

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**Planeamiento Estratégico del Control y Reducción de la Obesidad en el**

**Perú al 2027**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN  
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE EMPRESAS**

**OTORGADO POR LA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**PRESENTADA POR**

**Carlos Adrián Bonilla Espejo**

**Luis Alberto II García Rodríguez**

**Mario Humberto León Cossi**

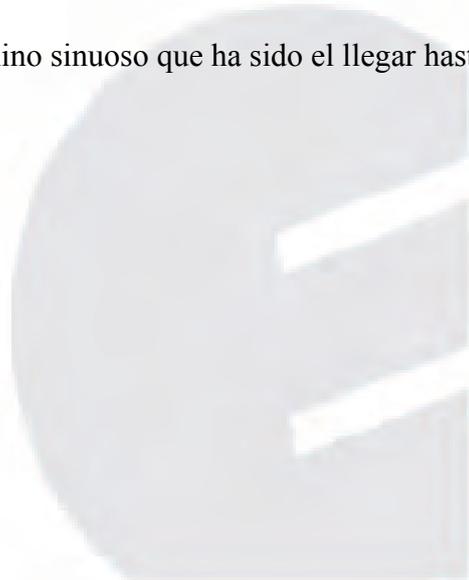
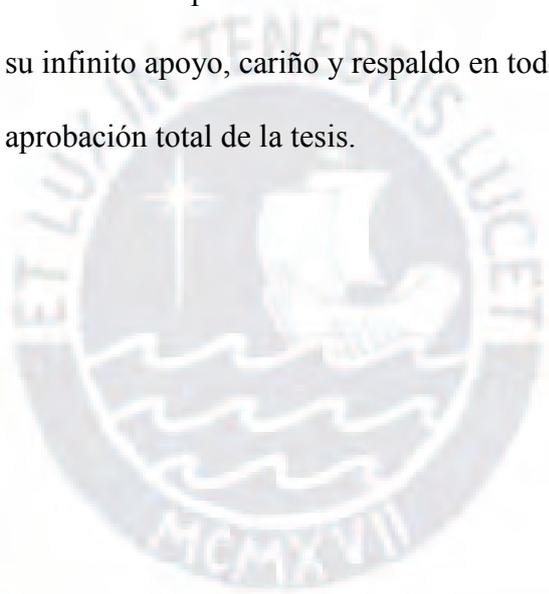
**Luis Alberto Sandoval Rojas**

**Asesor: Gloria María Zambrano Aranda**

**Surco, setiembre 2018**

## **Agradecimientos**

En el presente trabajo, tenemos en bien agradecernos en primer lugar a nosotros mismos por ese esfuerzo incansable en llegar hasta este punto, además de, a nuestros queridos familiares que supieron entender el anhelo este de obtener el grado de MBA en esta prestigiosa escuela. Seguidamente, agradecemos a nuestros maestros por habernos entregado todas las herramientas que hoy nos permiten obtener mucho mejores resultados en nuestro accionar como personas de negocios y por habernos inculcado el sentimiento de búsqueda, de mantenernos aprendiendo nuevas cosas cada vez, y, en especial, a nuestra asesora de tesis por su infinito apoyo, cariño y respaldo en todo este camino sinuoso que ha sido el llegar hasta la aprobación total de la tesis.



## **Dedicatorias**

Le dedico este trabajo a mis padres, mis mejores maestros, quienes me han inculcado todos los valores que me permiten conseguir cada una de las cosas que me propongo, dentro de un marco de respeto por todos los que me rodean. También le dedico este trabajo a cada una de las personas que me apoyaron durante este largo camino trazado en el propósito de alcanzar el grado de MBA.

Carlos Bonilla

Para todas las personas que de forma directa e indirecta hicieron posible cumplir la meta de culminar el MBA, a mi empresa CMAC HYO por los permisos por estudios, a mis padres por sus oraciones, a mis grandes motivaciones, mis hijos, Alonso y Luciana, y a mi esposa, Érika, por su inmenso apoyo.

Luis García

Se lo dedico a mi esposa y a mis hijos y a mis padres por su cariño inmenso y su comprensión, a mis compañeros por su gran apoyo en la búsqueda de alcanzar este gran mérito que es ser un MBA, a mis profesores por las lecciones impartidas, a mi país por todo aquello que me ha brindado para formarme y a Dios, quien es mi guía y protector.

Mario León

Con especial dedicación a mis padres que siempre me han apoyado y comunicado los logros de obtener este Título de MBA, también agradezco infinitamente a cada persona de mi entorno que me han apoyado siempre en culminar mi maestría.

Luis Sandoval

## Resumen Ejecutivo

La dimensión de Fundamentos del Bienestar es la segunda dimensión considerada por el Social Progress Imperative y CENTRUM Católica para evaluar la capacidad de los países en responder a tres preguntas claves: ¿Estamos cubriendo las necesidades básicas de nuestra población?, ¿Estamos construyendo bases y fundamentos para que los individuos y comunidades puedan mejorar su calidad de vida?, ¿Existen condiciones y estamos generando oportunidades para que los individuos alcancen su pleno potencial? En esta oportunidad se analiza, en esta dimensión, el componente de Salud y Bienestar, la misma que hasta el 2016 abarcaba cuatro variables: Esperanza de vida a los 60 años, Muertes prematuras por enfermedades no transmisibles, Tasa de obesidad y Tasa de suicidios (IPS, 2016).

Para ejecutar dicho análisis, se han evaluado las estadísticas del INEI, OPS, Y ENDES y, resultado de ello, definiendo una gran variable, la cual es clave en todo el planeamiento estratégico a ejecutar, debido a que es la variable en la que más adolece el país en el ámbito de salud y bienestar. Esta variable es elegida en concordancia con los valores más deficientes de los indicadores mostrados en la evaluación previa hecha por IPS en sus Índices de Progreso Mundial 2016. Con esta forma de decisión se eligió a la Tasa de Obesidad como aquella variable donde la acción y respuesta del Estado Peruano ha sido limitada en los últimos años. En ese sentido, este estudio realiza un análisis sistémico, organizado y estructurado, recopilando información relevante para brindar estrategias sustentadas que hagan que la tasa de obesidad a nivel nacional deje de incrementarse, disminuyendo, en consecuencia, por medio de las políticas de alimentación saludable y de cultura del deporte, las muertes por enfermedades no contagiosas, e incrementando la esperanza de vida a los 60 años y, presumiblemente, también, disminuyendo la tasa de suicidios.

## **Abstract**

The Fundamentals of Welfare dimension is the second dimension considered by the Social Progress Imperative and Catholic CENTRUM to assess the ability of countries to answer three key questions: Are we covering the basic needs of our population? Are we building bases and foundations? so that individuals and communities can improve their quality of life? Are there conditions and are we generating opportunities for individuals to reach their full potential? This time, the Health and Wellbeing component is analyzed in this dimension, which up to 2016 covered four variables: Life expectancy at 60 years, premature deaths due to non-communicable diseases, Obesity rate and Suicide rate (IPS, 2016).

To carry out this analysis, the statistics of the INEI, OPS, and ENDES have been evaluated and, as a result, defining a great variable, which is key in all the strategic planning to execute, because it is the variable in which the country suffers in the field of health and well-being. This variable is chosen in accordance with the poorest values of the indicators shown in the previous evaluation made by IPS in its 2016 World Progress Indexes. With this decision form, the Obesity Rate was chosen as the variable where the action and response of the Peruvian State has been limited in the last years. In this sense, this study carries out a systemic, organized and structured analysis, gathering relevant information to provide sustained strategies that make the obesity rate at the national level stop increasing, decreasing, consequently, through the policies of healthy eating and of sports culture, deaths from non-contagious diseases, and increasing life expectancy at 60 years and, presumably, also, decreasing the suicide rate.

## Tabla de Contenidos

<b>Lista de Tablas .....</b>	<b>vii</b>
<b>Lista de Figuras.....</b>	<b>ix</b>
<b>El Proceso Estratégico: Una Visión General .....</b>	<b>xi</b>
<b>Capítulo I: Situación General de la Obesidad en el Perú.....</b>	<b>1</b>
1.1. Situación General.....	1
1.2. Conclusiones .....	19
<b>Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética .....</b>	<b>21</b>
2.1. Antecedentes .....	21
2.2. Visión.....	22
2.3. Misión .....	22
2.4. Valores .....	22
2.5. Código de Ética.....	23
2.6. Conclusiones .....	23
<b>Capítulo III: Evaluación Externa.....</b>	<b>25</b>
3.1. Análisis Tridimensional de las Naciones.....	25
3.1.1. Intereses nacionales. Matriz de intereses nacionales (MIN).....	25
3.1.2. Potencial nacional. ....	25
3.1.3. Principios cardinales. ....	34
3.1.4. Influencia del análisis en la obesidad en el Perú.....	35
3.2. Análisis Competitivo del País .....	36
3.2.1. Condiciones de los factores. ....	36
3.2.2. Condiciones de la demanda. ....	37
3.2.3. Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas. ....	38
3.2.4. Sectores relacionados y de apoyo. ....	39

3.2.5. Influencia del análisis en la Obesidad del Perú. ....	39
3.3. Análisis del Entorno PESTE.....	40
3.3.1. Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P). ....	40
3.3.2. Fuerzas económicas y financieras (E).....	44
3.3.3. Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S). ....	45
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).....	48
3.5. La Obesidad en el Perú y sus Competidores.....	48
3.5.1. Poder de negociación de los proveedores .....	48
3.5.2. Poder de negociación de los compradores. ....	49
3.5.3. Amenaza de los sustitutos.....	50
3.5.4. Amenaza de los entrantes.....	50
3.5.5. Rivalidad de los competidores. ....	51
3.6. Obesidad en el Perú y sus Referentes .....	51
3.7. Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR).....	52
3.8. Conclusiones.....	53
<b>Capítulo IV: Evaluación Interna.....</b>	<b>55</b>
4.1. Análisis Interno AMOFHIT.....	55
4.1.1. Administración y gerencia (A).....	55
4.1.2. Marketing y ventas (M). ....	56
4.1.3. Operaciones y logística. Infraestructura (O).....	57
4.1.4. Finanzas y contabilidad (F).....	58
4.1.5. Recursos humanos (H).....	59
4.1.6. Sistemas de información y comunicaciones (I). ....	61

4.1.7. Tecnología e investigación y desarrollo (T) .....	63
4.2. Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI) .....	64
4.3. Conclusiones .....	65
<b>Capítulo V: Intereses del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú y Objetivos de Largo Plazo.....</b>	<b>66</b>
5.1. Intereses del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú .....	66
5.2. Potencial del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú.....	66
5.3. Principios Cardinales del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú .....	71
5.4. Matriz de Intereses del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú (MIO) .....	73
5.5. Objetivos de Largo Plazo.....	74
5.6. Conclusiones .....	74
<b>Capítulo VI: El Proceso Estratégico .....</b>	<b>76</b>
6.1. Matriz de Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA) .....	76
6.2. Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de Acción (MPEYEA) .....	76
6.3. Matriz Boston Consulting Group (MBCG) .....	80
6.4. Matriz Interna Externa (MIE) .....	82
6.5. Matriz Gran Estrategia (MGE) .....	82
6.6. Matriz de Decisión Estratégica (MDE).....	84
6.7. Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE) .....	84
6.8. Matriz de Rumelt (MR) .....	84
6.9. Matriz de Ética (ME) .....	84
6.10. Estrategias Retenidas y de Contingencia .....	87
6.11. Matriz de Estrategias vs. Objetivos de Largo Plazo .....	88
6.12. Matriz de Estrategias vs. Posibilidades de los Competidores y Sustitutos .....	88
6.13. Conclusiones .....	88

<b>Capítulo VII: Implementación Estratégica .....</b>	<b>94</b>
7.1. Objetivos de Corto Plazo .....	94
7.2. Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo .....	97
7.3. Políticas de cada Estrategia.....	98
7.4. Estructura Organizacional de la Salud y Bienestar del Perú.....	98
7.5. Medio Ambiente, Ecología, y Responsabilidad Social.....	99
7.6. Recursos Humanos y Motivación .....	100
7.7. Gestión del Cambio.....	101
7.8. Conclusiones .....	102
<b>Capítulo VIII: Evaluación Estratégica .....</b>	<b>106</b>
8.1. Perspectivas de Control.....	106
8.1.1. Aprendizaje interno.....	106
8.1.2. Procesos .....	106
8.1.3. Clientes .....	107
8.1.4. Financiera.....	107
8.2. Tablero de Control Balanceado (Balanced Scorecard).....	107
8.3. Conclusiones .....	109
<b>Capítulo IX: Competitividad de la Salud y Bienestar del Perú.....</b>	<b>110</b>
9.1. Análisis Competitivo de la Salud y Bienestar del Perú .....	110
9.2. Identificación de las Ventajas Competitivas del Sector.....	110
9.3. Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Sector.....	117
9.4. Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres .....	118
9.5. Conclusiones .....	119
<b>Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones.....</b>	<b>120</b>
10.1. Plan Estratégico Integral (PEI) .....	120

10.2. Conclusiones Finales .....	120
10.3. Recomendaciones Finales .....	122
10.4. Futuro de la Salud y Bienestar del Perú.....	124
<b>Referencias.....</b>	<b>128</b>
<b>Apéndices.....</b>	<b>137</b>
<b>Apéndice A: Entrevista a Expertos .....</b>	<b>137</b>



## Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Fuerza de Trabajo de Profesionales de las Ciencias de la Salud Según Relación Laboral</i> .....	4
Tabla 2 <i>Tasa de Profesionales de la Salud con Relación Laboral Estable Según Quintil de Pobreza</i> .....	4
Tabla 3 <i>Componente de Salud y bienestar por regiones en Perú para el 2016.</i> .....	5
Tabla 4 <i>Resultados de Perú para el componente Salud y bienestar 2016</i> .....	9
Tabla 5 <i>Ranking de Esperanza de Vida a los 60 Años - Sudamérica (2011-2015)</i> .....	17
Tabla 6 <i>Comparativo Sudamericano Indicadores Salud y Bienestar 2017</i> .....	20
Tabla 7 <i>Ranking Sudamericano de Obesidad 2016</i> .....	21
Tabla 8 <i>Matriz de Intereses Nacionales</i> .....	26
Tabla 9 <i>Estimación de Población Urbana y Rural 2017</i> .....	27
Tabla 10 <i>Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE) de la obesidad en el Perú</i> ....	49
Tabla 11 <i>Matriz de Perfil de Competitividad (MPC) Obesidad en el Perú</i> .....	52
Tabla 12 <i>Matriz de Perfil Referencial (MPR) Obesidad en el Perú</i> .....	53
Tabla 13 <i>Nutricionistas por provincia en el Perú 2016.</i> .....	59
Tabla 14 <i>Prioridades de Investigación en Salud - Perú</i> .....	63
Tabla 15 <i>Matriz de Evaluación de Factores Internos (EFI) de la obesidad en el Perú</i> .....	65
Tabla 16 <i>Matriz de Intereses del Sector</i> .....	75
Tabla 17 <i>Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de la obesidad en el Perú</i> .....	77
Tabla 18 <i>Factores Determinantes de la Estabilidad del Entorno (EE) de la Matriz PEYEA</i> .	78
Tabla 19 <i>Factores Determinantes de la Fortaleza de la Industria (FI) de la Matriz PEYEA</i> .	79
Tabla 20 <i>Factores Determinantes de la Fortaleza Financiera (FF) de la Matriz PEYEA</i> ....	79
Tabla 21 <i>Factores Determinantes de la Ventaja Competitiva (VC) de la Matriz PEYEA</i> .....	79

Tabla 22 <i>Participación de Mercado y Tasa de Crecimiento del sector relacionado a la obesidad en el Perú</i> .....	81
Tabla 23 <i>Matriz de Decisión Estratégica (MDE) de la obesidad en el Perú</i> .....	85
Tabla 24 <i>Matriz CPE de la obesidad en el Perú</i> .....	86
Tabla 25 <i>Matriz Rumelt de la obesidad en el Perú</i> .....	89
Tabla 26 <i>Matriz de Ética de la obesidad en el Perú</i> .....	90
Tabla 27 <i>Matriz de Estrategias Versus Objetivos de Largo Plazo de la obesidad en el Perú</i>	91
Tabla 28 <i>Matriz de Estrategias Versus PCS de la obesidad en el Perú</i> .....	92
Tabla 29 <i>Recursos de la obesidad en el Perú</i> .....	104
Tabla 30 <i>Políticas de la obesidad en el Perú</i> .....	105
Tabla 31 <i>Tablero de Control Balanceado</i> .....	108
Tabla 32 <i>Plan Estratégico Integral de la obesidad en el Perú</i> .....	127

## Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Ranking del gasto en salud en Sudamérica como porcentaje del PBI, 2014. ....	2
<i>Figura 2.</i> Gasto en salud, Perú 1995-2014 (en porcentaje del PBI). ....	2
<i>Figura 3.</i> Componente de Salud y bienestar por regiones en Perú 2016. ....	6
<i>Figura 4.</i> Media de IMC por edad en adultos en 12 países latinoamericanos. ....	12
<i>Figura 5.</i> Esperanza de vida al nacer total, año 2014. ....	27
<i>Figura 6.</i> Crecimiento del PBI en América Latina. ....	29
<i>Figura 7.</i> Inflación diciembre 2017-2018. ....	29
<i>Figura 8.</i> Exportaciones de TICs como porcentaje de las exportaciones totales. ....	30
<i>Figura 9.</i> Importaciones de TICs como porcentaje de todas las importaciones. ....	31
<i>Figura 10.</i> Evolución del índice de efectividad gubernamental. ....	32
<i>Figura 11.</i> Índice de efectividad gubernamental. ....	33
<i>Figura 12.</i> Relación PBI per cápita – gasto militar 2014. ....	34
<i>Figura 13.</i> Índice de estabilidad política y ausencia de violencia. ....	43
<i>Figura 14.</i> Índice de estabilidad política y ausencia de violencia. ....	43
<i>Figura 15.</i> Composición del PBI del Perú al 2016. ....	44
<i>Figura 16.</i> Estructura organizacional del CENAN. ....	56
<i>Figura 17.</i> Profesionales de la salud que emigran (2008 - 2013). ....	61
<i>Figura 18.</i> Matriz PEYEA de la obesidad en el Perú. ....	80
<i>Figura 19.</i> Matriz Boston Consulting Group del sector relacionado a la obesidad en el Perú. .....	81
<i>Figura 20.</i> Matriz Interna Externa de la obesidad en el Perú. ....	83
<i>Figura 21.</i> Matriz Interna Externa de la obesidad en el Perú. ....	83
<i>Figura 22.</i> Reestructuración del sistema de salud en el Perú. ....	102
<i>Figura 23.</i> Ubicación del Perú dentro del Ranking Global de Competitividad 2017. ....	111

*Figura 24.* Ubicación del Perú dentro del Ranking LATAM de Competitividad 2017. .... 112

*Figura 25.* Ponderación 12 pilares Perú 2017. .... 114

*Figura 26.* Evolución de la cobertura de seguro médico en el Perú 2011-2015..... 115

*Figura 27.* Gasto total en salud como porcentaje del PBI más bajos en países andinos. .... 116

*Figura 28.* Cobertura médica en el Perú según IAFAS. .... 117

*Figura 29.* Infografía del futuro de la obesidad. .... 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.

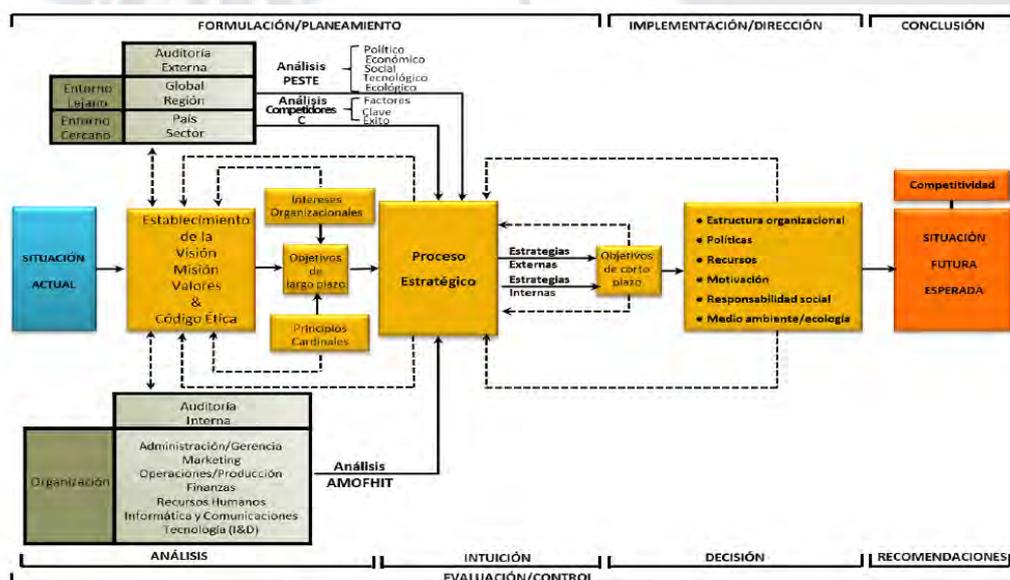


Figura 0. Modelo secuencial del proceso estratégico.

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 desprende 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 compete, 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, forman 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.

Nota: Este texto ha sido tomado de *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia* (3a ed. rev., p. 10-13), por F. A. D'Alessio, 2015, Lima, Perú: Pearson.

## Capítulo I: Situación General de la Obesidad en el Perú

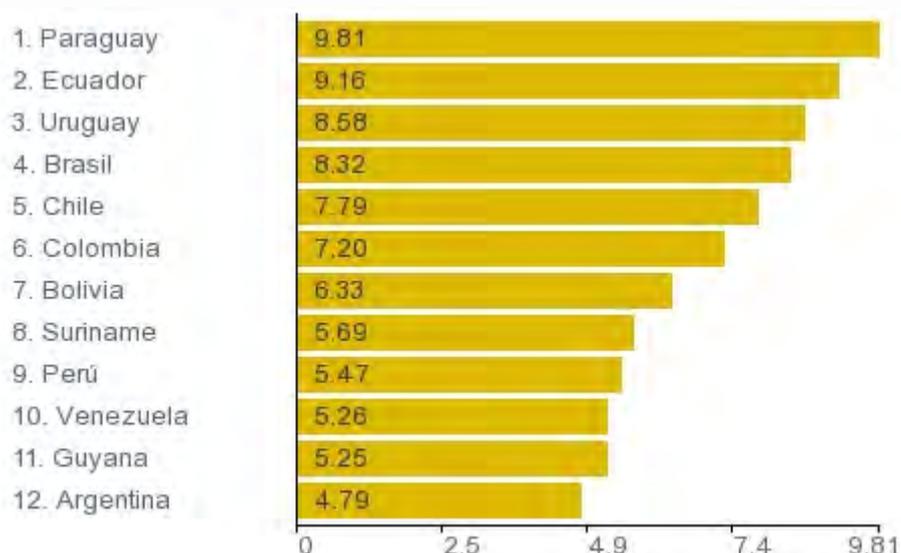
En el presente capítulo se analiza la situación actual de la obesidad en el Perú, y el porqué de la importancia del planeamiento estratégico.

### 1.1. Situación General

Perú es un país multicultural con amplias disparidades sociales y regionales. En los últimos años, los programas multisectoriales sostenidos de lucha contra la pobreza en los que participaron gobiernos, partidos políticos y la sociedad civil, han incluido objetivos explícitos en materia de salud y nutrición, los cuales no han sido suficientes para lograr mejorar significativamente la calidad de atención en los principales centros hospitalarios del Minsa y EsSalud, pertenecientes al sector de salud pública; además, el gasto en el sector salud aumentó considerablemente sin verse reflejado proporcionalmente en buenos resultados para con los principales indicadores de salud y bienestar en el Perú, como son: obesidad, esperanza de vida a los 60 años, tasa de suicidios y tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles, todas ellas evaluadas por el Índice de Progreso Social.

El sistema de salud incluye al sector público, el cual consiste en la seguridad social de la salud, la Policía Nacional y Fuerzas Armadas, y el sector privado. Las principales aseguradoras del sistema de salud peruano son EsSalud (EPS incluido), SIS (Sistema Integral de Salud) y las compañías de seguros privados. Adicionalmente, cabe señalar que el Ministerio de Salud es una agencia financiadora, no una aseguradora; por ley se supone que cubre a toda la población, pero en realidad la mayoría de los hospitales públicos están sub-financiados o subsidiados, los procedimientos de pago por SIS son tan largos y burocráticos que muchos pacientes eventualmente compran sus propios medicamentos, por lo que enfrentan importantes gastos. Respecto al ámbito internacional en el 2016, el Perú tuvo el menor gasto total en salud como porcentaje del PIB respecto al entorno panamericano, como se puede evidenciar en la Figura 1, y estuvo incluso por debajo de la media respecto a los

países pertenecientes al entorno panamericano, por debajo de Ecuador, Venezuela, Paraguay, Brasil, Chile, entre otros.



*Figura 1.* Ranking del gasto en salud en Sudamérica como porcentaje del PBI, 2014. Se muestra el gasto por país sudamericano en función de su PBI. Tomado de “Ranking de países con datos de fuentes oficiales,” por The Global Economy, 2016 ([http://es.theglobaleconomy.com/rankings/Health\\_spending\\_as\\_percent\\_of\\_GDP/](http://es.theglobaleconomy.com/rankings/Health_spending_as_percent_of_GDP/)).



*Figura 2.* Gasto en salud, Perú 1995-2014 (en porcentaje del PBI). Se muestra el gasto de Perú, en función de su PBI, en salud. Adaptado de “Gasto en salud total como %PBI,” por el Banco Mundial, 2017 (<http://api.worldbank.org/v2/es/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?downloadformat=excel>).

A pesar que no se han publicado los resultados de un censo nacional reciente, el cual ayude a obtener información más precisa sobre el número de Recursos Humanos para la Salud, su distribución y otra información esencial, la estimación actual es que hay 180,000 trabajadores del sector salud, entre profesionales de la salud y no profesionales, como los

trabajadores clínicos de salud. Entre ellos, 180,000 trabajan en el Ministerio de Salud y 36,063 en EsSalud (Seguridad Social). El EPS emplea a 7,230 trabajadores de la salud, y los proveedores de la Policía Nacional y de las Fuerzas Armadas emplean a 14,587 profesionales, técnicos y cuadros auxiliares. Esto es el resultado de un aumento gradual en el número de empleados de la salud desde los años noventa.

En cuanto al recurso humano invertido para la salud, se puede señalar que en el ámbito internacional, con énfasis en la zona panamericana, el Perú se ubicó por debajo de la inversión promedio en recurso humano profesional de la salud al contar en el año 2014, según estadística de la Organización Panamericana de la Salud, con 11.9 médicos, 13 enfermeros y dos dentistas por cada 10,000 habitantes, valores bastante bajos si son comparados con Cuba, que contó con 76.6 médicos, 81.3 enfermeras y 14.9 dentistas por cada 10,000 habitantes; Uruguay con 47.9 médicos, 18.9 enfermeras y 14.5 dentistas; u otro destacado, como Chile con 21.5 médicos, 22 enfermeras y 10 dentistas por cada 10,000 habitantes. Esa información basó su sustento en que el año 1992 el número estimado a nivel nacional era de 66,000 trabajadores de la salud, aumentó a cerca de 101,000 en 1996, hasta llegar a unos 132,781 trabajadores de la salud para el periodo 2004-2005. Incluso si el número de empleados de salud ha aumentado significativamente, y la redistribución ha experimentado un nuevo impulso en los últimos años, aún hay una brecha de disponibilidad que debe aumentar la densidad de los trabajadores de salud; como se indicó líneas arriba, esta es la respuesta del por qué la población está sometida a la vulnerabilidad sanitaria de los diferentes dominios geográficos.

La Tabla 1 y la Tabla 2 muestran la densidad de los profesionales de la salud por esquema laboral y por quintil de pobreza, respectivamente. En resumen, en el sector sanitario peruano se pueden distinguir tres tipos de régimen laboral: los contratados temporalmente (llamados "contratados"), los que realizan un servicio rural de un año después de graduación

(SERUMS) y aquellos con nombramiento permanente (llamados "nombrados"). Está claro que los médicos, las enfermeras y los dentistas se concentran principalmente en las zonas más favorecidas, mientras que la distribución de las parteras es menos equitativa. Este cuadro no cambia significativamente incluso después de considerar SERUMS, que es una estrategia dirigida para desplegar profesionales de la salud en las áreas más pobres.

Tabla 1

*Fuerza de Trabajo de Profesionales de las Ciencias de la Salud Según Relación Laboral*

Relación laboral	Médicos	No médicos	Total	(%)
Estable	11,057	13,307	24,364	60.51
Flexible	1,043	11,534	12,577	31.23
SERUMS	1,175	2,146	3,321	8.25
Total	13,275	26,987	40,262	100
(%)	32.97	67.03	100	

*Nota.* Adaptado de "Experiencias de Planificación de los Recursos Humanos en Salud. Perú 2007 – 2010," por Ministerio de Salud, 2011 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1612-1.pdf>).

Tabla 2

*Tasa de Profesionales de la Salud con Relación Laboral Estable Según Quintil de Pobreza*

	Medicina (x 10,000 hab.)	Enfermería (x 10,000 hab.)	Obstetricia (x 1,000 MEF)	Odontología (x 10,000 hab.)
I	1.59	1.13	0.16	0.17
II	2.74	2.04	0.25	0.33
III	3.48	2.70	0.31	0.39
IV	3.39	1.96	0.22	0.34
V	10.68	6.58	0.55	0.65
Estándar*	10.00	10.00	2.00	2.00

*Nota.* Adaptado de "Experiencias de Planificación de los Recursos Humanos en Salud. Perú 2007 – 2010," por Ministerio de Salud, 2011 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1612-1.pdf>). \*MEF se refiere a Mujeres en Edad Fértil, equivalente al 32% de la población total.

El Perú tuvo la segunda tasa más alta de reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años (tasa de mortalidad de menores de cinco años, reducción del 6% al 2% por año, hasta 17 por 1,000 en el 2015). La tasa de mortalidad materna en el Perú también se ha reducido a un 4.2% al año (hasta 89 por 1,000 en el 2013), y el indicador nutricional para el ODM de reducir el número de niños que están por debajo del peso ha sido cumplida.

Tabla 3

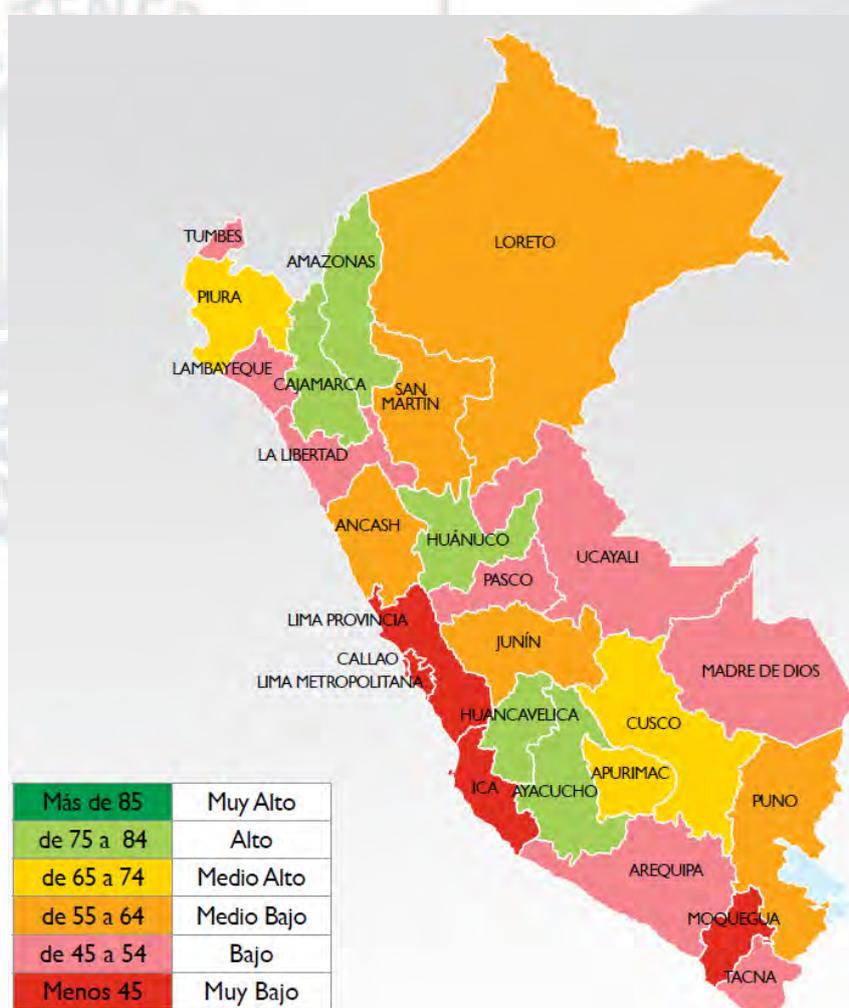
*Componente de Salud y bienestar por regiones en Perú para el 2016.*

Región Natural Mayoritaria	Región	Valor	Población
Costa	Piura	70.82	1,858,600.00
	La Libertad	54.81	1,882,100.00
	Tacna	49.27	346,000.00
	Arequipa	47.17	1,301,300.00
	Lambayeque	46.97	1,270,800.00
	Tumbes	46.68	240,600.00
	Moquegua	42.77	182,300.00
	Lima Provincias	40.84	958,200.00
	Ica	32.55	794,900.00
	Lima Metropolitana	26.98	9,030,800.00
Callao	25.54	1,024,400.00	
Sierra	Huancavelica	82.25	498,600.00
	Cajamarca	80.9	1,533,800.00
	Huánuco	76.85	866,700.00
	Ayacucho	76.85	696,100.00
	Apurímac	70.15	460,900.00
	Cusco	68.09	1,324,500.00
	Puno	61.63	1,429,300.00
	Junín	57.11	1,360,600.00
	Ancash	56.97	1,154,700.00
Pasco	53.88	306,300.00	
Selva	Amazonas	75.37	423,900.00
	Loreto	64.88	1,049,400.00
	San Martín	64.31	851,900.00
	Madre de Dios	47.5	140,500.00
	Ucayali	45.92	501,200.00

Nota. Adaptado de "Índice de Progreso Regional Perú 2016" por CENTRUM Católica, 2017.

**La salud por regiones.** El Perú al ser un país con grandes diferencias dentro de un mismo territorio, tiene, por cada región, matices distintos en cuanto al componente de Salud y bienestar. Dicho lo anterior, podemos observar que, en la región más poblada, Lima, tenemos una clasificación de muy bajo (26.98), donde se tienen más de 9 millones de habitantes. Observamos también que, en regiones pobladas, como en La Libertad y Piura tenemos ubicaciones tanto en bajo como en medio alto a nivel país, respectivamente. Asimismo, en la Tabla 3, podemos observar que, tanto en regiones pobladas como en regiones con menor población, el componente de Salud y bienestar es diverso en cuanto a su valor. También se aprecia que los valores más bajos se encuentran en la costa, teniendo a Moquegua, Ica, Lima Metropolitana y Callao como los más bajos del ranking, en ese orden descendente. Y el resto

de regiones costeras, están en el nivel bajo; únicamente Piura es el que se encuentra en un nivel medio bajo. Por otro lado, podemos apreciar que en la sierra se encuentran las regiones con una puntuación más alta, teniendo a la cabeza a Huancavelica, Cajamarca, Huánuco y Ayacucho. Apurímac y Cusco se encuentran en un nivel medio alto y Puno, Junín, Ancash se encuentran medio bajo, teniendo únicamente a Pasco en el nivel bajo. También se encuentra que, en la selva, la región Amazonas tiene un valor alto en salud y bienestar, mientras que Loreto y San Martín tienen un valor medio bajo y Madre de Dios y Ucayali tienen valores bajos.



*Figura 3.* Componente de Salud y bienestar por regiones en Perú 2016. Se muestran los valores con respecto a Salud y bienestar en cada región del Perú para el año 2016.

Adaptado de “Índice de Progreso Regional Perú 2016” por CENTRUM Católica, 2017.

En Lima se entiende el valor bajo en salud, debido a la calidad de vida de la población, la cual está ceñida a malos hábitos alimenticios, padecimiento de más enfermedades no contagiosas como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, todas ellas producto del desorden con el que la población vive día con día. Son situaciones similares en el resto de regiones costeras, en las cuales se ha centrado el crecimiento y desarrollo económico del país, el cual conlleva a que el ritmo de vida de la población se vuelva más agitado y, con ello, la puntuación en salud y bienestar descienda. En el caso de la sierra, se tienen regiones medianamente prósperas, pero que cuentan con mayor cantidad de salubridad en la atmósfera y el ritmo de vida de las personas es más parsimonioso. En la selva se ven valores menores, pese a que allí abunda la vegetación; sin embargo, esto denota la poca participación de las entidades de salud en estas regiones.

**Indicadores globales.** Según el Social Progress Imperative del 2017, a través de su componente Salud y Bienestar, parte de la dimensión Fundamentos de Bienestar, el Perú ocupó el puesto 15 de 128 países analizados, con lo cual logró una significativa ubicación en el ranking global; sin embargo, cayó cinco ubicaciones con respecto al 2016, año en que se ubicó en el puesto 10, y esto se debió, sobretodo, a las mejoras implantadas en otros países sobre sus políticas de salud. Dentro de este análisis y reconocimiento del sector salud se debe resaltar dos indicadores que han permitido al Perú sobresalir con alto desempeño, estos son: la tasa de suicidio, en la cual el Perú se ubicó en el puesto 10 a nivel mundial, y el indicador de número de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles, en el cual el país ocupó el puesto dos del ranking. Esto también, en parte por el buen desempeño de las políticas estatales en el control de las enfermedades transmisibles tales como VIH, tuberculosis, malaria, dengue y otras, a través de campañas de vacunación preventivas con especial énfasis en zonas rurales de bajos ingresos económicos. El IPS determinó para el año 2017 que, para el componente de Salud y Bienestar, quedaron solo tres indicadores relevantes para medir el

desenvolvimiento de las naciones con respecto a este componente, los indicadores fueron los siguientes: esperanza de vida a los 60 años, tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles y tasa de suicidio; estos, de manera conjunta, obtuvieron una puntuación de 80.78, con lo cual el Perú se ubicó en el puesto 15 de 128 países analizados. Cabe mencionar que con respecto al año 2016, se retiró el indicador “tasa de obesidad”, esto indicó que se eliminó porque tuvo problemas conceptuales y no se correlacionó con las otras mediciones del componente; aun así, se consideró este indicador como uno relevante, ya que, dentro de este grupo de indicadores de Salud y Bienestar para el 2016, se resaltó una valoración baja con una puntuación de 17.5% de la población, con lo cual se ubicó en el puesto 60, aún por debajo del puesto 44 en que el país se ubicó en el indicador “esperanza de vida a los 60 años”, con una puntuación de 21.61 años. También es necesario mencionar que este indicador es contrario al desarrollo de las naciones e incrementa conforme pasan los años. La obesidad suena muy preocupante en la población peruana, esto ha sido corroborado por estadísticas del año 2014 realizadas por la Organización Panamericana de la Salud, en las cuales se indicó que un 52.7% de los hombres en Perú mayores de 18 años tuvieron sobrepeso u obesidad y un 61.5% de las mujeres mayores de 18 años también padecieron de sobrepeso u obesidad. Más adelante, se analizará la situación general de las variables consideradas por el IPS (en consideración de las cuatro utilizadas en la evaluación del año 2016). En la Tabla 4, podemos observar que como calificativos a cada indicador del componente Salud y bienestar, solo tenemos en bajo desempeño la tasa de obesidad. Es por ello y por la búsqueda de mejora de los indicadores en este componente que el presente trabajo tiene un enfoque en la reducción y control de la obesidad en el Perú.

**Tasa de obesidad.** La obesidad tiene como un estado previo al sobrepeso. Según la OMS, se considera sobrepeso cuando una persona tiene un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25, y cuando el IMC es mayor o igual a 30 se adquiere la condición de obeso;

esta condición es la de mayor alerta porque de ella derivan una serie de enfermedades como consecuencia, como diabetes, presión arterial, infartos, etc. En consideración de los datos obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), realizada por el INEI en el año 2016, que encontró una distribución del sobrepeso por regiones nacionales; se tuvo en la Costa un 38.9%, en la Selva un 32.2% y en la Sierra un 31.6%; también se tiene información, en consideración del poder adquisitivo de la población, se tuvo que el 41.5% de personas ricas tuvieron sobrepeso y en personas más pobres, el 26.2%. Es importante también el dato de que la región con más obesidad en el Perú fue Tacna, con 30.4% de su población, y la de menor valor del mismo indicador fue Huancavelica con 7.6 %. A su vez, se puede decir que hubo una marcada tendencia de la obesidad, que se presentó en mayor proporción en el sector urbano de las regiones con el 21.9%, y en el sector rural en menor proporción con 8.9% del total de la población por cada sector urbano. Dentro de este rango de obesidad se distinguió que las personas más ricas fueron más obesas, con un 23.7%, y las más pobres lo fueron menos, con un 8.1%. Asimismo, se tuvo que, en general, el 22.4% de mujeres sufrieron de obesidad y el 13.3% de hombres; en tanto que el 35.8% de mujeres tuvieron sobrepeso y el 35.2% de hombres.

Tabla 4

*Resultados de Perú para el componente Salud y bienestar 2016*

Dimensión	Fundamentos del Bienestar	Valor	Medida	Ranking	Calificación
Componente	Salud y Bienestar	74.24	-	10	Desempeño sobresaliente
Indicador	Esperanza de vida a los 60 años	22.72	Años	33	Desempeño sobresaliente
	Muertes prematuras por enfermedades no transmisibles	11.2	Cada 100,000 habitantes	15	Desempeño sobresaliente
	Tasa de obesidad	0.17	% Población total	60	Bajo desempeño
	Tasa de suicidios	5.52	Cada 100,000 habitantes	28	Neutral

*Nota.* Adaptado de “Resultados Índice de Progreso Mundial 2016” CENTRUM Católica, 2017.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] y la Organización Panamericana de la Salud [OPS], la obesidad y el sobrepeso han aumentado en toda América Latina y El Caribe, y, en especial en Perú, con un impacto mayor en las mujeres y una tendencia al alza en niños y niñas. A pesar de que el índice de desnutrición disminuyó considerablemente en Perú, es preocupante que el sobrepeso y la obesidad afecte al 58% de adultos y al 7% de menores de cinco años. Según su nuevo informe conjunto, llamado “El Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y El Caribe”, cerca del 58% de los habitantes en la región tiene sobrepeso (lo que significa 360 millones de personas). El Perú se encontró en el promedio regional. El sobrepeso afecta a más de la mitad de la población adulta de todos los países de la región, Salvo en Haití (38.5%), Paraguay (48.5%) y Nicaragua (49.4%), y fueron Chile (63%), México (64%) y Bahamas (69%) los que presentaron las tasas más elevadas. Aunque el Perú, con una reducción de casi 23 puntos porcentuales (desde 37.3% en 1991 a 14.6% en el 2014), fue el tercer país con mejores índices de reducción de la desnutrición crónica en los últimos 20 años, no tuvo igual desempeño en lo que a sobrepeso se refiere y se situó, una vez más, en el promedio regional.

La obesidad, por su parte, afectó al 23% de la población regional, siendo 140 millones de personas, y las mayores prevalencias se pudieron observar todas en países del Caribe: Bahamas (36.2%) Barbados (31.3%), Trinidad y Tobago (31.1%) y Antigua y Barbuda (30.9%). En el Perú cerca del 20% de la población fue obesa, lo que lo ubica sobre el promedio regional. En más de 20 países de América Latina y el Caribe, el aumento de la obesidad ha impactado de manera desproporcionada a las mujeres. La tasa de obesidad femenina es 10 puntos porcentuales mayor que la de los hombres. En el Perú, la obesidad afectó al 16% de hombres y al 26% de mujeres. Uno de los factores que explican el alza de la

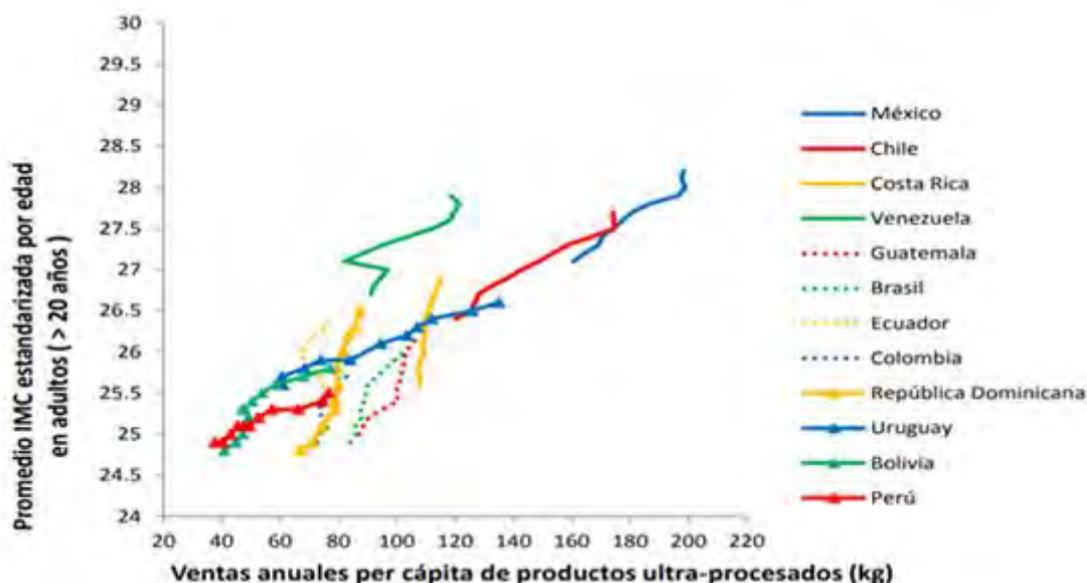
obesidad y el sobrepeso ha sido el cambio en los patrones alimentarios, según el panorama observado.

La actual cifra de obesidad debió su incremento principalmente al cambio de patrón alimenticio, que tuvo su base en el crecimiento económico, el aumento de la urbanización que conduce al incremento de los ingresos medios de las personas, que empuja a las sociedades ya no buscar únicamente la satisfacción de la necesidad básica de alimentación, sino a buscar otro tipo de satisfacción “superior” desde el punto de vista del marketing social, a través del uso del producto ultra procesado (PUP), con mayor precio gracias al agresivo marketing y a la publicidad falaz que los acompaña, todo ello con la finalidad de elevar su ego.

Adicionalmente, es necesario comentar que debido a la integración de la región en los mercados internacionales se han reducido el consumo de preparaciones tradicionales y aumentado el consumo de productos ultra procesados (PUP), un problema que atañe fuertemente a los países y zonas que son importadores netos de alimentos, como lo son en su mayoría los países del Caribe.

Para este resumen se hizo necesario orientar al consumidor acerca de la definición de un producto ultra procesado (PUP); los PUP son formulaciones creadas a partir de sustancias extraídas de alimentos (grasas, almidones y azúcares), incluyen una amplia gama de snacks ricos en grasa y calorías, cereales de desayuno endulzados, pasteles y galletas, bebidas azucaradas, “comida rápida”, platos listos para calentar y productos animales reconstituidos. Si los comparamos con los alimentos saludables y las comidas recién preparadas, los PUP contienen más sodio, grasas saturadas y azúcar, y contienen menos fibra dietética, minerales y vitaminas; también tienen mayor densidad energética (alto en grasas), pero contrariamente, son prácticos, ubicuos, fuertemente publicitados y buscan formar dependencia. Las bondades no alimentarias de los PUP se acomodan a la vorágine del tipo de vida citadina actual que, por la falta de tiempo dedicada al cuidado alimentario del hombre, la misma que lleva a que

las nuevas y grandes generaciones pierdan conocimiento del valor sobre los alimentos y habilidades culinarias, crean una vulnerabilidad seria en las sociedades, las economías rurales y la biodiversidad agrícola.



*Figura 4.* Media de IMC por edad en adultos en 12 países latinoamericanos. Se muestra la media de IMC como función de las ventas anuales per cápita de productos alimentarios y bebidas ultra-procesados en 12 países latinoamericanos, 1999-2009. Tomado de “Consumo de alimentos y bebidas ultra-procesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública,” por Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017 ([http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=27545&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27545&lang=es)).

Un estudio de la OPS estimó las tendencias de consumo de los PUP en Latinoamérica mediante el uso de información de venta de la base de datos de Euromonitor (2014), basado en un análisis de encuestas nacionales de 12 países, desde 1999 hasta 2013, para probar la asociación entre los cambios en el promedio del Índice de Masa Corporal (IMC) y los cambios en las ventas anuales per cápita de PUP (en kilogramos) estandarizada por edad en adultos. Los datos de IMC se obtuvieron desde la Base de Datos de OMS y datos de tomados del Banco Mundial. La Figura 4 muestra las tendencias en las ventas anuales per cápita de PUP en los países estudiados y la relación directa con el IMC: a más ventas de PUP, mayor el IMC. En 1999, se registraron ventas altas anuales per cápita en México (160 Kg.) y en Chile

(120 Kg.), mientras que las ventas en Bolivia (41 Kg.) y en Perú (37 Kg.) fueron hasta cuatro veces menores. En Canadá, en cambio, las ventas anuales de PUP fueron de 245 Kg., y de 335 Kg. en EE.UU. En todos los países, desde 1999 hasta 2013, las ventas de estos productos crecieron continuamente. Se observaron grandes aumentos en Uruguay (+145%), Perú (+121%) y Bolivia (+151%). Durante el mismo período, las ventas decrecieron en Canadá (-7%) y EE.UU. (-9%) (OPS: Informe NMH/Risk Factors, Dr. Enrique Jacoby).

A nivel mundial es una preocupación latente la alta tendencia del consumo de PUP porque trae consigo el incremento incontrolado de los valores del IMC y sus efectos, es por eso que todos los países luchan para generar políticas públicas en conjunto con las estrategias privadas para reducir y/o prevenir las enfermedades que este consumo trae consigo, como enfermedades cardiovasculares, digestivas, cancerígenas y diabetes, entre otras. Parte de estas políticas estatales cuentan con el soporte y orientación de organismos de las Naciones Unidas, como FAO y OPS, los cuales llaman a promover sistemas alimentarios saludables y sostenibles que ligen agricultura, alimentación y nutrición y salud.

En consecuencia, se hace importante trabajar en medidas de regulación de la industria de alimentos, que debe abarcar la forma y contenido del etiquetado, la promoción y publicidad de los PUP, controlar la disponibilidad y publicidad de estos productos, de una manera similar a la del tabaco y alcohol, el incremento de su precio mediante la generación de impuestos, como es en el caso de México; esto como parte inicial de una propuesta de solución de carácter preventivo y correctivo, liderado en toda la estructura del proyecto por el Estado.

Estas medidas deben concebirse bajo un enfoque estratégico que alinee a los tres grandes actores del desarrollo de las naciones: Estado, Sector Privado, y Organismos e Instituciones Científicas y Universitarias, con la finalidad de crear una conciencia y cultura a favor de la salud alimentaria, a partir de la implementación y control de medidas claras que

garanticen el bienestar de los ciudadanos. Paralelamente, se necesita realizar un trabajo amplio y sostenible en el aumento y mejoramiento de la producción y la accesibilidad a los alimentos saludables, nuevamente mediante la adopción de políticas específicas y acciones regulatorias, diseñadas para que las opciones saludables sean fáciles y estén respaldadas por programas educativos.

**Tasa de suicidios.** Para poder analizar la tasa de suicidios con más detalle, es necesario explicar la naturaleza del suicidio. La conducta suicida abarca tres elementos: la ideación de suicidio, el intento de suicidio y la consumación en sí (suicidio consumado). En el mundo, el suicidio consumado es más frecuente en varones y el intento de suicidio se presenta más en mujeres, debido y relacionado a problemas de pareja o maltratos psicológicos y/o físicos. Los especialistas en la materia refieren que, en el Perú, en la última década, la tasa de suicidio se mantuvo entre tres y cuatro por cada 100,000 habitantes, en tanto, la ideación e intento de suicidio aumentó. Durante el año 2016, 295 personas de ambos sexos se auto eliminaron, el 41% lo hizo por maltrato familiar, parejas o hijos agredidos por sus padres, el 28% por bullying físico, psicológico y a través de las redes sociales, y el 30% por problemas sentimentales. La Organización Mundial de la Salud [OMS] estimó que cada 40 segundos una persona se quita la vida en el mundo. Y se advirtió que el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el rango de 15 a 29 años en todo el mundo. En este aspecto, el Perú se ubicó dentro de los 10 primeros países cuya tasa de suicido es menor.

**Esperanza de vida a los 60 años.** Este indicador es de suma importancia, ya que hoy como nunca en la historia, las personas pueden aspirar a vivir más de 60 años. Ello permite brindar oportunidades no vistas con anterioridad a sus familias, la sociedad y los países en general, ya que las personas mayores poseen mayor experiencia y eso los hace relativamente más sabios con respecto a los otros ciudadanos. Sin embargo, existen problemas que dificultan la vida de las personas mayores de 60 años, de las cuales se tiene la idea errada de

que son una carga, no aportan a la sociedad y se les debe brindar constante atención. Los adultos mayores varían con respecto al estado de salud que gozan, si bien existen aquellos a los que se les debe brindar todo el cuidado necesario, existen otros que pueden tener la misma salud y movilidad que un joven de 20 o 30 años. Establecer una política amigable con los adultos mayores es vital a largo plazo, debido a que cada vez se incrementa el porcentaje de población mayor de 60 años, el cual llegará a significar el 20% de la población mundial para el año 2050, y al ser una población preponderante, es importante establecer programas que ayuden a mejorar la calidad de vida de la población en este rango de edades. Aunque el Perú aún es un país joven en comparación con muchos otros de la región y del mundo, el 25% de su población será adulta mayor para el 2050, situación que no debe ser vista como una amenaza, sino como un reto a resolver con creatividad y, sobre todo, con planificación. Enrique Vega (2017), el experto regional de la unidad de curso de vida de la Organización Panamericana de la Salud [OPS], resaltó la necesidad de “positivizar el proceso de envejecimiento”, y destacó la enorme contribución económica de las personas adultas mayores en la economía de muchos países. El 33.4% de las familias peruanas fueron conducidas por un adulto mayor, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares de 2014 del INEI. En Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 34.3%, y en el área rural el porcentaje de hogares con un jefe adulto mayor se incrementó a 37%. Uno de los factores que traen deficiencias en el estilo de vida de los adultos mayores es que la jubilación que se les asigna no les alcanza para mucho, y dado que hay adultos mayores que mantienen a sus nietos, muchas veces priorizan la educación y alimentación de ellos; esto lleva a que se priven de asistencias médicas adecuadas e incluso de velar por su propia alimentación. Muchas de las políticas laborales con respecto a los adultos mayores los llevan a ser discriminados y a no aprovechar, como debiera ser, la capacidad de aportar que tienen. Muchos de los adultos mayores rechazan la idea de jubilarse, aunque sí prefieren poder

dedicarse a otras actividades, dar un giro en sus carreras o emprender negocios. De hecho, en Estados Unidos, entre el 2011 y 2012, el 23% de nuevos emprendedores tenían entre 55 y 64 años y entre los empresarios de éxito había el doble de mayores de 30 años que de menores de 25 años (Forbes, 2014).

También, como nunca se ha producido un incremento rápido de la proporción de personas mayores en la sociedad: “Países como Francia, por ejemplo, han necesitado 200 años para pasar de un 10% de envejecimiento al 20%, pero países como México o Perú lo harán en 45 años” (Vega, 2017). “El 85% de los peruanos que nacen hoy van a vivir después de sus 60 años y el 45% va a vivir más de los 80 años. Eso no ha ocurrido en las proporciones que están ocurriendo ahora” (Vega, 2017). Actualmente, la Organización Mundial de la Salud [OMS] desarrolla la estrategia de ciudades y comunidades saludables y amigables con las personas mayores. Dentro de este indicador podemos observar que, a diferencia de los otros dos tomados en cuenta, a partir del 2017, el Perú no se encontró en la primera posición a nivel sudamericano y se encontró en una mejorable posición 44 a nivel mundial. Se puede observar según la Tabla 5 que el Perú se ubicó a nivel regional dentro de la ubicación seis en el 2015; tuvo en promedio, entre los años 2000 y 2015, la misma ubicación; tuvo su mejor ubicación en el año 2006, con el puesto número tres; y la peor en el año 2010, con la ubicación nueve.

***Muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.*** Este indicador es importante en el componente de salud y bienestar a nivel mundial, debido a que hace referencia a 15 millones de personas entre los 30 y 70 años que mueren al año (OMS, 2017). Como se ha comentado previamente, las enfermedades no transmisibles (NCDs, por sus siglas en inglés de “Non-Communicable Diseases”) están compuestas principalmente por el cáncer, diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades pulmonares crónicas.

Tabla 5  
*Ranking de Esperanza de Vida a los 60 Años - Sudamérica (2011-2015)*

Indicador	País											
	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	Guyana	Paraguay	Perú	Surinam	Uruguay	Venezuela
Esperanza de vida a los 60 (años) 2015	21.5	21.3	21.7	24.4	21.7	22.7	16.1	21.2	21.6	19.3	22.0	21.4
Ubic. sudamericana	7	9	4	1	5	2	12	10	6	11	3	8
Esperanza de vida a los 60 (años) 2014	21.4	21.3	21.5	24.3	21.6	22.6	16.1	21.1	21.5	19.3	21.9	21.3
Ubic. sudamericana	7	9	6	1	4	2	12	10	5	11	3	8
Esperanza de vida a los 60 (años) 2013	21.3	21.2	21.4	24.2	21.5	22.7	16.1	21.1	21.5	19.2	21.9	21.3
Ubic. sudamericana	7	9	6	1	5	2	12	10	4	11	3	8
Esperanza de vida a los 60 (años) 2012	21.3	21.1	21.3	23.9	21.3	22.5	16.1	21.0	21.3	19.2	21.6	21.3
Ubic. sudamericana	4	9	6	1	7	2	12	10	5	11	3	8
Esperanza de vida a los 60 (años) 2011	21.1	20.9	20.9	23.9	21.3	22.5	16.2	20.9	21.1	18.9	21.8	21.1
Ubic. sudamericana	5	10	8	1	4	2	12	9	6	11	3	7
Esperanza de vida a los 60 (años) 2010	20.8	20.5	20.7	23.3	20.9	22.4	16.2	20.8	20.6	18.7	21.4	21.1
Ubic. sudamericana	6	10	8	1	5	2	12	7	9	11	3	4
Esperanza de vida a los 60 (años) 2009	21.2	20.1	20.7	23.6	21.1	22.7	16.3	20.7	20.8	18.7	21.8	21.4
Ubic. sudamericana	5	10	9	1	6	2	12	8	7	11	3	4
Esperanza de vida a los 60 (años) 2008	21.0	19.8	20.5	23.8	20.6	22.4	16.4	20.7	21.0	18.6	21.6	21.0
Ubic. sudamericana	5	10	9	1	8	2	12	7	6	11	3	4
Esperanza de vida a los 60 (años) 2007	20.3	19.5	20.4	23.1	20.6	22.5	16.3	20.6	20.9	18.4	20.7	21.1
Ubic. sudamericana	9	10	8	1	7	2	12	6	4	11	5	3
Esperanza de vida a los 60 (años) 2006	20.8	19.2	20.3	23.1	20.3	22.3	16.1	20.5	21.4	18.2	21.4	21.2
Ubic. sudamericana	6	10	9	1	8	2	12	7	3	11	4	5
Esperanza de vida a los 60 (años) 2005	20.6	18.9	20.2	22.7	20.2	22.5	15.9	20.4	20.5	18.0	20.9	21.0
Ubic. sudamericana	5	10	9	1	8	2	12	7	6	11	4	3
Esperanza de vida a los 60 (años) 2004	20.4	18.7	19.8	22.4	20.2	22.7	15.8	20.4	20.1	17.7	20.7	20.9
Ubic. sudamericana	5	10	9	2	7	1	12	6	8	11	4	3
Esperanza de vida a los 60 (años) 2003	20.1	18.4	19.7	22.4	19.9	22.9	16.1	20.3	20.1	17.6	20.6	20.5
Ubic. sudamericana	6	10	9	2	8	1	12	5	7	11	3	4
Esperanza de vida a los 60 (años) 2002	20.3	18.2	19.6	22.4	20.1	22.4	16.4	20.2	20.6	17.5	20.9	21.1
Ubic. sudamericana	6	10	9	2	8	1	12	7	5	11	4	3
Esperanza de vida a los 60 (años) 2001	20.2	17.9	19.5	22.1	19.8	22.3	16.6	20.1	20.5	17.3	20.7	20.4
Ubic. sudamericana	6	10	9	2	8	1	12	7	4	11	3	5
Esperanza de vida a los 60 (años) 2000	20.3	17.7	19.2	22.0	19.7	22.0	16.7	19.9	20.1	17.3	20.8	20.5
Ubic. sudamericana	5	10	9	2	8	1	12	7	6	11	3	4

Nota. Adaptado de "Base de datos de esperanza de vida 2001-2015," Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015 ([http://apps.who.int/gho/athena/api/GHO/WHOSIS\\_000001,WHOSIS\\_000015?filter=&format=xml&profile=excel](http://apps.who.int/gho/athena/api/GHO/WHOSIS_000001,WHOSIS_000015?filter=&format=xml&profile=excel)).

En el Perú, el 67% de las muertes anuales son a causa de las NCDs (113,000), y el 13% de la población (4'079,010 personas) está en riesgo de una muerte prematura a causa de una NCD; sin embargo, en esta variable el Perú está mejor ubicado en el ranking del IPS, con un decoroso puesto 15 entre todos los países evaluados, y una puntuación de 11.2 muertes por cada 100,000 personas, es quizás una de las variables en que el Estado ha tenido un mejor control a lo largo de los últimos 20 años.

Entre las políticas recomendadas por la OMS para disminuir las cifras de muertes por enfermedades no transmisibles, se recomienda los siguientes diez puntos a tomar en cuenta (OMS, 2017), también se indicará los alcances del Perú: (a) Objetivos nacionales con respecto a NCDs (no alcanzado); (b) Datos de mortalidad (parcialmente alcanzado); (c) Encuestas de factores de riesgo (parcialmente alcanzado); (d) Plan de acción nacional para las NCDs (parcialmente alcanzado); (e) Medidas de reducción de la demanda de tabaco, compuesto por: incremento de impuestos especiales y precios (no alcanzado), políticas libres de humo (alcanzado), advertencias de salud gráficas grandes en paquetes simples (alcanzado), prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio (no alcanzado), campañas de medios masivos (parcialmente alcanzados); (f) Uso nocivo de las medidas de reducción de alcohol, compuesto por: restricciones en la disponibilidad física (parcialmente alcanzado), prohibiciones publicitarias o restricciones integrales (no alcanzado), aumento de los impuestos directos (parcialmente alcanzado); (g) Medidas de reducción de la dieta poco saludables, entre los cuales se tiene: políticas de consumo en sal y sodio (parcialmente alcanzado), políticas de ácidos grasos saturados y grasas transgénicas (alcanzado), restricciones de comercialización a los niños (alcanzado), restricción de comercialización a los sucedáneos de la leche materna (alcanzado); (h) Campaña de educación pública y sensibilización sobre la actividad física (no alcanzado); (i) Pautas para el tratamiento del cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedad renal crónica (parcialmente

alcanzado); y, por último, (j) Terapia con medicamentos y asesoramiento para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (no alcanzado).

## 1.2. Conclusiones

Como se puede observar, El Perú estuvo ubicado en el puesto 15 de un total de 130 países evaluados en cuanto a Salud y Bienestar, según los resultados del IPS del 2017, y estuvo en la primera ubicación a nivel zonal (Sudamérica). En esta área se visualizaron tres variables que fueron analizadas, se incluyó la cuarta retirada por inconsistencia conceptual y no tener correlación con las otras tres en el año 2016, esto debido a que es un indicador en el cual El Perú está ubicado en bajo desempeño y que con los años los valores se incrementan. Según lo analizado, se reafirma la postura de que la tasa de obesidad es un factor que se incrementa con los años y mengua en la salud de la población; de no seguir en consideración, se obtendrá una población mayoritariamente obesa y esto se podrá ver reflejado en indicadores internacionales.

Un principio importante para tomar en consideración a la tasa de obesidad, como el más crítico factor con respecto a la salud y bienestar de la población, es que la gente obesa suele tener enfermedades cardiovasculares y renales, además de generar cánceres estomacales, entre otros, que son las principales enfermedades no contagiosas que son registradas. También es sabido que el sobrepeso lleva a que se acorte el tiempo productivo de una persona y su esperanza de vida a los 60 años. Por lo tanto, es en este indicador en que la presente investigación está centrada; sin embargo, se recomienda no descuidar las otras tres variables con las que nos encontramos en buenas condiciones (“tasa de suicidios”, “muertes prematuras por enfermedades no transmisibles” y “esperanza de vida a los 60 años”), ya que el enfocarse en un indicador y descuidar los otros es sinónimo de ausencia de mejoría en los resultados globales del componente Salud y bienestar.

En la Tabla 6 se tiene un comparativo regional acerca de los tres indicadores considerados para el componente Salud y Bienestar para el 2017, en el cual podemos apreciar que el Perú se encuentra en las primeras ubicaciones, con respecto al resto de las otras once naciones. Se tuvo en tasa de suicidios la cifra más baja, con 3.37 suicidios por cada 100,000 habitantes, se tuvieron 183.1 muertes prematuras por enfermedades no contagiosas, es más, en líneas generales, se tuvo el primer lugar en el componente Salud y Bienestar (posición número 15 a nivel mundial), con un 80.78; sin embargo, en lo que respectó al indicador de esperanza de vida a los 60 años, el Perú se encontró en la sexta ubicación, con 21.61 años, y en primer lugar estuvo Chile con 24.42 años. A partir de todo ello, se consideró necesario realizar un plan estratégico para mejorar los indicadores actuales.

Tabla 6

*Comparativo Sudamericano Indicadores Salud y Bienestar 2017*

País	Índices						Salud y Bienestar Sudamérica	Salud y Bienestar (ubicación Sudamérica)
	Esperanza de vida a los 60 años (años)	Esperanza de vida a los 60 años (ubicación Sudamérica)	Muertes prematuras por enfermedades no contagiosas (por cada 100,000 habitantes)	Muertes prematuras por enfermedades no contagiosas (ubicación Sudamérica)	Tasa de suicidio (por cada 100,000 habitantes)	Tasa de suicidio (ubicación Sudamérica)		
Perú	21.61	6	183.10	1	3.37	1	80.78	1
Chile	24.42	1	242.90	3	11.76	7	79.37	2
Colombia	21.72	4	228.50	2	6.19	2	78.05	3
Ecuador	22.71	2	282.20	4	7.99	5	77.23	4
Brasil	21.67	5	369.20	7	6.56	4	73.57	5
Paraguay	21.19	10	390.00	9	6.47	3	72.13	6
Bolivia	21.35	9	319.40	5	12.89	8	70.96	7
Argentina	21.47	7	365.90	6	11.48	6	70.57	8
Uruguay	22.05	3	375.10	8	17.63	9	67.92	9
Surinam	19.35	11	420.60	10	24.54	10	57.89	10
Guyana	16.13	12	672.20	11	29.16	11	42.07	11
Venezuela	21.43	8	-	-	-	-	-	-

Nota. Adaptado de "Base de datos Social Progress Index," IPS, 2017 (<http://www.socialprogressindex.com/assets/downloads/2017-Results.xlsx.zip>).

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

En el presente capítulo, se definirá la Visión, Misión, Valores y Código de Ética, en los cuales se basará toda la investigación ulterior.

### 2.1. Antecedentes

La obesidad es un problema creciente, asociado con la modernidad. Es por ello que en ciudades con mayor progreso económico se tienen mayores casos de obesidad. En el Perú esto se observa sobre todo en Lima y Callao, además de otras ciudades costeras, donde el desarrollo económico genera desórdenes en el modo de vida de la población. Es, entonces, un problema creciente que afecta cada vez más a un mayor porcentaje de la población y deriva en otras enfermedades, siendo uno de los principales factores del decremento en indicadores de salud de la población.

Tabla 7

*Ranking Sudamericano de Obesidad 2016*

#	País	Población Obesa
1	Colombia	18.51%
2	Guyana	19.04%
3	Bolivia	20.02%
4	Perú	22.21%
5	Uruguay	22.13%
6	Brasil	24.25%
7	Argentina	23.85%
8	Ecuador	24.81%
9	Paraguay	25.79%
10	Chile	24.61%
11	Venezuela	27.05%
12	Surinam	30.95%

*Nota.* Adaptado de “Base de datos Social Progress Index,” IPS, 2017 (<http://www.socialprogressindex.com/assets/downloads/2017-Results.xlsx.zip>).

Debido a los problemas de nutrición y obesidad, en el 30 de octubre de 1941 se crea el Departamento Técnico de Nutrición, el cual pasa a ser el Instituto Nacional de Nutrición en el año 1944. Este instituto tenía funciones tales como investigación, dietética, formación de dietistas, administración, economía y legislación de la nutrición, su divulgación y nutriología. Es desde entonces que se tiene una institución nacional dedicada a revisar la nutrición de la

población peruana. Después, en 1988, esta institución pasaría a llamarse Centro de Investigación en Nutrición y Control de Alimentos (CINCA), siendo llamada ese mismo año, gracias a su fusión con la Dirección Nacional de Alimentación del MINSA, como el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN). En el año 1990, mediante Decreto Legislativo 584, se le considera como Organismo Público Descentralizado, y, en el año 1995, obtiene la actual denominación de Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN).

## **2.2. Visión**

Para el año 2027, más del 81% de la población del Perú tendrá una salud libre de obesidad, mediante una alimentación saludable y nutritiva, complementada con actividades físicas; lo cual posicionará al Perú como el país con el menor índice de obesidad en Sudamérica (Tabla 7).

## **2.3. Misión**

Garantizar las condiciones necesarias para que la población del Perú goce de buena salud y bienestar mediante políticas específicas, impulsar la alimentación sana y la actividad física, y restringir el consumo de alimentos ultra procesados, todo ello basado en el marco del sistema nacional de salud del Perú.

## **2.4. Valores**

Para llegar a la visión planteada, se deben de considerar los siguientes valores dentro del proceso:

**Compromiso.** El brindar las condiciones necesarias para poder reducir la tasa de obesidad en el país requiere de un trabajo intensivo y responsable, que no debe ser tomado a la ligera y sí con mucho compromiso, en consideración de que la debida atención y los adecuados cuidados llevarán al cumplimiento de los objetivos aquí planteados.

**Dedicación.** Puesto que se habla de personas, la dedicación a ellos es irrenunciablemente necesaria, debido a que esto conllevará a que se cumplan los objetivos planteados y se busque brindar mejorados procedimientos y atenciones a los adultos mayores.

**Respeto.** Cada persona que sufre de sobrepeso y obesidad merece el respeto de la sociedad en general. Este respeto es dado no solo en los centros de salud, laborales o entidades públicas, sino también en cualquier centro social del país.

**Veracidad.** Esto con la finalidad de crear en la ciudadanía la percepción de credibilidad en las condiciones de atención de todos los centros de salud otorgados por las políticas públicas de salud.

## **2.5. Código de Ética**

El código de ética está dirigido a todo el personal administrativo y operativo de salud, en que se busca y exige que ningún trabajador se beneficie en primer grado o de manera indirecta con las políticas de salud de manera indebida a la aplicada a todo ciudadano, y se respete el derecho de atención a nivel nacional. Los profesionales del Sector Salud y Bienestar deben adoptar el espíritu y la letra de la ley que rige la conducta de su organización empleadora y ejemplificar los más altos estándares éticos en su conducta para contribuir al bien público. Los profesionales deben servir a sus organizaciones empleadoras con la mayor sensación de integridad, ejercer un juicio sin prejuicios e imparcial en su nombre y promover programas de cumplimiento efectivos. Los profesionales deben esforzarse, a través de sus acciones, para mantener la integridad y la dignidad de la profesión, para avanzar en la efectividad de los programas de cumplimiento y para promover el profesionalismo en el cumplimiento de la atención médica.

## **2.6. Conclusiones**

En el presente capítulo se ha establecido la visión, la cual muestra la situación futura deseada, de posicionar al Perú entre los países con menor tasa de obesidad en Latinoamérica;

la misión es la base concreta para lograr esos objetivos a largo plazo, y responde a la pregunta “la razón de ser”. También, se han considerado los valores y el código de ética, los cuales están alineados al plan estratégico y serán de gran ayuda para su cumplimiento.



### **Capítulo III: Evaluación Externa**

En este capítulo se analizará la evaluación externa, la cual es la suma de factores a nivel internacional que influyen en el Sector Salud y Bienestar del Perú, sector preponderante en el análisis de la obesidad; para esto, se consideraron los siguientes análisis: (a) Análisis tridimensional de las naciones; (b) Análisis competitivo del Perú; (c) Análisis del entorno Político, Económico, Social, Tecnológico y Ecológico (PESTE); (d) Análisis de las fuerzas competitivas; y (e) Análisis de los factores claves de éxito. Realizados estos respectivos análisis, se desarrolló la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), la cual permite determinar las oportunidades y amenazas del entorno, para posteriormente concebir el desarrollo de la Matriz de Perfil Competitivo (MPC), la cual permite la identificación de los principales competidores y analizar las condiciones, en las que el sector de esta parte compite con otras zonas productoras nacionales. Por último, se desarrolló la Matriz de Perfil Referencial (MPR), la cual permite desarrollar la comparación con zonas productoras externas que han tenido éxito en el sector de análisis del presente planeamiento estratégico.

#### **3.1. Análisis Tridimensional de las Naciones**

Frederick Hartmann, en su teoría tridimensional de las relaciones entre naciones, mencionó tres grandes dimensiones que deben ser evaluadas (Hartmann, 1994): (a) Intereses nacionales, (b) Factores de potencial nacional y (c) Principios cardinales.

##### **3.1.1. Intereses nacionales. Matriz de intereses nacionales (MIN).**

De acuerdo con lo establecido por el Gobierno del Perú, se cuenta con una matriz de intereses nacionales, la cual se puede observar en la Tabla 8.

##### **3.1.2. Potencial nacional.**

De acuerdo con D'Alessio (2016), en referencia a Hartmann (1994), para determinar el potencial nacional es necesario analizar los siguientes dominios: (a) demográfico; (b) geográfico; (c) económico; (d) tecnológico y científico; (e) histórico, psicológico y

sociológico; (f) organizacional y administrativo; y (g) militar.

Tabla 8

*Matriz de Intereses Nacionales*

N°	Interés	Intensidad del Interés			
		Supervivencia	Vital	Importante	Periférico
1	Gobernabilidad y comunicación entre el Ejecutivo y el Legislativo		China, EE. UU.		
2	Lucha contra la corrupción		China, EE. UU.	Brasil	EE. UU.
3	Incremento de la competitividad del Perú		China, EE. UU.	China, EE. UU.	
4	Lucha contra el narcotráfico		China, EE. UU.	Colombia, Ecuador	
5	Aumento de la salud y seguridad ciudadana		Ecuador, Chile	Ecuador, Chile	

*Nota.* Adaptado de "El Proceso Estratégico. Un enfoque de gerencia," por F. D'Alessio, 2014, México, D.F., México: Pearson Educación, p.224.

**Demográfico.** Según proyecciones de CPI (Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública), la población alcanzó 31 millones 826 mil personas. El 50.1% fueron hombres (15 millones 939 mil 100) y el 49.9%, mujeres (15 millones 886 mil 900); vale añadir a lo indicado que la población urbana representó el 77% con 24 millones 841 mil 400 habitantes, y la rural el 23% con una población de 7 millones 344 mil 600, cuya distribución por regiones se puede apreciar en la Tabla 8. La población económicamente activa (PEA) ocupada en el país fue de 51.26%, y la tasa de desempleo urbano a nivel nacional, de 4.50% (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2015, p. 5).

La esperanza de vida al nacer en el Perú estuvo por encima del promedio mundial (71 años), con un valor de 75 años aproximadamente, según estadística del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN] (2014). Perú ocupó el puesto 88 de 199 países, con lo cual destacó en Sudamérica, Chile obtuvo el puesto 19 con un valor de 81.5 años (ver Figura 5).

Tabla 9

*Estimación de Población Urbana y Rural 2017*

Departamento	Total		Urbana		Rural	
	Miles	%	Miles	%	Miles	%
Lima	11181.7	35.1	10982.3	44.9	199.4	2.7
La Libertad	1905.3	6.0	1492.5	6.1	412.8	5.6
Piura	1873	5.9	1452.6	5.9	420.4	5.7
Cajamarca	1537.2	4.8	537	2.2	1000.2	13.6
Puno	1442.9	4.5	785.8	3.2	657.1	8.9
Junín	1370.2	4.3	900.4	3.7	469.8	6.4
Cusco	1331.8	4.2	740.8	3.0	591	8.0
Arequipa	1315.5	4.1	1184.2	4.8	131.3	1.8
Lambayeque	1280.7	4.0	1054.1	4.3	226.6	3.1
Áncash	1160.5	3.6	710.8	2.9	449.7	6.1
Loreto	1059	3.3	715.3	2.9	343.7	4.7
Huánuco	872.5	2.7	338.6	1.4	533.9	7.3
San Martín	862.8	2.7	564.8	2.3	298	4.1
Ica	802.6	2.5	739.9	3.0	62.7	0.9
Ayacucho	703.7	2.2	383.7	1.6	320	4.4
Ucayali	506.9	1.6	403.4	1.6	103.5	1.4
Huancavelica	502.1	1.6	117.8	0.5	384.3	5.2
Apurímac	462.8	1.5	185.9	0.8	276.9	3.8
Amazonas	425	1.3	193.1	0.8	231.9	3.2
Tacna	350.1	1.1	305.4	1.2	44.7	0.6
Pasco	308.5	1.0	200.6	0.8	107.9	1.5
Tumbes	243.3	0.8	231.7	0.9	11.6	0.2
Moquegua	184.2	0.6	147.1	0.6	37.1	0.5
Madre de Dios	143.7	0.5	113.6	0.5	30.1	0.4
TOTAL	31826	100	24481.4	100	7344.6	100

Nota. Adaptado de "Market report CPI 2017," (p.4) por Compañía Peruana de Estudios de Mercados y Opinión Pública [CPI], 2017 ([http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/26/mr\\_poblacion\\_peru\\_2017.pdf](http://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/26/mr_poblacion_peru_2017.pdf)).

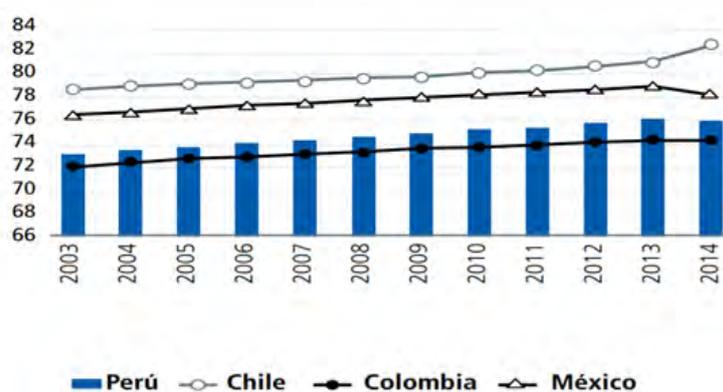


Figura 5. Esperanza de vida al nacer total, año 2014.

Muestra la comparación entre las esperanzas de vida de Perú, Chile, Colombia y México a lo largo de los años 2003 al 2014.

Tomado de "El Perú en los indicadores mundiales" (2da. ed., p. 121), por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN], 2016 ([http://www.ceplan.gob.pe/documentos\\_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/](http://www.ceplan.gob.pe/documentos_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/)).

**Económico.** Según la Nota de Prensa del Ministerio de Economía y Finanzas [MEF], al 15 de Noviembre del 2017, el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] publicó las cifras resultantes de crecimiento al tercer trimestre del 2017, en que se indicó que la economía peruana creció 3.2% en setiembre y, con este resultado, la economía peruana acumuló 98 meses de crecimiento ininterrumpido y continuó con su senda de expansión al registrar un crecimiento de 2,5% en el 3T2017 (tercer trimestre del año 2017). El desempeño favorable de los indicadores adelantados de actividad económica propone que, en meses venideros, la economía acelerará su ritmo de expansión. Por un lado, el índice de avance físico de obras (IAFO), que es un indicador de inversión pública que se contabiliza en el PBI mensual, creció 41.3% en octubre, la tasa más alta desde julio 2013. Así, dado el mayor impulso público, en octubre, el sector construcción creció por encima de lo registrado en setiembre (8.9%).

Asimismo, la recaudación por impuesto a la renta e IGV interno creció 3.3% y 5.0% en octubre, y registró la segunda tasa más alta del año. Por otro lado, la inversión privada continuará con su fase de recuperación, luego de que habría crecido por encima de 5.0% en el 3T2017 luego de 14 trimestres de caídas consecutivas, lo cual se refleja en los buenos resultados de las importaciones de bienes de capital, que crecieron 6.6% en el 3T2017, luego de caer por 16 trimestres consecutivamente, y registraron la tasa más alta desde el 1T2013 (7.3%). Sumado a ello, hay un entorno internacional favorable, caracterizado por los altos precios de las materias primas y un mayor comercio mundial que dinamiza el canal exportador del país. En efecto, el volumen de las exportaciones del país, en particular las no tradicionales, creció 3.5% entre enero y setiembre, mayor al cierre de 2016 (0.7%), y destacaron los rubros como agropecuario (3.4%) y textiles (3.6%). En este contexto, el MEF ratificó su proyección de crecimiento de 2.8% para este año, impulsado principalmente por una mayor inversión pública y recuperación de la inversión privada, en línea con el repunte

de las expectativas sobre la economía.



*Figura 6.* Crecimiento del PBI en América Latina.

Muestra la comparación de los PBIs de los países de la región sudamericana entre los años 2017 y 2018.

Tomado de “Reporte de Inflación 2017-2018,” por el BCRP, 2016

(<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2017/diciembre/reporte-de-inflacion-diciembre-2017.pdf>).

En los últimos meses, la inflación se redujo en Perú, Brasil y Chile. En los dos primeros países, la inflación estuvo influenciada por el ajuste del precio de los alimentos. Asimismo, la recuperación de la actividad brasileña aún es moderada y no genera presiones. En Chile, la apreciación del peso presionó a la baja el componente transable de la canasta. En contraste, la inflación de Colombia se ha acelerado debido a la corrección del índice de alimentos. Sin embargo, dicho efecto estuvo atenuado por la desaceleración de la demanda. En México la inflación sigue alta por el incremento estacional en las tarifas eléctricas.

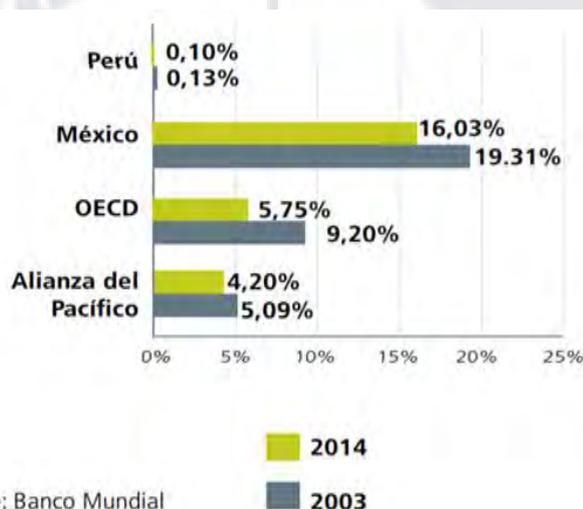


*Figura 7.* Inflación diciembre 2017-2018.

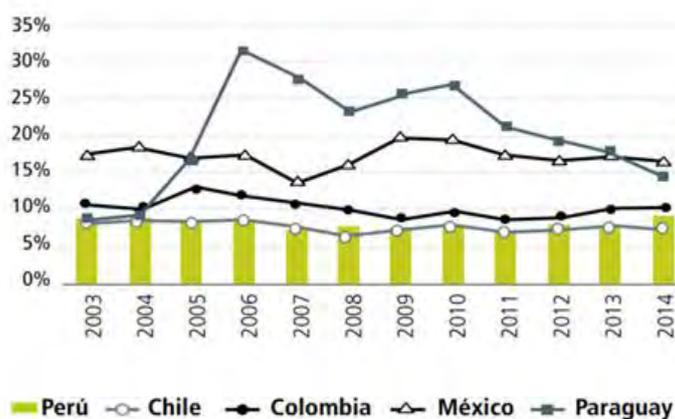
Muestra la comparación de las inflaciones de los países de la región sudamericana en los años 2017 y 2018.

Tomado de “Reporte de Inflación: Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2016-2017,” por el BCRP, 2015 (<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2017/diciembre/reporte-de-inflacion-diciembre-2017.pdf>).

**Tecnológico y científico.** En cuanto a tecnología e investigación científica, los resultados de exportación en TIC a favor de la economía del Estado Peruano son preponderantemente negativos, en comparación a nivel mundial, incluso si se tiene que la región sudamericana tiene una tendencia baja en exportación de TICs respecto a su PBI, el Perú tiene una de las peores ratios dentro de ellos. Como puede apreciarse en la Figura 8 y la Figura 9, se tiene un desarrollo pobre de exportaciones de TICs, en comparación con Chile y Colombia, países que han mostrado mejor desenvolvimiento en esta materia. Sin embargo, los datos muestran que ningún país de la muestra alcanza siquiera el 1% del total de sus exportaciones en bienes TIC. En el año 2014, el Perú se ubicó por debajo del promedio mundial de 4.13%, con 0.10% de bienes TIC con respecto al total de bienes exportados, y ocupó el puesto 112 entre un total de 136 países. Por el contrario, las importaciones de TICs han permanecido altas durante los últimos años, es por eso por lo que el Perú se ubicó encima del promedio mundial (6.36%) con 8.99%. En el año 2014 Perú ocupó el puesto 27 en un universo de 144 países en relación con importaciones TICs versus el total importado, esto se puede observar en la Figura 9.



*Figura 8.* Exportaciones de TICs como porcentaje de las exportaciones totales. Muestra la variación de las exportaciones entre los años 2003 y 2014 de Perú, México, la OCDE y la Alianza del Pacífico. Tomado de “El Perú en los indicadores mundiales” (2da. ed., p. 252), por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN], 2016 ([https://www.ceplan.gob.pe/documentos/\\_el-peru-en-los-indicadores-mundiales/](https://www.ceplan.gob.pe/documentos/_el-peru-en-los-indicadores-mundiales/)).



*Figura 9.* Importaciones de TICs como porcentaje de todas las importaciones. Muestra la comparación entre Perú, Chile, Colombia, México y Paraguay de sus importaciones TICs entre los años 2003 y 2014.

Tomado de “El Perú en los indicadores mundiales” (2da. ed., p. 254), por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN], 2016 ([http://www.ceplan.gob.pe/documentos\\_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/](http://www.ceplan.gob.pe/documentos_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/)).

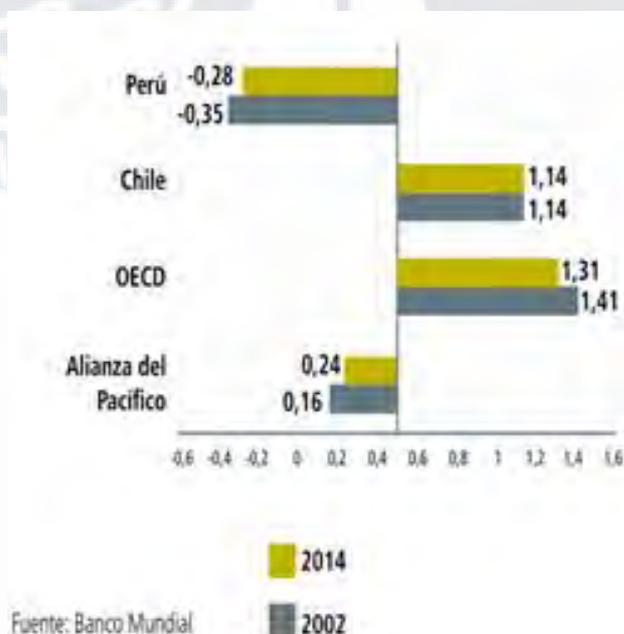
***Histórico, psicológico y sociológico.*** El Perú es un país con una rica historia multicultural que alberga numerosas tradiciones y legados. En especial la época precolombina, la cual está marcada por dos periodos destacables: pre-Inca e Inca, las culturas pre-incas sentaron las bases de un reinado apoteósico, místico y poderoso del Imperio Inca, el cual se extendió a lo largo de la costa, sierra y selva del Perú.

Diferentes historiadores señalaron que la cultura Inca fue adelantada a su época en cuanto a ingeniería hidráulica y civil, con sus grandes construcciones edificadas a lo largo del territorio propio y conquistado. Las culturas pre-incas más predominantes, o los restos de estas culturas, y que, en su afán expansionista, fueron conquistadas por los Incas, fueron: Chavín, Paracas, Moche, Tiahuanaco, Nazca, Wari, y Chimú con hegemonía entre los años 1,200 a.C. hasta inicios del 1400 d.C., y dejaron todas ellas avances tecnológicos, como la trepanación craneana, entre otros, para usanza y mejoramiento de los procedimientos médicos incas. Posteriormente, para el año 1532, el Imperio incaico cae en su declive, por una guerra civil entre los dos herederos al imperio, al haber designado como su sucesor, el Inca Huayna Cápac, a Ninan Cuyuchi, quien moriría casi al mismo tiempo que su padre, así como por la

desolación que causada al imperio a causa de las enfermedades traídas de Europa.

Posteriormente, se vivió la época de coloniaje, la cual duró casi 300 años, desde 1542 hasta 1821, en la cual el Perú pasó a ser una colonia de España, y fue llamado el “Virreinato del Perú”. Posteriormente, en 1821 se declararían la Independencia, y el primer presidente de la República del Perú fue Don José de San Martín. Posteriormente, se tuvo entre 1879 y 1883 la Guerra del Pacífico, en la cual el Perú perdió a merced de Chile. Posteriormente, nacería el terrorismo a cargo de Sendero Luminoso, por el año 1980, lo cual duró 12 años hasta el 1992, año en que fue menguado, sin desaparecer del todo aún.

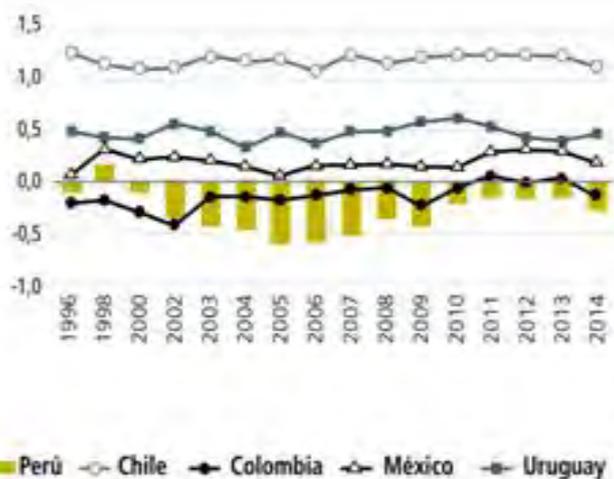
**Organizacional y administrativo.** De acuerdo con el índice de efectividad gubernamental, el cual mide como la población percibe la calidad de los servicios públicos, la administración pública y su grado de independencia ante las presiones políticas, se tiene que este índice se encuentra en el rango de -2.5 a 2.5. El Perú se ubicó en el puesto 118 en el año 2014 de un total de 209 países, con un valor de -0.28. Esto se observa en la Figura 10.



*Figura 10.* Evolución del índice de efectividad gubernamental.

Muestra la variación del índice de efectividad gubernamental entre los años 2002 y 2014 de Perú, México, la OCDE y la Alianza del Pacífico.

Tomado de “El Perú en los indicadores mundiales” (2da. ed., p. 16), por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN], 2016 ([http://www.ceplan.gob.pe/documentos\\_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales](http://www.ceplan.gob.pe/documentos_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales)).



*Figura 11.* Índice de efectividad gubernamental.

Muestra la comparación del índice de efectividad gubernamental entre Perú, Chile, Colombia, México y Uruguay, entre los años 1996 y 2014.

Tomado de “El Perú en los indicadores mundiales” (2da. ed. p. 16), por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN], 2016 ([http://www.ceplan.gob.pe/documentos\\_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales](http://www.ceplan.gob.pe/documentos_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales)).

**Militar.** De acuerdo al indicador elaborado por el Instituto Internacional para la Paz de Estocolmo, SIPRI por sus siglas en inglés, citado en la publicación, el Perú, en indicadores elaborados por el CEPLAN, en correspondencia a los gastos corrientes y de capital destinados al sector de defensa nacional, alcanzó el 1.6% de su PBI el 2015, con lo cual se ubicó en el puesto 60 de un total de 139 países; Colombia fue el país de Sudamérica con mayor gasto militar en términos relativos de su PBI, con lo cual ocupó el puesto 20, con un indicador de 3.5%. En el contexto de cada país, podemos indicar que las amenazas entre Corea del Norte y Estados Unidos clarificaron una vez más desde hace cinco años un escenario en que el poder bélico norteamericano intenta demostrar al mundo su supremacía, y por ende el control armamentista en todo el mundo, a pesar de que en el oriente medio no ha podido controlar todos los conflictos suscitados en los 20 últimos años. También, se debe indicar que Colombia, a pesar de haber suscrito un acuerdo de paz con grupos guerrilleros, no ha sido capaz de hacerle frente al acecho del poder de los narcotraficantes, por lo cual aún se tiene que invertir en proyectos militares que ayuden a controlar el crecimiento de los ataques del narcotráfico.

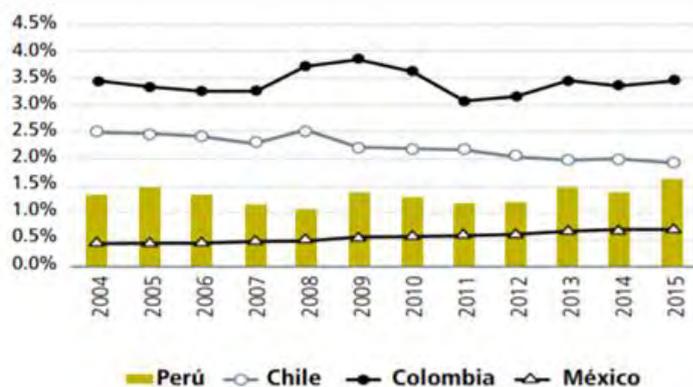


Figura 12. Relación PBI per cápita – gasto militar 2014.

Muestra la comparación del gasto militar como porcentaje del PBI entre Perú, Chile, Colombia y México, entre los años 2004 y 2015.

Tomado de “El Perú en los indicadores mundiales” (2da. ed., p. 35), por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN], 2016 ([https://www.ceplan.gob.pe/documentos\\_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/](https://www.ceplan.gob.pe/documentos_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/)).

### 3.1.3. Principios cardinales.

De acuerdo con D'Alessio, los cuatro principios cardinales hacen posible reconocer las oportunidades y amenazas para un país en su entorno, a través de: (a) influencias de terceras partes, (b) lazos pasados y presentes, (c) contrabalance de los intereses, y (d) conservación de los enemigos (D'Alessio, 2010).

***Influencia de terceras partes.*** En relación con el ámbito económico, el Perú se encuentra inserto dentro de la economía mundial a través de sus diversos tratados comerciales, es decir, el Perú es un país globalizado, la globalización ha influido en el Perú, por lo tanto, gran parte de los servicios médicos se realizan mediante insumos y equipos importados, por lo que los precios internacionales definen una influencia en el sector Salud y Bienestar del Perú.

***Lazos pasados y presentes.*** El Perú tiene una historia marcada por la colonización de España, y los conflictos limítrofes con Chile, Ecuador y Colombia, estos factores han originado cierto retraso de la expansión de la economía peruana, y por tal motivo, han generado deudas externas que han limitado el desarrollo de la economía de este país. Al colapso económico se unió la ingobernabilidad social y política, que puso en cuestionamiento

la viabilidad del país, debido a los levantamientos de grupos terroristas en la década de los 80's, que sometió al país en un declive económico el miedo y el terror. Después de derrotado el terrorismo, en los primeros años del nuevo milenio, el modelo neoliberal coincidió con una etapa de expansión de la economía mundial para el Perú que modificó estándares de precios y servicios, uno de ellos el sector salud se vio beneficiado por la apertura de nuevos mercados y tecnologías que mejoraron los índices de Salud y Bienestar en el país.

*Contrabalance de los intereses.* El Perú tiene importantes contrapesos de sus intereses, que lo convierten en un importante socio comercial de las más importantes economías del mundo, Perú y Brasil deben cumplir un rol protagónico por ser ambos garantes de la conservación del medioambiente, hecho de sumo interés para el mundo entero por el protagonismo ambiental del Amazonas. Por otra parte, existen intereses mundiales de la producción peruana de cobre, oro y muchos minerales que son gran parte de la exportación nacional a otros países, así como en productos primarios como el algodón, azúcar y sub-productos como la harina de pescado, etc.; es por ello que el mundo entero está interesado en el desarrollo del Perú como nación y como economía a fin que sus riquezas puedan llegar a distintas partes del mundo.

*Conservación de los enemigos.* Posterior a la Guerra del Pacífico (1879-1883), en la cual Chile se apoderó de parte del territorio sur peruano, existe cierta antipatía y rencor con el vecino país; sin embargo, Chile tiene miles de millones de dólares invertidos en el territorio peruano, como se conoce, y cientos de marcas chilenas han apostado por el mercado peruano, lo cual obliga al Perú a que busque o genere nuevas riquezas con el vecino país y deje de lado odios pasados, para convertir a Chile en socio económico de la región sudamericana.

#### **3.1.4. Influencia del análisis en la obesidad en el Perú.**

La Organización Mundial de la Salud [OMS] señaló que los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen,

incluido el sistema de salud, resultan de la distribución a nivel nacional y mundial del poder, los ingresos, bienes y servicios, que interactúan en diferentes niveles e influyen en la salud individual en el riesgo de enfermar o morir y determinan el estado de salud de la población, así como el predominio de algunas enfermedades con respecto a otras.

El análisis de situación de la salud identificó los problemas con impacto sanitario en un distrito, en una provincia, y permite establecer sus tendencias con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en sus determinantes sociales, además de evaluar los efectos de las estrategias elaboradas para la solución de los problemas de salud (Oyola, 2015).

### **3.2. Análisis Competitivo del País**

#### **3.2.1. Condiciones de los factores.**

Porter (2009), en su libro *Ser Competitivo*, señaló que la institución de la nación se basó en los factores de producción, por ejemplo, la mano de obra especializada e infraestructura para competir en un lugar determinado. Los principales recursos observados son:

**Recursos ecológicos y forrajeros.** El Perú posee 28 microclimas, siete tipos de suelos, 91 cuencas hidrográficas y 12,000 lagos, lagunas, glaciares, salares y cochas. Además, cuenta con recursos forestales (aprovechamiento de los bienes, servicios y valores que generen los ecosistemas forestales). La diversidad biológica en la selva del país describe la cantidad y la variedad de los organismos vivos que hay en el Perú.

**Las instituciones.** Se cuenta con instituciones como el INEN, el INICTEL y el CONCYTEC. Se debe mencionar que el Perú tiene importantes recursos mineros, reservas de petróleo, y reservas energéticas.

**Mano de obra e intelectual capital.** Según el INEI (2007), el número de universitarios ha subido de ser el 10% de la población en el año 1993, a ser el 16% de la población en el

año 2007. Desde el punto de vista de capital intelectual, se aprecia que el Perú se ha vuelto más interesante. El año 1989, los peruanos en el exterior (PEX) sumaron 1.1 millones y, durante el periodo 1990 al 2008, totalizaron 2.2 millones. El Perú cuenta con una inmigración, sobre todo, de los países vecinos de América Latina. (D'Alessio, 2014, p. 463).

### **3.2.2. Condiciones de la demanda.**

De acuerdo con el diario El Peruano de fecha 17 de junio del 2017, en el 2016 la demanda creció 0.9%, y para este año el ente emisor espera una expansión de 2%, según su reciente reporte de inflación, tras ajustar su proyección de 3.3%, dada en el informe de marzo de este año.

***Inversión pública.*** En ese contexto, el BCR previó que la economía peruana crecerá 3.2% en la segunda mitad del año, impulsada por la inversión pública, que se expandirá 19.3% entre julio y diciembre. Por lo tanto, proyectó que la inversión pública crecería 7% este año gracias al mayor gasto del Gobierno Central (11.1%). Se añadió que: “Este crecimiento refleja una política fiscal expansiva orientada a la reconstrucción de la infraestructura, en respuesta al Fenómeno El Niño Costero”. También se manifestó que: “Para el 2018, el funcionario proyectó una mayor inversión pública (15%), principalmente por el gasto de la reconstrucción”.

***Gasto privado.*** Velarde estimó, asimismo, que el gasto privado crecería 1.6% este año, favorecido por el consumo (2.5%), aunque atenuado por la inversión privada (-1.8%). Para el 2018 la autoridad monetaria espera un incremento de la inversión privada de 5.3% y del consumo de 3%. En el caso de las perspectivas para la economía peruana, el BCR ajustó su proyección de crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI) para este año. Este cálculo pasó de 3.5% a 2.8%, atenuado por una menor inversión tanto pública como privada. No obstante, elevó su estimado de expansión de la economía para el próximo año de 4.1% a 4.2%. Por otro lado, el ente emisor corrigió a la baja su proyección de inflación para el cierre

del 2017, desde 2.4% en marzo pasado a 2.2% actualmente, con lo que se situó así dentro del rango meta, que fluctuó entre 1% y 3%. Entre otros aspectos, “se incorpora la reversión rápida de precios de alimentos afectados por El Niño Costero.

**Menores tasas de interés.** El costo financiero en soles para las empresas se abarató, ante la expectativa del estímulo monetario en el país, sostuvo Velarde. En el comunicado del BCR de junio, se deslizó la posibilidad de flexibilizar la posición de política monetaria (y reducir así la tasa de interés de referencia) en el corto plazo, y se consideraron las expectativas de inflación y la evolución de la actividad económica. Asimismo, agregó: “El mensaje fue recogido por los actores del mercado, pues la tasa de interés se está reduciendo”.

### **3.2.3. Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas.**

Según D'Alessio (2014), la estrategia para incentivar la inversión privada en el Perú empezó con la reducción de la participación del Estado y la promoción de la libre competencia por parte de este. El Perú aplicó principalmente la estrategia de ventaja de costos, mientras que tiene todo lo necesario para ser reconocido por ventaja comparativa y competitiva.

La estructura base para el fortalecimiento de las actividades comerciales e industriales se basan en un marco legal que propicia la apertura comercial del país, y se han dado pasos para garantizar la competencia. Al amparo de destacar la competitividad internacional de las empresas nacionales, este marco regulatorio no discrimina las inversiones extranjeras en ninguna actividad económica. Este instrumento normó el marco sobre los derechos de la propiedad intelectual, políticas de aranceles con facilidades hacia la inversión privada, y logró incrementar la competencia en sectores como el turismo, la gastronomía y la minería. El Perú en el marco de incentivar la inversión privada ha creado un sistema ágil para concretar el inicio de operaciones de una empresa y el costo para realizarlo es significativamente menor que el promedio de la región solo se requiere un número inferior de

procesos al promedio regional, pero con un mayor número de días.

En los últimos años, el Perú ha sido beneficiado por el precio de los metales, lo que impactó positivamente en el PBI durante el segundo gobierno de Alan García, sin embargo, el Perú necesita consolidar su crecimiento en base a la diversificación económica de los sectores productivos, cuya tarea está pendiente.

#### **3.2.4. Sectores relacionados y de apoyo.**

El Perú necesita que los sectores económicos relevantes busquen relacionarse entre sí para lograr hacer sinergias en busca de desarrollo a nivel individual, para esto es fundamental lograr formar clústeres peruanos, sin embargo, la geografía de estos no ayuda por la lejanía de su ubicación. Por ejemplo, el clúster de ropa Gamarra centralizada en Lima, alejada del clúster de zapatos, Trujillo, y de la zona de frontera. No existen normatividad a favor del financiamiento para los clústeres. Actualmente no existe una ley que promueva la generación de clústeres en el Perú.

Podemos perder la competitividad del país si no hay políticas claras para impulsar los clústeres más importantes del Perú y, en consecuencia, no permitirá generar desarrollo a nivel país y a nivel región, ya que se desaprovecharía una fortaleza importante que es la producción de materia prima en el Perú.

Existe una posibilidad estrecha, pero con gran potencial de afianzar en el Perú una variedad de clúster potenciales, con especial énfasis en dos sectores: (a) joyería y metales preciosos, y (b) minería y fabricación de metales

#### **3.2.5. Influencia del análisis en la Obesidad del Perú.**

Según Lazo, Alcalde y Espinosa (2016), existen dos sistemas de salud, el público y el privado; el primero busca expresar la lógica del derecho ciudadano a la salud, y el segundo se funda en la lógica del mercado. El Ministerio de Salud [MINSAL], en su rol de autoridad sanitaria nacional, gobierna el sistema. Recientemente se creó entidad supervisora del

conjunto de organizaciones del sistema, la Superintendencia de Salud [SUSALUD], con la cual comparte importantes responsabilidades en la gestión de la política de la salud.

La estructura del sistema se hace explícita en los regímenes de financiamiento:

***El régimen contributivo indirecto (subsidiado).*** Se financia con recursos fiscales, el aporte de hogares y ocasionales donaciones de la cooperación intergubernamental.

***El régimen contributivo directo.*** Se financia mediante contribuciones obligatorias y directas de los empleadores. Comprende dos modalidades, las cuales son el Sistema de Seguridad Social en Salud [ESSALUD] y el 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.

***El régimen privado.*** Es financiado por las familias (gasto de bolsillo) a través de pagos directos de honorarios profesionales o mediante la adquisición de planes de atención a seguros privados (empresas de seguro, auto-seguros y prepagas) (Lazo et al., 2016, p.13).

### **3.3. Análisis del Entorno PESTE**

#### **3.3.1. Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P).**

Políticamente el Perú es un país democrático compuesto en tres poderes independientes: Poder Ejecutivo, Poder Legislativo y Poder Judicial. El Poder ejecutivo está constituido por el Presidente de La República y dos vice-presidentes. El Poder Legislativo consta de un Parlamento Unicameral con 130 miembros, elegidos por el pueblo peruano; representado por el Congreso o Parlamento, tiene como funciones principales la representación de la nación y la dación de leyes. El Poder Judicial es, de acuerdo con la Constitución y las leyes: la institución encargada de administrar justicia a través de sus órganos jerárquicos que son los Juzgados de Paz no Letrados, los Juzgados de Paz Letrados, las cortes Superiores y la Corte Suprema de Justicia de la República.

Complementariamente, el Estado Peruano también cuenta con organismos constitucionales autónomos como el Banco Central de Reserva, la Superintendencia de Banca y Seguros y AFP, la Contraloría General de la República, La Defensoría del Pueblo, el Ministerio Público, el Tribunal Constitucional, el registro Nacional de Identificación y Estado Civil, el Consejo Nacional de la Magistratura, la Oficina Nacional de Procesos Electorales y el Jurado Nacional de Elecciones. Adicionalmente, se tienen los Gobiernos Regionales que están compuestos por los Gobiernos Regionales, Presidencia Regional y el Consejo de Coordinación Regional.

Los resultados del reporte emitido por Transparencia Internacional sobre Índice de Corrupción Anual del 2015, mostraron que de los 168 países evaluados el Perú se encontró en el puesto 88, a diferencia del 2013, en el cual se encontraba en la posición 83 de un total de 177 países, y la primera ubicación correspondió a los países con menor índice de corrupción, como es el caso de Dinamarca y Finlandia (Transparencia Internacional: Perú continua con alto índice de corrupción, 2015).

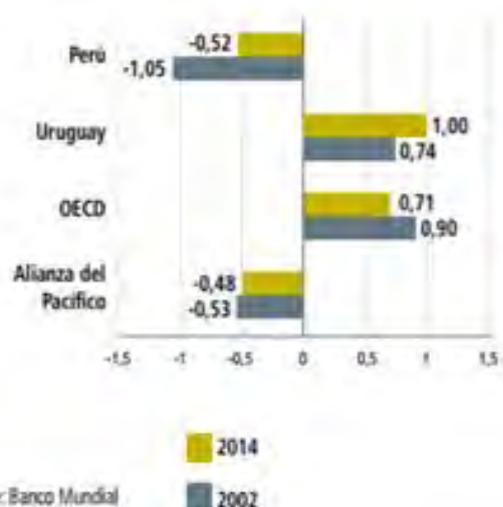
Actualmente, como es de conocimiento internacional, la corrupción es uno de los problemas más graves que enfrenta el Perú hoy en día. Para prevenir y luchar con este flagelo el Perú busca que los mecanismos de control y rendición de cuentas sean el medio para promover e implementar la investigación y sanción de los actos de corrupción, así también, a través del fortalecimiento de las instituciones de justicia con mayor poder para la lucha contra la corrupción como el Poder Legislativo, Poder Judicial, Ministerio Público y Contraloría General, y la mejora cualitativa de la coordinación entre estas instituciones bajo el liderazgo de la Contraloría General y la participación organizada de la sociedad civil, lo cual incluye el desarrollo de alianzas con las instituciones estatales para crear una forma articulada que controle el uso discrecional de las cuotas de poder de los funcionarios públicos y desaliente la comisión de actos de corrupción.

Los costos de la corrupción alcanzaron los US\$ 11,000 millones, poco más el 8% del PBI nacional, la misma que afectó al presupuesto para inversión en salud y educación, y a su vez significó un retroceso para aquellas industrias en crecimiento, la inversión y la accesibilidad a los servicios públicos (según el plan de gobierno Peruanos Por el Cambio, 2016). Los resultados del reporte emitido por Transparencia Internacional sobre el Índice de Corrupción Anual del 2015 mostraron que de los 168 países evaluados el Perú se encontró en el puesto 88, a diferencia del 2013 en el cual se encontró en la posición 83 de un total de 177 países, y los de menor índice de corrupción fueron Dinamarca y Finlandia (Transparencia Internacional: Perú continua con alto índice de corrupción, 2015).

La estabilidad política y económica son los pilares que presenta un país para atraer la inversión extranjera de todo el mundo, pues sirve para referenciar a los empresarios sobre la existencia de un clima de seguridad y confianza de sus posibles inversiones en dicho lugar. Se aprecia en las Figuras 13 y 14 que el Perú tuvo un indicador de -0.52 en un rango de -2.5 a +2.5, con lo cual se ubicó en el puesto 150 de 207 países calificados, y Uruguay fue el de mejor ranking por Sudamérica, con lo cual se ubicó en el puesto 35. Este indicador, según el Banco Mundial, mide o refleja la percepción de la población sobre la probabilidad de que el Gobierno sea desestabilizado o derrocado por medios inconstitucionales o violentos, incluida la violencia de motivación política y el terrorismo (CEPLAN, 2016).

El marco legal que regula al sector salud como parte del Gobierno Central tiene entre sus normas las siguientes: (a) Constitución Política del Perú; (b) Ley 26842, Ley General de Salud; (c) Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud; (d) Ley 24914, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; (e) D.S 011-2005, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; (f) Ley que regula el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) y la Ley 28802, que la modifica; (g) Decreto Legislativo 1091, que promueve los servicios en elaboración de estudios de pre inversión y evaluación de proyectos

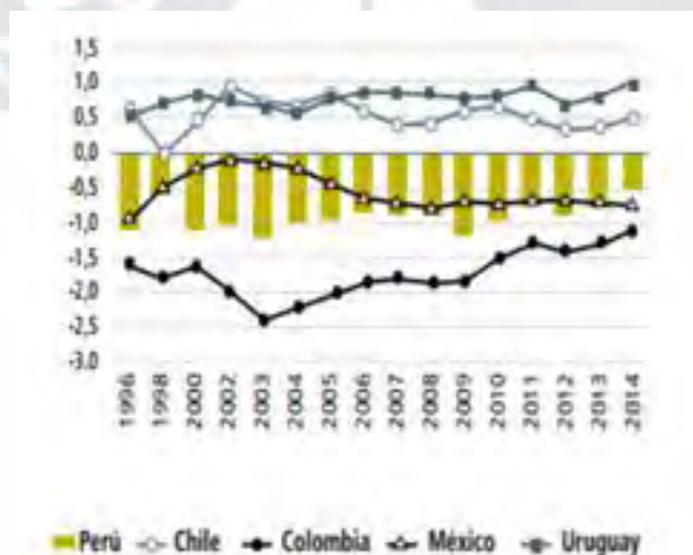
de inversión pública; (h) Ley 27958, Ley de Responsabilidad y Transparencia Fiscal; y (i) Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.



*Figura 13.* Índice de estabilidad política y ausencia de violencia.

Muestra la variación de la estabilidad política y económica entre los años 2002 y 2014 de Perú, Uruguay, la OCDE y la Alianza del Pacífico.

Tomado de “El Perú en los indicadores mundiales” (2da. ed., p. 18), por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN], 2016 ([http://www.ceplan.gob.pe/documentos\\_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/](http://www.ceplan.gob.pe/documentos_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/)).



*Figura 14.* Índice de estabilidad política y ausencia de violencia.

Muestra la comparación de la estabilidad política y económica entre Perú, Chile, Colombia, México y Uruguay, entre los años 1996 y 2014.

Tomado de “El Perú en los indicadores mundiales” (2da. ed., p. 18), por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN], 2016 ([http://www.ceplan.gob.pe/documentos\\_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/](http://www.ceplan.gob.pe/documentos_/el-peru-en-los-indicadores-mundiales/)).

### 3.3.2. Fuerzas económicas y financieras (E).

En el año 2011, el 27.8% de la población del país se encontró en situación de pobreza, 3% menos a lo registrado en el 2010 y 14.6% menos con respecto al año 2007. Según el área de residencia, se observó que la pobreza en el ámbito urbano fue del 18%, mientras que en el área rural correspondió al 56.1%. Entre los años 2010 y 2011, la pobreza disminuyó en 4.9% en el área rural del país y en 2% en el área urbana. En el período 2007-2011, la pobreza en el área rural se redujo en 17.9% y en el área urbana en 12.1%. El PBI del país, para el año 2016, se compone principalmente por manufactura y minería e hidrocarburos, además del comercio. Entre estos sectores se concentra más del 40% del PBI nacional. Es por ello la importancia de estos sectores en la economía local. El total de la distribución se puede ver en la Figura 15. En los últimos 20 años el Perú ha tenido un crecimiento sostenido del PBI, ubicándose entre los cinco mejores de Latinoamérica.

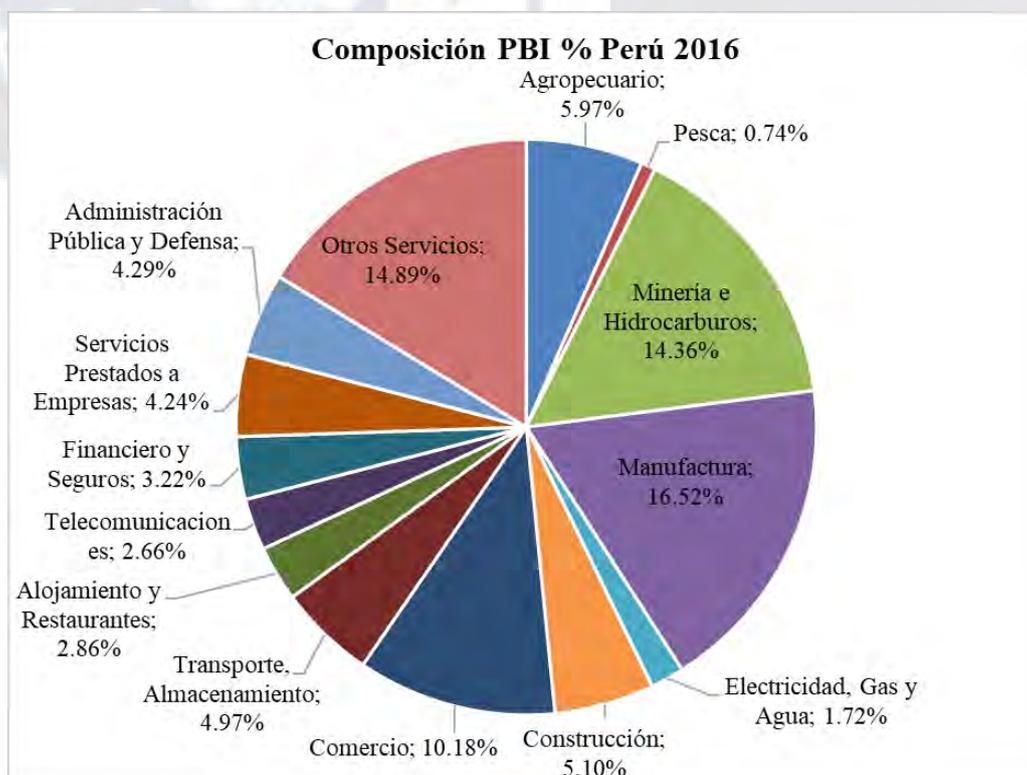


Figura 15. Composición del PBI del Perú al 2016.

Composición del PBI por sectores productivos del Perú para el año 2016.

Tomado de "Producto Bruto Interno según Actividad Económica (Nivel 14) 1994 - 2016 (Valores a precios corrientes)", por el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2016 (<https://www.inei.gov.pe/estadisticas/indice-tematico/economia/>).

### **3.3.3. Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S).**

La población peruana ha tenido un crecimiento sostenido en el tiempo, sin embargo, paulatinamente, la velocidad de dicho crecimiento ha disminuido. La tasa de crecimiento poblacional disminuyó cerca de 3% entre los censos del año 1961 y 1972, y 1.6% en el último período censal (2007). Durante el año 2011, la población tuvo una tasa de crecimiento promedio anual de 1.1%, se estimó que la población actual peruana es de 32 millones de peruanos. La densidad de población en el país es de 23,4 hab. /km<sup>2</sup>; y mucho mayor en el Callao (6 593,9 hab./km<sup>2</sup>), seguida de Lima (265,9 hab./km<sup>2</sup>), Lambayeque (85,7 hab./km<sup>2</sup>), La Libertad (69,4 hab./km<sup>2</sup>) y Piura (49,7 hab./km<sup>2</sup>). En la selva, la densidad poblacional no llega a los 5 hab. /km<sup>2</sup>: Madre de Dios (1,5 hab./km<sup>2</sup>), Loreto (2,7 hab./km<sup>2</sup>) y Ucayali (4,6 hab./km<sup>2</sup>).

En el 2013, en promedio, la población femenina representó el 49.9%; hasta los 45 años el porcentaje de mujeres es ligeramente menor al de los varones, después de los 45 años esta situación se invierte y a mayor edad, mayor es la tendencia de la población femenina. La cual, a los 80 años, representaron el 58.4% de la población. El 6.1% de la población total ha sido representado por la población de 65 a más años, las personas octogenarias superaron la cifra de 317 mil y la mayoría fueron mujeres.

Según el INEI (2013), con relación a las provincias, las que tienen mayor población son Lima, con 8 481 415 habitantes, Callao (969 170), Arequipa (936 464), Trujillo (914 036) y Chiclayo (836 299). Por el contrario, las provincias con menor población son Purús en la región Ucayali (4 251 habitantes), Aija en Ancash (7 974), Tarata en Tacna (7 987), Cajatambo en Lima (8 139 habitantes) y Corongo en la región Ancash (8 340).

### **3.3.4. Fuerzas tecnológicas y científicas (T).**

Según cifras del Banco Mundial (2014), Perú es una de las 20 economías que menos invirtió en investigación y desarrollo a nivel mundial, mientras que los países de primer nivel

estuvieron por el orden del 4% de su PBI. Brasil se encontró en el puesto 29, con un 1.16% del PBI, y el Perú se encontró en la ubicación 78, con 0.15% del PBI. Destinar mayores recursos a investigar puede hacer que la economía nacional logre un crecimiento sostenido para los siguientes años (Díaz, Poma, Quispe & Vivanco, 2016). El Ministerio de Economía y Finanzas [MEF] (2012) ha planteado políticas de inversión pública en ciencia, tecnología e innovación, y estableció prioridades para el 2013 - 2020. Las prioridades se han colocado en el siguiente orden: (a) la adopción y uso de conocimientos y tecnologías, (b) la transferencia y difusión de conocimiento, y (c) la generación de conocimiento. El objetivo es mejorar las capacidades del sistema nacional de ciencia, tecnología para crear y generar nuevos conocimientos y tecnologías, lo cual, en lo esencial es responsabilidad de las universidades e institutos de investigación sectoriales y también de las propias empresas (Díaz, Poma, Quispe & Vivanco, 2016).

También, una de las funciones de la universidad es realizar y desarrollar investigación. Por ello, una de las medidas que adoptó el Estado con el fin de apoyar a todas aquellas universidades que están en regiones que perciben ingresos por concepto de canon fue destinar el 20% de dicho ingreso en forma exclusiva a la investigación científica y tecnológica, para potenciar los desarrollos regionales (Ley 28077, Artículo 4). Gracias a esta ley se beneficiaron hasta 49 universidades públicas. Sin embargo, a pesar de tener fondos para la investigación, se han presentado pocos proyectos, en parte por la carencia de infraestructura y equipamiento para realizar labores de investigación y por las restricciones del uso de estos fondos para las remuneraciones de los investigadores (Díaz, Poma, Quispe & Vivanco, 2016).

### **3.3.5. Fuerzas ecológicas y ambientales (E).**

La contaminación ambiental es un problema que se ha agravado en las últimas décadas en el Perú. Generalmente, el aire es contaminado a causa del desarrollo de

actividades industriales (como la actividad minera o pesquera) y por el deficiente parque automotor. En Lima Metropolitana, específicamente, el parque automotor y la actividad industrial son causas principales de la contaminación del aire. Las partículas en suspensión o material particulado (PM), si bien muestran un patrón descendente, aún el problema se acentúa en las grandes ciudades.

Así, según los resultados obtenidos por la Dirección General de Salud Ambiental, las concentraciones de partículas de polvo sedimentares y partículas finas respirables PM10 (partículas con un diámetro aerodinámico inferior a 10  $\mu\text{M}$ ) y PM2.5 (partículas con un diámetro aerodinámico inferior a 2.5  $\mu\text{M}$ ), son más críticas en la zona norte y este de la ciudad de Lima (Carabayllo, Comas, San Juan de Lurigancho) y Callao. La zona litoral es la que concentra menor contaminación del aire, y esta comprende los distritos de Miraflores, San Miguel, La Punta, Magdalena, entre otros. Por otro lado, en la estación de verano los valores obtenidos de los contaminantes particulados y gaseosos son ligeramente mayores que los obtenidos en la estación de invierno.

La carencia de servicios de agua y saneamiento adecuados tiene impacto negativo sobre la salud de las personas, su futuro desarrollo y calidad de vida. El contagio de enfermedades transmitidas por la contaminación del medio ambiente y la falta de aseo personal se agrava por ausencia de agua y saneamiento. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Saneamiento y Agua Potable, en el 2012, el 78.9% de los hogares del país se abastecieron de agua mediante red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda.

El servicio de agua y saneamiento presentó una mayor cobertura en el área urbana con un 85.0%, mientras en el área rural presentó un 65.7%. Otro de los servicios básicos con implicancias y relación con el estado de salud de la población es la eliminación de excretas. En el 2012, el 88.5% de los hogares tuvo servicio higiénico: 59.3% con inodoro conectado a la red pública (fuera o dentro de la vivienda), 28.9% con letrina lo cual incluyó pozo ciego o

negro y 0.3% utilizaron río, canal y otros. En el área urbana, la proporción de hogares con servicio higiénico fue del 94.9%, mayor que en el área rural (74.8%).

### **3.4. Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)**

La evaluación de factores externos se encuentra descrita en el Análisis (PESTE), análisis del entorno político, económico, social, tecnológico y ecológico, estos vienen a ser la materia prima para la elaboración de la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE). En esta matriz se consideran las oportunidades y amenazas que se encontraron en el análisis (PESTE), adicionalmente de las entrevistas realizadas a los expertos (Apéndice A), posteriormente se considera un valor específico y según su importancia se pondera. Resulta importante determinar las capacidades de la organización para aprovechar las oportunidades y contrarrestar las amenazas, esto se puede observar en la Tabla 9. El puntaje ponderado obtenido para el sector salud en función a la oportunidad que tienen para crear factores claves de éxito contra la obesidad es 2.40, lo cual indica que existe una baja respuesta a las oportunidades y amenazas del entorno.

### **3.5. La Obesidad en el Perú y sus Competidores**

#### **3.5.1. Poder de negociación de los proveedores**

Los proveedores de la obesidad son las empresas de comida rápida, las que incrementan el consumo de grasas y sodio en la población, adicionalmente, se tienen a las químicas como Aji-no-moto, Nestlé, Monsanto, quienes producen alimentos con alto contenido en sodio. Por otro lado, tenemos a empresas productoras de azúcar como Pomalca, Agrolmos y Cartavio, las mayores en volumen de producción de azúcar en el Perú. Otros proveedores de la obesidad en el Perú vienen a ser aquellos que, gracias a su naturaleza tecnológica, promueven el sedentarismo de la población, y estas son tecnologías como el internet, la televisión, el celular, cadenas de delivery como Uber Eats, Glovo, entre otras.

Tabla 10

*Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE) de la obesidad en el Perú*

Factores determinantes de éxito	Peso	Valor	Ponderación
<b>Oportunidades</b>			
1. Implementación de Marco legal en alimentación saludable	0.15	3	0.45
2. Incremento y mayor interés de las inversiones en producción de alimentos con mejor valor proteico en la industria alimentaria	0.12	3	0.36
3. Precios accesibles de los productos orgánicos y naturales que pongan estos alimentos al alcance de la población	0.05	2	0.10
4. Crecimiento económico sostenido en 20 años, PBI entre los cinco mejores de Latinoamérica	0.10	2	0.20
5. Mejora de la tecnología telemática incrementando su alcance poblacional por medio de políticas regulatorias	0.08	2	0.16
Sub total	0.50		1.27
<b>Amenazas</b>			
1. Crecimiento incontrolado de producción de productos ultra procesados (PUP)	0.15	3	0.45
2. Barreras de entrada muy simples para el ingreso de productores de alimentos ultra procesados (PUP)	0.1	2	0.20
3. Población rural dedicada a la agricultura abandona los campos de cultivo por falta de política que incentive el sector	0.15	2	0.30
4. Estilo de vida alimenticio caótico en la población urbana	0.1	1	0.10
Sub total	0.50		1.05
<b>Total</b>	<b>1.00</b>		<b>2.32</b>

*Nota.* 4. Responde muy bien; 3. Responde bien; 2. Responde promedio; 1. Responde mal.

El poder de negociación de estos proveedores está basado en la necesidad generada en los consumidores, debido a la facilidad que proveen y se acomoda fácilmente en el estilo de vida caótico y apresurado que conlleva el propio desarrollo de la sociedad. Esto además de los precios bajos de estos productos, con bajos aranceles y que aprovechan la producción en volumen, les da un poder de negociación importante, debido a que son más económicos y asequibles que la comida saludable y, también, que las tecnologías que implican esfuerzo físico y aumento de la movilidad en las personas.

### **3.5.2. Poder de negociación de los compradores.**

Los compradores de obesidad son los ciudadanos en general. Ellos tienen poco o nulo poder de negociación, ya que prefieren alimentación saludable y nutritiva conlleva a gastos

adicionales, poca ubicuidad de los productos y búsqueda de la escasa información de éstos. Es por ello, que la población no cuenta con mucho poder de negociación. Además, dejar de adquirir los productos tecnológicos que conllevan a reducir el esfuerzo físico, por su naturaleza misma, elevan los esfuerzos, disminuyen el tiempo libre y llevan a las personas a un desfase tecnológico social.

### **3.5.3. Amenaza de los sustitutos.**

Debido a que la industria de la obesidad es la afección a la salud de la población, se tienen como sustitutos a la comida sana, la brindada por restaurantes vegetarianos y veganos, juguerías, restaurantes japoneses, programas sociales como Qali Warma en las escuelas, tecnología de la salud, como son los equipos biomédicos, tecnología que ayuda con la práctica en el deporte de la población como aplicaciones para *runners*, gimnastas y deportistas en general. A estos, se tienen barreras de entrada como los precios, que son más elevados para estos productos, y la asequibilidad, que es menor en estos sustitutos.

### **3.5.4. Amenaza de los entrantes.**

Como entrantes dentro de la industria de la afección a la salud de la población, se tienen los productos transgénicos, dentro de los cuales se tiene a Monsanto como el principal productor de éstos a nivel mundial. Ellos, dentro del territorio peruano no tienen mucha preponderancia aún; sin embargo, la amenaza del ingreso de estos productos es significativa, debido a los bajos precios que tienen, al mayor tamaño y calidad que ofrecen por producto y a las escasas regulaciones sobre ellos. Cabe indicar que pese a sus aparentes beneficios económicos y de ubicuidad, son alimentos que, según estudios, “generan alergias, la resistencia a los antibióticos, la pérdida o modificación del valor nutricional de los alimentos, la presencia de compuestos tóxicos, la aparición de enfermedades nuevas y no tratables, además del daño a las especies silvestres de plantas”, Reyes y Rozowski (2003).

### **3.5.5. Rivalidad de los competidores.**

Dentro de los competidores de la obesidad se tienen al tabaco, cuyos productos, en el Perú, son distribuidos principalmente por British American Tobacco Peru y Philip Morris Peru, quienes distribuyen las marcas Lucky Strike, Hamilton, Pall Mall, Marlboro, entre otras. Un segundo competidor de la obesidad, es el consumo de alcohol en exceso, el cual está dado, en el mercado peruano, principalmente por Aje Group, Backus y Johnston, José R, Lindley, Industrias San Miguel, entre otras. El tercer competidor principal de la obesidad está basado en los productos estupefacientes, de los cuales, la mayoría, son ilegales; los cuales son la marihuana, la cocaína, el éxtasis, entre otros.

### **3.6. Obesidad en el Perú y sus Referentes**

La obesidad en el Perú es una de las que tienen un menor porcentaje de población en Sudamérica, ubicándose en el cuarto lugar para el año 2015, con un 21.1% de su población en estado de obesidad (OMS, 2017); es solo superado por Colombia (17.8%), Guyana (19.2%) y Bolivia (19.6%). En comparación al mundo, se tiene que Corea del Norte es el país con menor tasa de obesidad (solo el 1.1% de su población la padece), seguido por Burundi (1.4%), Timor Oriental (1.5%), Vietnam (1.6%), Camboya (2.4%) y Japón (2.8%). Dentro de estas cifras, son rescatables las políticas alimentarias que se han seguido en un país desarrollado como Japón, las cuales, como parte de la campaña llamada “Salud Japón 21”, se dividen en dos y son llamadas “Ley Shuku Iku”, la cual incide en la cultura de la nutrición dentro de la población joven del país, influyendo así dentro de las loncheras escolares, la contratación de profesionales nutricionistas en escuelas y la promoción de una cultura social alrededor de la comida; y “Ley Metabo”, la cual incide en el control del peso de la población adulta, con prácticas como la medición del perímetro de la cintura, descansos en los centros laborales para ser aprovechados ejercitándose y promoviendo el acudir al trabajo usando bicicletas o caminando (BBC, 2017). Acerca de los otros países, no son tomados en

referencia, debido a que, en muchos de ellos, un problema resaltante es la desnutrición de la población.

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

Esta matriz es una herramienta que permite identificar a los principales competidores de la región. En la Matriz Perfil Competitivo (MPC), que se presenta en la Tabla 11, se identifican los factores claves de éxito, así como a los países que compiten con el Perú, los cuales vendrían a ser Colombia y Guyana, no se considera a Bolivia, debido a que en el “Mapa del hambre 2017” (World Food Programme (WFP), 2017), este país se encuentra en el rango de desnutrición mayor a 15% de su población, mientras que el resto de países tienen una desnutrición menor a 15%, sin embargo, aún mayor a 5%. Luego, en la Tabla 12 se presenta la Matriz Perfil Referencial, en la que tomamos como referentes a los países con menor porcentaje de obesidad de su población en el mundo, seleccionando a Vietnam y Japón, el primero con menos del 15% de su población con déficit alimentario y el segundo con menos del 5%. No se considera a Camboya, debido a que tienen a más del 15% de su población desnutrida y Corea del Norte, Burundi y Timor Oriental tienen a más del 25% de su población en situación de desnutrición.

Tabla 11

#### *Matriz de Perfil de Competitividad (MPC) Obesidad en el Perú*

N°	Factores clave de éxito	Peso	Perú		Colombia		Guyana	
			Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1	Accesibilidad de la población a alimentos saludables	0.15	1	0.15	2	0.3	2	0.3
2	Barreras económicas a los PUP	0.15	3	0.45	3	0.45	3	0.45
3	Difusión de la tecnología saludable	0.1	1	0.1	2	0.2	1	0.1
4	Programas de fomentación del deporte	0.15	1	0.15	2	0.3	2	0.3
5	Programas educativos para la población acerca de la nutrición	0.2	1	0.2	2	0.4	2	0.4
6	Áreas de cultivo de alimentos saludables	0.1	2	0.2	2	0.2	2	0.2
7	Control de PUP en escuelas	0.15	3	0.45	3	0.45	2	0.3
Total		1.00	1.70		2.30		2.05	

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

**Matriz Perfil de Competitividad (MPC).** Esta matriz es una herramienta que permite identificar a los principales factores de éxito dentro de la industria del sector del presente análisis. En este podemos observar que tenemos como componentes al marco legal y regulación, infraestructura, industrialización y desarrollo tecnológico, estabilidad política y social, cobertura al 100% de la población y gobernabilidad eficiente, entre otros.

**Matriz Perfil Referencial (MPR).** Esta matriz permite visualizar las fortalezas y debilidades del sector con respecto a referentes que se encuentran en posiciones superiores al objeto del presente planeamiento. Al igual que en la Matriz de Perfil Competitivo, en esta matriz se puede observar la comparación entre el Perú con España e Italia, quienes se tornan referentes al estar en la primera y segunda ubicación, respectivamente, del Índice de Progreso Social 2017.

Tabla 12

*Matriz de Perfil Referencial (MPR) Obesidad en el Perú*

Nº	Factores clave de éxito	Peso	Perú		Vietnam		Japón	
			Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1	Accesibilidad de la población a alimentos saludables	0.15	1	0.15	3	0.45	3	0.45
2	Barreras económicas a los PUP	0.15	3	0.45	2	0.3	3	0.45
3	Difusión de la tecnología saludable	0.1	1	0.1	2	0.2	3	0.3
4	Programas de fomentación del deporte	0.15	1	0.15	3	0.45	3	0.45
5	Programas educativos para la población acerca de la nutrición	0.2	1	0.2	3	0.6	4	0.8
6	Áreas de cultivo de alimentos saludables	0.1	2	0.2	3	0.3	1	0.1
7	Control de PUP en escuelas	0.15	3	0.45	2	0.3	3	0.45
Total		1.00	1.70		2.60		3.00	

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

### 3.8. Conclusiones

Al concluir la evaluación externa, se reconoce que Perú tiene oportunidades para poder mejorar la salud de su población en lo que a nutrición respecta, en consideración de que no se está aún en niveles de obesidad y sobrepeso como lo están Chile, México, Venezuela, entre otros. Esto nos lleva a confiar en que un plan en función de reducir los

índices de sobrepeso y obesidad en el Perú es posible. Observamos también que el incremento del sobrepeso y obesidad es una tendencia mundial, lo cual conlleva a que año con año se tengan más personas obesas en cada país, y esto, a disminuir la calidad de vida de la población y disminuir la capacidad de aportar de los ciudadanos al país y aumentar el presupuesto en tratamiento de enfermedades y cuidado de pacientes, lo cual se puede evitar al dar un mayor empuje a la prevención.



## Capítulo IV: Evaluación Interna

### 4.1. Análisis Interno AMOFHIT

#### 4.1.1. Administración y gerencia (A).

La administración de la obesidad en el Perú está bajo la responsabilidad del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), el cual reporta directamente al Minsa y ha sido creado a partir del Instituto Nacional de Salud (INS), como se ha mencionado con anterioridad. Su organización está distribuida en tres direcciones, las cuales son la Dirección Ejecutiva de Ciencia y Tecnología de Alimentos, Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional y Dirección Ejecutiva de Prevención de Riesgo y Daño Nutricional, tal cual se puede observar en la Figura 16. La Dirección Ejecutiva de Ciencia y Tecnología de Alimentos está encargada de crear nuevas tecnologías alimentarias, contribuir mediante investigación al mejor conocimiento de la nutrición, conducir a nuevas fuentes alimentarias, mejoras en el control de calidad de los alimentos y transferir tecnología a los Laboratorios Regionales de la Red Nacional de Laboratorios. La Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional tiene como funciones el realizar el seguimiento de la situación alimentaria nacional, implementar y mantener información actualizada acerca de la nutrición en el país, mejorar la calidad de los indicadores para poder representar mejor la realidad nacional. La Dirección Ejecutiva de Prevención de Riesgo y Daño Nutricional tiene como funciones el identificar y priorizar la atención de la población en situaciones de extrema pobreza y mayor vulnerabilidad nutricional, definir con criterio técnico las dimensiones de las porciones establecidas en programas de apoyo social alimentarios, asimismo como promover un control de calidad de los mismos, desarrollar y aprobar tecnologías orientadas al cambio de comportamiento de la población con respecto a las buenas prácticas alimentarias (El Peruano, 2003).

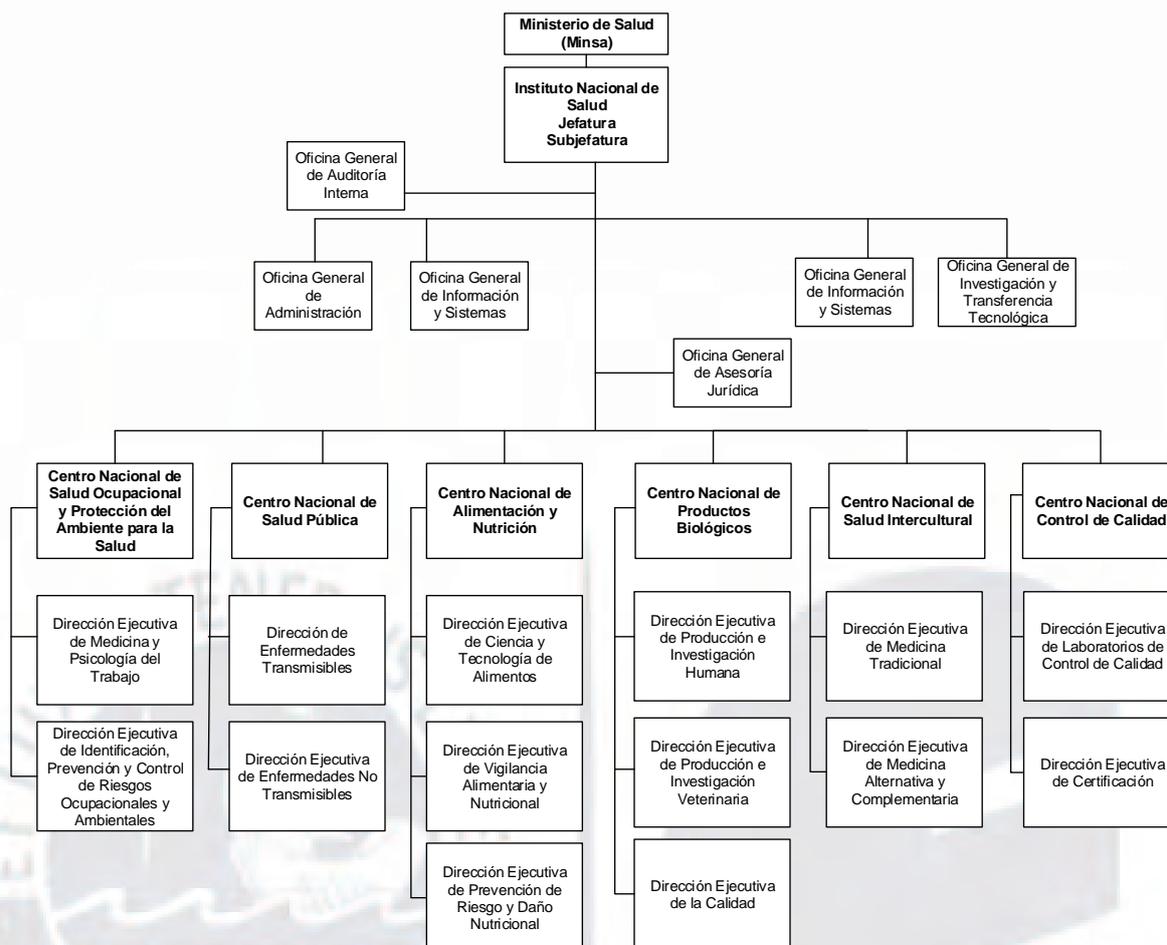


Figura 16. Estructura organizacional del CENAN.

Muestra la ubicación del CENAN dentro del sector salud y sus direcciones.

Tomado de “Planeamiento y Organización” por Instituto Nacional de Salud, 2011

([http://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte\\_transparencia\\_enlaces.aspx?id\\_entidad=10032&id\\_tema=5&ver=D](http://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=10032&id_tema=5&ver=D)).

#### 4.1.2. Marketing y ventas (M).

En el presente estudio acerca de la obesidad en el Perú, podemos definir como target a toda la población peruana, la cual es propensa a sufrir obesidad sin importar la edad que tengan, ya que se ha observado bebés obesos y adultos obesos. Como se ha analizado en la situación actual, la mayor cantidad de personas obesas se encuentran en la costa del país, en la zona urbana, con alto poder adquisitivo y del género femenino. Dentro de las ciudades con mayor nivel de obesidad se encuentran Tacna, Lima y Callao, estando el total de departamentos de la costa dentro de los que tienen mayor porcentaje de población obesa.

Como parte de la preocupación del estado por la nutrición de la población, se tienen los programas sociales alimentarios, tales como Vaso de Leche, el cual es administrado por los gobiernos locales y cuenta con más de tres millones de beneficiarios, abastecidos en 66 046 comités, siendo los niños de cero a seis años los principales beneficiarios de este programa con un 61.2% del total. Se tiene que Cajamarca (7.2%) es el departamento con más comités, seguido por Piura (6.7%) y Puno (5.9%). También se tiene el programa social de Comedores Populares, de los cuales existen 19,000 que benefician cerca de 1,1 millones de personas en todo el país, siendo Lima la provincia con la mayor cantidad de comedores populares (16.2%). Otro programa es el Qali Warma, el cual brinda alimentación escolar a niños en escuelas públicas, desde los tres años; se han atendido a más de tres millones de escolares pertenecientes a 57,039 instituciones educativas en todo el país. A diferencia de los dos programas anteriores, este programa no es ejecutado por los gobiernos locales, sino por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) (Diez-Canseco, 2017).

#### **4.1.3. Operaciones y logística. Infraestructura (O).**

Dentro de las operaciones y logísticas e infraestructura, caben mencionar las tierras cultivables, las cuales se han incrementado a la fecha a un 3.24% del total de territorio nacional para el 2015, comparado con el 1.4% del año 1961 (Banco Mundial, 2018). Con respecto a las hectáreas cultivadas por regiones, se tiene que la mayor cantidad de hectáreas se encuentran en las provincias de San Martín con 377,370 hectáreas cultivadas, lo cual representa el 9.96% total nacional. En segundo lugar, se tiene a la provincia de Junín, con 330,068 hectáreas (8.71% del total nacional), seguidamente se tiene a Cajamarca (8.06%) y Lima con un 7.09% (INEI, 2012).

Otro factor importante a considerar, operativamente hablando, es la cantidad de hospitales que cuentan con nutricionistas, de los cuales tenemos que el Minsa y Gobiernos Regionales tienen a 1,879, mientras que EsSalud tiene 485 nutricionistas. Además, en los

hospitales de la Policía Nacional del Perú se tienen 20 nutricionistas, 39 en los hospitales de las Fuerzas Armadas, 17 en hospitales municipales, un nutricionista en el Ministerio de Educación y 29 en el sector privado. Estos se encuentran repartidos a nivel nacional, teniendo a la mayor cantidad en Lima Metropolitana (425 profesionales), seguido por Arequipa (101 profesionales), Puno (92 profesionales), La Libertad (83 profesionales) y Lima Región (77 profesionales). Adicionalmente, tenemos que por cada 10,000 habitantes se tienen 0.42 nutricionistas, lo cual quiere decir que se tienen un nutricionista por cada 24,000 habitantes, lo cual es una cifra sorprendentemente baja, en especial si lo comparamos con la cantidad de odontólogos, donde se tienen 1.8 odontólogos por cada 10,000 habitantes (Minsa, 2016). Toda esta información, puede observarse en la Tabla 13.

#### **4.1.4. Finanzas y contabilidad (F).**

Según datos oficiales sobre la ejecución de los programas presupuestales del año fiscal 2017, el MINSA ejecutó la suma de S/4,007,305,747 dentro de sus seis ítems relacionados al sector, siendo destinado la suma S/502,259,438 en el programa articulado nutricional, cuyo importe representa el 12,53% del presupuesto total del Minsa.

De los seis ítems relacionados al sector salud, se observó que, en el primer ítem, Personal y Obligaciones Sociales, el cumplimiento del presupuesto para el año 2017 se ejecutó en un 83.5%, dentro de ello, el programa articulado nutricional obtuvo un cumplimiento del 89.7%. Respecto al segundo ítem, Pensiones y Otras Prestaciones Sociales, para el mismo año, se ejecutó el 84.3% del presupuesto modificado, dentro de ello, el programa articulado nutricional alcanzó un cumplimiento del 100%. Respecto al tercer ítem, Bienes y Servicios, para el mismo año, se observó un cumplimiento del 69.1% del presupuesto modificado, dentro de ello, el programa articulado nutricional obtuvo un cumplimiento del 85.3%. Respecto al cuarto ítem, Donaciones y Transferencias, para el mismo año se alcanzó un cumplimiento del 97,1% del presupuesto modificado, dentro de ello

el programa articulado nutricional obtuvo un cumplimiento del 100%. Respecto al quinto ítem, Otros Gastos, para el mismo año se obtuvo un cumplimiento del 86.1% del presupuesto modificado, dentro de ello, el programa articulado nutricional alcanzó un cumplimiento del 8.9%. Respecto al sexto ítem, Adquisición de Activos no Financieros, para el mismo año alcanzó un cumplimiento del 30.8% del presupuesto modificado, dentro de ello, el programa articulado nutricional obtuvo un cumplimiento del 18.6% (Minsa, 2018).

Tabla 13

*Nutricionistas por provincia en el Perú 2016.*

Departamento	Población		Nutricionista por cada 10,000 hab.	Nutricionista	
	Diez Miles	%		Cantidad	%
Amazonas	42.50	1.34%	1.32	56.00	4.19%
Áncash	116.05	3.65%	0.47	55.00	4.12%
Apurímac	46.28	1.45%	0.67	31.00	2.32%
Arequipa	131.55	4.13%	0.77	101.00	7.57%
Ayacucho	70.37	2.21%	0.28	20.00	1.50%
Cajamarca	153.72	4.83%	0.20	30.00	2.25%
Cusco	133.18	4.18%	0.26	35.00	2.62%
Huancavelica	50.21	1.58%	0.50	25.00	1.87%
Huánuco	87.25	2.74%	0.15	13.00	0.97%
Ica	80.26	2.52%	0.45	36.00	2.70%
Junín	137.02	4.31%	0.23	31.00	2.32%
La Libertad	190.53	5.99%	0.44	83.00	6.22%
Lambayeque	128.07	4.02%	0.44	56.00	4.19%
Lima	1118.17	35.13%	0.48	538.00	40.30%
Loreto	105.90	3.33%	0.10	11.00	0.82%
Madre de Dios	14.37	0.45%	1.18	17.00	1.27%
Moquegua	18.42	0.58%	1.25	23.00	1.72%
Pasco	30.85	0.97%	0.10	3.00	0.22%
Piura	187.30	5.89%	0.13	25.00	1.87%
Puno	144.29	4.53%	0.64	92.00	6.89%
San Martín	86.28	2.71%	0.15	13.00	0.97%
Tacna	35.01	1.10%	0.54	19.00	1.42%
Tumbes	24.33	0.76%	0.33	8.00	0.60%
Ucayali	50.69	1.59%	0.28	14.00	1.05%
<b>TOTAL</b>	<b>3182.60</b>	<b>100.00%</b>	<b>0.42</b>	<b>1335.00</b>	<b>100.00%</b>

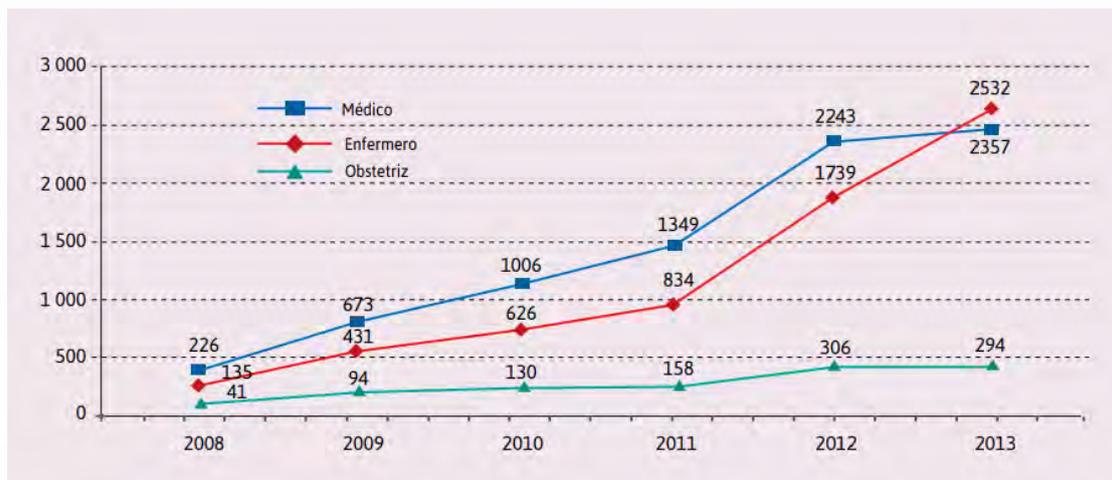
*Nota.* Adaptado de “Registro Nacional del Personal de la Salud 2016” por Minsa, 2017 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4041.pdf>).

#### **4.1.5. Recursos humanos (H).**

El principal recurso humano en el control de la obesidad son los nutricionistas. Como se ha visto en el análisis de operaciones, la cantidad de nutricionistas, en el Perú, es baja, lo

que conlleva a que estos profesionales tengan una mayor carga laboral y no logren cumplir con las funciones propias de sus carreras, como es el seguimiento nutricional de los pacientes internados en hospitales y de todos aquellos en los que la mejor cura a las enfermedades que padecen provienen de la prevención, de los cuidados en su salud física, ya sea haciendo deporte o alimentándose de una manera más saludable y adecuada. El Colegio de Nutricionistas afirma que debería incrementarse la cantidad de profesionales dedicados a la nutrición, los mismos que informan que solo hay un nutricionista por cada 6,000 habitantes, lo cual es alarmante (RPP, 2014).

La carrera de nutrición en el Perú cuenta actualmente con 23 universidades que la dictan, estando presente en pregrado en ocho regiones, siendo Lima la región con mayor cantidad de universidades (RPP, 2017). Hablando en general de los profesionales de la salud, aunque actualmente se tienen más de 38 facultades de medicina, las cuales se multiplicaron en los años noventa, gracias a los vacíos legales que dejó la creación del Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria [CONEAU], el cual pertenece actualmente al Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa [SINEACE], creado en el 2006; sin embargo, solo tres de estas facultades están acreditadas internacionalmente y ninguna nacionalmente, esto último según el Colegio Médico del Perú [CMP] (Carrasco-Cortez, 2014). Adicionalmente, dentro de las condiciones laborales, el 70% de empleados públicos están suscritos a tres de los 20 regímenes laborales (DL 276, DL 728 y CAS), esto se agrava en el sector salud debido a existencia de leyes especiales por cada grupo profesional. Como efecto de estos puntos, se tiene en consecuencia que cada vez se incrementa la cantidad de profesionales de la salud que emigran a otros países y no declaran fecha de retorno, como puede observarse en la Figura 17.



*Figura 17.* Profesionales de la salud que emigran (2008 - 2013).

Muestra la variación de profesionales de la salud que emigran entre los años 2008 y 2013. Tomado de “Los trabajadores de salud, los actores olvidados de las reformas,” por Colegio Médico del Perú [CMP], 2017 (<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n1/a09v31n1.pdf>).

#### **4.1.6. Sistemas de información y comunicaciones (I).**

El MINSA, como parte de su apuesta por la modernización en la atención y comunicación con el cliente, recientemente ha implantado diferentes estrategias, por ejemplo, el servicio de tele-mamografía, el cual permite brindar un diagnóstico en un menor periodo de tiempo, ya que trabaja con Telemedicina, es decir, que remotamente se pueden dar diagnósticos entre sedes hospitalarias y de esta manera tratar más prontamente el cáncer de mama, que actualmente ocasiona la muerte de una mujer cada siete horas. Esto es parte de la Red Nacional de Telesalud, que actualmente cuenta con 82 establecimientos interconectados. Como otra de las mejoras actuales, el MINSA, está en la búsqueda de mejoras tecnológicas en lo que respecta a Telesalud, el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU), Enfermedades metaxénicas, Salud mental e Historia Clínica Electrónica, debido a ello, durante el 2017 se ha buscado introducir mejoras por medio de un concurso público, llamado “Hackathon”, el cual buscó promover la creación de aplicaciones y facilidades tecnológicas que ayuden a mejorar estos servicios.

Como se ha explicado, la Red Nacional de Telesalud busca, por medio de la interconexión de redes de comunicaciones entre los diversos hospitales a lo largo y ancho del

Perú, integrar las bases de datos y servicios que brindan los hospitales incluidos en estas redes, con lo cual se busca evitar viajes innecesarios de pacientes, disminuir el tiempo de atención y brindar importantes mejoras en los diagnósticos y exámenes realizados. Por su parte, el SAMU busca dar una oportuna y más eficaz respuesta ante emergencias, además de disminuir la cantidad de pacientes con emergencias menores y que pueden ser atendidos *in situ*, en el establecimiento de salud. El mecanismo del SAMU empieza cuando se recibe una llamada al 106 y posteriormente un profesional de salud capacitado se acerca en una ambulancia o moto-ambulancia al lugar del incidente, atiende al paciente y, solo en caso de ser necesario, se le traslada a un hospital a continuar con las atenciones. Las enfermedades metaxénicas son enfermedades transmitidas por vectores, lo cual quiere decir otros agentes biológicos distintos al ser humano, por ejemplo, los zancudos, murciélagos, entre otros. La importancia de la búsqueda de aplicaciones y aportes tecnológicos en este aspecto se da, principalmente, a que son enfermedades que pueden prevenirse mediante el control de variables como almacenamiento de agua, entre otros. Esto último también es aplicable para explicar la importancia que se le da a la búsqueda de mejoras tecnológicas con respecto a salud mental. Por último, la historia clínica electrónica permitiría brindar facilidades a los pacientes al poder ser atendidos en cualquier hospital dentro de la Red de Telemedicina, o inclusive en cualquier otro hospital, sea de EsSalud o de las Fuerzas Armadas o Fuerzas Policiales, y mantener el mismo historial clínico, lo cual facilitaría los diagnósticos y observar si el paciente tiene alguna enfermedad que se muestra gradual o degenerativamente. Esta aplicación de la tecnología, basada en atención remota, ayuda también a disminuir el riesgo de contagio de tuberculosis, de cual enfermedad, entre el 1994 y el 2007, el 36.5% (de 957 enfermos) fueron estudiantes de ciencias de la salud, y el 34.6% profesionales de ciencias de la salud (Carrasco-Cortez, 2014).

Tabla 14

*Prioridades de Investigación en Salud - Perú*

Prioridades de Investigación en Salud - Perú	
Prioridad	Tema de investigación
1	Salud Materna, Perinatal Y Neonatal
2	ITS y VIH-SIDA
3	Hepatitis B
4	Tuberculosis
5	Metaxénicas y Zoonóticas (chagas, dengue, equinococosis, leishmaniasis, leptospirosis, rabia, fascioliasis, malaria, chikunguña)
6	Infecciones Intestinales
7	Infecciones Respiratorias y Neumonía
8	Infecciones intrahospitalarias
9	Cáncer (cuello uterino, de mama, gástrico, próstata, piel)
10	Diabetes Mellitus
11	Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Enfermedades Cardiovasculares
12	Artritis, Osteoartritis y Enfermedades Articulares Degenerativas Autoinmunes
13	Malnutrición y Anemia
14	Accidentes de Tránsito
15	Salud Ambiental y Ocupacional
16	Salud Mental
17	Recursos Humanos
18	Salud Bucal
19	Políticas y Gestión en Salud
20	Emergencias y Desastres
21	Salud Ocular

*Nota.* Tomado de “Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 - 2021,” por Instituto Nacional de Salud [INS], 2017 ([http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/mater\\_prior/Resumen%20Ejecutivo%20Proceso%20de%20Prioridades%20de%20Investigacion%2011\\_05\\_15%20v4R.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/mater_prior/Resumen%20Ejecutivo%20Proceso%20de%20Prioridades%20de%20Investigacion%2011_05_15%20v4R.pdf)).

**4.1.7. Tecnología e investigación y desarrollo (T).**

Dentro del aspecto de tecnología en salud, en general, se tiene tanto a los equipos biomédicos, fármacos y los procesos en curación o tratamiento de enfermedades. Se tiene, entonces, que la Telemedicina, explicada en el punto anterior, debido al uso y mejora de las comunicaciones y soluciones tecnológicas basadas en las tecnologías de la información, es la mejora en tecnología más importante en salud de las últimas fechas. Con respecto a la investigación y desarrollo, el sector salud en el Perú cuenta con diversos actores, entre los cuales tenemos a las universidades, organizaciones no gubernamentales, industria farmacéutica, centros de investigación e instituciones privadas, y aunque se han visto aumentadas las cantidades de actores, la investigación producida, que ha aumentado, aún es

menor que otros países de la región como México, Argentina, Chile, Colombia y Brasil. Las causas de ello son, principalmente, la pobre infraestructura y equipamientos de los centros de investigación, la disminución constante del recurso humano, principalmente por motivos de inmigración y la muy poca entrada de personal nuevo. Anteriormente, también se tenían como inconvenientes la falta de integración entre centros de investigación y la ausencia de un plan de investigación nacional en salud, ausencia que ha sido suprimida. Como parte del alcance de estos objetivos, se tiene la creación de la Red Nacional de Bioética e Investigación en el Perú (RENABIP) y la identificación de Prioridades Nacionales y Regionales de Investigación. Otros factores limitantes eran el escaso financiamiento, el cual se ha mejorado con el aporte directo del canon minero para el financiamiento de la Investigación y Desarrollo en Salud.

Entre las instituciones relacionadas con la investigación en salud, se tiene a la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), EsSalud, el Instituto Hipólito Unanue y el Consejo Nacional de Investigación. Es a partir del 2011 que se estableció una agenda nacional en la búsqueda de objetivos de investigación, dentro de la cual se tuvieron las siguientes agendas temáticas: (a) Recursos Humanos en Salud, (b) Salud Mental, (c) Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA, (d) Mortalidad Materna, (e) Tuberculosis, y (f) Desnutrición Infantil. Dentro de estas agendas temáticas nacionales se tienen los temas priorizados a nivel nacional, que se han desprendido de las necesidades según identificación de problemas sanitarios e investigaciones priorizadas por regiones, los cuales se pueden observar en la Tabla 14.

#### **4.2. Matriz Evaluación de Factores Internos (MEFI)**

La evaluación interna del sector salud en el Perú nos permiten apreciar una serie de fortalezas, y también debilidades, ambos son ilustrados en la Matriz de Evaluación de

Factores Internos, que se puede observar en la Tabla 14. La Tabla 15 muestra, gracias al promedio final (2.53), que son mayores las fortalezas en comparación con el promedio, que es 2.50; sin embargo, no se debe considerar que no haya que tomar medidas para mejorar esta cifra.

Tabla 15

*Matriz de Evaluación de Factores Internos (EFI) de la obesidad en el Perú*

Factores determinantes de éxito	Peso	Valor	Ponderación
<b>Fortalezas</b>			
1 Listado nacional de establecimientos de salud del MINSA	0.05	4	0.2
2 Incrementos en el presupuesto del sector de salud	0.15	3	0.45
3 Presencia de nutricionistas en todo el ámbito nacional	0.1	3	0.3
4 Existen prioridades en investigación de temas de salud	0.1	3	0.3
5 Implementación de diversos servicios telemáticos	0.04	3	0.12
Subtotal	0.44		1.37
<b>Debilidades</b>			
1 Escasez de profesionales de la nutrición en el Perú	0.15	1	0.15
2 Dispersión de las tierras cultivables no acorde con la distribución de la población	0.1	2	0.2
3 Escasez en estudios superiores en temas de nutrición y educación física	0.15	1	0.15
4 Poca difusión del deporte físico en la población peruana	0.1	1	0.1
5 Incremento de la migración de profesionales de salud al exterior	0.06	2	0.12
Subtotal	0.56		0.72
<b>Total</b>	1		2.09

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

### 4.3. Conclusiones

Dentro de lo observado previamente, es claro que se necesitan más profesionales de nutrición para poder atender a la población en su totalidad, tanto en atenciones médicas como en consultas y recomendaciones preventivas. Del mismo modo, se observa que la población no practica deporte y la difusión, de parte de las autoridades competentes, es muy ausente. Además, se puede observar que hay poca motivación para que los estudiantes opten por la carrera de nutrición y de educación física, esto debido a que son pocas universidades quienes dictan los cursos de pregrado y aun menores las que dictan cursos de posgrado en estas especialidades.

## **Capítulo V: Intereses del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú y Objetivos de Largo Plazo**

En este capítulo se formulan y establecen los intereses de la salud y bienestar en el Perú y sus objetivos a largo plazo, así como las estrategias que podrían llevar a su éxito en el futuro (D'Alessio, 2015). Para un mejor análisis, estamos considerando analizar el sector salud y bienestar en su conjunto, englobando el control y reducción de la obesidad dentro de él.

### **5.1. Intereses del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú**

Sobre la base de los análisis interno y externo, previamente establecidos, es posible identificar los intereses del sector. Estos son: (a) proyectar crecimiento sostenible, economías de escala y desarrollo de buenas prácticas a través de la incorporación de profesionales y técnicos competentes, tecnología emergente acorde a las necesidades de la salud y bienestar, y centros de especialización; (b) mejorar la salud de todos los peruanos, con un enfoque en los indicadores mundiales y, en especial, en el que se está más bajo (tasa de obesidad), con el fin de alcanzar un mejor nivel en el ranking mundial en cuanto a salud se refiere; (c) crear sinergias resultantes de la estrategia enfocada en la nutrición, por ejemplo en esperanza de vida a los 60 años, muertes por enfermedades no contagiosas y tasa de suicidios; y (d) influir en diversas áreas de actividad de la población para conseguir los objetivos planteados, interviniendo así en la educación, en el deporte y en las costumbres alimenticias.

### **5.2. Potencial del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú**

Así como en la evaluación externa (Capítulo III) se encontró el potencial nacional, el cual usa siete dominios: demográfico, geográfico, económico, tecnológico-científico, e histórico-psicológico-sociológico. Ello permitirá determinar los factores de fortaleza y debilidad que influyen en el desarrollo del control y reducción de la obesidad en el Perú.

**Dominio geográfico.** Según el Ministerio de Salud [MINSa] (2016) se encontró que 2% de los adolescentes a nivel nacional presenta delgadez (entre delgadez y delgadez severa), casi tres de cada cuatro adolescentes (74.5%) (IC 95%: 72,9–76,0) tuvo estado nutricional normal, y uno de cada cuatro tuvo exceso de peso, 17.5% [IC95%: 16,2–18,9]) de sobrepeso, y 6.7% [IC95%: 5,8–7,7] de obesidad. Diferenciando los datos por área de residencia, se observó que el sobrepeso en el área rural es dos veces menor que en el área urbana, asimismo, la obesidad en la zona urbana superó enormemente a la zona rural, casi uno de cada 100 adolescentes tuvo obesidad en la zona rural y uno de cada 11 adolescentes fue obeso en la zona urbana.

Por otro lado, en el estado nutricional de jóvenes varones y mujeres entre 20 a 29 años, considerados dentro de la etapa de vida joven por el Ministerio de Salud, se observó que la prevalencia de delgadez (delgadez I, II y III) a nivel nacional es menor al 2% ((IC 95%: 1,3-2,7)). El 57% (IC 95%: 55,3-59,6) de jóvenes (más de la mitad de esta población) presentó estado nutricional normal, el 30.7% presentó sobrepeso y el 9.9% (IC 95%: 8,7-11,4) obesidad (I, II y III). Al comparar las áreas de residencia se observó que el sobrepeso en el área urbana no presentó diferencias con el área rural, pero sí respecto a la obesidad (I, II y III) que fue mayor en el área urbana al área rural (10.9%, frente al 5.8% de jóvenes, respectivamente). Finalmente, el estado nutricional estuvo fuertemente marcada por el exceso de peso para la población adulta de 30 a 59 años, solo el 31.5% (IC 95%: 30,2 - 32,7) de la población adulta presentó estado nutricional adecuado según IMC, los adultos que adelgazaron no representaron más del 1% de la población.

**Dominio demográfico.** Según los últimos estudios del sector Salud al 2017, el 68.4% de la población, entre los 30 y 59 años, sufre sobrepeso u obesidad; es decir, tres de cada cinco adultos tienen exceso de peso. César Domínguez Kouri (2014), del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición [Cenan] del Ministerio de Salud [Minsa], afirmó que estas no son

las únicas cifras desalentadoras. Los reportes revelan también que uno de cada cuatro niños, entre cinco y nueve años, tuvieron este problema (24.4%), al igual que dos de cada cinco adultos jóvenes, entre 20 y 29 años (39,7%). Además, indicó que una de cada dos mujeres en edad reproductiva también tuvo varios kilos de más (52.3%). Esto se debió a múltiples factores, que van desde el sedentarismo hasta el exceso del consumo de azúcar. De acuerdo con un estudio realizado por McKinsey (2016), los pacientes en un rango de edad de 20 -59 estuvieron cada vez más dispuestos a cambiar sus hábitos de salud y bienestar, por variables médicas, es decir, aspectos relacionados a una mejor alimentación y actividad física que ayude a prevenir enfermedades.

***Dominio económico.*** Pese a la recesión económica mundial iniciada en 2008, el Perú ha mantenido un crecimiento económico constante que ha permitido que cada vez más peruanos tengan mayor poder adquisitivo y, por ende, puedan acceder a mejores beneficios, entre ellos los de salud. El aumento de los ingresos de la población genera que los peruanos de las distintas regiones del país busquen satisfacer sus necesidades de salud y bienestar: padecimiento de enfermedades crónicas, mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas, tasa de obesidad y enfermedades derivadas por consumo de tabaco en organizaciones privadas en vez de públicas, ello debido a que uno de los factores más importantes para la decisión del establecimiento de salud a visitar es la calidad del servicio. Conforme la pirámide poblacional de niveles socioeconómicos se convierte en un rombo, en el que hay cada vez más personas de clase media y cada vez menos pobres y pobres extremos, los peruanos buscarán satisfacer sus necesidades de salud en establecimientos privados, puesto que así cubren no solo la necesidad de atención de salud, sino también una necesidad aspiracional que surge con el mayor poder adquisitivo.

***Dominio tecnológico/científico.*** Los avances tecnológicos y científicos son importantes para el desarrollo de la salud debido a que la medicina avanza rápidamente. Los

avances tecnológicos y científicos en medicina no solo se enfocan para el diagnóstico o tratamiento. En la última década han ocurrido avances en este rubro, en especial en referencia a la telemedicina, con el cual ayuda al diagnóstico y tratamiento por medio de comunicación a distancia en donde especialistas, en tiempo real, pueden sugerir un tratamiento o diagnóstico. Es por ello por lo que es crítico que los establecimientos de salud tengan acceso a dichos avances. Debido a la solvencia financiera de las organizaciones privadas, son estas las que se encuentran a la vanguardia de la tecnología en el país, pero la tecnología utilizada en el Perú, sobre todo en las organizaciones de salud pública, todavía se encuentra alejada de los avances usados en otros países de la región y del mundo.

De acuerdo con la guía de referencia de salud de la organización mundial de estándares (GS1), el sector de salud y bienestar en el mundo se tecnifica cada vez más, no solo en el uso de tecnología para el tratamiento o intervenciones médicas, sino también para elevar la eficiencia en las operaciones de los hospitales y clínicas, así como para tener un mejor servicio para el paciente (GS1 Argentina, 2012). GS1 Healthcare visualiza un futuro en el cual el sector de salud y bienestar utilizará estándares mundiales GS1 para todos los artículos, localizaciones, personas, y procesos, para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia de la cadena de abastecimiento, comenzará por el fabricante y finalizará con los procedimientos o tratamientos de un paciente específico (GS1 Argentina, 2012). A 2012, en el Perú y en la mayoría de países del mundo las historias clínicas y los datos del paciente se manejan manualmente o con sistemas precarios. La falta de estandarización de datos resulta en información imprecisa, repetida, confusa, o fuera de fecha que no solo genera ineficiencias en la cadena de abastecimiento sino también impactan sobre la seguridad del paciente. En países como Inglaterra, Estados Unidos, y Hong Kong, se implementan constantemente sistemas para el uso de estándares de datos con identificación de dispositivos médicos que permitan mejorar la seguridad del paciente como EDI, RFID (Radio Frecuencia) (GS1

Argentina, 2012). Finalmente, otra de las grandes debilidades del sector de salud y bienestar, es la investigación científica, puesto que como se ha mencionado previamente, las clínicas delegan la investigación a las universidades y son pocas las escuelas de medicina que realizan investigación de clase mundial.

***Dominio organizacional.*** El establecimiento de nuevas y mejores clínicas, hospitales, centros de salud, entre otros en el Perú llevaría a impulsar el crecimiento de salud y bienestar, porque permitiría dinamizar el servicio. Además, se requiere de un ente que motive su crecimiento, más allá de la supervisión que el Ministerio de Salud realiza. Esto de la mano con las mejoras que se producen en agricultura y en cultura deportiva, conllevaría a formar sinergias que ayuden a mejorar el comportamiento de la población con respecto a la mejora del índice de masa corporal.

***Dominio histórico/psicológico/sociológico.*** Las enfermedades humanas existen desde la aparición de los primeros seres humanos. Las primeras civilizaciones y culturas basaron su práctica médica en dos pilares opuestos: (a) un empirismo primitivo y de carácter pragmático, en base a la aplicación fundamentalmente hierbas o remedios producidos a base de elementos naturales, y (b) una medicina mágico-religiosa, bajo la creencia que las enfermedades eran fenómenos sobrenaturales, por lo que recurrían a dioses para tratar de comprender lo inentendible para ellos en ese momento. A 2015, la buena práctica de medicina moderna hizo frente con la medicina tradicional o empírica, la cual aún se utiliza en la mayoría de países, sobre todo en los países emergentes como China y Perú. Sin embargo, en el Perú existe una reducción del uso de medicina tradicional y un incremento de la asistencia médica en clínicas privadas, esto debido a la mayor capacidad adquisitiva de la población. Sin embargo, las visitas a las farmacias/boticas también se han incrementado, lo cual ha demostrado la tendencia cultural de la población a auto medicarse (INEI, 2012a).

***Dominio militar.*** La seguridad es vital para resguardar los activos de las actividades relacionadas a la salud y bienestar, pero también de sus clientes, ya que de esto depende la ejecución de buenas prácticas a futuro.

### **5.3. Principios Cardinales del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú**

Según D'Alessio (2015), los principios cardinales permiten identificar las oportunidades y amenazas, y constituyen factores clave para determinar los objetivos a largo plazo.

***Influencia de terceras partes.*** Diversos sectores y entidades públicas y privadas influyen en el sector de salud y bienestar en Perú y en su proceso de planeamiento estratégico y determinación de objetivos a largo plazo, los más importantes son el Ministerio de Salud, Ministerio de Economía, ONG y el Ministerio de Producción. Entidades privadas como la Asociación de Clínicas Privadas [ACP] son también importantes y deben ser consideradas en la evaluación de factores. El MINSa, a través de la SUNASA y la SEPS, establece las normas a seguir por el sector, con lo cual se convierte en órgano rector, es decir, proporciona el marco de referencia en el cual el sector salud privada en Lima se desarrolla. Dentro de este sector también se encuentran las EPS que son, de acuerdo con la SUNASA: “empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a EsSalud, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de salud (SEPS)”.

Las EPS han incrementado su porcentaje de prestación con infraestructura propia respecto al padecimiento de enfermedades crónicas, mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas, tasa de obesidad y enfermedades derivadas por consumo de tabaco, principalmente mediante la adquisición de clínicas privadas como la Clínica Internacional por parte de Rímac EPS o El Golf adquirida por Pacífico EPS, con lo cual se convirtió, debido a esta integración vertical, en competencia de las actuales clínicas privadas. El sector

producción cumple un rol promotor y de control en la producción de medicamentos para satisfacer necesidades de salud y bienestar: padecimiento de enfermedades crónicas, mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas, tasa de obesidad y enfermedades derivadas por consumo de tabaco, con lo cual permite que se logren productos de alta calidad y precio accesible. Desafortunadamente, un deficiente marco legal permitió la aparición de productos de dudosa calidad y con esto generó desconfianza en los productos genéricos en el Perú e incrementó el costo de las atenciones prestadas por el sector salud privada en debido a la preferencia de los pacientes por medicamentos de marca. Esto se convirtió en clave para el establecimiento de tarifas y condiciones a negociar con las entidades prestadoras de salud (EPS) y otros proveedores. Pese a la pertenencia a este organismo gremial, varias clínicas enfrentan el proceso de negociación con proveedores de manera individual.

***Lazos pasados y presentes.*** El presente del sector salud y bienestar en el Perú se ha forjado en un pasado caracterizado por prestaciones orientadas a un porcentaje reducido de la población y de escasa calidad. Al 2017 mostró un sector en franco crecimiento, caracterizado por una orientación a promover altos estándares de calidad, incorporación de profesionales competentes, y fuerte inversión en infraestructura y adquisición de equipos de última generación. Durante la última década, el crecimiento del servicio que requiere atenderse se ha potenciado el ingreso de capital extranjero interesado en adquirir clínicas, lo cual ha generado una sana competencia que permite ofrecer a los potenciales clientes diversas alternativas sobre las cuales los clientes seleccionarán empleando criterios objetivos como ubicación, prestigio, costo, o disponibilidad de servicios y subjetivos, como confianza en el profesional médico o calidez del servicio.

***Contrabalance de los intereses.*** En el sector de salud y bienestar existen intereses comunes orientados a mejorar la salud de todos los peruanos, que emplea criterios de universalidad con equidad. La búsqueda del incremento de rentabilidad genera intereses

contrapuestos entre las partes involucradas en la gestión de la salud. Por ejemplo, las EPS buscan brindar a sus clientes (pacientes) mejores condiciones relacionadas a menores pagos o mayores coberturas. Esto lleva a un proceso complicado de negociación con las clínicas privadas que generalmente concluye con una reducción en la facturación de las clínicas, las cuales, para mantener su rentabilidad, reducen los ingresos de los profesionales médicos, lo cual impacta en la calidad de servicio que reciben los pacientes.

***Conservación de los enemigos.*** Los principales enemigos de las necesidades de salud y bienestar: padecimiento de enfermedades crónicas, mortalidad prematura por enfermedades no contagiosas, tasa de obesidad y enfermedades derivadas por consumo de tabaco privada en Lima han sido la informalidad que se presenta por las fallas del mercado y, la falta de un marco regulatorio estable que permitan realizar inversiones e incentivar estudios de investigación y desarrollo. Asimismo, en la última década, debido a que las EPS se integran y adquieren clínicas para atender las necesidades de salud y bienestar, podrían también considerarse enemigos del sector, puesto que su poder de negociación con las clínicas particulares es cada vez mayor. Finalmente, las medicinas adulteradas, el contrabando de medicinas, y la venta de medicinas sin receta médica no solo atentan contra el desarrollo formal de los centros de salud, privados y públicos, sino que adicionalmente afectan la salud de la población.

#### **5.4. Matriz de Intereses del Control y Reducción de la Obesidad en el Perú (MIO)**

Los intereses organizacionales son los fines que la organización intenta alcanzar para tener éxito en el sector (D'Alessio, 2008). En el primer acápite de este capítulo se desarrollaron los intereses de la organización, y se reconoció que son fines supremos, que se alcanzarán a cualquier costo. Estos intereses, desprendidos de la visión para el 2022, se plasman en la Tabla 16, ya sea intereses comunes u opuestos, clasificados de acuerdo con el nivel de intensidad del interés: (a) vital, (b) importante, o (c) periférico.

## 5.5. Objetivos de Largo Plazo

Los objetivos a largo plazo representan los resultados que la organización espera alcanzar luego de implementar las estrategias externas (D'Alessio, 2015). Para alcanzar esta visión se proponen cuatro objetivos a largo plazo que permitirán alcanzar mejores resultados en relación al porcentaje de población con obesidad en los próximos diez años.

**Primer objetivo a largo plazo (OLP1).** Al 2027, reducir el consumo de alimentos ultra procesados a 50 Kg. per cápita al año, lo que representará el 38.8%, con respecto al 81.7 Kg. per cápita de consumo en el año 2013 (OPS, 2014).

**Segundo objetivo a largo plazo (OLP2).** Al 2027, incrementar la superficie agropecuaria a 50'276,895.07 hectáreas, lo cual representará un 19.87% con respecto a las 42'577,542.62 hectáreas agropecuarias proyectadas al 2017 (INEI, 2012).

**Tercer objetivo a largo plazo (OLP3).** Al 2027, incrementar el presupuesto nacional para el deporte a un 0.050% del PBI, lo cual representará un incremento de 1829% con respecto al presupuesto de 0.003% del PBI del 2015 (Forbes República Dominicana, 2015).

**Cuarto objetivo a largo plazo (OLP4).** Al 2027, incrementar la recaudación tributaria a través de la aplicación de un impuesto para productos ultra procesados que será de un 50.9% del precio de venta, dado que no existe actualmente ninguna recaudación tributaria por este concepto; esto buscará reducir la venta de estos productos (SUNAT, 2017).

## 5.6. Conclusiones

Con los objetivos de largo plazo que se han definido en este capítulo se establecieron metas cuantificables, y se consiguió así que para el 2017 estas se puedan medir y den muestra del avance que se da con respecto a la mejora del índice de masa corporal de la población peruana. De esta manera son los OLP, hitos que se nutren de la misión y sirven de herramientas para alcanzar la visión. Para poder plantear estos OLP, primero se han definido los intereses supremos y el potencial de la industria, y se concluyó que se cuenta con la

capacidad de lograrlos, pero que se necesitará desarrollar las ventajas competitivas, planteadas en esta investigación, en los próximos años. Dado los intereses del sector y la importancia de impacto en la industria de la salud nacional, se establecieron objetivos que requieren estrategias claves en potencializar los factores geográficos, demográficos, históricos, culturales, étnicos, entre otros, así como la participación de los principales actores del sector.

Tabla 16

*Matriz de Intereses del Sector*

N°	Interés	Intensidad del interés		
		Vital (Peligroso)	Importante (Serio)	Periférico (molesto)
1	Proyectar crecimiento sostenible, economías de escala y desarrollo de buenas prácticas de salud	MINSA, EsSalud	(Hospitales de la solidaridad)	Hospitales FF. AA.
2	Mejorar la salud de todos los peruanos, con un enfoque en los indicadores mundiales y, en especial, en el que se está más bajo (tasa de obesidad)	MINSA, EsSalud	MINEDU, (Industria alimenticia)	MINAGRI, MINCUL
3	Crear sinergias resultantes de la estrategia enfocada en la nutrición	MINSA, EsSalud	Sector de salud privado, Hospitales FF.AA.	(Sector farmacéutico)
4	Influir en diversas áreas de actividad de la población para conseguir los objetivos planteados	MINSA, EsSalud	MINCUL, MINEDU	MINAGRI

*Nota.* Tomado de “El Proceso Estratégico. Un enfoque de gerencia” por F. D’Alessio, 2014. México, D.F., México: Pearson Educación. ( ) Opuestos.

## Capítulo VI: El Proceso Estratégico

En el presente capítulo se aplicó la formulación y planeamiento del plan estratégico, en función al análisis externo e interno de los Capítulos III y IV respectivamente, y se desarrollaron las estrategias necesarias para poder llegar a alcanzar los objetivos de largo plazo definidos en el Capítulo V.

El desarrollo de este capítulo tuvo dos fases: la primera, llamada la fase del cruce, contó con las matrices a continuación: (a) Matriz de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (MFODA), (b) Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA), (c) Matriz Interna – Externa (MIE), y (d) Matriz de la Gran Estrategia (MGE). Posteriormente, en la segunda parte se aplicó la fase de la decisión estratégica o salida, y se desarrollaron las siguientes matrices: (a) Matriz de Decisión Estratégica (MDE), (b) Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE), (c) Matriz Rumelt (MR), y (d) Matriz de Ética (ME).

### 6.1. Matriz de Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)

La matriz FODA es una herramienta cualitativa intuitiva que exige al análisis y permite elaborar estrategias para los cuadrantes de fortalezas y oportunidades (FO), debilidades y oportunidades (DO), fortalezas y amenazas, (FA) y debilidades y amenazas (DA). El objetivo de cada uno de los cuadrantes es: (a) aprovechar las fortalezas para tomar ventaja de las oportunidades del entorno, (b) corregir las debilidades internas para tomar ventaja de las oportunidades externas, (c) explotar las fortalezas para minimizar las amenazas del entorno, y (d) disminuir las debilidades del sector para evitar las amenazas del entorno. En la Tabla 17 se puede encontrar la Matriz FODA con las respectivas estrategias planteadas, las cuales se desarrollarán en la consecución del presente capítulo.

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

La Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA), permite

Tabla 17

## Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de la obesidad en el Perú

<b>MATRIZ FODA</b>		<b>FORTALEZAS - F</b>	<b>DEBILIDADES - D</b>
		1. Listado nacional de establecimientos de salud del MINSA	1. Escasez de profesionales de la nutrición en el Perú
		2. Incrementos en el presupuesto del sector de salud	2. Dispersión de las tierras cultivables no acorde con la distribución de la población
		3. Presencia de nutricionistas en todo el ámbito nacional	3. Escasez en estudios superiores en temas de nutrición y educación física
		4. Existen prioridades en investigación de temas de salud	4. Poca difusión del deporte físico en la población peruana
		5. Implementación de diversos servicios telemáticos	5. Incremento de la migración de profesionales de salud al exterior
<b>OPORTUNIDADES - O</b>	<b>FO. Explote</b>	<b>DO. Busque</b>	
1. Implementación de Marco legal en alimentación saludable	<b>FO1.</b> Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3)	<b>DO1.</b> Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4)	
2. Incremento y mayor interés de las inversiones en producción de alimentos con mejor valor proteico en la industria alimentaria	<b>FO2.</b> Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4)	<b>DO2.</b> Fomentar la creación de escuelas de posgrado en nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5)	
3. Precios accesibles de los productos orgánicos y naturales que pongan estos alimentos al alcance de la población	<b>FO3.</b> Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1)	<b>DO3.</b> Incrementar la práctica de deporte en las escuelas públicas y privadas (D4, O1)	
4. Crecimiento económico sostenido en 20 años, PBI entre los cinco mejores de Latinoamérica	<b>FO4.</b> Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3)	<b>DO4.</b> Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3)	
5. Mejora de la tecnología telemática incrementando su alcance poblacional por medio de políticas regulatorias	<b>FO5.</b> Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4)	<b>DO5.</b> Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4)	
<b>AMENAZAS - A</b>	<b>FA. Confronte</b>	<b>DA. Evite</b>	
1. Crecimiento incontrolado de producción de productos ultra procesados (PUP)	<b>FA1.</b> Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1)	<b>DA1.</b> Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4)	
2. Barreras de entrada muy simples para el ingreso de productores de alimentos ultra procesados (PUP)	<b>FA2.</b> Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3)	<b>DA2.</b> Incrementar las tierras cultivables cerca a ciudades de alto desarrollo y mayor población (D2, A1)	
3. Población rural dedicada a la agricultura abandona los campos de cultivo por falta de política que incentive el sector	<b>FA3.</b> Implementación de espacios saludables para la población dentro de los hospitales (F1, A4)	<b>DA3.</b> Fomentar mejoras en la calidad de vida en zonas rurales (D2, A3)	
4. Estilo de vida alimenticio caótico en la población urbana	<b>FA4.</b> Crear campañas para mejorar el estilo de vida alimenticio de la población (F2 F3, A4)		

determinar la apropiada postura estratégica del sector. Para el desarrollo de esta matriz, se identificaron los factores relativos de la industria (fortaleza de la industria y estabilidad del entorno) y los factores relativos de la organización (fortaleza financiera y ventaja competitiva), cada uno asociado con una postura estratégica básica: agresiva, conservadora, defensiva o competitiva. Para encontrar la postura estratégica que sea la más apropiada para la organización, se asignan los valores numéricos apropiados a cada factor, y se calcula el promedio, como se muestra en la Tabla 18, Tabla 19, Tabla 20 y Tabla 21.

Posteriormente, en la Figura 18, se grafican los puntajes promedios, se dibuja el polígono y se obtiene el vector direccional de la suma algebraica del eje de las x y de las y, el vector direccional indica la postura estratégica apropiada. Los resultados indicaron que la postura de la matriz PEYEA es competitiva, lo cual significa que el sector debe considerar estrategias de diversificación concéntrica (por ejemplo, la creación de centros de nutrición en cada centro hospitalario), diversificación conglomerada (por ejemplo, brindar clases de nutrición y alimentación saludable en las escuelas públicas y privadas).

Tabla 18

*Factores Determinantes de la Estabilidad del Entorno (EE) de la Matriz PEYEA*

1. Cambios tecnológicos	Muchos	0	1	2	3	4	5	6	Pocos
2. Tasa de inflación	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja
3. Variabilidad de la demanda	Grande	0	1	2	3	4	5	6	Pequeña
4. Rango de precios de los productos competitivos	Amplio	0	1	2	3	4	5	6	Estrecho
5. Barreras de entrada al mercado	Pocas	0	1	2	3	4	5	6	Muchas
6. Rivalidad / presión competitiva	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja
7. Elasticidad de precios de la demanda	Elástica	0	1	2	3	4	5	6	Inelástica
8. Presión de los productos sustitutos	Alta	0	1	2	3	4	5	6	Baja
Promedio =		3.38							
Promedio-6 =		-2.63							

*Nota.* Adaptado de "Proceso Estratégico: Un enfoque de Gerencia 3ra edición," por F.A. D'Alessio, 2015, Pearson Educación de Perú.

Tabla 19

*Factores Determinantes de la Fortaleza de la Industria (FI) de la Matriz PEYEA*

1. Potencial de crecimiento	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
2. Potencial de utilidades	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
3. Estabilidad financiera	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
4. Conocimiento tecnológico	Simple	0	1	2	3	4	5	6	Complejo
5. Utilización de recursos	Ineficiente	0	1	2	3	4	5	6	Eficiente
6. Facilidad de entrada al mercado	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
7. Productividad/Utilización de la capacidad	Fácil	0	1	2	3	4	5	6	Difícil
8. Aporte al PBI nacional	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
Promedio =		3							

Nota. Adaptado de "Proceso Estratégico: Un enfoque de Gerencia 3ra edición," por F.A. D'Alessio, 2015, Pearson Educación de Perú.

Tabla 20

*Factores Determinantes de la Fortaleza Financiera (FF) de la Matriz PEYEA*

1. Retorno a la inversión	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
2. Apalancamiento	Desbalanceado	0	1	2	3	4	5	6	Balanceado
3. Liquidez	Desbalanceada	0	1	2	3	4	5	6	Solida
4. Capital requerido vs capital disponible	Alto	0	1	2	3	4	5	6	Bajo
5. Flujo de caja	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
6. Facilidad de salida del mercado	Difícil	0	1	2	3	4	5	6	Fácil
7. Riesgo involucrado en el negocio	Alto	0	1	2	3	4	5	6	Bajo
8. Rotación de inventarios	Lento	0	1	2	3	4	5	6	Rápido
9. Uso de economías de escala y de experiencia	Bajas	0	1	2	3	4	5	6	Altas
Promedio =		3.22							

Nota. Adaptado de "Proceso Estratégico: Un enfoque de Gerencia 3ra edición," por F.A. D'Alessio, 2015, Pearson Educación de Perú.

Tabla 21

*Factores Determinantes de la Ventaja Competitiva (VC) de la Matriz PEYEA*

1. Participación de mercado	Pequeña	0	1	2	3	4	5	6	Grande
2. Calidad del producto	Inferior	0	1	2	3	4	5	6	Superior
3. Ciclo de vida del producto	Avanzado	0	1	2	3	4	5	6	Temprano
4. Ciclo de reemplazo del servicio	Variable	0	1	2	3	4	5	6	Fijo
5. Lealtad del consumidor	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
6. Utilización de la capacidad de los competidores	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
7. Conocimiento tecnológico	Bajo	0	1	2	3	4	5	6	Alto
8. Integración vertical	Baja	0	1	2	3	4	5	6	Alta
9. Velocidad de introducción de nuevos servicios	Lenta	0	1	2	3	4	5	6	Rápida
Promedio =		3.78							
Promedio-6 =		-2.22							

Nota. Adaptado de "Proceso Estratégico: Un enfoque de Gerencia 3ra edición," por F.A. D'Alessio, 2015, Pearson Educación de Perú.

Factores Determinantes	Promedio	Coordenadas
Ventaja Competitiva (VC)	-2.22	0.78
Fortaleza de la Industria (FI)	3.00	
Fortaleza Financiera (FF)	3.22	0.60
Estabilidad del Entorno (EE)	-2.63	

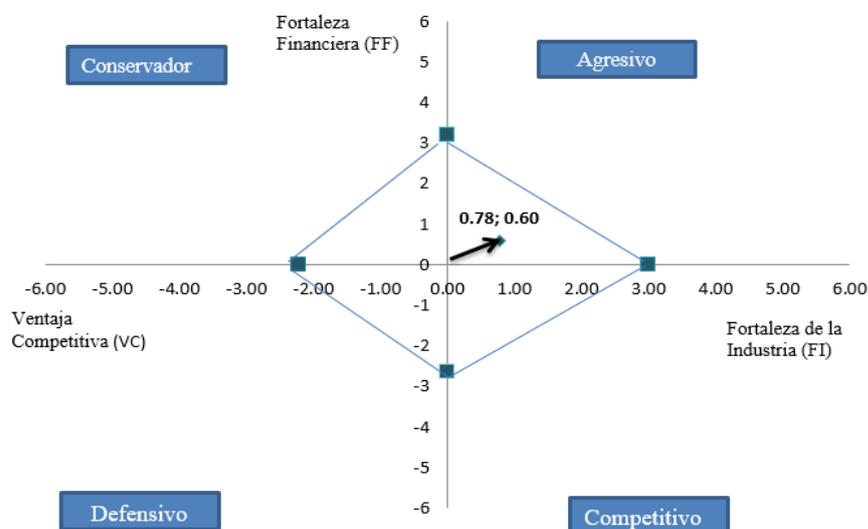


Figura 18. Matriz PEYEA de la obesidad en el Perú. Muestra la posición estratégica y plan para la acción de la obesidad en el Perú para el 2017.

### 6.3. Matriz Boston Consulting Group (MBCG)

La Matriz Boston Consulting Group (MBCG) tiene base en la relación entre la participación del mercado y la generación de efectivo con la tasa de crecimiento de las ventas en la industria y el uso de efectivo. Esta matriz permite identificar la posición competitiva en término de mercado y rentabilidad, consta de dos ejes: el eje  $x$  corresponde a la participación relativa en la industria, y el eje  $y$  indica la tasa de crecimiento de las ventas en la industria en porcentaje. Consta de cuatro cuadrantes: (I) productos o divisiones con signos de interrogación, que significa que tienen alto crecimiento en ventas, pero no tiene participación de mercado participativa; (II) productos estrellas, que tienen una alta tasa de crecimiento y alta participación en el mercado; (III) representa a las vacas lecheras, empresas con alta participación en el mercado, pero con una industria en la que las ventas disminuyen; y, finalmente, (IV) representa a los perros, donde las industrias tienen bajas ventas y su participación en el mercado es baja. Para determinar la posición de participación de mercado y la tasa de crecimiento en la industria, se tomó como variable el ingreso aproximado de

cuatro intervinientes que forman parte del sector, como se muestra en la Tabla 22. De acuerdo con la matriz BCG para el sector, las características y las estrategias aplicables a sus sectores se ubican en el cuadrante de estrellas. Para pasar las FF.AA. y la PNP a estrellas, necesitaríamos usar estrategias como la integración horizontal, lo cual conllevaría a unir fuerzas de estos centros médicos para poder brindar una mayor oferta en cercanía y recursos a sus pacientes. Para el caso de Farmacias y Boticas, necesitaríamos que se apliquen estrategias como desarrollo de productos, lo cual resultaría que brinden mayores productos a la población. En la Figura 19 se ve la ubicación de los sectores dentro del mapa BCG.

Tabla 22

*Participación de Mercado y Tasa de Crecimiento del sector relacionado a la obesidad en el Perú*

Sector Económico	A. Ingreso Sector Salud y Bienestar 2015 (miles de S/)	B. Ingreso Sector Salud y Bienestar 2016 (miles de S/)	Participación relativa de mercado (B/TOT=B)	Tasa de Crecimiento ((B-A)/A)
1. Clínicas Privadas	545,975.76	654,850.62	39.10%	19.94%
2. ESSALUD	280,574.85	390,875.45	23.34%	39.31%
3. MINSA	256,251.75	375,374.40	22.42%	46.49%
4. Fuerzas Armadas y PNP	185,465.25	225,487.42	13.46%	21.58%
5. Farmacia y Boticas	20,058.75	28,060.45	1.68%	39.89%
Total	S/.1,288,326.36	S/.1,674,648.34		



*Figura 19. Matriz Boston Consulting Group del sector relacionado a la obesidad en el Perú. Muestra la ubicación del sector relacionado a la obesidad en el Perú dentro de la Matriz Boston Consulting Group, se ubicó en el cuadrante de estrellas.*

#### **6.4. Matriz Interna Externa (MIE)**

La Matriz IE tiene, como ejes, rangos de puntajes ponderados de las matrices EFE y EFI, su objetivo es evaluar la complejidad de los negocios de la organización, estos permiten calificaciones en tres rangos (a) alto, (b) medio y (c) bajo para el eje x (EFE) y (a) fuerte, (b) promedio y (c) débil para el eje y (EFI). El eje x corresponde al rango total de puntajes ponderados de la matriz EFI y el eje y corresponde al de la matriz EFE. Esta matriz propone nueve escenarios que ejecutan estrategias diferentes. La región uno (cuadrantes I, II y IV) sugiere crecer y construir, la región dos (cuadrantes III, V y VII) sugiere retener y mantener; y la región tres (cuadrantes VI, VIII y IX) sugiere cosechar o desinvertir recursos; las estrategias por ejecutar dependerán del cuadrante en que se ubica el resultado ponderado de las matrices EFE y EFI, las cuales son Intensivas y de Integración, Penetración en el mercado y Desarrollo de productos o Defensivas, respectivamente. En este caso, se puede observar que el sector relacionado a la obesidad en el Perú (Salud y bienestar) se encuentra en el cuadrante V, con lo cual se tiene que lo que se debe hacer es retener y mantener, y esto sugiere a conservar las infraestructuras actuales y los servicios ya brindados en los centros médicos; sin embargo, esto no quita que se deban implementar mejoras por encima de las ya existentes o no se puedan crear nuevas maneras de mejorar los servicios ya brindados. Se puede apreciar en la Figura 20 la MIE.

#### **6.5. Matriz Gran Estrategia (MGE)**

Para la matriz de la gran estrategia, la situación de un negocio es definida en términos de crecimiento del mercado, rápido o lento, y la posición competitiva de la empresa en dicho mercado, fuerte o débil. El sector puede ser jerarquizado en uno de los cuatro cuadrantes: (I) la empresa tiene una posición competitiva fuerte en un mercado de crecimiento rápido, (II) posición competitiva débil en un mercado de crecimiento rápido, (III) posición competitiva débil en un mercado de crecimiento lento, y (IV) posición competitiva fuerte en un mercado

de crecimiento lento. Los resultados indicaron que el sector se situó en el cuadrante I, como se observa en la Figura 21, con una posición competitiva fuerte en un mercado de crecimiento rápido, este crecimiento exige que el sector potencie los recursos en las actividades que generan mayor productividad. En este análisis se observó que las estrategias a usarse son Penetración de mercados (incrementar la presencia del estado en las zonas más alejadas del territorio nacional, mediante el incremento de establecimientos de salud) y Desarrollo de productos (incrementar los servicios de salud brindados, sobre todo lo referente a la nutrición).

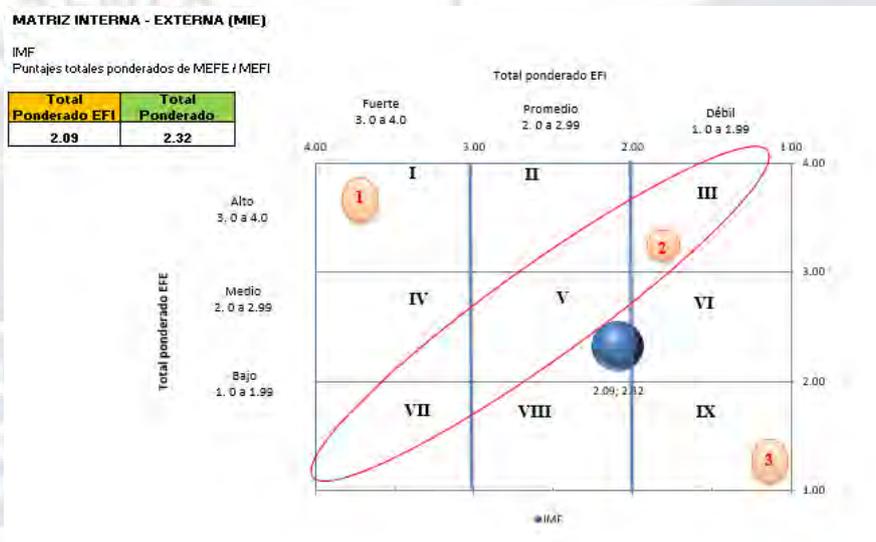


Figura 20. Matriz Interna Externa de la obesidad en el Perú. Muestra la ubicación de la obesidad en el Perú dentro de la Matriz IE.

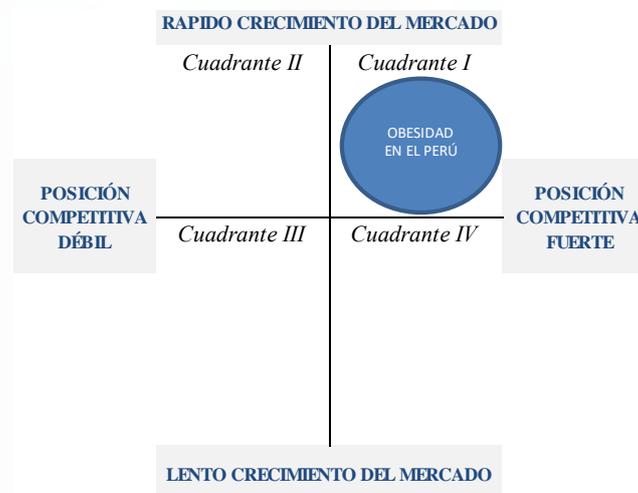


Figura 21. Matriz Interna Externa de la obesidad en el Perú. Muestra la ubicación de la obesidad en el Perú dentro de la Matriz IE.

### **6.6. Matriz de Decisión Estratégica (MDE)**

El objetivo de esta matriz es identificar la repetición de estrategias, para luego realizar una sumatoria de las repeticiones y retener las estrategias con mayor puntaje, así como permanecer las de menor puntaje en calidad de contingencia. Las estrategias retenidas no deben ser las genéricas alternativas, sino por el contrario lo más específicas posibles, que permitan ser utilizadas en la matriz cuantitativa de planeamiento estratégico. La Tabla 23 indica que el sector debe focalizar sus esfuerzos al logro de las estrategias internas que alcanzaron un valor mayor o igual a tres.

### **6.7. Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE)**

La Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE) se usa para determinar el atractivo relativo de estrategias alternativas viables, esta se usa como insumo a los factores críticos de éxito externo e interno, obtenidos de las Matrices EFE y EFI, así como las estrategias seleccionadas de la matriz de decisión. Luego se procede a calificar el atractivo de las diversas estrategias específicas en base al grado en que se pueden capitalizar o usar para alcanzar los objetivos estratégicos. El rango para calificación es: (a) No atractiva (no aceptable); (b) Algo atractiva (algo aceptable); (c) Razonablemente atractiva (aceptable); (d) Altamente atractiva (muy aceptable). Cabe destacar que el promedio ponderado de los pesos de los factores con calificación es seis, las estrategias que cuenten con mayor de seis serán aceptables. En la Tabla 24 se puede apreciar la MCPE de la obesidad en el Perú.

### **6.8. Matriz de Rumelt (MR)**

Luego de haber calificadas las estrategias retenidas, están deberán ser evaluadas con los cuatros criterios propuestos por Rumelt, como se muestra en la Tabla 25.

### **6.9. Matriz de Ética (ME)**

La Matriz de Ética permite verificar si las estrategias escogidas no violan aspectos relacionados a los derechos, justicia o utilitarismo; si alguna de las estrategias viola los

Tabla 23

## Matriz de Decisión Estratégica (MDE) de la obesidad en el Perú

ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS	FODA	PEYEA	BCG	IE	GE	TOTAL
FO1. Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3)	Penetración en el mercado	X	X		X		<u>3</u>
FO2. Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4)	Desarrollo de productos	X	X	X	X		<u>4</u>
FO3. Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1)	Penetración en el mercado	X	X	X	X		<u>4</u>
FO4. Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3)	Desarrollo de productos	X	X	X		X	<u>4</u>
FO5. Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4)	Desarrollo de productos	X	X	X	X	X	<u>5</u>
DO1. Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4)	Penetración en el mercado	X	X	X		X	<u>4</u>
DO2. Fomentar la creación de escuelas de posgrado en nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5)	Diversificación concéntrica	X		X		X	<u>3</u>
DO3. Incrementar la práctica de deporte en las escuelas públicas y privadas (D4, O1)	Desarrollo de mercados	X	X	X		X	<u>4</u>
DO4. Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3)	Desarrollo de productos	X	X		X		<u>3</u>
DO5. Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4)	Integración horizontal	X		X		X	<u>3</u>
FA1. Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1)	Penetración en el mercado	X	X		X		<u>3</u>
FA2. Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3)	Desarrollo de productos	X	X	X		X	<u>4</u>
FA3. Implementación de espacios saludables para la población dentro de los hospitales (F1, A4)	Desarrollo de productos	X	X				<u>2</u>
FA4. Crear campañas para mejorar el estilo de vida alimenticio de la población (F2 F3, A4)	Penetración en el mercado	X	X				<u>2</u>
DA1. Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4)	Desarrollo de mercados	X	X		X	X	<u>4</u>
DA2. Incrementar las tierras cultivables cerca a ciudades de alto desarrollo y mayor población (D2, A1)	Aventura conjunta	X			X		<u>2</u>
DA3. Fomentar mejoras en la calidad de vida en zonas rurales (D2, A3)	Aventura conjunta	X					<u>1</u>

Nota. Adaptado de "El Proceso Estratégico: Un enfoque de Gerencia," por F. A. D'Alessio, 2014, México D.F., México: Pearson. Se retienen las estrategias que han obtenido un total igual o mayor que tres.

Tabla 24

## Matriz CPE de la obesidad en el Perú

	Estrategia 1		Estrategia 2		Estrategia 3		Estrategia 4		Estrategia 5		Estrategia 6		Estrategia 7		Estrategia 8		Estrategia 9		Estrategia 10		Estrategia 11		Estrategia 12		Estrategia 13		
	<b>FO1.</b> Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3)		<b>FO2.</b> Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4)		<b>FO3.</b> Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1)		<b>FO4.</b> Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3)		<b>FO5.</b> Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4)		<b>DO1.</b> Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4)		<b>DO2.</b> Fomentar la creación de escuelas de posgrado en nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5)		<b>DO3.</b> Incrementar la práctica de deporte en las escuelas públicas y privadas (D4, O1)		<b>DO4.</b> Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3)		<b>DO5.</b> Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4)		<b>FA1.</b> Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1)		<b>FA2.</b> Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3)		<b>DA1.</b> Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4)		
Factores críticos para el éxito	Peso	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA
<b>OPORTUNIDADES</b>																											
1. Implementación de Marco legal en alimentación saludable	0.15	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6
2. Incremento y mayor interés de las inversiones en producción de alimentos con mejor valor proteico en la industria alimentaria	0.12	4	0.48	4	0.48	3	0.36	4	0.48	4	0.48	2	0.24	3	0.36	2	0.24	2	0.24	4	0.48	2	0.24	4	0.48	2	0.24
3. Precios accesibles de los productos orgánicos y naturales que pongan estos alimentos al alcance de la población	0.05	3	0.15	3	0.15	2	0.1	3	0.15	4	0.2	1	0.05	2	0.1	1	0.05	2	0.1	1	0.05	3	0.15	3	0.15	2	0.1
4. Crecimiento económico sostenido en 20 años, PBI entre los cinco mejores de Latinoamérica	0.1	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	3	0.3	4	0.4
5. Mejora de la tecnología telemática incrementando su alcance poblacional por medio de políticas regulatorias	0.08	2	0.16	4	0.32	4	0.32	2	0.16	4	0.32	2	0.16	3	0.24	2	0.16	1	0.08	2	0.16	3	0.24	2	0.16	3	0.24
<b>AMENAZAS</b>																											
1. Crecimiento incontrolado de producción de productos ultra procesados (PUP)	0.15	2	0.3	2	0.3	2	0.3	2	0.3	3	0.45	2	0.3	3	0.45	3	0.45	3	0.45	4	0.6	4	0.6	3	0.45	3	0.45
2. Barreras de entrada muy simples para el ingreso de productores de alimentos ultra procesados (PUP)	0.1	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1	0.1	3	0.3	3	0.3	4	0.4	4	0.4	1	0.1	1	0.1
3. Población rural dedicada a la agricultura abandona los campos de cultivo por falta de política que incentive el sector	0.15	3	0.45	2	0.3	2	0.3	4	0.6	2	0.3	2	0.3	2	0.3	1	0.15	2	0.3	1	0.15	2	0.3	1	0.15	1	0.15
4. Estilo de vida alimenticio caótico en la población urbana	0.1	2	0.2	3	0.3	4	0.4	3	0.3	4	0.4	3	0.3	3	0.3	3	0.3	4	0.4	3	0.3	4	0.4	4	0.4	3	0.3
<b>FORTALEZAS</b>																											
1. Listado nacional de establecimientos de salud del MINSA	0.05	1	0.05	2	0.1	4	0.2	1	0.05	4	0.2	3	0.15	3	0.15	2	0.1	1	0.05	2	0.1	1	0.05	2	0.1	3	0.15
2. Incrementos en el presupuesto del sector de salud	0.15	3	0.45	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	2	0.3	3	0.45	3	0.45	3	0.45	3	0.45	4	0.6
3. Presencia de nutricionistas en todo el ámbito nacional	0.1	4	0.4	3	0.3	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	2	0.2	2	0.2	4	0.4	3	0.3	4	0.4	4	0.4
4. Existen prioridades en investigación de temas de salud	0.1	2	0.2	4	0.4	3	0.3	4	0.4	3	0.3	3	0.3	2	0.2	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1	0.1	4	0.4	4	0.4
5. Implementación de diversos servicios telemáticos	0.04	2	0.08	3	0.12	4	0.16	3	0.12	4	0.16	2	0.08	2	0.08	2	0.08	1	0.04	2	0.08	3	0.12	2	0.08	3	0.12
<b>DEBILIDADES</b>																											
1. Escasez de profesionales de la nutrición en el Perú	0.15	2	0.3	3	0.45	3	0.45	4	0.6	4	0.6	4	0.6	4	0.6	2	0.3	2	0.3	3	0.45	3	0.45	3	0.45	4	0.6
2. Dispersión de las tierras cultivables no acorde con la distribución de la población	0.1	4	0.4	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	2	0.2	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1
3. Escasez en estudios superiores en temas de nutrición y educación física	0.15	3	0.45	3	0.45	3	0.45	3	0.45	4	0.6	4	0.6	4	0.6	3	0.45	2	0.3	3	0.45	1	0.15	3	0.45	3	0.45
4. Poca difusión del deporte físico en la población peruana	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	1	0.1	4	0.4	4	0.4	2	0.2	2	0.2	1	0.1	1	0.1
5. Incremento de la migración de profesionales de salud al exterior	0.06	1	0.06	2	0.12	3	0.18	4	0.24	3	0.18	3	0.18	3	0.18	2	0.12	2	0.12	3	0.18	1	0.06	3	0.18	3	0.18
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>5.43</b>	<b>5.89</b>	<b>6.02</b>	<b>6.25</b>	<b>6.59</b>	<b>5.56</b>	<b>5.86</b>	<b>4.9</b>	<b>5.13</b>	<b>5.65</b>	<b>5.31</b>	<b>5.5</b>	<b>5.68</b>													

Nota. PA= Puntaje de atractividad. TPA = Total del puntaje de atractividad. Criterio para retener las estrategias presentadas: puntaje igual o mayor de 5.00.

derechos humanos, es injusta, o es perjudicial a los resultados estratégicos, no debe retenerse y será descartada. Como se puede observar en la Tabla 26, las 12 estrategias cumplen con la auditoría de ética, lo que garantiza que no violan aspectos relacionados a los derechos, justicia y costumbres o utilitarismo.

#### **6.10. Estrategias Retenidas y de Contingencia**

Luego de la evaluación de las estrategias retenidas y uso de la matriz CPE, matriz MR y matriz ME, se procede a aprobarlas. Finalmente, se tiene que las estrategias retenidas para el presente Plan Estratégico del control de la obesidad en el Perú son las siguientes:

- **FO1.** Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3).
- **FO2.** Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4).
- **FO3.** Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1).
- **FO4.** Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3).
- **FO5.** Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4).
- **DO1.** Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4).
- **DO2.** Fomentar la creación de escuelas de posgrado en nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5).
- **DO4.** Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3).

- **DO5.** Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4).
- **FA1.** Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1).
- **FA2.** Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3).
- **DA1.** Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4).

### **6.11. Matriz de Estrategias vs. Objetivos de Largo Plazo**

En esta matriz se comprueba si las estrategias retenidas servirán para alcanzar los Objetivos de Largo Plazo. Se puede apreciar esta matriz en la Tabla 27.

### **6.12. Matriz de Estrategias vs. Posibilidades de los Competidores y Sustitutos**

Esta matriz permite analizar la posibilidad que tienen los competidores del sector para enfrentar las estrategias retenidas en el caso del sector. El análisis de los competidores actuales, sustitutos, y entrantes, si fuera el caso, permite analizar una confrontación entre las estrategias retenidas y las posibilidades de los competidores para hacerles frente. En la Tabla 28 se muestra la matriz de posibilidades de los competidores.

### **6.13. Conclusiones**

En el presente proceso estratégico se desarrollaron estrategias seleccionadas, obtenidas en base a los filtros aplicados al cruce de la matriz FODA. Las estrategias seleccionadas cumplen con los filtros básicos, tales como el ético, lo cual permite tener la certeza de la integridad de las acciones que se adoptarán. El proceso se desarrolló bajo una visión de futuro a diez años, la cual está enmarcada en los objetivos de largo plazo, y genera unos resultados que integran lo que se espera del sector y lo que se puede mejorar para perfeccionarlo. El análisis a través de las matrices desarrolladas generó resultados

Tabla 25

*Matriz Rumelt de la obesidad en el Perú*

<b>Estrategias</b>	<b>Consistencia</b>	<b>Consonancia</b>	<b>Ventaja</b>	<b>Factibilidad</b>	<b>Se acepta</b>
<b>FO1.</b> Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>FO2.</b> Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>FO3.</b> Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>FO4.</b> Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>FO5.</b> Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>DO1.</b> Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>DO2.</b> Fomentar la creación de escuelas de posgrado en nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>DO4.</b> Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>DO5.</b> Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>FA1.</b> Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>FA2.</b> Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>DA1.</b> Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Tabla 26

## Matriz de Ética de la obesidad en el Perú

Estrategias	FO1.	FO2.	FO3.	FO4.	FO5.	DO1.	DO2.	DO4.	DO5.	FA1.	FA2.	DA1.
	Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3)	Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4)	Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1)	Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3)	Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4)	Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4)	Fomentar la creación de escuelas de nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5)	Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3)	Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4)	Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1)	Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3)	Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4)
<b>Derechos</b>												
1. Impacto en el derecho a la vida	P	N	N	N	P	P	N	P	N	P	P	N
2. Impacto en el derecho a la propiedad	P	N	N	N	N	N	N	N	P	N	N	N
3. Impacto en el derecho a la privacidad	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
4. Impacto en el derecho a la libertad de conciencia	N	N	N	N	N	P	P	N	N	N	N	P
5. Impacto en el derecho de hablar libremente	N	N	P	N	P	P	P	N	N	P	N	N
6. Impacto en el derecho al debido proceso	P	P	P	P	P	P	P	N	N	P	P	P
<b>Justicia</b>												
7. Impacto en el derecho en la distribución	J	J	J	N	J	J	J	J	J	N	N	J
8. Equidad en la administración	J	N	J	N	N	N	J	J	J	J	J	J
9. Normas de compensación	N	N	N	N	N	N	J	N	J	N	N	J
<b>Utilitarismo</b>												
10. Fines y resultados estratégicos	E	E	E	N	E	E	E	E	E	E	E	E
11. Medios estratégicos empleados	E	E	N	N	N	E	N	N	E	N	E	E

Nota. Derechos =(P) promueve, (N) neutral, (V) viola; justicia = (J) justo, (N)neutro, (I)injusto; utilitarismo= (E)excelente, (N)neutro, (P) perjudicial.

Tabla 27

## Matriz de Estrategias Versus Objetivos de Largo Plazo de la obesidad en el Perú

	Al 2027, reducir el consumo de alimentos ultra procesados a 50 Kg. per cápita al año, lo que representará el 38.8%, con respecto al 81.7 Kg. per cápita de consumo en el año 2013	Al 2027, incrementar la superficie agropecuaria a 50'276,895.07 hectáreas, lo cual representará un 19.87% con respecto a las 42'577,542.62 hectáreas agropecuarias proyectadas al 2017	Al 2027, incrementar el presupuesto nacional para el deporte a un 0.050% del PBI, lo cual representará un incremento de 1829% con respecto al presupuesto de 0.003% del PBI del 2015	Al 2027, incrementar la recaudación tributaria a través de la aplicación de un impuesto para productos ultra procesados que será de un 50.9% del precio de venta, dado que no existe actualmente ninguna recaudación tributaria por este concepto; esto buscará reducir la venta de estos productos
ESTRATEGIAS RETENIDAS	OLP1	OLP2	OLP3	OLP4
<b>FO1.</b> Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3)	X	X		X
<b>FO2.</b> Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4)	X	X		
<b>FO3.</b> Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1)			X	
<b>FO4.</b> Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3)	X	X		
<b>FO5.</b> Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4)	X			
<b>DO1.</b> Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4)	X			
<b>DO2.</b> Fomentar la creación de escuelas de posgrado en nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5)	X		X	
<b>DO4.</b> Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3)			X	X
<b>DO5.</b> Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4)	X	X		
<b>FA1.</b> Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1)	X	X		X
<b>FA2.</b> Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3)	X		X	
<b>DA1.</b> Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4)	X			X



estructurados y confiables, los cuales serán determinantes para la toma de decisión acerca de las estrategias. Cada una de las estrategias seleccionadas que se emplearán responde de manera coherente al cumplimiento de múltiples objetivos de forma simultánea, y demuestra la eficiencia y consistencia en los modelos. Si bien se filtraron muchas estrategias en el camino, esto no resta que algunas de ellas puedan ser tomadas como plan de contingencia de ser necesario, ya sea por dificultades en el proceso de implementación de alguna de las nueve seleccionadas, o por las oportunidades que se presenten en el recorrido, lo cual motive su rápida implementación. Asimismo, es importante señalar que las condiciones y comportamiento del comercio actual pueden variar conforme transcurran los diez años de vigencia del plan estratégico, lo que puede llevar a redefinir tanto objetivos como estrategias. Para ello, es de gran utilidad contar con opciones previamente evaluadas como son las estrategias que no fueron retenidas en las diferentes etapas. En cualquier escenario, se deben analizar las posibilidades competitivas ante otro sector rival, a fin de establecer hacia dónde se debe apuntar, especialmente si ocurre algún cambio que proponga un giro en el curso natural de los mercados.

## Capítulo VII: Implementación Estratégica

El presente capítulo buscó definir los objetivos de corto plazo (OCPs) para la consecución de los objetivos de largo plazo (OLPs) descritos anteriormente. Estos OCPs llevan el planeamiento realizado en capítulos anteriores a su ejecución, con lo que buscamos la implementación de las estrategias fijadas en el Capítulo VI. El sector Salud y bienestar en el Perú es un sector importante y que necesita con urgencia cambios sólidos en su organización, estructura, jerarquías, presupuestos, suministros y, a la vez, en políticas de prevención, apoyar a los agricultores nacionales y servirse de los productos de ellos para conseguir el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de los peruanos y, con ello, su salud y bienestar.

### 7.1. Objetivos de Corto Plazo

El presente apartado busca definir los objetivos de corto plazo (OCPs) para la consecución de los objetivos de largo plazo (OLPs) descritos anteriormente. Estos OCPs llevan el planeamiento realizado en capítulos anteriores.

**OLP1.** Al 2027, reducir el consumo de alimentos ultra procesados a 50 Kg. per cápita al año, lo que representará el 38.8% con respecto al 81.7 Kg. per cápita de consumo en el año 2013.

**OCPI.1** Para el 2019, implantar dentro del currículo escolar los temas de nutrición y gastronomía sana, y se considerarán productos locales, los cuales extienden en cuatro horas semanales el currículo actual, esto generará que el consumo baje de 81.7 Kg. a 72.19 Kg.

**OCPI.2** Para el 2020, restringir la venta de comida chatarra en las escuelas públicas y privadas, esto generará que el consumo baje de 72.19 Kg. a 62.68 Kg.

**OCPI.3** Para el año 2021, promover, a través del DIGESA, la venta de alimentos saludables en la escuelas públicas y privadas, esto generará que el consumo baje de 62.68 Kg. a 53.17 Kg.

**OCP1.4** Del 2022 al 2027, reducir el IMC en hombres de 26.37 y de mujeres de 27.28, promedio en el año 2016 (OMS, 2017), a 26.15 en hombres y 27.20 en mujeres para el año 2027, como resultado de la disminución de consumo de alimentos ultra procesados de 53.17 Kg. a 50 Kg.

**OLP2.** Al 2027, incrementar la superficie agropecuaria a 50'276,895.07 hectáreas, lo cual representará un 19.87% con respecto a las 42'577,542.62 hectáreas agropecuarias proyectadas al 2017.

**OCP2.1** Para el 2019, elaborar un plan nacional de competitividad de mercados de alimentos para mejorar la efectividad de la distribución de alimentos y disminuir el exceso de merma en los mismos. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 42'577,542.62 a 44'502,380.73.

**OCP2.2** Del 2020 al 2021 se incrementarán los productos agrícolas a través de programas de apoyo a los agricultores por provincias. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 44'502,380.73 a 46'427,218.85.

**OCP2.3** Del 2021 al 2022, se elaborará un proyecto de ley que permita que la Ley 27360 se extienda a más allá del 2020, que es su plazo actual de finalización, además de disminuir el impuesto a la renta aportado de un 15% a un 10%, únicamente a aquellas unidades agropecuarias familiares que no usen pesticidas ni otros agregados químicos en sus cultivos. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 46'427,218.85 a 48'352,056.96 al 2024.

**OCP2.4** Del 2023 al 2027 se incrementará la formalización de los predios rurales, a través del Organismo de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI), a partir del año 2019. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 48'352,056.96 a 50'276,895.07 al 2027.

**OLP3.** Al 2027, incrementar el presupuesto nacional para el deporte a un 0.050% del PBI, lo cual representará un incremento de 1829% con respecto al presupuesto de 0.003% del PBI del 2015.

**OCP3.1** Para el 2019, brindar beneficios sociales, educativos y asignaciones económicas a los 1,018 deportistas laureados, equivalente a dos sueldos mínimos, esto con la finalidad de atraer a la población en general y promover una cultura de deporte nacional (IPD, 2012). Lo anterior incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.003% a 0.015% al 2020.

**OCP3.2** Del 2020 al 2022 se modificarán las mallas curriculares, en la cual se incluirá educación física obligatoria en todos los años educativos, tanto en colegios particulares y nacionales, y se elaborarán concursos interescolares que premien el esfuerzo. Todo lo anterior incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.015% a 0.027% al 2023.

**OCP3.3** Del 2023 al 2024 se crearán campañas publicitarias por radio, televisión y redes sociales, en las cuales se promocióne la Revolución del Deporte en el Perú y los beneficios que tiene el ser un deportista calificado. Esto incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.027% a 0.038% al 2025.

**OCP3.4** Del 2025 al 2026 se crearán una red de observación, en la cual se busquen talentos a nivel nacional para entrenarlos y hacerlos deportistas calificados. Esto incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.038% a 0.050% al 2027.

**OLP4.** Al 2027, se incrementará la recaudación tributaria a través de la aplicación de un impuesto para productos ultra procesados, que será de un 50.9% del precio de venta, dado que no existe actualmente ninguna recaudación tributaria por este concepto, se buscará reducir la venta de estos productos.

**OCP4.1** Para el 2018, implantar un impuesto que grave a la importación de insumos para la elaboración de productos ultra procesados. Esto incrementará el impuesto a los productos ultra procesados, de 0% a 12.73%.

**OCP4.2** Del 2019 al 2021 se creará una ley que restrinja la distribución de productos ultra procesados entre la población peruana. Esto incrementará el impuesto a los productos ultra procesados, de 12.73% a 25.45%.

**OCP4.3** Del 2022 al 2024 se incluirá el impuesto selectivo al consumo a los productos ultra procesados. Esto incrementará el impuesto a los productos ultra procesados, de 25.45% a 38.18%.

**OCP4.4** Del 2025 al 2027 se incrementará el impuesto a los productores que suministren insumos a los fabricantes de productos ultra procesados. Esto incrementará el impuesto a los productos ultra procesados, de 38.18% a 50.90%.

## **7.2. Recursos Asignados a los Objetivos de Corto Plazo**

Según D'Alessio (2015): “los recursos son los insumos que facilitarán ejecutar las estrategias seleccionadas. La correcta asignación de los recursos permite realización de la estrategia, así como la determinación del plan a seguir, considerando una asignación basada en los OCP” (p. 474). También, mencionó que:

Un proceso de implementación exitoso debe considerar una distribución de los recursos (financieros, físicos, humanos y tecnológicos) que refuercen las competencias distintivas que llevarán a la organización hacia la visión esperada. Cada OCP debe contar con los recursos que específicamente se le asignarán. Una presentación tabular ayudará a tener un panorama claro y visual (D'Alessio, 2015, p. 475).

Según lo descrito con anterioridad, se pueden observar los recursos asignados a cada objetivo de corto plazo en la Tabla 29.

### **7.3. Políticas de cada Estrategia**

Según D'Alessio (2015): “son los límites del accionar gerencial que acotan la implementación de cada estrategia, incluyen las directrices, reglas, métodos, formas prácticas y procedimientos para apoyar el logro de los objetivos, estableciendo las fronteras y los límites del accionar correcto para la organización” (p. 471). Para ejecutar el Plan Estratégico propuesto se han planteado las políticas que podemos encontrar graficadas en la Tabla 30.

### **7.4. Estructura Organizacional de la Salud y Bienestar del Perú**

En el capítulo cuatro se ha visto la estructura de la salud y bienestar en el Perú, se ha observado que existen dos subsistemas: el sistema público y el sistema privado. Como representante del Estado Peruano, el responsable de dirigir el sistema de salud es el Ministerio de Salud [MINSA]. Chandler (1962) indicó que la estructura sigue a la estrategia, dando a entender que no se puede implementar una nueva estrategia con una antigua estructura organizacional” (D'Alessio, 2015, p. 476). En ese sentido, y al tener ya las estrategias retenidas, se hace necesario modificar la estructura actual, con la finalidad de que las 12 estrategias tengan alta probabilidad de éxito. Es necesario la integración vertical hacia atrás y hacia adelante para asegurar una correcta política alimentaria que asegure bajar el nivel de obesidad, es importante el aporte del sector privado en la estructura actual del sistema de salud, tanto a nivel de proveedor como distribuidor. La propuesta recae en que el Ministerio de Educación [MINEDU], el Ministerio de Agricultura [MINAGRI] y el Ministerio de la Producción [PRODUCE] deben unirse al MINSA en el propósito de combatir el indicador en Salud y bienestar más preocupante, la obesidad. También es necesario integrar el sistema privado con sus indicadores de eficiencia y eficacia con clínicas asociadas a nivel nacional.

### 7.5. Medio Ambiente, Ecología, y Responsabilidad Social

Las acciones que realizan las entidades públicas y privadas deben buscar la sostenibilidad en el tiempo, buscar la armonía con el medio ambiente, con la ecología y con responsabilidad social dependerá mucho para el éxito de los proyectos a largo plazo. Al respecto, la revista Acta Médica Peruana indicó:

La salud de las personas está basada en muchos factores. Aspectos siempre estudiados son los antecedentes familiares y genéticos que tiene cada persona. Esto tiene es muy importante ya que el consejo genético determina aspectos éticos en lo concerniente al riesgo de tener hijos con enfermedades incurables, incapacitantes e inclusive mortales.

Otro aspecto en la salud de las personas es la alimentación, y es reconocido como diversos tipos de dieta pueden contribuir al desarrollo de problemas de salud como consumo de sal e hipertensión arterial, grasas e hiperlipidemias y obesidad, azúcares y predisposición a la diabetes; y un sinnúmero de otras patologías relacionadas con nuestro tipo de alimentación. Ante los hechos de esta influencia nociva de los comportamientos dietéticos en la población, dictan normas que tratan de orientar la alimentación. La reciente reglamentación de la Ley de Alimentación Saludable pone en actualidad la importante cuestión de los factores que pueden afectar a la salud. Por ello, una adecuada educación en nuestra alimentación es necesaria. Hay controversias sobre este tema e indudablemente la salud de cada uno de nosotros no se rige por leyes, sino por el conocimiento y toma de conciencia de lo que es alimentarse saludablemente. Es importante en la salud el medio ambiente que nos rodea. Esto es muy amplio y genera reacciones desde el punto de vista local hasta llegar a compromisos globales como el dado por el convenio de protección del medio ambiente y los acuerdos de París del 2015. Si bien el cambio climático, puede haber exacerbado factores medio ambientales que afectan nuestra salud, como son las

lluvias e inundaciones y cambios extremos de temperatura; nuestro medio ambiente sin estos cambios dramáticos también ejerce acción sobre nuestro estado de salud (Acta Médica Peruana, 2017, p. 1).

## **7.6. Recursos Humanos y Motivación**

Sin los recursos humanos adecuados y sin la gestión del talento humano, no se podría cumplir con éxito lo planificado al respecto: la implementación de la Reforma del Sector Salud en el Perú se orienta a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, y se reconoce que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.

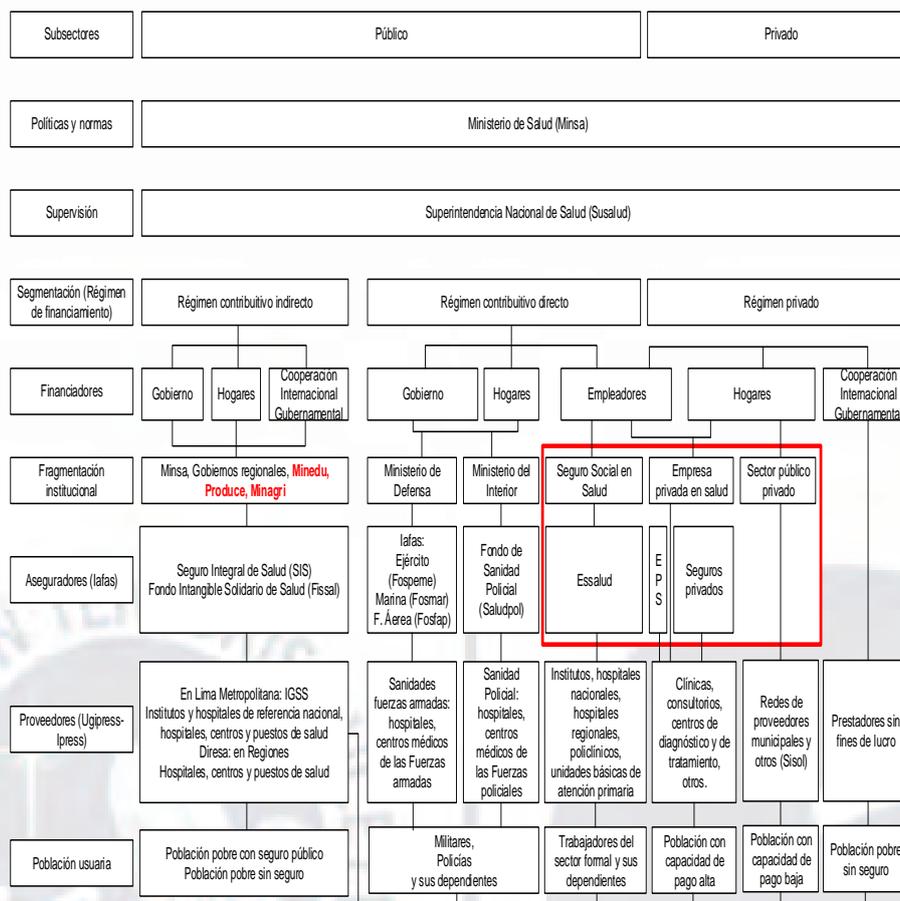
El Ministerio de Salud coloca en el centro de las intervenciones el abordaje de los problemas en el campo de los recursos humanos con base en la planificación estratégica, sistema de información de recursos humanos –Registro Nacional de Personal–INFORHUS-, el desarrollo metodológico de la estimación de brechas de personal de salud y el desarrollo de estrategias de reclutamiento y retención del personal, desarrollo de competencias en atención primaria de salud, gestión de servicios de salud con prioridad en el primer nivel de atención, incremento de plazas para el SERUMS, residentado Médico e Internado en ciencias de la salud, y la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – DGGDRH, órgano de línea del Ministerio de Salud, tiene como función el recopilar sistematizar, validar y generar información, evidencia y conocimiento sobre los recursos humanos en salud, para la toma de decisiones, que permitan el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud, particularmente en lo concerniente al personal de salud (Revista de Investigación UNMSM, 2015, p. 1).

## 7.7. Gestión del Cambio

La gestión del cambio en el sector Salud y bienestar se da mediante la reforma del Sector Salud en el Perú. Esta se orienta a lograr la universalización de la protección social en salud y la garantía del derecho a la salud de toda la población. El PEA propuesto apunta a mejorar la salud y bienestar en el Perú en el indicador crítico, la obesidad. Al respecto:

Según Kotler (1996) recomendó siete actividades para desarrollar una visión triunfadora para poder ejecutar el cambio con mayores probabilidades de éxito: (a) hágala simple, (b) use metáforas, analogías y ejemplo, (c) use diversos foros para difundirla, (d) repítala, repítala y repítala, (e) predíquela con el ejemplo, (f) elimine inconsistencias aparentes, (g) escuche y que lo escuchen (D'Alessio, 2015, p. 483).

Mediante la Resolución Suprema N° 001-2013-SA, La Presidencia de la República, encargó al Consejo Nacional de Salud, un órgano consultivo del sector salud que cuenta con representantes de distintas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales relacionados con la salud del país (MINSA, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, Asamblea de Municipalidades del Perú, Organizaciones de la Sociedad Civil, EsSalud, Sanidades, entre otros), la elaboración de propuestas de Reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud son conducentes a asegurar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la cobertura progresiva de las atenciones de salud, en el marco del derecho a la salud de todos los peruanos. Es seguro que la resistencia al cambio se superará de manera eficiente, para ello el involucramiento del sector público y privado jugará a favor del cumplimiento de mejorar la calidad de vida de los peruanos, con una vida saludable, las estrategias impactarán de forma positiva en la disminución de la obesidad en el Perú.



**Figura 22.** Reestructuración del sistema de salud en el Perú.

Muestra los principales puntos de la estructura organizacional del sector salud en el Perú que deben ser mejorados.

Tomado de “El Sistema de Salud en el Perú. Situación y Desafíos,” por Colegio Médico del Perú [CMP], 2017 (<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru.pdf>).

## 7.8. Conclusiones

Durante los últimos años, se ha conseguido mejorar de manera significativa importantes indicadores de salud, la implementación de las estrategias permitirán cumplir los objetivos a largo plazo respecto al indicador de obesidad, es necesario que el MINSA, el MINEDU, el MINAGRI y PRODUCE trabajen en forma conjunta para poder desarrollar las políticas necesarias en el sector salud para poder cumplir los objetivos a largo respecto a la Salud y bienestar, en especial con su indicador más crítico, la obesidad. El papel que jugará el MINEDU será el de incentivar buenas prácticas en alimentación saludable, mientras que el MINAGRI impulsará la agricultura orgánica, PRODUCE hará su parte con la promoción de

la eficiencia en la reducción de mermas en los mercados para disminuir sus pérdidas, debido a la reducción que se darán en sus ganancias, el aporte del sector privado con sus clínicas afiliadas permitirán una mayor cobertura en el tema de salud, al controlar la obesidad mejorará la esperanza de vida en el Perú y la tasa de muertes por enfermedades no contagiosas.



Tabla 29

*Recursos de la obesidad en el Perú*

OCP	Objetivos de corto plazo	Recursos asignados
OCP1.1	Para el 2019, implantar dentro del currículo escolar los temas de nutrición y gastronomía sana, considerando productos locales, los cuales extienden en cuatro horas semanales el currículo actual, esto generará que el consumo baje de 81.7 Kg. a 72.19 Kg.	Recursos humanos: nutricionistas y gastrónomos. Recursos financieros: Sueldos de los educadores nuevos, administrado por el MINEDU.
OCP1.2	Para el 2020, restringir la venta de comida chatarra en las escuelas públicas y privadas, esto generará que el consumo baje de 72.19 Kg. a 62.68 Kg.	Recursos humanos: nutricionistas, gastrónomos y analistas. Recursos financieros: Inversiones en programas de concientización
OCP1.3	Para el año 2021, promover, a través del DIGESA, la venta de alimentos saludables en las escuelas públicas y privadas, esto generará que el consumo baje de 62.68 Kg. a 53.17 Kg.	Recursos humanos: nutricionistas, gastrónomos y analistas. Recursos financieros: Inversiones en programas de concientización
OCP1.4	Del 2022 al 2027, reducir el IMC en hombres de 26.37 y de mujeres de 27.28, promedio en el año 2016, a 26.15 en hombres y 27.20 en mujeres para el año 2027 como resultado de la disminución de consumo de alimentos ultra procesados de 53.17 Kg. a 50 Kg.	Recursos humanos: nutricionistas previamente contratados, analistas.
OCP2.1	Para el 2019, elaborar un plan nacional de competitividad de mercados de alimentos para mejorar la efectividad de la distribución de alimentos y disminuir el exceso de merma en los mismos. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 42'577,542.62 a 44'502,380.73.	Recursos humanos: Profesionales en administración y estrategia, especialistas agrónomos. Recursos físicos: Utilería de oficina.
OCP2.2	Del 2020 al 2021 se incrementarán los productos agrícolas a través de programas de apoyo a los agricultores por provincias. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 44'502,380.73 a 46'427,218.85.	Recursos humanos: Especialistas agrónomos. Recursos económicos: Sueldos de los agrónomos y costos de programas de apoyo.
OCP2.3	Del 2021 al 2022, se elaborará un proyecto de ley que permita que la ley 27360 se extienda a más allá del 2020, que es su plazo actual de finalización, además de disminuir el impuesto a la renta aportado de un 15% a un 10%, únicamente a aquellas unidades agropecuarias familiares que no usen pesticidas ni otros agregados químicos en sus cultivos. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 46'427,218.85 a 48'352,056.96 al 2024.	Recursos humanos: Especialistas agrónomos y abogados. Recursos físicos: Utilería de oficina.
OCP2.4	Del 2023 al 2027 se incrementará la formalización de los predios rurales, a través del Organismo de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI), a partir del año 2019. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 48'352,056.96 a 50'276,895.07 al 2027.	Recursos humanos: Especialistas agrónomos y abogados. Recursos físicos: Utilería de oficina.
OCP3.1	Para el 2019, brindar beneficios sociales, educativos y asignaciones económicas a los 1,018 deportistas laureados equivalente a dos sueldos mínimos, esto con la finalidad de atraer a la población en general y promover una cultura de deporte nacional (IPD, 2012). Lo anterior incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.003% a 0.015% al 2020.	Recursos económicos: Abogados, economistas (MINCUL).
OCP3.2	Del 2020 al 2022 se modificarán las mallas curriculares, donde se incluirá educación física obligatoria en todos los años educativos, tanto en colegios particulares y nacionales, elaborando concursos interescolares que premien el esfuerzo. Todo lo anterior incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.015% a 0.027% al 2023.	Recursos humanos: Especialistas en deporte, educación. Recursos administrativos: red de supervisión del Ministerio de Educación (MINEDU).
OCP3.3	Del 2023 al 2024 se crearán campañas publicitarias por radio, televisión y redes sociales, en las cuales se promocióne la Revolución del Deporte en el Perú y los beneficios que tiene el ser un deportista calificado. Lo cual incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.027% a 0.038% al 2025.	Recursos económicos: Fondos del estado (MINCUL). Recursos humanos: Profesionales en marketing y en diseño, deportistas.
OCP3.4	Del 2025 al 2026 se crearán una red de observación, en la cual se busquen talentos a nivel nacional para entrenarlos y hacerlos deportistas calificados. Lo cual incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.038% a 0.050% al 2027.	Recursos humanos: Especialistas en deporte, educación, economistas, abogados, cazatalentos de deportes. Recursos administrativos: red de recomendaciones hacia el IPD o Ministerio de Cultura (MINCUL).
OCP4.1	Para el 2018, implantar un impuesto que grave a la importación de insumos para la elaboración de productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 0% a 12.73%.	Recursos humanos: Abogados, mercadólogos. Recursos físicos: Utilería de oficina.
OCP4.2	Del 2019 al 2021 se creará una ley que restrinja la distribución de productos ultra procesados entre la población peruana. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 12.73% a 25.45%.	Recursos humanos: abogados, especialistas en marketing y publicidad, nutricionistas. Recursos económicos: Fondos del estado (MINSAL).
OCP4.3	Del 2022 al 2024 se incluirá el impuesto selectivo al consumo a los productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 25.45% a 38.18%.	Recursos humanos: abogados, especialistas en marketing y publicidad, nutricionistas. Recursos económicos: Fondos del estado (MINSAL).
OCP4.4	Del 2025 al 2027 se incrementará el impuesto a los productores que suministren insumos a los fabricantes de productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 38.18% a 50.90%.	Recursos humanos: Publicistas, nutricionistas. Recursos económicos: Fondos del estado (MINSAL).

Tabla 30

*Políticas de la obesidad en el Perú*

Estrategias	Políticas
<b>FO1.</b> Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3)	P1 Respetar la diversidad cultural.
	P2 Fomentar la valoración colectiva de lo propio.
<b>FO2.</b> Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4)	P3 Incentivar la investigación en los profesionales de la salud.
	P4 Concientizar a la sociedad en la importancia de la alimentación saludable.
	P5 Promover la relación del personal de salud con las tecnologías de comunicación.
<b>FO3.</b> Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1)	P6 Premiar el compromiso de los nutricionistas con los pacientes remotos.
	P7 Premiar estudios sobre los beneficios de los productos alimenticios naturales.
<b>FO4.</b> Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3)	P8 Fortalecer el consumo interno por medio de investigaciones de productos alimenticios zonales.
	P9 Incentivar el desarrollo de inteligencia artificial relacionada a diagnósticos médicos.
<b>FO5.</b> Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4)	P10 Incentivar la vocación investigadora entre los estudiantes.
<b>DO1.</b> Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4)	P11 Concientizar a la población acerca de la importancia de la nutrición y la alimentación saludable.
	P12 Fomentar alianzas internacionales sobre investigación en salud.
<b>DO2.</b> Fomentar la creación de escuelas de posgrado en nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5)	P13 Promover la especialización en los profesionales de salud y nutrición.
	P14 Fortalecer la relación entre el sector público y el sector privado de salud.
<b>DO4.</b> Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3)	P15 Promover la cultura de deporte en la población.
	P16 Premiar la relación de empresas con el deporte.
	P17 Promover la cultura de la alimentación saludable en la población.
<b>DO5.</b> Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4)	P18 Inculcar la necesidad de consultar regularmente a un nutricionista.
	P19 Concientizar sobre la necesidad de opiniones de nutricionistas en las recetas médicas de hospitales públicos y privados.
<b>FA1.</b> Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1)	P20 Promover la cultura de alimentación saludable y nutrición para niños y adultos.
	P21 Premiar a los profesionales de la nutrición que aporten mayor conocimiento.
<b>FA2.</b> Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3)	P22 Inculcar la cultura de heroísmo basado en el aporte de conocimiento benéfico a la población.
	P23 Inculcar en los escolares la idea de prosperidad basada en una carrera de nutrición.
<b>DA1.</b> Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4)	P24 Promover la necesidad de nutricionistas en los círculos profesionales médicos.

## Capítulo VIII: Evaluación Estratégica

### 8.1. Perspectivas de Control

#### 8.1.1. Aprendizaje interno

Estos indicadores buscan fijar la cultura, el trabajo en equipo, el alineamiento, el liderazgo y todo aquello que tenga que ver con los recursos humanos y base informativa. Refieren a la creación y formulación de proyectos de leyes, los cuales tienen en sustancia la implantación de currículos escolares de nutrición y alimentación saludable, basados en la diversidad en productos alimenticios como de costumbres alimenticias a lo largo del país; asimismo, se busca hacer eficientes los mercados de abarrotes, disminuir la merma desechada, ya que ello conlleva a que ellos eleven sus márgenes, y tener el 63% de alimentos con un margen mayor al 61% (Gastañadú, 2009). También se procura mejorar el trato que se tiene actualmente hacia los deportistas, y motivar a la población en general a hacer más deporte y aspirar a ser deportistas altamente calificados, por último, se busca implantar advertencias en los productos ultra procesados sobre el daño que genera su consumo, a la vez que agregarles impuestos y disuadir a la población acerca de su consumo, todo ello para disminuir la tasa de obesidad en la población. Se puede observar esta información en la Tabla 31, dentro del apartado “Perspectiva del aprendizaje interno”.

#### 8.1.2. Procesos

Dentro de este grupo de indicadores se tiene a aquellos que interrelacionan los procesos del sector, como son la gestión de sus operaciones, sus clientes, la innovación y todo lo que compete a lo reglamentario y social (medio ambiente, seguridad, salud, empleo, comunidad). Tenemos como indicadores a aquellos que buscan implantar lo prefijado, o planificado, dentro de aquello que representan los indicadores de aprendizaje interno, como la coordinación en el campo de la impartición de cursos de nutrición y alimentación saludable, extender los beneficios tributarios al sector agrario, coordinar impartir los conocimientos

adquiridos al realizar un plan nacional de competitividad de mercados de abarrotes, y la fiscalización en la eficiencia de los mercados de abarrotes y la maximización en la venta de sus productos y la escasa variación en los precios de los productos alimenticios.

### **8.1.3. Clientes**

Como indicadores de la perspectiva del cliente, tenemos a aquellos que significan, o están relacionados, con la propuesta de valor hacia el cliente. Estos indicadores pueden basarse en los atributos del producto, ya sea en su precio, calidad, disponibilidad, selección y/o funcionalidad; relación con el cliente, sea el servicio y/o la asociación; y su imagen, lo que se podría considerar como su marca también.

Como indicadores presentes en este plan estratégico se tienen al IMC promedio, el cual es resultante de las pruebas mensuales de IMC que se harán a todos los alumnos y el cual nos brindará información acerca de la eficiencia de los programas de alimentación saludable. También se tiene la observancia de escolares, en búsqueda de encontrar promesas deportivas y la motivación, a toda la juventud, por la posibilidad de ser seleccionados. Entre otras cosas, asegurar las subvenciones a los deportistas altamente calificados, campañas de promoción del deporte y de lo dañino de los PUP.

### **8.1.4. Financiera**

En esta perspectiva tenemos a aquellos indicadores que buscan mejorar la estructura de costes, la utilización de activos y aumentar las fuentes de ingresos y el valor del cliente. En este caso, tenemos las restricciones de ganancias de los minoristas de mercados de abarrotes, incremento del presupuesto en deporte y la aplicación del impuesto a los PUP.

## **8.2. Tablero de Control Balanceado (*Balanced Scorecard*)**

En la Tabla 31 se puede observar el Tablero de Control Balanceado, en el cual se pueden apreciar los objetivos de corto plazo (OCPs) junto a los indicadores que han de ser controlados, también, junto a los responsables y a la frecuencia del muestreo.

Tabla 31

## Tablero de Control Balanceado

OCP	Objetivos	Indicadores	Frecuencia	Responsable
<b>Perspectiva del aprendizaje interno</b>				
OCP1.1	Para el 2019, implantar dentro del currículo escolar los temas de nutrición y gastronomía sana, considerando productos locales, los cuales extienden en cuatro horas semanales el currículo actual, esto generará que el consumo baje de 81.7 Kg. a 72.19 Kg.	Ponderación de profesionales	Único	MINEDU
OCP1.2	Para el 2020, restringir la venta de comida chatarra en las escuelas públicas y privadas, esto generará que el consumo baje de 72.19 Kg. a 62.68 Kg.	Desarrollo de currículo escolar	Único	MINEDU
OCP2.1	Para el 2019, elaborar un plan nacional de competitividad de mercados de alimentos para mejorar la efectividad de la distribución de alimentos y disminuir el exceso de merma en los mismos. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 42'577,542.62 a 44'502,380.73.	Zonas estudiadas	Semanal	PRODUCE
OCP2.2	Del 2020 al 2021 se incrementarán los productos agrícolas a través de programas de apoyo a los agricultores por provincias. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 44'502,380.73 a 46'427,218.85.	Provincias con plan elaborado	Quincenal	PRODUCE
OCP3.2	Del 2020 al 2022 se modificarán las mallas curriculares, donde se incluirá educación física obligatoria en todos los años educativos, tanto en colegios particulares y nacionales, elaborando concursos interescolares que premien el esfuerzo. Todo lo anterior incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.015% a 0.027% a 2023.	Proyecto de ley elaborado	Único	MINCUL
OCP4.2	Del 2019 al 2021 se creará una ley que restrinja la distribución de productos ultra procesados entre la población peruana. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 12.73% a 25.45%.	Proyecto de ley elaborado	Único	MINSAs
OCP4.3	Del 2022 al 2024 se incluirá el impuesto selectivo al consumo a los productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 25.45% a 38.18%.	Proyecto de ley elaborado	Único	MINSAs
<b>Perspectiva del proceso</b>				
OCP1.3	Para el año 2021, promover, a través del DIGESA, la venta de alimentos saludables en las escuelas públicas y privadas, esto generará que el consumo baje de 62.68 Kg. a 53.17 Kg.	Centros educativos con la nueva currícula	Diario	MINEDU
OCP2.3	Del 2021 al 2022, se elaborará un proyecto de ley que permita que la ley 27360 se extienda a más allá del 2020, que es su plazo actual de finalización, además de disminuir el impuesto a la renta aportado de un 15% a un 10%, únicamente a aquellas unidades agropecuarias familiares que no usen pesticidas ni otros agregados químicos en sus cultivos. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 46'427,218.85 a 48'352,056.96 al 2024.	Proyecto de ley elaborado	Único	MINAGRI
<b>Perspectiva del cliente</b>				
OCP1.4	Del 2022 al 2027, reducir el IMC en hombres de 26.37 y de mujeres de 27.28, promedio en el año 2016, a 26.15 en hombres y 27.20 en mujeres para el año 2027 como resultado de la disminución de consumo de alimentos ultra procesados de 53.17 Kg. a 50 Kg.	IMC promedio	Mensual	MINSAs
OCP3.3	Del 2023 al 2024 se crearán campañas publicitarias por radio, televisión y redes sociales, en las cuales se promocióne la Revolución del Deporte en el Perú y los beneficios que tiene el ser un deportista calificado. Lo cual incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.027% a 0.038% al 2025.	Cantidad de centros educativos con porcentaje de alumnos observados	Semanal	MINEDU
OCP3.4	Del 2025 al 2026 se crearán una red de observación, en la cual se busquen talentos a nivel nacional para entrenarlos y hacerlos deportistas calificados. Lo cual incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.038% a 0.050% al 2027.	Porcentaje de deportistas altamente calificados con subvenciones económicas	Mensual	MINCUL
OCP4.4	Del 2025 al 2027 se incrementará el impuesto a los productores que suministren insumos a los fabricantes de productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 38.18% a 50.90%.	Porcentaje de población alcanzada	Semanal	MINSAs
<b>Perspectiva financiera</b>				
OCP2.4	Del 2023 al 2027 se incrementará la formalización de los predios rurales, a través del Organismo de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI), a partir del año 2019. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 48'352,056.96 a 50'276,895.07 al 2027.	Proyecto de ley elaborado	Único	MINAGRI
OCP3.1	Para el 2019, brindar beneficios sociales, educativos y asignaciones económicas a los 1,018 deportistas laureados equivalente a dos sueldos mínimos, esto con la finalidad de atraer a la población en general y promover una cultura de deporte nacional (IPD, 2012). Lo anterior incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.003% a 0.015% al 2020.	Estudio técnico elaborado	Único	MINCUL
OCP4.1	Para el 2018, implantar un impuesto que grave a la importación de insumos para la elaboración de productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 0% a 12.73%.	Proyecto de ley elaborado	Único	MINSAs

### 8.3. Conclusiones

Gracias a la elaboración de estos indicadores agrupados según las distintas perspectivas de los *stakeholders*, que son: del aprendizaje interno, del proceso, del cliente y la financiera, se puede medir el desarrollo de la implementación de las estrategias planteadas en este informe. Es saludable realizar el seguimiento de estos indicadores en las frecuencias descritas y tener como responsables a los indicados dentro de cada objetivo de corto plazo ahí descrito, para poder mantener a la vista el desenvolvimiento de las estrategias descritas y encontrar oportunidades de mejora medibles y congruentes, y tomar como referencia aquello que ha sido planificado inicialmente. Cabe mencionar que nuestros cuatro pilares han sido los descritos en los objetivos de largo plazo, estos son (a) la implementación de una cultura en alimentación saludable, (b) el aprovechamiento de los alimentos orgánicos cultivados nacionalmente y el incremento de su cercanía a los hogares peruanos, (c) el impulso del deporte en toda la población y, por último, (d) la disminución del consumo de los productos ultra procesados.

## **Capítulo IX: Competitividad de la Salud y Bienestar del Perú**

### **9.1. Análisis Competitivo de la Salud y Bienestar del Perú**

Para definir y mostrar la competitividad del de la Salud y bienestar del Perú, se ha recurrido al Informe Global de Competitividad 2017-2018, en el cual el Perú se ubicó en el puesto 72, lo cual representó un retroceso de cinco posiciones respecto al informe del año pasado y 11 posiciones respecto al puesto 61, que ocupó en el año 2013. Es importante señalar que para realizar esta valoración se cuenta con varios pilares, uno de ellos es Salud, así se muestra el resultado de este comparado con los 137 países que está en la lista (ver Figura 23). Se tienen mejoras en cuatro de los 12 pilares: Infraestructura (89 a 86), Salud y educación básica (98 a 93), Preparación tecnológica (88 a 86) e Innovación (119 a 113). En consideración de esta aclaración, el Perú mejoró cinco posiciones en el pilar de Salud, debido a la reorganización e implementación de nuevas políticas. También es importante considerar que falta mucho por mejorar, ya que varios países vecinos llevan considerables diferencias, por ejemplo, Chile, Costa Rica, México, Colombia y Panamá, y también existe una considerable diferencia con respecto al ámbito Latinoamericano y El Caribe; esto se puede visualizar en la Figura 24.

### **9.2. Identificación de las Ventajas Competitivas del Sector**

Para Porter (2012), la competitividad de una nación depende de la capacidad de su industria para innovar y mejorar. Por otro lado, el término competitividad tiene relación directa con la capacidad de generar mayor producción al menor costo posible. El análisis de se apoyó en las ventajas competitivas, en los conceptos de las variables y factores de evaluación del ICG (Índice de Competitividad Global), elaborado por el WEF (World Economic Forum), traducido y publicado en el Perú por la SNI (Sociedad Nacional de Industria), a través del Centro de Desarrollo Industrial (CDI), el cual identifica 12 pilares; el pilar de salud el cuarto, como se puede apreciar en la Figura 25. Este pilar está conformado

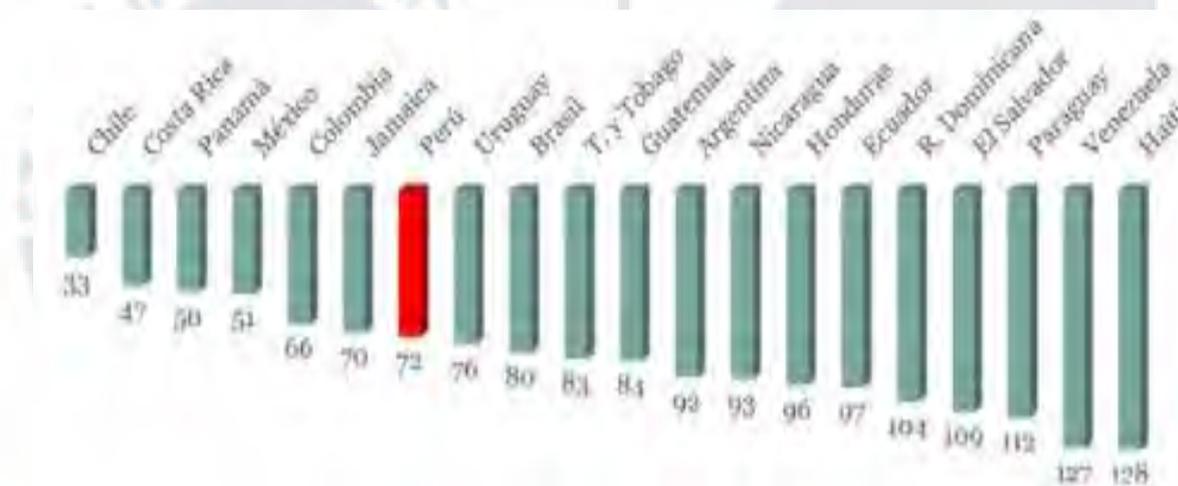
por ocho variables: Incidencia de malaria, Impacto comercial por malaria, Incidencia por tuberculosis, Impacto comercial por tuberculosis, Prevalencia de HIV, Impacto comercial por HIV/AIDS, Mortalidad infantil, y Expectativa de vida. Estas variables fueron evaluadas para la competitividad en salud, se trató de analizar la teoría del diamante de Porter para la competitividad en función de la propuesta del WEF.



*Figura 23.* Ubicación del Perú dentro del Ranking Global de Competitividad 2017. Muestra la ubicación del Perú en el ranking mundial de competitividad en el año 2017. Tomado de “Ranking Global de la Competitividad 2017,” por Centro de Desarrollo Industrial, 2018 (<http://www.cdi.org.pe/InformeGlobaldeCompetitividad/index.html>).

**Condiciones de los factores.** En los sectores de alto nivel que forman la base de las economías avanzadas, una nación no hereda, sino que crea los factores más importantes de la producción, así como unos recursos humanos especializados o una base científica (Porter, 2012). En este párrafo, es importante abordar cómo el Estado Peruano invierte en recurso humano e infraestructura para mejorar el aseguramiento del poblador peruano, a través del presupuesto público en salud, que ha tenido un crecimiento sostenido de un 4.6 % en el año 2006, a un 5.5 %, en el año 2014.

Cabe señalar que el financiamiento público para el Ministerio de Salud [Minsa] y las regiones en 2012 provino de recursos ordinarios (75.6%), recursos del Seguro Integral de Salud –SIS– (7.3%), de las regiones (3.0%), de las sanidades, beneficencias y municipios (14%) y del crédito externo (0.1%). Otro dato relevante es que, en el caso de EsSalud, la principal fuente de financiamiento son las contribuciones de los asegurados (98%) provenientes de las aportaciones correspondientes al Fondo de Salud (Ley N° 26790). El SIS se financia principalmente con recursos del Tesoro Público (98.9%), y en menor proporción con recursos recaudados directamente (0.6%) y donaciones y transferencias (0.5%) (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016).



*Figura 24.* Ubicación del Perú dentro del Ranking LATAM de Competitividad 2017. Muestra la ubicación del Perú en el ranking latinoamericano y del Caribe de competitividad en el año 2017.

Tomado de “Ranking en Latinoamérica y El Caribe de la Competitividad 2017,” por Centro de Desarrollo Industrial, 2018 (<http://www.cdi.org.pe/InformeGlobaldeCompetitividad/index.html>).

Para hacer referencia a las fortalezas en infraestructura se puede indicar que según Lazo et al. (2016), el financiamiento de inversión (infraestructura y equipamiento) en salud ha evolucionado significativamente. Así, en el 2011, se dispuso de S/41'831,042 millones de soles y en 2016, de S/930'630,000.72. En total, en este período, se construyeron, ampliaron o remodelaron 168 establecimientos de salud (dos hospitales nacionales, seis regionales, 21 provinciales, 95 centros de salud estratégicos y 44 centros o puestos de salud no estratégicos).

Si bien es cierto, en el caso del sector salud el capital humano es altamente calificado, con estudios tanto dentro del país como en otros países del mundo y con experiencia adquirida en la práctica de la profesión, no realiza investigación científica. Respecto al número de profesionales de la salud a nivel nacional, Lazo et al. (2016) comentaron lo siguiente:

Las plazas de residentado médico se incrementaron de 1,495 en 2011, a 3,335 en 2015, y las plazas de profesionales que realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) pasaron de 7,121, en 2011, a 9,013, en 2015. En cuanto a la formación de especialistas, las sedes regionales aumentaron de cinco, en 2008, a 21, en 2015. También se amplió la política de especialización para profesionales de la salud, entre ellas Odontología y Enfermería, y se modificó la composición del Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME) en un intento del MINSA por retomar su ejercicio rector sobre los recursos humanos.

**Condiciones de la demanda.** De acuerdo con Porter (2012), las naciones logran ventaja competitiva en los sectores en que la demanda interior ofrece a sus empresas una imagen más clara o temprana de las nuevas necesidades de los compradores, y estos presionan a las empresas para que innoven con mayor rapidez y logren ventajas competitivas más valiosas. El Perú ha logrado un importante avance en el incremento de la cobertura de asegurados gracias a la promulgación de la Ley del Aseguramiento Universal de Salud (AUS) en el 2010, y logró con esto pasar de un 64.5 % el 2011 a 71.9% en el 2015 en el porcentaje de población con seguro médico. El incremento de la cobertura de aseguramiento es más notorio en las regiones, especialmente en aquellas con mayores índices de pobreza como Huancavelica y Apurímac, que en el 2015 alcanzaron 94.5% y 90.6% de población asegurada, respectivamente. Las regiones con menores coberturas fueron Tacna (54.8%) y Madre de Dios (60.6%), básicamente gracias al Seguro Integral de Salud (SIS), que es la principal intervención pública para la protección individual en salud. Uno de los logros más

importantes del SIS Emprendedor, que es otro mecanismo de aseguramiento médico para emprendedores, fue la protección a independientes del Nuevo Régimen Único Simplificado y sus derechohabientes; en 2015 alcanzó a cubrir 257 mil asegurados activos y 427 mil registrados, pero aun así existe una gran cantidad de personas que no cuentan con seguros de ningún tipo, como se puede apreciar en la Figura 26.

**Performance overview**

Index Component	Rank/137	Score (1-7)	Trend	Distance from best
<b>Global Competitiveness Index</b>	<b>72</b>	<b>4.2</b>		
Subindex A: Basic requirements	79	4.4		
<b>1st pillar: Institutions</b>	116	3.2		
<b>2nd pillar: Infrastructure</b>	86	3.8		
<b>3rd pillar: Macroeconomic environment</b>	37	5.4		
<b>4th pillar: Health and primary education</b>	93	5.4		
Subindex B: Efficiency enhancers	64	4.2		
<b>5th pillar: Higher education and training</b>	81	4.1		
<b>6th pillar: Goods market efficiency</b>	75	4.3		
<b>7th pillar: Labor market efficiency</b>	64	4.3		
<b>8th pillar: Financial market development</b>	35	4.5		
<b>9th pillar: Technological readiness</b>	86	3.7		
<b>10th pillar: Market size</b>	48	4.5		
Subindex C: Innovation and sophistication factors	103	3.3		
<b>11th pillar: Business sophistication</b>	80	3.8		
<b>12th pillar: Innovation</b>	113	2.8		

Figura 25. Ponderación 12 pilares Perú 2017.

Muestra los 12 pilares de Perú, con respecto a los Índices Globales de Competitividad para el año 2017, en el cual el cuarto “Salud y educación primaria”.

Tomado de “Pilares del Índice de Competitividad Global 2017 para Perú,” por Centro de Desarrollo Industrial, 2018

(<http://www.cdi.org.pe/InformeGlobaldeCompetitividad/index.html>).

**Contexto para la estrategia y la rivalidad de las empresas.** El marco regulatorio para el sector presenta barreras de entradas fácilmente superadas, con la finalidad de promover así la libre competencia, el libre mercado, y la transparencia. El mayor obstáculo para el ingreso de nuevos actores son los factores de financiamiento, debido a los elevados costos de implementación de un establecimiento de salud; sin embargo, los grupos económicos que

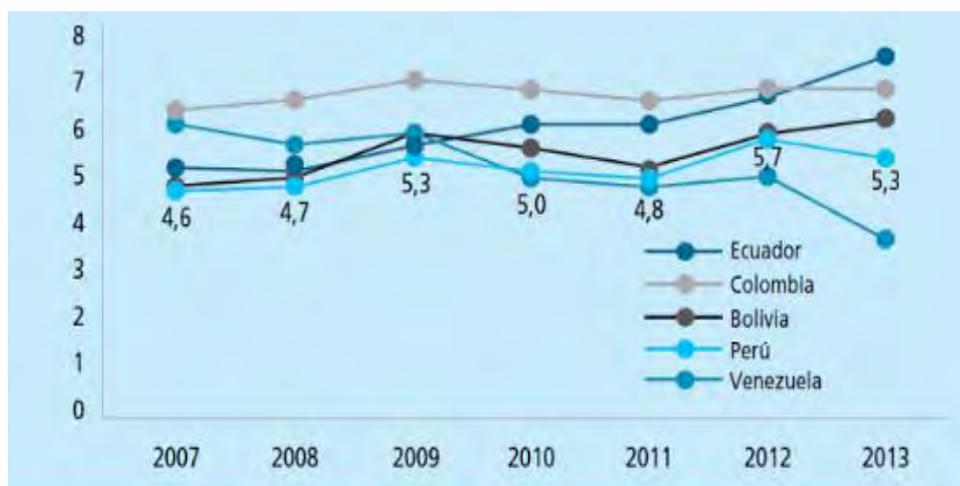
ingresan al sector son grupos sólidos con un buen respaldo financiero. De acuerdo a la presente evaluación de la situación del sector salud del Perú, se consideró conveniente evaluar y comparar al Perú con sus vecinos de la región andina como potenciales competidores, en primer lugar, debido a las similitudes en condiciones de idiosincrasias, lenguaje, herencia de legajes hispanos y americanos precolombinos, y en vista de que mucho dependerá de cómo se avance a nivel de políticas de regulación de productos ultra-procesados que se producen tanto en otros países de la región como en el Perú, inclusive, en la búsqueda de la disminución de la tasa de sobrepeso en la población. Para tales efectos, se mencionará que Lazo et al. (2016) indicaron que la tendencia del gasto en salud como porcentaje del PBI para los países de la región Andina se muestra en la Figura 27. Como se observó en el 2007, Perú fue el país con el más bajo porcentaje de gasto en salud en relación con el porcentaje del PBI, y en 2014, el segundo país con el más bajo porcentaje del PBI destinado para salud. Las fuentes de financiamiento de la salud fueron principalmente el Estado, a través de recursos ordinarios, recursos regionales y endeudamiento en salud. En menor medida, se recibieron recursos provenientes de cooperantes externos, donantes internos y sector privado.

Cuadro 5.1. Cobertura de atención a la salud, Perú 2011-2015<sup>57,62</sup>

	2011	2012	2013	2014	2015
• Población afiliada a algún seguro de salud	64,5	61,9	65,5	69,0	72,9
• Afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)	36,1	31,4	35,3	39,0	43,4
• Afiliada al Seguro Social de Salud (Essalud)	22,7	24,4	24,4	24,6	24,5
• Afiliada a otros seguros	5,7	6,1	5,8	5,4	5,0
• Seguros privados	2,0	1,9	1,9	1,8	1,5
• Seguro de sanidades	1,9	1,9	1,6	1,6	1,5
• Dos o más seguros	1,8	2,4	2,2	2,0	2,0
• Población sin seguro de salud	35,6	38,2	34,6	31,0	27,2

*Figura 26.* Evolución de la cobertura de seguro médico en el Perú 2011-2015. Muestra la evolución del alcance de los seguros médicos en la población peruana, desde el 2011 hasta el 2015.

Tomado de “Cobertura de aseguramiento de la población peruana” (p. 47), por Sistema de salud en el Perú. Situación y desafíos, 2016.



*Figura 27.* Gasto total en salud como porcentaje del PBI más bajos en países andinos. Muestra la comparación entre Ecuador, Colombia, Bolivia, Perú y Venezuela con respecto a su gasto total en salud como porcentaje de su PBI entre los años 2007 y 2013. Tomado de “Gasto total en salud Ecuador, Colombia, Bolivia, Perú y Venezuela del 2007 al 2013,” por Economic Commission for Latin American and the Caribbean [ECLAC].

**Sectores afines y auxiliares.** El sector salud en Perú está complementado por varias instituciones de soporte o complementarias, tales como laboratorios clínicos privados, farmacias, centros de diagnóstico por imágenes privados, etc., caracterizados por su gran soporte a las atenciones médicas regulares y especiales del sector de salud pública, en vista de que aplican muchas veces tecnología. Adicionalmente, Lazo et al. (2016) señalaron que:

En el Perú opera una red de prestación de servicios de carácter mixto, que es estatal, pero que opera como privada. Se trata de una modalidad informal de alianza público-privada implementada por la Municipalidad Metropolitana de Lima, práctica que se ha extendido a diferentes ciudades del país (Hospitales Solidaridad). Asimismo, funcionan múltiples servicios de salud promovidos por organizaciones filantrópicas e iglesias que reciben financiamiento de sus promotores y de la cooperación no gubernamental. El modelo de reforma implementado ha generado un conjunto de entidades aseguradoras, son las instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (IAFAS), que fueron introducidas para favorecer el proceso de aseguramiento. Se trata de un modelo que pretende alcanzar el aseguramiento

universal a través de la organización de múltiples seguros que ofrecen servicios marcadamente diferentes tanto por la capacidad resolutoria como por la calidad de sus prestadores.

En la Figura 28 se puede ver cómo, a través de varias instituciones complementarias, se distribuye el aseguramiento en salud peruana.

Cuadro 1.1. Cobertura según Instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (Iafas)			
Tipo de Iafas		Iafas	Porcentaje poblacional
• Iafas pública	(59,85 %)	Seguro Integral de Salud (SIS)	59,8
• Iafas Seguro Social	(35,3 %)	Essalud	30,9
		Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	2,8
		Iafas del Ejército (Fospeme)	0,1
		Iafas de la Fuerza Aérea (Fosfap)	0,1
		Iafas de la Marina (Fosmar)	0,1
		Iafas de la Policía Nacional (Saludpol)	1,3
• Iafas privadas	(4,7 %)	Empresas de Seguros	2,4
		Prepagas	2,1
		Autoseguros	0,2

Figura 28. Cobertura médica en el Perú según IAFAS.

Muestra la cobertura médica en el Perú según Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

Tomado de “Cobertura según Instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (IAFAS),” por Registro de Afiliados al AUS para todas las IAFAS, 2016.

### 9.3. Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres del Sector

De acuerdo con la teoría de Porter (2012), un clúster es una concentración de empresas interconectadas, apoyadas por proveedores especializados de productos y servicios, empresas de sectores afines, e instituciones conexas que brindan soporte y que cooperan entre sí. Los clústeres tienen como objetivos: aumentar la productividad de las empresas del grupo, impulsar la innovación en el campo, estimular a nuevas empresas en el campo, reducir comportamientos oportunistas y aumentar la presión de coordinación entre empresas. Bajo los conceptos anteriormente descritos, se puede afirmar que no existen clústeres en Salud y bienestar en el Perú debido a muchos factores, entre ellos el que no existe una concentración de hospitales, clínicas, laboratorios especializados, geográficamente distribuidos, menos aún, están comprometidos en incrementar la productividad de las empresas, por ejemplo: las EPS

se han integrado con la prestación mientras que las clínicas con programas de seguros propios, ambos destruyen valor para cada elemento importante en un clúster; no se genera desarrollo en ningún programa, proyecto o institución del sector; el Perú invierte solo un 0.10% de las exportaciones en TIC, menos que todos los países de la OECD (5.9%) y la Alianza del Pacífico (4.7%). Esto último muestra que el desarrollo en investigación en el Perú es el peor de Latinoamérica.

#### **9.4. Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres**

La formación de un clúster de la industria en estudio permitirá que la misma sea mucho más competitiva a nivel región Latinoamericana. Para ello, se sugieren las siguientes estrategias:

- Instalación de un equipo gestor que lidere la implementación del clúster, el cual podría estar integrado por representantes del sector empresarial, instituciones públicas, privadas y universitarias bajo la supervisión principal del Estado Peruano.
- Crear una normatividad para este clúster, capaz de lograr la integración horizontal de todos los integrantes de la industria, con el objetivo de buscar la productividad de todas las empresas agrupadas del sector.
- Aprovechar los tratados de libre comercio y cooperación internacional para atraer la inversión extranjera, capaz de promover la investigación y desarrollo en el sector y formar, en universidades y centros de investigación profesionales dedicados a la I&D.
- Crear oficinas regulatorias para controlar los procesos de mejoramiento, reducción y predictibilidad de tiempos de atenciones de calidad.
- Enfoque en la calidad de atención de pacientes como la mejor estrategia de marketing, gracias a los beneficios que se han obtenido al intervenir o utilizar los servicios del clúster.

## 9.5. Conclusiones

El sector salud en el Perú presenta condiciones alternativas y propuestas de desarrollo, y esto hace que cuente con ventajas competitivas que podría aprovechar para su desarrollo y crecimiento; sin embargo, ello no podrá lograrse si no cuenta con una adecuada infraestructura, tecnología complementaria a la buena capacidad formativa del médico y/o personal de salud del Perú. Asimismo, la formación de un equipo gestor del potencial clúster de la industria es fundamental para lograr la integración de la industria y fomentar así los canales de comunicación que se requieren para su desarrollo. De la misma manera, este organismo será el encargado de iniciar y coordinar la formación de un clúster en la industria, y otras afines que ayuden a mejorar la calidad del servicio de salud en la región, al saber de antemano que actualmente no existe. Si la formación de un clúster se hace posible y sostenible en el tiempo, esto permitirá a la industria tener mayor competitividad regional y convertirse así en la industria líder en la costa del Pacífico y la región Latinoamericana. Se debe concluir también que es responsabilidad del Estado Peruano convocar a las instituciones involucradas en el potencial desempeño empresarial del sector salud, algunos de estos son: gobiernos regionales, gobiernos municipales, MINCETUR, Sociedad Nacional de Industrias, cámaras de comercio, Asociación de Exportadores, gremios empresariales, universidades, entre otros.

## Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

### 10.1. Plan Estratégico Integral (PEI)

Una vez concluidas las fases de intuición, formulación, implementación, evaluación y control, se compone el Plan Estratégico Integral de la obesidad en el Perú. En la Tabla 32 se puede observar el PEI, en el cual se tienen las tres etapas descritas: formulación y planeamiento, dirección e implementación, evaluación y control; del mismo modo, se cuentan con tres monitoreos a tener en cuenta: entorno, competencia y cliente. Esta tabla permite vislumbrar de una manera compacta todos los planes, estrategias y controles desarrollados a lo largo de todo el Plan Estratégico Integral, en palabras de D'Alessio (2015):

El Plan Estratégico Integral cumple varias funciones: ayuda a visualizar y sirve de control del proceso estratégico, facilita la realización de los reajustes necesarios –si estos fueran requeridos– y brinda un panorama holístico de todo el proceso. De esta forma se puede tener una visión integral del plan que es fundamental para cualquier tomador de decisiones, así como para quien desconoce porqué hay que hacer un plan (p. 663).

### 10.2. Conclusiones Finales

1. El Perú ofrece el servicio de salud a la población mediante el MINSA, que tiene la mayor cantidad de hospitales, según datos del 2017, el MINSA cuenta en total con 498 hospitales, que representan (un 46% del total de hospitales), y es seguido por el sector privado, que cuenta con 440 hospitales, lo cual representa un 41% del total de hospitales, mientras EsSalud solo cuenta con 97 hospitales, que representan el 9% del total de hospitales a nivel nacional. Aún queda un arduo trabajo por hacer para poder llegar al 100% de la población, mejorar la salud y bienestar de la población requiere de una visión a largo plazo, lo que se propone en este Plan Estratégico.
2. Según los resultados del Índice de progreso social mundial 2016, presentados por

CENTRUM Católica, el Perú se ubicó en el puesto 35 con 79.35 puntos, en el indicador Salud y bienestar resaltó la crítica situación de la tasa de obesidad con solo 0.17 puntos, lo que le ubicó en el puesto 60 del mencionado ranking, y es catalogado en la grilla roja, que significa bajo desempeño.

3. Concerniente al recurso humano dentro del servicio de la salud, la cobertura es deficiente, debido a que, además de no contar con la suficiente cantidad del recurso humano recomendado por la Organización Mundial de la Salud [OMS], pues que aún se tienen ocho departamentos, de los 25 por debajo de 25 recursos humanos por cada 10 mil habitantes; y teniendo 14 departamentos con menos profesionales de salud que los 10 recomendados por cada 10 mil habitantes.
4. Dentro del sistema de salud, el MINSA recientemente ha implementado diferentes estrategias. El MINSA, durante el 2017 ha buscado introducir mejoras por medio de un concurso público, llamado “Hackathon”, en el cual buscaba promover la creación de aplicaciones y facilidades tecnológicas que ayuden a mejorar estos servicios.
5. Es importante concluir que según el Ministerio de Salud [MINSA] (2016) se encontró que 2% de los adolescentes a nivel nacional presenta delgadez, porcentaje preocupante para una sociedad que cuenta con los recursos necesarios.
6. Se plantea establecer un impuesto a la comida chatarra, el cual eleve los precios de estos productos en un 200% para el 2027, lo cual se sucederá gradualmente año a año, e incrementará un 11.6% anual.
7. Al 2017, se mostró un sector de Salud en franco crecimiento, caracterizado por una orientación a promover altos estándares de calidad, incorporación de profesionales competentes, y fuerte inversión en infraestructura y adquisición de equipos de última generación.
8. Para alcanzar la visión del sector es importante el crecimiento de la capacidad

instalada de las clínicas, algunas de ellas deben ser modernizadas para así solucionar la demanda insatisfecha existente.

9. El sector Salud y bienestar en el Perú es un sector importante y que necesita con urgencia cambios sólidos en su organización, estructura, jerarquías, presupuestos, suministros y, a la vez, en políticas de prevención.

### **10.3. Recomendaciones Finales**

1. Implementar este plan estratégico por parte del Estado Peruano, canalizarlo mediante el Ministerio de Salud, al ser el Minsa el responsable de hacer cumplir este plan estratégico, esto permitirá cumplir la visión a largo plazo en la que la población goce de buena salud y bienestar mediante una alimentación saludable sin altos niveles de obesidad en la población.
2. El Perú debe de tener una mejor asignación financiera para los servicios básicos, en este caso, se deben instaurar políticas que logren incrementar los recursos del presupuesto nacional para el sector salud.
3. Mediante la recaudación de tributos de parte del sector privado, se debe destinar mayor dinero a las instituciones de educación y salud, de tal manera que los estudiantes de salud puedan terminar sus estudios sin mayores problemas, puedan sumarse al sector salud y brindar mayores aportes a la sociedad.
4. En vista de las falencias de la sociedad en temas de salud, específicamente obesidad, se debe prever mediante programas educativos y programas de salud una mayor aceptación y propagación de los mismos; esto se logrará mediante un trabajo coordinado entre el Minsa, el Minedu, el Minagri (Ministerio de Agricultura) y Produce (Ministerio de la Producción), lo cual conllevará indefectiblemente a incentivar en los estudiantes el consumo de comida saludable complementadas con actividades físicas.

5. Los órganos reguladores, en especial la SUNAT, deben incrementar de forma gradual impuestos a la comida ultra procesada, o con altos niveles de calorías; además se debe alertar a la sociedad civil de los efectos dañinos a la salud por consumir este tipo de alimentos.
6. Continuar y acelerar la inversión en infraestructura de parques deportivos mediante el incremento del presupuesto anual del Instituto Peruano del Deporte, y a través del Minedu, incentivar el reclutamiento de deportistas destacados, que serán guiados por profesionales especializados, los cuales gozarán de incentivos y bonificaciones.
7. El sector privado y público de la Salud debe mejorar su interacción para que aprovechen las sinergias entre ambas y compartan recursos para reducir el nivel de insatisfacción.
8. Se debe de implementar un centro de formación gerencial, que nutra de conocimientos en management a los directivos de establecimientos de salud, en general, para mejorar la administración y el uso del recurso de la salud, cuyo principal logro debe ser la prevención.
9. Impulsar alianzas estratégicas entre el sector privado y el público, esto para poder hacer uso de la infraestructura de las clínicas y los hospitales a lo largo del territorio nacional, en consideración, además, de la cantidad población por localidad, la incidencia en enfermedades según determinado grupo de personas.
10. Se deben crear políticas de los gimnasios de escuelas, de tal manera que estos estén abiertos fuera del horario académico regular, también se deben crear convenios con las municipalidades para impulsar gimnasios al aire libre en la mayor parte de ellos, lo cual busca fomentar el deporte.
11. Implementar en la currícula escolar los cursos de nutrición y una cultura de deporte, lo cual conllevará a enfocar los esfuerzos en mejorar los niveles de índice de masa

corporal en los niños del Perú, lo cual mejorará en el largo plazo los indicadores de obesidad que tienen el país.

12. Promover concursos gastronómicos interescolares que se amplíen a todo el territorio nacional y fomenten el uso de productos locales y la preparación de alimentos saludables entre todos los estudiantes a nivel nacional.

#### **10.4. Futuro de la obesidad y la salud en el Perú**

En el año 2027, la salud de la población peruana mejorará, ya que, con el presente plan estratégico se busca reducir la tasa de obesidad, principal causante de enfermedades cardiovasculares y enfermedad relacionada con los desórdenes alimenticios, los cuales generan cáncer. La tasa de muerte por enfermedades no contagiosas se ve así disminuida y hay un aumento en la esperanza de vida a los 60 años, ya que la población es más sana y más deportista. Consecuentemente, al existir una mejor sensación en el bienestar físico de la población y en la disminución de muertes por enfermedades, la tasa de suicidios disminuirá en cierto grado, sucediendo así una reducción íntegra de los tres indicadores evaluados por el IPS, los cuales, efectivamente, sí guardan relación con la tasa de obesidad.

Demográficamente, la población del Perú crecerá un 13.45%, y será determinante la forma de distribución de la población por áreas, que sigue la misma tendencia de los países Latinoamericanos en que los pobladores de la ciudad representan el 70% u 80% del total, y en esta área que es la más afectada por la obesidad, urgen las políticas de salud alimentaria proyectadas al 2027. Al 2027, El Perú será el primer país sudamericano en cuanto a número de leyes para legislación alimentaria, que aseguren alimentación sana para los hogares peruanos. Con esto no solo se ejecutará la ley peruana, firmada por el presidente en mayo del 2013 que implementa la educación en nutrición en las escuelas a través de campañas lideradas por el MINEDU y el MINSA, sino que adicionalmente creará un sistema para controlar la nutrición, el sobrepeso, y la obesidad entre los niños y adolescentes, con

comida saludable en la escuela en quioscos o cafeterías, más actividad física y controles en publicidad dirigida a niños y adolescentes menores a 16 años principalmente.

Al 2027, alrededor de dos tercios de la dieta peruana en promedio consistirán en alimentos tradicionales no procesados, para esto se deberá exigir que el 70% de la comida servida a los niños en los programas de comidas escolares sean no procesados: arroz, frijoles, carne, pescado, frutas o vegetales, e inclusive que el 30% de éstos sean de origen local, lo cual dará valor y promoverá la agricultura familiar con perspectiva empresarial. Al 2027 todas las hectáreas destinadas a la producción agropecuaria y que destinen su producción a la oferta alimentaria nacional estarán saneadas, formalizadas y sujetas a créditos bancarios que deberán ser pagados con la compra estatal de productos alimenticios para escuelas, institutos y universidades. Toda esta gestión se ejecutará a través del Minagri y la Sunat. Al 2027, todos los actores de la industria alimentaria desempeñarán un papel importante en la promoción de dietas sanas del siguiente modo: (a) reducirán el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados en un 50%, lo cual asegurará que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y sean asequibles para todos los consumidores; y (b) eliminará la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas, sobre todo los alimentos destinados a los niños y los adolescentes, y garantizará la disponibilidad de opciones alimentarias saludables.

También, al 2027 el Estado Peruano implementará una ley de infraestructura para eliminar la vida sedentaria, en la cual se indicará que todas las capitales de departamento, provincia y ciudades con más de 5,000 habitantes debe contar con 12 Km. de ciclovías por cada 5,000 habitantes y un polideportivo de libre acceso con profesores capacitados en las diferentes disciplinas deportivas las 12 horas del día. Al 2027 todos los centros de salud pertenecientes a la RED uno, dos y tres debe contar por lo menos con un área de control de peso y asesoría alimentaria gratuita para todos los ciudadanos.

# EL FUTURO DE LA OBESIDAD

La obesidad en el Perú al 2027

## INDICADORES DE SALUD

Para el año 2027, se reduce la tasa de obesidad y, conlleva a la mejora en los indicadores de muertes por enfermedades no contagiosas, esperanza de vida a los 60 años y tasa de suicidios.



## LEGISLACIÓN

El Perú será el primer país sudamericano en cuanto a legislación alimentaria, que aseguren la alimentación sana y nutritiva en los hogares peruanos.

## LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La alimentación saludable será de un 66% de la dieta normal de un peruano normal, el cual contendrá en un 30% productos locales.



## SITUACIÓN DE LAS HECTÁREAS AGRÍCOLAS

Para el año 2027 se tendrán en regla todas las hectáreas agrícolas debidamente saneadas, formalizadas y sujetas a créditos bancarios.



## MÁS DEPORTE

El gobierno incrementará la cantidad de ciclovías, con 12 Km., y 1 polideportivo por cada 5,000 habitantes, además de áreas de control de peso gratuito en todos los establecimientos de salud.



Figura 29. Infografía del futuro de la obesidad.

Muestra los aspectos importantes del planteamiento del futuro de la obesidad en el Perú al 2027.

Tabla 32

Plan Estratégico Integral de la obesidad en el Perú

Visión:						Valores
Para el año 2027, más del 81% de la población del Perú tendrá una salud libre de obesidad, mediante una alimentación saludable y nutritiva, complementada con actividades físicas; lo cual posicionará al Perú como el país con el menor índice de obesidad en Sudamérica.						
Intereses Organizacionales	OLP 1	OLP 2	OLP 3	OLP 4	Principios Cardinales	
1. Proyectar crecimiento sostenible, economías de escala y desarrollo de buenas prácticas de salud. 2. Mejorar la salud de todos los peruanos, con un enfoque en los indicadores mundiales y, en especial, en el que se está más bajo (tasa de obesidad). 3. Crear sinergias resultantes de la estrategia enfocada en la nutrición. 4. Influir en diversas áreas de actividad de la población para conseguir los objetivos planteados.	Al 2027, reducir el consumo de alimentos ultra procesados a 50 Kg. per cápita al año, lo que representará el 38.8%, con respecto al 81.7 Kg. per cápita de consumo en el año 2013 (OPS, 2014).	Al 2027, incrementar la superficie agropecuaria a 50'276,895.07 hectáreas, lo cual representará un 19.87% con respecto a las 42'577,542.62 hectáreas agropecuarias proyectadas al 2017 (INEI, 2012).	Al 2027, incrementar el presupuesto nacional para el deporte a un 0.050% del PBI, lo cual representará un incremento de 1829% con respecto al presupuesto de 0.003% del PBI del 2015 (Forbes República Dominicana, 2015).	Al 2027, incrementar la recaudación tributaria a través de la aplicación de un impuesto para productos ultra procesados que será de un 50.9% del precio de venta, dado que no existe actualmente ninguna recaudación tributaria por este concepto; esto buscará reducir la venta de estos productos (SUNAT, 2017).	1. Influencia de terceras partes 2. Lazos pasados y presentes 3. Contrabalance de intereses 4. Conservación de enemigos	Compromiso. El brindar las condiciones necesarias para poder reducir la tasa de obesidad en el país requiere de un trabajo intensivo y responsable, que no debe ser tomado a la ligera y si con mucho compromiso, considerando que la debida atención y los adecuados cuidados llevarán al cumplimiento de los objetivos aquí planteados.
Estrategias					Políticas	
FO1. Implementar planes de nutrición según la realidad de cada región basados en productos saludables (F3, O1, O3)	X	X		X	P1 y P2	
FO2. Reforzar la investigación en nutrición, aprovechando los temas de salud planteados (F4, O1, O2, O4)	X	X			P3 y P4	
FO3. Incrementar la cantidad de hospitales conectados a la red telemática para mejores diagnósticos y recetas en nutrición (F5, O3, O1)			X		P5 y P6	Respeto. Cada persona que sufre de sobrepeso y obesidad merece el respeto de la sociedad en general. Este respeto es dado no sólo en los centros de salud, laborales o entidades públicas, sino también en cualquier centro social del país.
FO4. Investigar maneras de mejorar la eficiencia en la producción de los productos saludables (F4, O3)	X	X			P7 y P8	
FO5. Mejorar la tecnología de diagnóstico y consulta telemática en temas de nutrición (F5, O4)	X				P9	
DO1. Fomentar la creación de escuelas de nutrición en las diversas instituciones educativas del país (D1, O1, O4)	X				P10 y P11	
DO2. Fomentar la creación de escuelas de posgrado en nutrición y educación física presenciales y a distancia, considerando traer expertos en nutrición de fuera (D3, O1, O4, O5)	X		X		P12 y P13	Veracidad. Esto con la finalidad de crear en la ciudadanía la percepción de credibilidad en las condiciones de atención de todos los centros de salud otorgados por las políticas públicas de salud.
DO4. Disminución de impuestos a empresas que promuevan el deporte físico en la población (D4, O3)			X	X	P14, P15 y P16	
DO5. Promover el desarrollo de la industria de comida saludable para incrementar la retención de nutricionistas por medio de las empresas privadas y del estado (D5, O2, O4)	X	X			P17, P18 y P19	
FA1. Incrementar campañas de nutrición y alimentación saludable (F2, F3, A1)	X	X		X	P20	
FA2. Implementar investigaciones en medicina preventiva, basado en nutrición y alimentación saludable (F4, A1, A3)	X		X		P21 y P22	
DA1. Incrementar las vacantes en las carreras de nutrición a nivel nacional (D1, A1, A4)	X			X	P23 y P24	
Tablero de Control	OCP1.1	OCP2.1	OCP3.1	OCP4.1	Tablero de Control	
1. Perspectiva Financiera	Para el 2019, implantar dentro del currículo escolar los temas de nutrición y gastronomía sana, considerando productos locales, los cuales extienden en cuatro horas semanales el currículo actual, esto generará que el consumo baje de 81.7 Kg. a 72.19 Kg.	Para el 2019, elaborar un plan nacional de competitividad de mercados de alimentos para mejorar la efectividad de la distribución de alimentos y disminuir el exceso de merma en los mismos. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 42'577,542.62 a 44'502,380.73.	Para el 2019, brindar beneficios sociales, educativos y asignaciones económicas a los 1,018 deportistas laureados equivalente a dos sueldos mínimos, esto con la finalidad de atraer a la población en general y promover una cultura de deporte nacional (IPD, 2012). Lo cual incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.003% a 0.015%	Para el 2018, implantar un impuesto que grave a la importación de insumos para la elaboración de productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 0% a 12.73%	1. Perspectiva Financiera 2. Perspectiva del cliente 3. Perspectiva interna 4. Perspectiva de la Organización	<b>Código de ética</b> El código de ética está dirigido a todo el personal administrativo y operativo de salud, donde se busca y exige que ningún trabajador se beneficie en primer grado o de manera indirecta con las políticas de salud de manera indebida a la aplicada a todo ciudadano, respetando el derecho de atención a nivel nacional. Los profesionales del Sector Salud y Bienestar deben adoptar el espíritu y la letra de la ley que rige la conducta de su organización empleadora y ejemplificar los más altos estándares éticos en su conducta para contribuir al bien público. Los profesionales deben servir a sus organizaciones empleadoras con la mayor sensación de integridad, ejercer un juicio sin prejuicios e imparcial en su nombre y promover programas de cumplimiento efectivos. Los profesionales deben esforzarse, a través de sus acciones, para mantener la integridad y la dignidad de la profesión, para avanzar en la efectividad de los programas de cumplimiento y para promover el profesionalismo en el cumplimiento de la atención médica.
2. Perspectiva del cliente						
3. Perspectiva interna						
4. Perspectiva de la Organización						
OCP1.2	OCP2.2	OCP3.2	OCP4.2			
Para el 2020, restringir la venta de comida chatarra en las escuelas públicas y privadas, esto generará que el consumo baje de 72.19 Kg. a 62.68 Kg.	Del 2020 al 2021, se incrementarán los productos agrícolas a través de programas de apoyo a los agricultores por provincias. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 44'502,380.73 a 46'427,218.85.	Del 2020 al 2022 se modificarán las mallas curriculares, donde se incluirá educación física obligatoria en todos los años educativos, tanto en colegios particulares y nacionales, elaborando concursos interescolares que premien el esfuerzo. Lo cual incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.015% a 0.027%	Del 2019 al 2021 se creará una ley que restrinja la distribución de productos ultra procesados entre la población peruana. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 12.73% a 25.45%.			
OCP1.3	OCP2.3	OCP3.3	OCP4.3			
Para el año 2021, promover, a través del DIGESA, la venta de alimentos saludables en las escuelas públicas y privadas, esto generará que el consumo baje de 62.68 Kg. a 53.17 Kg.	Del 2021 al 2022, se elaborará un proyecto de ley que permita que la ley 27360 se extienda a más allá del 2020, que es su plazo actual de finalización, además de disminuir el impuesto a la renta aportado de un 15% a un 10%, únicamente a aquellas unidades agropecuarias familiares que no usen pesticidas ni otros agregados químicos en sus cultivos. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 46'427,218.85 a 48'352,056.96.	Del 2023 al 2024 se crearán campañas publicitarias por radio, televisión y redes sociales, en las cuales se promueve la Revolución del Deporte en el Perú y los beneficios que tiene el ser un deportista calificado. Lo cual incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.027% a 0.038%	Del 2022 al 2024 se incluirá en el impuesto selectivo al consumo a los productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 25.45% a 38.18%			
OCP1.4	OCP2.4	OCP3.4	OCP4.4			
Del 2022 al 2027, reducir el IMC en hombres de 26.37 y de mujeres de 27.28, promedio en el año 2016, a 26.15 en hombres y 27.20 en mujeres para el año 2027 como resultado de la disminución de consumo de alimentos ultra procesados de 53.17 Kg. a 50 Kg.	Del 2023 al 2027 se incrementará la formalización de los predios rurales, a través del Organismo de Formalización de la Propiedad Informal (COFOPRI), a partir del año 2019. Esto generará que se incrementen las hectáreas agropecuarias de 48'352,056.96 a 50'276,895.07.	Del 2025 al 2026 se crearán una red de observación, en la cual se busquen talentos a nivel nacional para entrenarlos y hacerlos deportistas calificados. Lo cual incrementará el presupuesto nacional para el deporte de 0.038% a 0.050%	Del 2025 al 2027 se incrementará el impuesto a los productores que suministren insumos a los fabricantes de productos ultra procesados. Lo cual incrementará el impuesto a los productos ultra procesados de 38.18% a 50.90%			
RECURSOS						
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL						
PLANES OPERACIONALES						

Misión: Garantizar las condiciones necesarias para que la población del Perú goce de buena salud y bienestar mediante políticas específicas, impulsar la alimentación sana y la actividad física, y restringir el consumo de alimentos ultra procesados, todo ello basado en el marco del sistema nacional de salud del Perú.

## Referencias

- ALAMI (2016). *Estadísticas del Mercado de Salud en América Latina*. Recuperado de <http://alami.org/institucional/assets/informe-latinoinsurance.pdf>
- Alarco, G., Anderson, C., Benzaquen, J., Chiri, A., Court, E., D'Alessio, F., Del Carpio, L., Fajardo, A., Figueroa, I., Goñi, N. Graham, A., Indacochea, A., Pino, R., Rodríguez, R., Torres-Zorrilla, J., & Zúñiga, T. (2014, febrero). *Competividad y desarrollo: Evolución y perspectivas recientes*. Lima, Perú: Planeta.
- Andina. (2012, 29 de junio). *Perú debe destinar 1% del PBI a promoción de la investigación científica*. Recuperado de <http://www.andina.com.pe/Espanol/noticia-peru>.
- Arroyo, J., Velásquez, A., Céspedes, S., Malo, M., Pedroza, J., Saco, A., & Zamora, V. (2015). *La salud Hoy Problemas y Soluciones*. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/boletines/centrum.pdf>
- BBC (2017). *Las dos leyes que ayudaron a Japón a tener uno de los índices de obesidad más bajos del mundo*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-39143212>
- Carrasco, V. (2014). *Los Trabajadores de Salud los Actores Olvidados de la Reforma*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n1/a09v31n1.pdf>
- Castro, A., Grosso, C., Paitan, J., Paredes, J., & Talla, J. (2012). *Planeamiento Estratégico para el Sector Salud Privada en el Perú*. (Tesis Magistral, Pontificia universidad Católica del Perú-CENTRUM CATÓLICA). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/7592>
- D'Alessio, F. (2008). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*. México D.F., México: Pearson Educación de México SA.
- D'Alessio, F. (2014). *Planeamiento Estratégico Razonado, aspectos conceptuales y aplicados*. Lima. Perú, Pearson Educación de Perú S.A.

Davelouis, L. (2010, 30 de agosto). ¿Por qué el Estado peruano debe invertir en tecnología?, *El Comercio.pe*. Recuperado de <http://elcomercio.pe/economia/631212/noticia-que-estado-peruano-invertir-tecnologia>

Decreto legislativo N° 885 (2000). Ley de Promoción del sector Agrario. Recuperado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/BB496712581D782805257B7A004AE57C/\\$FILE/885.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BB496712581D782805257B7A004AE57C/$FILE/885.pdf)

Demanda Interna Duplicará su Crecimiento (2017, junio). *El Peruano*. Recuperado de <http://www.elperuano.pe/noticia-demanda-interna-duplicara-su-crecimiento-2017-y-2018-56811.aspx>

Diario el Peruano (2017, 31 de marzo). *Aprueban el Plan Estratégico Institucional PEI 2017-2019*. Recuperado de <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-plan-estrategico-institucional-pei-2017-2019-d-resolucion-ministerial-n-147-2017-minsa-1502192-1/>

Díaz, A., Romero, C., Quiñonez, J., Agapito, J., & Wong, R. (2012). *Planeamiento Estratégico del Servicio de Gestión Informática Para el Sector Salud en el Perú. (Tesis Magistral, Pontificia Universidad Católica Del Perú, CENTRUM CATÓLICA)*. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789>.

Díaz, H., Poma, C., Quispe, R., & Vivanco O. (2016). *Plan Estratégico para la Región Callao (pp. 65-69)*.

Diez-Canseco, F. & Saavedra-García, L. (2017). *Programas sociales y reducción de la obesidad en el Perú: reflexiones desde la investigación*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2772>

Equilibrium Clasificadora de Riesgo S.A. (2012). *Rímac Internacional CIA. de Seguros y Reaseguros*. Recuperado de <http://www.equilibrium.com.pe/Rimac.pdf>

- EsSalud (2016). *Organigrama Estructural*. Recuperado de <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/organigrama.pdf>
- EsSalud (2017). *Plan Estratégico Institucional 2017-2021*. Recuperado de [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan\\_estrategico\\_institucional\\_2017\\_2021.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_2017_2021.pdf)
- Foro Económico Mundial [FEM]. (2012). *Reporte de competitividad global de 2012–2013*. Recuperado de [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GlobalCompetitivenessReport\\_2012-13.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2012-13.pdf)
- Galaz, Yamazaki, Ruiz. (2016). *Lanzamiento del Índice de Progreso Social 2016*. Recuperado de <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/about-deloitte/Indice-Prgreso-Social-2016.pdf>
- Gastañadui, A. (2009, 10 de Julio). *El 63% de Alimentos se vende con un Margen mayor al 61%*. Recuperado de <https://lamula.pe/2014/03/07/por-que-el-reducido-aporte-del-agro-al-fisco-nacional/cepesrural/>
- International Monetary Fund (2016). *Report for selected Countries Subjects*. Recuperado de <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/01/weodata/weorept.aspx?sy>.
- Giordano, P. (2017). *Estimaciones de las Tendencias Comerciales, América Latina y El Caribe*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8698/Estimaciones>.
- Gómez, L., (2004). *Obesidad y Sobre peso en el Perú: ¿y ahora qué?* Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/cino/documentos/exposiciones/expo\\_jacovy.pdf](http://www.minsa.gob.pe/cino/documentos/exposiciones/expo_jacovy.pdf)
- Hartmann, F. (1994). *Las Relaciones Internacionales*. Buenos Aires: Instituto de Publicaciones Navales.

Index Mundi (2018). *Camas de Hospital por Habitantes*. Recuperado de

<https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=pe&v=2227&l=es>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-a). *Perú: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050. Boletín de Análisis Demográfico No 36.*

Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-b). *Perú: Tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida, 1950-2050.* Recuperado de

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11232&name=po19&ext=gif>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-c). *Perú: Población por grupos de edad, 1993 y 2007.* Recuperado de [http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-](http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3646&name=po06&ext=gif)

[dem/cuadro.asp?cod=3646&name=po06&ext=gif](http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3646&name=po06&ext=gif)

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-d). *Censos nacionales población y vivienda, 1993, y 2007 [Perú en cifras].* Recuperado de

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3645&name=po05&ext=gif>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-e). *Indicadores demográficos:*

*Lima: Población censada y tasa de crecimiento promedio anual. Censos nacionales, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, y 2007.* Recuperado de

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-f). *Indicadores demográficos:*

*Perú: Población total, censada y tasa de omisión, según censos realizados, 1940-2007. Censos nacionales, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, y 2007.* Recuperado de

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-g). *Indicadores sociales:*

*Encuesta nacional de hogares: 2004-2010.* Recuperado de

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-soc/cuadro.asp>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-h). *Indicadores demográficos:*

*Censos nacionales de población y vivienda, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, y 2007.*

Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s.f.-i). *Indicadores demográficos:*

*Perú: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y grupos quinquenales de edad, según departamento, 1995-2025.* Recuperado de

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=11229&name=po17&ext=gif>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2011). *Producto bruto interno: 1994-*

*2011. Valores a precios constantes de 1994 (millones de nuevos soles) [Perú en cifras].*

Recuperado de <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-eco/cuadro.asp>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2012b). *Indicadores económicos:*

*Producto bruto interno: 1992-2012 (variación % anual).* Recuperado de

<http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-eco/cuadro.asp>.

INEI (2015). *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios.* Recuperado de

[http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2015-112/01\\_Ficha\\_Tecnica\\_Satisfaccion\\_2015.pdf](http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2015-112/01_Ficha_Tecnica_Satisfaccion_2015.pdf)

INEI (2015). *Compendio Estadístico.* Recuperado de

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1253/compendio2015.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1253/compendio2015.html)

- Johnson, J. (2012). *Plan Estratégico Institucional 2012-2016*. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/pei/2012/PEI2012-2016MINSAREprog.pdf>
- Lazo, o., Alcalde, J., & Espinoza, o. (2016). *El Sistema de Salud del Perú, Situación y desafíos (1th ed.)*. Lima. Colegio Médico del Perú. REP SAC.
- Lemus, J. (s.f.). [*Sp 2*]- *Sistemas de salud*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/6578957/Sp-2-Sistemas-de-Salud>
- Marcos, A. (2010). *Filosofía de la Naturaleza Humana*. Recuperado de [http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/webMarcos/textos/A\\_Marcos\\_Filosofia\\_de\\_la\\_Nz\\_Humana1.pdf](http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/webMarcos/textos/A_Marcos_Filosofia_de_la_Nz_Humana1.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2010). *Análisis de la situación de salud del Perú*. Lima, Perú: José Antonio Corcuera Luján
- Ministerio de Salud. (2011). *Experiencias de Planificación de los Recursos Humanos en Salud*. Lima Perú: Autor. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1612-1.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2011). *Plan sectorial concertado y descentralizado para el desarrollo de capacidades en salud 2010-2014 – PLANSALUD*. Lima Peru: Autor. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s2/II-1.Plansalud.pdf>.
- Ministerio de Salud (2011). *Recursos Humanos en Salud*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1736.pdf>
- Ministerio de Salud (2012). *Evaluación y Análisis de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable año 2012*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/132349370/Evaluacion-de-la-Estrategia-Sanitaria-de-Alimentacion-y-Nutricion-Saludable-2012#>
- Ministerio de Salud (2012). Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2012/RM632-2012-MINSAc.pdf>

- Ministerio de Salud (2013). *Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y DIRESA*. Recuperado de <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/GTIndicadoresCalidad/IndicadoresGestionEvaluacionHospitalaria-Minsa.pdf>
- Ministerio de salud. (2015). *Metodología para el análisis de situación de salud local*. Recuperado <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3399.pdf>
- Ministerio de Salud (2015). *Información de recursos Humanos en el sector Salud*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3397.pdf>
- Ministerio de Salud (2016). *Registro nacional del personal de la salud 2016*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4041.pdf>
- Ministerio de Salud, (2017). *Gestión Institucional*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=604>
- Ministerio de Salud (2017). *Programa Presupuestal Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis*. Recuperado de [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos\\_apelacion/anexo2](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2).
- Ministerio de Salud (2017, 18 de agosto). *Se emplea la Tecnología para ser más eficiente el Gasto*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=24312>
- Ministerio de Salud (2017). *Programa Multianual 2018-2020*. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2017/PMSS-2018-2020-OGPPM.pdf>
- Ministerio de Salud (2018). *Información Financiera Presupuestal 2017*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=205>
- Velásquez, A., Suarez, D., Linares, E. (2016). *Reforma del Sector Salud en el Perú. Derecho, Gobernanza, Cobertura Universal y Respuestas Contra Riesgos Sanitarios*. Recuperado de <https://scielosp.org/scielo.php?>

Naciones Unidas-CEPAL (2011). *El Gasto Social en América Latina El Caribe*. Recuperado de

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15456&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15456&Itemid=270&lang=en)

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial Sobre el envejecimiento y la Salud*. Recuperado de

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (29 de enero 2018). Recuperado de

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

Organización Panamericana de Salud, OPS (2014). *Hoja Informativa-Información de contacto en OPS: NMH/Risk Factors, Dr Enrique Jacoby:Autor*. Recuperado de

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=27545&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27545&lang=es)

Organización panamericana de la Salud. (2018). *Datos de mortalidad en el adulto mayor*.

Recuperado de [dhttps://hiss.paho.org/pahosys/sen.php](https://hiss.paho.org/pahosys/sen.php)

Peruano, El. (2011). *Decreto Supremo 001-2003-SA*. Recuperado de

[http://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/transparencia/ROF\\_INS\\_DECRETO\\_SUPREMO\\_N\\_001\\_2003\\_SA.pdf](http://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/transparencia/ROF_INS_DECRETO_SUPREMO_N_001_2003_SA.pdf)

Portal PQS Iniciativa de Fundación Romero (2014). *¿Sabes cuáles son los países*

*latinoamericanos que Invierten más en Deporte?* Recuperado de

<http://www.pqs.pe/economia/conoce-paises-latinoamericanos-que-mas-invierten-en-deporte>

Porter, M. y Stern S. (2017). *Social Progress Index*. Recuperado de

[http://www.socialprogressindex.com/assets/downloads/resources/en/English-2017-Social-Progress-Index-Findings-Report\\_embargo-d-until-June-21-2017.pdf](http://www.socialprogressindex.com/assets/downloads/resources/en/English-2017-Social-Progress-Index-Findings-Report_embargo-d-until-June-21-2017.pdf)

- Revista Peruana de Medicina Experimental (2014, mayo). Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000100019&script=sci_arttext)
- Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud [SUNASA]. (s.f.). *¿Qué es la SUNASA?* Recuperado de <http://www.sunasa.gob.pe/informacion/quees.htm>
- Reyes, S. y Rozowski, J. (2003). *Transgenic Foods*. Revista chilena de nutrición. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182003000100003>
- Radio Programas del Perú (2014). *En Perú solo hay un nutricionista por cada 6 mil habitantes*. Recuperado de <https://vital.rpp.pe/expertos/en-peru-solo-hay-un-nutricionista-por-cada-6-mil-habitantes-noticia-675682>
- Radio Programas del Perú (2017). *Conoce más sobre la carrera de nutrición*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/suplementos/comercial/educacion-nutricion/mas-nutricionistas-conoce-alta-demanda-esta-carrera-1002918>
- Thepatientfactorcom. (2018). *Thepatientfactorcom*. Recuperado de <http://thepatientfactor.com/canadian-health-care-information/world-health-organizations-ranking-of-the-worlds-health-systems/>
- Velasco, R., Levaggy, P., Peña, A., & Frías J. (2012). *Planeamiento estratégico del Sector Salud Privada de Lima*. (Tesis Magistral, Pontificia Universidad Católica del Perú-CENTRUM CATÓLICA). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/>
- World Food Programme (2017). *Mapa del hambre 2017*. Recuperado de <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000071672/download/>
- World Health organization (2017). *Progress Monitor 2017*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258940/1/9789241513029-eng.pdf>

## Apéndices

### Apéndice A: Entrevista a Expertos

Número	Entrevista 1	Entrevista 2
Entrevistado	Ricardo Pino Jordán	Naddia Rojas Vega
Cargo	Ex-Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento de Salud	Nutricionista Clínica de la Clínica Stella Maris
Fecha	16 de julio de 2018, 12:40 p.m.	16 de julio de 2018, 14:30 p.m.
Lugar	CENTRUM Católica	Clínica Stella Maris
Entrevistadores	Carlos Bonilla, Luis García, Mario León, Luis Sandoval	Carlos Bonilla, Luis García

