEPS</i>	125
Tabla 45	<i>Tablero de Control Balanceado para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	134
Tabla 46	<i>Plan Estratégico Integral para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú</i>	141

Lista de Figuras

<i>Figura 0.</i>	Gasto en salud en Latinoamérica a 2014.....	2
<i>Figura 1.</i>	Mapa del sistema de salud, Perú 2016.	3
<i>Figura 2.</i>	Participación de mercado EPS	8
Nota: Adaptado del Boletín estadístico (cuarto trimestre) de la “Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD], 2016. Lima, Perú.....		
		8
<i>Figura 3.</i>	Población total y tasa de crecimiento promedio anual, según censos realizados (1940-2007), y proyección 2008-2016.....	17
<i>Figura 4.</i>	Crecimiento del PBI: Economía mundial (% de variación anual).	20
<i>Figura 5.</i>	Diamante de la Competitividad Nacional de Porter aplicado para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	25
<i>Figura 6.</i>	Presupuesto público 2018 (millones S/.).....	35
<i>Figura 7.</i>	Inflación de 12 meses (%).	38
<i>Figura 8.</i>	Tasa de interés de referencia nominal entre enero 2016 y agosto 2017 (%).	38
<i>Figura 9.</i>	Proyección de la inflación ^a , 2017-2018 (variación porcentual últimos 12 meses).....	39
<i>Figura 10.</i>	Pirámide poblacional 2015-2050 (miles de personas).....	44
<i>Figura 11.</i>	Evolución de la distribución de población por NSE entre 2013-2015 en el Perú.	45
<i>Figura 12.</i>	Madurez de los subsectores de las IAFA.	54
<i>Figura 13.</i>	Modelo de las Cinco Fuerzas Competitivas aplicado a las Entidades Prestadora de Salud en el Perú.	55
<i>Figura 14.</i>	MPR para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú como gráfico de dispersión.	65
<i>Figura 15.</i>	Ciclo operativo de la organización adaptado a las EPS en el Perú.....	68

<i>Figura 16.</i> Modelo de un organigrama de una EPS en el Perú.....	85
<i>Figura 17.</i> Teoría tridimensional de la relación entre las organizaciones aplicada a las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	98
<i>Figura 18.</i> Representación gráfica de la MPEYEA para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	104
<i>Figura 19.</i> MBCG para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	106
<i>Figura 20.</i> Matriz Interna-Externa para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	107
<i>Figura 21.</i> Matriz de la Gran Estrategia (GE) para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.....	109
<i>Figura 22.</i> Organigrama propuesto para la APEPS	126



El Proceso Estratégico: Una Visión General

El plan estratégico desarrollado en el presente documento fue elaborado en función al Modelo Secuencial del Proceso Estratégico. 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. La Figura 0 muestra las tres etapas principales que componen dicho proceso: (a) formulación, que es la etapa de planeamiento propiamente dicha, 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, es la etapa más complicada por lo rigurosa que es; 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); aparte de estas tres etapas existe una etapa final, que presenta las conclusiones y recomendaciones finales. Cabe resaltar que el proceso estratégico se caracteriza por ser interactivo, pues participan muchas personas en él, e iterativo, en tanto genera una retroalimentación repetitiva.

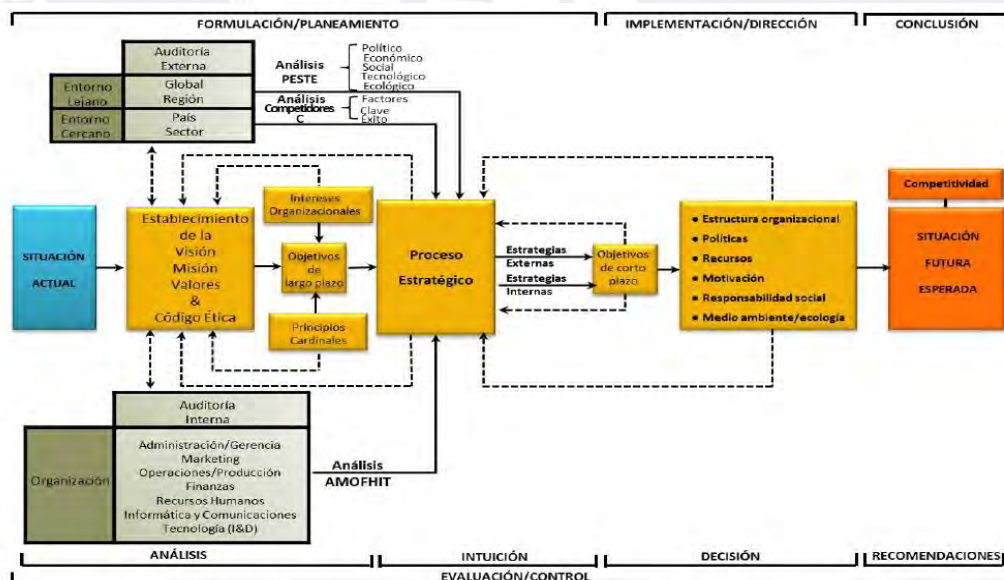


Figura 0. Modelo secuencial del proceso estratégico.

Tomado de *El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia* (3a ed. rev., p. 11), por F. A. D'Alessio, 2015, Lima, Perú: Pearson.

El modelo empieza con el análisis de la situación actual, seguido 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 Matriz de Intereses Nacionales (MIN) y la evaluación externa con la finalidad de determinar la influencia del entorno en la organización que se estudia. Así también se analiza la industria global a través del entorno de las fuerzas PESTE (Políticas, Económicas, Sociales, Tecnológicas, y Ecológicas). Del análisis PESTE deriva la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), la cual permite conocer el impacto del entorno por medio de las oportunidades que podrían beneficiar a la organización y las amenazas que deben evitarse, y cómo la organización está actuando sobre estos factores. Tanto del análisis PESTE como de los competidores se deriva la evaluación de la organización con relación a estos, de la cual se desprenden la Matriz del Perfil Competitivo (MPC) y la Matriz del Perfil Referencial (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 (FCE) en el sector industrial, lo que facilita a los planificadores 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 para 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 crucial para continuar el proceso con mayores probabilidades de éxito.

En la siguiente etapa del proceso se determinan los Intereses de la Organización, es decir, los fines supremos que esta intenta alcanzar la organización para tener éxito global en los mercados donde compite, de los cuales se deriva la Matriz de Intereses Organizacionales (MIO), la que, sobre la base de la visión, permite establecer 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 en la Fase 1 de la primera etapa (MIN, MEFE, MEFI, MPC, MPR, y MIO) constituyen insumos fundamentales que favorecerán la calidad del proceso estratégico. En la Fase 2 se generan las estrategias a través del emparejamiento y combinación de las fortalezas, debilidades, oportunidades, y amenazas junto a los resultados previamente analizados. Para ello se utilizan las siguientes herramientas: (a) la Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas (MFODA); (b) la Matriz de la Posición Estratégica 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).

La Fase 3, al final de la formulación estratégica, viene dada por la elección de las estrategias, la cual representa el Proceso Estratégico en sí mismo. De las matrices anteriores resultan una serie de estrategias de integración, intensivas, de diversificación, y defensivas que son escogidas mediante la Matriz de Decisión Estratégica (MDE), las cuales son específicas y no alternativas, y cuya atractividad se determina en la Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE). Por último, se desarrollan la Matriz de Rumelt (MR) y la Matriz de Ética (ME) para culminar con las estrategias retenidas y de contingencia. Después de ello comienza la segunda etapa del plan estratégico, la implementación. Sobre la base de esa selección se elabora la Matriz de Estrategias versus Objetivos de Largo Plazo (MEOLP), la cual sirve para verificar si con las estrategias retenidas se podrán alcanzar

los OLP, y la Matriz de Estrategias versus Posibilidades de los Competidores y Sustitutos (MEPCS) 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, ya que favorece a la selección de las estrategias.

Después de haber formulado un plan estratégico que permita alcanzar la proyección futura de la organización, se ponen en marcha los lineamientos estratégicos identificados. La implementación estratégica 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 esta última es más difícil de llevarse a cabo y conlleva el riesgo de no llegar a ejecutarse. 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 nueva estructura organizacional es necesaria. El peor error es implementar una estrategia nueva usando una estructura antigua.

La preocupación por el respeto y la preservación del medio ambiente, por el crecimiento social y económico sostenible, utilizando principios éticos y la cooperación con la comunidad vinculada (stakeholders), forman parte de la Responsabilidad Social Organizacional (RSO). Los tomadores de decisiones y quienes, directa o indirectamente, formen parte de la organización, deben comprometerse voluntariamente a contribuir con el desarrollo sostenible, buscando el beneficio compartido con todos sus stakeholders. Esto implica que las estrategias orientadas a la acción estén basadas en un conjunto de políticas, prácticas, y programas que se encuentran integrados en sus operaciones.

En la tercera etapa se desarrolla la Evaluación Estratégica, que se lleva a cabo utilizando cuatro perspectivas de control: (a) aprendizaje interno, (b) procesos, (c) clientes, y (d) financiera; del Tablero de Control Balanceado (balanced scorecard [BSC]), de manera que se pueda monitorear el logro de los OCP y OLP. A partir de ello, se toman las acciones correctivas pertinentes. En la cuarta etapa, después de todo lo planeado, se analiza la competitividad concebida para la organización y se

plantean las conclusiones y recomendaciones finales necesarias para alcanzar la situación futura deseada de la organización. Asimismo, se presenta un Plan Estratégico Integral (PEI) en el que se visualiza todo el proceso a un golpe de vista. El Planeamiento Estratégico puede ser desarrollado para una microempresa, empresa, institución, sector industrial, puerto, ciudad, municipalidad, región, Estado, departamento, país, entre otros.



Capítulo I: Situación General de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

La salud en las poblaciones de países en desarrollo como el Perú, es un tema permanente de estudio y análisis efectuado por diversos especialistas en la materia. Así, se puede advertir un alto grado de segmentación en el sistema de salud peruano, conformado por: (a) un grupo de proveedores de servicios médicos de baja calidad, (b) diferencias de coberturas entre los planes ofrecidos a los trabajadores, y (c) una población desatendida. Consecuentemente, las deficiencias observadas resultan alarmantes y permiten identificar espacios para sustanciales reformas y propuestas de mejora.

1.1 Situación General

Uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es la salud. En la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* Artículo 25, según las Naciones Unidas (NU), se señala que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar. . .” (NU, 1948, p. 7). Por su parte, los principios elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), contenidos en la *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* reafirmaron que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2014, p. 1). Por otro lado, de acuerdo con los datos de la OMS a 2014, el Perú se encuentra en el décimo lugar en inversión en salud en Latinoamérica, siendo uno de los más bajos en salud por habitante, como se muestra en la Figura 1.

En el país, en la *Constitución Política del Perú* (Congreso de la República del Perú, 1993) se estableció en su Artículo 7, como un derecho de todo peruano “. . . 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” (p. 5). Asimismo, en su Artículo 11 señaló que “el Estado garantiza el

libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas” (p. 5).

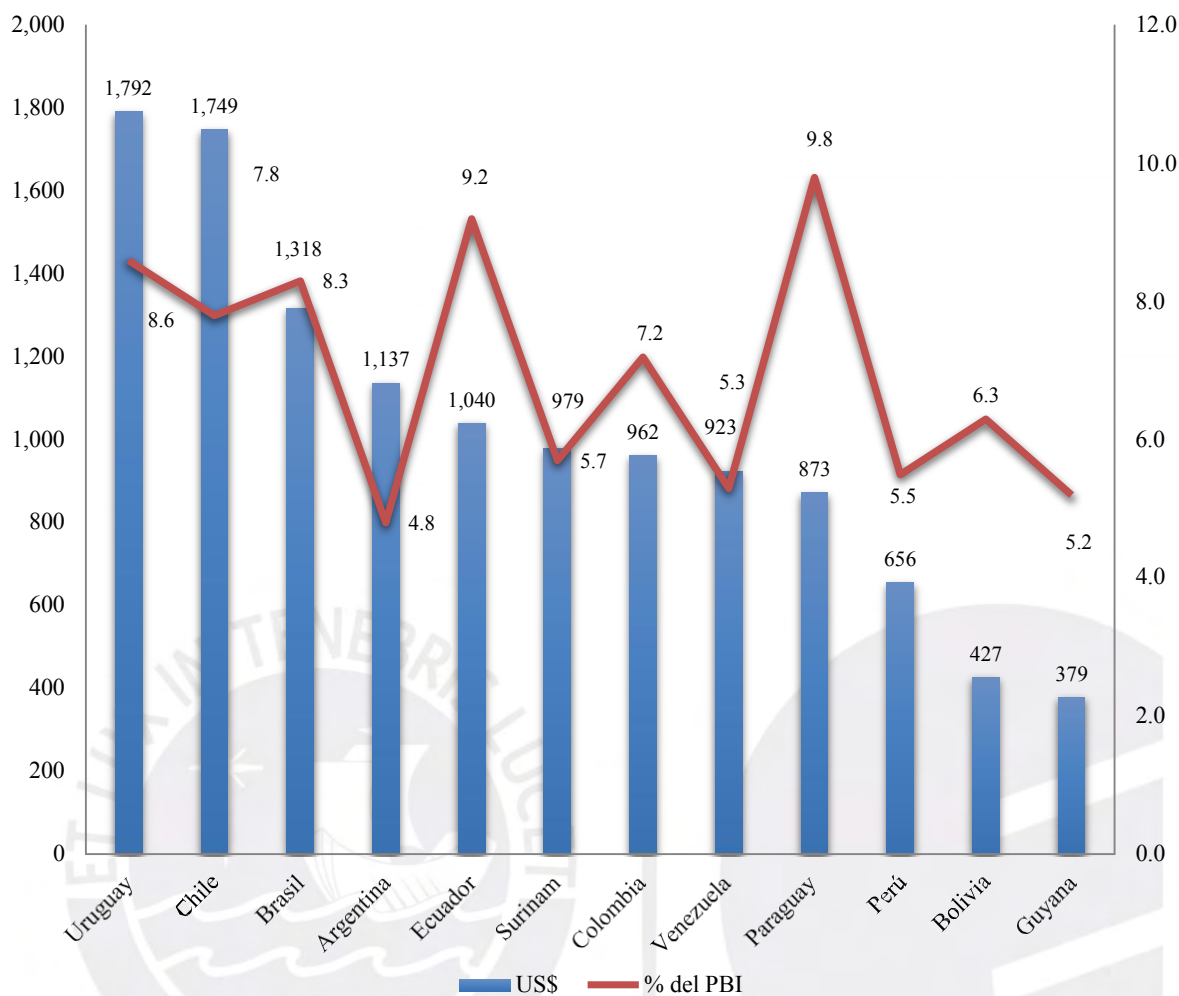


Figura 0. Gasto en salud en Latinoamérica a 2014. Adaptado de “Países,” por la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017a. Recuperado de <http://www.who.int/countries/es/>

En este esquema, dentro del sistema de salud del Perú conviven dos subsistemas: (a) el público y (b) el privado. “El primero busca expresar la lógica del derecho ciudadano a la salud y el segundo se funda en la lógica de mercado” (Lazo, Alcalde, & Espinosa, 2016, p. 13); siendo el Ministerio de Salud (MINSA) el que gobierna el sistema en su rol de autoridad sanitaria nacional, acompañado por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), que supervisa el conjunto de organizaciones del sistema, que se encuentra organizado conforme se muestra en la Figura 2.

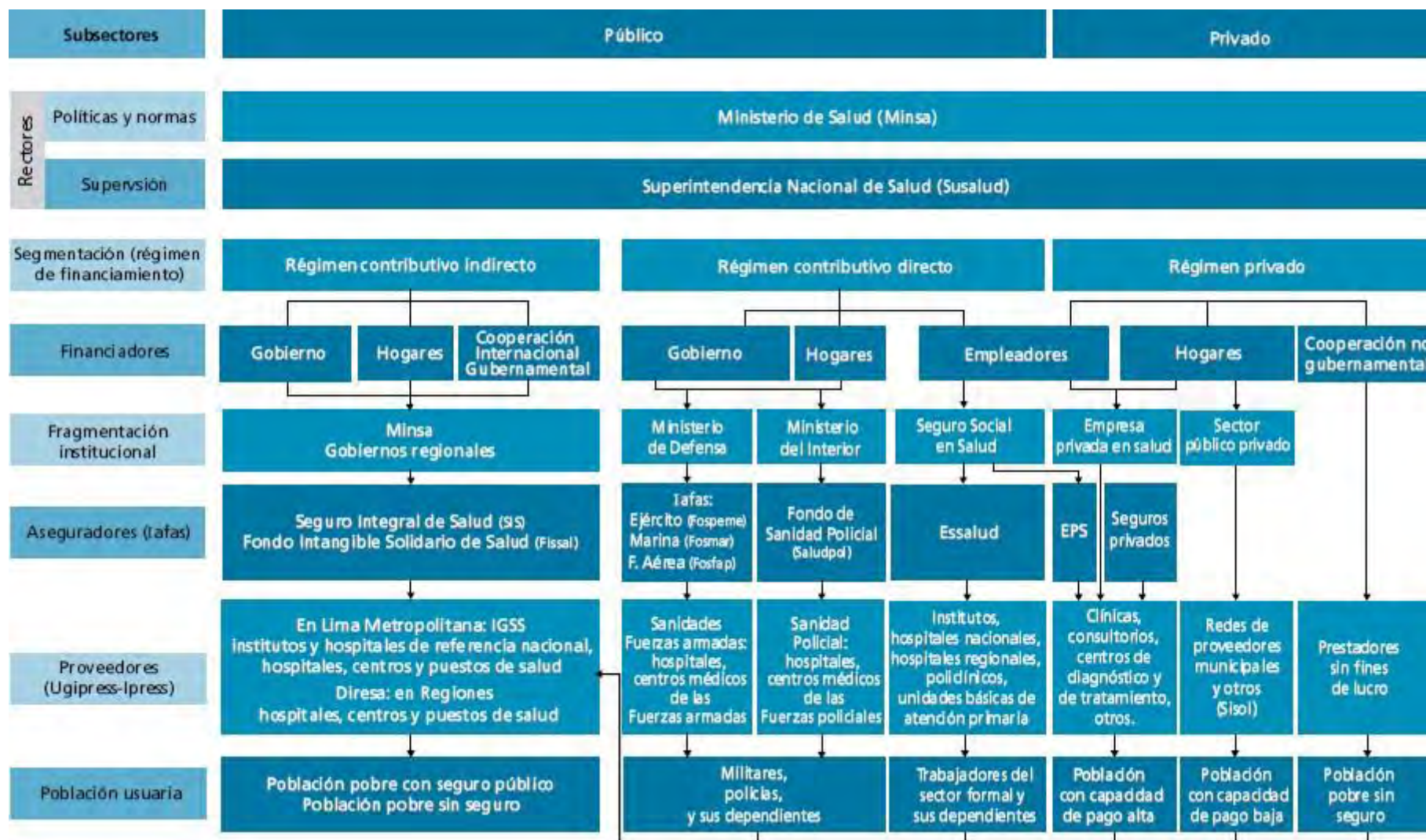


Figura 1. Mapa del sistema de salud, Perú 2016.

Tomado de “El Sistema de Salud en Perú: Situación y Desafíos,” por O. Lazo, J. Alcalde, y O. Espinosa, 2016, p. 14. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú, REP.

Según la segmentación del sistema de salud en el Perú por régimen de financiamiento, se observó que existen tres regímenes: (a) contributivo indirecto, (b) contributivo directo, y (c) privado (Lazo et al., 2016):

1. El régimen contributivo indirecto (subsidiado): Se financia con recursos fiscales, el aporte de hogares, y ocasionales donaciones de la cooperación intergubernamental;
2. El régimen contributivo directo: Se financia mediante contribuciones directas y obligatorias de los empleadores. Comprende dos modalidades, que juntas conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud: (a) Seguro Social de Salud (ESSALUD), que fue creado en 1999, mediante la Ley de Creación del Seguro Social de Salud, Ley 27056, reemplazando al antiguo Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS); y (b) seguro social privado, constituido por organizaciones de intermediación financiera, las entidades prestadoras de salud (EPS), y las dependencias de salud de los ministerios de Defensa y del Interior, financiadas por el Estado, con el aporte complementario de sus miembros.
3. El régimen privado: Es financiado por las familias (i.e., gasto de bolsillo) a través del pago directo de honorarios profesionales o mediante la adquisición de planes de atención a seguros privados (i.e., empresas de seguros, auto-seguros, y prepagas).

Con relación al régimen contributivo directo, se promulgó la *Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud* (Ley 26790, 1997), en la que se reformularon las bases de la seguridad social en el Perú, brindando a sus asegurados prestaciones de prevención, promoción, recuperación, y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo, y enfermedades profesionales, conforme lo señaló su Artículo 2.

La Ley 26790 comprendió dos modalidades de aseguramiento: (a) la tradicional y (b) la privada, donde:

Los derechohabientes del seguro social pueden optar por recibir los servicios de ESSALUD (modalidad tradicional), a través de su propia red de servicios, distribuida a nivel nacional, o incorporarse a una EPS (modalidad privada), que les provee la

atención de menor complejidad (capa simple) a través de servicios privados contratados y deriva hacia ESSALUD la atención de mayor complejidad. (Lazo et al., 2016, p. 16)

Precisamente, en el Artículo 13 de la Ley 26790 (1997) se definió a las entidades prestadoras de salud (EPS) como “. . . las empresas e instituciones públicas o privadas distintas del IPSS, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros” (p. 5), estando bajo la supervisión de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), hoy en día denominada Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

En ESSALUD, bajo el seguro regular “. . . se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que trabajan bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores” (Cetrángolo, Bertranou, Casanova, & Casalí, 2013, p. 66), cuyo aporte mensual es de 9% de su remuneración o ingreso, estando a cargo del empleador, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 6 de la Ley 26790. No obstante, en caso los empleadores otorguen coberturas de salud a sus trabajadores a través de planes o programas de salud contratados con EPS, estos gozan de un crédito del 25% de sus aportes, siempre y cuando no exceda el 10% de la unidad impositiva tributaria (UIT) multiplicado por el número de trabajadores que gocen de la cobertura, de conformidad con el Artículo 16 de la Ley 26790. Sobre el particular, se debe precisar que:

La alícuota de contribuciones al seguro de salud para los trabajadores en relación de dependencia (empleado y empleador) se encuentra por debajo de la alícuota de países como Argentina (13.2%), el Estado Plurinacional de Bolivia (10%), Colombia (12.5%), Costa Rica (14.75%), Panamá (17.25%), y Uruguay (entre 8% y 11%); pero es superior a la alícuota vigente en Chile (7%) y Ecuador (5.7%). (Cetrángolo et al., 2013, p. 66)

De otro lado, se profundizaron las reformas en el sector salud y se promulgó la *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud* (Ley 29344, 2009), con la finalidad de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, creándose las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFA), que son las encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados, contándose entre ellas: (a) Seguro Integral de Salud (SIS); (b) Seguro Social de Salud (ESSALUD); (c) Sanidades de las Fuerzas Armadas; (d) Sanidad de la Policía Nacional del Perú; (e) entidades prestadoras de salud (EPS); (f) compañías de seguros privados de salud; (g) entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagadas; (h) autoseguros y fondos de salud; y (i) otras modalidades de aseguramiento públicos, privados, o mixtos distintas a las señaladas anteriormente.

Según Lazo et al. (2016), dentro de este nuevo esquema, las EPS concentraron el 2.8% del total de la población que es atendida por las IAFA, mientras que el SIS y ESSALUD acumularon una participación de 59.8% y 30.9%, respectivamente, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Cobertura según Instituciones Administradoras de Fondos para el Aseguramiento en Salud (IAFA)

Tipo	Nombre	% poblacional
IAFA públicas (59.8%)	Seguro Integral de Salud (SIS)	59.8
IAFA seguro social (35.3%)	ESSALUD	30.9
	Entidades prestadoras de salud (EPS)	2.8
	IAFA del Ejército (FOSPEME)	0.1
	IAFA de la Fuerza Aérea (FOSFAP)	0.1
	IAFA de la Marina (FOSMAR)	0.1
	IAFA de la Policía Nacional (SALUDPOL)	0.3
IAFA privadas (4.7%)	Empresas de seguros	2.4
	Prepagas	2.1
	Autoseguros	0.2

Nota. Tomado de “El Sistema de Salud en Perú: Situación y Desafíos,” por O. Lazo, J. Alcalde, y O. Espinosa, 2016, p. 17. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú, REP.

Sobre el particular, representa un reto para las EPS ganar mayor participación de mercado, principalmente el que es atendido por ESSALUD, que pese a sus múltiples esfuerzos no llega a igualar los estándares de atención que se tienen en las redes de las EPS, quienes a diciembre de 2016 tuvieron 2.3 millones de afiliados, de los cuales 830,499 corresponden a afiliados regulares y potestativos de los planes de salud y 1'408,598 a afiliados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. En el caso de ESSALUD, se contabilizaron 9'874.390 afiliados al seguro de salud y 393,876 afiliados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SUSALUD, 2016a).

Debe considerarse además que la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud son los hogares, quienes en 2005 financiaron el 34.2% del total. Alrededor del 97.0% del gasto de los hogares en servicios de salud se efectúa mediante gasto de bolsillo, dado que el gasto en mecanismos de aseguramiento es bajo, generándose fuertes inequidades, debido a que el acceso a los servicios de salud está asociado con la posibilidad que tengan los individuos para pagar por ellos (Cetrángolo et al., 2013)

De otro lado, como se muestra en la figura 2, el mercado de las EPS al cuarto trimestre de 2016, se encontraba conformado por cuatro competidores en orden según su participación de mercado: (a) Pacífico S.A. EPS (37%), (b) Rímac S.A. EPS (33%), (c) Mapfre Perú S.A. EPS (18%), y (d) Sanitas Perú S.A. EPS (13%). Como se puede observar, este mercado presenta una alta concentración dado que Pacífico S.A. EPS y Rímac S.A. EPS acumulan el 69% del total de la participación. Finalmente, las EPS al cierre de 2016 acumularon S/.508.1 millones de aportes y S/.420.6 millones de gastos en prestaciones de salud (SUSALUD, 2016a).



Figura 2. Participación de mercado EPS.

Nota: Adaptado del *Boletín estadístico (cuarto trimestre)* de la “Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD], 2016. Lima, Perú..

1.2 Conclusiones

El desarrollo de las EPS se fundamenta sobre los principios en materia de salud contenidos en la *Constitución Política del Perú* y la regulación vigente, como es el caso de la *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud* que reforma el sistema de salud en el Perú y crea las IAFA.

Las EPS constituyen un mecanismo de aseguramiento de la salud alternativo al que ofrecen otras IAFA, principalmente ESSALUD, que es la base de los afiliados que se incorporan al sistema de la EPS. Sin embargo en términos comparativos, las EPS solo representan el 2.8% de las afiliaciones del total de las IAFA, teniendo ESSALUD una participación del 30.9%.

En un contexto en que aún gran parte del financiamiento de la salud en los hogares se realiza a través de los gastos de bolsillo, que es un mecanismo de baja eficiencia, se presenta el reto para las EPS de ampliar sus posibilidades de hacer crecer su participación respecto a ESSALUD, considerando que al interior de las EPS se observó una elevada concentración dado que dos compañías acumulan el 69% de participación.

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

En el presente capítulo se presentará la declaración de visión y misión para los servicios prestados por las EPS en el Perú, que junto con los valores y el código de ética conforman parte del planeamiento estratégico que se desarrolla.

2.1 Antecedentes

Dada la situación actual del Perú expuesta en el Capítulo I, se plantea la visión, misión, valores, y código de ética que permite consolidar el mejor aprovechamiento de las coberturas disponibles para empresas privadas, mejorando la calidad y eficiencia de los servicios de salud. Según cifras de la OMS (2017a), el Perú está por debajo de la media con relación al producto bruto interno (PBI) en cuanto a gastos en salud; ello debido mayormente a dos factores: (a) la baja inversión del Estado en estos servicios y (b) el bajo nivel de empleo formal y el alto subempleo y desempleo en el país. Por ello, se traza un plan estratégico y un código de ética que permita conducir el crecimiento de la cobertura privada de salud en el país, y que garantice altos estándares de calidad en el servicio.

2.2 Visión

En el Perú existen cerca de 10.7 millones de trabajadores formales, de los cuales solo 830,499 están afiliados a una EPS, representando el 8% de estos; lo que evidencia un importante mercado desatendido (SUSALUD, 2016a). Debido a ello, se plantea la siguiente visión:

Para 2027, brindar planes de salud privada al **30% de los trabajadores formales en el Perú**, ofreciendo un **servicio de alta calidad**, a través de procedimientos claros, transparentes, y confiables que solucionen oportunamente las **necesidades del usuario**; todo ello basado en el **respeto a la dignidad humana** como el pilar central del desarrollo de la industria de las entidades prestadoras de salud.

2.3 Misión

Contribuir a la expansión del alcance de los servicios de salud a través de planes de cobertura que satisfagan las necesidades de atención de los asegurados y sus familias, garantizando altos estándares de calidad en atención médica, soporte administrativo, infraestructura, tecnología, y servicio cálido y efectivo; fomentando el cambio a través de organizaciones centradas en el ser humano, para lograr el bienestar de los asegurados, sus familias, los colaboradores, los accionistas, y comunidad vinculada.

2.4 Valores

Los valores que rigen la actividad de las EPS en el Perú son:

1. **Actividad centrada en el asegurado:** La razón por la cual existen estas empresas, es por los asegurados, las cuales se enfocan en entender sus necesidades para atenderlas oportunamente a través de la mejora continua; es decir, el usuario debe ser atendido como le gustaría que lo atiendan;
2. **Integridad:** Actuar con honestidad, solidaridad, transparencia, y legalidad para desarrollar relaciones a largo plazo con la comunidad vinculada;
3. **Excelencia:** Brindar al asegurado servicios de alta calidad, respetando los estándares y protocolos pertinentes; y
4. **Compromiso con la sociedad:** Desarrollar planes de cobertura accesibles para la mayoría de empresas formales, independientemente de su tamaño.

2.5 Código de Ética

Las EPS en el Perú deben guiarse de un marco basado en el respeto por los principios éticos, las personas, la comunidad, y el medioambiente, actitudes que se reflejarán positivamente en su propio desarrollo económico y, por ende, de la sociedad. En cuanto a la prestación del servicio, estas empresas deben desarrollar políticas con altos estándares de calidad, responsabilidad social, respeto a la ley, seguridad laboral, estabilidad laboral,

transparencia en la contratación y las adquisiciones o compras, y en la fidelidad y legalidad de su comunicación. Se deberán realizar esfuerzos de manera constante para cooperar continuamente con las autoridades, con la sociedad, y con cualquier actor dentro de las EPS en el Perú, brindando la información de interés público. Es así que los principios del código de ética son:

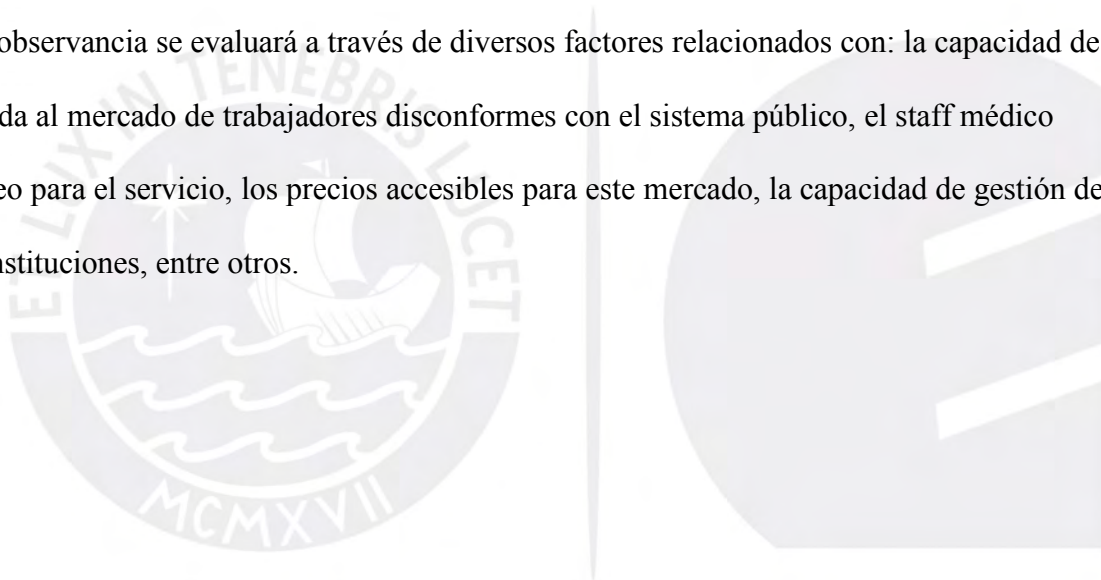
1. **Calidad:** Se deberán brindar servicios de salud con altos estándares de calidad con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, la seguridad del cliente, y la conservación del medioambiente, a través de un recurso humano idóneo y comprometido y proveedores competitivos, dentro de un marco de cultura y clima organizacional excelentes, teniendo como base un sistema de autocontrol y mejoramiento continuo, que garantice un adecuado retorno;
2. **Buen comportamiento:** Se deberá funcionar dentro de un marco de cultura, buenas prácticas sociales, y buenas relaciones interpersonales para favorecer un clima de bienestar social;
3. **Integración con la comunidad:** Se deberá respetar y trabajar en concordancia con los intereses y necesidades de la comunidad que se encuentra en su área de influencia;
4. **Fidelidad en la información:** Se deberá elaborar y emitir la información requerida por el usuario, clientes, o diferentes entes de control de manera fidedigna y oportuna, comunicándolo de forma transparente;
5. **Confidencialidad:** En la información manejada por las instituciones; e
6. **Integridad:** Rectitud y honradez en la conducta y en el comportamiento, rechazando la corrupción y compitiendo justamente entre los participantes del sistema.

2.6 Conclusiones

Para establecer un planeamiento estratégico concluyente, se debe seguir la misión trazada para entender el sendero que se debe recorrer y la proyección que se tiene fijada,

acompañada de la visión, los valores, y los principios organizacionales que regirán el manejo y enfoque de las EPS en el Perú. Para lograr este cometido, es esencial que la proyección planteada vislumbre un propósito estratégico, con miras a perdurar a lo largo del tiempo y que exprese la razón fundamental de la existencia de las EPS en el Perú.

La misión es la razón de existencia de las instituciones para generar el impulso hacia la mejora continua del sector. La misión de las EPS en el Perú está enfocada en ser los promotores del cambio para la mejora de los proveedores de servicios de salud en el país, como agentes que complementen las capacidades limitadas y con escasos recursos del Estado. Esta misión se ve traducida en los valores que delimitan la intención estratégica planteada. Como complemento, la visión trazada es el objetivo deseado para las instituciones y su observancia se evaluará a través de diversos factores relacionados con: la capacidad de llegada al mercado de trabajadores disconformes con el sistema público, el staff médico idóneo para el servicio, los precios accesibles para este mercado, la capacidad de gestión de las instituciones, entre otros.



Capítulo III: Evaluación Externa

En el presente capítulo se busca analizar la coyuntura internacional del Perú, tomando como referentes para la evaluación las diversas interacciones que tiene con otras regiones e identificando los factores que influyen y forman parte del entorno de las EPS. Al respecto, el análisis planteado permite esbozar un panorama objetivo y claro del entorno inmediato del subsector materia de estudio, las oportunidades que se tienen como ventajas estratégicas y las amenazas a las que se deben prestar suma atención para evitarlas si fuese el caso.

3.1 Análisis Tridimensional de la Nación

Para el análisis e implementación de las estrategias a considerar, previamente los países y las organizaciones deben desarrollar las mismas reflexionando sobre las interacciones que tienen con otras naciones (i.e., movimiento de personas, bienes, servicios, tecnología, conocimientos, información, e ideas a través de sus fronteras). Según la teoría de Frederick Hartmann, para que exista la posibilidad de una relación, primero debe existir un interés común entre las naciones. Respecto a las relaciones entre las naciones y los posibles intereses en común que pudieran tener, la *Teoría Tridimensional de las Naciones* de Hartmann exterioriza tres grandes dimensiones a evaluar: (a) los intereses nacionales, (b) el potencial nacional, y (c) los principios cardinales (D'Alessio, 2015).

3.1.1 Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Los intereses nacionales son las pretensiones que tiene el Estado, las cuales abarcan la necesidad de protegerse de otros Estados cuando los intereses son opuestos o generan algún tipo de conflicto. Por ello, se debe prestar especial cuidado al momento de realizar el proceso de planeamiento estratégico dado que las relaciones internacionales tienen un peso importante. Esta teoría se utiliza tanto para países como organizaciones. De acuerdo con Nuechterlein (1973), considerando el nivel de relevancia, los intereses nacionales pueden ser clasificados en: (a) intereses de supervivencia, cuando la existencia del Estado dependa de

ellos; (b) intereses vitales, cuando el hecho de no alcanzarlos genera daños peligrosos al país o a la organización; (c) intereses mayores, cuando afectan adversamente al país o a la organización; y (d) intereses periféricos, si solo tiene consecuencias marginales. Por otro lado, si los intereses nacionales se basan en la interacción o relación entre los países, Nuechterlein los clasificó en intereses *comunes* u *opuestos*. Los intereses comunes se entienden como la existencia de un posible camino a un acuerdo o alianza y; los opuestos, cuando no existe posibilidad alguna de lograr consenso (D'Alessio, 2015).

Para la elaboración de la Matriz de Intereses Nacionales (MIN) se han considerado los objetivos estratégicos fijados en las 35 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional del Perú suscrito en 2002 y publicado en el portal web de dicha entidad (ver Tabla 2). Por ello, las metas trazadas están relacionadas con: (a) el fortalecimiento de la democracia y Estado de derecho; (b) el desarrollo con equidad y justicia social; (c) la promoción de la competitividad del país; y (d) la afirmación de un Estado eficiente, transparente, y descentralizado. Al respecto, el primer objetivo se basa en consolidar el régimen democrático en el país y el Estado de derecho, garantizando justicia, vigencia, y respeto de los derechos fundamentales y generando así un clima de estabilidad. De esta manera el Perú busca proyectar su soberanía, seguridad, e integridad territorial, tanto internamente como en el ámbito regional. El primordial interés del Perú es afirmar la seguridad del Estado como organización y generar confianza en los países vecinos para lograr su cooperación e interés por el país. Asimismo, el Estado busca un desarrollo con equidad y justicia social. Este objetivo supone entre otros factores, lograr el desarrollo humano integral, fomentar la igualdad de acceso a las oportunidades para todos los ciudadanos, y alcanzar un acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social por parte de todos. Por otro lado, la promoción de la competitividad del país, busca impulsar el crecimiento de la justicia social mediante una política económica social de mercado, consolidando la capacidad empresarial del Estado

peruano. Estas políticas logran reforzar la imagen del Perú como un Estado eficiente, transparente, y descentralizado (Acuerdo Nacional, 2014a).

Como se muestra en la Tabla 2, Colombia y Chile comparten la mayoría de los objetivos comunes con el Perú, pero en paralelo se tiene a Ecuador, Chile, y Bolivia con intereses opuestos a los de los peruanos debido a la historia que estos países comparten y los diversos conflictos limítrofes de las últimas décadas.

Tabla 2

Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

Interés nacional	Intensidad del interés			
	Supervivencia (crítico)	Vital (peligroso)	Importante (serio)	Periférico (molesto)
1. Régimen democrático en el país		Bolivia (+) Venezuela (-) Argentina (+) Ecuador (+) Chile (+)	Colombia (+) Brasil (+)	
2. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social		Venezuela (-)	Brasil (+) Colombia (+) Chile (+)	
3. Crecimiento de la justicia social		Venezuela (-)	Bolivia (+) Brasil (+) Colombia (+) Ecuador (+) Chile (+)	
4. Estado eficiente, transparente, y descentralizado		Venezuela (-) Brasil (-)		

Nota. (+) = Intereses comunes; (-) = Intereses opuestos. Adaptado de “Objetivos del Acuerdo Nacional,” por el Acuerdo Nacional, 2014b, recuperado de <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/objetivos-del-acuerdo-nacional/>; y de “Los Procesos de Integración País por País,” por la Universidad Pompeu Fabra, 2012, recuperado de <https://www.upf.edu/integracionenamerica/PAISESMAPA>

Por ello según el Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE), el Acuerdo Nacional establece siete objetivos básicos vinculados a los principales temas de la política exterior, como son: (a) promover un clima de paz y seguridad en el ámbito regional, para evitar repetir los conflictos limítrofes del pasado; (b) velar por el respeto a los derechos humanos y la democracia, para incentivar la estabilidad de los ciudadanos; (c) fomentar la lucha contra la corrupción, el narcotráfico, y el terrorismo en el plano de las relaciones internacionales, para

lograr vecinos aliados y trabajar juntos por una misma causa; (d) participar proactivamente en los procesos de integración política, social, económica, y física en los ámbitos subregional, regional, y hemisférico; (e) impulsar el desarrollo sostenible de las regiones fronterizas del país y su integración con los países vecinos; (f) fortalecer una diplomacia nacional que promueva y defienda los intereses permanentes del Estado; e (g) impulsar políticas migratorias globales que incorporen la promoción de oportunidades laborales y generen mayor interacción con la región (MRE, 2016).

3.1.2 Potencial nacional

Los factores del potencial nacional hacen referencia a las fortalezas y debilidades del país. Este concepto analiza la fortaleza que la nación posee para alcanzar sus intereses y supone un análisis interno del país. Hartmann (1978) identificó siete poderes nacionales: (a) la estructura poblacional o demográfico; (b) el tamaño y la forma del territorio, aspecto geográfico; (c) el material estratégico o poder económico; (d) su desarrollo tecnológico; (e) la experiencia pasada, aspecto histórico, psicológico, y sociológico; (f) la forma de Gobierno, aspecto organizacional y administrativo; y (g) las Fuerzas Armadas y el desarrollo del equipamiento que posee, aspecto militar. En esta sección se desarrolla cada uno de estos factores, el análisis interno del país, y su impacto en el plan estratégico que se plantea.

Demográfico. Como se muestra en la Tabla 3, según los resultados del *XI Censo Nacional de Población 2007* (INEI, 2008), la población censada fue de 27'419,294 habitantes y la población total, es decir la población censada más la omitida, fue de 28'220,764 habitantes. Asimismo, en la Figura 3 se muestra la evolución de la población para el periodo 1940-2016 (proyectado) con una reducción de la tasa de crecimiento poblacional anual promedio de 1.90% en 1990 a 1.08% para 2016, explicada por una menor tasa de natalidad (INEI, 2016b).

Tabla 3

Perú: Población Censada, Omitida, y Total, Según Censos Realizados (1940-2007)

Año	Población		
	Censada	Omitida	Total
1940	6'207,967	815,144	7'023,111
1961	9'906,746	513,611	10'420,357
1972	13'538,208	583,356	14'121,564
1981	17'005,210	757,021	17'762,231
1993	22'048,356	591,087	22'639,443
2005 ^a	26'152,265	1'066,999	27'219,264
2007	27'419,294 ^b	801,470	28'220,764

Nota. Tomado de “Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda (Primeros Resultados): Perú: Crecimiento y Distribución de la Población, 2007,” por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2008, p. 7. Lima, Perú: Autor.

^aCenso de Derecho o De June.

^bNo incluye la población del distrito de Carmen Alto, provincia Huamanga, departamento Ayacucho.

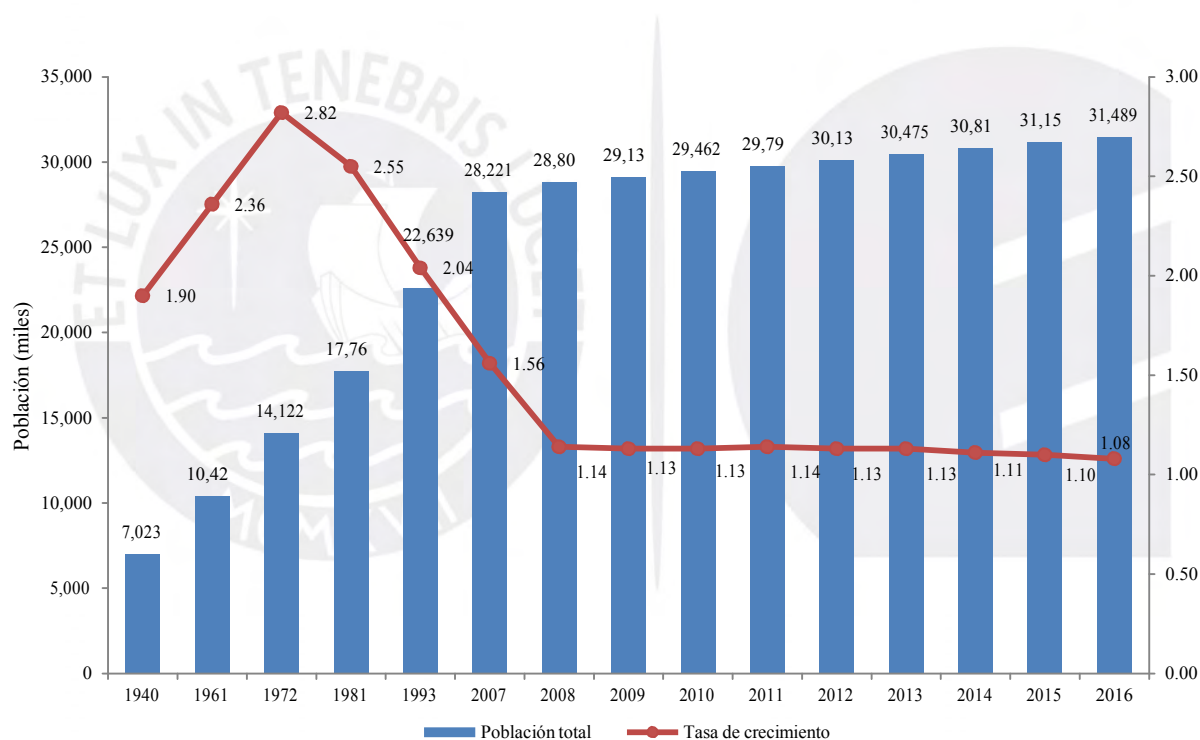


Figura 3. Población total y tasa de crecimiento promedio anual, según censos realizados (1940-2007), y proyección 2008-2016.

Tomado de “Perú: Síntesis Estadística 2016,” por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2016b, p. 11. Lima, Perú: Autor.

A enero de 2017 y a partir de las estimaciones y proyecciones del INEI (2014), los habitantes en el Perú superan los 32'204,325 habitantes, con una densidad promedio de 24

habitantes por km² y con una tasa de crecimiento anual de 1.1%. El 52.6% de la población peruana viven en la costa, el 38% en la sierra, y el 9.4% en la selva. La población económicamente activa (PEA) equivale al 73.57% del total de la población, es decir 22'668,626 habitantes. Según el INEI (2010), las personas mayores de 65 años representan el 6.4% y la esperanza de vida para los hombres es de 72 años, mientras que para las mujeres es de 77 años.

A pesar de su acelerado crecimiento económico, el Perú sigue registrando índices sociolaborales problemáticos y se puede observar un crecimiento sostenible que conlleva una clase media emergente en las principales ciudades del país y con ella, un crecimiento en la demanda por servicios de salud atendidos de manera inadecuada por el sector público.

Geográfico. El Perú se encuentra ubicado en la parte occidental de Sudamérica, su territorio está conformado por una superficie de 1'285,215,60 km², y se divide en tres regiones: (a) costa, (b) sierra, y (c) selva. Tiene fronteras terrestres con cinco países: por el norte, con Ecuador y Colombia; por el este, con Brasil; por el sureste, con Bolivia; y por el sur, con Chile. Adicionalmente, posee fronteras marítimas con Ecuador y Chile, estando tanto las fronteras terrestres y marítimas perfectamente delimitadas y amparadas por los respectivos tratados internacionales (MRE, 2012). Sus mares pertenecen a la cuenca del Pacífico, la cual es considerada por diversos expertos como una solución para una serie de problemas de los países latinoamericanos (D'Alessio, 2015). Esta posición genera un atractivo empresarial y una posibilidad de múltiples relaciones comerciales con diversos países.

El Perú es integrante de importantes tratados de libre comercio (TLC) con algunos países de la región, los cuales consideran atractivo el aprovechamiento de las condiciones naturales que tiene el país a lo largo de toda su costa. Según el Ministerio de Comercio Exterior y Turismo (MINCETUR), estos tratados conllevan beneficios que están relacionados

no solo con aspectos de tipo comercial, sino que son positivos para la economía en su conjunto, puesto que: (a) permiten reducir e inclusive eliminar las barreras arancelarias y no arancelarias al comercio, (b) contribuyen a mejorar la competitividad del país, e (c) incrementan el flujo de inversión extranjera (MINCETUR, 2017). Adicionalmente, el Perú cuenta con grandes puertos marítimos como: Callao (Lima), Paita (Piura), Salaverry (La Libertad), Chimbote (Áncash), San Martín (Ica), Matarani (Arequipa), e Ilo (Moquegua) (“Principales Puertos,” 2017). Asimismo, a 2017 se está construyendo el puerto de Chancay, el cual incrementará las actividades de exportación e importación y ayudará significativamente a la economía peruana.

Económico. Las principales actividades económicas del Perú son la minería y extracción de hidrocarburos, telecomunicaciones, comercio, transporte, y construcción, las cuales explican el 79% del crecimiento económico. En la última década, la tasa de crecimiento promedio del Perú ha sido de 5.9% y la inflación promedio de 2.9%, lo que lo llevó a constituirse como una de las economías de más rápido crecimiento en Latinoamérica y el Caribe. Según las proyecciones, el Perú continuará con un crecimiento sostenido de la economía, que para 2017-2018 podría promediar 3.8% (Lazo et al., 2016).

Según el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), las tasas de desarrollo de los últimos años han despuntado los promedios regionales esperados. Como se muestra en la Figura 4, en la última década uno de los principales factores para la desaceleración del crecimiento del PBI mundial fue la crisis financiera de 2008, la cual afectó considerablemente a las principales economías del mundo como EE.UU., la Eurozona, y China, y conllevó a una crítica recesión (BCRP, 2017a). Más aún, en la Tabla 4 se muestra la proyección estimada para el periodo 2017-2018 respecto a las tasas de desarrollo de las principales economías del mundo, y la tendencia es a una desaceleración en comparación con Latinoamérica.

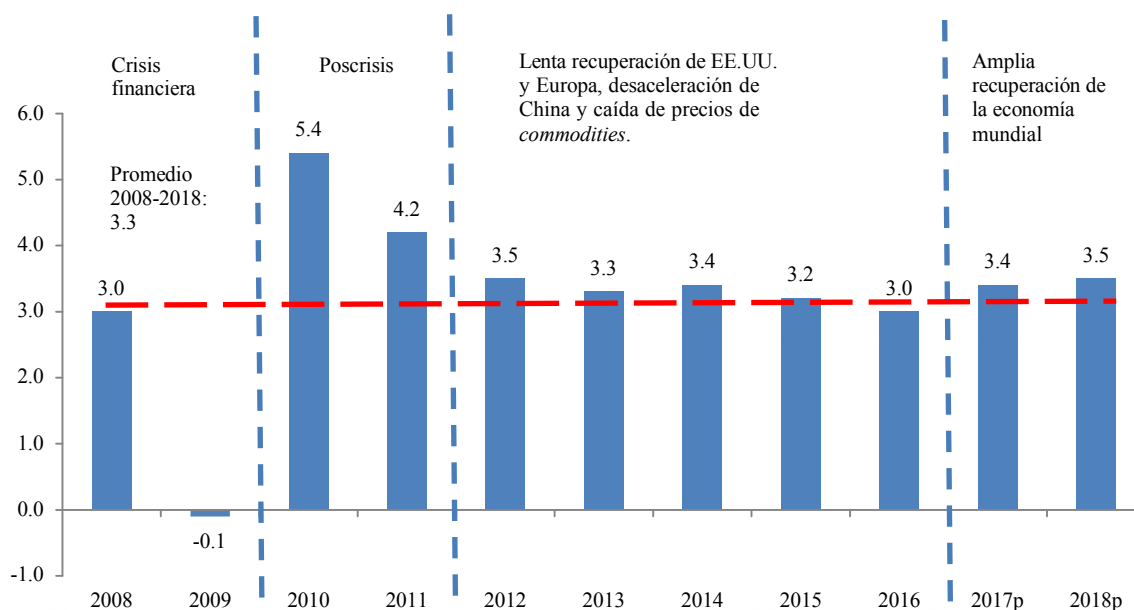


Figura 4. Crecimiento del PBI: Economía mundial (% de variación anual).
p = Proyectado. Tomado de “Reporte de Inflación: Panorama Actual y Proyecciones Macroeconómicas 2017-2018,” por el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), 2017a, p. 9. Lima, Perú: Autor.

Tabla 4

Proyecciones del Crecimiento del PBI: Economía Mundial

País	2015	2016 ^p	2017 ^p	2018 ^p
EE.UU.	2.6	1.6	2.2	2.1
Eurozona	2.0	1.7	1.5	1.6
China	6.9	6.7	6.4	6.0
Latinoamérica	0.1	-0.7	1.6	2.3
Mundo	3.2	3.0	3.4	3.5

Nota. p = Proyectado. Tomado de “Reporte de Inflación: Panorama Actual y Proyecciones Macroeconómicas 2017-2018,” por el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), 2017a, p. 9. Lima, Perú: Autor

Al respecto, y de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Perú ha sido parte de múltiples negociaciones con diversos países del mundo con el fin de suscribir acuerdos y TLC (i.e. EE.UU., la Unión Europea, el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico [APEC], la Comunidad Andina de Naciones [CAN], y el Mercado Común del Sur [MERCOSUR]); todo ello en aras de expandir su actividad mercantil, incentivando de esta forma la atracción de capital extranjero y el incremento de las exportaciones (CEPAL, 2017). Por su parte, la Agencia de Promoción de la Inversión

Privada-Perú (PROINVERSIÓN) afirmó que la crisis económica internacional también activó la demanda de productos peruanos en mercados internacionales, repercutiendo positivamente en el crecimiento de su economía y en su integración regional (PROINVERSIÓN, 2016).

Tecnológico científico. Según el Foro Económico Mundial (FEM), el desarrollo tecnológico del Perú está limitado por tener un sistema educativo de baja calidad y por el bajo nivel de enseñanza en matemáticas y ciencias; lo que dificulta la preparación del país para hacer un buen uso de las tecnologías de la información (TI), así como la falta de eficacia de los órganos legislativos, que retrasan el entorno regulatorio para la innovación en esta materia (como se citó en Saldarriaga, 2016). El bajo nivel de innovación reduce la velocidad del proceso de desarrollo económico, y genera un atraso frente a la región y un desincentivo para el capital extranjero.

Histórico-psicológico-sociológico. La historia del Perú se remonta a los comienzos de las primeras culturas de Sudamérica, siendo el país el fundador de la cultura más grande e importante del continente. En la actualidad se le reconoce como el titular de una de las Siete Maravillas del Mundo, que es Macchu Picchu, lo que genera un importante reconocimiento en el ámbito mundial y supone un atractivo turístico para todos los extranjeros. El Perú es un país moderno, poseedor de un rico patrimonio histórico, el cual sirve para incentivar el turismo; con abundancia de recursos naturales, que vienen siendo explotados con un prometedor futuro; y una emergente cultura gastronómica que está generando expectativa y el interés mundial.

Organizacional-administrativo. Según el Instituto para la Democracia y la Asistencia Electoral (IDEA Internacional), el Perú tiene una estructura organizacional dividida en tres poderes del Estado: (a) el Poder Legislativo, que es el que da las normas generales; (b) el Poder Ejecutivo, que es el que aplica las normas y conduce la acción del

Gobierno; y (c) el Poder Judicial, que se orienta a resolver los conflictos que se presentan en la sociedad entre individuos, y entre ellos y el Estado mismo. A su vez, estos poderes deben fiscalizarse entre sí (IDEA Internacional, 2008). Desde el planteamiento de esta estructura organizacional hasta la actualidad, los tres poderes del Estado se encuentran concentrados en Lima, lo cual ha fomentado un desarrollo central y un significativo atraso para las demás regiones del país. Por esta razón, los poderes se encuentran mayormente con excesiva carga laboral, lo que termina generando corrupción y deshonestidad en los funcionarios públicos.

Militar. Las Fuerzas Armadas en el Perú están conformadas por tres fuerzas militares: (a) el Ejército, (b) la Marina de Guerra, y (c) la Fuerza Aérea; siendo su función primordial la de defender la soberanía del Estado y la seguridad de los peruanos. Para el ejercicio fiscal 2017 según Watson (2016), el presupuesto asignado al Ministerio de Defensa (MINDEF) ha sido determinado en S/.7.137 millones, muy por debajo del presupuesto de otros países limítrofes de la región, lo cual constituye una importante debilidad.

3.1.3 Principios cardinales

Hartmann (como se citó en D'Alessio, 2015) indicó que los principios cardinales son la base de la política exterior, es decir lo que debe hacer una nación para alcanzar sus objetivos. Los principios cardinales que indican cómo entender el comportamiento observado en el sistema del Estado son: (a) la influencia de terceras partes, (b) los lazos pasados y presentes, (c) el contrabalance de los intereses, y (d) la conservación de los enemigos.

Influencia de terceras partes. Las atenciones en el sector privado están aumentando junto con la mejora continua de la situación económica de la clase media emergente en las principales ciudades del país. Como consecuencia directa, se genera una mayor demanda por servicios de salud atendidos de manera inadecuada por el sector público y se aprecia interés de diversas empresas privadas por satisfacer la misma.

Lazos pasados y presentes. Debido a su ubicación geográfica, el Estado peruano tiene una larga historia de conflictos territoriales con Chile y Ecuador. Entre ellas la Guerra del Pacífico entre Perú y Chile, y la Guerra del Cenepa entre Perú y Ecuador. Sin embargo, y si se considera el Análisis Tridimensional de las Naciones y el interés compartido que estos tres países poseen como lo es la promoción de la competitividad del país y el desarrollo con equidad y justicia social, se pueden encontrar aspectos en común dignos de ser explotados para el bienestar de la región, sobre todo enfocándose en el sector salud, al ser de interés para el desarrollo social de los países.

Contrabalance de los intereses. Este principio analiza el balance de intereses entre el Perú y otros países. El conflicto latente que se mantiene con Chile por la propiedad del territorio marítimo es un claro ejemplo de que, aunque consten fallos de entidades como la Corte Internacional de Justicia de La Haya, siempre existirán intereses no satisfechos por parte de cada país. Por otro lado, Bolivia conserva un constante interés por salir al mar y continuamente ejerce presión política para buscar una respuesta y ayuda por parte del Perú. Para contrarrestar estos intereses opuestos, y a partir del Acuerdo Nacional, el Perú mantiene una política exterior fundamentada en la búsqueda de alianzas estratégicas en la región mediante la promoción de un clima de paz y seguridad en el ámbito regional, para evitar repetir los conflictos limítrofes del pasado.

Conservación de los enemigos. El país que genera mayor rivalidad para el Estado peruano es la República de Chile. Son numerosas las inversiones de empresas privadas chilenas en el Perú, principalmente en los sectores retail, energía, e industria. Al respecto, ComexPerú sustenta que los temas de interés de los inversionistas chilenos se encuentran ligados a la construcción, el sector hidroenergético, la minería, y el sector agropecuario (“Inversiones Chilenas,” 2015). Por su parte, el Perú también realiza inversiones en el país vecino. Así, se puede observar que existen intereses económicos de Chile en Perú por sus

inversiones y viceversa, por lo que el tema de los desacuerdos fronterizos puede tener alguna repercusión en el aseguramiento de las inversiones a futuro.

3.1.4 Influencia del análisis en las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Para poder desarrollar un planeamiento estratégico relacionado al sector salud, se deben considerar todas las variantes que influyen en el mismo. Si se toman como referencia los aspectos demográficos y económicos, se identifica una clase media emergente que requiere servicios de salud de calidad y que cuenta con los medios financieros para pagar por ellos. La salud es un derecho de todos los peruanos y un interés importante para el Perú. El Estado peruano está comprometido a impulsar el desarrollo humano integral y fomentar el acceso universal a los servicios de salud. Todas las propuestas de mejora del sector privado de salud por buscar satisfacer esta demanda y mejorar la calidad de vida de los peruanos, con servicios de calidad y a precios accesibles, serán valoradas y puestas en marcha. Asimismo, y de acuerdo con el Análisis Tridimensional de la Nación, el Perú comparte objetivos similares con países vecinos, por lo que se debe buscar la unión y la colaboración de todos ellos para mejorar el sistema de salud en cada país y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

3.2 Análisis Competitivo del País

A través del esquema que Porter presentó en su llamado Diamante de la Competitividad de las Naciones, se identifican claramente las cuatro fortalezas del poder nacional, que son: (a) las condiciones de los factores; (b) las condiciones de la demanda; (c) la estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas; y (d) los sectores relacionados y de apoyo (ver Figura 5); a su vez son los “cuatro ases del poker” que generan o crean ventajas para competir. Este modelo tiene relación con los análisis continental, nacional, de la región, o del Estado; junto a ellos también son parte importante el azar y el Gobierno (D’Alessio, 2015).

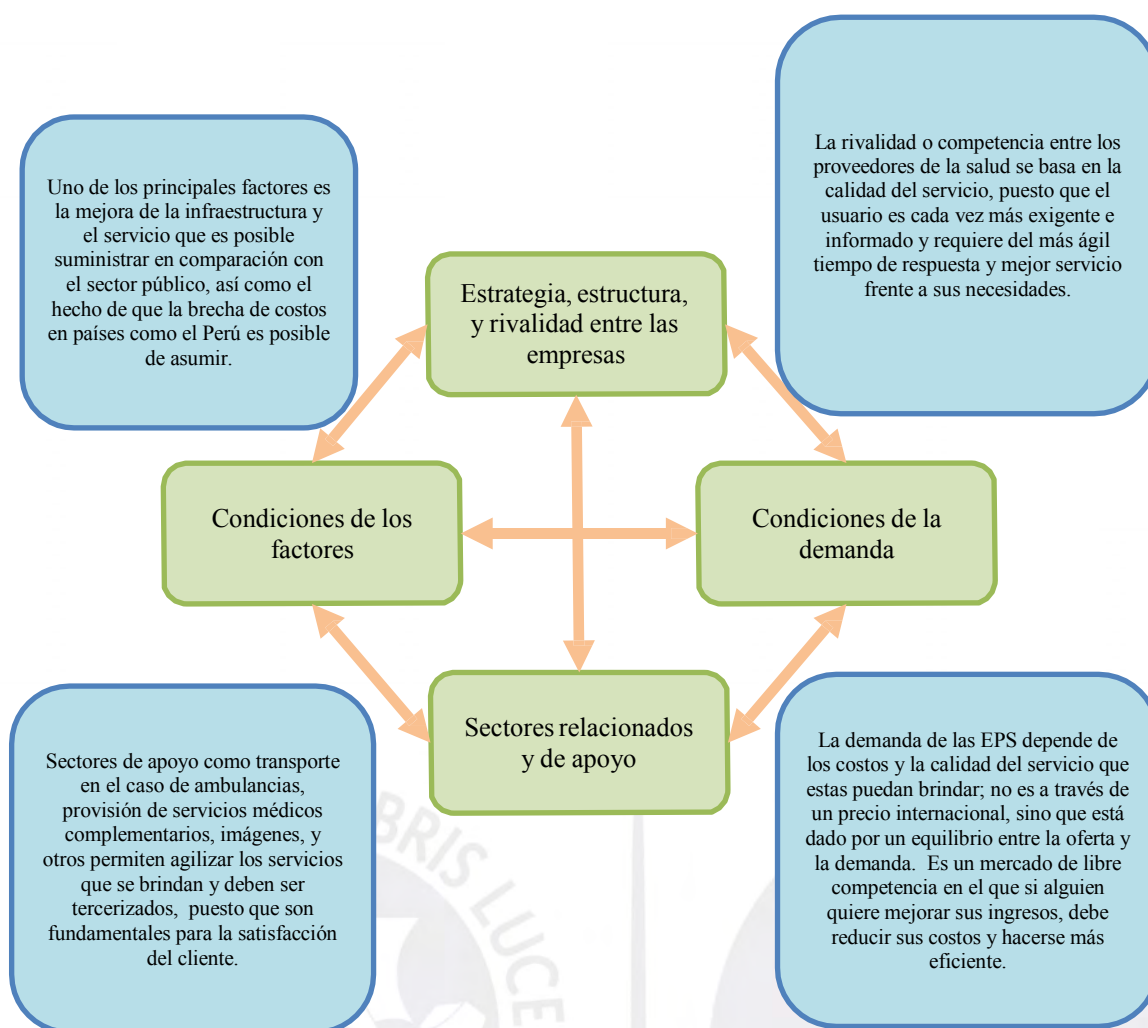


Figura 5. Diamante de la Competitividad Nacional de Porter aplicado para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

El Perú hasta 2013 ha sido uno de los países con menor presupuesto per cápita para el sector salud de la región (OMS, 2017b). Sin embargo en los últimos años, este presupuesto se ha estado incrementando para acortar la brecha de infraestructura existente, lo cual ha generado la construcción de numerosos hospitales no solo en Lima sino también, en diversas regiones del país. A pesar de ello, su presupuesto para gasto corriente no se ha incrementado en la misma proporción, lo cual ha generado una crisis en lo que a recursos humanos se refiere. Si se quiere que el Perú tenga mayor competitividad, no solo debe mantener el crecimiento en materia macroeconómica que ha estado obteniendo en estos años debido a su buen manejo durante los últimos Gobiernos, sino que sobre todo debe realizar las inversiones

en infraestructura que logren mejorar las condiciones tanto productivas como de distribución. Si la competitividad de un país está dada por el potencial de su industria, esta debe contar con las condiciones que le permitan desarrollarse de manera ventajosa.

En el Perú y en la región se considera a la salud como un gasto y no una inversión, es decir, no forma parte del crecimiento del PBI ni es un factor que genere riqueza; sino que es un factor necesario para mantener la estabilidad social del país. Por esta razón, los servicios de salud privada han estado incrementando su oferta en los últimos años, aunque todavía rezagados frente a la creciente demanda que cada año se incrementa en aproximadamente 12%. Debido a ello, la oferta ha comenzado a reaccionar y aumentar su capacidad instalada. Solo se requiere que el modelo de negocio pueda ser adecuado para que sea sostenible en el tiempo mientras mejoran las condiciones del mercado (G. De Losada, comunicación personal, 20 de junio, 2012). Según el Índice de Competitividad Global 2016-2017 del FEM (como se citó en Villabona, 2016), los países más cercanos a Perú son los que se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5

Ranking de Latinoamérica de Competitividad

País	Puesto en el ranking
1. Chile	33
2. Panamá	42
3. México	51
4. Costa rica	54
5. Colombia	61
6. Perú	67
7. Barbados	72
8. Uruguay	73
9. Jamaica	75
10. Guatemala	78

Nota. Adaptado de “Los 10 Países Más Competitivos en América Latina y el Mundo,” por J. Villabona, 2016, PANAMPOST. Recuperado de <https://es.panampost.com/julian-villabona/2016/09/28/los-10-paises-mas-competitivos-en-america-latina-y-el-mundo/>

3.2.1 Condiciones de los factores

Las condiciones están relacionadas a los factores de producción que posee cada país en función de sus ventajas competitivas y no comparativas, puesto que como sostuvo Porter, en las economías desarrolladas una nación no hereda, sino que crea los factores más importantes de la producción, así como unos recursos humanos especializados o una base científica. Están referidos al contexto de los factores de producción de un país como recursos, infraestructura, y demás bienes o servicios requeridos para la competencia en sectores determinados (D'Alessio, 2015).

Si se entiende el postulado de Porter, como la capacidad de las naciones de crear valor a través de su aparato productivo, generando ventajas antes que otras naciones, se tendría que asociar esta condición en el sector salud, a la capacidad que tiene el Perú de generar ventajas tanto en el ámbito de investigación médica en lo que a ciencia se refiere, como también en lo que a práctica médica, así como a la fabricación y creación de instrumental médico. Analizando la cantidad y calidad de investigaciones realizadas en el país, se aprecia que no es significativa comparada con otros países, en los que la salud es considerada una inversión como EE.UU., Canadá, Holanda, e Inglaterra, por nombrar algunos. Estos países producen un importante volumen de publicaciones y bibliografía médica a través de sus clínicas y hospitales debido a la alta diversidad de investigaciones que desarrollan (Azer, 2015).

Asimismo, la industria médica en el Perú no está desarrollada; por lo cual el instrumental utilizado en los hospitales y clínicas nacionales es importado. En lo que el Perú sí es competitivo, es en la práctica médica, puesto que los médicos peruanos son profesionales altamente calificados, con una intensa carga de práctica médica y con un costo bajo comparado con otros países. Este contexto ha generado que el Perú se convierta en un destino turístico de salud; por ejemplo, en los países de frontera como Chile, es común ver a

ciudadanos chilenos cruzando la frontera hacia Perú solo para realizarse chequeos y procedimientos médicos, los cuales son más caros en su país; asimismo se tiene un importante mercado potencial en otros países como EE.UU., por citar un ejemplo.

De acuerdo con datos de la consultora Euromonitor, el turismo médico es una industria que ha tenido un valor de US\$4,000 millones en 2014 y sería mayor a los US\$5,500 millones para 2019. México es mayormente el que explica parte de estas cifras. Colombia creció más que los demás países latinoamericanos entre 2009 y 2014. Los análisis de la consultora explicaron que, en Colombia, los viajes dentro del país y llegadas que tuvieron que ver con la industria de la salud se incrementaron de un total de US\$64.7 millones a US\$203.9 millones y en México el turismo médico aumentó de US\$1,453 millones en 2009 a US\$3,108 millones en 2014. Con ello, motivó el crecimiento del sector salud de toda la región; es así que el turismo de salud en Latinoamérica creció 103.9% en ese período, pasando de US\$1,996 millones a US\$4,009 millones (“Turismo Médico,” 2016).

Sin embargo Euromonitor proyecta, que para los siguientes cinco años, el crecimiento se desacelerará en este sector. En Latinoamérica, el turismo médico podría alcanzar un valor de US\$5,507 millones para 2019, alcanzando un crecimiento de 37.4%. El país con más relevancia será Ecuador, que tiene un mercado que llegaría a US\$4,205 millones al final de la década, con un 35% de crecimiento en cinco años. El estudio de Euromonitor enfatizó los gastos de viaje que tienen que ver con tratamientos médicos (i.e., alojamiento, transporte, y arriendo de vehículos), incluyendo los que tienen como finalidad cirugías estéticas o cosméticas. Los datos consignados no incluyen los gastos médicos en sí (“Turismo Médico,” 2016).

El Perú tiene un importante atractivo turístico debido a su cultura y ahora más que nunca debido a su gastronomía; razón por la cual, la combinación de turismo y salud convierten al país en un importante *jugador* dentro del mercado internacional.

3.2.2 Condiciones de la demanda

Se refiere al tipo de cliente hacia el cual está orientado el negocio o la industria; es decir, si el cliente es sofisticado, informado y exigente. Existen tres atributos que son significativos en la demanda (D'Alessio, 2015):

- Conocer el origen o cuál es la naturaleza de las necesidades de los compradores;
- Dimensionar qué tan grande y cómo es el crecimiento de la demanda interna; y
- Conocer los medios por los cuales los mercados internacionales asumen las preferencias domésticas de la nación.

La calidad es más importante que la cantidad de la demanda interna para determinar una ventaja competitiva, según Porter (como se citó en D'Alessio, 2015). En el Perú, la salud está desarrollada de una manera centralizada; es decir, los principales y mejores servicios de salud están en la capital y, en las provincias a pesar de los avances que se han hecho como por ejemplo en Cusco, la oferta de salud todavía es deficiente y un alta cantidad de centros médicos o clínicas no cubren los estándares mínimos requeridos por las aseguradoras para operar mediante convenios con estas; razón por la cual en el sector privado todavía se aprecia una marcada migración de pacientes de provincia hacia Lima para realizarse tratamientos y cirugías. Es así que a la mayor demanda de servicios de salud se suma el hecho que los usuarios del servicio son personas cada vez más informadas y con capacidad de acceder a mejores servicios, por lo que es un público objetivo más exigente y sofisticado.

En el cuarto trimestre de 2016 existía un total de 29'069,210 afiliados activos por IAFA, según el Registro de Afiliados (SUSALUD, 2016a). Esta cantidad de afiliados representa un desagregado dentro del cual están incluidos los afiliados a ESSALUD y a los distintos tipos de seguros privados; lo cual muestra cómo ha estado incrementándose el aseguramiento privado de los peruanos como consecuencia de la estabilidad y crecimiento de la economía del país y del deficiente servicio que presta el Estado debido al bajo presupuesto destinado al sector salud; lo cual ubica al Perú entre los países con menor presupuesto de la región.

3.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas

Son las condiciones en las cuales se desarrolla la industria en la nación, ya sea en materia legislativa, fomento a la inversión, libre competencia, si esta es fuerte o no, etc. Las estrategias y condiciones en las que se desarrolla cada industria en cada nación son distintas y no existe un sistema óptimo o apropiado para este efecto que sea absoluto (D'Alessio, 2015).

La estructura del país ofrece a los usuarios un deficiente servicio de salud pero también las condiciones ideales para el desarrollo de una oferta privada competitiva y de calidad, la cual se caracteriza por su agresiva competitividad e integración puesto que los seguros privados han comenzado hace algunos años a adquirir clínicas privadas para ofrecer a sus asegurados un mejor servicio y así convertirse en competidores de sus propios prestadores de salud afiliados. Este escenario ha llevado a que no solo las aseguradoras ofrezcan paquetes atractivos a los pacientes, sino que ahora son también las clínicas independientes las que han iniciado una oferta de aseguramiento particular en sus propios establecimientos que compiten con las EPS y otras del sistema tradicional.

Un factor adicional de referencia lo determina el fomento de las asociaciones público privadas (APP), por parte del Gobierno del Perú. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), las APP permiten acortar los plazos de ejecución de los proyectos. Los casos de Brasil (Estado de Sao Paulo), Perú (MINSA), y Chile muestran que con las APP se agiliza todo el proceso de inversión y se simplifica la licitación casi simultánea de los proyectos. Solo se puede obtener este tipo de resultados si se lleva a cabo un proceso estandarizado, políticas públicas que tengan continuidad, y un mercado dinámico para la ejecución de las APP. Es importante también contar con el apoyo político en el sector salud; puesto que las APP cuentan generalmente con plazos que normalmente exceden más de un periodo presidencial; por lo que los cambios de prioridades y enfoques que podrían haber entre un Gobierno y otro, implica que exista un alto riesgo de dejar sin continuidad los proyectos. Las APP que tienen contratos que aún no han sido adjudicados, poseen mayores probabilidades de paralizarse en la medida que la información sobre su desempeño sea escasa

y sobre todo no objetiva. Estas podrían quedar expuestas al debate político, ser encasilladas como “privatizaciones encubiertas”, e impactar a los usuarios con cobros adicionales o algunas exclusiones de servicios, desnaturalizando el origen de la APP (BID, 2016).

Las APP producen un marco de referencia para los procesos de inversión y los de operación tradicional. Los proyectos de APP pueden generar innovación en una variedad de ámbitos, como el tecnológico, de la gestión de contratos, o de gestión de la calidad. Estas prácticas nuevas se introducen normalmente dentro de los esquemas de inversión y gestión tradicional. También existe el caso en donde las entidades quieren transferir parte o la totalidad del riesgo al constructor; en ese caso se utilizan figuras como el: (a) E, *engineering* [ingeniería]; (b) EP, *engineering procurement* [ingeniería adquisición]; (c) EC, *engineering construction* [ingeniería construcción]; y (d) EPC, *engineering procurement construction* [ingeniería adquisición construcción].

El sector salud se ve obligado a modernizar su enfoque, su modo, y capacidad de gestión, empujados por la implementación de las APP. La idea es transferir al sector privado gran parte de las responsabilidades, de las cuales se hacía cargo el Estado a través de la compra directa de bienes y servicios, ya que esta actividad suele ser ejecutada por este con una visión a corto o mediano plazo; ello se convierte en tarea de las APP que toman el control parcial o total de la operación; por esta razón, el Estado pasa a tener un rol distinto, el de controlar, supervisar, y administrar los contratos, en lugar de ser un ejecutor y administrador. Esta situación requiere que el Estado incorpore a su administración nuevas habilidades y modelos de gestión (BID, 2016).

3.2.4 Sectores relacionados y de apoyo

Los sectores relacionados y de apoyo al sector salud están dados por aquellos que directa o indirectamente brindan servicios a esta industria como son, laboratorios, farmacias, proveedores de insumos y material quirúrgico, empresas que realizan exámenes auxiliares e imágenes, empresas de catering, de limpieza, de seguridad, etc.

La consultora Activas Partners sugiere a las compañías no alejarse de su negocio actual. Sin embargo, para aquellas que cuentan con capital disponible, existen algunas buenas alternativas dado que el sector salud se presenta atractivo. Por ejemplo, la demanda por servicios de cuidado para el adulto mayor, dentro y fuera de casa está en crecimiento. Las personas han aumentado su expectativa y calidad de vida. “Hay, además, grandes oportunidades en el mercado hospitalario y de cadenas de consultorios especializados en cirugía plástica, odontología, etc. Es buena idea, por ejemplo, un servicio delivery de diálisis, que puede funcionar en lugares como Máncora, Cajamarca o Trujillo”, refirió el socio de la consultora Niezen (Westreicher, 2015, párr. 7).

3.2.5 Influencia del análisis en las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Si bien el Perú ha estado creciendo de manera sostenida desde hace ya varios años, las brechas que se tienen heredadas en infraestructura, educación, y en salud principalmente son grandes; sin embargo, estas se están acortando con la participación activa del Estado, que está construyendo hospitales en diversas regiones del país, fomentando la participación del sector privado a través de las APP y de convenios como el plan Confianza. Este convenio según ESSALUD (2016), “es el Plan Institucional que nació con la finalidad de lograr garantizar que la atención de nuestros asegurados sea oportuna cuando su estado de salud lo requiera, bajo el principio de brindar una atención más humana, con calidad y calidez” (párr. 1), entre otros. Ello significa un importante reto para las EPS puesto que la migración a la capital se verá reducida por este factor y cada vez más la gente demandará servicios de salud de calidad al alcance de su bolsillo pero también cerca a sus lugares de residencia.

3.3 Análisis del Entorno PESTE

La auditoría externa permite identificar y evaluar con un enfoque holista, los factores del entorno que pueden afectar el desarrollo del sector analizado, con el objetivo de elaborar un planeamiento estratégico que permita tomar decisiones adecuadas a largo plazo,

aprovechando las oportunidades y mitigando las amenazas. El análisis comprende la evaluación de las fuerzas políticas (P), económicas (E), sociales (S), tecnológicas (T), y ecológicas (E) (D'Alessio, 2015).

3.3.1 Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P)

“Es de vital importancia determinar los procesos de poder y grado de influencia detrás de las políticas y regulaciones actuales y, a su vez, establecer si estas representan oportunidades o amenazas en la gestión del sector” (D'Alessio, 2015, p. 114).

Gobierno. Según el Banco Mundial (BM), a lo largo de la última década, el Perú se ha mantenido entre los países más atractivos para invertir debido a la estabilidad democrática y macroeconómica demostrada, generando un escenario de sólido crecimiento, el mismo que fue ratificado por la agencia de calificación de riesgo Moody's en octubre de 2016 al otorgar al país la calificación A3 (BM, 2017), como se muestra en la Tabla 6. La agencia recalcó la prudencia fiscal y políticas de mercado sostenidas en el tiempo. Sin embargo, señaló que se deben solucionar asuntos que amenacen la gobernabilidad, tales como la corrupción, burocracia, fragilidad del Poder Judicial, y la informalidad (“Moody's: La Calificación,” 2016).

Tabla 6

Calificación de Grado de Inversión (Comparación Latinoamericana)

País	S&P	Fitch	Moody's
Chile	AA-	A+	Aa3
Perú	BBB+	BBB+	A3
México	BBB+	BBB+	A3
Colombia	BBB	BBB	Baa2
Brasil	BB	BB	Ba2
Bolivia	BB	BB-	Ba3
Ecuador	B	B	B3
Argentina	B-	B	B3

Nota. Actualizado al mes de enero 2017. Tomado de “Riesgo Soberano,” por la Agencia de Promoción de la Inversión Privada-Perú (PROINVERSIÓN), 2017. Recuperado de <http://www.investinperu.pe/modulos/JER/PlantillaStandard.aspx?are=0&prf=0&jer=5794&sec=1>

Según Peruanos Por el Cambio (PPK), con respecto al sector salud, en el Plan de Gobierno del presidente Pedro Pablo Kuczynski, se traza como meta aumentar el gasto público en este sector de 2.2%, a través de ESSALUD, el MINSA, el SIS, y la Sanidad Policial y Militar; a 4%, a una tasa de crecimiento de 0.5% anual, con el objetivo de acercarse al 7.5% del PBI, promedio de gasto total (i.e., privado y público) de la región. Uno de los principales lineamientos estratégicos planteados para este sector, es la reorganización y financiamiento del sistema de salud con el objetivo de responder a las necesidades de la población y para lograrlo, se proyectan acciones estratégicas como la consolidación del SIS y el aseguramiento universal. La meta de esta iniciativa es alcanzar el 95% de cobertura con servicios públicos de salud como el MINSA, ESSALUD y Sanidades; manteniendo la gestión del SIS a cargo del MINSA, estableciendo un presupuesto acorde con el número de afiliados, y simplificando los procesos de afiliación y atención (PPK, 2015).

El presupuesto del sector salud para 2017 es de S/.13,776 millones, cifra que representa un incremento de 2.4% respecto a 2016. De acuerdo con lo señalado por las autoridades gubernamentales, se priorizará la mejora de servicios e infraestructura, así como el desarrollo de un sistema integrado de salud (“Presupuesto de Sector,” 2016).

Política económica. Según el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en el primer trimestre de 2017 el PBI solo creció 2.1%, debido al impacto negativo causado por el Fenómeno El Niño Costero y por la paralización de grandes proyectos de infraestructura, producto de las investigaciones por corrupción. Para contrarrestar los efectos adversos, actualmente se está implementando una política macroeconómica contracíclica que permita consolidar la recuperación de la economía peruana, aprovechando las proyecciones favorables del contexto internacional. Asimismo, se proyecta la recuperación de la inversión pública y privada. Se espera que el PBI crezca 2.8% durante 2017, se acelere a 4.0% en 2018, y consolide su crecimiento en torno a su potencial de 4.0% entre 2019 y 2021 (MEF, 2017).

Para 2018, el Poder Ejecutivo ha presentado ante el Congreso de la República, el presupuesto público por S/.157,159 millones; lo cual representa un incremento del 10.3% respecto a 2017 y un 21% del PBI, sustentado en un crecimiento proyectado de 4%. En el caso del sector salud, el presupuesto ascendería a S/.16,027 millones (ver Figura 6), lo que corresponde al 10.2% del presupuesto total propuesto y significaría un aumento de 16.3% respecto al monto destinado para 2017. Este presupuesto estaría destinado al aumento salarial para los trabajadores del sector, compra de suministros médicos, costo operativo para la atención de los más de 17 millones de asegurados, y también, para la mejora de la infraestructura sanitaria (Chávez, 2017).

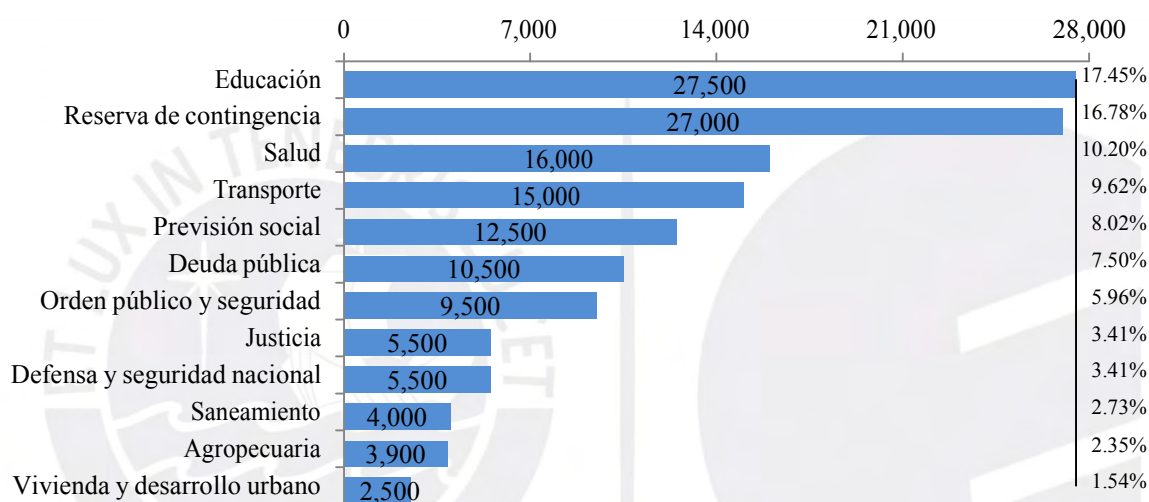


Figura 6. Presupuesto público 2018 (millones S/.).

El gobierno considera un total de 25 sectores. Tomado de “Presupuesto para Educación Crecerá 5%, Recursos para Salud Subirán 16% en 2018,” por L. Chávez, 2017, *SEMANAeconómica*. Recuperado de <http://semanaeconomica.com/article/economia/politica-fiscal/242047-presupuesto-para-educacion-crecera-5-recursos-para-salud-subiran-16-en-el-2018/>

Legislación del sector salud. De acuerdo con el Artículo 6 de la Ley 26790 (1997), los empleadores deben aportar el 9% de la remuneración de sus trabajadores a ESSALUD. Sin embargo, si estos ofrecen coberturas de salud a través de planes o programas contratados con EPS, los empleadores acceden a un crédito del 25% de sus aportes, siempre y cuando no exceda el 10% de la unidad impositiva tributaria (UIT) multiplicado por el número de trabajadores que gocen de la cobertura.

En marzo de 2009, el Congreso de la República aprobó la *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*, con el objetivo de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, estableciendo estándares obligatorios comunes para las instituciones aseguradoras (IAFA). Igualmente, la Ley 29344 estableció la creación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento de Salud (SUNASA), como entidad supervisora y sancionadora, velando por el acceso y regulación, financiamiento, prestación, y supervisión del aseguramiento (Cetrángolo et al., 2013).

Asimismo, en el Artículo 148 (Ley 29344, 2009) se establece que con el objetivo de asegurar el acceso de los afiliados a servicios de salud de calidad, las IAFA y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) pueden suscribir convenios o contratos de intercambio prestacional con las redes de atención públicas, privadas, o mixtas, bajo los criterios de complementariedad y subsidiaridad. En el caso de complementariedad, las IPRESS públicas, privadas, o mixtas prestan servicios correspondientes a los diferentes niveles de atención de acuerdo con su capacidad científica, tecnológica, financiera, y administrativa, de acuerdo con las condiciones que el MINSA establezca. El escenario de la subsidiaridad se da cuando debido a causas justificadas de orden técnico, sanitario, o financiero; los Gobiernos locales, las IAFA, o las IPRESS no pueden brindar cobertura o prestar los servicios de salud. En este caso el MINSA determina la fuente de financiamiento para cubrir los gastos, evitando así la desatención de la población afectada.

Finalmente, es importante mencionar que, en abril de 2017, el Pleno del Congreso aprobó el proyecto de Ley N°264, cuyo fin es garantizar la cobertura de enfermedades preexistentes en caso de migración de una EPS a un seguro privado de salud y viceversa (Reyes, 2007). Esta nueva regulación afecta directamente los costos operativos de las EPS.

Informalidad. Existen tres razones principales por las que siete de cada 10 empleados trabajan en condiciones de informalidad laboral en el Perú: (a) por libre elección, puesto que representa la oportunidad de obtener mayores ingresos económicos a corto plazo al no estar sujetos a los descuentos de ley; (b) la evasión, puesto que evita los costos de la

formalización de las empresas; y (c) la baja calificación del trabajador, situación que lo excluye de la posibilidad de conseguir un empleo formal. Sin duda, la informalidad es uno de los principales desafíos que el Perú debe superar para lograr un crecimiento económico que impacte positivamente en la mayor cantidad de ciudadanos, brindándoles la oportunidad de trabajar en condiciones dignas, respetando la totalidad de sus derechos laborales (“Tres Grandes,” 2017). Por otro lado hacia finales de 2016, se contabilizaron 6.6 millones de empresas informales, siendo los sectores agropecuario y pesquero aquellos con mayor incidencia (91%), seguidos por el rubro de restaurantes y alojamiento (40%), transportes y comunicaciones (36%), construcción (19%), y manufactura (10%). Asimismo, el 73.2% de la PEA trabaja en condiciones de informalidad (Saavedra, 2016).

Corrupción. Perú se encuentra en el puesto 101 de 176 en el Índice de Percepción de Corrupción 2016, dato que revela la razón por la cual el 48.1% de la población mayor de 18 años opina que la corrupción es el principal problema que afecta al país (Transparencia Internacional, 2016; “La Corrupción,” 2017). Y no es para menos, puesto que este mal le cuesta al Perú S/.12,000 millones anuales, cifra que asciende al 10% del presupuesto nacional por año. Además, a estos costos se debe agregar la carga que los 32,925 casos ligados a la corrupción representan para el Ministerio Público y el Poder Judicial al cierre de 2016. Los principales delitos ligados a este flagelo son peculado, colusión, negociación incompatible o aprovechamiento indebido del cargo, malversación, cohecho, y concusión; y los principales involucrados son las municipalidades distritales y provinciales, la Policía Nacional, los Gobiernos regionales, Ministerios, e instituciones de educación básica (“Perú Pierde,” 2017).

3.3.2 Fuerzas económicas y financieras (E)

“El análisis de las tendencias macroeconómicas, el riesgo-país, la evolución del PBI y el panorama de inversiones, es crítico para identificar las oportunidades y amenazas que afectan al sector pues impactan directamente en el poder adquisitivo de la población” (D’Alessio, 2015, p. 114).

Política monetaria. El BCRP (2017b) mantiene desde febrero de 2007 el rango meta de inflación entre 1% y 3%; sin embargo, desde marzo de 2015 hasta mayo de 2017, exceptuando los meses de julio y agosto de 2016, la inflación total (12 meses) se ha encontrado por encima del rango meta superior (ver Figura 7); lo cual ha obligado al BCRP a que se mantenga atento a la nueva información sobre la inflación y sus determinantes, con énfasis a lo referido a las expectativas de inflación y a la evolución de la actividad económica, para así continuar flexibilizando la posición de política monetaria a corto plazo.

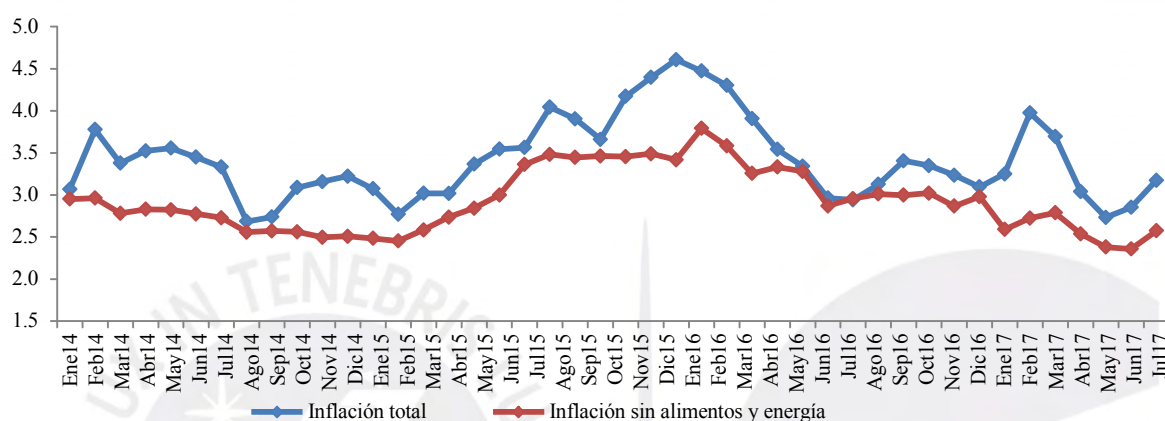


Figura 7. Inflación de 12 meses (%). Tomado de “Programa Monetario: Agosto 2017,” por el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), 2017b, p. 4. Lima, Perú: Autor.

Para conseguir el objetivo de inflación, el BCRP (2017b) ha estado disminuyendo la tasa de interés de referencia desde mayo de 2017 (ver Figura 8) en 50 puntos básicos (pb) desde 4.25% hasta 3.75%.

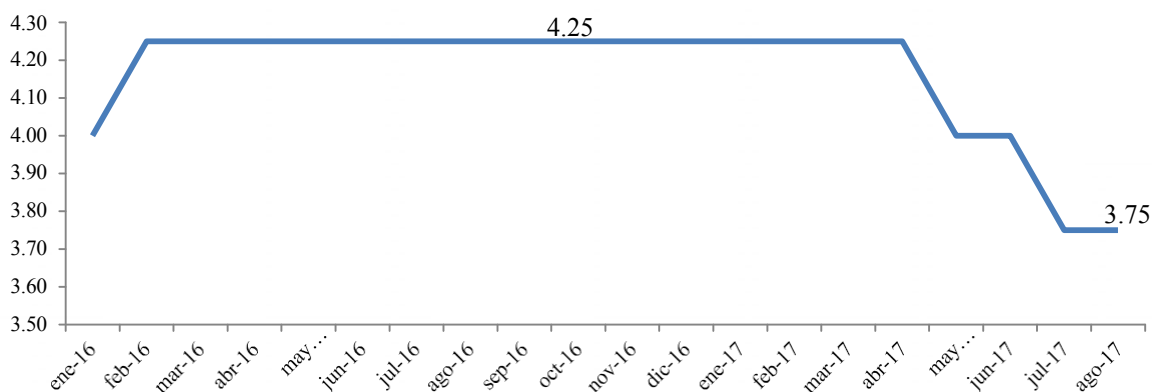


Figura 8. Tasa de interés de referencia nominal entre enero 2016 y agosto 2017 (%). * = Con expectativas de inflación. Tomado de “Programa Monetario: Agosto 2017,” por el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), 2017b, p. 2. Lima, Perú: Autor.

Actualmente, la economía peruana se encuentra en una fase de recuperación en donde se están aplicando políticas macroeconómicas contracíclicas (con enfoque en gasto público en infraestructura) para hacer frente a choques internos y externos que se dieron a inicio de año y apoyados por un contexto internacional favorable (relativa recuperación de países en desarrollo) (BCRP, 2017b). Tal como se indicó anteriormente, se espera que el PBI crezca 2.8% durante 2017, se acelere a 4.0% para 2018, y consolide su crecimiento en torno a su potencial de 4.0% entre el 2019 y 2021 (MEF, 2017). Por otro lado, considerando las expectativas de crecimiento, el BCRP (2017b) se mantiene muy activo y cauteloso al momento de definir su política monetaria, enfocándose en reducir el nivel de inflación y mantenerlo dentro del rango objetivo (ver Figura 9).

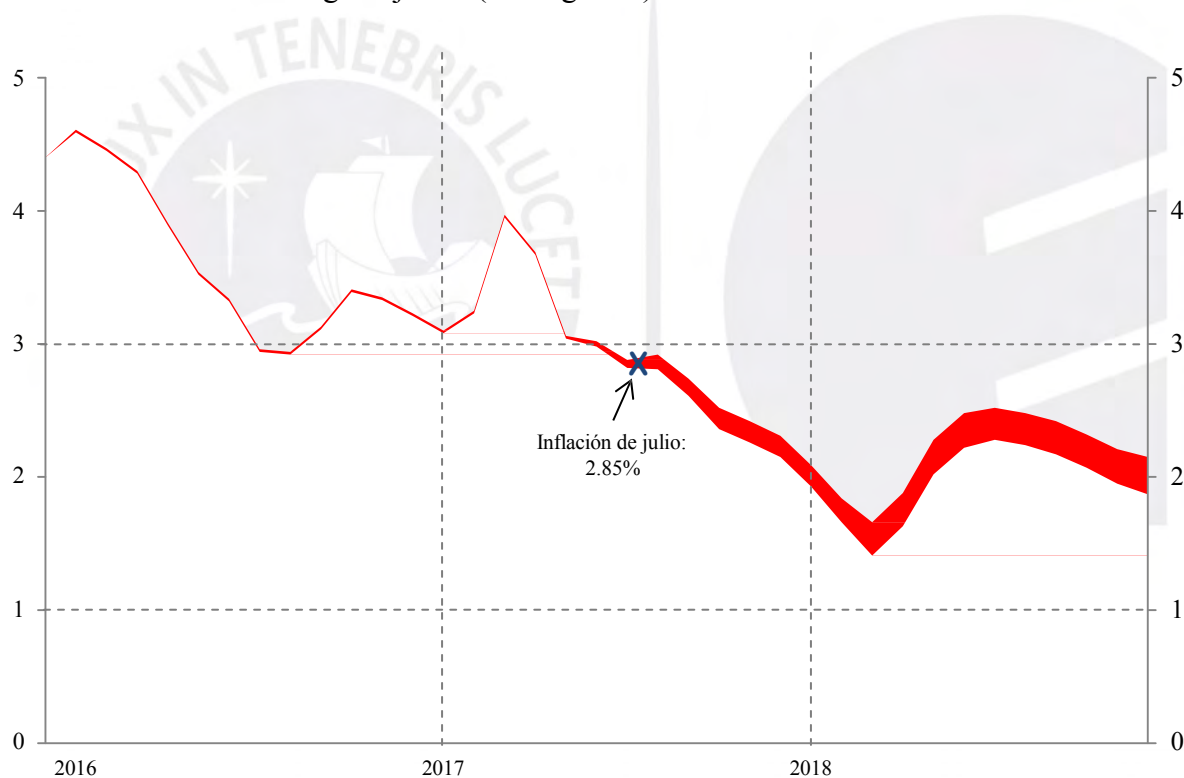


Figura 9. Proyección de la inflación^a, 2017-2018 (variación porcentual últimos 12 meses). Tomado de “Programa Monetario: Agosto 2017,” por el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), 2017b, p. 3. Lima, Perú: Autor.

^aReporte de inflación junio 2017.

En el *Marco Macroeconómico Multianual 2018-2021* (MEF, 2016), se detalla que el plan de recuperación se basará en tres pilares: (a) en el segundo semestre de 2017, con una

política fiscal expansiva por reconstrucción del norte y obras de infraestructura para los juegos Panamericanos; (b) para 2018, continuar la política fiscal expansiva (post Fenómeno El Niño y juegos Panamericanos) e impulsar a la inversión privada (destrabamiento de importantes proyectos nacionales); y (c) para los períodos 2019-2021, fomentar la inversión privada a través de mejoras en la calidad regulatoria y simplificación administrativa. Dentro de este marco, se ha priorizado reducir la brecha de infraestructura a través de la ejecución de proyectos de inversión. Según la Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (AFIN), la brecha de infraestructura en sectores estratégicos como transportes, vivienda, educación, salud, agricultura, e interior alcanza al menos US\$69,000 millones (35% del PBI de 2016). La brecha en salud representa el 12% de este total. La estrategia para cerrar gradualmente este déficit de infraestructura contempla mayores recursos fiscales que permitirán sostener un ratio de inversión pública sobre PBI de casi 6% hacia 2021. Se tiene también el Plan Integral de Reconstrucción con Cambios (PIRCC) que tiene una cartera de inversión por S/.23,338 millones que se ejecutará en tres años; lo que impulsará la actividad económica sobre todo de la zona norte del país. En la Tabla 7 se muestra la distribución del PIRCC, en donde se observa que lo destinado a salud asciende a S/.1,343 millones y significaría la construcción de 154 establecimientos de salud. La distribución de la inversión por regiones sería la siguiente: 41% se destinaría a la región Piura, 27% a la región Ancash, y 12% a la región Lima.

Según la Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (AFIN), en términos de salud existe una brecha muy grande en infraestructura entre Perú y países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés), mientras que en Perú se tiene 0.6 camas por cada 1,000 habitantes, en países de la OECD se cuenta con 3.2 camas por cada 1,000 habitantes (+433%) (AFIN, 2015), como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 7

Inversión Total por Sectores Económicos (Millones S/.)

Sector	Detalle	Monto	Participación (%)
Transporte	2,638 km de carretera 192 puentes 7,095 km de caminos departamentales	8,728	37.40
Prevención	Actividades y obras urbanas de mitigación de riesgo	5,446	23.34
Educación	1,444 locales escolares	2,408	10.32
Vivienda	45,613 viviendas	1,594	6.83
Saneamiento	Redes de agua y alcantarillado	1,389	5.95
Salud	164 establecimientos de salud	1,343	5.75
Agricultura	224 bocatomas 838 km de canales 269 km de drenes	1,239	5.31
Pistas y veredas	811 km de pistas y veredas 161 puentes urbanos	742	3.18
PMO/UEE	Fortalecimiento de capacidades institucionales de los ministerios y Gobiernos subnacionales	450	1.93
Total		23,338	100.00

Nota. PMO = Oficina de Dirección de Proyecto; UEE = Unidad Especial Ejecutora. Tomado de “Marco Macroeconómico Multianual 2018-2021,” por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), 2017, p. 45. Lima, Perú: Autor.

Tabla 8

Brecha Horizontal Según Tipo de Infraestructura (Unidades Físicas)

Infraestructura	Unidad	Perú	Alianza del Pacífico	Países asiáticos	OECD
Acceso a agua potable ^a	% de la población	5.7	8.3	8.6	13.5
Acceso a saneamiento ^b	% de la población	3.6	15.2	12.1	27.4
Telefonía móvil	Líneas por cada 100 habitantes	15.8	3.1	27.4	18.2
Banda ancha	Líneas por cada 100 habitantes	-0.9	5.6	12.5	25.0
Vías férreas	km por cada 1,000 habitantes	0.13	0.20	0.00	0.45
Vías pavimentadas	km por cada 1,000 habitantes	-0.56	0.11	1.18	8.58
Aeropuertos	Pasajeros por cada 100 habitantes	-5.5	15.0	114.9	188.3
Puertos	Millones de TEU (unidades equivalentes a 20 pies)	10.06	1.62	27.68	5.25
Energía	Mega Watts por habitante	0.600	1.033	3.311	8.948
Salud	Camas por cada 1,000 habitantes	0.6	0.2	0.4	3.2
Inicial	% de la población en edad relevante	-16.1	7.4	0.0	11.6
Primaria	% de la población en edad relevante	3.4	0.5	3.0	4.9
Secundaria	% de la población en edad relevante	-3.7	9.2	4.8	17.3
Hidráulica	% de tierra irrigada sobre el total de tierra agrícola	2.6	1.4	15.7	5.0

Nota. Tomado de “Un Plan para Salir de la Pobreza: Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025,” por la Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (AFIN), 2015, p. 86. Lima, Perú: Autor.

^aEl acceso a agua potable definido por el Banco Mundial considera tanto a conexiones dentro y fuera del hogar, como a pilones de uso público y agua de pozo.

^bEl acceso al servicio de saneamiento definido por el Banco Mundial considera tanto a conexiones dentro y fuera del hogar, como a pozos sépticos y pozos ciegos.

3.3.3 Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)

Las decisiones de los consumidores son influidas por las creencias, valores, actitudes, y estilos de vida, que a su vez son modelados por las condiciones sociales, culturales,

demográficas, étnicas, y religiosas de la sociedad. Es de alta importancia evaluar estos factores para entender las particularidades del entorno en el que se desarrolla el sector analizado (D'Alessio, 2015).

Desempleo. Un importante aspecto social es el desempleo y subempleo. Entre julio de 2016 y junio de 2017, la tasa de desempleo fue de 4.1%, superando el 3.7% del mismo período en el año anterior. Asimismo, la creación del empleo formal cayó 0.9% y el informal creció 4.2%; ello significa que existen 37,200 trabajadores menos que cuentan con los beneficios sociales que les corresponden por su labor. Mientras tanto en este mismo período, se incorporaron 332,600 trabajadores informales más, lo que significa un incremento de 4.2% de personas laborando en esta condición, según información estadística del INEI (como se citó en “Creación de Empleo,” 2017).

Respecto a la informalidad laboral, el Gobierno se ha trazado la meta de reducirla del actual 73% a 48% para 2021; es decir, reducir 800,000 puestos informales por cada uno de los siguientes cuatro años. Para lograr la reforma del régimen laboral, se deben plantear medidas que integren los aspectos legislativos, regulatorios, y judiciales, con el objetivo de reducir la rigidez y los altos costos que la formalización representa, según la Sociedad Nacional de Industrias (SNI) basado en cifras del INEI (como se citó en “SNI: Cada,” 2017). Es importante mencionar que la desaceleración de la economía incrementa el desempleo y el subempleo; lo que a su vez afecta a las EPS en cuanto a número de afiliados.

Sin embargo, a pesar de la tendencia al decrecimiento en la generación de empleo formal, existen cinco ciudades en las que la tasa de empleo formal ha presentado alzas: Ica, Cerro de Pasco, Piura, Paíta, y Huancavelica, con aproximadamente 14.7%, 13.8%, 11.7%, 6.7%, y 6.3% respectivamente. Las razones fundamentales del éxito de este crecimiento radican en la industria agrícola y su exportación, la construcción de obras de prevención contra el fenómeno de El Niño, y la participación activa del Estado, monitoreando el mercado laboral a través de obras públicas que generan más empleos, según datos del MTPE (como se citó en Alegría, 2017).

Población económicamente activa (PEA). La PEA en el Perú se estima en 17 millones de personas, de las cuales alrededor de 11 millones trabajan en condiciones de informalidad; lo que significa que no acceden a derechos como gratificaciones, compensación por tiempo de servicios (CTS), cobertura de salud, o pensión de jubilación. Respecto a la distribución por rango etario, el 48.4% fluctúan entre los 25 y los 44 años, el 33.9% tienen más de 45 años, y el 17.7% están entre los 14 y 24 años. Del total de la PEA, el 56.2% son varones y el 43.8% mujeres; estas últimas junto a los jóvenes se encuentran entre las poblaciones más vulnerables frente a la informalidad, especialmente aquellos que residen en zonas rurales y no cuentan con niveles de educación adecuados (“Solo el 28% de la Población,” 2017).

Transición demográfica. A lo largo de las últimas tres décadas, la tasa de crecimiento poblacional ha pasado de 2.8% anual en la década de los ochenta a 1.2% en 2010. Los datos indican que la tendencia a la baja se mantendrá en el tiempo y que hacia 2050 la tasa sería de 0.3%. Los principales factores que determinan la tasa de crecimiento de una población son: (a) la natalidad, (b) la mortalidad, y (c) los saldos migratorios. Respecto a la natalidad, se observa el descenso en la tasa de fecundidad global pasando de 6.85 hijos en la década los cincuenta a 2.6 por mujer en el período 2005-2010, así como la reducción en 78% de la tasa de mortalidad infantil, comparando los períodos 1980-1985 y 2005-2010. En relación a la tasa de mortalidad de la población, esta ha presentado un cambio, pasando de los 61.6 años en el período 1980-1985 a los 73.1 años en el período 2005-2010; al igual que el flujo migratorio, que creció en 89% entre 2005 y 2010 respecto al quinquenio 1980-1985 (ver Figura 10). La suma de estos tres factores ha originado la redistribución de las edades de la población, especialmente de aquellas en edad activa. Asimismo, es importante destacar que actualmente en el Perú se presenta el “bono demográfico”, fenómeno que ocurre cuando la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente, lo que incrementa el potencial productivo de la economía en la que se da (Cetrángolo et al., 2013).

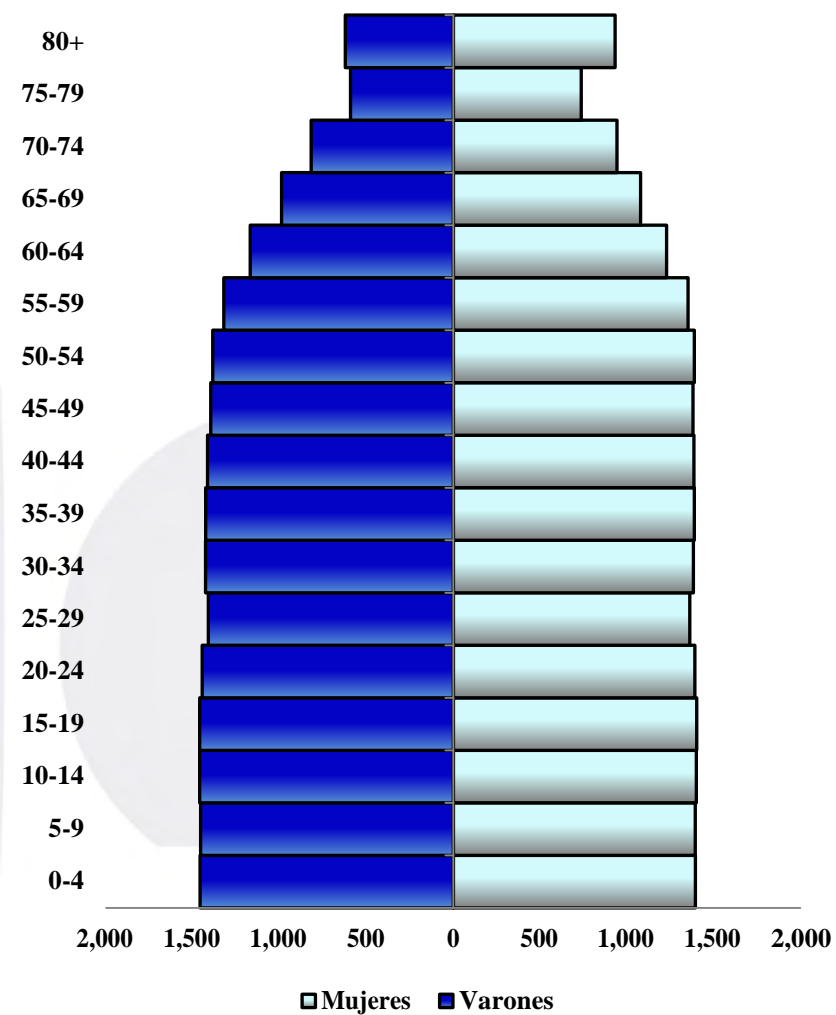
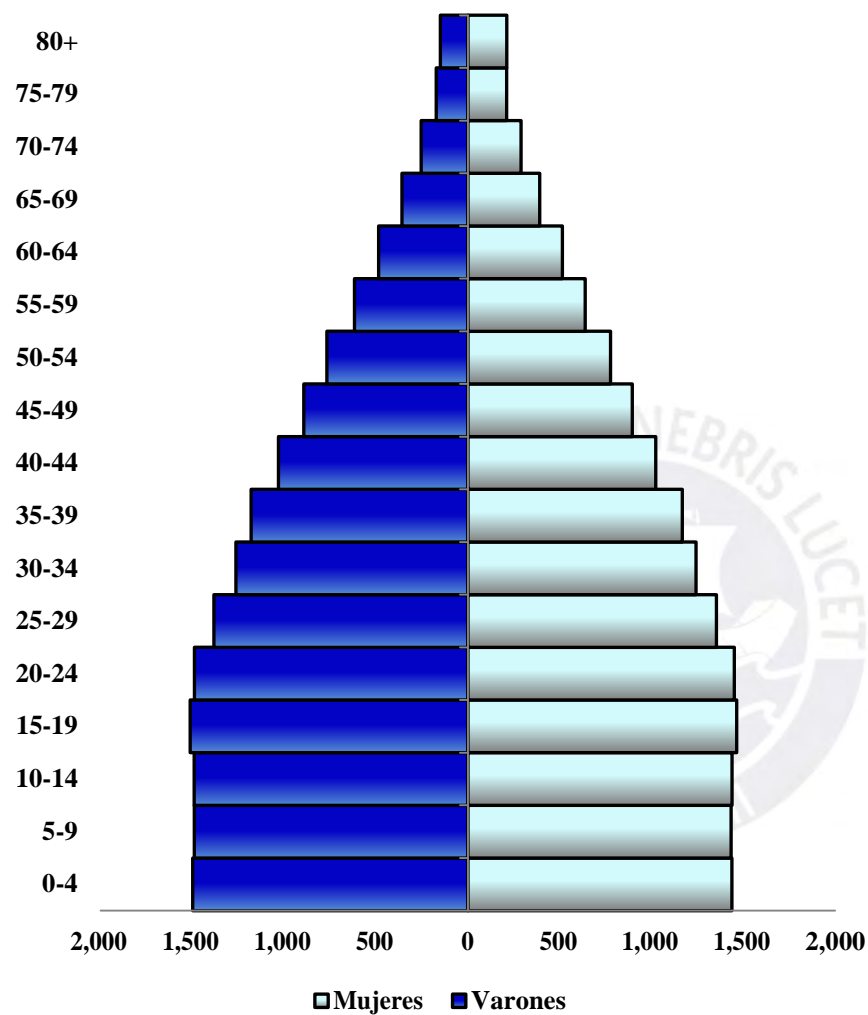


Figura 10. Pirámide poblacional 2015-2050 (miles de personas). Tomado de “Marco Macroeconómico Multianual 2018-2021,” por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), 2017, p. 100. Lima, Perú: Autor.

Distribución por niveles socioeconómicos (NSE). Entre 2013 y 2015, los NSE B y C en el Perú se han incrementado en 4% y 3% respectivamente. Asimismo, en este mismo período, el ingreso familiar declarado también ha crecido en 10%, pasando de S/.1,735 a S/.1,901. Ambos factores evidencian el aumento del poder adquisitivo de la clase media, lo que permite la activación del mercado, según el INEI (“Solo el 28% de la Población,” 2017).

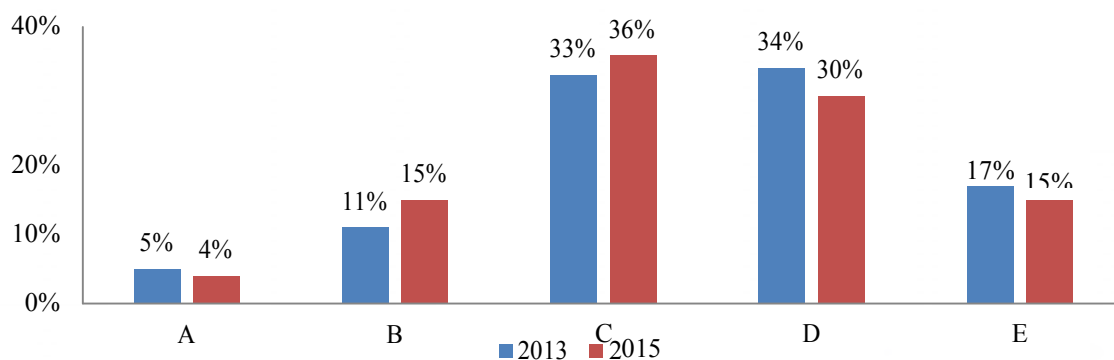


Figura 11. Evolución de la distribución de población por NSE entre 2013-2015 en el Perú.

Adaptado de “Arellano Marketing: Poder Adquisitivo de la Clase Media Creció,” 2015, *Perú21*. Recuperado de <https://peru21.pe/economia/arellano-marketing-adquisitivo-clase-media-crecio-193838>

3.3.4 Fuerzas tecnológicas y científicas (T)

“Las fuerzas tecnológicas y científicas impactan poderosamente en las industrias pues desafían el status quo del sector, convirtiéndose en fuente real de ventaja competitiva, modificando las reglas de la competencia y generando nuevas oportunidades de negocio” (D’Alessio, 2015, p. 116).

En 2017, se midió por primera vez la *competitividad digital*, como parte del Ranking de Competitividad Mundial, elaborado por la prestigiosa escuela de negocios: el Instituto Internacional para el Desarrollo Gerencial (IMD) de Lausana en Suiza. Este indicador mide la capacidad de los países en adoptar tecnologías digitales que promuevan la transformación de las prácticas gubernamentales, los modelos de negocio, y la sociedad en general. Se evalúan tres pilares: (a) conocimiento, (b) tecnología, y (c) preparación para el futuro. Perú ocupó el penúltimo puesto en este ranking, ubicándose en el puesto 62 de 63 naciones evaluadas, superando solo a Venezuela; lo que demuestra la carencia de competitividad en

concentración científica, estructura tecnológica, y actitudes adaptativas para el futuro e integración en tecnología de la información (“Perú Está en Penúltimo,” 2017; Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica [CENTRUM Católica] & IMD, 2017).

Por otro lado, se debe destacar que el MINSA está implementando la *telemedicina* como un nuevo modelo de atención que, utilizando la tecnología de la información y la comunicación, facilita la atención de médicos especialistas a distancia en tiempo real, superando las barreras geográficas. Para lograr su consolidación, se debe establecer el marco normativo, integrar el registro clínico electrónico, contratar especialistas, y establecer indicadores de gestión (MINSA, 2017). Otra importante iniciativa es el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, plataforma tecnológica que permite administrar las historias clínicas de los pacientes con la finalidad de que los servicios médicos, públicos, privados, o mixtos puedan acceder a la información integrada de atención médica del mismo, asegurando la continuidad de la atención y facilitando la interoperatividad en el sector salud (MINSA, 2013).

De acuerdo con datos de 2017, menos del 0.2% del PBI se destina a investigación y desarrollo (I+D), porcentaje inferior a Chile (0.4%), Argentina (0.6%), México (0.5%), o Brasil (1.2%). El Dr. Germán Valenzuela, presidente del Consejo Directivo de la Fundación Instituto Hipólito Unanue (FIHU), señaló que la escasa producción científica en el campo de la salud afecta la generación de valor y desarrollo (“Menos del 0.2% del PBI,” 2017).

Finalmente, las principales áreas de investigación en 2017 corresponden a proyectos de ingeniería y tecnología (38.2%), ciencias sociales (32.9%), ciencias naturales (29.2%), ciencias médicas y de la salud (28.9%), y ciencias agrícolas (24.6%) (“Perú Invirtió,” 2017).

3.3.5 Fuerzas ecológicas y ambientales (E)

“La conciencia ecológica y la conservación del medioambiente han cobrado relevancia para la toma de decisiones en las organizaciones pues impactan en aspectos

operacionales, legales, de imagen, comerciales y compromiso con la comunidad vinculada” (D’Alessio, 2015, p. 117).

El Perú posee una importante diversidad ecológica, debido a la amplia variedad de recursos naturales en su territorio. Sin embargo, como estos recursos traen consigo un alto ingreso, no son utilizados de manera responsable, desencadenando su reducción e incluso, colapso como fueron los casos del guano, la anchoveta, el caucho, entre otros (BM, 2007). Sin duda, ello impacta en la calidad de vida de las comunidades vinculadas a estos recursos.

Por otro lado, el Perú está expuesto a desastres naturales como sismos, deslizamientos, inundaciones, heladas, entre otros. Estos eventos representan un reto constante en el camino hacia el desarrollo, puesto que causan pérdidas económicas y sociales que afectan el bienestar de la población. Por ejemplo, los Fenómenos El Niño o La Niña significaron no solo perjuicios económicos por su repercusión negativa en infraestructura, agricultura, salud, saneamiento, y pesca; sino también, fallecidos y damnificados. El Perú es uno de los países más vulnerables al cambio climático debido a la baja capacidad de respuesta de la población, la inadecuada planificación urbana, entre otros. Algunos efectos negativos son el retroceso de los glaciares, lo que ha comprometido el 12% de la disponibilidad de agua en la costa, región que concentra el 60% de la población peruana y 80% del PBI. Las proyecciones indican que el Perú perdería un 4.5% de su PBI como resultado de los efectos del cambio climático hacia 2025 y de un 20% hacia 2050. Sin embargo, aún se pueden revertir. Con el objetivo de mitigar este impacto en el país, el Gobierno peruano plantea las Contribuciones Nacionales Determinadas, que incorporan el enfoque de riesgos climáticos en la formulación de proyectos de inversión pública, lo que permitirá ahorrar costos y mantener la competitividad en caso ocurran estos eventos (MEF, 2017).

3.4 Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)

La evaluación de factores externos a la organización permite identificar los determinantes de éxito definidos como sus principales oportunidades y amenazas, teniendo como base el análisis PESTE (D'Alessio, 2015). Esta evaluación que se resume en la MEFE (ver Tabla 9) para las EPS en el Perú, presenta 11 factores determinantes de éxito (i.e., seis oportunidades y cinco amenazas). El valor ponderado de 3.20, indica una respuesta por encima del promedio para el aprovechamiento de las oportunidades y la minimización de las amenazas; no obstante, existen oportunidades para mejorar el desempeño frente a los factores externos, lo que se puede conseguir optimizando la respuesta frente a las amenazas existentes. Entre las amenazas, una de las más importantes es el elevado nivel de empleo informal, lo que dificulta el acceso a los beneficios de esquemas colectivos de aseguramiento en salud privado. Por otro lado, una de las oportunidades más significativas es la demanda por servicios de salud inadecuadamente atendidos por el sector público, lo que determina que los asegurados que están en la posibilidad de asumir el costo del aseguramiento privado opten por afiliarse a EPS.

Tabla 9

Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE) para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Factor determinante de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Oportunidades			
O1. Servicios de salud inadecuadamente atendidos por el sector público	0.15	4	0.60
O2. Incremento del empleo formal en las principales ciudades del país: Ica, Cerro de Pasco, Piura, Paita, y Huancavelica	0.10	3	0.30
O3. Crédito al empleador respecto al aporte a ESSALUD cuando los trabajadores se afilian a una EPS	0.05	3	0.15
O4. Falta de priorización de la inversión en seguros	0.05	3	0.15
O5. Rápido avance y desarrollo de las nuevas tecnologías	0.05	3	0.15
O6. Ampliación de la infraestructura de la red de servicios de salud privada	0.05	4	0.40
Subtotal	0.50		1.75
Amenazas			
A1. Incremento de la siniestralidad	0.10	4	0.40
A2. Elevados niveles de empleo informal y bajas remuneraciones	0.15	2	0.30
A3. Aparición de nuevos competidores y productos sustitutos ligados al desarrollo tecnológico	0.10	3	0.30

A4. Modificaciones regulatorias que afectan la operatividad del negocio	0.10	3	0.30
A5. Mejoras en la calidad de atención brindada en la red de salud pública	0.05	3	0.15
Subtotal	0.50		1.45
Total	1.00		3.20

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

3.5 Las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú y sus Competidores

Las EPS compiten dentro de la industria de las IAFA, compuesto por IAFA públicas como el SIS y ESSALUD, privadas como las EPS, empresas de seguros y prepagas y mixtas como los auto-seguros. Al interior de la industria de las IAFA, existe un escaso nivel de competencia entre sus diferentes subsectores (i.e., público, privado, y mixto); no obstante que existe cierta sustitución entre los servicios que ofrecen (i.e., las IAFA están obligadas legalmente a ofrecer como mínimo el Plan Esencial de Atenciones en Salud [PEAS]). Las IAFA son una industria principalmente de ámbito nacional, por lo que la competencia con otros países también resulta escasa debido a los costos de transporte que encarecen el seguro. Por ejemplo, es posible contratar una póliza de salud prepaga que brinda prestaciones fuera de las fronteras del país; sin embargo, para hacer uso de la prestación, el asegurado debe asumir el costo de viajar, salvo las excepciones cubiertas por la póliza.

En la Tabla 10 se evalúan 10 aspectos importantes sobre la competitividad de las EPS en el Perú, mostrándose una tasa de crecimiento potencial de ellas de entre 6% y 9%, influenciada mayormente por el crecimiento económico del país. Esta evaluación señala que las EPS tienen niveles de competitividad rescatables y, por lo tanto, potencial crecimiento. Con relación a la atractividad de la industria, en la Tabla 11 se obtuvo un puntaje de 108 que indica que para una empresa dada la atractividad de la industria en general, se ubica dentro del rango promedio de 75 y 120 donde se encuentran la mayoría de empresas, como lo indicaron Rowe, Mason, Dickel, Mann, y Mockler (1994), existiendo por tanto, potencial para desarrollar estrategias para mejorar la posición dentro de la industria.

Ciclo de vida de la industria. Conocer la etapa del ciclo de vida en la que se encuentra la industria es importante para poder desarrollar las estrategias apropiadas (D'Alessio, 2015). Para hacer esta evaluación, se toma como referencia las 10 características del ciclo de vida que señalaron Rowe et al. (1994):



Tabla 10

Análisis Competitivo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

1. Tasa de crecimiento potencial de la industria

0% - 3%___	6% - 9% X__	12% - 15%___	18% - 21%___
3% - 6%___	9% - 12%___	15% - 18%___	>21% _

2. Facilidad de entrada de nuevas empresas en la industria

Ninguna barrera _____ X _____ Imposible de entrar

3. Intensidad de competencia entre empresas

Muy competitivo _____ X _____ Sin competencia

4. Grado de sustitución del producto

Muchos sustitutos _____ X _____ Ningún sustituto

5. Grado de dependencia en productos y servicios complementarios o de soporte

Alta dependencia _____ X _____ Independiente

6. Poder de negociación de los consumidores

Consumidores _____ X _____ Proveedores

7. Poder de negociación de los proveedores

Proveedores _____ X _____ Compradores

8. Grado de sofisticación tecnológica en la industria

Alto _____ X _____ Bajo

9. Régimen de innovación en la industria

Innovación rápida _____ X _____ Ninguna innovación

10. Nivel de capacidad gerencial

Gerentes capaces _____ X _____ Poco capaces

Nota. Tomado de "Strategic Management: A Methodological Approach (4th ed.) [Gestión Estratégica: Un Acercamiento Metodológico]," por A. Rowe, R. Mason, K. Dickel, R. Mann, y M. Mockler, 1994. New York, NY: Addison-Wesley.

Tabla 11

Análisis de la Atractividad para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Factor	Impulsor	Puntaje 0-10
1. Potencial de crecimiento	Aumentando o disminuyendo	8
2. Diversidad del mercado	Número de mercados atendidos	7
3. Rentabilidad	Aumentando, estable, decrecimiento	6
4. Vulnerabilidad	Competidores, inflación	6
5. Concentración	Número de jugadores	6
6. Ventas	Cíclicas, continuas	6
7. Especialización	Enfoque, diferenciación, único	8
8. Identificación de marca	Facilidad	8
9. Distribución	Canales, soporte requerido	8
10. Política de precios	Efectos de aprendizaje, elasticidad, normas de la industria	7
11. Posición de costos	Competitividad, bajo costo, alto costo	7
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
		108

1. Concentración de los competidores: Cuanto menor sea el grado de concentración, mayor es el grado de madurez;
2. Diferenciación de producto: Mayor madurez de la industria a mayor grado de diferenciación;
3. Barreras a la entrada: A menores barreras a la entrada, mayor grado de madurez;
4. Barreras a la salida: A mayores barreras a la salida, mayor grado de madurez;
5. Elasticidad precio de la demanda: Mayor madurez de la industria cuanto mayor es la elasticidad precio de la demanda;
6. Relación costos fijos a costos variables: Cuanto mayor es la relación de costos fijos a costos variables, mayor es el grado de madurez;
7. Economías de escala: A mayor generación de economías de escala, mayor grado de madurez;
8. Efectos de la curva de experiencia: A mayor volumen de producción, mayor grado de madurez;

9. Integración vertical: Mayor madurez, mientras mayor es la integración vertical; y
10. Riesgos del negocio: Cuanto mayor es el riesgo que se asume en el negocio, mayor es el grado de madurez.

Cada una de estas características puede ser valorada para determinar la etapa del ciclo de vida en la que se encuentran la industria de las IAFAS y sus subsectores. Se debe indicar que las etapas del ciclo de vida de una industria o un subsector son: (a) inicio, (b) desarrollo, (c) crecimiento, (d) madurez, y (e) declive (D'Alessio, 2015). La Tabla 12 arroja un valor de madurez de 2.2 para las IAFA públicas y 2.3 para las IAFA privadas y mixtas. Asimismo, la Tabla 13 indica un valor promedio de 2.21 para la industria de las IAFA, lo que indica que tanto la industria como sus subsectores se encuentran en la etapa de *crecimiento* dentro de su ciclo de vida. La misma situación se muestra en la Figura 12.

Por otro lado, en la Tabla 14 se muestra que para el caso de las EPS, quienes se encuentran dentro del ámbito de las IAFA privadas, estas obtienen un valor de 2.1, situándose también en una etapa de crecimiento dentro de su ciclo de vida. Se debe resaltar que las EPS son relativamente jóvenes, dado que tienen no más de 20 años de existencia en el país, siendo creadas a través de la Ley 26790 (1997).

Tabla 12

Factores Determinantes de la Madurez para la Industria de las IAFA en el Perú

Factor	Grado de madurez	
	Públicas	Privadas y mixtas
1. Concentración de los competidores	1.0	3.0
2. Diferenciación de producto	1.0	2.0
3. Barreras a la entrada	1.0	2.0
4. Barreras a la salida	4.0	1.0
5. Elasticidad precio de la demanda	1.0	2.0
6. Relación costos fijos a costos variables	2.0	2.0
7. Economías de escala	2.0	3.0
8. Efectos de la curva de experiencia	2.0	3.0
9. Integración vertical	4.0	2.0
10. Riesgos del negocio	4.0	3.0
Promedio	2.2	2.3

Nota. Escala para los ítems 1 al 5: 1. Inicio; 2. Desarrollo; 3. Crecimiento; 4. Madurez; 5. Declive.

Tabla 13

Valor de Madurez de la Industria de las IAFA por Subsectores

Subsector	Grado de madurez	Participación (%)	Promedio ponderado
IAFA públicas	2.2	90.4	1.99
IAFA privadas o mixtas	2.3	9.6	0.22
Total			2.21

Tabla 14

Factores Determinantes de la Madurez para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Factor	Grado de madurez
11. Concentración de los competidores	1.0
12. Diferenciación de producto	2.0
13. Barreras a la entrada	2.0
14. Barreras a la salida	1.0
15. Elasticidad precio de la demanda	2.0
16. Relación costos fijos a costos variables	2.0
17. Economías de escala	3.0
18. Efectos de la curva de experiencia	3.0
19. Integración vertical	2.0
20. Riesgos del negocio	3.0
Promedio	2.1

Nota. Escala para los ítems 1 al 5: 1. Inicio; 2. Desarrollo; 3. Crecimiento; 4. Madurez; 5. Declive.

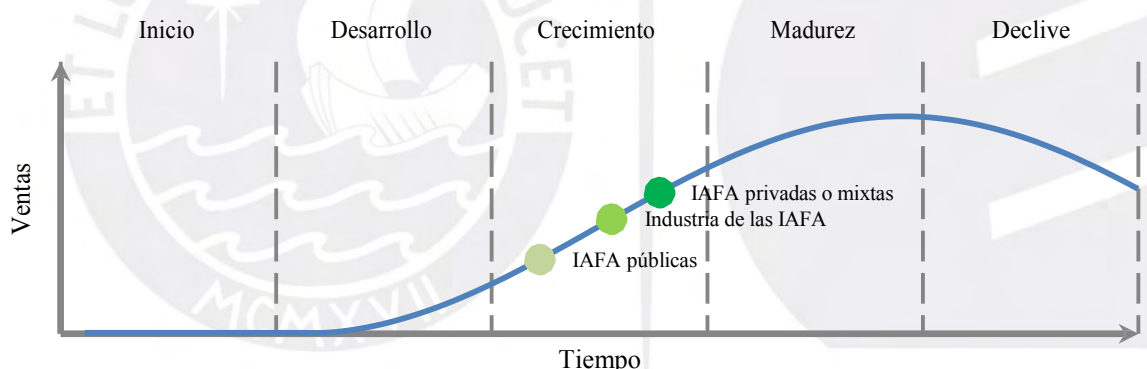


Figura 12. Madurez de los subsectores de las IAFA.

El análisis competitivo y de la atractividad de las EPS en el Perú, así como la determinación de la etapa del ciclo de vida en el que se encuentra esta industria, se derivan del estudio de las Cinco Fuerzas de Porter, donde un aspecto crítico es saber reconocer quiénes son los proveedores y compradores, identificar a los competidores actuales, así como a los potenciales entrantes y distinguir a los sustitutos, analizando en todos los casos la intensidad de cada fuerza (D'Alessio, 2015). En la Figura 13 se muestra el modelo de las Cinco Fuerzas Competitivas de Porter aplicado a las EPS en el Perú.

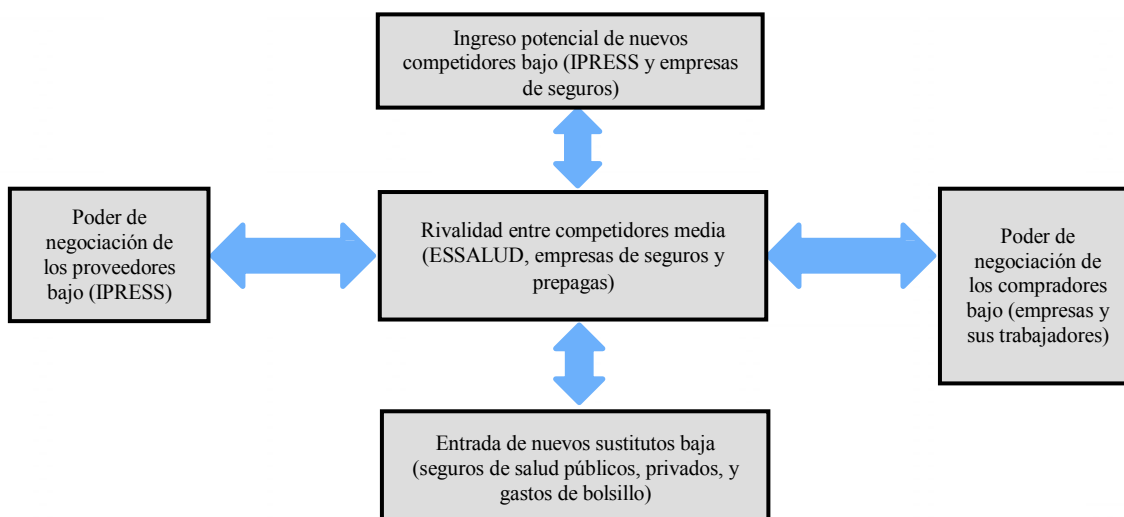


Figura 13. Modelo de las Cinco Fuerzas Competitivas aplicado a las Entidades Prestadora de Salud en el Perú.

3.5.1 Poder de negociación con los proveedores

Dentro de la industria de las IAFA, de la que forman parte las EPS, los principales proveedores son las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), quienes suministran las prestaciones establecidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y otros planes complementarios.

De acuerdo con el Artículo 7 del Decreto Legislativo N°1158, las IPRESS:

... son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud. (Decreto Legislativo N°1158, 2013)

Al finalizar 2015, SUSALUD reportó un total de 19,674 IPRESS, creciendo en un 10.2% respecto al número de establecimientos informados en 2014. En el caso de las IPRESS vinculadas a las EPS, en 2015 se registraron 4'235,765 consultas médicas, 91,796 egresos hospitalarios, 555,017 atenciones de emergencias, y 15,394 partos (SUSALUD, 2015). Las IPRESS por lo general atienden a segmentos sociales determinados según las

IAFA a las que prestan servicio y, dado su gran número, poseen un poder de negociación relativamente bajo.

3.5.2 Poder de negociación de los compradores

Los compradores en la industria de las IAFA son las instituciones o empresas y los afiliados. Al cierre de 2015 se registraron un total de 26'904,459 afiliados activos por IAFA, contándose 2'634,924 afiliados más que en 2014, lo que es explicado principalmente por el mayor número de afiliaciones en el SIS (999,622), ESSALUD (709,401), y Rímac Seguros (305,055). Debe notarse que las IAFA públicas representan el 90.6% de total de los afiliados en el ámbito nacional, de los cuales el SIS representa el 59.8%, y ESSALUD el 30.9%, mientras que por otro lado, las EPS solo el 2.8% de los afiliados al seguro regular (SUSALUD, 2015).

Los compradores en la industria de las IAFA tienen un poder de negociación relativamente bajo al encontrarse atomizados y no articulados, especialmente en el caso de las IAFA públicas. Asimismo, por ejemplo, la afiliación al seguro regular de ESSALUD es obligatoria para todo trabajador dependiente e implica un aporte de 9% de la remuneración del mismo y está a cargo del empleador, no existiendo posibilidad de negociación, salvo el crédito que reciben cuando sus trabajadores se afilian a una EPS. Por otro lado, en el caso de las IAFA privadas, sus afiliados tienen cierto poder de negociación, el cual dependerá principalmente del tamaño del grupo asegurado (i.e., mientras más grande el grupo asegurado, mayores posibilidades de negociación), como sucede con las grandes empresas.

3.5.3 Amenaza de los sustitutos

Los principales sustitutos de los seguros de salud brindados por las EPS son aquellos brindados por ESSALUD, dado que actualmente para poder afiliarse a una EPS es necesario aportar a la seguridad social a través de ESSALUD. No obstante, existen claras diferencias en la calidad de la prestación, observándose una mayor eficiencia en el servicio por parte de las EPS. Sin embargo, la diferencia entre la decisión de optar por una u otra alternativa, se explica por el hecho de a quién le corresponde asumir el pago de los aportes. En el caso de la

afiliación a ESSALUD, los aportes son asumidos íntegramente por las empresas empleadoras, mientras que en el caso de las EPS, los aportes en la mayoría de los casos son asumidos por los trabajadores afiliados. Ello demuestra por qué al cierre de 2015, ESSALUD contaba con 8'303,456 afiliados al seguro regular, mientras que las EPS solo 745,719 (SUSALUD, 2015). Evidentemente resulta más económico al trabajador, estar afiliado a ESSALUD, aunque con el detrimento de recibir una menor calidad en la atención, lo que puede explicarse en parte debido a que la contribución a la seguridad social en el Perú (9% de la remuneración de los trabajadores) está por debajo a la de varios países de la región.

Otros sustitutos son los seguros de salud privados, como aquellos brindados por las compañías de seguro y las prepagas, así como también por los gastos de bolsillo, de los cuales gran parte de ellos se destina para la compra de medicinas y servicios de diagnóstico que se encuentran fuera de los mecanismos de aseguramiento (Cetrángolo et al., 2013). Por lo tanto, la amenaza de los sustitutos es relativamente baja.

3.5.4 Amenaza de los entrantes

La amenaza de nuevos participantes en la industria de las IAFA está dada principalmente por las actuales compañías de seguro que manejan seguros de salud y que pueden diversificar su negocio constituyendo una EPS; como también podrían realizarlo algunas IPRESS que brindan servicio a las EPS.

En junio del presente año inició sus operaciones La Positiva EPS, perteneciente al Grupo de La Positiva Seguros (La Positiva Seguros, 2017), que anteriormente ya había participado en el mercado de las EPS a través de La Positiva Sanitas, en alianza estratégica con Colsanitas, grupo asegurador en salud colombiano. Sin embargo, esta asociación se terminó en 2015, observándose según SUSALUD (2015), una participación de mercado de 11.89% respecto al total de afiliados a las EPS.

Por otro lado, no resulta ilógico pensar que las IPRESS de mayor tamaño y reconocido prestigio que actualmente brindan servicio a las EPS, puedan incursionar en el ámbito de la administración de fondos a través de la constitución de sus propias EPS,

asociarse entre IPRESS para conseguir dicho fin, especialmente aquellas que ya operan en el esquema de prepagas, donde están desarrollando cierta experiencia que les puede ayudar en esta tarea; sin embargo históricamente no se ha observado evidencia de este tipo. Por lo tanto, la amenaza de los entrantes es relativamente baja.

3.5.5 Rivalidad de los competidores

Sobre el particular, es interesante notar que la industria de las IAFA, si bien es cierto cuenta con un número grande de competidores registrados (101 en total, al cierre de 2016), no deja de tener una alta concentración de afiliados en instituciones como el SIS y ESSALUD (SUSALUD, 2016a), como se muestra en la Tabla 15. No obstante, la competencia entre ellas es escasa, debido mayormente a la limitación que existe para la formación de precios en la prestación de los servicios, especialmente en el sector público, lo que dificulta el intercambio prestacional que permitiría que un afiliado en este último se pueda atender en el sector privado, financiando su prestación con el gasto que asumiría la institución pública por dicha prestación y asumiendo el asegurado la diferencia del costo en el sector privado de ser el caso.

Haciendo uso del Índice de Herfindahl y Hirschman (IHH), que es el indicador que se utiliza para conocer el nivel de competencia de una industria o sector (D'Alessio, 2015), se encuentra que para el caso de la industria de las IAFA, se obtiene un valor de 4,350 (ver Tabla 16), lo que confirma que se trata de un mercado que no es competitivo. Asimismo, aplicando este índice solo a las EPS, se obtiene que también se trata de un sector que no es competitivo, dado que el IHH fue 4.402, como se muestra en la Tabla 17. Sin embargo, si se retira del análisis a las principales IAFA del sector público (i.e., SIS y ESSALUD), por ser instituciones que dan un servicio subvencionado de modo que la competencia se dé principalmente entre las instituciones privadas dado que guardan características parecidas en términos de producto y prestación del servicio, se obtiene un IHH de 1,134 (ver Tabla 18), lo que significa que la competencia entre estas instituciones es moderadamente competitiva. Por lo tanto, la rivalidad de los competidores es relativamente media.

Finalmente, se observa una reducción en el porcentaje de la población sin seguro, dado que en 2011 alcanzó el 35.6%, mientras que en 2015 comprendió el 27.2% de la población, según la Encuesta Nacional de Hogares (como se citó en SUSALUD, 2015).

Tabla 15

Afiliados Activos por IAFA 2016

IAFA	Afiliados	Participación (%)
SIS	16'407,505	56
ESSALUD	9'874,390	34
SALUDPOL	443,109	2
ONCOSALUD	416,079	1
Pacífico EPS	405,536	1
Rímac EPS	371,066	1
Rímac Seguros	330,764	1
Pacífico Seguros	278,987	1
Cardif del Perú Seguros	78,389	0
La Positiva Seguros	73,932	0
FOSPEME	37,790	0
FOSAP	36,791	0
Clínica San Pablo	36,385	0
FOSMAR	35,979	0
Mapfre Seguros	34,529	0
CSALUD	32,814	0
Clínica Ricardo Palma	30,015	0
Sanitas Perú EPS	27,783	0
Mapfre Perú EPS	26,114	0
FEBAN	16,485	0
SEMEFA CMP	14,120	0
Clínica Good Hope	8,275	0
PAMF Petroperú	7,745	0
PAMEF SEDAPAL	7,438	0
FOPASEF	6,014	0
FESUNAT	5,192	0
Clínica San Borja	4,681	0
Clínica Anglo Americana	4,165	0
BCRP	3,383	0
CORPAC	3,208	0
Clínica san Judas Tadeo	2,494	0
MEF	1,274	0
MEDEX	1,207	0
Clínica el Golf	1,138	0
FESALUD	1,119	0
SIMA	970	0
ENAPU	832	0
Clínica Montefiori	572	0
Clínica Javier Prado	555	0
Ministerio de Comercio	239	0
Clínica Stella Maris	59	0
Clínica Centenario	57	0
Chubb del Perú Seguros	31	0
Total	29'069,210	100

Nota. Adaptado de “Boletín Estadístico (Cuarto Trimestre),” por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016a, p. 30. Lima, Perú: Autor.

Tabla 16

Índice de Herfindahl e Hirschman Aplicado a las IAFA

IAFA	Participación (%)	Participación ²
SIS	56.44	3,185.80
ESSALUD	33.97	1,153.86
SALUDPOL	1.52	2.32
ONCOSALUD	1.43	2.05
Pacífico EPS	1.40	1.95
Rímac EPS	1.28	1.63
Rímac Seguros	1.14	1.29
Pacífico Seguros	0.96	0.92
Cardif del Perú Seguros	0.27	0.07
La Positiva Seguros	0.25	0.06
FOSPEME	0.13	0.02
FOSAP	0.13	0.02
Clínica San Pablo	0.13	0.02
FOSMAR	0.12	0.02
Mapfre Seguros	0.12	0.01
CSALUD	0.11	0.01
Clínica Ricardo Palma	0.10	0.01
Sanitas Perú EPS	0.10	0.01
Mapfre Perú EPS	0.09	0.01
FEBAN	0.06	0.00
SEMEFA CMP	0.05	0.00
Clínica Good Hope	0.03	0.00
PAMF Petroperú	0.03	0.00
PAMEF SEDAPAL	0.03	0.00
FOPASEF	0.02	0.00
FESUNAT	0.02	0.00
Clínica San Borja	0.02	0.00
Clínica Anglo Americana	0.01	0.00
BCRP	0.01	0.00
CORPAC	0.01	0.00
Clínica san Judas Tadeo	0.01	0.00
MEF	0.00	0.00
MEDEX	0.00	0.00
Clínica el Golf	0.00	0.00
FESALUD	0.00	0.00
SIMA	0.00	0.00
ENAPU	0.00	0.00
Clínica Montefiori	0.00	0.00
Clínica Javier Prado	0.00	0.00
Ministerio de Comercio	0.00	0.00
Clínica Stella Maris	0.00	0.00
Clínica Centenario	0.00	0.00
Chubb del Perú Seguros	0.00	0.00
IHH		4,350.09

Tabla 17

Índice de Herfindahl e Hirschman Aplicado a las EPS

EPS	Afiliados	Participación	Participación ²
Pacífico EPS	405,536	48.83	2,384.41
Rímac EPS	371,066	44.68	1,996.29
Sanitas Perú EPS	27,783	3.35	11.19
Mapfre Perú EPS	26,114	3.14	9.89
IHH			4,401.78

Tabla 18

Índice de Herfindahl e Hirschman Aplicado a las IAFA Sin Incluir el SIS ni ESSALUD

IAFA	Afiliados	Participación (%)	Participación ²
SALUDPOL	443,109	15.90	252.73
ONCOSALUD	416,079	14.93	222.83
Pacífico EPS	405,536	14.55	211.68
Rímac EPS	371,066	13.31	177.23
Rímac Seguros	330,764	11.87	140.82
Pacífico Seguros	278,987	10.01	100.18
Cardif del Perú Seguros	78,389	2.81	7.91
La Positiva Seguros	73,932	2.65	7.04
FOSPEME	37,790	1.36	1.84
FOSAP	36,791	1.32	1.74
Clínica San Pablo	36,385	1.31	1.70
FOSMAR	35,979	1.29	1.67
Mapfre Seguros	34,529	1.24	1.53
CSALUD	32,814	1.18	1.39
Clínica Ricardo Palma	30,015	1.08	1.16
Sanitas Perú EPS	27,783	1.00	0.99
Mapfre Perú EPS	26,114	0.94	0.88
FEBAN	16,485	0.59	0.35
SEMEFA CMP	14,120	0.51	0.26
Clínica Good Hope	8,275	0.30	0.09
PAMF Petroperú	7,745	0.28	0.08
PAMEF SEDAPAL	7,438	0.27	0.07
FOPASEF	6,014	0.22	0.05
FESUNAT	5,192	0.19	0.03
Clínica San Borja	4,681	0.17	0.03
Clínica Anglo Americana	4,165	0.15	0.02
BCRP	3,383	0.12	0.01
CORPAC	3,208	0.12	0.01
Clínica san Judas Tadeo	2,494	0.09	0.01
MEF	1,274	0.05	0.00
MEDEX	1,207	0.04	0.00
Clínica el Golf	1,138	0.04	0.00
FESALUD	1,119	0.04	0.00
SIMA	970	0.03	0.00
ENAPU	832	0.03	0.00
Clínica Montefiori	572	0.02	0.00
Clínica Javier Prado	555	0.02	0.00
Ministerio de Comercio	239	0.01	0.00
Clínica Stella Maris	59	0.00	0.00
Clínica Centenario	57	0.00	0.00
Chubb del Perú Seguros	31	0.00	0.00
Total	2'787,315	100.00	1,134.34

3.6 Las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú y Sus Referentes

Las EPS cumplen un rol importante dentro del esquema de la seguridad social del Perú, facilitando el acceso a un esquema colectivo de aseguramiento en salud privado, con las ventajas que ello conlleva; es decir, acceder a un servicio de salud de mejor calidad que el que se suele encontrar a través del sector público, a pesar del carácter complementario de ambos.

En el sector privado se observan importantes avances en materia de inversión en infraestructura y tecnología, así como esfuerzos por estandarizar los protocolos de atención para generar un estándar de mejor calidad, como lo señaló Álvaro Chávez, gerente general de la Clínica Internacional. Sin embargo, se mantiene el reto de incrementar el acceso a una mayor cantidad de personas (“Qué Mejoras,” 2017). En ese sentido, resulta crucial revisar los avances en materia de aseguramiento en salud en otras partes del mundo para adaptar las mejores prácticas en el mercado peruano. Experiencias como las de Singapur, calificadas como una de las mejores del mundo por Bloomberg, pueden resultar de mucha utilidad, así como analizar la industria de la salud privada estadounidense, donde se desarrollan los principales avances tecnológicos en materia de salud, no obstante las críticas que existen sobre el particular (Bloomberg, 2014).

3.7 Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR)

La MPC permite identificar a los principales competidores de la organización, así como presentar sus fortalezas y debilidades, mientras la MPR permite analizar las organizaciones de referencia dentro de la misma industria o similares, no teniendo que competir necesariamente con ellas (D’Alessio, 2015). La MPC para las EPS en el Perú tiene nueve factores clave de éxito y considera a las empresas de seguros, prepagas y el Sistema Integral de Salud como sus competidoras (ver Tabla 19).

Tabla 19

Empresas Competidoras de las EPS en el Perú

Tipo	Nombre	
Empresas de seguros	ACE Seguros Cía. de Seguros y Reaseguros S. A.	
	CARDIF del Perú S. A. Cía. de Seguros y Reaseguros	
	El Pacífico Peruano Suiza Cía. de Seguros y Reaseguros S. A.	
	El Pacífico Vida Cía. de Seguros y Reaseguros	
	La Positiva Cía. de Seguros y Reaseguros	
	Mapfre Perú Cía. de Seguros y Reaseguros	
	Rímac Cía. de Seguros y Reaseguros	
	Interseguro Cía. de Seguros	
	Prepagas	Oncosalud S. A. C.
		Administradora Clínica Ricardo Palma S. A.
Clínica San Pablo S. A. C.		
Medicina Externa S. A.		
Clínica Javier Prado		
Centro Médico Clínica San Judas Tadeo S. A.		
Clínica Internacional S. A.		
Sistema de Administración Hospitalaria S. A. C. - Clínica El Golf		
La Esperanza del Perú S. A. - Clínica San Borja		
Csalud S. A.		

El valor de 3.34 (ver Tabla 20) coloca a las EPS en el Perú en el primer lugar entre sus principales competidores analizados. Los factores valorados con dos o menos, deben ser analizados para desarrollar estrategias creativas y para mejorar su posición competitiva. En la Figura 14 se muestra la dispersión de los valores de las industrias competidoras evaluadas en la MPC.

Tabla 20

Matriz de Perfil Competitivo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Factor clave de éxito	Peso	EPS		Empresas de seguros		Prepagas		SIS	
		Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1. Prestación de servicios de calidad	0.18	4	0.72	3	0.54	4	0.72	1	0.18
2. <i>Know-how</i> y experiencia	0.16	4	0.64	3	0.48	4	0.64	4	0.64
3. Accesibilidad	0.10	1	0.10	1	0.10	1	0.10	4	0.40
4. Infraestructura	0.10	2	0.20	2	0.20	2	0.20	2	0.20
5. Prestigio de las instituciones prestadoras de salud vinculadas	0.14	4	0.56	3	0.42	3	0.42	3	0.42
6. Uso de avances tecnológicos	0.06	4	0.24	3	0.18	3	0.18	2	0.12
7. Amplitud de oferta de servicios	0.08	3	0.24	3	0.24	2	0.16	1	0.08
8. Capacidad de manejo de costos	0.10	4	0.40	3	0.30	3	0.30	1	0.10
9. Adaptación al marco regulatorio	0.08	3	0.24	3	0.24	3	0.24	4	0.32
Total	1.00		3.34		2.70		2.96		2.46

La MPR para las EPS en el Perú presenta nueve factores de éxito como en el caso de la MPC y considera a las organizaciones que se muestran en la Tabla 21 como sus principales referentes.

Tabla 21

Organizaciones Referentes de las EPS en el Perú

Tipo	Organización
Sistema de salud de Singapur	Medifund
	Medisave
	Medishield
Empresas de seguros de salud de EE.UU.	UnitedHealth Group
	Anthem
	Aetna

El valor de 3.34 de las EPS en el Perú en comparación con el resultado de 3.82 para el caso de Singapur establece que todavía existe una distancia relativa con relación al país referente en materia de salud, así como también respecto al caso de EE.UU., como se muestra en la Tabla 22. En la Figura 15 se muestra la dispersión de los valores de las industrias competidoras evaluadas en la MPR.

Tabla 22

Matriz de Perfil Referencial para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Factor clave de éxito	Peso	EPS del Perú		Sistema de salud de Singapur		Empresas de seguros de salud de EE.UU.	
		Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1. Prestación de servicios de calidad	0.18	4	0.72	4	0.72	4	0.72
2. Know-how y experiencia	0.16	4	0.64	4	0.64	4	0.64
3. Accesibilidad	0.10	1	0.10	4	0.40	2	0.20
4. Infraestructura	0.10	2	0.20	4	0.40	4	0.40
5. Prestigio de las instituciones prestadoras de salud vinculadas	0.14	4	0.56	4	0.56	4	0.56
6. Uso de avances tecnológicos	0.06	4	0.24	4	0.24	4	0.24

7. Amplitud de oferta de servicios	0.08	3	0.24	4	0.32	4	0.32
8. Capacidad de manejo de costos	0.10	4	0.40	3	0.30	3	0.30
9. Adaptación al marco regulatorio	0.08	3	0.24	3	0.24	3	0.24
Total	1.00		3.34		3.82		3.62

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

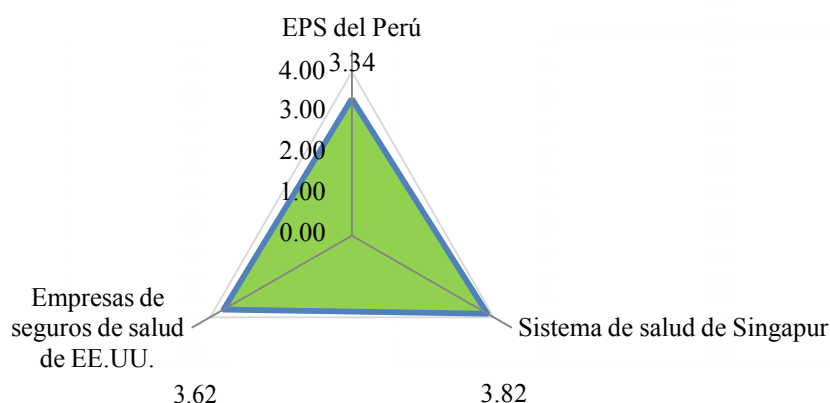


Figura 14. MPR para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú como gráfico de dispersión.

3.8 Conclusiones

El Perú hasta 2013, ha sido uno de los países con menor presupuesto per cápita para el sector salud de la región. Ello explica el deficiente servicio de salud que los ciudadanos reciben, pero también representa las condiciones ideales para el desarrollo de una oferta privada competitiva y de calidad.

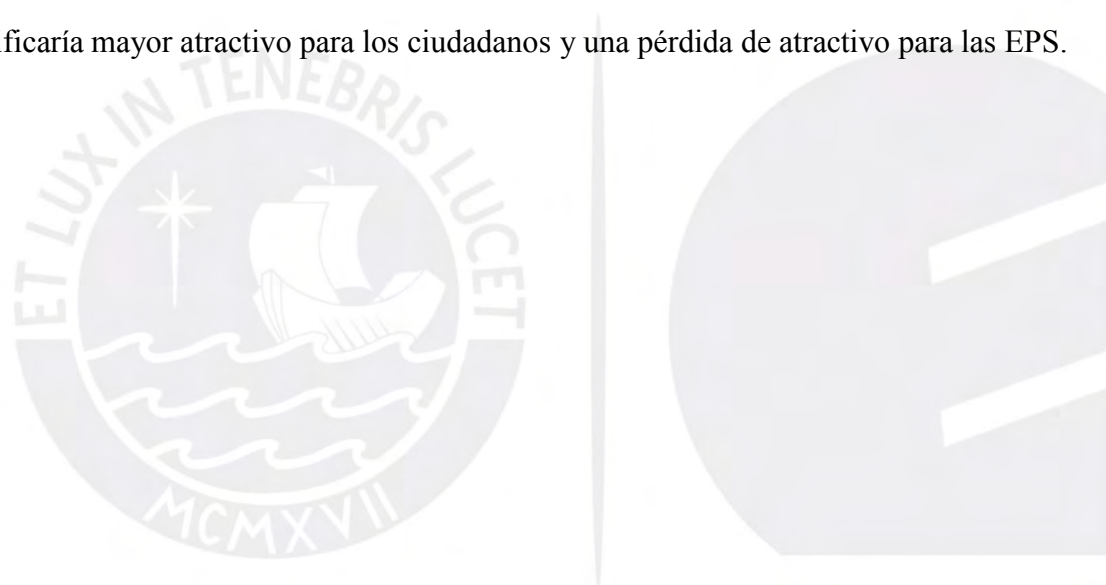
Asimismo, el incremento de la clase media en el Perú pasando de 44% a 51% entre 2013 y 2015, así como el aumento del ingreso familiar, significan una oportunidad para la penetración de los servicios ofrecidos por las EPS, puesto que al tener mayor capacidad adquisitiva, estos usuarios demandan servicios de mayor calidad y pueden pagar por ello.

Para aprovechar este escenario, las EPS deben incrementar su eficiencia, generando integración vertical a través de la compra de clínicas que les permitan reducir costos o ampliando la base de afiliados.

En este último caso, el principal desafío que el país enfrenta para el crecimiento de las EPS, es el desempleo y la informalidad laboral, puesto que restringe el universo de posibles afiliados al no gozar de los beneficios laborales de ley.

Por otro lado, es importante destacar que en las EPS existe una alta concentración de afiliados en pocos competidores, tanto en el caso de la industria de las IAFA, como en el de las EPS, lo cual conlleva a que se observe un escaso nivel de competencia en la prestación del servicio de salud.

Con respecto a las amenazas que las EPS enfrentan, las APP constituyen para el Estado, la oportunidad de incorporar a la administración pública nuevas habilidades y modelos de gestión eficientes que mejoren la calidad de los servicios prestados. Ello significaría mayor atractivo para los ciudadanos y una pérdida de atractivo para las EPS.



Capítulo IV: Evaluación Interna

En el presente capítulo se realiza el análisis interno de las EPS en el Perú, con el fin de plantear estrategias que potencien sus fortalezas y contrarresten sus debilidades. Según D'Alessio (2015), para lograr un análisis de estas características, lo primordial es identificar las capacidades particulares de una compañía, las mismas que representan sus fortalezas y que difícilmente podrán ser semejadas por la competencia. En ese orden de ideas, identificar estas ventajas competitivas supone avanzar un paso frente a la competencia en cuanto a las competencias distintivas, con la finalidad de desarrollar estrategias que aminoren las debilidades de la organización y logren transformarlas en fortalezas.

4.1 Análisis Interno AMOFHIT

Con el objetivo de desarrollar estrategias que permitan construir ventajas competitivas aprovechando las fortalezas y contrarrestando las debilidades, es crítico hacer una evaluación interna de las principales áreas funcionales del subsector. Según D'Alessio (2015), el análisis AMOFHIT es la herramienta que permite evaluar los factores o áreas funcionales que integran el ciclo operativo de un sector; en este caso de las EPS en el Perú. Estas áreas son: Administración y gerencia (A), Marketing y ventas (M), Operaciones y logística (O), Finanzas y contabilidad (F), Recursos humanos y cultura (H), Sistemas de información y comunicaciones (I), y Tecnología e investigación y desarrollo (T).

De igual manera, se deben analizar todos los grupos de interés vinculados al subsector y el rol que cada uno cumple en este, puesto que el progreso y mejora del negocio obedecerá básicamente de la interacción de estos grupos. Según D'Alessio (2015), la evaluación de las áreas críticas para la organización y de los recursos con los que dispone la misma, permite identificar si esta es capaz de crear valor desde el uso adecuado de los recursos y determinar las causas de los principales problemas para implementar las acciones correctivas necesarias.

En la Figura 16 se muestra el Ciclo Operativo de la Organización para las EPS en el Perú y la dinámica que existe dentro de la estructura organizativa de una compañía de esta industria.

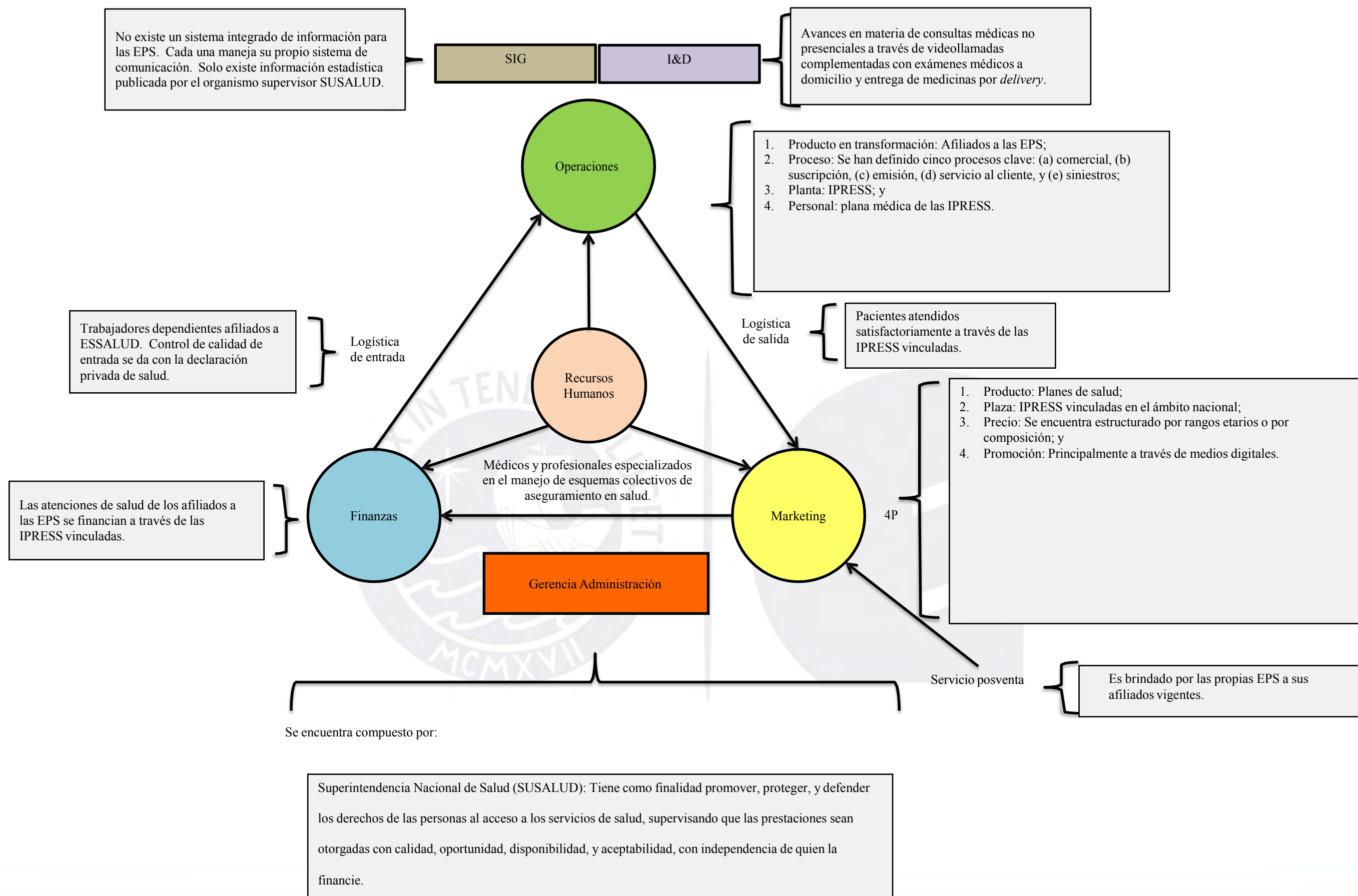


Figura 15. Ciclo operativo de la organización adaptado a las EPS en el Perú.
 Tesis publicada con autorización del autor
 No olvide citar esta tesis

4.1.1 Administración y gerencia (A)

La administración en el proceso operativo busca siempre aumentar la productividad para mejorar la competitividad en el sector o subsector industrial y en los diferentes mercados globales. La gerencia además de dirigir los temas operativos debe velar por los aspectos estratégicos, estableciendo así el rumbo de la organización; de la misma manera debe hacer frente a los cambios y a las crisis, asegurando la viabilidad mediante el uso y distribución de los recursos hacia cada área funcional, con la finalidad de cumplir con la misión de la organización. Las variables a considerar en la auditoría de la gerencia son (D'Alessio, 2015):

- Reputación de la Alta Dirección y sus gerentes;
- Efectividad y utilización de los sistemas de toma de decisiones y control gerencial;
- Prácticas de Gobierno corporativo transparente y responsabilidad social;
- Uso de técnicas sistémicas en el proceso de toma de decisiones;
- Calidad y experiencia del equipo directivo y de los directores;
- Estilos de liderazgo usados en los niveles gerenciales;
- Sistema de planeamiento estratégico;
- Gestión de la red de contactos; e
- Imagen y prestigio de la organización.

En el Perú la reputación de la Alta Dirección y sus gerentes en el sector público ha estado siempre cuestionada y frecuentemente mal entendida a pesar de su buen desempeño, pero este clima de crítica y desconfianza ha repercutido siempre la percepción que de ellas se tiene, a diferencia de las empresas privadas donde la gestión es menos burocrática y más especializada con directorios de carácter multidisciplinario y con un manejo alejado de los reclamos sindicales públicos, entre otros, a los que si está expuesta la gestión del Estado que en reiteradas veces debe solucionar problemas en lugar de gerenciar. Podría afirmarse que la reputación es un término subjetivo puesto que esta no es juzgada con un criterio de enfoque sistémico sino que se analizan los problemas como causales de efectos estancos y sin su injerencia real en el conjunto global de los problemas.

Rímac Seguros, Pacífico Seguros, y Mapfre son las entidades aseguradoras en el orden indicado con mejor reputación en el Perú, según el Ranking Merco de Reputación Empresarial realizado por la consultora Merco con el diario *Gestión*. Sin embargo, si se considera a todos los sectores de la actividad económica peruana, el panorama es diferente puesto que el puesto 16 es para Rímac Seguros, Pacífico Seguros (18), y Mapfre (54), según Latino Insurance (como se citó en Asesores de Seguros Individuales Asociados [ASIA], 2017).

La efectividad y utilización de los sistemas de toma de decisiones y control gerencial está mejor implementada en el sector privado puesto que el MINSA y ESSALUD por sus sistemas de control interno y su burocracia hacen que sea complicada y lenta la implementación de cualquier sistema de toma de decisiones y control gerencial. En cambio, en el sector privado su implementación es más rápida y eficiente. Se debe resaltar que dado los volúmenes de compra que se manejan en el sector salud, la corrupción de malos funcionarios del Estado está siempre latente.

El presidente ejecutivo de ESSALUD, Jorge Gabriel Del Castillo, se pronunció ante la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Congreso debido a los cuestionamientos que se han estado denunciando sobre irregularidades dentro de los hospitales del país. Se han estado recibiendo denuncias de todo tipo de casos de corrupción desde el inicio de una campaña de detección de ilícitos dentro de ESSALUD. Algunos de estos casos son: compras de bienes sobrevalorados, contratación de personas que no laboran en ESSALUD, cobros para otorgar puestos de trabajo, pago a proveedores sin mediación de contratos, y sobornos para adjudicación de proyecto de inversión (como se citó en “Denuncian Mafias,” 2017).

Estos hechos también afectan las prácticas de Gobierno corporativo transparente y responsabilidad social puesto que inciden directamente en los indicadores que para este fin se implementan, aunque es claro que por su naturaleza y según además el artículo 4 del título III

de la Ley 27604 (2001) del Decreto Supremo N°016-2002- SA que establece que todos los establecimientos de salud sin excepción, están obligados a prestar atención médica inmediata a toda persona en situación de emergencia, tienen mayor alcance en lo que a responsabilidad social se refiere, sin perjuicio de los también numerosos esfuerzos que el sector privado cada vez más realiza en favor de los sectores más necesitados y vulnerables.

En cuanto al uso de técnicas sistémicas en el proceso de toma de decisiones, es claro que existe una ventaja entre el sector privado frente al público, puesto que este último debe implementar políticas generales del Gobierno aplicadas al sector, no siempre acordes con las necesidades de este y con un presupuesto no autónomo a diferencia del sector privado que puede hacer uso de sus recursos y decisiones de forma autónoma y con un enfoque sistémico de su realidad. En ese sentido, aplicar un enfoque sistémico a la realidad del sector público no es imposible, pero si es un reto que podría emprenderse.

La calidad y experiencia del equipo directivo y de los directores es de primer nivel en ambos sectores con diversos estilos de liderazgo, pero con sistemas de planeamiento estratégico distintos puesto que el sector público maneja un presupuesto dedicado al gasto ya que no existe retorno posible puesto que es un servicio público muchas veces de subvención, a diferencia del privado que busca rentabilizar al máximo las inversiones que se van ejecutando. La estructura organizacional que maneja el sector privado es una en la que cada vez se privilegia más la integración hacia atrás de las empresas aseguradoras, quienes compran clínicas anteriormente constituidas por asociaciones de médicos, para tener un mejor control de los costos que representan las atenciones de sus afiliados, y con ellas adquieren también: los centros de diagnóstico por imágenes, laboratorios clínicos, servicios de farmacia, etc. Se debe indicar que algunas clínicas se mantienen independientes como la Ricardo Palma, San Pablo, San Felipe, entre otras en Lima, y la mayoría en las provincias, todas estas regidas por tres tipos de propiedad: (a) asociación de médicos, (b) grupos empresariales nacionales y extranjeros, y (c) las organizaciones sin fines de lucro.

En los últimos años estas clínicas han sufrido cambios en su administración que les han significado la supervivencia puesto que antes eran administradas por los propios médicos que las integraban, hasta que la competencia con las aseguradoras ha generado que estas opten por profesionalizar sus administraciones y delegar su Gerencia a profesionales expertos participando ellos solo a nivel de directores. Las EPS deben ante esta nueva realidad afinar sus visiones, misiones, y planeamientos estratégicos para que estén más acordes con un sector que si bien es cierto presenta grandes oportunidades de crecimiento también posee una variedad de retos por vencer.

4.1.2 Marketing y ventas (M)

El marketing tiene como principal labor, lograr que todas las acciones y decisiones de la organización se enfoquen en la satisfacción del consumidor, en cuanto a producto, comunicación, distribución, y precio; empleando herramientas como la investigación de mercados y el posicionamiento de productos (D'Alessio, 2015).

Producto. En el Perú compiten cuatro entidades prestadoras de salud, las cuales al cierre de 2016 concentraron 2.3 millones de afiliados. Pacífico S.A. EPS lideró el mercado con 37% de participación, seguido por Rímac S.A. EPS con 33%, Mapfre Perú S.A. EPS con 18%, y Sanitas Perú S.A. EPS con 13%. El subsector presentó un incremento de 7.7% (165,038) en la cantidad total de afiliados con respecto al cuarto trimestre de 2015, siendo Pacífico S.A. EPS la que logró captar al 43% de estos nuevos asegurados (70,358), Mapfre Perú S.A. EPS al 40% (66,498), y Sanitas Perú S.A. EPS al 24% (39,721), en detrimento de la participación de Rímac S.A. EPS que perdió 11,539 afiliados (SUSALUD, 2016a).

Las EPS ofrecen a los trabajadores dependientes acceso a redes de salud privadas, complementario a los servicios de ESSALUD, contratadas por el empleador. Estas brindan cobertura en las diferentes especialidades médicas para atención ambulatoria, odontológica, oftalmológica, hospitalaria, oncológica, programa de maternidad, emergencias, terapia física

y rehabilitación, salud mental, programas de prevención, entre otras; a través de diferentes redes de clínicas y centros médicos especializados. El asegurado debe hacer un copago y cubrir el porcentaje correspondiente por análisis y medicamentos.

Es importante destacar que la desaceleración de la economía, con el consiguiente incremento de las tasas de desempleo, significó un retroceso en la participación de mercado de las EPS y una oportunidad de crecimiento importante para los planes de salud propios de las clínicas privadas, según Total Market Solutions (TMS) (como se citó en “Por Qué la Facturación,” 2016). Asimismo, la informalidad del mercado también representa un obstáculo para el crecimiento de las EPS. Por ello, las aseguradoras han desarrollado nuevos productos estandarizados que permitan a las pequeñas y medianas empresas acceder a planes de salud, con el objetivo de ampliar el mercado, según el ejecutivo de Pacífico Seguros, Guillermo Garrido-Lecca (como se citó en Paan, 2017a).

Precio. En el subsector, se definen los precios principalmente en función del historial de los gastos de salud de cada grupo asegurado y su proyección para el siguiente periodo. Asimismo, se considera la composición etaria del grupo asegurado y su tamaño, este último factor es uno de los más importantes dado que determina la estabilidad de los precios de los planes de salud, y mientras más grande sea el tamaño del grupo asegurado, el gasto se distribuirá entre más personas y serán sostenibles mejores precios. Esto no significa sin embargo, que no existan posibilidades de aseguramiento para micro y pequeñas empresas, puesto que existen en el mercado alternativas que permiten asegurar a los trabajadores de diferentes pequeñas y medianas empresas (PYME) bajo un mismo plan único, formando un solo importante grupo de asegurados.

Como se muestra en la Tabla 23, los precios han crecido en 4.8% entre 2013 y 2016, siendo Mapfre Perú S.A. EPS la que presentó mayor incremento en sus precios, seguida de cerca por Pacífico EPS S.A., y Rímac S.A. EPS que ha mantenido sus precios con el menor porcentaje de variación.

Tabla 23

Aportes Regulares Mensuales Promedio por Asegurado (S/.)

Año	Entidad				
	Sistema de EPS	Sanitas Perú S.A. EPS	Mapfre Perú S.A. EPS	Pacífico EPS S.A.	Rímac S.A. EPS
2013	146	147	127	139	157
2014	153	141	140	148	161
2015	151	138	141	152	156
2016	168	157	157	171	162
Tasa compuesta de crecimiento anual (%)	4.8	2.2	7.3	7.2	1.1

Nota. Tomado de “Boletín Estadístico (Cuarto Trimestre),” por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016a, p. 50. Lima, Perú: Autor.

En este contexto, las clínicas privadas buscan competir con las EPS ofreciendo planes de salud propios (ver Tabla 24) con condiciones similares de cobertura. La ventaja de estos planes es que no dependen de la condición laboral del asegurado, por lo que son más estables en el tiempo. El inconveniente es que la atención se concentra en un solo establecimiento médico y limita las opciones de consultar con diferentes especialistas.

Tabla 24

Planes de Salud de las Principales Clínicas de Lima 2017

Clínica	Plan	Afiliación	Cobertura
Internacional	Tarjeta salud familiar	S/.45 anuales y S/.10 por dependientes	Hasta 25% en procedimientos médicos y laboratorio
San Pablo	Plan familiar platinum, gold, y plus	Desde S/.32 mensuales por persona	Hasta 85% en atención ambulatoria
Ricardo Palma	Plan salud	Desde S/.85 hasta S/.595 mensuales por persona	Hasta el 90% en atención ambulatoria
Maison de Santé (Sociedad Francesa de Beneficencia)	Programa tarjeta clásica, dorada, y diamante	Desde S/.49 mensuales por persona	Hasta el 90% en procedimientos y farmacia
British American Hospital (Clínica Americana)	Anglo salud	Desde S/.149 mensuales por persona	Hasta 90% en atención hospitalaria y 80% en atención ambulatoria
Tezza (Asociación Hijos San Camilo)	Tarjeta Tezza	Sin costo	Hasta el 50% en atención ambulatoria y 35% en laboratorio

Nota. Tomado de “Tarjeta Salud Familiar,” por la Clínica Internacional, 2017, recuperado de <https://www.clinicainternacional.com.pe/servicio/individual/tarjeta-salud-familiar/>; de “PlanSalud,” por la Clínica Ricardo Palma, 2017, recuperado de <http://www.crp.com.pe/PlanSalud/plansalud.html>; de “Plan Familiar San Pablo Salud,” por San Pablo Salud, 2017, recuperado de <http://www.sanpablosalud.com.pe/productos/plan-familiar-san-pablo-salud/>; de “Programas de Salud,” por las Clínicas Maison de Santé, 2017, recuperado de http://www.clubdelasalud.pe/index.php?option=com_promocion&controller=Ajax&view=lista; y de “Solo con Anglo Salud,” por la Clínica Anglo Americana, 2017, recuperado de <https://www.clinicaangloamericana.pe/anglo-salud/#coberturas>

Plaza. Como parte de la estrategia de diferenciación, las EPS buscan desarrollar redes de atención propias; por ello, los principales grupos empresariales que compiten en el subsector han decidido invertir en el desarrollo de infraestructura. Por ejemplo, la Clínica Internacional, perteneciente al grupo Rímac, está ejecutando un plan de inversión de US\$150 millones, que incluye la construcción de una nueva sede de atención hospitalaria en Surco, una torre de hospitalización en San Borja, la compra de la Clínica San Miguel de Piura en 2013 y en 2014 la construcción de la nueva sede ambulatoria en San Borja, y la inauguración de centros médicos dentro de las instalaciones de los Mall Aventura Plaza en Bellavista, Santa Anita, Trujillo, y Arequipa, según Alfredo Guerrero, director médico de la Red Ambulatoria de la Clínica Internacional (como se citó en Gálvez, 2016).

De igual manera, la Red SANNA de Pacífico Seguros, compuesta por las clínicas El Golf y San Borja en Lima, Belén en Piura, Sánchez Ferrer en Trujillo, y Del Sur en Arequipa, ha ampliado sus puntos de atención propia a través de dos centros clínicos ubicados en La Molina y Chacarilla, un nuevo formato para atenciones de baja complejidad, según Juan Carlos Salem, gerente general de SANNA (como se citó en García, 2017).

Promoción. En el Perú, la población no conoce los beneficios de contar con diferentes tipos de seguros en general y por ello, la principal estrategia de comunicación empleada por las aseguradoras es la de recordación de marca a través de campañas informativas enfocadas en dar a conocer estas ventajas a la población no usuaria, con el objetivo de ampliar el subsector. Guillermo Garrido Lecca, gerente general de Pacífico Salud EPS, indicó que tanto las empresas como las personas desconocen los costos reales de un seguro y las circunstancias en las que puede hacer uso del mismo (como se citó en Paan, 2017a). Además de la comunicación de marca, se trabajan en paralelo estrategias enfocadas en la obtención de nuevos clientes a través de campañas digitales para productos simples que, al no necesitar un esfuerzo intensivo en asesoría, pueden ser comercializados a través de televentas.

4.1.3 Operaciones y logística. Infraestructura (O)

Un aspecto que requiere una revisión integral es el que tiene que ver con la producción de bienes y/o servicios, desde la gestión de operaciones productivas en general, la logística integrada apropiada para el proceso operativo, hasta la infraestructura adecuada donde se lleva a cabo el proceso. El área de Operaciones desarrolla los procesos productivos de bienes y/o servicios, e involucra además a la logística, producción, mantenimiento, y gestión de la calidad, según el profesor Skinner de la Universidad de Harvard. Esta área es responsable de por lo menos el 75% de la inversión de la empresa, 80% de su personal, y más del 90% de sus costos; por lo tanto, la Alta Gerencia debe administrarla desde un punto de vista estratégico y no solamente operacional; es decir no solo importa que funcione sino cómo funciona, cómo mejorar el proceso para que sea óptimo; por ello su gestión es crítica y fundamental para el desarrollo y la competitividad de la organización (D'Alessio, 2015).

Es justamente en la búsqueda de optimizar el proceso productivo desde un enfoque gerencial a las operaciones, que las empresas públicas y privadas han estado implementando en el primer caso más capacidad instalada para atender a más pacientes y la segunda más y mejor tecnología para cubrir mayor área de acción tratando de optimizar el número de pacientes por unidad de tiempo y la cantidad de pacientes en ubicaciones remotas, puesto que cualquier inversión no es suficiente cuando se trata de maximizar la producción utilizando la menor cantidad de mano de obra, logística, materiales, métodos, mentalidad, medioambiente, maquinaria, y moneda.

Un ejemplo de este escenario es que SANNA implementará la telemedicina. En 2018 la red de centros de salud de Pacífico Seguros, contará con este servicio, sin ser esta su única apuesta en la tecnología digital, con la finalidad de atender a cada vez más pacientes y buscar mayores eficiencias. Otra mejora de SANNA es que está implementando la digitalización de sus procesos. En una primera etapa, la red de clínicas de Pacífico Salud ha adquirido equipos

digitales como tomógrafos por ejemplo, con los que podrán digitalizar las imágenes y resultados, lo que hará posible a su vez, la articulación a nivel de red, de sus historias clínicas. Juan Carlos Salem, su gerente general, refirió que implementarán un sistema de telemedicina con el cual crecerá la cobertura en el interior del país. Aunque este proyecto esta en su fase de desarrollo, es posible que este proyecto tenga resultados en 2018. Es importante precisar que la competencia no se ha quedado atrás y que competidores como AUNA y la Clínica Internacional están avanzando en la digitalización y la telemedicina siendo la Clínica Internacional propiedad de la compañía de seguros Rímac, la única que brinda el servicio de telemedicina actualmente. Asimismo, Salem refirió que están desarrollando aplicativos para sus pacientes y próximamente renovarán su página web, puesto que la multicanalidad será una apuesta a largo plazo. Si bien la mayor parte del presupuesto está destinado al crecimiento de la infraestructura y capacidad instalada, existe una partida no menor para la inversión en tecnología digital (como se citó en Paan, 2017b).

La industria de la medicina permanentemente requiere renovación y actualización de equipos, tecnología, y sistemas. La información sistematizada acerca de la implementación de nuevas tecnologías en el Perú y su renovación es escasa. Según Carlos Ricse, profesor de la Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico, aparentemente en el Perú no existe una renovación tecnológica que se pueda percibir claramente, aunque la mayor implementación, actualización, y renovación se realiza en el sector privado y en ese sentido el cáncer y las intervenciones quirúrgicas son las que más apoyo reciben. Dentro del Estado, ESSALUD es quien realiza el mayor aporte en ese sentido. Según Carlos Duarte, director del Centro Especializado en Reproducción Asistida Niu Vida, en su segmento la renovación y actualización de tecnología no puede detenerse y es permanente. Lo importante en estos casos es la mejora continua de los procesos que en buena cuenta es el principal aspecto del negocio. La consigna es invertir en nuevo conocimiento y tecnologías novedosas, las nuevas

adquisiciones que están en estudio son: (a) una nueva cabina de flujo y (b) microscopios de última generación. En la Red Auna están más enfocados en la seguridad del servicio, la efectividad de la práctica médica, y la agilidad de los procesos para generar una mejor experiencia a los pacientes; y a su vez, ha superado sus expectativas con la transformación digital que han implementado con la compra de equipos de última generación y con la capacidad de tener diagnósticos y tratamientos médicos oncológicos en realidad virtual con buenos resultados, dando paso a la construcción gradual de su “clínica digital” (como se citó en “Apuesta por la Innovación,” 2017).

Carlos Siverio Zaffiorio presidente del Directorio de Oftálmica, refirió que en su rubro la renovación y actualización de equipos y tecnologías se dan permanentemente y que el estándar peruano no tiene nada que envidiar al de Europa, EEUU, Asia, u Oceanía. La tecnología es buena pero requiere estar acompañada de una práctica médica adecuada, calificada, y experimentada, que pueda no solo operar los equipos sino también diagnosticar e implementar los tratamientos adecuados a cada caso y esto se logra solo con profesionales de primer nivel. Por su parte Carlos Ricse acotó que la implementación de nuevas tecnologías y software en la medicina está bien pero un buen elemento en la innovación es la mejora sustancial de los procesos; asimismo refirió que un país como el Perú con bajo gasto en salud debería implementar una inversión importante en tecnologías con mayor costo-efectividad y resaltó que la cobertura es apropiada para diferentes entornos socioambientales (como se citó en “Apuesta por la Innovación,” 2017).

Las EPS permiten a sus afiliados tener una mejor y más eficiente atención a sus requerimientos. Desde su creación, estas han evolucionado permitiendo al día de hoy ofrecer productos variados para cada tipo de usuario. Diversos trabajadores no consideran a las EPS por el mayor descuento al sueldo, sin detenerse a pensar en las ventajas y beneficios que estas tienen en términos de tiempo, oportunidad, calidad, y costo del servicio, así como de los

medicamentos. Gonzalo Caillaux, vicepresidente de Riesgos Humanos de Rímac Seguros, indicó que la razón más importante para que una persona opte por una EPS es el hecho de que la atención que se realice puede ser llevada a cabo en cualquier parte del Perú con un servicio de calidad y oportuno por toda la red de centros médicos afiliados en todas las provincias. En cambio en el caso de estar afiliados a la red de ESSALUD, está restringido solamente al servicio en los centros de salud y hospitales estatales, los cuales tienen su dinámica y sus complejidades de atención y servicio. Otra ventaja de las EPS como Pacífico es los chequeos médico-preventivos gratuitos; del mismo modo con las EPS se obtiene una mejor atención para todos los servicios médicos complementarios, ambulatorios, y de urgencias sin perder la cobertura de ESSALUD para los casos de mayor complejidad. Las consultas ambulatorias en las EPS van desde S/.25 hasta S/.100 y las hospitalizaciones están cubiertas hasta en el 95% del costo. Según SUSALUD, el número de afiliados a las EPS en el Perú al cierre del primer semestre de 2017 es de 837,000 (como se citó en “La Oferta de las EPS,” 2017).

En lo que se refiere a la logística hospitalaria, se debe indicar que la logística es la parte del proceso de gestión de la cadena de suministros que es la encargada de planificar, implementar, y controlar de manera eficiente y efectiva el almacenaje y flujo directo e inverso de los bienes y servicios y toda la información relacionada con estos, entre el punto de origen y el del consumo. Aunque la función del hospital es atender pacientes, internamente funciona una cadena de servicios logísticos que alimenta a todo el centro médico desde el mantenimiento de equipos, pasando por la lavandería y suministro de materiales, toallas y demás implementos médicos, medicinas, suministros, y servicios internos del mismo (“Logística Hospitalaria,” s.f.).

Para comprender mejor la logística hospitalaria, es mejor subdividirla en tres subsistemas de manera tal que se comprenda mejor su funcionamiento: (a) los subsistemas de aprovisionamiento adquisición de bienes y servicios; (b) los subsistemas de producción, que

se refiere a la recepción de mercaderías, almacenaje, y salida de envíos; y (c) los subsistemas de distribución, que son los sistemas de aprovisionamiento y transporte interno.

Frecuentemente, los intereses de estos subsistemas colisionan puesto que mientras a uno de ellos no le interesa tener grandes volúmenes de inventario de determinado suministro a otro sí le interesa comprar por volúmenes y no en pequeñas cantidades por aminorar los procesos y generar economías de escala. Los hospitales que ya implementaron su departamento de Logística están mejor administrados y las tareas que se manejan en él, son por ejemplo, el manejo de inventarios y la planeación tanto interna como externa del hospital (“Logística Hospitalaria,” s.f.).

4.1.4 Finanzas y contabilidad (F)

De acuerdo con D’Alessio (2015), el análisis interno involucra también la revisión del manejo de las finanzas y la contabilidad, teniendo como propósito evaluar la toma de decisiones de carácter económico y financiero de la compañía. Según SUSALUD (2016a), para cumplir dicha finalidad es importante analizar los estados financieros de las EPS, revisar los ingresos y los gastos, así como su impacto en los márgenes netos, considerando además la situación de la liquidez y la solvencia patrimonial. En tal sentido, se observa que al finalizar 2016 sus ingresos netos fueron de S/.1,974 millones, experimentando un crecimiento del 6.3% respecto al año anterior. Por su parte, el gasto más importante lo representaron las prestaciones por servicios de salud que ascendió a S/.1,631 millones con un crecimiento del 5.9% respecto a 2015 y que unido a los gastos de liquidación por prestaciones estableció un margen por prestaciones de salud de S/.339.1 millones que equivalió al 17.2% de los ingresos netos. Si a esto se le descuentan los gastos de afiliación, el resultado de operación se determina en S/.3 millones, es decir al 0.2% de los ingresos netos. Se debe descartar el resultado positivo de las inversiones en empresas relacionadas que ascendieron a S/.63.7

millones con un incremento del 23.1% respecto a 2015 y también la disminución de los gastos de inversiones y financieros en 10.8%.

Todo lo anterior determinó que el resultado antes de impuestos de 2016 fuera de S/.109.1 millones, es decir se obtuvo una mejora del 36.8% respecto al año anterior y la utilidad neta alcanzó la cifra de S/.80.5 millones con un crecimiento del 25.3%. Con este resultado se obtuvo una rentabilidad sobre patrimonio (ROE, por sus siglas en inglés) de 6.5%, superior al 5.5% de 2015, explicado por la mayor utilidad neta comparada con el patrimonio neto de las EPS en el Perú. Por su parte, la rentabilidad sobre activos (ROA, por sus siglas en inglés) se estableció en 4.5% superior al 3.7% de 2015, explicado por el mayor crecimiento de la utilidad neta comparada con el crecimiento del activo total (SUSALUD, 2016a).

Respecto a la liquidez corriente y efectiva de las EPS al finalizar 2016, se observó que alcanzaron niveles de 0.9 y 0.4 veces respectivamente, cifras superiores a las mostradas el año anterior (0.8 y 0.3 veces). Con relación a los activos de las EPS al 31 de diciembre de 2016, los más importantes están representados por los activos a largo plazo que constituyen el 72.7% del total, conformados principalmente por activos intangibles e inversiones inmobiliarias. Por otro lado, con relación al pasivo y patrimonio, el pasivo corriente representa el 28.8% de dicha estructura, mientras que el pasivo a largo plazo solo el 2.5% y el patrimonio neto 68.7%. Se debe señalar que el patrimonio neto de las EPS ascendió a S/.1,236.2 millones al finalizar 2016. Finalmente, se observó que el periodo promedio de pago de las EPS aumentó de 76.3 días en 2015, a 84 días al finalizar 2016, mientras que el periodo promedio de cobro se redujo de 36.7 en 2015, a 32.5 al concluir 2016. Además, se observó que el endeudamiento patrimonial de las EPS al final de 2016 fue de 0.474 veces, similar al mostrado en 2015 (SUSALUD, 2016a), como se muestra en la Tabla 25.

Tabla 25

Indicadores Económicos Financieros de la EPS en el Perú

Indicador	Definición	Unidad de medida	Dic.-15	Dic.-16
Liquidez				
Capital de trabajo	Activo corriente - Pasivo corriente	Millones S/.	-104.23	-26.32
Liquidez corriente	Activo corriente / Pasivo corriente	Veces	0.80	0.95
Liquidez efectiva	Caja, bancos + Valores negociables / Pasivo corriente	Veces	0.27	0.45
Liquidez ácida		Veces	0.73	0.87
Gestión				
Gastos técnicos y administrativos	Gastos técnicos y administrativos / Total aportes netos	%	18.51	17.82
Siniestralidad	Gastos por préstamos / Total aportes netos	%	82.32	82.03
Periodo promedio de cobro		Días	36.67	32.47
Periodo promedio de pago		Días	76.35	84.02
Participación de mercado		%	100.00	100.00
Rentabilidad				
Margen bruto		%	16.8	17.18
Margen operativo		%	-0.84	0.15
Margen neto	Utilidad neta / Total aportes netos	%	3.46	4.08
Rentabilidad sobre activos (ROA)	Utilidad neta / Activo promedio	%	3.86	4.51
Rentabilidad sobre patrimonio (ROE)	Utilidad neta / Patrimonio	%	5.61	6.68
Solvencia				
Solvencia patrimonial	Patrimonio efectivo / Margen solvencia	Veces	12.42	11.41
Cobertura de obligaciones técnicas	Total de inversiones elegidas aplicables / Obligaciones técnicas	Veces	1.12	1.06
Endeudamiento total	Pasivo total / Activo total	Veces	0.32	0.31
Endeudamiento patrimonial	Pasivo total / Patrimonio	Veces	0.47	0.46

Nota. Tomado de "Boletín Estadístico (Cuarto Trimestre)," por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016a, p. 69. Lima, Perú: Autor.

4.1.5 Recursos humanos (H)

Se denomina recursos humanos (RR. HH.) al trabajo en conjunto de los empleados o colaboradores de una organización respecto a la administración de la misma. Este concepto supone un sistema o proceso de gestión que se ocupe de atraer, seleccionar, contratar, formar, emplear, y retener al personal de la organización. Las diferentes actividades ligadas a esta gestión pueden ser lideradas tanto por una persona como por un equipo determinado junto a los directivos de la organización. Según Restrepo (2016), el objetivo primordial del equipo de RR. HH. es alinearse con la visión de la compañía e implementar la estrategia organizacional a través de la administración de las personas, los únicos agentes activos y eficaces capaces de generar cambios y lograr el éxito de la organización. Según Puchol (2007), la función de RR. HH. se inicia mediante un conocimiento previo y claro de la visión del negocio para luego desarrollar, a través de los departamentos de reclutamiento y selección, la contratación, capacitación, administración, y gestión del personal idóneo. Es fundamental administrar los activos de RR. HH. de forma eficiente para poder implementar la estrategia de la organización; para lo cual se deben considerar conceptos tales como la comunicación organizacional, el liderazgo, el trabajo en equipo, la negociación, y la cultura organizacional.

Al respecto, y pese a la toma de conciencia en el país respecto a la importancia de mejorar las prácticas de talento, el Perú sigue manteniendo una brecha entre la administración de recursos humanos y la gestión del talento. Las decisiones estratégicas de la mayoría de las EPS en el país no suelen estar ligadas con el manejo del talento. Sin embargo, es preciso señalar que el concepto de las áreas de RR. HH. en el Perú ha evolucionado a la simple administración de la nómina para transformarse en un área encargada de gerenciar talento y capital humano (Gaviria, 2013).

Con el pasar de los años, se puede apreciar un incremento en la cantidad de organizaciones que asignan un rol protagónico al área de RR. HH. al considerarla “socio

estratégico” del negocio para la toma de decisiones. La gerencia de RR. HH. ha reescrito su rol dentro de las organizaciones y ya no es suficiente ser empático con el negocio sino que deben involucrarse por completo, conocer a detalle la visión del sector y mantener una participación constante en las decisiones relativas al gerenciamiento de la empresa. Esta intervención por parte de RR. HH. debe ir acompañada de un soporte que justifique la toma de decisiones, según especialistas consultados por el diario *La Tercera de Chile* (como se citó en “Áreas de Recursos Humanos,” 2015). Por ello, la administración de recursos humanos relativos al personal de Operaciones y Logística dentro de las EPS conlleva una tarea fundamental puesto que estas áreas brindan soporte dentro de la organización y suponen el mayor apoyo para el planeamiento y administración de los demás recursos que posee la Alta Gerencia. Como se muestra en la Figura 17, en una EPS en el Perú se establecen áreas especializadas para analizar el producto a ofrecer en el mercado y las mejoras continuas que pueden implementar durante el ciclo de vida del servicio brindado.

Asimismo, la responsabilidad que recae sobre el personal médico elegido para brindar el servicio, es crucial para mantener (a) la satisfacción de los clientes en cuanto a la atención y calidad esperadas y (b) la fidelidad respecto a la compañía EPS elegida.

4.1.6 Sistemas de información y comunicaciones (I)

La gestión de la información es crucial para la toma de decisiones dentro de la organización puesto que permite corregir oportunamente los problemas que se puedan suscitar en áreas funcionales clave (D’Alessio, 2015). Las EPS utilizan sistemas de información digitales, como los de planificación de recursos empresariales (ERP, por sus siglas en inglés), que les permiten gestionar de manera eficaz la información sobre pólizas vigentes y compartirla con las clínicas afiliadas, así como con los corredores de seguros, para garantizar la calidad de atención para el asegurado.

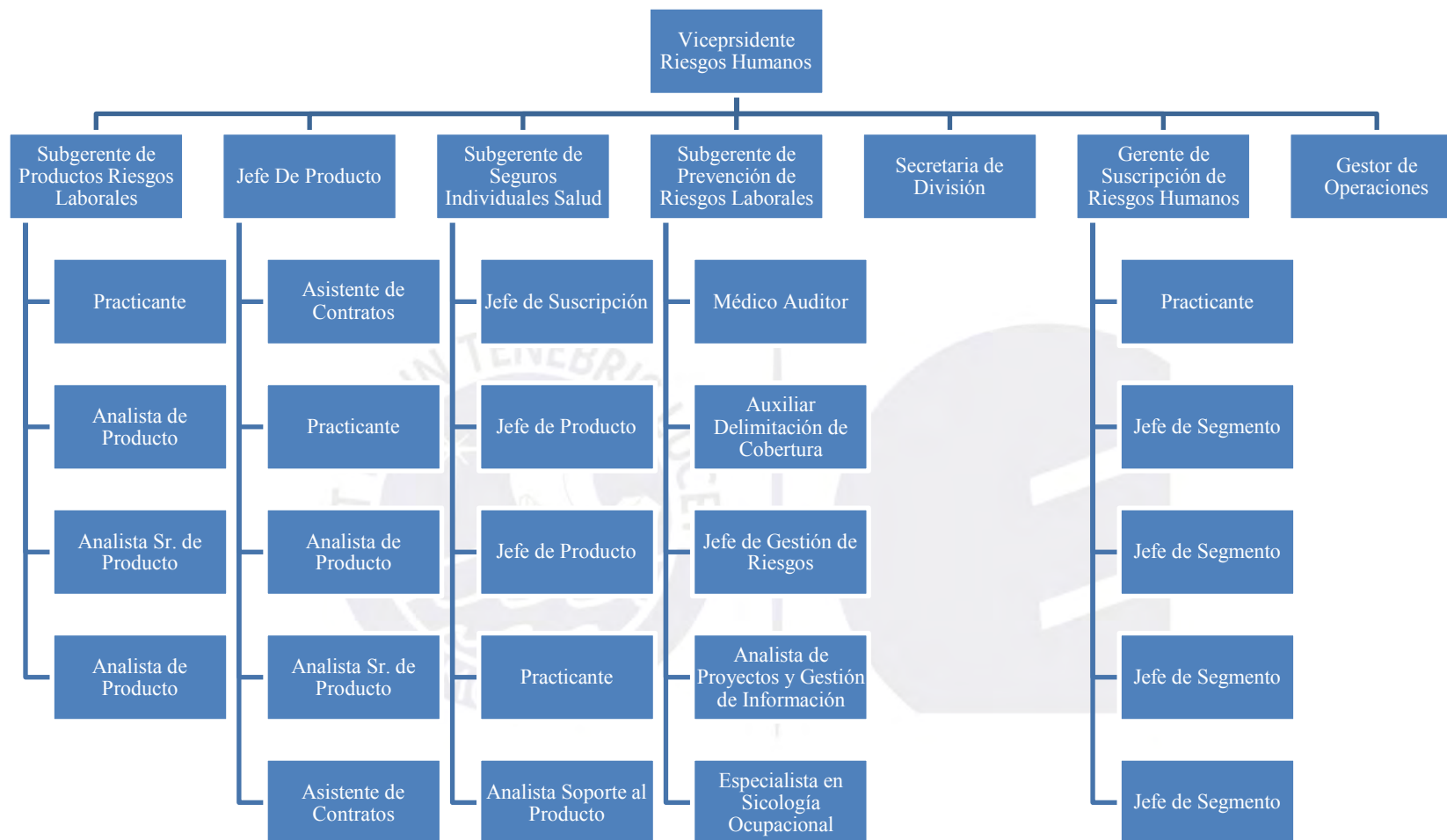


Figura 16. Modelo de un organigrama de una EPS en el Perú.

Tal como se indicó en el Capítulo III, una importante iniciativa promovida por el Estado es el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, plataforma tecnológica que permite administrar las historias clínicas de los pacientes con la finalidad de que los servicios médicos, públicos, privados, o mixtos puedan acceder a la información integrada de atención médica del mismo, asegurando la continuidad de la atención y facilitando la interoperatividad en el sector salud (MINSa, 2013).

Para impulsar la ejecución de este objetivo, el MINSa y el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) acordaron trabajar conjuntamente para aprovechar el potencial de la tecnología biométrica empleada en el documento nacional de identidad (DNI) electrónico. Se está trabajando el tema de la ficha médica y la historia clínica electrónica con el objetivo de que solo con la presentación del DNI se logre rescatar la historia clínica de las personas. En ese sentido, se espera generar un sistema en el que se verá el uso de medicamentos de la persona, los diagnósticos, los problemas de salud que tiene, etc. El paciente podría ir a cualquier hospital y el médico accedería a su información médica para así recibir un mejor tratamiento. Con este nuevo sistema se espera no solo acelerar la atención de más de 100 millones de pacientes anuales en los 8,000 centros de salud del país; sino también, eliminar los frecuentes casos de suplantación de personas en la red del MINSa, que significa el mal uso de fondos en detrimento de los beneficiarios, según el ministro Fernando D'Alessio (como se citó en "Centros de Salud," 2017).

4.1.7 Tecnología e investigación y desarrollo (T)

Uno de los elementos importantes que forma parte del análisis interno es el referido a la tecnología e investigación y desarrollo, dado que constituye una fuente preponderante de generación de ventaja competitiva a través del desarrollo de nuevos productos y procesos, mejora en la calidad, optimización de la productividad, y el establecimiento de sistemas modernos de gestión (D'Alessio, 2015).

Una de las innovaciones más recientes en las EPS lo constituye el uso de las tecnologías de la información aplicadas a los servicios de salud, a través del cual se puede realizar una consulta médica a través de una videollamada vía Internet. Este servicio ya se encuentra disponible, por ejemplo, para los afiliados a los planes de salud de Rímac EPS y se denomina Médico Virtual. Este nuevo servicio permite la consulta de medicina general en minutos a través de un dispositivo móvil o *smartphone*, incluyendo además de forma complementaria el servicio de distribución de medicinas y análisis a domicilio, siendo brindado a través de la Clínica Internacional. Además, el pago de la consulta se realiza de forma electrónica a través del aplicativo móvil con tarjeta de crédito o débito (Rímac, 2017a).

Sobre esta innovación, es importante resaltar que este servicio permite descongestionar los establecimientos de salud que tienen una importante demanda y evitan el desplazamiento de los afiliados precisamente en una situación en la que experimenta un malestar, siendo más conveniente la atención sin que tenga que salir de casa. Asimismo, resulta conveniente para personas que residen en lugares alejados y reducen los costos de transporte. Asimismo, cada vez se observa un mayor uso de la tecnología aplicada a las EPS, lo que permite que se pueda acceder a la información personalizada de los planes de salud de éstas a través de aplicativos móviles, así como encontrar fácilmente los establecimientos de salud más cercanos, separar citas, acceder a orientación en línea, entre otros.

Por último, se puede indicar que existen planes de salud específicamente diseñados para PYME que permiten mayor estabilidad en las primas de seguro, dado que el riesgo se comparte entre todos los afiliados de estas bajo un plan único, lo que constituye una importante diferencia respecto a que una PYME se asegure bajo un plan personalizado, en cuyo caso se pueden observar fuertes desviaciones en las primas producto de los gastos de salud que tienen que ser soportados por un grupo que se reduce a los afiliados de una sola de ellas (Rímac, 2017b).

4.2 Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)

Teniendo como base el análisis de los factores internos de las EPS en el Perú, se desarrolló la MEFI que se muestra en la Tabla 26, la cual contiene los factores determinantes o claves del éxito más relevantes a partir de las fortalezas y debilidades de la organización, las mismas que sirven para establecer estrategias para la generación de ventajas competitivas (D'Alessio, 2015).

Tabla 26

Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI) para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Factor determinante de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Fortalezas			
F1. Alto poder de negociación con las IPRESS	0.10	4	0.40
F2. Gestión enfocada en la satisfacción del cliente	0.15	4	0.60
F3. Amplia red de atención con infraestructura y equipos modernos en las principales ciudades del Perú	0.10	4	0.40
F4. Fortaleza financiera y solvencia	0.10	4	0.40
F5. 20 años de experiencia en el subsector	0.05	4	0.20
Subtotal	0.50		2.00
Debilidades			
D1. Producto costoso para las personas de bajos ingresos	0.20	1	0.20
D2. Comunicación ineficiente de los beneficios del producto por su complejidad	0.15	1	0.15
D3. Débil gestión de los procedimientos administrativos y operativos que garanticen la calidad del servicio	0.05	2	0.10
D4. Falta de infraestructura de salud privada en ciudades emergentes del Perú	0.10	1	0.10
Subtotal	0.50		0.55
Total			2.55

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

La MEFI para las EPS en el Perú contiene 9 factores determinantes de éxito: cinco fortalezas y cuatro debilidades. El valor ponderado de 2.55 indica una posición interna ligeramente fuerte, lo que significa que sus fortalezas y debilidades están siendo administradas de forma aceptable; no obstante, se deben seguir generando estrategias para

mejorar su posición interna. Entre las debilidades, una de las más importantes es que los planes de salud de las EPS son relativamente costosos para las personas de bajos ingresos, las mismas que representan la mayor cantidad de personas en el país y que demandan servicios de salud que son cubiertos de forma deficiente por parte del sector público. Por otro lado, una de las fortalezas más importantes de las EPS, es el alto poder de negociación que tienen frente a las IPRESS vinculadas, dada la cantidad de afiliados existentes en el sistema de EPS y que se traduce en una demanda potencial para las IPRESS, permitiendo que las EPS manejen de mejor forma sus costos.

4.3 Conclusiones

Las EPS en el Perú destacan por su desempeño financiero y, aunque estén altamente influenciadas por la evolución de la economía del país, logran obtener resultados positivos en los últimos años, resaltando el ROE de 6.5% y el ROA de 4.5% al 31 de diciembre de 2016.

En lo que se refiere a tecnología e investigación y desarrollo, se observaron avances en los servicios que brindan, notándose los esfuerzos por innovar a través del uso de aplicativos móviles para brindar servicios de consulta médica, mayor accesibilidad, y adecuación a las necesidades de las PYME.

Finalmente, la evaluación de la MEFI determina una posición interna ligeramente fuerte, siendo importante desarrollar estrategias que permitan seguir mejorando su posición interna, entre ellas referido a los precios de planes de salud, que pueden resultar relativamente costosos para la mayoría de personas dependientes que perciben bajos ingresos en el país.

Capítulo V: Intereses de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú y Objetivos a

Largo Plazo

En este capítulo se formulan y establecen los intereses de las EPS en el Perú y los objetivos a largo plazo. Para ello, se analiza su potencial y se formulan estrategias que podrían llevar al éxito del sector a futuro (D'Alessio, 2015).

5.1 Intereses de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Los intereses organizacionales son aquellos aspectos que fundamentalmente le interesan a una organización y que tratará de alcanzarlos exhaustivamente. Los intereses deben estar claramente definidos, pudiendo analizar el nivel de intensidad e interacción o relación que mantienen con el sector (D'Alessio, 2015). Sobre la base del análisis interno y externo, previamente trabajado, los intereses del subsector materia de estudio son:

1. Aumentar el retorno sobre la inversión a partir del incremento de la base de asegurados, que permita mayor flujo de ingresos y mayor aprovechamiento de las economías de escala;
2. Incrementar la participación de mercado, incorporando a mayor cantidad de asegurados, en especial los que solo cuentan con los servicios de ESSALUD;
3. Fomentar medidas de prevención y la atención primaria en salud para reducir el riesgo de enfermedades y el incremento de los gastos en salud;
4. Promover la reforma integral del sistema de salud con mayor participación del sector privado para incrementar su eficiencia y permitir un acceso digno a los servicios de salud;
5. Promocionar el mecanismo de aseguramiento salud, como una forma de acceder a servicios médicos de calidad; y
6. Desarrollar soluciones tecnológicas que permitan reducir costos y brindar una atención médica confortable.

5.2 Potencial de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

El potencial de la organización determina las fortalezas y debilidades que pueden distinguirse. El potencial nacional es análogo al potencial organizacional. En un análisis interior, se debe analizar en qué se es débil y en qué se es fuerte. Para el caso de las empresas, se consideran las siete áreas funcionales clásicas o dominios, como son: (a) demográfico, (b) geográfico, (c) económico, (d) tecnológico-científico, (e) histórico-psicológico-sociológico, (f) organizacional-administrativo, y (g) militar (D'Alessio, 2015).

Demográfico. La esperanza de vida de los peruanos aumentó en 15 años en los últimos cuarenta años; por esta razón, si se mantuviese constante el índice de mortalidad de 2015, los peruanos tendrían una esperanza de vida promedio de 74.6 años (72.0 los hombres y 77.3 las mujeres) (INEI, 2015). Este aumento en la esperanza de vida de la población sumada al incremento cada vez mayor de la población adulta y menor de edad ha generado que el potencial de demanda por servicios de salud privados en especial de EPS adquiera especial relevancia puesto que estas personas mayores requieren de servicios médicos más especializados y al crecer la PEA, esta prefiere darle a sus adultos mayores la posibilidad de atenderse en centros de salud cada vez mas modernos, cómodos, y eficientes.

Geográfico. El crecimiento de la clase media no ha significado solo una concentración de esta en los distritos tradicionales donde normalmente se encontraban los principales centros de salud atendiendo las necesidades de esta población, sino que esta expansión ha llevado a que las personas que residían en distritos antes deprimidos hayan experimentado un crecimiento en lo que a su capacidad adquisitiva se refiere y, es por esta razón que se percibe una fuerte expansión de los centros y servicios de salud a distritos más alejados del centro de la ciudad, como por ejemplo en los conos donde la oferta ya está siendo cada vez más representativa y con esta el alcance de las EPS está siendo cada vez más global, según diversos expertos (como se citó en De Marzo, 2013).

Económico. Si se analiza el comportamiento socioeconómico del Perú en las últimas décadas desde 1998, época de la crisis asiática que también afectó a Sudamérica, se observa que la clase media ha aumentado considerablemente y con ello la demanda por bienes y servicios más especializados y, si a ello se le suma el hecho de que son clientes mejor informados y más exigentes, se genera una mayor demanda en servicios de salud entre otros, de mayor calidad, rapidez, y confort; por esta razón para los próximos años se esperaría una demanda importante de los servicios ofrecidos por las EPS, puesto que el sector de salud pública se encuentra cada vez más rezagado en lo que a comodidad, rapidez, y calidez se refiere, por lo saturado del sistema y por la prioridad que tienen otros sectores en el Estado peruano.

Tecnológico-científico. El Perú está avanzando sobre todo los servicios de EPS en cuanto a ciencia y tecnología. Como se ha revisado anteriormente, en el Perú ya se está avanzando en lo que a procedimientos digitales y telemedicina respecta; ello quiere decir que no solo los diagnósticos se podrán realizar en el consultorio con el especialista, sino que en casos más complejos, estos podrán desarrollarse de manera remota con especialistas que radiquen en otras ciudades de manera inmediata y en tiempo real. Asimismo, se está tratando de reducir la duplicidad y falta de disponibilidad de historias clínicas mediante un sistema unificado y digital que permita en tiempo real obtener todos los antecedentes clínicos del paciente en cualquier centro médico del país, así como acceso a sus análisis y pruebas médicas. Adicionalmente, los centros de adquisición y distribución de insumos y medicamentos, cada vez se encuentran más sistematizados y centralizados, lo que permite además de un mejor control, una mejor trazabilidad del uso y destino final de cada uno de estos.

Histórico, psicológico, y sociológico. Desde tiempos inmemoriales, la medicina en el mundo se ha desarrollado de manera pragmática y empírica buscando mediante el uso de los

medios que ofrece la naturaleza, aliviar aquellos síntomas que provocaban los problemas de salud y al mismo tiempo ha existido siempre una búsqueda de relacionarse con poderes ocultos, magia, y otros que, frecuentemente se convierten en folklore, búsqueda que lo que perseguía normalmente era una diferenciación entre seres humanos para a través de poderes mágicos tener influencias políticas y sociales que les permitiera a los hechiceros escalar posiciones dentro de la estructura jerárquica de los pueblos. Sin embargo, la tendencia de más alto crecimiento en el mundo siempre ha estado dada hacia la medicina científica que es la que se ofrece en centros de salud y a través de las EPS con el correspondiente servicio de farmacias y análisis complementarios.

Organizacional-administrativo. Existe una importante oportunidad de consolidar la oferta existente con la finalidad de estandarizar objetivos y procedimientos en la búsqueda de educar a la población en el mejor uso de las EPS, brindando así un servicio más uniforme y con mayor capacidad de expansión, agremiando a las empresas y segmentando la oferta y la demanda.

5.3 Principios Cardinales

Los principios cardinales permiten identificar las oportunidades y amenazas que se presentan en el entorno del subsector, con el fin de determinar los objetivos a largo plazo para el mismo; y estos son: (a) influencia de terceras partes, (b) lazos pasados y presentes, (c) contrabalance de los intereses, y (d) conservación de los enemigos (D'Alessio, 2015).

Influencia de terceras partes. Las EPS en el Perú están influenciadas por entidades gubernamentales como el MINSA y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE); así como por organizaciones privadas como la Asociación Peruana de Empresas de Seguros (APESEG).

El MINSA, a través de SUSALUD, protege los derechos en salud de los peruanos, en cuanto a acceso y calidad, independientemente del lugar de atención o condición de

aseguramiento. Por ello, puede tomar medidas para regular la acción de todas las instituciones prestadoras de salud (IPRESS) y de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFA) públicas, privadas, y mixtas del país (SUSALUD, 2017). Es este ministerio el que a través de los órganos pertinentes, dicta el marco normativo que rige el accionar de las entidades prestadoras de salud y por ello, debe ser considerado como una importante fuente de influencia en la evaluación. Asimismo, el MTPE influye en el subsector analizado, puesto que fomenta el empleo formal y vela porque los empleadores cumplan con brindar los beneficios laborales establecidos, entre los que se encuentran: (a) la cobertura en ESSALUD y (b) la posibilidad de acceder a un plan EPS.

Respecto a las organizaciones privadas que influyen en el subsector, la APESEG tiene como fin representar a las asociadas ante los sectores público y privado, en asuntos relevantes para la actividad aseguradora del país, concertando esfuerzos que integren los intereses del subsector con el desarrollo económico y social del Perú (APESEG, 2017).

Lazos pasados y presentes. En el subsector compiten cuatro actores, mencionados en orden según su participación de mercado: (a) Pacífico S.A. EPS (37%), (b) Rímac S.A. EPS (33%), (c) Mapfre Perú S.A. EPS (18%), y (d) Sanitas Perú S.A. EPS (13%). Como se observa, este mercado presenta una alta concentración dado que Pacífico S.A. EPS y Rímac S.A. EPS acumulan el 69% del total de la participación (SUSALUD, 2016a).

Debido a que las EPS concentran solo el 2.8% del total de la población que es atendida por las IAFA, mientras que el SIS y ESSALUD acumularon una participación de 59.8% y 30.9%; las primeras buscan ampliar la cantidad de afiliados y por ello, trabajan en campañas de comunicación institucional que resaltan los beneficios de contar con un seguro particular (Lazo et al., 2016). Asimismo, han formado la APESEG con el objetivo de defender los intereses del subsector y trabajar conjuntamente para expandir el mercado. Además, estas acciones también están orientadas a revertir el hecho de que en los hogares

peruanos aún gran parte del gasto en salud se financia a través de los gastos de bolsillo y que presenta la oportunidad para que las EPS amplíen su participación de mercado.

Contrabalance de intereses. Existe un conflicto de intereses entre las entidades prestadoras de salud y las clínicas privadas que no pertenecen a las redes propias de las primeras, puesto que estas últimas están obligadas a reducir sus márgenes de ganancia con el fin de hacer frente a la integración vertical que se está dando en el subsector. Como consecuencia, las clínicas privadas reducen: (a) el tiempo promedio de atención por paciente, (b) el presupuesto para renovación de equipos médicos, y (c) los honorarios de los profesionales de la salud; entre otros factores que afectan la calidad del servicio brindado al asegurado.

Conservación de los enemigos. Como se mencionó anteriormente, el Perú tiene uno de los ratios más bajos en Latinoamérica con respecto al porcentaje del PBI empleado en salud, lo que significa que la atención en establecimientos públicos presenta grandes oportunidades de mejora que pueden ser aprovechados por las entidades prestadoras de salud. Por otro lado, el desempleo y la informalidad laboral dificultan el crecimiento del subsector, hecho que se refleja en la baja cantidad de afiliados a planes EPS. Estos factores indican que existe espacio para la innovación y la creatividad para el desarrollo de estrategias integradas que permitan expandir el mercado.

5.4 Matriz de Intereses Organizacionales de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú (MIO)

Es posible expresar los intereses organizacionales en forma de una matriz similar a la MIN. Estos intereses organizacionales son fines que la organización intenta alcanzar para tener éxito en la industria y los mercados en los que compite, con miras a largo plazo (D'Alessio, 2015). En la Tabla 27 se muestra la Matriz de Intereses de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

Tabla 27

Matriz de Intereses de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Interés organizacional	Intensidad del interés		
	Vital	Importante	Periférico
1. Aumentar el retorno sobre la inversión	ESSALUD (+) Empresas de seguros y prepagas (+) IPRESS (+)		
2. Incrementar la participación de mercado		ESSALUD (-) Empresas de seguros y prepagas (+) IPRESS (+)	
3. Implementar medidas de prevención	ESSALUD (+) Empresas de seguros y prepagas (+) IPRESS (+) MINSAL (+) SUSALUD (+)		
4. Promover la reforma integral del sistema de salud con mayor participación del sector privado para incrementar su eficiencia y permitir un acceso digno a los servicios de salud	ESSALUD (-) Empresas de seguros y prepagas (+) IPRESS (+) MINSAL (+) SUSALUD (+)		
5. Promocionar el mecanismo de aseguramiento salud		ESSALUD (+) Empresas de seguros y prepagas (+) IPRESS (+) MINSAL (+) SUSALUD (+)	
6. Desarrollar soluciones tecnológicas de atención médica		ESSALUD (+) Empresas de seguros y prepagas (+) IPRESS (+)	

Nota. (+) = Intereses comunes; (-) = Intereses opuestos.

5.5 Objetivos a Largo Plazo de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Los objetivos a largo plazo (OLP) parten de la visión y misión de la organización y se derivan cuantitativamente de los intereses organizacionales. Los OLP representan los

resultados que la organización espera alcanzar luego de implementar las estrategias externas específicas escogidas, las cuales conducen hacia la visión establecida. Para ello es importante que los OLP estén asociados con las áreas de resultado clave (ARC), que son las áreas de la actividad de la organización en la que el negocio debe destacar para satisfacer las necesidades de los clientes, vencer a la competencia, y cumplir con las expectativas de los *stakeholders* (D'Alessio, 2015). En la Tabla 28 se muestran los objetivos a largo plazo de las EPS en el Perú.

Tabla 28

Objetivos a Largo Plazo de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

OLP	Descripción	Método de medición
OLP1	Para 2027, generar ingresos por aportes en más de US\$2,200 millones, considerando los aportes por el seguro de salud regular y potestativo, así como el SCTR. Según SUSALUD (2016a), en dicho año se generaron US\$587.5 millones.	Informe de SUSALUD sobre los ingresos en el subsector.
OLP2	Para 2027, incrementar las utilidades netas anuales a US\$110 millones. Según SUSALUD (2016a), en dicho año se generaron US\$24 millones.	Informe de SUSALUD sobre las utilidades en el subsector.
OLP3	Para 2027, la tasa de reclamos anuales de los usuarios será de 1.1 por cada mil afiliaciones para garantizar la satisfacción del cliente. Según SUSALUD (2016a), en dicho año la tasa fue 3.0 por cada mil afiliaciones.	Informe de SUSALUD sobre la tasa de reclamos en el subsector.
OLP4	Para 2027, generar 1,900 puestos de trabajo directo en el subsector. Según la SUNAT (2017), al finalizar dicho año se declararon 1,210 trabajadores.	Informe de SUNAT sobre la declaración de puestos de trabajos en el subsector.

Nota. SUNAT = Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria.

A partir de lo revisado en el Capítulo V, en la Figura 18 se muestra la teoría tridimensional de la relación entre las organizaciones aplicada a las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

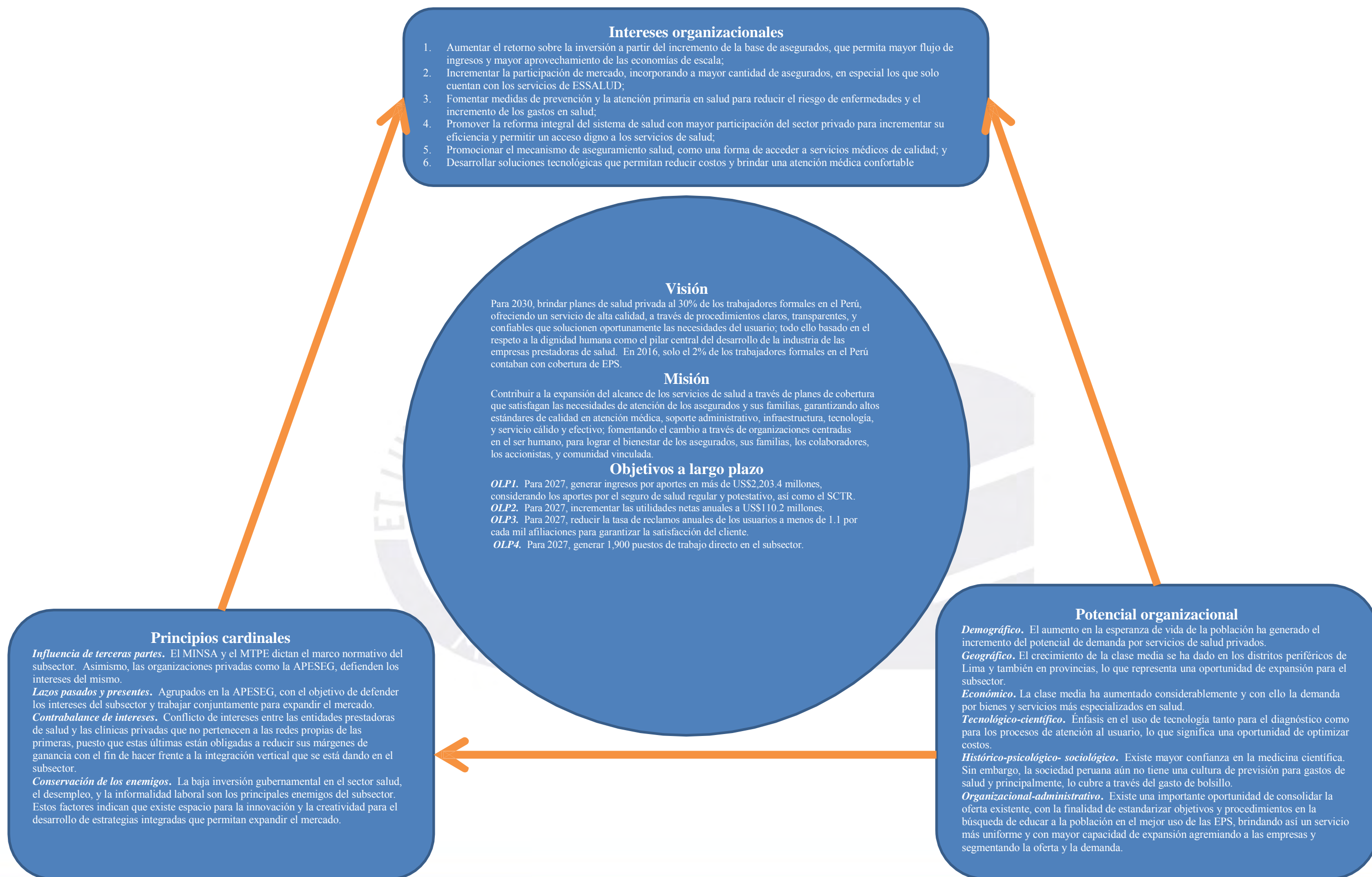


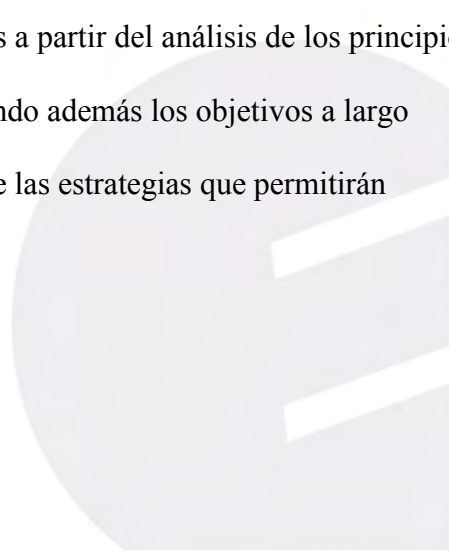
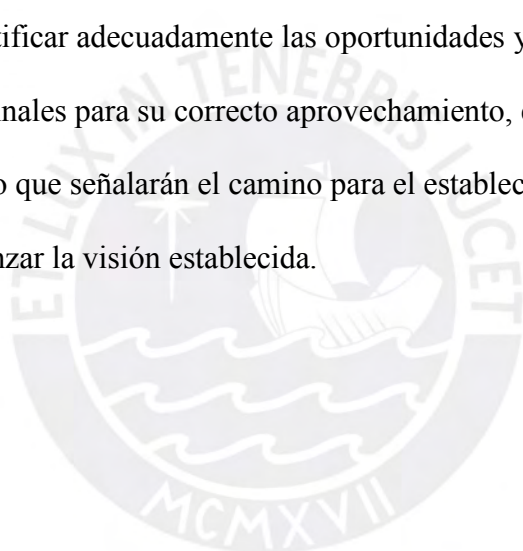
Figura 17. Teoría tridimensional de la relación entre las organizaciones aplicadas a las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

5.6 Conclusiones

Los intereses organizacionales de las EPS en el Perú responden a los fines que la organización busca alcanzar y se encuentran alineados con su potencial organizacional y sus principios cardinales, permitiendo establecer los objetivos a largo plazo para el subsector.

Con relación a los intereses organizacionales de las EPS en el Perú, estos son ambiciosos pero alcanzables dentro del plazo establecido en la visión y constituyen una brújula para el manejo de la organización. Estos intereses tienen un impacto importante en otras organizaciones tanto en el ámbito del sector privado como del público.

El potencial de las EPS en el Perú es alto, dado que existe una alta cantidad de la población que no tiene acceso a servicios de salud de calidad, por lo que las EPS deben identificar adecuadamente las oportunidades y amenazas a partir del análisis de los principios cardinales para su correcto aprovechamiento, estableciendo además los objetivos a largo plazo que señalarán el camino para el establecimiento de las estrategias que permitirán alcanzar la visión establecida.



Capítulo VI: El Proceso Estratégico

“Las estrategias que lograrán llevar a la organización de la situación actual al futuro deseado nacen de la combinación de los insumos internos como recursos y habilidades; con factores externos como oportunidades y amenazas” (D’Alessio, 2015, p. 268). Para la elección de las estrategias para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú se utilizan las siguientes matrices: FODA, PEYEA, BCG, IE, GE, de Decisión, CPE, Rumelt, de Ética, y de Posibilidades de los Competidores.

6.1 Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)

El principal objetivo de la matriz FODA es generar estrategias, tanto internas como externas, utilizando como insumos principales la matriz EFE, que resume las oportunidades y amenazas del mercado, y la matriz EFI, que señala las fortalezas y debilidades del subsector. (D’Alessio, 2015, p 271)

Las estrategias surgen de: (a) utilizar las fortalezas del subsector para explotar las oportunidades del mercado, denominadas FO; (b) emplear las fortalezas para confrontar las amenazas, designadas FA; (c) mejorar las debilidades del subsector para aprovechar las oportunidades, convirtiendo las debilidades en fortalezas, llamadas DO; y finalmente (d) reducir las debilidades para evitar las amenazas, conocidas como DA (D’Alessio, 2015).

En la Tabla 29 se muestra la Matriz FODA elaborada para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú, en la cual se muestran las estrategias planteadas para alcanzar los objetivos a largo plazo. En total, se han identificado cuatro estrategias en el cuadrante FO-Explotar, dos estrategias en el cuadrante FA-Confrontar, tres estrategias en el cuadrante DO-Buscar, y dos estrategias en el cuadrante DA-Evitar.

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

Según D’Alessio (2015), la Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción se emplea para determinar la ubicación estratégica del subsector en el marco de cuatro cuadrantes, delimitados por factores relativos a la industria y factores relativos a la organización. Estos son: (a) agresivo, (b) conservador, (c) defensivo, y (d) competitivo.

Tabla 29

Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA) para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

	Fortalezas	Debilidades
	F1. Alto poder de negociación con las IPRESS	D1. Producto costoso para las personas de bajos ingresos
	F2. Gestión enfocada en la satisfacción del cliente	D2. Comunicación ineficiente de los beneficios del producto por su complejidad
	F3. Amplia red de atención con infraestructura y equipos modernos en las principales ciudades del Perú	D3. Débil gestión de los procedimientos administrativos y operativos que garanticen la calidad del servicio
	F4. Fortaleza financiera y solvencia	D4. Falta de infraestructura de salud privada en ciudades emergentes del Perú
	F5. 20 años de experiencia en el subsector	
Oportunidades	Estrategias FO	Estrategias DO
O1. Servicios de salud inadecuadamente atendidos por el sector público	FO1. Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con el comportamiento del consumidor en ciudades emergentes (Desarrollo de mercados: F1, F2, F3, F4, F5, O1, O2, O3, O4, O5, y O6)	DO1. Mejorar procesos para garantizar la calidad del servicio (Calidad total: D3 y O1)
O2. Incremento del empleo formal en las principales ciudades del país: Ica, Cerro de Pasco, Piura, Paíta y Huancavelica	FO2. Comprar IPRESS reconocidas localmente para ampliar cobertura donde no es líder (Integración vertical hacia atrás: F1, F2, F3, F4, O1, O2, y O6)	DO2. Usar intensivamente las tecnologías de la información para generar eficiencias operativas (Tecnologías de información: D3, O1, y O5)
O3. Crédito al empleador respecto al aporte a ESSALUD cuando los trabajadores se afilian a una EPS	FO3. Aumentar las atenciones vía telemedicina para generar nuevos canales de atención (Penetración en el mercado: F1, F2, F4, O1, y O5)	DO3. Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)
O4. Falta de priorización de la inversión en seguros	FO4. Realizar campaña de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)	
O5. Rápido avance y desarrollo de las nuevas tecnologías		
O6. Ampliación de la infraestructura de la red de servicios de salud privada		
Amenazas	Estrategias FA	Estrategias DA
A1. Incremento de la siniestralidad	FA1. Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, F5, A1, y A3)	DA1. Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1, A2, A3, y A4)
A2. Elevados niveles de empleo informal y bajas remuneraciones	FA2. Implementar estándares de solvencia para la administración de riesgos en las EPS (F4, F5 y A1)	DA2. Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)
A3. Aparición de nuevos competidores y productos sustitutos ligados al desarrollo tecnológico		
A4. Modificaciones regulatorias que afectan la operatividad del negocio		
A5. Mejoras en la calidad de atención brindada en la red de salud pública		

De acuerdo con el análisis de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú, tal como se aprecia en la Tabla 30 y su representación gráfica en la Figura 19, este subsector se sitúa en el cuadrante agresivo puesto que, en cuanto a los factores de la organización, cuenta con una sólida fortaleza financiera ($FF= 4.67$), al estar respaldado por solventes grupos económicos y gestionar eficientemente el riesgo; y tener una ventaja competitiva aceptable ($VC= -2.68$), basada en la diferenciación del servicio, pero afectada por los altos precios de las primas. En este mismo sentido, la alta fortaleza de la industria ($FI=4.11$), así como con un entorno relativamente estable ($EE= -2.63$) justifican la ubicación en el cuadrante mencionado.

A partir de la MPEYEA, se puede observar que las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú tienen una posición expectante que debe ser aprovechada principalmente con estrategias intensivas y de integración para lograr el crecimiento del mercado y dinamizar el subsector.

Entre las estrategias intensivas, se recomienda la implementación de las de penetración para incrementar la participación de mercado de los planes de salud EPS, que en 2016 registró un 2%. Asimismo, es crítica la ejecución de estrategias de desarrollo de mercados, puesto que existe una interesante oportunidad en aquellas ciudades del país en las que se ha incrementado el empleo formal y aún no disponen de una adecuada red de atención.

Al respecto, las tres ciudades con mayor dinamismo en la contratación formal y líderes en el crecimiento de la tasa de empleo son: Ica, Piura, y Pasco, con aproximadamente 15%, 11.7%, y 13.8% respectivamente. Las razones fundamentales del éxito de este crecimiento radican en la industria agrícola y su exportación, la construcción de obras de prevención contra el fenómeno de El Niño, y la participación activa del Estado, monitoreando el mercado laboral a través de obras públicas que generan más empleos, según datos del MTPE (como se citó en Alegría, 2017).

Por ello, y con la misma importancia que las anteriores, se debe potenciar el desarrollo de productos que se ajusten a las necesidades de los diferentes segmentos desatendidos, ofreciendo primas competitivas sin descuidar el servicio de alta calidad.

Por otro lado, dentro de las estrategias de integración que se deben implementar en el subsector, la integración vertical hacia atrás permitirá desarrollar un sistema propio de suministro, alineado con los objetivos de la organización de ofrecer un servicio constante de alta calidad y optimizar costos operativos, ambos con el objetivo de incrementar la rentabilidad.

Tabla 30

MPEYEA para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Posición estratégica	Grupo	Factor determinante	Valor	
Interna	Fortaleza financiera (FF)	1. Retorno en la inversión	6	
		2. Apalancamiento	4	
		3. Liquidez	5	
		4. Capital requerido vs. capital disponible	5	
		5. Flujo de caja	5	
		6. Facilidad de salida del mercado	2	
		7. Riesgo involucrado en el negocio	4	
		8. Rotación de inventarios	6	
		9. Economías de escala y de experiencia	5	
			Promedio	4.67
	Ventaja competitiva (VC)	1. Participación en el mercado	2	
		2. Calidad del producto	4	
		3. Ciclo de vida del producto	5	
		4. Ciclo de reemplazo del producto	4	
		5. Lealtad del consumidor	2	
		6. Utilización de la capacidad de los competidores	3	
		7. Conocimiento tecnológico	4	
		8. Integración vertical	4	
		9. Velocidad de introducción de nuevos productos	2	
		Promedio - 6	-2.67	
Externa	Estabilidad del entorno (EE)	1. Cambios tecnológicos	5	
		2. Tasa de inflación	5	
		3. Variabilidad de la demanda	4	
		4. Rango de precios de productos competitivos	3	
		5. Barreras de entrada al mercado	3	
		6. Rivalidad/Presión competitiva	2	
		7. Elasticidad de precios de la demanda	2	
		8. Presión de los productos sustitutos	3	
			Promedio - 6	-2.63
	Fuerzas de la industria (FI)	1. Potencial de crecimiento	5	
		2. Potencial de utilidades	5	
		3. Estabilidad financiera	5	
		4. Conocimiento tecnológico	4	
		5. Utilización de recursos	3	
		6. Intensidad de capital	5	
		7. Facilidad de entrada al mercado	3	
		8. Productividad/Utilización de la capacidad	4	
		9. Poder de negociación de los productores	3	
			Promedio	4.11

Nota. Vector direccional: Eje X = FI + VC = 1.44; Eje Y = EE + FF = 2.04

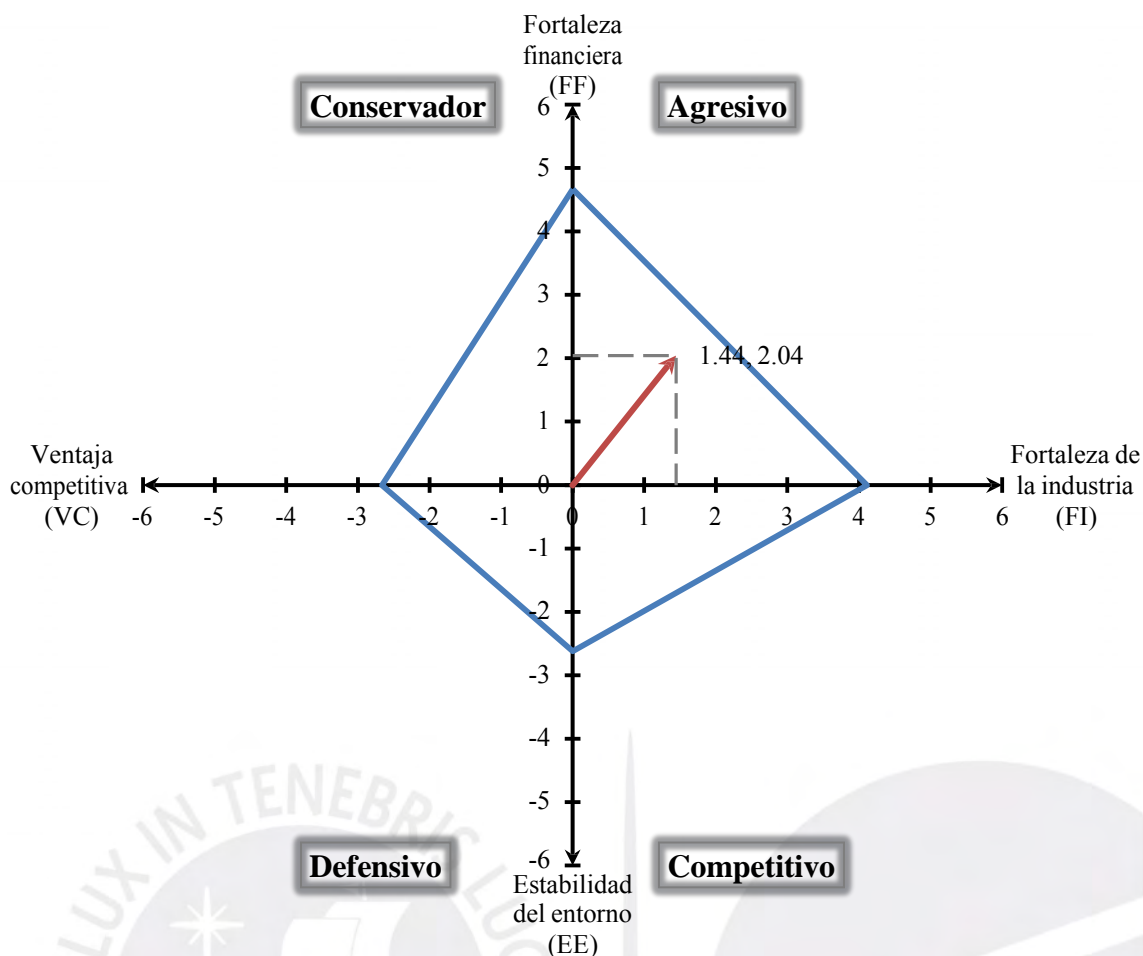


Figura 18. Representación gráfica de la MPEYEA para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

Los resultados de la MPEYEA para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú son:

$$\text{Eje X} = \text{FI} (4.11) + \text{VC} (-2.68) = 1.44$$

$$\text{Eje Y} = \text{EE} (-2.63) + \text{FF} (4.67) = 2.04$$

6.3 Matriz Boston Consulting Group (MBCG)

La Matriz de Boston Consulting Group permite identificar la posición competitiva de cada producto del portafolio, mostrando la relación entre la participación de mercado y la generación de efectivo con la tasa de crecimiento de las ventas y el uso de efectivo. (D'Alessio, 2015, p. 288)

Por ello, se utilizará esta matriz para analizar el portafolio ofrecido actualmente por las EPS en el Perú, con el objetivo de formular estrategias que conlleven al cumplimiento de

los objetivos a largo plazo. Al presente, son tres los principales productos ofrecidos: (a) planes regulares, los cuales representan el 81% del valor de las ventas; (b) seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR), que aporta el 13% al valor de las ventas; y (c) los planes potestativos, que significan el 6% de las mismas (SUSALUD, 2016b), tal como se muestra en la Tabla 31.

Tabla 31

Afiliados y Aporte por Tipo de Producto

Período	Tipo de seguro	Regulares	Potestativos	SCTR	Total
2012	Aportes (millones S/.)	991.6	16.4	183.2	1,191.20
	Afiliados (cantidad)	660,012	9,371	977,889	1'647,272
2013	Aportes (millones S/.)	1,210.50	23	216.2	1,449.70
	Afiliados (cantidad)	734,589	46,781	1'111,487	1'892,857
2014	Aportes (millones S/.)	1,388.60	71.6	236.9	1,697.10
	Afiliados (cantidad)	776,726	55,682	1'126,868	1'959,276
2015	Aportes (millones S/.)	1,501.20	101.4	255.1	1,857.70
	Afiliados (cantidad)	804,005	51,209	1'293,984	2'149,198
2016	Aportes (millones S/.)	1,604.80	113.8	255.3	1,973.90
	Afiliados (cantidad)	787,470	82,963	1'443,803	2'314,236
Siniestralidad ^a (%)		85.3	109.6	49.3	82

Nota. Tomado de “Anuario Estadístico 2016,” por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016b, p. 71. Lima, Perú: Autor.

^aLa siniestralidad es un índice porcentual que se calcula como el gasto por prestaciones por servicios de salud entre los ingresos netos por aportes.

De acuerdo con la información registrada por SUSALUD en el Sistema Electrónico de Transferencia de Información de las Entidades Prestadoras de Salud (SETIEPS), para 2016, las IAFAS EPS presentaron un incremento de S/.116.2 millones en aportes, con respecto a 2015 (6.3%), explicado por el crecimiento en planes potestativos en 12% y por el aumento en 7% en aportes en planes regulares a pesar de una contracción de 2% en la cantidad de afiliados con respecto a 2015 (SUSALUD, 2016b).

Como se muestra en la Tabla 32, los planes regulares son los productos generados de efectivo, pero la tasa de crecimiento de mercado es baja. En el Cuadrante *Perro*, se encuentra

al SCRT, puesto que si bien se ha incrementado el número de afiliados, el volumen de ventas no ha crecido de forma análoga. Finalmente, en el Cuadrante *Signo de Interrogación*, se ubican los planes potestativos, que son aquellos que se mantienen de forma particular luego que el cliente termina el vínculo laboral con la empresa con la que contrató la cobertura. El número de afiliados ha crecido en 76% en promedio entre 2012 y 2016; sin embargo, la participación es baja y la siniestralidad alta.

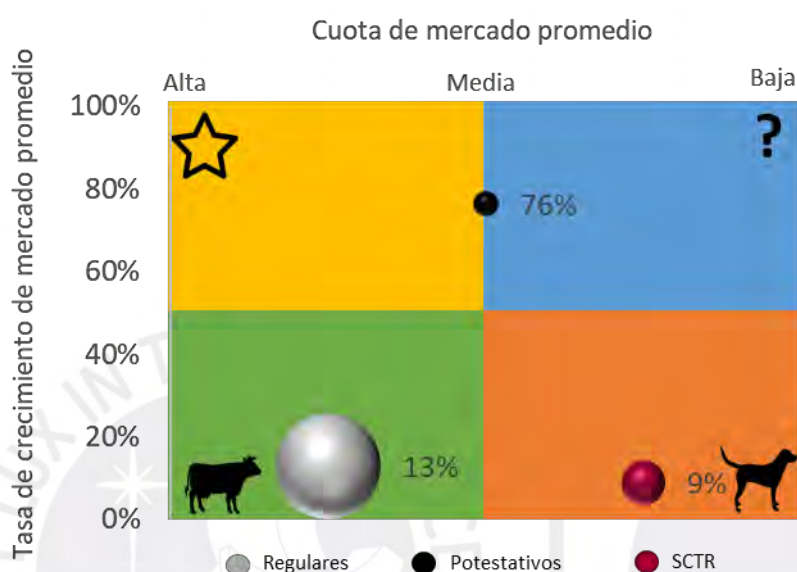


Figura 19. MBCG para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

Tabla 32

Evolución del Mercado entre 2012 y 2016: Tasa de Crecimiento, Cuota de Mercado, y Siniestralidad por Producto (%)

Tipo de seguro	Regulares	Potestativos	SCTR
Tasa de crecimiento de mercado	13.0	76.0	9.0
Cuota de mercado promedio	82.0	4.0	14.0
Siniestralidad	85.3	109.6	49.3

Nota. Tomado de "Anuario Estadístico 2016," por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016b, p. 71. Lima, Perú: Autor.

A partir de lo expuesto, entre las estrategias intensivas, se considera que el desarrollo de nuevos productos es crítico para lograr el crecimiento del subsector, aprovechando las necesidades insatisfechas del mercado. Asimismo, es necesario desplegar estrategias para

lograr la penetración en el mercado y el desarrollo de nuevos mercados. Por otro lado, con el objetivo de controlar la siniestralidad a través de la reducción de costos operativos, se sugiere implementar estrategias de integración vertical.

6.4 Matriz Interna Externa (MIE)

En el caso de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú, los puntajes ponderados obtenidos en las matrices EFE (3.2) y EFI (4.00), arrojan como resultado la Celda II, Región 1. Para esta posición, la teoría propone invertir selectivamente y construir para crecer, implementando la penetración en el mercado, el desarrollo de mercados, y el desarrollo de productos, entre las estrategias intensivas; y la integración vertical hacia atrás (ver Figura 21).

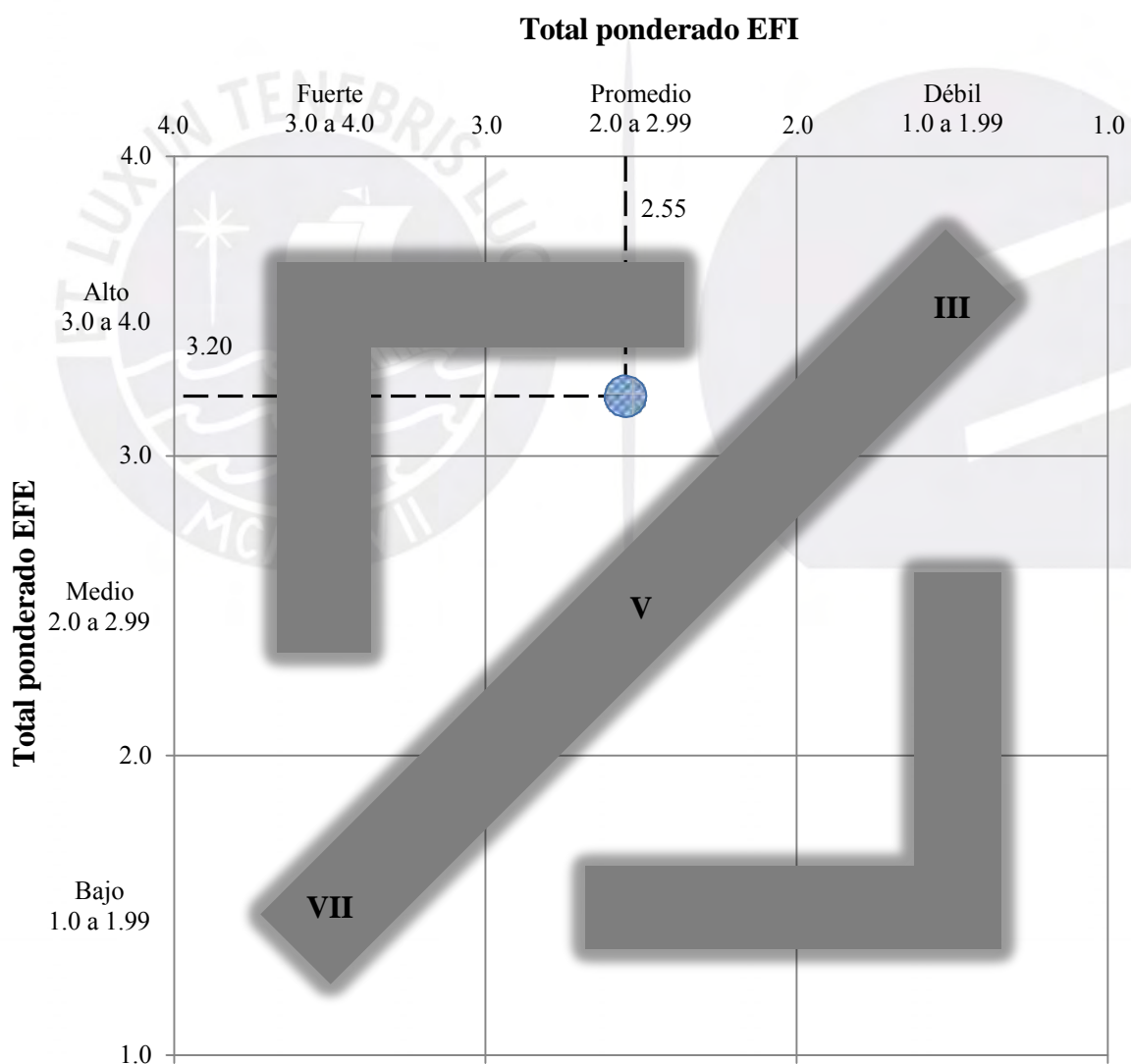


Figura 20. Matriz Interna-Externa para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

6.5 Matriz Gran Estrategia (MGE)

Esta matriz perfecciona la elección de estrategias relacionando la situación del subsector con el crecimiento del mercado (i.e., rápido o lento) y con la posición competitiva del mismo en el mercado (i.e., fortaleza o debilidad) (D'Alessio, 2015). Tal como se muestra en la Figura 22, la matriz GE ubica a las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú en el Cuadrante I, puesto que, de acuerdo con el análisis, tiene una posición competitiva fuerte en un mercado de crecimiento rápido. Por ello, se recomiendan las siguientes estrategias intensivas, como desarrollo de mercados, penetración en el mercado, y desarrollo de productos. Asimismo, se recomienda la integración vertical hacia atrás con el objetivo de controlar los costos e incrementar la rentabilidad.

6.6 Matriz de Decisión Estratégica (MDE)

Tal como señaló D'Alessio (2015), “esta matriz permite agrupar las estrategias planteadas en la fase de emparejamiento en las matrices FODA, PEYEA, BCG, IE, y GE; para identificar las más importantes y retenerlas, de acuerdo con la frecuencia con la que se repite” (p. 298). En la Tabla 33 se aprecia la MDE elaborada para las Entidades Prestadoras de Salud, que resume las 11 estrategias planteadas en la Matriz FODA y puesto que todas se repiten más de tres veces, se consideran estrategias retenidas.

6.7 Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE)

La Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico determina el atractivo de las estrategias planteadas y permite seleccionar las mejores, mediante la ponderación del grado en el que estas pueden capitalizar los factores claves de éxito, internos y externos, para alcanzar los objetivos del subsector. (D'Alessio, 2015, p. 300)

En la Tabla 34 se muestra la MCPE elaborada para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú donde 11 estrategias planteadas superan el puntaje de atractividad establecido para el presente análisis del subsector

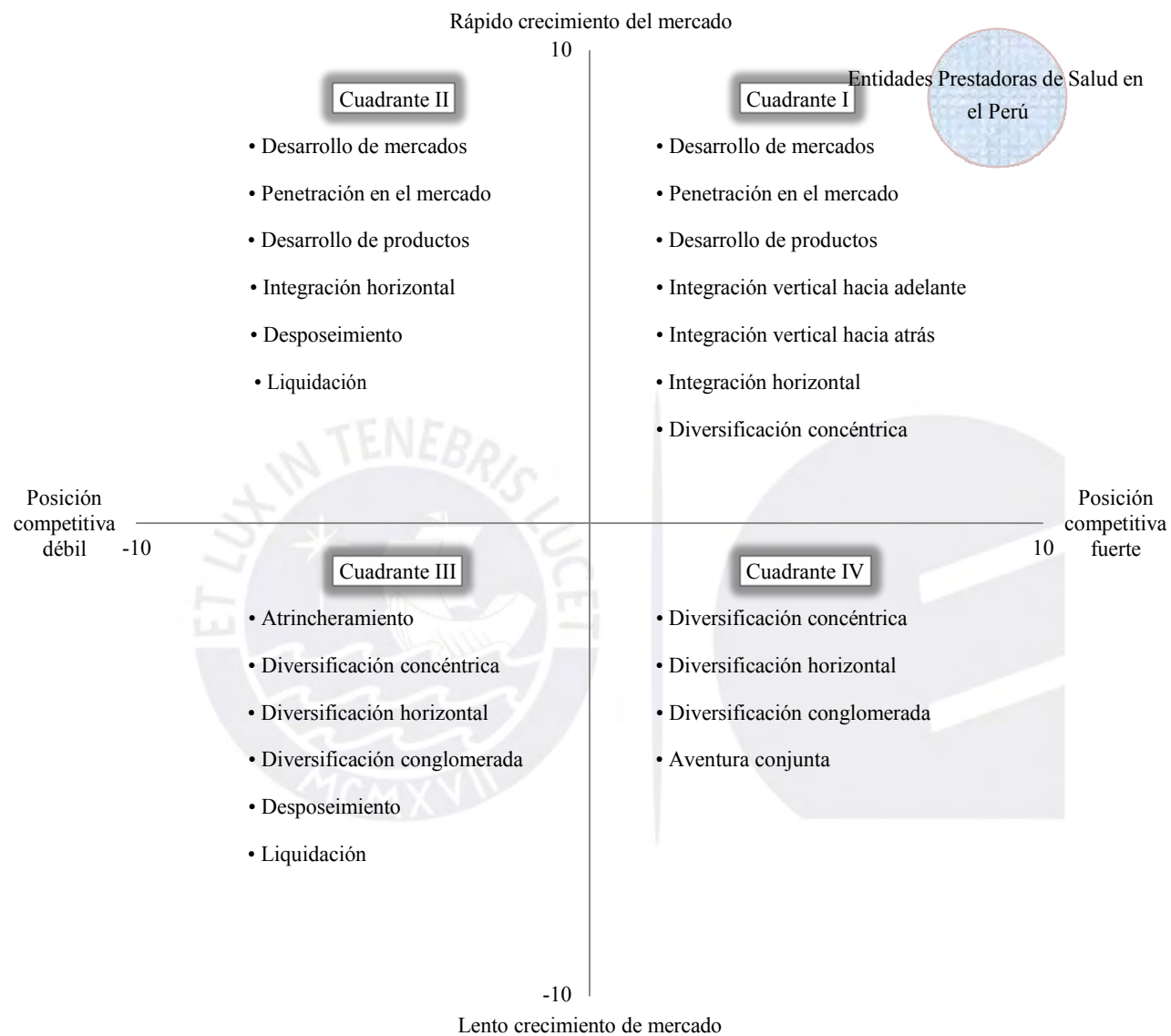


Figura 21. Matriz de la Gran Estrategia (GE) para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

Tabla 33

Matriz de Decisión Estratégica para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Estrategias genéricas competitivas	Estrategias externas alternativas													Matriz								
	Integración			Intensivas			Diversificación			Defensivas				N°	Estrategias específicas	FODA	PEYEA	BCG	IE	GE	Total	
	Integración vertical hacia adelante	Integración vertical hacia atrás	Integración horizontal	Penetración en el mercado	Desarrollo de mercados	Desarrollo de productos	Diversificación concéntrica	Diversificación conglomerada	Diversificación horizontal	Aventura conjunta	Atrincheramiento / reducción	Desposeimiento / desinversión	Liquidación									
Diferenciación				X										E1	FO1.	Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con el comportamiento del consumidor en ciudades emergentes (Desarrollo de mercados: F1,F2, F3, F4, O1, O2, O3, O4, O5, y O6)	X	X		X	X	4
Liderazgo en costos		X												E2	FO2.	Comprar IPRESS reconocidas localmente para ampliar cobertura donde no es líder (Integración vertical hacia atrás: F1, F2, F3, F4, O1, O2, y O6)	X	X		X	X	4
Enfoque					X									E3	FO3.	Aumentar las atenciones vía telemedicina para generar nuevos canales de atención (Penetración en el mercado: F1, F2, F4, O1, y O5)	X	X		X	X	4
Diferenciación						X								E4	FO4.	Realizar campaña de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)	X			X	X	3
Enfoque				X										E5	FA1.	Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, A1, y A3)	X	X		X	X	4
Diferenciación				X										E6	FA2.	Implementar estándares de solvencia para la administración de riesgos en las EPS (F4 y A1)	X	X		X	X	4
Liderazgo en costos						X								E7	DO1.	Mejorar procesos para garantizar la calidad del servicio (Calidad total: D3 y O1)	X			X	X	3
Diferenciación					X									E8	DO2.	Usar intensivamente las tecnologías de la información para generar eficiencias operativas (Tecnologías de información: D3, O1, y O5)	X	X		X	X	4
Diferenciación				X										E9	DO3.	Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)	X	X		X	X	4
Diferenciación				X										E10	DA1.	Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1,A2, A3, y A4)	X	X		X	X	4
Liderazgo en costos						X								E11	DA2.	Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)	X	X		X	X	4

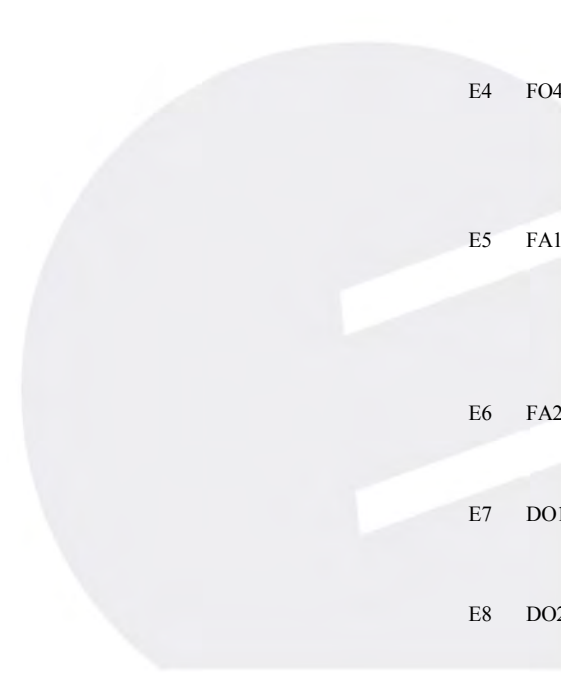


Tabla 34

Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

	Peso	E1 FO1.		E2 FO2.		E3 FO3.		E4 FO4.		E5 FA1.		E6 FA2.		E7 DO1.		E8 DO2.		E9 DO3.		E10 DA1.		E11 DA2.			
		PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA		
<p>Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, A1, y A3)</p> <p>Realizar campañas de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)</p> <p>Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)</p> <p>Realizar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1, A2, A3, y A4)</p> <p>Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)</p>																									
Factores críticos para el éxito																									
Oportunidades																									
O1. Servicios de salud inadecuadamente atendidos por el sector público	0.15	4	0.60	4	0.60	4	0.60	1	0.15	4	0.60	4	0.60	4	0.60	4	0.60	1	0.15	4	0.60	4	0.60	4	0.60
O2. Incremento del empleo formal en las principales ciudades del país: Ica, Cerro de Pasco, Piura, Paíta y Huancavelica	0.10	4	0.40	4	0.40	4	0.40	2	0.20	4	0.40	4	0.40	1	0.10	2	0.20	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40
O3. Crédito al empleador respecto al aporte a ESSALUD cuando los trabajadores se afilian a una EPS	0.05	2	0.10	1	0.05	1	0.05	1	0.05	4	0.20	3	0.15	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05
O4. Falta de priorización de la inversión en seguros	0.05	3	0.15	1	0.05	1	0.05	1	0.05	4	0.20	3	0.15	1	0.05	1	0.05	1	0.05	3	0.15	4	0.20	4	0.20
O5. Rápido avance y desarrollo de las nuevas tecnologías	0.05	2	0.10	1	0.05	4	0.20	3	0.15	1	0.05	2	0.10	2	0.10	4	0.20	4	0.20	4	0.20	1	0.05	4	0.20
O6. Ampliación de la infraestructura de la red de servicios de salud privada	0.10	4	0.40	4	0.40	2	0.20	3	0.30	3	0.30	4	0.40	1	0.10	1	0.10	4	0.40	3	0.30	4	0.40	4	0.40
Amenazas																									
A1. Incremento de la siniestralidad	0.10	3	0.30	3	0.30	3	0.30	4	0.40	2	0.20	3	0.30	2	0.20	2	0.20	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40
A2. Elevados niveles de empleo informal y bajas remuneraciones	0.15	2	0.30	1	0.15	1	0.15	1	0.15	2	0.30	4	0.60	1	0.15	1	0.15	1	0.15	2	0.30	2	0.30	2	0.30
A3. Aparición de nuevos competidores y productos sustitutos ligados al desarrollo tecnológico	0.10	2	0.20	2	0.20	4	0.40	1	0.10	3	0.30	4	0.40	4	0.40	1	0.10	2	0.20	4	0.40	3	0.30	4	0.40
A4. Modificaciones regulatorias que afectan la operatividad del negocio	0.10	2	0.20	1	0.10	1	0.10	1	0.10	1	0.10	1	0.10	2	0.20	1	0.10	1	0.10	2	0.20	3	0.30	4	0.40
A5. Mejoras en la calidad de atención brindada en la red de salud pública	0.05	2	0.10	1	0.05	3	0.15	1	0.05	2	0.10	2	0.10	4	0.20	4	0.20	1	0.05	1	0.05	4	0.20	4	0.20
Fortalezas																									
F1. Alto poder de negociación con las IPRESS	0.15	4	0.60	4	0.60	3	0.45	4	0.60	4	0.60	4	0.60	3	0.45	1	0.15	4	0.60	4	0.60	4	0.60	4	0.60
F2. Gestión enfocada en la satisfacción del cliente	0.15	4	0.60	4	0.60	4	0.60	4	0.60	3	0.45	3	0.45	4	0.60	4	0.60	4	0.60	4	0.60	4	0.60	4	0.60
F3. Amplia red de atención con infraestructura y equipos modernos en las principales ciudades del Perú	0.10	4	0.40	4	0.40	2	0.20	4	0.40	4	0.40	4	0.40	2	0.20	3	0.30	4	0.40	3	0.30	4	0.40	4	0.40
F4. Fortaleza financiera y solvencia	0.10	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40	3	0.30	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40
Debilidades																									
D1. Producto costoso para las personas de bajos ingresos	0.20	3	0.60	3	0.60	2	0.40	1	0.20	3	0.60	4	0.80	1	0.20	1	0.20	1	0.20	3	0.60	4	0.80	4	0.80
D2. Comunicación ineficiente de los beneficios del producto por su complejidad	0.15	2	0.30	1	0.15	1	0.15	1	0.15	4	0.60	2	0.30	1	0.15	1	0.15	2	0.30	3	0.45	3	0.45	3	0.45
D3. Débil gestión de los procedimientos administrativos y operativos que garanticen la calidad del servicio	0.05	1	0.05	1	0.05	2	0.10	1	0.05	2	0.10	2	0.10	4	0.20	4	0.20	4	0.20	3	0.15	2	0.10	4	0.20
D4. Falta de infraestructura de salud privada en ciudades emergentes del Perú	0.10	2	0.20	2	0.20	4	0.40	1	0.10	2	0.20	2	0.20	2	0.20	1	0.10	4	0.40	4	0.40	4	0.40	4	0.40
	2.00		6.00		5.35		5.30		4.20		6.10		6.55		4.45		4.05		5.25		6.55		6.95		6.95

Nota. 1 = No atractivo (no aceptable), 2 = Algo atractivo (algo aceptable), 3 = Razonablemente atractivo (aceptable), 4 = Altamente atractivo (muy aceptable).

6.8 Matriz de Rumelt (MR)

La Matriz de Rumelt evalúa las estrategias retenidas bajo los criterios de consistencia, consonancia, factibilidad, y ventaja. La importancia de esta valoración reside en que si alguna de las estrategias no pasara alguno de los filtros, se incrementa el riesgo de afectar negativamente áreas clave de gestión (D'Alessio, 2015). En la Tabla 35, se aprecia la MR elaborada para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú; y dado que todas las estrategias planteadas cumplen con los cuatro criterios establecidos, han sido aceptadas puesto que aportarán al logro de los objetivos a largo plazo.

6.9 Matriz de Ética (ME)

La Matriz de Ética permite cotejar que las estrategias planteadas no atenten contra los derechos, justicia, y utilitarismo (D'Alessio, 2015). De acuerdo con el análisis realizado, se han aprobado las once estrategias retenidas, puesto que ninguna transgrede aspectos relacionados a los criterios mencionados, por lo que se trabajará en su implementación. La Tabla 36 muestra la Matriz de Ética elaborada para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

6.10 Matriz Estrategias Retenidas y de Contingencia (MERC)

Después de someter las estrategias planteadas al análisis a través de las diversas matrices, se corrobora la importancia de las mismas para lograr los objetivos a largo plazo (D'Alessio, 2015). En el caso del presente análisis, las once estrategias planteadas para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú se retienen, tal como se muestra en la MERC elaborada para la presente tesis (ver Tabla 37).

6.11 Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo (MEOLP)

Se debe analizar el alineamiento de los objetivos a largo plazo, comparándolos con las estrategias retenidas con la finalidad de verificar que contribuyan al logro de estos (D'Alessio, 2015). En la Tabla 38 se aprecia la MEOLP elaborada para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú.

Tabla 35

Matriz de Rumelt para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

	Estrategia específica	Pruebas				Se acepta
		Consistencia	Consonancia	Factibilidad	Ventaja	
E1	FO1. Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con el comportamiento del consumidor en ciudades emergentes (Desarrollo de mercados: F1,F2, F3, F4, O1, O2, O3, O4, O5, y O6)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E2	FO2. Comprar IPRESS reconocidas localmente para ampliar cobertura donde no es líder (Integración vertical hacia atrás: F1, F2, F3, F4, O1, O2, y O6)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E3	FO3. Aumentar las atenciones vía telemedicina para generar nuevos canales de atención (Penetración en el mercado: F1, F2, F4, O1, y O5)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E4	FO4. Realizar campaña de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E5	FA1. Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, A1, y A3)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E6	FA2. Implementar estándares de solvencia para la administración de riesgos en las EPS (F4 y A1)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E7	DO1. Mejorar procesos para garantizar la calidad del servicio (Calidad total: D3 y O1)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E8	DO2. Usar intensivamente las tecnologías de la información para generar eficiencias operativas (Tecnologías de información: D3, O1, y O5)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E9	DO3. Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E10	DA1. Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1,A2, A3, y A4)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E11	DA2. Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Tabla 36

Matriz de Ética para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Estrategia específica	Derechos							Justicia			Utilitarismo		
	Impacto en el derecho a la vida	Impacto en el derecho a la propiedad	Impacto en el derecho al libre pensamiento	Impacto en el derecho a la privacidad	Impacto en el derecho a la libertad de conciencia	Impacto en el derecho a hablar libremente	Impacto en el derecho al debido proceso	Impacto en la distribución	Equidad en la administración	Normas de compensación	Fines y resultados estratégicos	Medios estratégicos empleados	Se acepta
E1 FO1. Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con el comportamiento del consumidor en ciudades emergentes (Desarrollo de mercados: F1,F2, F3, F4, O1, O2, O3, O4, O5, y O6)	P	N	N	N	N	N	N	J	J	N	E	E	Sí
E2 FO2. Comprar IPRESS reconocidas localmente para ampliar cobertura donde no es líder (Integración vertical hacia atrás: F1, F2, F3, F4, O1, O2, y O6)	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N	E	E	Sí
E3 FO3. Aumentar las atenciones vía telemedicina para generar nuevos canales de atención (Penetración en el mercado: F1, F2, F4, O1, y O5)	P	N	N	N	N	N	N	J	J	N	E	E	Sí
E4 FO4. Realizar campaña de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)	P	N	N	N	N	N	N	J	J	N	E	E	Sí
E5 FA1. Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, A1, y A3)	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N	E	E	Sí
E6 FA2. Implementar estándares de solvencia para la administración de riesgos en las EPS (F4 y A1)	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N	E	E	Sí
E7 DO1. Mejorar procesos para garantizar la calidad del servicio (Calidad total: D3 y O1)	N	N	N	N	N	N	N	J	J	N	E	E	Sí
E8 DO2. Usar intensivamente las tecnologías de la información para generar eficiencias operativas (Tecnologías de información: D3, O1, y O5)													
E9 DO3. Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	E	E	Sí
E10 DA1. Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1,A2, A3, y A4)	N	N	N	N	N	N	N	N	J	N	E	E	Sí
E11 DA2. Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)	P	N	N	N	N	N	N	N	N	N	E	E	Sí

Nota. Los criterios utilizados para calificar la matriz de ética fueron: P = Promueve, N = Neutral, V = Viola, J = Justo, I = Injusto, E = Excelentes, y PE = Perjudicial.

Tabla 37

Matriz de Estrategias Retenidas y de Contingencia para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Estrategia			Estrategia de contingencia			Estrategia retenida
			De 3.r Retenidas	De 2.r Orden	De 1.r Orden	
			Orden (< 3)	(MCPE < 5)	(No pasa Rumelt)	
E1	FO1.	Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con el comportamiento del consumidor en ciudades emergentes (Desarrollo de mercados: F1,F2, F3, F4, O1, O2, O3, O4, O5, y O6)				X
E2	FO2.	Comprar IPRESS reconocidas localmente para ampliar cobertura donde no es líder (Integración vertical hacia atrás: F1, F2, F3, F4, O1, O2, y O6)				X
E3	FO3.	Aumentar las atenciones vía telemedicina para generar nuevos canales de atención (Penetración en el mercado: F1, F2, F4, O1, y O5)				X
E4	FO4.	Realizar campaña de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)				X
E5	FA1.	Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, A1, y A3)				X
E6	FA2.	Implementar estándares de solvencia para la administración de riesgos en las EPS (F4 y A1)				X
E7	DO1.	Mejorar procesos para garantizar la calidad del servicio (Calidad total: D3 y O1)				X
E8	DO2.	Usar intensivamente las tecnologías de la información para generar eficiencias operativas (Tecnologías de información: D3, O1, y O5)				
E9	DO3.	Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)				X
E10	DA1.	Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1,A2, A3, y A4)				X
E11	DA2.	Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)				X

Tabla 38

Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

		Visión					
Al 2027, brindar planes de salud privada al 30% de los trabajadores formales en el Perú, ofreciendo un servicio de alta calidad, a través de procedimientos claros, transparentes, y confiables que solucionen oportunamente las necesidades del usuario; todo ello basado en el respeto a la dignidad humana como el pilar central del desarrollo de la industria de las entidades prestadoras de salud. En 2016, solo el 2% de los trabajadores formales en el Perú contaban con cobertura de EPS.							
Intereses organizacionales		OLP1	OLP2	OLP3	OLP4	Total	
1. Aumentar el retorno sobre la inversión a partir del incremento de la base de asegurados, que permita mayor flujo de ingresos y mayor aprovechamiento de las economías de escala;							
2. Incrementar la participación de mercado, incorporando a mayor cantidad de asegurados, en especial los que solo cuentan con los servicios de ESSALUD;							
3. Fomentar medidas de prevención y la atención primaria en salud para reducir el riesgo de enfermedades y el incremento de los gastos en salud;							
4. Promover la reforma integral del sistema de salud con mayor participación del sector privado para incrementar su eficiencia y permitir un acceso digno a los servicios de salud;							
5. Promocionar el mecanismo de aseguramiento salud, como una forma de acceder a servicios médicos de calidad; y							
6. Desarrollar soluciones tecnológicas que permitan reducir costos y brindar una atención médica confortable.							
		Estrategia de contingencia					
		De 3.r Retenidas	De 2.r Orden	De 1.r Orden			
		Orden	(MCPE < 5)	(No pasa Rumelt)			
Estrategia		(< 3)			Estrategia retenida		
E1	FO1. Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con el comportamiento del consumidor en ciudades emergentes (Desarrollo de mercados: F1, F2, F3, F4, O1, O2, O3, O4, O5, y O6)	X			X	4	
E2	FO2. Comprar IPRESS reconocidas localmente para ampliar cobertura donde no es líder (Integración vertical hacia atrás: F1, F2, F3, F4, O1, O2, y O6)	X			X	4	
E3	FO3. Aumentar las atenciones vía telemedicina para generar nuevos canales de atención (Penetración en el mercado: F1, F2, F4, O1, y O5)	X				0	
E4	FO4. Realizar campaña de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)	X			X	4	
E5	FA1. Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, A1, y A3)	X				0	
E6	FA2. Implementar estándares de solvencia para la administración de riesgos en las EPS (F4 y A1)	X				0	
E7	DO1. Mejorar procesos para garantizar la calidad del servicio (Calidad total: D3 y O1)	X			X	3	
E8	DO2. Usar intensivamente las tecnologías de la información para generar eficiencias operativas (Tecnologías de información: D3, O1, y O5)					0	
E9	DO3. Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)	X			X	4	
E10	DA1. Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1, A2, A3, y A4)	X				0	
E11	DA2. Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)	X				0	

6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores (MEPCS)

La Matriz de Posibilidades de los Competidores analiza las estrategias que pueden adoptar los competidores actuales, sustitutos, y entrantes, en reacción a las estrategias evaluadas por las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú. Los competidores actuales de las EPS son los seguros privados de salud, los seguros independientes de las clínicas, y ESSALUD. En la Tabla 39 se aprecia la MEPCS elaborada para dicho subsector.

Tabla 39

Matriz de Posibilidades de los Competidores y Sustitutos para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Estrategia retenida			Posibilidades de los competidores		
			Seguros privados de salud	Seguros con clínicas	ESSALUD
E1	FO1.	Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con el comportamiento del consumidor en ciudades emergentes (Desarrollo de mercados: F1,F2, F3, F4, O1, O2, O3, O4, O5, y O6)	Estrategia pasiva, solo de apoyo a su cartera de seguros	Adecuarse a los requerimientos de su público objetivo	No aplica
E2	FO2.	Comprar IPRESS reconocidas localmente para ampliar cobertura donde no es líder (Integración vertical hacia atrás: F1, F2, F3, F4, O1, O2, y O6)	Reforzar sus alianzas estratégicas	Trabajan solo a través de establecimientos de su marca	No aplica
E3	FO3.	Aumentar las atenciones vía telemedicina para generar nuevos canales de atención (Penetración en el mercado: F1, F2, F4, O1, y O5)	Copiar estrategia	No aplica.	Implementa esta estrategia
E4	FO4.	Realizar campaña de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)	Estrategia pasiva, solo de apoyo a su cartera de seguros	Copiar estrategia	No aplica
E5	FA1.	Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, A1, y A3)	Estrategia pasiva, solo de apoyo a su cartera de seguros	No aplica.	No aplica
E6	FA2.	Implementar estándares de solvencia para la administración de riesgos en las EPS (F4 y A1)	Copiar estrategia	No aplica.	No aplica
E7	DO1.	Mejorar procesos para garantizar la calidad del servicio (Calidad total: D3 y O1)	Estrategia pasiva, solo de apoyo a su cartera de seguros	Copiar estrategia	Copiar estrategia
E9	DO3.	Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)	Estrategia pasiva, solo de apoyo a su cartera de seguros	No aplica.	No aplica
E10	DA1.	Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1,A2, A3, y A4)	No aplica	No aplica	No aplica
E11	DA2.	Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)	No aplica	No aplica	No aplica

6.13 Conclusiones

Lo que se puede resaltar de este capítulo, es la interacción que existe entre la Matriz FODA y las estrategias iniciales planteadas independientemente, analizando las fortalezas que se deben explotar y expandir así como defenderse y actuar de manera proactiva frente a las amenazas, buscando robustecerse en lo que se refiere a las debilidades encontradas en el subsector; asimismo estas estrategias se orientan a aprovechar las oportunidades que se presentan en el presente tiempo-espacio histórico. Las estrategias planteadas en esta etapa deben ser tamizadas y analizadas comparándolas con las matrices PEYEA, BCG, IE, GE, MCPE, Rumelt, y Ética, así como por la comprobación de su alineamiento con los objetivos a largo plazo. Principalmente, las estrategias adoptadas para enfrentar la coyuntura actual en un contexto de escasos competidores y una industria altamente concentrada, están alineadas a la penetración del mercado y a la expansión del mismo, desarrollando novedosos planes de salud para las ciudades emergentes, comprando y afiliando IPRESS que puedan aportar mayor cobertura, implementar las atenciones con telemedicina, impulsando el registro único de pacientes, promoviendo campañas de salud orientadas a la reducción de la siniestralidad, realizando convenios con las empresas corredoras de seguros para implementar un plan de incentivo para expandir el sistema de EPS en el Perú, analizando mas exhaustivamente los riesgos del subsector para evitar crisis económicas, mejorar procesos enfocados en asegurar la calidad del servicio, acomodar los planes para segmentar el mercado, y comunicar de manera mas eficiente las bondades del sistema.

Capítulo VII: Implementación Estratégica

Después de analizar los aspectos más importantes para la formulación del plan estratégico para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú, de tal forma que se permita alcanzar su proyección futura, corresponde continuar con la puesta en marcha de los lineamientos estratégicos identificados y llevar a cabo la ejecución de las estrategias retenidas para la organización. Por ello, dentro del contexto de la implementación estratégica, los planes deben convertirse en acciones y seguidamente en resultados, teniendo como medida del éxito que la organización logre sus objetivos estratégicos (D'Alessio, 2015).

Los principales aspectos que son considerados para el logro de la implementación de las estrategias formuladas para las EPS en el Perú son los siguientes: (a) establecer objetivos a corto plazo, (b) desarrollar la estructura organizacional necesaria, (c) asignar recursos, (d) desarrollar políticas, (e) actuar con responsabilidad social y manejo del medioambiente y ecología, (f) desarrollar la función de RR. HH., y (g) administrar la gestión del cambio.

7.1 Objetivos a Corto Plazo

Según D'Alessio (2015), los objetivos a corto plazo (OCP) son hitos mediante los cuales se alcanza, con cada estrategia, los OLP; es decir que la suma de los OCP genere como resultado cada OLP. Los OCP deben ser claros y verificables, para facilitar la gestión de la organización, permitir su medición, así como conseguir la eficiencia y eficacia del uso de los recursos por parte de la gerencia, administrando la influencia triangular entre el entorno, los objetivos, y la estrategia. En la Tabla 40 se muestran los OCP para las EPS en el Perú, incluyendo acciones, responsables, indicador actual, e indicador del año proyectado, entre otros aspectos, para la consecución de los OLP respectivos. Asimismo, en la Tabla 41 se aprecian solo las acciones para cada objetivo a corto plazo, para una mejor visualización; estos datos son parte del Tablero de Control Balanceado.

Tabla 40

Matriz de Objetivos a Corto Plazo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

OLP	OCP	Acciones / Iniciativas	Responsable	Descripción del indicador	Unidad de medida	Año actual y proyectado												
						2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
OLP1. Para 2027, generar ingresos por aportes en más de US\$2,203.4 millones, considerando los aportes por el seguro de salud regular y potestativo, así como el SCTR. Según SUSALUD (2016a), en dicho año se generaron US\$587.5 millones.	OCP1.1	Para 2022, alcanzar US\$998.3 en ingresos por aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos	Desarrollar planes de salud para el sector de la micro y pequeña empresa con redes de prestación de salud económicas	Gerencia de Producto	Ingresos netos por aportes en planes de salud regular y potestativo	US\$ millones	511.5	571.8	639.2	714.6	798.8	893.0	998.3	1,148.9	1,322.2	1,521.7	1,751.3	2,015.6
	OCP1.2	Para 2027, alcanzar US\$2,015.6 en ingresos por aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos	Desarrollar planes de salud enteramente digitales con un fuerte enfoque en telemedicina	Gerencia de Producto	Ingresos netos por aportes en planes de salud regular y potestativo	US\$ millones	511.5	571.8	639.2	714.6	798.8	893.0	998.3	1,148.9	1,322.2	1,521.7	1,751.3	2,015.6
	OCP1.3	Para 2022, alcanzar US\$106.4 en ingresos por aportes de asegurados al SCTR	Generar alianzas estratégicas a través del canal no tradicional para la comercialización del SCTR	Gerencia Comercial	Ingresos netos por aportes en SCTR	US\$ millones	76.0	80.4	85.0	89.9	95.1	100.6	106.4	119.2	133.6	149.7	167.7	187.8
	OCP1.4	Para 2027, alcanzar US\$187.8 en ingresos por aportes de asegurados al SCTR	Desarrollar el SCTR digital que facilite el proceso de adquisición y la realización de las labores de riesgo	Gerencia de Producto	Ingresos netos por aportes en SCTR	US\$ millones	76.0	80.4	85.0	89.9	95.1	100.6	106.4	119.2	133.6	149.7	167.7	187.8
	OCP1.5	En 2022, alcanzar 1.7 millones de afiliados a planes de salud regular y potestativos	Desarrollar planes de salud para el sector de la micro y pequeña empresa	Gerencia de Producto	Número de afiliados a planes de salud regular y potestativo	Millones	0.9	1.0	1.1	1.2	1.4	1.5	1.7	2.0	2.3	2.6	3.0	3.4
	OCP1.6	En 2027, alcanzar 3.4 millones de afiliados a planes de salud regular y potestativos	Desarrollar planes de salud enteramente digitales con un fuerte enfoque en telemedicina	Gerencia de Producto	Número de afiliados a planes de salud regular y potestativo	Millones	0.9	1.0	1.1	1.2	1.4	1.5	1.7	2.0	2.3	2.6	3.0	3.4
OLP2. Para 2027, incrementar las utilidades netas anuales a US\$110.2 millones. Según SUSALUD (2016a), en dicho año se generaron US\$24.0 millones.	OCP2.1	Lograr un crecimiento anual de las utilidades netas de 12.9%	Generar alianzas estratégicas con corredores del segmento masivo para realizar campañas periódicas de cross selling	Gerencia Comercial	Utilidades netas	US\$ millones	24.0	32.6	36.2	40.2	44.7	49.7	55.2	63.4	72.8	83.6	95.9	110.2
	OCP2.2	Lograr un margen de aportaciones o margen neto anual de 5%	Mejorar las técnicas de suscripción de riesgos humanos a través de herramientas de analítica para mantener una cartera saludable	Gerencia de Suscripción	Utilidades netas / Ingresos netos por aportes	%	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
	OCP2.3	Reducir la siniestralidad anual a menos de 79%	Realizar campañas periódicas de prevención de enfermedades y de pacientes crónicos	Gerencia Médica	Prestaciones de servicios de salud / Ingresos netos por aportes	%	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0	79.0
	OCP2.4	Reducir los gastos técnicos y administrativos anuales a menos de 16%	Generar eficiencias a través de la automatización de procesos y uso de la tecnología	Gerencia de Operaciones	Gastos técnicos y administrativos / Ingresos netos por aportes	%	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0	16.0
OLP3. Para 2027, reducir la tasa de reclamos anuales de los usuarios a menos de 1.1 por cada mil afiliaciones para garantizar la satisfacción del cliente. Según SUSALUD (2016a), en dicho año la tasa fue 3.0 por cada mil afiliaciones.	OCP3.1	Reducir la tasa de reclamos fundados en 11% anual	Auditar los procesos de atención propias y a través de las IPRESS para mejorar la calidad del servicio	Gerencia de Servicio al Cliente	Reclamos fundados / Mil afiliados	%	0.7	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2
	OCP3.2	Reducir la tasa de reclamos infundados, anulados, no determinados, y en proceso en 8.5% anual	Comunicar de forma sencilla y entendible los beneficios, así como las obligaciones de los planes de salud, mejorando la velocidad de respuesta	Gerencia de Producto	Reclamos infundados, anulados, no determinados y en proceso / Mil afiliados	%	2.3	2.1	1.9	1.8	1.6	1.5	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	0.9
	OCP3.3	Reducir la tasa de reclamos del ámbito administrativo en 8.2% anual	Aumentar y mejorar las plataformas de acceso a servicios de atención al usuario	Gerencia de Servicio al Cliente	Reclamos del ámbito administrativo / Mil afiliados	%	1.9	1.8	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	1.0	0.9	0.8	0.8
	OCP3.4	Reducir la tasa de reclamos del ámbito de las prestaciones en 11% anual	Certificar los procesos de las prestaciones de salud para garantizar la calidad de la atención	Gerencia de Servicio al Cliente	Reclamos del ámbito de las prestaciones / Mil afiliados	%	1.1	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3
OLP4. Para 2027, generar 1,900 puestos de trabajo directo en el subsector. Según la SUNAT (2017), al finalizar dicho año se declararon 1,210 trabajadores.	OCP4.1	Para 2022, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 20 primeras del ranking Great Place to Work Perú	Generar campañas que favorezcan el clima laboral y el otorgamiento de un adecuado salario emocional	Gerencia de Desarrollo Humano	Ranking top 20	Posición			20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0
	OCP4.2	Para 2027, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 10 primeras del ranking Great Place to Work Perú	Promover periódicamente a los trabajadores con un alto desempeño y mejorar sus remuneración	Gerencia de Desarrollo Humano	Ranking top 10	Posición			20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0
	OCP4.3	Para 2022, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 20 primeras del ranking Merco Talento Perú	Crear programas de trainee para captar a los mejores estudiantes de las universidades del Perú y de EE. UU. antes de que finalicen sus carreras	Gerencia de Desarrollo Humano	Ranking top 20	Posición			20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0
	OCP4.4	Para 2027, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 10 primeras del ranking Merco Talento Perú	Generar líneas de carrera motivadoras que permitan la movilidad de los trabajadores con alto desempeño a lo largo de los principales procesos de la compañía y con sus socios estratégicos para tener una reserva de talento que pueda ocupar los principales puestos directivos de la organización	Gerencia de Desarrollo Humano	Ranking top 10	Posición			20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0
	OCP4.5	Lograr un crecimiento anual de 4.6% en número de trabajadores	Implementar políticas de contratación y de formación que favorezcan el crecimiento profesional	Gerencia de Desarrollo Humano	Número de trabajadores	Unidades			1210	1258	1308	1360	1413	1470	1547	1629	1715	1805

Tabla 41

Matriz de Acciones de los Objetivos a Corto Plazo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Objetivo a corto plazo (OCP)		Acción
OCP 1.1.	Para 2022, alcanzar US\$998.3 en ingresos por aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos	Desarrollar planes de salud para el sector de la micro y pequeña empresa con redes de prestación de salud económicas
OCP 1.2.	Para 2027, alcanzar US\$2,015.6 en ingresos por aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos	Desarrollar planes de salud enteramente digitales con un fuerte enfoque en telemedicina
OCP 1.3.	Para 2022, alcanzar US\$106.4 en ingresos por aportes de asegurados al SCTR	Generar alianzas estratégicas a través del canal no tradicional para la comercialización del SCTR
OCP 1.4.	Para 2027, alcanzar US\$187.8 en ingresos por aportes de asegurados al SCTR	Desarrollar el SCTR digital que facilite el proceso de adquisición y la realización de las labores de riesgo
OCP 1.5.	En 2022, alcanzar 1.7 millones de afiliados a planes de salud regular y potestativos	Desarrollar planes de salud para el sector de la micro y pequeña empresa
OCP 1.6.	En 2027, alcanzar 3.4 millones de afiliados a planes de salud regular y potestativos	Desarrollar planes de salud enteramente digitales con un fuerte enfoque en telemedicina
OCP 2.1.	Lograr un crecimiento anual de las utilidades netas de 12.9%	Generar alianzas estratégicas con corredores del segmento masivo para realizar campañas periódicas de cross-selling
OCP 2.2.	Lograr un margen de aportaciones o margen neto anual de 5%	Mejorar las técnicas de suscripción de riesgos humanos a través de herramientas de analítica para mantener una cartera saludable
OCP 2.3.	Reducir la siniestralidad anual a menos de 79%	Realizar campañas periódicas de prevención de enfermedades y de pacientes crónicos
OCP 2.4.	Reducir los gastos técnicos y administrativos anuales a menos de 16%	Generar eficiencias a través de la automatización de procesos y uso de la tecnología
OCP 3.1.	Reducir la tasa de reclamos fundados en 11% anual	Auditar los procesos de atención propias y a través de las IPRESS para mejorar la calidad del servicio
OCP 3.2.	Reducir la tasa de reclamos infundados, anulados, no determinados, y en proceso en 8.5% anual	Comunicar de forma sencilla y entendible los beneficios, así como las obligaciones de los planes de salud, mejorando la velocidad de respuesta
OCP 3.3.	Reducir la tasa de reclamos del ámbito administrativo en 8.2% anual	Aumentar y mejorar las plataformas de acceso a servicios de atención al usuario
OCP 3.4.	Reducir la tasa de reclamos del ámbito de las prestaciones en 11% anual	Certificar los procesos de las prestaciones de salud para garantizar la calidad de la atención
OCP 4.1.	Para 2022, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 20 primeras del ranking Great Place to Work Perú	Generar campañas que favorezcan el clima laboral y el otorgamiento de un adecuado salario emocional
OCP 4.2.	Para 2027, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 10 primeras del ranking Great Place to Work Perú	Promover periódicamente a los trabajadores con un alto desempeño y mejorar sus remuneración
OCP 4.3.	Para 2022, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 20 primeras del ranking Merco Talento Perú	Crear programas de trainee para captar a los mejores estudiantes de las universidades del Perú y de EE.UU antes de que finalicen sus carreras.
OCP 4.4.	Para 2027, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 10 primeras del ranking Merco Talento Perú	Generar líneas de carrera excitantes que permitan la movilidad de los trabajadores con alto desempeño a lo largo de los principales procesos de la compañía y con sus socios estratégicos para tener una reserva de talento que pueda ocupar los principales puestos directivos de la organización
OCP 4.5.	Lograr un crecimiento anual de 4.6% en número de trabajadores	Implementar políticas de contratación y de formación que favorezcan el crecimiento profesional

7.2 Recursos Asignados a los Objetivos a Corto Plazo

Según D'Alessio (2015), los recursos son aquellos insumos que facilitan la ejecución de las estrategias seleccionadas y su correcta asignación permite determinar el plan a seguir, considerando una asignación basada en los OCP. Un proceso de implementación exitoso debe considerar una distribución de los recursos (i.e., financieros, físicos, humanos, y tecnológicos) que refuercen las competencias distintivas que llevan a la organización hacia la visión esperada. En tal sentido, cada OCP debe contar con los recursos que específicamente se le asignarán. En la Tabla 42 se muestra el detalle de los recursos asignados a los objetivos a corto plazo para las EPS en el Perú.

7.3 Políticas de cada Estrategia

Según D'Alessio (2015), las políticas son los límites del accionar gerencial, de tal forma que acotan la implementación de cada estrategia, siendo que estas incluyen las directrices, reglas, métodos, formas prácticas, y procedimientos para conseguir el logro de los objetivos, estableciendo los límites del accionar adecuado para la organización. Además, están alineadas con sus valores, debiendo existir una correspondencia bilateral entre ellos.

Las políticas sirven de guía para orientar las estrategias hacia la posición futura de la organización, siendo estas unas rutas que deben estar enmarcadas bajo los principios de ética, legalidad, y responsabilidad social. En la Tabla 43 se muestran las políticas establecidas para las EPS en el Perú.

7.4 Estructura de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Las EPS en el Perú se encuentran representadas por la Asociación de EPS (APEPS), constituida como una organización gremial privada que integra a las principales EPS del país. Actualmente se encuentra constituida por: Pacífico, Rímac, Mapfre, y Sanitas. La APEPS fue creada en 2001 con la finalidad de facilitar el contacto entre sus asociadas, canalizar sus necesidades, generar sinergias, y optimizar las condiciones del subsector para su desarrollo armónico. Además, promueve prácticas y políticas para ayudar a fortalecer las IAFAS y sus

Tabla 42

Matriz de Recursos Asignados a los Objetivos a Corto Plazo para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Objetivo a corto plazo (OCP)	Recursos			
	Financieros	Físicos	Humanos	Tecnológicos
OCP 1.1. Para 2022, alcanzar US\$998.3 en ingresos por aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos	Capital propio	Infraestructura administrativa	Grupo humano multidisciplinario encargado de producto, suscripción, prestaciones médicas, marketing, comercial, legal, y sistemas	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 1.2. Para 2027, alcanzar US\$2,015.6 en ingresos por aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos	Capital propio y/o financiamiento de terceros	Infraestructura administrativa	Grupo humano multidisciplinario con énfasis en el conocimiento de tecnologías de la información	Equipos de cómputo, sistemas de información, videoconferencia, y desarrollo de APP
OCP 1.3. Para 2022, alcanzar US\$106.4 en ingresos por aportes de asegurados al SCTR	Capital propio	Infraestructura administrativa y merchandising	Gerente comercial, jefe de equipo, y analistas comerciales	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 1.4. Para 2027, alcanzar US\$187.8 en ingresos por aportes de asegurados al SCTR	Capital propio y/o financiamiento de terceros	Infraestructura administrativa	Grupo humano multidisciplinario con énfasis en el conocimiento de tecnologías de la información	Equipos de cómputo, sistemas de información, y desarrollo de APP
OCP 1.5. En 2022, alcanzar 1.7 millones de afiliados a planes de salud regular y potestativos	Capital propio y/o financiamiento de terceros	Infraestructura administrativa	Grupo humano multidisciplinario con énfasis en el conocimiento de tecnologías de la información	Equipos de cómputo, sistemas de información y desarrollo de apps
OCP 1.6. En 2027, alcanzar 3.4 millones de afiliados a planes de salud regular y potestativos	Capital propio y/o financiamiento de terceros	Infraestructura administrativa	Grupo humano multidisciplinario con énfasis en el conocimiento de tecnologías de la información	Equipos de cómputo, sistemas de información y desarrollo de apps
OCP 2.1. Lograr un crecimiento anual de las utilidades netas de 12.9%	Capital propio	Infraestructura administrativa	Gerente comercial, jefe de equipo, y analistas comerciales	Equipos de cómputo, sistemas de información, y software de analítica
OCP 2.2. Lograr un margen de aportaciones o margen neto anual de 5%	Capital propio	Salas de capacitación	Actuario, gerente de suscripción, jefe de equipo, y analistas de suscripción	Equipos de cómputo, sistemas de información, software estadísticos, y de analítica
OCP 2.3. Reducir la siniestralidad anual a menos de 79%	Capital propio y/o financiamiento de terceros	Locales de terceros	Médicos, personal administrativo, y enfermeras	Equipos médicos para la revisión del estado de salud
OCP 2.4. Reducir los gastos técnicos y administrativos anuales a menos de 16%	Capital propio y/o financiamiento de terceros	Infraestructura administrativa	Grupo humano multidisciplinario con énfasis en el conocimiento de tecnologías de la información	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 3.1. Reducir la tasa de reclamos fundados en 11% anual	Capital propio	Infraestructura administrativa	Consultores externos, especialistas en procesos, analistas de planeamiento, y personal administrativo	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 3.2. Reducir la tasa de reclamos infundados, anulados, no determinados, y en proceso en 8.5% anual	Capital propio	Infraestructura administrativa	Consultores externos y especialistas en marketing y diseño de producto	Equipos de cómputo, sistemas de información, y software gráficos
OCP 3.3. Reducir la tasa de reclamos del ámbito administrativo en 8.2% anual	Capital propio y/o financiamiento de terceros	Infraestructura administrativa	Grupo humano multidisciplinario con énfasis en el conocimiento de tecnologías de la información	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 3.4. Reducir la tasa de reclamos del ámbito de las prestaciones en 11% anual	Capital propio	Infraestructura administrativa y locales de terceros	Consultores externos, especialistas en gestión de la calidad, analistas de planeamiento, y personal administrativo	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 4.1. Para 2022, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 20 primeras del ranking Great Place to Work Perú	Capital propio	Infraestructura administrativa	Especialistas en comunicación y recursos humanos	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 4.2. Para 2027, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 10 primeras del ranking Great Place to Work Perú	Capital propio	Infraestructura administrativa	Personal especializado en recursos humanos	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 4.3. Para 2022, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 20 primeras del ranking Merco Talento Perú	Capital propio	Infraestructura administrativa y locales de terceros	Personal especializado en recursos humanos	Equipos de cómputo, de proyección, y sistemas de información
OCP 4.4. Para 2027, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 10 primeras del ranking Merco Talento Perú	Capital propio	Infraestructura administrativa y locales de terceros	Personal especializado en recursos humanos	Equipos de cómputo y sistemas de información
OCP 4.5. Lograr un crecimiento anual de 4.6% en número de trabajadores	Capital propio	Infraestructura administrativa y locales de terceros	Personal especializado en recursos humanos	Equipos de cómputo y sistemas de información

Tabla 43

Matriz de Políticas de cada Estrategia para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Política por estrategia	Estrategias retenidas									
	E1 FO1.	E2 FO2.	E3 FO3.	E4 FO4.	E5 FA1.	E6 FA2.	E7 DO1.	E9 DO3.	E10 DA1.	E11 DA2.
	Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con el comportamiento del consumidor en ciudades emergentes (Desarrollo de mercados: F1,F2, F3, F4, O1, O2, O3, O4, O5, y O6)	Comprar IPRESS reconocidas localmente para ampliar cobertura donde no es líder (Integración vertical hacia atrás: F1, F2, F3, F4, O1, O2, y O6)	Aumentar las atenciones vía telemedicina para generar nuevos canales de atención (Penetración en el mercado: F1, F2, F4, O1, y O5)	Realizar campaña de bienestar y prevención entre los asegurados para reducir el índice de siniestralidad (Calidad total: F1, F2, F3, y O6)	Realizar convenios con las empresas corredoras de seguros para incentivar la masificación del uso de seguros de salud EPS (Penetración en el mercado: F4, A1, y A3)	Implementar estándares de solvencia para la administración de riesgos en las EPS (F4 y A1)	Mejorar procesos para garantizar la calidad del servicio (Calidad total: D3 y O1)	Realizar campañas de prevención gratuita en las principales empresas de cada ciudad emergente (Desarrollo de mercados: D2, O2, y O4)	Desarrollar nuevos planes de salud de acuerdo con la capacidad adquisitiva de segmentos desatendidos como PYME y microempresas (Desarrollo de productos: D1,A2, A3, y A4)	Realizar campañas de comunicación para difundir los beneficios de los planes de salud EPS (Penetración en el mercado; D1, A1, y A3)
P1 Promover la innovación y la mejora continua	X	X	X		X	X	X		X	X
P2 Promover la especialización y el desarrollo profesional en mecanismos de financiamiento y prestación de servicios de salud		X		X	X		X			X
P3 Incentivar las buenas prácticas empresariales	X	X	X	X	X	X	X		X	
P4 Promover la descentralización de los servicios de salud a través de las tecnologías de la información	X	X	X	X	X		X	X	X	
P5 Incentivar los estilos de vida saludable y los beneficios de la medicina preventiva	X		X	X	X		X	X		X
P6 Promover la responsabilidad social y el respeto por la naturaleza y el medioambiente		X		X				X	X	X
P7 Generar el diálogo con el Gobierno para promover mejoras en la regulación		X				X				
P8 Incentivar la competitividad del subsector	X	X	X	X	X		X		X	X
P9 Fomentar la inclusión social y los mecanismos para la formalización de los microempresarios	X		X	X	X			X	X	

afiliados, contribuyendo a elevar los estándares de la salud en el Perú. La APEPS se define con un organismo comprometido en la búsqueda de iniciativas que ayuden a elevar continuamente los estándares de calidad que prestan sus asociadas y la satisfacción de los afiliados, mejorar los procesos de gestión y atención, incrementar su competitividad, incrementar el número de afiliados, y educar a la ciudadanía en la importancia del aseguramiento en salud (APEPS, 2017a).

La APEPS cuenta con un directorio conformado por los principales ejecutivos de las EPS y se encuentra liderado por un presidente independiente. La Tabla 42 muestra su estructura organizacional actual.

Tabla 44

Estructura Organizacional del Directorio de la APEPS

Departamento	Integrante
Consejo directivo	Mapfre EPS: Mario Paya Arregui Pacífico EPS: Guillermo Garrido Lecca Del Río Rímac EPS: Francisco Rodríguez-Larraín Labarthe Sanitas Perú EPS: Carlos Llanos Carvajal
Presidente	Eduardo Morón Pastor
Gerente General	César Chanamé Zapata

Nota. Tomado de "Directorio," por la Asociación de Entidades Prestadoras de Salud (APEPS), 2017b. Recuperado de [http://www.aeps.org.pe/aeps/#directorio](http://www.apeps.org.pe/aeps/#directorio)

No obstante, la importante labor que realiza la APEPS, su organización puede optimizarse mediante un esquema que incorpore mayores espacios de diálogo, a través de un conjunto de comités a cargo de las principales gerencias de la asociación. En la Figura 22 se aprecia la estructura organizacional propuesta para la APEPS, de tal forma que a través de sus comités se permita afianzar el sistema de aseguramiento en salud, consolidando y unificando criterios entre todas sus asociadas.

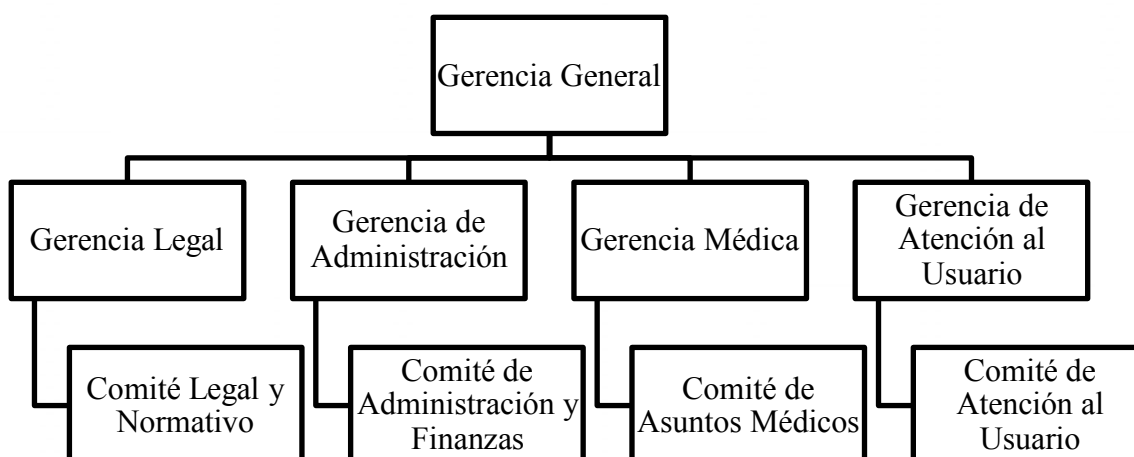


Figura 22. Organigrama propuesto para la APEPS.

7.5 Medioambiente y Ecología-Responsabilidad Social

El sector salud dispone de una alta cantidad de normas ambientales y de responsabilidad social; sin embargo las EPS si bien están ligadas al sector salud, no están regidas por estas normas, puesto que estas son administradoras de programas de salud y no brindan el servicio de salud directamente a pesar de contar con clínicas propias y afiliadas que en este caso operan para las EPS como meras IPRESS.

Si bien es cierto las EPS no operan brindando el servicio final a los aportantes, sí tienen una labor en la sociedad, lo cual le sugiere considerar en su desempeño patrones de conducta y esfuerzos de responsabilidad social. En este caso las EPS pueden implementar políticas de contrataciones que impactan directamente aunque no de manera masiva en el mercado laboral del lugar en el que se desenvuelven; asimismo promueven programas de prevención que si bien es cierto están enfocados a sus clientes, estos están dirigidos a prevenir enfermedades y promover un estilo de vida saludable. Otro ámbito en el que tienen influencia es en el de establecer las políticas de crecimiento en infraestructura, como por ejemplo optar por construir sus centros de salud y oficinas, mediante certificaciones medioambientales como la LEED.

7.6 Recursos Humanos

Dentro de los factores claves de éxito que se tienen, destaca el recurso humano como el más importante, puesto que será el encargado de diseñar e implementar el plan estratégico y será el encargado de su ejecución. Este será el encargado de la toma de decisiones y la ejecución del proceso operativo, así como generar en cuanto lo requiera la entidad, los cambios necesarios para su mejor desempeño. Para el crecimiento y expansión del mercado de las EPS, es fundamental el liderazgo de su gerente general, gerentes funcionales, y su directorio, puesto que esta plana no solo dirige la operación sino que está un paso más allá y elabora el plan estratégico, dado que no son solo manejadores de presupuestos, sino que de ellos depende si las EPS establecerán una política de integración vertical, una política de alianzas estratégicas, una estrategia de marketing intensivo, y/o una política de guerra de precios. Pero principalmente esta Alta Dirección debe establecer de qué manera se va a impregnar la cultura en cada una de las EPS, de manera que esta se vea reflejada desde la persona con la que se establece el primer contacto hasta aquel personal involucrado en la parte administrativa de la misma.

7.7 Gestión del Cambio

La resistencia al cambio es el factor clave para que la implementación de un plan estratégico tenga éxito, por lo tanto, se debe buscar reducirla lo más posible. El establecimiento de una estrategia educativa que ayude al cambio, controle los sentimientos de ansiedad, y temor del personal es fundamental. Del mismo modo, se debe implementar una estrategia racional que genere el cambio, incentivando el autointerés por nuevas experiencias laborales y profesionales (D'Alessio, 2015). Es por esta razón que se requiere de una plana directiva de alto grado de formación, así como de compromiso en las EPS. Estos deben ser promotores del cambio, estar alineados a las estrategias y planes de acción programados para manejar el impacto del cambio en el subsector. Según D'Alessio (2015), el proceso de implementación genera cambios estructurales y culturales que obligan a que estos se

desarrollen de manera adecuada. Las EPS deben planificar la estrategia del cambio, para lo cual es necesario revisar todas las actividades que tendrán que implementar para lograr los objetivos proyectados.

A partir de los cambios tecnológicos que avanzan a una velocidad acelerada, como por ejemplo la implementación de la telemedicina y las historias médicas integradas, se genera una necesidad de avanzar de acuerdo con estos para mejorar no solo la calidad del servicio, sino además para ordenar y mejorar los procesos que son pieza clave para el desarrollo y eficiencia del sistema. Es normal que estos cambios generen ansiedad e incertidumbre si acaso resistencia, es por ello que la Alta Gerencia debe implementar las estrategias de comunicación y desarrollo para que apoyada en la cultura de la organización, allanar el camino hacia la innovación y el desarrollo del subsector, sea una permanente evaluación de oportunidades de mejora y amenazas del sistema que se deben prever y combatir.

Como se definió previamente, se deben establecer los objetivos a corto plazo que permitan alcanzar los objetivos a largo plazo para arribar a la visión trazada.

Es importante que la Alta Dirección esté alineada a la búsqueda del objetivo de colocarse en una posición de ventaja sobre: (a) los seguros privados de salud o los seguros que ofrecen las clínicas a sus pacientes, (b) las IPRESS independientes, y (c) el Estado, entre otros jugadores que se van presentando con el tiempo, estas metas deben estar alineadas con los objetivos y procedimientos de las IPRESS afiliadas para brindar siempre un mejor servicio actualizado y eficiente.

En otras palabras, es vivir por y para el cambio puesto que ningún actor del subsector tiene ventajas comparativas, porque estas son intrínsecas a la naturaleza de los mismos y todos parten de la misma normatividad, antecedentes, y realidad social. Lo único que cuenta en un entorno como este, son las ventajas competitivas que cada competidor pueda ir adquiriendo y ello basado en preguntarse permanentemente qué es lo que el usuario requiere

o necesita e implementarlo lo más velozmente posible. Se está en la “era de las preguntas”, cuanto más rápidos sean en generar más y mejores preguntas, más rápido podrán obtener ventajas competitivas temporales que luego los otros jugadores copiarán. Para ese momento, ya se debe tener la siguiente pregunta formulada para estar un paso adelante. No se está en la era de las respuestas ni de los conceptos, se está en la era de las preguntas.

Es momento de generar el cambio a través de creatividad, que es algo que ningún robot ni máquina pueden obtener puesto que estos están hechos para seguir instrucciones. El capital, las materias primas, y la maquinaria no son más los medios de producción, estos se han convertido en el conocimiento y creatividad y; esta creatividad debe responder a la pregunta: ¿Se está ofreciendo un servicio *commodity* o un servicio con valor agregado?, uno que está por encima de la oferta vigente, uno que da un servicio cómodo, oportuno, y a un precio justo, que no requiere de colas ni programaciones eternas de espera, un servicio que la Alta Gerencia esté dispuesta y preparada para innovar y generar cambios veloces e incluso radicales, sin generar conflictos con la cultura de la organización.

Ford decía: ¿Por qué cuando quiero un par de manos tengo que quedarme con todo el ser humano? Probablemente en el futuro en la industria se pregunten: ¿Para qué quiero un par de manos si lo que se requieren son mentes? Se requiere creatividad y conocimiento, sin temor al cambio, una mente que tenga claro que todo lo que hoy es cierto se tornará incierto y que lo improbable se tornará probable, ahora más que nunca son vigentes las leyes de Clarke (1973):

- Cualquier tecnología lo suficientemente avanzada, es indistinguible de la magia, desde los tiempos más antiguos la magia ha tenido la virtud de otorgarle a quienes la practicaban poder real; es así que si se es capaz de implementar las tecnologías más innovadoras en el tiempo, más corta se logrará gozar por un tiempo de un poder real frente a la competencia.

- Cuando un científico distinguido pero anciano dice que algo es posible, seguramente tiene razón, pero si dice que algo es imposible, lo más probable es que esté equivocado. Ello llama la atención de estar permanentemente abiertos a las nuevas tecnologías y a la innovación, nada está dicho, nada está pre-establecido, todo puede ser mejorado y cambiado.
- El único camino para descubrir los límites de lo posible, es aventurarse un poco más allá de él, adentrando lo imposible, este es un camino que necesariamente debe asumir la Alta Dirección, no es una alternativa, es una obligación.

7.8 Conclusiones

Principalmente, se deben implementar los objetivos a corto plazo que permitan alcanzar aquellos a largo plazo que estén alineados con la Visión. De los objetivos a corto plazo necesarios para alcanzar los objetivos a largo plazo, de ellos el más importante para aumentar la cobertura de las EPS, es tener mayor presencia y capacidad de atención en las provincias menos desarrolladas, fomentando la implementación de más y mejores IPRESS para ser afiliadas al sistema y transfiriéndoles toda la tecnología para homologar procesos.

Se requiere un rol más protagónico en fomentar esta expansión, generando campañas de salud y generando alianzas estratégicas con sectores empresariales interesados.

Implementar una política de fomento a la investigación y desarrollo para mejorar procesos y procedimientos. Asimismo, es importante fomentar la participación del personal en capacitaciones que tengan como finalidad reducir o eliminar la resistencia al cambio.

Capítulo VIII: Evaluación Estratégica

8.1 Evaluación y Control

Las principales etapas propuestas para el modelo de gerencia estratégica son: (a) formulación/planeamiento, (b) implementación/dirección, (c) evaluación/control, y (d) etapa final de conclusiones y recomendaciones. La formulación es la etapa más importante y laboriosa en el ámbito intelectual, puesto que de esta depende el éxito o fracaso del proceso y es la que persigue el objetivo de llevar a la organización de la situación actual a la futura. La implementación es la etapa de síntesis de plantear de manera secuencial todo lo definido durante la formulación, esta es la más difícil puesto que en ella se pueden generar las incertidumbres y temores de cómo ejecutar e implementar las estrategias. La tercera etapa adquiere este orden solo por darle una ubicación porque en realidad acompaña todo el proceso desde su inicio; es la que valida todas las etapas midiendo y asignando responsabilidades a cada una de las áreas funcionales de la organización. La cuarta y última etapa es la de resumir y definir el plan estratégico en general y; en ella se determinan las conclusiones y se proponen las recomendaciones (D'Alessio, 2015).

El *Balanced Score Card* o Tablero de Control Balanceado (BSC, por sus siglas en inglés) permite evaluar y validar cada etapa del proceso de forma tal que las EPS en el Perú puedan ver reflejada su realidad y la implementación de sus estrategias de forma segura y coherente, realizando controles de avance desde las matrices internas hacia las externas y comparándolas con las realidades propias del subsector para validar así la relevancia de las estrategias y su alineamiento a la consecución de los objetivos a corto plazo que los llevarán a alcanzar aquellos objetivos a largo plazo que las lleven a consolidar su visión.

8.2 Criterios de Evaluación

Los criterios de evaluación que utiliza el BSC son (D'Alessio, 2015):

- **Consistencia:** Los objetivos y políticas de la estrategia deben ser mutuamente consistentes;

- **Consonancia:** Se deben plantear estrategias que respondan, adaptándose al entorno externo y a los cambios críticos que puedan ocurrir en este;
- **Ventaja:** Las estrategias deben apuntar a mantener y a crear ventajas competitivas, fruto de las continuas preguntas que la organización o el sector se hagan de qué y cómo lo necesita el cliente; y
- **Factibilidad:** Debe haber una racionalidad entre los costos que las estrategias signifiquen para la organización o sector y estas no deben generar subproblemas sin solución.

8.3 Perspectivas de Control

La revisión a través del Tablero de Control Balanceado permite evaluar integralmente el sector que se analiza y ayuda a evaluar las estrategias midiendo y comparando sus resultados para corregir los planteamientos en caso sea necesario y así tener mejor capacidad de obtener resultados útiles para el mismo (D'Alessio, 2015). Las perspectivas de control que se emplean en la planificación estratégica de las EPS en el Perú son: (a) económica, (b) financiera, (c) de procesos, y (d) social.

8.3.1 Perspectiva financiera

La perspectiva financiera analiza el valor agregado en términos económicos, expresados en porcentajes de crecimiento; es decir, cuanto rinden las inversiones realizadas en el sector; esta información es especialmente relevante por cuanto es un sector altamente concentrado. Este indicador evalúa en qué nivel se alcanzan los objetivos financieros planteados por la estrategia, asignada a la gerencia general, y requeridos por los accionistas.

8.3.2 Perspectiva de procesos

La perspectiva interna o de procesos analiza los procesos necesarios para satisfacer a los clientes, enfocándose en indicadores dirigidos a: (a) régimen de innovaciones, (b) servicio, (c) eficiencia operacional, (d) medidas de calidad, y (e) tiempos de los ciclos (D'Alessio, 2015). La perspectiva de procesos analiza el crecimiento económico medido a

través del ingreso, expresado en millones de dólares; es decir cuánto se ha incrementado la participación en el segmento en relación al mercado, midiendo cómo se ha incrementado en valor absoluto, el número de aportaciones al sistema. Este indicador evalúa en qué nivel se alcanzan los objetivos económicos planteados por la estrategia, asignada a la gerencia comercial, y requeridos por los accionistas.

8.3.3 Perspectiva del cliente

La perspectiva del cliente analiza el nivel de satisfacción o insatisfacción de los afiliados, medido a través del porcentaje de reclamos por mil afiliados, expresado en porcentaje; es decir, en cuánto se han reducido los reclamos por cada mil usuarios. Este indicador evalúa en qué nivel se alcanzan los objetivos sobre los objetivos planteados por la estrategia, asignada a la gerencia de operaciones, y requeridos por los accionistas.

8.3.4 Perspectiva social

La perspectiva social analiza el nivel de satisfacción o insatisfacción de los trabajadores, medido a través de la posición obtenida en los rankings que hacen mediciones a ese respecto, expresado en posición en el ranking; es decir, cuánto ha subido o bajado la percepción de felicidad que experimentan los empleados en sus puestos de trabajo. Este indicador evalúa en qué nivel se alcanzan los objetivos sociales planteados por la estrategia, asignada a la gerencia de recursos humanos, y requeridos por los accionistas.

8.4 Tablero de Control Balanceado

La estrategia debe ser corroborada o tamizada desde su formación por el Tablero de Control Balanceado, el cual en este caso evalúa cuatro aspectos importantes para el crecimiento de las EPS en el Perú, como son: (a) económicos, (b) financieros, (c) de procesos, y (d) sociales. Los objetivos a corto plazo están agrupados en relación a cada enfoque y están alineados con la cultura y la visión alcanzada mediante el logro de los objetivos a largo plazo. En la Tabla 43 se muestra el Tablero de Control Balanceado para las EPS en el Perú.

Tabla 45

Tablero de Control Balanceado para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Perspectiva		Objetivo a corto plazo (OCP)	Responsable	Indicador	Unidad de medición
Financiera	OCP 1.1.	Para 2022, alcanzar US\$998.3 en ingresos por aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos	Gerencia Comercial	Aportes	Millones de US\$
Financiera	OCP 1.2.	Para 2027, alcanzar US\$2,015.6 en ingresos por aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos		Aportes	Millones de US\$
Financiera	OCP 1.3.	Para 2022, alcanzar US\$106.4 en ingresos por aportes de asegurados al SCTR		Aportes	Millones de US\$
Financiera	OCP 1.4.	Para 2027, alcanzar US\$187.8 en ingresos por aportes de asegurados al SCTR		Aportes	Millones de US\$
Financiera	OCP 1.5.	En 2022, alcanzar 1.7 millones de afiliados a planes de salud regular y potestativos		Afiliados	Unidades
Financiera	OCP 1.6.	En 2027, alcanzar 3.4 millones de afiliados a planes de salud regular y potestativos		Afiliados	Unidades
Procesos	OCP 2.1.	Lograr un crecimiento anual de las utilidades netas de 12.9%	Gerencia General	Margen neto	%
Procesos	OCP 2.2.	Lograr un margen de aportaciones o margen neto anual de 5%		Margen neto	%
Procesos	OCP 2.3.	Reducir la siniestralidad anual a menos de 79%		Gasto prestaciones/Aportes	%
Procesos	OCP 2.4.	Reducir los gastos técnicos y administrativos anuales a menos de 16%		Gastos técnicos y administrativos/Aportes	%
Cliente	OCP 3.1.	Reducir la tasa de reclamos fundados en 11% anual	Gerencia de Operaciones	Reclamos/ Mil afiliados	%
Cliente	OCP 3.2.	Reducir la tasa de reclamos infundados, anulados, no determinados, y en proceso en 8.5% anual		Reclamos/ Mil afiliados	%
Cliente	OCP 3.3.	Reducir la tasa de reclamos del ámbito administrativo en 8.2% anual		Reclamos administrativos/ Mil afiliados	%
Cliente	OCP 3.4.	Reducir la tasa de reclamos del ámbito de las prestaciones en 11% anual		Reclamos de prestaciones/Mil afiliados	%
Aprendizaje	OCP 4.1.	Para 2022, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 20 primeras del ranking Great Place to Work Perú	Gerencia de Recursos Humanos	Ranking	Posición
Aprendizaje	OCP 4.2.	Para 2027, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 10 primeras del ranking Great Place to Work Perú		Ranking	Posición
Aprendizaje	OCP 4.3.	Para 2022, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 20 primeras del ranking Merco Talento Perú		Ranking	Posición
Aprendizaje	OCP 4.4.	Para 2027, posicionar a las empresas del subsector dentro de las 10 primeras del ranking Merco Talento Perú		Ranking	Posición
	OCP 4.5.	Lograr un crecimiento anual de 4.6% en número de trabajadores		Número de trabajadores	Unidades

8.5 Conclusiones

El Tablero de Control Balanceado no es una actividad, es un proceso integral que se realiza desde la etapa de formulación, pasando por la implementación y la etapa resolutive. Es un instrumento que se realiza para controlar la consistencia, consonancia, ventaja, y factibilidad de las estrategias orientadas al logro de los objetivos acorto plazo y que estos estén alineados a la consecución de los objetivos a largo plazo que permitan que el sector alcance su visión, corrigiendo y conduciendo estas actividades para que mantengan coherencia con la cultura de la organización o con el estándar del sector o industria, en este caso las EPS en el Perú.

Es necesario que este proceso se lleve a cabo permanentemente pues que se requiere garantizar la vigencia de los principios asumidos para la implementación de la estrategia y que no queden obsoletos por un ambiente cambiante tanto en la competencia como en la regulación entre otros agentes.

Para el caso de las EPS en el Perú, se ha diseñado el Tablero de Control Balanceado analizando los factores más relevantes para el fortalecimiento y crecimiento del subsector en función de perspectivas, como son: (a) económica, (b) financiera, (c) procesos, y (d) social.

Capítulo IX: Competitividad de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

La competitividad de las empresas es un concepto que hace referencia a la capacidad de las mismas para producir bienes y servicios de forma eficiente, consiguiendo competir en el mercado y logrando una mayor cuota de mercado (Ibrahim, 2012). Según Aguilar (como se citó en D'Alessio, 2015), la competitividad tiene niveles: (a) a nivel país, región, o localidad, según hasta donde es favorable crecer económicamente; (b) a nivel sectorial, si el sector tiene potencial para crecer y si ofrece atractivos rendimientos para la inversión; y (c) a nivel empresarial, si existe la habilidad para diseñar, producir, y vender productos cuyas cualidades forman beneficios más atractivos para los consumidores.

9.1 Análisis Competitivo de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Para Porter (como se citó en D'Alessio, 2015), la competitividad de una nación depende de la capacidad de su industria para innovar y mejorar; “la prosperidad no se hereda, se crea”. El nivel de éxito de un sector dependerá de los factores críticos para la competitividad, los cuales equivalen en cierto sentido a las fortalezas y debilidades que le permitirán conseguir mayor participación de mercado más que sus competidores y sustitutos. Según Porter (2010), es indispensable analizar los siguientes cuatro factores para lograr la ventaja competitiva de una industria en el país: (a) estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas; (b) condiciones de los factores; (c) condiciones de la demanda; y (d) sectores afines y auxiliares.

El Perú se sitúa en el puesto 55 en el Ranking de Competitividad Mundial 2017, una posición menos a la de 2016, según el *World Competitive Index* [Índice de Competitividad Mundial] del IMD de Lausana (Suiza). Sin embargo, pese al retroceso en el ranking, el Perú ha mejorado en su índice, de 56.20 a 60.98. Según lo señalado por D'Alessio de CENTRUM Católica, esta tendencia a la baja es similar a la que presentan otros países latinoamericanos, como los que forman la Alianza del Pacífico (AP). Este ranking busca evaluar el desempeño económico, la eficiencia del Gobierno, la eficiencia en los negocios, y la infraestructura, los

cuales sirven de indicadores para conocer cuál es la situación de un país. El análisis mide cómo una economía gestiona la totalidad de sus recursos y competencias, para elevar la productividad y de esa manera, incrementar el bienestar de su población (como se citó en “Ranking de Competitividad Mundial,” 2017).

De acuerdo con el análisis realizado en el Capítulo III, y haciendo uso del Índice de Herfindahl y Hirschman (IHH), se puede observar que la rivalidad de los competidores es relativamente media; lo cual supone una oportunidad de desarrollo para las EPS en el Perú y una ventaja competitiva para crecer.

9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Respecto a las EPS en el Perú, se identifican ciertas ventajas competitivas que cumplen un rol importante en cuanto al desarrollo del subsector:

- El incremento del empleo formal en las principales ciudades del país, generando una demanda desatendida y una necesidad de servicios privados de salud;
- La intervención del Estado, generando un incentivo mediante el crédito al empleador respecto al aporte de ESSALUD cuando los trabajadores se afilian a una EPS;
- Servicios de salud inadecuadamente atendidos por el sector público;
- Rápido avance y desarrollo de las nuevas tecnologías;
- Ampliación de la infraestructura de la red de servicios de salud privada; y
- Una fortaleza financiera y solvencia que permite implementar las estrategias planteadas a corto y mediano plazo.

9.3 Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

Los clústeres son concentraciones geográficas de compañías interconectadas e instituciones dentro de una actividad particular. Estas organizaciones, al interactuar, crean un

clima de negocios que estimula la mejora en su desempeño, competitividad, y rentabilidad a largo plazo, según Porter (como se citó en D'Alessio, 2015). De acuerdo con el autor, la existencia de los clústeres influye sobre la competencia de tres maneras: (a) incrementando la productividad de las compañías ubicadas en la zona de influencia; (b) definiendo la dirección y velocidad de la innovación; y (c) estimulando la formación de nuevos negocios.

Así, las múltiples relaciones internas que se desarrollan entre las compañías constituyen alianzas estratégicas entre los actores del clúster, las cuales pueden ser de naturaleza formal o informal. Como consecuencia de estos desarrollos, se aumenta la eficiencia de las empresas, puesto que a la eficiencia interna de cada empresa se suma la eficiencia colectiva del clúster. La eficiencia colectiva puede ser pasiva o activa. La pasiva es el resultado de las economías externas propias de la concentración geográfica y sectorial de las empresas; y la activa, de las alianzas estratégicas, formales e informales, producto de la voluntad manifiesta de los jugadores pertenecientes al clúster (clustereconomico, 2008).

Dada la naturaleza competitiva de las EPS en el Perú, no se puede visualizar una sinergia entre los actores de la misma para incrementar la competitividad colectiva del subsector o un planteamiento para desarrollar esta sinergia a corto o mediano plazo. Por ello, y respecto al estado actual de las EPS en el Perú, se puede afirmar que a la fecha no existe un clúster establecido en el país.

9.4 Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres

Según el análisis, se puede observar que no existe un clúster en las EPS en el Perú; pero eso no significa que no sea necesario o útil para el subsector. Así, se podría afirmar que la creación y desarrollo de un clúster podría beneficiar al subsector en importante magnitud.

Los beneficios más resaltantes de pertenecer a un clúster son: (a) economías de escala, para las empresas miembro, potenciando su capacidad de ingreso y desarrollo de mercados, y aumentando sus beneficios; (b) mayor competitividad, desarrollando nuevos productos y de mejor calidad; (c) permanencia en el mercado, permitiendo que las empresas que se integren

tengan mayor estabilidad, producto de las debilidades, fortalezas, amenazas, y oportunidades detectadas por los miembros más antiguos; (d) menores costos de investigación, investigación conjunta que beneficia al grupo y disminuye los costos individuales; (e) facilidad de acceso para los clientes, la concentración de empresas en una región atrae más clientes, provocando que el mercado se amplíe para todas, más allá de lo que sería el caso si cada una estuviese operando aisladamente; (f) incremento de la productividad, fuerte competencia inducida por esta concentración de empresas genera mayor especialización y división de trabajo; (g) mayor integración de la cadena, fuerte interacción entre productores, proveedores, y usuarios facilita e induce mayor aprendizaje productivo, tecnológico, y de comercialización; y (h) menores costos de transacción, mayor cercanía con proveedores y clientes genera menor costo de transacción (Llorens, 2011).

9.5 Conclusiones

A partir del análisis planteado, se puede observar la importancia de la existencia de un clúster en las EPS en el Perú, el cual servirá para el potenciamiento del subsector. Con la creación de un clúster, se podrían identificar con claridad las ventajas competitivas de cada actor y buscar el mayor provecho para todos los involucrados.

La falta de un clúster en el subsector limita el desarrollo del mismo y representa una debilidad frente a los demás subsectores. Por ello, se necesita la intervención y participación, tanto del sector privado como del Gobierno, para negociar e implementar las estrategias que conlleven a la creación de un clúster y el desarrollo de las EPS en el Perú.

Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

10.1 Plan Estratégico Integral

Es la compilación de los principales elementos que conforman el proceso estratégico, el cual permite revisar, comparar, y validar los diferentes pasos para así poder controlarlo; asimismo sirve para poder implementar los cambios que este requiera (D'Alessio, 2015).

Luego de una exhaustiva evaluación, en el caso del subsector de Entidades Prestadoras de Salud en el Perú se han determinado elementos clave para poder integrar las áreas que impulsan el fortalecimiento y crecimiento del mismo, en este caso: (a) financiera, (b) procesos, (c) el cliente, y (d) aprendizaje interno. Este detalle permite enfocarse en una visión que lleve al subsector de la situación actual a la futura que se planteó como meta. Esta visión debe estar alineada a los objetivos a corto plazo que se decidieron alcanzar para lograr los objetivos a largo plazo que lleven a la visión, siempre apoyándose para este fin con un control permanente del Tablero de Control Balanceado. Este proceso debe por supuesto enfocarse en quiénes serán los responsables de cada objetivo, los tiempos, y metodología de medición de cumplimientos (ver Tabla 46).

10.2 Conclusiones

1. Producto del análisis del subsector de Entidades Prestadoras de Salud en el Perú, se identificó un alto potencial de crecimiento para este debido a la actual baja penetración en el mercado y a las ventajas competitivas que este presenta frente a otros administradores de la salud, tanto privados como públicos.
2. El subsector tiene una sólida posición financiera, pero presenta grandes oportunidades de mejora si se busca profundizar en las razones por las que aún no está muy difundido.
3. Actualmente, las condiciones son propicias para que todo el sistema avance en lo que a consolidación y a expansión se refiere; es por ello que se propusieron una serie de estrategias alineadas a la consecución de una visión alcanzable pero ambiciosa que no se queda en un planteamiento de fórmulas para lograr resultados fáciles y acotados; sino todo lo contrario difíciles y retadores.

Tabla 46

Plan Estratégico Integral para las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú



4. Aún existe una brecha importante y debe acortarse en lo que se refiere a aportes de asegurados a planes de salud regulares y potestativos así como en lo referido a los formatos de SCTR para los trabajadores de industrias que lo requieren como construcción, industriales, entre otros. Todo ello acompañado del crecimiento sostenido y estable que ha presentado la economía a lo largo de los últimos años.
5. Aún existe una oportunidad de mejora en lo que a optimización de recursos se refiere; es decir, enfatizar en reducir la siniestralidad y los gastos técnicos y administrativos.
6. Una forma de atraer a nuevos afiliados está siempre relacionada a la forma en que se tratan a los actuales; es por ello que se debe reducir drásticamente el número de reclamos del sistema ya sean fundados o no, haciendo que este sea más amigable.
7. Un ambiente de trabajo adecuado produce resultados más acordes a lo esperado; es por ello que se plantean una serie de cambios en el manejo del personal de manera que no sean reactivos al cambio sino todo lo contrario, que estando comprometidos con la cultura de las empresas que conforman el subsector, puedan ser agentes de cambio y transformadores del mercado.
8. El pilar del crecimiento planteado está en la alta insatisfacción que tienen los asegurados afiliados al sistema de salud pública; asimismo cada año se va incrementando drásticamente esta demanda insatisfecha y la población económicamente activa también con lo cual existe una importante oportunidad de ofrecer este sistema de cobertura al universo de personas que impulsan el crecimiento de la clase media emergente.

10.3 Recomendaciones

1. El presente plan estratégico será discutido y entregado la asociación de EPS llamada APEPS, para que en su calidad de líderes de un sector tan concentrado como este, influya en el resto de actuantes para generar las reformas que este requiere, buscando que estos compartan el mismo con todos los agentes que generan decisión en la organización, de manera que este trabajo pueda servir de guía a los mismos y puedan designar a los

responsables que a su vez hagan seguimiento a los resultados para poder ir midiendo estos en el tiempo.

2. Es importante poner énfasis en: (a) desarrollar planes de salud para el sector de la micro y pequeña empresa con redes de prestación de salud económicas; (b) desarrollar planes de salud enteramente digitales con un fuerte enfoque en telemedicina; (c) generar alianzas estratégicas a través del canal no tradicional para la comercialización del SCTR; (d) desarrollar el SCTR digital que facilite el proceso de adquisición y la realización de las labores de riesgo; (e) generar alianzas estratégicas con corredores del segmento masivo para realizar campañas periódicas de cross selling; (f) mejorar las técnicas de suscripción de riesgos humanos a través de herramientas de analytics para mantener una cartera saludable; (g) realizar campañas periódicas de prevención de enfermedades y de pacientes crónicos; (h) generar eficiencias a través de la automatización de procesos y uso de la tecnología, (i) auditar los procesos de atención propias y a través de las IPRESS para mejorar la calidad del servicio; (j) comunicar de forma sencilla y entendible los beneficios, así como las obligaciones de los planes de salud, mejorando la velocidad de respuesta; (k) aumentar y mejorar las plataformas de acceso a servicios de atención al usuario; (l) certificar los procesos de las prestaciones de salud para garantizar la calidad de la atención; (m) generar campañas que favorezcan el clima laboral y el otorgamiento de un adecuado salario emocional; (n) promover periódicamente a los trabajadores con un alto desempeño y mejorar sus remuneraciones; y (o) crear programas de *trainee* para captar a los mejores estudiantes de las universidades del Perú y de EE. UU. antes de que finalicen sus carreras y generar líneas de carrera excitantes que permitan la movilidad de los trabajadores con alto desempeño a lo largo de los principales procesos de la compañía y con sus socios estratégicos para tener una reserva de talento que pueda ocupar los principales puestos directivos de la organización.

10.4 Futuro de las Entidades Prestadoras de Salud en el Perú

El futuro de las EPS en el Perú para 2027, es brindar planes de salud privada al 30% de los trabajadores formales en el país, ofreciendo un servicio de alta calidad, a través de procedimientos claros, transparentes, y confiables, que solucionen oportunamente las necesidades del usuario; todo ello basado en el respeto a la dignidad humana como el pilar central del desarrollo de la industria. En 2016, solo el 2% de los trabajadores formales en el Perú contaban con cobertura de EPS.

Se logrará aumentar el retorno sobre la inversión a partir del incremento de la base de asegurados, que permita mayor flujo de ingresos y mayor aprovechamiento de las economías de escala; se incrementará la participación de mercado, incorporando a mayor cantidad de asegurados, en especial los que solo cuentan con los servicios de ESSALUD; se fomentarán medidas de prevención y la atención primaria en salud para reducir el riesgo de enfermedades y el incremento de los gastos en salud; se promoverá la reforma integral del sistema de salud con mayor participación del sector privado para incrementar su eficiencia y permitir un acceso digno a los servicios de salud; se promocionará el mecanismo de aseguramiento salud, como una forma de acceder a servicios médicos de calidad; y se desarrollarán soluciones tecnológicas que permitan reducir costos y brindar una atención médica comfortable.

Referencias

- Acuerdo Nacional. (2014a). *Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social*. Recuperado de <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/>
- Acuerdo Nacional. (2014b). *Objetivos del Acuerdo Nacional*. Recuperado de <http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/objetivos-del-acuerdo-nacional/>
- Agencia de Promoción de la Inversión Privada-Perú [PROINVERSIÓN]. (2016). *Estadísticas comerciales*. Recuperado de <http://www.investinperu.pe/modulos/JER/PlantillaStandard.aspx?are=0&prf=0&jer=5861&sec=1>
- Agencia de Promoción de la Inversión Privada-Perú [PROINVERSIÓN]. (2017). *Riesgo soberano*. Recuperado de <http://www.investinperu.pe/modulos/JER/PlantillaStandard.aspx?are=0&prf=0&jer=5794&sec=1>
- Alegria, L. (2017, 12 de noviembre). Empleo cae en 12 de las 29 grandes ciudades del país. *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/economia/cae-12-29-grandes-ciudades-pais-noticia-473186>
- Apuesta por la innovación liderada por privados. (2017, 25 de setiembre). *Día 1*, p. 22
- Áreas de recursos humanos necesitan evolucionar a nivel de socio estratégico del negocio. (2015, 30 de noviembre). *Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/empleo-management/areas-recursos-humanos-necesitan-evolucionar-nivel-socio-estrategico-negocio-2149731>

Arellano Marketing: Poder adquisitivo de la clase media creció. (2015, 26 de agosto).

Perú21. Recuperado de <https://peru21.pe/economia/arellano-marketing-adquisitivo-clase-media-crecio-193838>

Asesores de Seguros Individuales Asociados [ASIA]. (2017). *Rímac, Pacífico y Mapfre, aseguradoras más valoradas*. Recuperado de

<https://www.asiacorredores.net/single-post/2015/11/19/RIMAC-PAC%C3%8DFICO-y-MAPFRE-aseguradoras-m%C3%A1s-valoradas>

Asociación de Entidades Prestadoras de Salud [APEPS]. (2017a). *¿Quiénes somos?*

Recuperado de <http://www.aeps.org.pe/aeps/#somos>

Asociación de Entidades Prestadoras de Salud [APEPS]. (2017b). *Directorio*. Recuperado de <http://www.aeps.org.pe/aeps/#directorio>

Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional [AFIN]. (2015). *Un plan para salir de la pobreza: Plan nacional de infraestructura 2016-2025*. Lima, Perú:

Autor.

Asociación Peruana de Empresas de Seguros [APESEG]. (2017). *Conócenos: Nuestros objetivos*. Recuperado de

<https://www.apeseg.org.pe/conocenos/#NuestrosObjetivos>

Azer, S. A. (2015). The top-cited articles in medical education: A bibliometric analysis [Los artículos más citados en la educación médica: Un análisis bibliométrico].

Academic Medicine, 90(8), 1147-1161. doi: 10.1097/ACM.0000000000000780

Banco Central de Reserva del Perú [BCRP]. (2017a). *Reporte de inflación: Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2017-2018*. Lima, Perú: Autor.

Banco Central de Reserva del Perú [BCRP]. (2017b). *Programa monetario: Agosto 2017*.

Lima, Perú: Autor.

- Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. (2016). *10 años de asociaciones públicoprivadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido?* Washington, DC: Autor.
- Banco Mundial [BM]. (2007). *Análisis ambiental del Perú: Retos para un desarrollo sostenible (Resumen ejecutivo)*. Lima, Perú: Autor.
- Banco Mundial [BM]. (2017). *Perú: Panorama general*. Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>
- Bloomberg. (2014, 18 de setiembre). *Where do you get the most for your health care dollar?* [¿Dónde obtienes más para tu dólar de atención médica?]. Recuperado de <https://www.bloomberg.com/graphics/infographics/most-efficient-health-care-around-the-world.html>
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). *El sistema de salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima, Perú: Organización Internacional del Trabajo.
- Centro de Negocios de la Pontificia Universidad Católica [CENTRUM Católica] & Instituto Internacional para el Desarrollo Gerencial [IMD]. (2017). *Resultados del ranking de competitividad mundial 2017*. Lima, Perú: CENTRUM Publishing.
- Centros de salud tendrán historia clínica electrónica: MINSA y el RENIEC acuerdan elaborar un sistema que permita agilizar la atención médica. (2017, 30 de setiembre). *El Peruano*. Recuperado de <http://www.elperuano.pe/noticia-centros-salud-tendran-historia-clinica-electronica-59797.aspx>
- Chávez, L. (2017, 30 de agosto). Presupuesto para educación crecerá 5%, recursos para salud subirán 16% en 2018. *SEMANAeconómica*. Recuperado de <http://semanaeconomica.com/article/economia/politica-fiscal/242047-presupuesto-para-educacion-crecera-5-recursos-para-salud-subiran-16-en-el-2018/>

- Clarke, A. C. (1973). *Profiles of the future: An inquiry into the limits of the possible* [Perfiles del futuro: Una investigación sobre los límites de lo posible]. New York, NY: Harper & Row.
- Clínica Anglo Americana. (2017). *Solo con Anglo Salud*. Recuperado de <https://www.clinicaangloamericana.pe/anglo-salud/#coberturas>
- Clínica Internacional. (2017). *Tarjeta salud familiar*. Recuperado de <https://www.clinicainternacional.com.pe/servicio/individual/tarjeta-salud-familiar/>
- Clínica Ricardo Palma. (2017). *PlanSalud*. Recuperado de <http://www.crp.com.pe/PlanSalud/plansalud.html>
- Clínicas Maison de Santé. (2017). *Programas de salud*. Recuperado de http://www.clubdelasalud.pe/index.php?option=com_promocion&controller=Ajax&view=lista
- clustereconomico. (2008, 6 de noviembre). *¿Qué es un Cluster Económico?* Recuperado de <https://clustereconomico.wordpress.com/2008/11/06/%C2%BFque-es-un-clusters-economicos/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2017). *Comercio internacional e integración*. Recuperado de <http://www.cepal.org/es/areas-de-trabajo/comercio-internacional>
- Congreso de la República del Perú. (1993). *Constitución política del Perú*. Lima, Perú: Autor.
- Creación de empleo formal cayó 0.9% y el informal subió 4.2%. (2017, 16 de agosto). *Gestión*, D2-D3.
- D'Alessio, F. A. (2015). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia* (3a ed.). Lima, Perú: Pearson.

- De Marzo, S. (2013, 2 de setiembre). Clínicas privadas amplían sedes y aumentan inversión en servicios. *Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/empresas/clinicas-privadas-amplian-sedes-y-aumentan-inversion-servicios-2074989>
- Decreto Legislativo N°1158. Que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Presidencia de la República del Perú. (2013).
- Denuncian mafias de corrupción en ESSALUD. (2017, 4 de mayo). *Correo*. Recuperado de <https://diariocorreo.pe/ciudad/denuncian-mafias-de-corrupcion-en-essalud-747735/>
- Gálvez, V. (2016, 5 de enero). La Clínica Internacional invierte US\$36 millones en Surco. *El Comercio*. Recuperado de <http://elcomercio.pe/economia/negocios/clinica-internacional-invierte-us-36-millones-surco-259604>
- García, G. (2017, 21 de setiembre). SANNA inauguró nuevo centro clínico con una inversión de S/.4 millones. *Diario Médico*. Recuperado de <http://www.diariomedico.pe/?p=11062>
- Gaviria, A. (2013, 30 de mayo). El negocio y la Gestión del Talento: ¿quién manda a quién? *Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/tendencias/negocio-y-gestion-talento-quien-manda-quien-2067400>
- Hartmann, F. H. (1978). *The relations of nations* (5th ed.) [Las relaciones de las naciones]. Nueva York, NY: Macmillan.
- Ibrahim, J. (2012). The impact of business regulatory reforms on economic growth [El impacto de las reformas regulatorias empresariales en el crecimiento económico]. *Journal of The Japanese and International Economies*, 2012(26), 285-307.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2008). *Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda (Primeros resultados): Perú: Crecimiento y distribución de la población, 2007*. Lima, Perú: Autor.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2010). *Perú: Estimaciones y proyecciones de población económicamente activa, urbana y rural por sexo y grupos de edad, según departamento, 2000-2015 (Boletín especial N°20)*. Lima, Perú: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2014). *Estado de la población peruana 2014*. Lima, Perú: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2015, 10 de noviembre). *Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas* [Nota de prensa]. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2016a, noviembre). *Demografía empresarial en el Perú (tercer trimestre, No4)*. Lima, Perú: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2016b). *Perú: Síntesis estadística 2016*. Lima, Perú: Autor.
- Instituto para la Democracia y la Asistencia Electoral [IDEA Internacional]. (2008). *Estado: Funcionamiento, organización y proceso de construcción de políticas públicas (Material de trabajo)*. Lima, Perú: Autor.
- Inversiones chilenas en el Perú suman US\$ 16,000 millones. (2015, 15 de marzo). *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/economia/inversiones-chilenas-peru-suman-us-16000-millones-2126181>
- La corrupción es el principal problema del Perú, según INEI. (2017, 12 de junio). *Perú21*. Recuperado de <https://peru21.pe/economia/corrupcion-principal-problema-peru-inei-80745>
- La oferta de las EPS conviene afiliarse a una. (2017, 25 de setiembre). *Día 1*, p. 23.

La Positiva Seguros. (2017, 22 de junio). *Hecho de importancia GAF-LPG-195/2017*.

Lima, Perú: Autor.

Lazo, O., Alcalde, J., & Espinosa, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: Situación y desafíos*. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú, REP.

Ley 26790. Ley de modernización de la seguridad social en salud. Congreso de la República del Perú. (1997).

Ley 27604. Ley que modifica la Ley General de Salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos. Congreso de la República. (2001).

Ley 29344. Ley marco de aseguramiento universal en salud. Congreso de la República del Perú. (2009).

Llorens, G. A. (2011, enero). Los clusters y la estrategia. En *G. A. Llorens: Estrategias para un Mundo Mejor*. Recuperado de <https://georgyllorens.com/2011/01/07/los-clusters-y-la-estrategia/>

Logística hospitalaria. (s.f.). Recuperado de <http://www.alpormayor.ws/logistica/servicios/logistica-hospitalaria.html>

Menos del 0.2% del PBI va para investigación y desarrollo. (2017, 27 de febrero). *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/economia/852251-menos-del-02-del-pbi-va-para-investigacion-y-desarrollo>

Ministerio de Comercio Exterior y Turismo [MINCETUR]. (2017). *El acuerdo sobre facilitación del comercio de la OMC*. Recuperado de <http://www.acuerdoscomerciales.gob.pe/>

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2016). *Marco macroeconómico multianual 2017-2019 revisado*. Lima, Perú: Autor.

Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2017). *Marco macroeconómico multianual 2018-2021*. Lima, Perú: Autor.

Ministerio de Relaciones Exteriores [MRE]. (2012). *Desarrollo e integración fronteriza*.

Lima, Perú: Autor.

Ministerio de Relaciones Exteriores [MRE]. (2016). *Política exterior peruana*. Recuperado

de <http://www.rree.gob.pe/politicaexterior/Paginas/Home.aspx>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2013). *¿Qué es el registro nacional de historias clínicas*

electrónicas? Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/renhice/?op=1>

Ministerio de Salud [MINSA]. (2017, 12 de abril). *Minsa presenta resultados del Proyecto*

Piloto Cooperación de Telemedicina entre la República del Perú y Corea [Nota

de prensa]. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=22636>

Moody's: la calificación del Perú refleja su estabilidad económica. (2016, 3 de octubre).

SEMANAeconómica.com. Recuperado de

<http://semanaeconomica.com/article/economia/macroeconomia/201905-moodys-el-rating-del-peru-refleja-su-estabilidad-economica/>

Naciones Unidas [UN]. (1948). *Declaración universal de los derechos humanos*. Paris,

Francia: Autor.

Nuechterlein, D. E. (1973). *United States: National interests in a changing world* [Estado

Unidos: Intereses nacionales en un mundo cambiante]. Louisville, KY: Kentucky

University Press.

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2014). *Documentos básicos* (48a ed.). Ginebra,

Suiza: Autor.

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2017a). *Países*. Recuperado de

<http://www.who.int/countries/es/>

Organización Mundial de Salud [OMS]. (2017b). *Países: Perú*. Recuperado de

<http://www.who.int/countries/per/es/>

- Paan, C. (2017a, 2 de enero). Pacífico Seguros apuesta por crecer en nuevos segmentos. *El Comercio*. Recuperado de <http://elcomercio.pe/economia/dia-1/pacifico-seguros-apuesta-crecer-nuevos-segmentos-156774>
- Paan, C. (2017b, 25 de setiembre). SANNA apuesta por la telemedicina. *Día 1*, p. 17.
- Perú está en penúltimo puesto en competitividad digital, solo supera a Venezuela. (2017, 31 de mayo). *Perú21*. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/peru-penultimo-puesto-competitividad-digital-supera-venezuela-78482>
- Perú invirtió S/ 5000 millones en Investigación y Desarrollo en 2016. (2017, 12 de marzo). *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/economia/855811-peru-invirtio-s-5000-millones-en-investigacion-y-desarrollo-en-2016>
- Perú pierde 10 millones de dólares todos los días por cuenta de la corrupción. (2017, 12 de mayo). *CNN Español*. Recuperado de <http://cnnespanol.cnn.com/2017/05/12/peru-pierde-10-millones-de-dolares-todos-los-dias-por-cuenta-de-la-corrupcion/#0>
- Peruanos Por el Kambio [PPK]. (2015). *Plan de Gobierno 2016-2021*. Lima, Perú: Autor.
- Por qué la facturación del sector privado de salud ha dejado de crecer a dos dígitos. (2016, 11 de octubre). *Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/empresas/que-facturacion-sector-privado-salud-ha-dejado-crecer-dos-digitos-2172190>
- Porter, M. E. (2010). A strategy for sustaining growth and prosperity for Perú [Una estrategia para sostener el crecimiento y la prosperidad para Perú]. En Luque, J. (Presidente), *Conferencia Anual de ejecutivos – CADE 2010*. Cusco, Perú.
- Presupuesto de sector Salud asciende a S/ 13 776 millones. (2016, 24 de noviembre). *Agencia Peruana de Noticias*. Recuperado de <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-presupuesto-sector-salud-asciende-a-s-13-776-millones-641969.aspx>

- Principales Puertos Peruanos 2016. (2017, 16 de febrero). En *Desarrollo Peruano*.
Recuperado de <http://desarrolloperuano.blogspot.pe/2017/02/principales-puertos-peruanos-2016.html>
- Puchol, L. (2007). *Dirección y gestión de recursos humanos* (7a ed.). Madrid, España: Díaz de Santos.
- Qué mejoras del sector salud privado deben consolidarse. (2017, 28 de agosto). *Gestión*.
Recuperado de <http://gestion.pe/panelg/video-panel-g-que-mejoras-sector-salud-privado-deben-consolidarse-2198770>
- Ranking de Competitividad Mundial: Perú cae al puesto 55 y Chile sube al 35. (2017, 31 de mayo). *La República*. Recuperado de <http://larepublica.pe/economia/881405-ranking-de-competitividad-mundial-peru-cae-al-puesto-55-y-chile-sube-al-35>
- Restrepo, W. (2016, 13 de diciembre). Tr3s principios, tr3s etapas, tr3s resultados para el éxito de las empresas. En 333: *Método de Gestión Empresarial*. Recuperado de <https://cyecompetitividad.wordpress.com/2016/12/13/el-trabajador-no-es-una-extension-de-la-maquina/>
- Reyes, J. C. (2017, 20 de abril). Facilitarán cobertura de enfermedades preexistentes al migrar de EPS a seguros privados. *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/tu-dinero/congreso-aprobo-ley-que-facilitara-cobertura-enfermedades-preexistentes-al-migrar-eps-seguros-salud-2187878>
- Rímac. (2017a). *Médico virtual: ¡Tu doctor en minutos desde tu smartphome!* Recuperado de http://www.rimac.com.pe/uploads/Medico_Virtual1.pdf
- Rímac. (2017b). *EPS*. Recuperado de <http://www.rimac.com.pe/personas-salud-rimac-eps>
- Rowe, A., Mason, R., Dickel, K., Mann, R., & Mockler, M. (1994). *Strategic management: A methodological approach* (4th ed.) [Gestión estratégica: Un acercamiento metodológico]. New York, NY: Addison-Wesley.

- Saavedra, M. (2016, 2 de diciembre). INEI: Los impresionantes números del sector informal peruano. *El Comercio*. Recuperado de <http://elcomercio.pe/economia/peru/inei-impresionantes-numeros-sector-informal-peruano-229623>
- Saldarriaga, M. (2016, diciembre). Perú: Reporte de competitividad global 2016. *Moneda*, 2016(168), 25-29.
- San Pablo Salud. (2017). *Plan familiar San Pablo Salud*. Recuperado de <http://www.sanpablosalud.com.pe/productos/plan-familiar-san-pablo-salud/>
- Seguro Social de Salud del Perú [ESSALUD]. (2016). *Qué es el plan confianza*. Recuperado de <http://www.essalud.gob.pe/que-es-el-plan-confianza/>
- SNI: Cada dos minutos se crea un empleo informal en el Perú. (2017, 17 de agosto). *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/economia/sni-cada-dos-minutos-se-crea-empleo-informal-peru-2197988>
- Solo el 28% de la población económicamente activa en Perú tiene empleo formal. (2017, 30 de abril). *América Economía*. Recuperado de <https://www.americaeconomia.com/economia-mercados/finanzas/solo-el-28-de-la-poblacion-economicamente-activa-en-peru-tiene-empleo>
- Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD]. (2015). *Anuario estadístico*. Lima, Perú: Autor.
- Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD]. (2016). *Boletín estadístico (cuarto trimestre)*. Lima, Perú: Autor.
- Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD]. (2016b). *Anuario estadístico 2016*. Lima, Perú: Autor.
- Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD]. (2017). *Qué es SUSALUD?* Recuperado de <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/nosotros>

- Transparencia Internacional. (2016). *Corruption perceptions index 2016*. Recuperado de https://www.transparency.org/news/feature/corruption_perceptions_index_2016
- Tres grandes razones por las que en el Perú es común trabajar en la informalidad. (2017, 26 de junio). *El Comercio*. Recuperado de <http://elcomercio.pe/economia/peru/tres-grandes-razones-peru-comun-informalidad-437648>
- Turismo médico en Latinoamérica se duplica en cinco años, pero ralentizará su crecimiento. (2016, 5 de febrero). *América Economía*. Recuperado de <https://clustersalud.americaeconomia.com/turismo-medico-en-latinoamerica-se-duplica-en-cinco-anos-pero-ralentizara-crecimiento>
- Universidad Pompeu Fabra. (2012). *Los procesos de integración país por país*. Recuperado de <https://www.upf.edu/integracionenamerica/PAISESMAPA>
- Villabona, J. (2016, 28 de setiembre). Los 10 países más competitivos en América Latina y el mundo. *PANAMPOST*. Recuperado de <https://es.panampost.com/julian-villabona/2016/09/28/los-10-paises-mas-competitivos-en-america-latina-y-el-mundo/>
- Watson, P. (2016, 29 de noviembre). El Ministro de Defensa de Perú recibirá 2,048 millones de dólares en el ejercicio 2017. En *Infodefensa.com*. Recuperado de <http://www.infodefensa.com/latam/2016/11/29/noticia-ministro-mariano-gonzalez-coloca-debate-presupuesto-sector-defensa-congreso.html>
- Westreicher, G. (2015, 19 de enero). Banca y salud son los sectores más atractivos para la inversión de las grandes empresas. *Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/mercados/banca-y-salud-son-sectores-mas-atractivos-inversion-grandes-empresas-2120932>