



**“PLAN ESTRATÉGICO DE UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA
DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADA”**

**Trabajo de investigación presentado
para optar al Grado Académico de
Maestría en Administración**

Presentado por:

**Sr. Dante Gerardo Burga Vásquez
Srta. Paula Gabriela Ponce de León Lovatón
Sra. Zuleyka Ramos Távara**

Asesor: Profesor José Aníbal Díaz Ísmodes

2018

Dedicado a nuestras familias, que nos acompañaron durante estos dos años con su apoyo incondicional, con paciencia, confianza y amor.

A Cecilia y Layra.

A Pablo, Maru y Sami.

A Ailer, Diego Alonso, Ariadna, Rosa, Roberto, Karla y Kaela.

Agradecemos a la Clínica San Felipe y sus directivos, por la confianza e información brindada, al Dr. Ernesto Aspillaga Morey, por las enseñanzas, y a nuestro asesor, Ing. José Aníbal Díaz Ísmodes, por la paciencia, entereza y compromiso en este trabajo.

Resumen ejecutivo

La Clínica San Felipe, empresa privada prestadora de servicios de salud en el Perú, localizada en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima, Perú, cuenta con 59 años de trayectoria a través de los cuales tuvo diversas etapas de gestión: societaria, familiar, empresarial y corporativa. Es en este contexto que se define la propuesta de desarrollo de un plan estratégico con un horizonte a cinco años. La recopilación de datos se dio a través de fuentes directas e indirectas y la principal limitante se dio en el análisis financiero.

La estrategia de la clínica está alineada a las políticas establecidas de modo corporativo, y utiliza como base teórica la estrategia basada en recursos, lo cual se refleja en el análisis interno de la organización, que determina una capacidad instalada actual disponible de uso. En el análisis del entorno se identificó demanda insatisfecha de la prestación de servicios de salud públicos y privados; además, que la condicionante de acceso está dada por el tipo de aseguramiento y los precios en las empresas privadas en una industria conformada por actores altamente concentrados (alta especialización). Todo esto, en un entorno estrictamente regulado, pero en una etapa de alta variabilidad de la regulación.

Una vez identificadas las oportunidades y amenazas, se determinó el mercado potencial de la clínica y, en conjunto con el análisis integral, se redefinió la estrategia. A nivel de mercado, se determinó la necesidad de penetración de este (usuario final paciente) y el desarrollo de un nuevo producto (usuario final compañías aseguradoras). Para lograr estos puntos, se redefinió la estrategia enfocando el plan basado en la excelencia operacional.

Bajo este esquema, se desarrollaron los planes funcionales de la organización, los cuales mostraron su impacto final, a nivel organizacional, con un incremento en la rentabilidad y disminución de costos; a nivel de la industria, se define un modelo innovador de gestión que cambia el enfoque de pago por prestaciones a un pago por resultados; y a nivel social, se encontró que todas las actividades que forman parte del plan responden de manera responsable a nuestras relaciones con todos los *stakeholders*.

De este modo, el trabajo cumple con los objetivos planteados de identificar los drivers *claves* de crecimiento de la clínica acorde al ciclo de madurez propio de la empresa, determinar un modelo de gestión innovador en el sector que podría ser extrapolado al sector público y abriría paso a la intercambiabilidad de prestaciones entre la industria pública y la privada de salud.

Índice

Índice de tablas.....	x
Índice de gráficos	xii
Índice de anexos	xiii
Capítulo I. Introducción	1
1. Objetivos del trabajo.....	2
2. Importancia	3
3. Limitaciones y contexto.....	3
Capítulo II. Visión global de la empresa.....	5
1. Grupo Banmédica	5
2. Orientación estratégica.....	5
2.1 Visión-Su aspiración.....	5
2.2 Misión	5
2.3 Valores	5
2.4 Áreas de negocio.....	5
3. Políticas corporativas	6
3.1 Calidad y seguridad.....	6
3.2 Financieras	6
3.3 Comerciales	6
3.4 Responsabilidad social empresarial	7
4. Unidades estratégicas.....	7
4.1 Clínica San Felipe, organización y estructura.....	7
4.2 Cultura	8
4.3 El CANVAS actual.....	8
5. Objetivos de largo plazo	10
6. Conclusiones.....	10
Capítulo III. Análisis y diagnóstico situacional	11
1. Análisis externo estructural.....	11
1.1 Sector	11
1.2 Industria	13
1.3 Proveedores.....	14

1.4 Factores	15
1.4.1 Fuerzas políticas, gubernamentales y legales	16
1.4.2 Fuerzas económicas y financieras.....	18
1.4.3 Fuerzas sociales, culturales y demográficas	19
1.4.4 Fuerzas tecnológicas y científicas.....	20
1.4.5 Fuerzas ecológicas y ambientales	21
2. Matriz de evaluación de factores externos (EFE)	22
3. Análisis externo competitivo, las cinco fuerzas de Porter	23
3.1 Poder negociación de los proveedores	23
3.2 Poder de negociación de los clientes	25
3.3 Amenaza de los entrantes.....	27
3.4 Amenaza de los sustitutos.....	28
3.5 Rivalidad de los competidores	29
3.6 Evaluación general de las cinco fuerzas de Porter	30
4. Cadena de valor	31
4.1 Cadena de valor del <i>cluster</i> de salud.....	31
4.1.1 Actividades primarias	31
4.1.2 Actividades de apoyo.....	32
4.2 Cadena de valor de las clínicas privadas.....	33
5. Conclusiones.....	34
Capítulo IV. Análisis y diagnóstico situacional de la organización	35
1. Enfoque de la Clínica San Felipe.....	35
1.1 Cadena de valor actual	35
1.1.1 Actividades primarias	36
1.1.2 Actividades de apoyo.....	36
1.2 Estructura organizacional.....	38
1.2.1 Partes de la organización	38
1.2.2 Configuración en la organización	40
1.3 Impulsos que rigen a la organización.....	41
1.4 Sistema de flujos regulados	41
1.5 El mecanismo de control.....	42
2. Análisis VRIO.....	43
3. Capacidad real y potencial	45
4. Conclusiones.....	47

Capítulo V. Investigación de mercado	48
1. Definición del problema	48
2. Desarrollo del plan de investigación.....	49
3. Recopilación y análisis de la información	49
3.1 Análisis de la demanda: mercado actual.....	49
3.1.1 Estudio descriptivo	49
3.1.2 Estudio exploratorio de afiliados	51
3.1.3 Estudio exploratorio atenciones.....	52
4. Análisis de la percepción del servicio.....	52
4.1 Análisis del estudio exploratorio	53
5. Análisis del mercado potencial	54
6. Conclusiones.....	55
Capítulo VI. Enfoque estratégico.....	56
1. Estrategia actual.....	56
2. Redefinición de la estrategia	57
2.1 Enfoque frente al entorno.....	57
2.2 Enfoque interno (cadena de valor propuesta)	58
2.3 Creación de valor desde la estrategia	59
3. Opinión de expertos en relación con la estrategia.....	60
4. Objetivos del plan estratégico	61
4.1 Objetivo general.....	61
4.2 Objetivos específicos	61
Capítulo VII. Propuesta de planes funcionales	63
1. Plan de operaciones.....	64
1.1 Objetivos	64
1.2 Estrategia de apalancamiento en la corporación	64
1.2.1 Actividades	64
1.2.2 Seguimiento y control.....	65
1.3 Estrategia de enfoque en <i>outcomes</i> finales	65
1.3.1 Actividades	66
1.3.2 Seguimiento y control.....	66
2. Plan de tecnología de información.....	66
2.1 Alineamiento a la estrategia de la organización.....	66

2.1.1	Estrategia de redefinición del modelo de datos	67
2.1.2	Estrategia de implementación de la historia clínica electrónica (HCE).....	68
2.1.3	Estrategia de implementación del CRM en la Nube	69
2.1.4	Estrategia de Implementación del <i>Business Intelligence</i> (BI)	70
2.1.5	Estrategia de implementación de Big Data	71
3.	Plan de Recursos Humanos.....	72
3.1	Propuesta de configuración de la organización.....	73
3.2	Estructura de procesos de Recursos Humanos.....	73
3.3	Gestión del clima laboral	74
3.4	Presupuesto	75
3.5	Conclusiones.....	75
4.	Plan Marketing y Comercial	75
4.1	Visión de la estrategia de marketing.....	75
4.2	Estrategia de Marketing	77
4.2.1	Conexión con los clientes	77
4.2.2	Estrategia de segmentación.....	78
4.2.3	Estrategia de crecimiento.....	78
4.3	Marketing Mix	79
4.4	Presupuesto del Plan de Marketing.....	81
5.	Plan financiero	82
Capítulo VIII. Impacto esperado de las medidas de implementación.....		83
1.	Empresarial-Impacto financiero.....	83
1.1	Evaluación financiera.....	83
1.2	Resultados	85
2.	Industrial: impacto en la industria privada de la salud.....	86
3.	Social: impacto en responsabilidad social	86
3.1	Análisis de las acciones según ámbitos de acción	87
3.1.1	En el ámbito social.....	87
3.1.2	En el ámbito medioambiental	87
3.1.3	En el ámbito económico	88
4.	Actividades por implementar según responsables y plan funcional	88
Capítulo IX. Propuesta de valor y conclusiones		90
1.	Valor académico de modelo estructura salud innovadora.....	90

2. Conclusiones.....	90
Bibliografía	91
Anexos	101
Notas biográficas.....	121

Índice de tablas

Tabla 1.	Áreas de negocio empresas Banmédica.....	6
Tabla 2.	Cobertura según IAFAS	12
Tabla 3.	Disposición específica de las categorías de establecimientos de salud	13
Tabla 4.	Establecimientos de salud por categoría en todo el Perú.....	13
Tabla 5.	Establecimientos de salud privados por categoría en todo el Perú.....	15
Tabla 6.	Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas políticas, gubernamentales y legales.....	17
Tabla 7.	Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas económicas y financieras	19
Tabla 8.	Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas sociales, culturales y demográficas.....	19
Tabla 9.	Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas tecnológicas y científicas	21
Tabla 10.	Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas ecológicas y ambientales	21
Tabla 11.	Ponderación* de las oportunidades y amenazas	22
Tabla 12.	Densidad de recursos humanos por cada 10 mil habitantes	23
Tabla 13.	Análisis de poder de negociación de los proveedores	25
Tabla 14.	Análisis del poder de negociación de los clientes	27
Tabla 15.	Análisis de amenaza de los nuevos entrantes	28
Tabla 16.	Análisis de amenaza de los sustitutos.....	29
Tabla 17.	Análisis de rivalidad de los competidores	30
Tabla 18.	Análisis Integral de las cinco fuerzas de Porter.....	30
Tabla 19.	Características de una configuración profesional diversificada	40
Tabla 20.	Análisis VRIO de la Clínica San Felipe	44
Tabla 21.	Análisis comparativo de la producción actual vs la potencial para definir el porcentaje de uso de la capacidad instalada de Clínica San Felipe	46
Tabla 22.	Distribución geográfica de pacientes de CSF-Lima	50
Tabla 23.	Afiliados seguro complementario laboral-Lima.....	51
Tabla 24.	Afiliados Seguro Pacífico Peruano Suiza-Lima	51
Tabla 25.	Tasa de atenciones por afiliado	52
Tabla 26.	Total de atenciones de afiliados Pacífico en CSF.....	52
Tabla 27.	Encuestas realizadas promedio mes	53
Tabla 28.	Consolidado del grado de satisfacción y recomendaciones de la Clínica San Felipe.	53

Tabla 29.	Consolidado de razón de elección de CSF	54
Tabla 30.	Proyección de afiliados empresa pacífico.....	54
Tabla 31.	Proyección de las Atenciones Potenciales Derivadas de Pacífico	55
Tabla 32.	Proyección de uso de capacidad instalada y atenciones	55
Tabla 33.	Análisis de los factores externos	57
Tabla 34.	Actividades por desarrollar 2018-2022	63
Tabla 35.	Presupuesto de implementación de la HCE (en dólares americanos).....	68
Tabla 36.	Presupuesto de implementación del CRM.....	69
Tabla 37.	Presupuesto de implementación del BI presupuesto	71
Tabla 38.	Presupuesto de implementación de Big Data	72
Tabla 39.	Objetivos, estrategias y actividades del Plan de Recursos Humanos	72
Tabla 40.	Resultados y proyección de la encuesta de clima laboral.....	74
Tabla 41.	Presupuesto de RR. HH.	75
Tabla 42.	Segmentación de mercado	78
Tabla 43.	Presupuesto de MKT	81
Tabla 44.	Objetivos financieros de la CSF 2018-2022.....	82
Tabla 45.	Montos de gastos/inversión en soles	82
Tabla 46.	Cálculo del WACC.....	83
Tabla 47.	Supuestos para el análisis financiero	84
Tabla 48.	Ratio costos de ventas/Ingresos totales.....	85
Tabla 49.	Valor de la empresa (en miles).....	85
Tabla 50.	Actividades por implementar según responsable y plan funcional.....	88

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Cadena de valor de las clínicas privadas	34
Gráfico 2.	Cadena de valor actual	35
Gráfico 3.	Estructura de las constelaciones de trabajo	42
Gráfico 4.	Concepto de la integral de 4P	43
Gráfico 5.	Distribución de atenciones por aseguradora	50
Gráfico 6.	Mapa perceptual del posicionamiento de la Clínica San Felipe ante sus competidores	56
Gráfico 7.	Cadena de valor propuesta	58
Gráfico 8.	Creación de valor desde la estrategia	60
Gráfico 9.	Plan de Tecnología de la Información	67
Gráfico 10.	Proceso continuo de Marketing	76
Gráfico 11.	Estrategia de crecimiento de producto	79

Índice de anexos

Anexo 1.	Cultura organizacional.....	102
Anexo 2.	Alineación estratégica.....	103
Anexo 3.	Modelo de negocios canvas.....	104
Anexo 4.	Mapa del sistema de salud del Perú.....	105
Anexo 5.	Cadena de valor del negocio de salud en el distrito de Lima	106
Anexo 6.	Redes de cobertura de seguro	107
Anexo 7.	Estructura organizacional de la Clínica San Felipe	108
Anexo 8.	Encuesta de satisfacción	109
Anexo 9.	Análisis de la encuesta de satisfacción por servicios y preguntas globales.....	110
Anexo 10.	Resultados de entrevista pautada.....	111
Anexo 11.	De la cadena de valor a los procesos	113
Anexo 12.	Presupuesto de servicios de la Nube de Azure Microsoft	114
Anexo 13.	Estados financieros sin estrategia	115
Anexo 14.	Estados financieros estrategia conservadora	116
Anexo 15.	Estados financieros estrategia esperada.....	117
Anexo 16.	Estados financieros estrategia optimista.....	118
Anexo 17.	Evaluación de impacto y factibilidad sobre los <i>stakeholders</i> de las acciones a implementar.....	119
Anexo 18.	Escala de calificaciones para evaluar las factibilidades de las acciones a implementar	120

Capítulo I. Introducción

Un sistema de salud se define como una estructura social constituida por organizaciones, instituciones, personas y recursos, que tienen como objetivo primordial mejorar la salud (Organización Mundial de la Salud 2017); donde se establecen como elementos básicos de todo sistema de salud: (i) la prestación de servicios, (ii) la dotación de personal sanitario, (iii) la financiación, (iv) los sistemas de información, (v) el liderazgo y la gobernanza, (vi) los productos médicos y (vii) las tecnologías.

Bloomberg (s.f.) evalúa desde el 2009 el índice de eficiencia en salud, el cual permite comparar los sistemas de salud del mundo. Para la construcción de este índice, se utilizan varios criterios a los cuales se les asignan distintos pesos ponderados¹; en los resultados del 2014, el Perú se encuentra en el puesto 36 de 145 países, a la cabeza de los países asiáticos. Es importante considerar que, según refiere Ginsburg (2016)², cuanto más segmentado y desarticulado es un sistema de salud, será más ineficiente, debido a la duplicidad de inversión que encarecerá los costos de los servicios de salud como país.

Del concepto de Ginsburg podemos inferir que para el sector salud es fundamental identificar cuánto, cómo y en qué se invertirá. Para dar respuesta a las preguntas antes planteadas es necesario identificar los drivers en la administración de una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS), que permitan su crecimiento y sostenibilidad, considerando los continuos cambios en los modelos de trabajo de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), y tomando en cuenta los factores sociales, políticos y económicos; esto, en un contexto país como el peruano, que cuenta con un sistema de salud segmentado y desarticulado (Arce Rodríguez 2010).

En la actualidad, el rol de las IPRESS en la industria privada de salud es crucial, considerando que, desde el 2011, esta se encuentra concentrada en ocho grupos económicos: Credicorp-Banmédica, Breca, Grupo Salud del Perú, Mapfre, Grupo Inversiones en Salud, Cruz Blanca, Fressenius (Clínica Ricardo Palma) y Complejo San Pablo; lo cual, según Torres y Huacles

¹ Cada país se clasificó según tres criterios: esperanza de vida (60% ponderada), costo relativo per cápita de la atención de la salud (30%) y el costo absoluto per cápita de la atención de la salud (10%). Dentro de cada criterio, el 80% del puntaje se derivó de la evaluación más reciente del sistema de atención de la salud y el 20%, a los cambios, si los hubo, durante el año anterior.

² Paul Ginsburg es director del *Brookings Institution's Center for Health Policy*.

(2015), contrariamente al pensamiento intuitivo de que la industria de salud privada busca complementar la demanda insatisfecha del sector, se han generado condiciones que incrementan las brechas y desigualdades.

En este contexto se encuentra la Clínica San Felipe (CSF), considerada una IPRESS privada. El presente trabajo de investigación plantea el análisis integral de sus unidades funcionales, para identificar las oportunidades de mejora que permitan desarrollar estrategias para hacer frente a sus planes de expansión de capacidad instalada, en el marco de un ambiente altamente competitivo, dado los cambios (i) en las preferencias y necesidades de los consumidores de los servicios de salud (público-privados) y (ii) en el mercado de aseguramiento en salud (IAFAS).

Michael Porter establece que el valor real que les interesa a los pacientes es el resultado clínico (cómo mejoró su salud luego de la atención) por cada dólar gastado en esa atención (Porter y Olmsted Teisberg 2006). Schutzer et al. (2015) plantean que el valor real en el sector salud debe enfocarse en seis parámetros: (i) la demanda de datos confiables y transparentes sobre los resultados y los costos relacionados con la atención que buscan los usuarios; (ii) la rapidez de las instituciones en publicar la información de estadísticas y de resultados para satisfacer la necesidad de los usuarios de autoinformarse; (iii) demanda de transparencia de precios por parte de todos los compradores de productos para el cuidado de la salud; (iv) un aumento del “consumismo” en el cuidado de la salud: los pacientes se están volviendo sensibles a los precios y, por lo tanto, exigirán datos sobre el verdadero costo real de la prestación de sus servicios; (v) participación creciente de los grandes empleadores autofinanciados y sus consorcios en iniciativas de reforma del cuidado de la salud, que utilizan el apalancamiento y la preferencia del paciente para influir en este proceso; y, finalmente, (vi) nuevas metodologías de pago, como pagos basados en episodios, pagos combinados y precios basados en referencias que reemplazarán a los modelos tradicionales de honorarios por servicio. Por lo antes descrito, se ha definido la importancia de desarrollar en el presente trabajo un plan estratégico que permita el desarrollo sostenible de la IPRESS como unidad y como agente articulador en el sistema de salud peruano.

1. Objetivos del trabajo

Como se mencionó en párrafos anteriores, se ha elegido una IPRESS privada para generar un modelo que pueda ser replicado por las demás y mejorar los servicios de salud en el país. Para ello, el presente trabajo tiene los siguientes objetivos:

- Analizar el sector salud peruano y la industria privada de salud, identificando las oportunidades para articular esfuerzos públicos y privados con el objetivo de responder a la demanda de servicios de salud en el país de manera óptima.
- Conocer y evaluar el contexto de la transformación de una clínica con gestión familiar a una gestión empresarial, para determinar los *drivers* clave para el crecimiento.
- Analizar la actual propuesta de valor de la CSF y determinar si esta responde de manera integral al entorno social, político y económico.
- Establecer, con una visión innovadora, cuál o cuáles son: (i) las áreas de la CSF y (ii) los modelos funcionales claves para su crecimiento en capacidad instalada y prestación de servicios hasta el 2022, para poder definir y desarrollar estrategias de crecimiento sostenibles y socialmente responsables.

2. Importancia

El incremento del poder adquisitivo de la población peruana, resultado del crecimiento económico que nuestro país experimenta durante los últimos años, sumado a la insatisfacción (Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI 2015) por la calidad de atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas, ha conllevado a que las IPRESS privadas tengan mayor preferencia, debido a la demanda insatisfecha en el sector de salud pública.

En este contexto de crecimiento, la importancia de identificar las oportunidades de mejora en las distintas áreas funcionales de la IPRESS tiene un papel estratégico. Por ello, en este trabajo desarrollaremos un análisis interno muy profundo de la organización, contextualizando estas oportunidades de mejora, dentro de la necesidad de expansión de esta IPRESS.

3. Limitaciones y contexto

La empresa forma parte de una casa matriz originaria de Chile que, en los últimos cinco años y al cierre del trabajo, está finalizando un proceso de fusión con una corporación peruana y prevé un potencial proceso de adquisición por parte de una corporación estadounidense, motivo por el cual el acceso a la información financiera detallada fue restringido: los estados financieros de la IPRESS analizada fueron obtenidos de través de: (i) la información pública que proporciona Banmédica en su página web, e (ii) información no pública proporcionada por la propia IPRESS.

Es importante mencionar que las cifras presentadas en el siguiente trabajo han sido modificadas por cuestiones de confidencialidad; sin embargo, mantienen su proporcionalidad vertical. En lo que respecta al posicionamiento de la empresa, para el desarrollo del plan estratégico se considerará la empresa como: (i) subsidiaria de una corporación internacional y (ii) empresa parte de una red de empresas prestadoras de servicios de salud.

Capítulo II. Visión global de la empresa

1. Grupo Banmédica

Banmédica es una empresa en la industria de salud en Chile, que opera a través de tres áreas de negocio: seguros de salud, prestadoras de salud y rescate móvil, e internacional. Según Alcalde (2014), el 80% de las operaciones de Banmédica se desarrollan en Chile y el 20%, en Perú y Colombia (Empresas Banmédica 2016).

2. Orientación estratégica

2.1 Visión-Su aspiración

«Ser líderes en el cuidado de la salud de las personas durante toda su vida», a través de: (i) ofrecer una propuesta de salud innovadora, de excelencia y costo-eficiente, (ii) ser reconocidas como la empresa más atractiva en el sector salud y que cuenta con el mejor equipo humano, y (iii) lograr un impacto positivo en la comunidad, colaboradores y accionistas (Rivas Salinas 2016).

2.2 Misión

«Promover en el área prestadores de Empresas Banmédica, una forma de organización que utilice siempre las mejores prácticas para la solución de los problemas de salud de las personas, que permita el desarrollo de la educación médica continua y del sistema privado de salud» (Pavez 2015).

2.3 Valores

Son siete: (i) calidez y cercanía, (ii) transparencia y confiabilidad, (iii) excelencia, calidad y eficiencia, (iv) innovación, (v) flexibilidad, (vi) trabajo en equipo y (vii) liderazgo.

2.4 Áreas de negocio

En la tabla 1, se pueden observar las áreas de negocio de la empresa:

Tabla 1. Áreas de negocio empresas Banmédica

Área local-Chile		Área internacional-Latinoamérica	
Seguros de salud	Área prestadora de salud y rescate móvil	Seguros de salud	Área prestadora de salud
Participación: 26,2% Penetración: 24,2% Principales competidores: Isapres abiertas del mercado: Consalud, Cruz Blanca, Colmena y Masvida.	Brinda atención de salud hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria a través de clínicas de mediana y alta complejidad. Su participación en la región metropolitana del sector privado es del 35%.	Colombia: (i) Colmédica Medicina Prepagada y Aliansalud, (ii) Editorial para la Ciencia Ltda., Perú: sociedad con (iii) El Pacífico Peruano Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros.	Colombia: (i) Clínica del Country, (ii) Clínica La Colina, (iii) Clínica Portoazul; Perú: (iv) Clínica San Felipe, (v) Red SANNA y (vi) empresas subsidiarias del grupo Pacífico.

Fuente: Elaboración propia, 2017, basada en la Memoria Anual, 2016, Empresas Banmédica.

3. Políticas corporativas

3.1 Calidad y seguridad

El Consejo Médico de Banmédica, considerando la complejidad del entorno y la exigencia regulatoria de los países en los que está presente, propone una política corporativa centrada en el paciente, la cual permita respetar sus derechos, gestionar la calidad, estandarizar las prácticas y procesos clínicos relevantes (Rivas 2016).

3.2 Financieras

Banmédica es estable en cuanto a sus políticas de inversión (en negocios, compatibiliza el retorno con la inversión y el riesgo), financiamiento (busca que el crecimiento de sus filiales se dé a través de recursos propios), reparto de dividendos (alineado de modo corporativo) y estrategia de crecimiento orgánico (en planes de inversión a cinco años) (Empresas Banmédica 2016: 29-32).

3.3 Comerciales

Se enfocan en brindar un servicio de la *mayor calidad*, atendido por un grupo de profesionales altamente capacitado, para llegar cada vez a más clientes; aprovechar las tecnologías de información para promover el autopago de pacientes ambulatorios; e impulsar el crecimiento de ventas digitales, para incrementar los usuarios de medicina prepagada (planes familiares).

3.4 Responsabilidad social empresarial

Se refleja en las actividades realizadas por la fundación Banmédica, cuya línea de trabajo promueve: el desarrollo de nuevas estrategias de promoción y prevención de salud; campañas educativas que propicien la realización de exámenes preventivos, cuyos resultados permitan elaborar medidas concretas en torno a la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles; y una contribución al desafío de conseguir un cambio conductual de la sociedad hacia estilos de vida saludables que permitan disminuir la prevalencia de los factores de riesgo (Empresas Banmédica 2016: 239-241).

4. Unidades estratégicas

Según lo descrito en el punto uno, CSF forma parte del área de negocios internacional. Con este modelo de gestión, Banmédica mantiene una estructura autónoma de sus distintas unidades estratégicas de negocio, lo cual presenta la oportunidad de aprendizaje entre las diversas unidades, que permita adaptar buenas prácticas a las realidades, mercados y recursos de cada organización.

4.1 Clínica San Felipe, organización y estructura

La CSF, durante su desarrollo en 59 años, ha recorrido un largo camino, que va desde la gestión de la sociedad médica por un grupo de ginecólogos en los años cincuenta, a la gestión familiar en los años ochenta por la familia Roe Gómez; hasta alcanzar a la gestión empresarial con la llegada del grupo Banmédica, lo cual implicó establecer los lineamientos de la reformulación de la estrategia y mantener la calidez humana en un contexto rentable y sostenible en el sector salud.

La evolución de la línea de negocio contempló: en los años cincuenta, una clínica materno-perinatal; en los años ochenta, una clínica geriátrica con médicos especialistas de formación internacional (EE. UU); en el 2008, una clínica general de mediana complejidad; y, actualmente, una clínica de referencia de alta complejidad.

Una vez tomadas las experiencias de las diversas unidades estratégicas de Empresas Banmédica, CSF consolida su modelo y desarrolla nuevas iniciativas para innovar en la creación de valor en la industria privada del sector salud. El desarrollo y crecimiento de CSF está enfocado actualmente en la prestación del servicio y el paciente, por lo que relega a segundo plano la estructura y gestión de las áreas de soporte de modo general, exceptuando el modelo de gestión

financiera con el objetivo de garantizar el cobro³. Los puntos desarrollados a continuación han sido tomados del manual de organización y funciones de la institución y contruidos con base en una fuente directa (Ponce de León 2017a)⁴. La misión, visión, valores, pilares de acción y políticas institucionales, en sus enunciados (anexo 1), se enmarcan, según lo propuesto por Aspíllaga (2014)⁵, en cinco parámetros presentes en sus escritos y actividades: el paciente, la calidad y la mejora continua, el profesionalismo, el aprendizaje y la seguridad.

4.2 Cultura

Desde el año 2013, la CSF ha desarrollado una “cultura de servicio centrada en los pacientes”, con el eslogan “construyendo juntos”, que representa la búsqueda de la integración administrativo-asistencial del personal que labora en la institución.

La cultura organizacional determina el modelo de gestión de la CSF, el cual define el cambio como elemento constante y de velocidad incremental. La adaptación al cambio, de manera natural, tiende a generar fatiga, por lo que es sustancial determinar el norte colectivo adonde se dirige la organización y cómo se conducirán todos los colaboradores en este proceso. La CSF busca desarrollar equipos multidisciplinarios de alto desempeño que permitan responder al cambio constante, para lo cual es crucial la identificación de los perfiles personales: transparentes, innovadores, involucrados y ágiles, los cuáles serán los conductores de los cambios.

4.3 El CANVAS actual

- **Propuesta de valor actual**
 - Atención centrada en el paciente
 - Modelo de gestión asistencial-administrativa con enfoque resolutivo centrado en el paciente
 - Seguridad y gestión de riesgos: protección del paciente, los colaboradores, los médicos y la institución
 - Profesionalismo-aprendizaje, definidos como institución camino a ser docente
 - Calidad, definida como propuesta de estructura de cumplimiento de indicadores internacionales de producción, eficiencia y seguridad, añadiendo la innovación como pieza clave de los procesos de mejora

³ Este punto se desarrollará con mayor amplitud en el capítulo 3.

⁴ Entrevista estructurada a la Coordinadora Médica de la Clínica San Felipe

⁵ El Dr. Ernesto Aspíllaga Morey es director médico de CSF y miembro de la alta dirección, la esencia de CSF.

- **Relaciones claves**

- BanMédica, desde el 2008, brinda la oportunidad de mantener la relación con las clínicas del holding: Vespucio, Dávila y Santa María en Chile; al igual que la clínica El Country en Colombia, con las que comparte el *know how*.
- Credicorp, desde el 2015, a través de la filiación con Johns Hopkins, brinda oportunidades de capacitación para la CSF.
- Pacífico Peruano Suiza, desde el 2016, en sociedad con el Grupo BanMédica.
- Aliada en proceso de consolidación para el desarrollo de centros de excelencia.
- Universidad Peruana Cayetano Heredia y Universidad de Piura, con la que tiene convenios académicos vigentes para temas de formación y licencia.
- Red SANNA, red de salud para traslado de pacientes para desarrollo de mayor capacidad resolutive.
- Terceros clave de servicios de salud: Radio Terapia (aliada), Centro de Diálisis (Dyalis), anatomopatología (Arias Stella) y patología clínica (Laboratorio Roe).
- Terceros clave de soporte: Securitas (seguridad), SILSA (limpieza), Belnat (nutrición).

- **Actividades claves**

- Prestación de servicios ambulatorios: consulta externa, emergencia y servicios de apoyo al diagnóstico.
- Prestación de servicios hospitalarios: hospitalización y unidades críticas, adulta, ginecoobstétrica, pediátrica y neonatal.
- Prestación por unidades especializadas: Hypnos, perinatología, asma, entre otras.

- **Recursos claves**

Recursos humanos: médico de planta, colaboradores (administrativos operacionales y asistenciales).

- **Recursos estructurales**

- Acorde a la norma técnica 113-MINSA/DGIEM.V.01
- Recursos intangibles: Modelo de Gestión y marca “San Felipe, Vive Mejor”

- **Relación con los clientes**

- Interno: médicos pertenecientes al *staff* y médicos de cortesía
- Externo: compañías de seguro, empresas, entidades del estado (Minsa, EsSalud,

Saludpol), *clusters* poblacionales y pacientes independientes

- **Canales de distribución**

- *Call Center*
- Página Web
- Venta directa en la institución: *counters*
- *Mailing*

- **Mercado meta y clientes**

- Clientes que requieran servicios de atención de alta complejidad
- Población del estrato socioeconómico A-B

- **Estructura de costos**

Costos directos

- **Fuentes de ingresos**

Los ingresos se conforman: 70 – 85 % por compañías de seguro y 25 - 30% por pago de bolsillo

5. Objetivos de largo plazo

- Producción: crecimiento anual en ventas de 5%
- Diferenciación: modelo de gestión asistencial-administrativa con enfoque resolutivo centrado en el paciente
- Innovación: enfoque en mejora continua

6. Conclusiones

La CSF, como unidad estratégica, se encuentra alineada a la estrategia corporativa transnacional de Empresas Banmédica y ha logrado desarrollarse en la industria privada de salud (ver anexo 2). El análisis del modelo CANVAS (ver anexo 3) evidencia con claridad el enfoque en los recursos y el cliente; por lo cual aunque la propuesta de valor es sólida, frente a situaciones de crecimiento las actividades clave no enfocadas en el desarrollo de las unidades de soporte, podría resultar en ineficiencias operacionales que impedirán sostener el modelo centrado en recursos y clientes.

Capítulo III. Análisis y diagnóstico situacional

1. Análisis externo estructural

1.1 Sector

Según Lazo-Gonzales et al. (2016), el sistema de salud en el Perú se divide en dos subsectores (industrias) muy importantes: el público y el privado, ambos se rigen bajo el cumplimiento de las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud (Minsa) y son supervisados por la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud).

En el anexo 4, podremos observar el mapa del sistema de salud del Perú, al cierre del 2016. El sistema de salud peruano se segmenta en tres regímenes de financiamiento:

- **Régimen contributivo indirecto**

Subsidiado y se financia con recursos del fisco, aportes de los hogares y algunas donaciones de la cooperación intergubernamental.

- **Régimen contributivo directo**

Se financia mediante contribuciones directas y obligatorias de los empleadores. Está comprendida por dos modalidades: el Seguro Social del Perú (EsSalud) y el seguro social privado, conformado por instituciones de intermediación financiera, 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 de sus miembros.

- **Régimen privado**

Financiados por el *gasto de bolsillo* de las familias, a través del pago directo de honorarios profesionales o mediante la contratación de planes de atención a seguros privados (empresas de seguros, autoseguros y prepagas).

Los servicios de salud públicos están administrados por cada gobierno regional, bajo la Dirección de Redes Integradas de Salud (Diris) de cada una de las regiones, siempre en el marco normativo y las políticas definidas por el Minsa.

Los beneficiarios del seguro social pueden optar por recibir servicios de EsSalud en su propia red a nivel nacional, o incorporarse a una EPS (modalidad privada), que les provee la atención de menor complejidad (capa simple), a través de servicios privados. Los casos de mayor complejidad se derivan a EsSalud. Los tres institutos militares y la Policía Nacional cuentan cada cual con su propia red de servicios.

Por otro lado, opera una red de carácter mixto: es estatal, pero opera como privada. Nos referimos a los Hospitales de la Solidaridad, los cuales tienen una modalidad informal de alianza público-privada.

En este modelo del sector salud en el Perú, existen entidades aseguradoras que son las instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento de la salud (IAFAS). Con ello, se 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, tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 2. Cobertura según IAFAS

Tipo de IAFAS	IAFAS	% 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

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Lazo-Gonzales et al. (2016).

La resolución ministerial N.º 546-2011/MINSA, define categorías de los establecimientos de salud en base a los niveles de complejidad y a características funcionales que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende (ver tabla 3).

Tabla 3. Disposición específica de las categorías de establecimientos de salud

Nivel	Categoría	Tipo de establecimiento de salud
Primer	Categoría I-1	Puesto de salud o posta de salud con profesional de salud no médico. Consultorio de profesional de la salud (no médico)
	Categoría I-2	Puesto de salud o posta de salud (con médico). Consultorio médico (con médico, con o sin especialidad)
	Categoría I-3	Centro de salud, centro médico, centro médico especializado o policlínico
	Categoría I-4	Centro de salud con camas de internamiento o centro médico con camas de internamiento
Segundo	Establecimientos de salud de atención general	
	Categoría II-1	Hospitales de atención general o clínicas de atención general
	Categoría II-2	Hospitales de atención general o clínicas de atención general, con cuidados intensivos
	Establecimientos de salud de atención especializada	
	Categoría II-E	Hospitales de atención especializada clínicas de atención especializada
Tercer	Establecimientos de salud de atención general	
	Categoría III-1	Hospitales de atención general o clínicas de atención general, con hemodiálisis. Opcional: radioterapia y medicina nuclear
	Establecimientos de salud de atención especializada	
	Categoría III-2	Institutos especializados (investigación, docencia, etc.)
	Categoría III-E	Hospitales de atención especializada, clínicas de atención especializada, más radioterapia y, como opcional, medicina nuclear

Fuente: Elaboración propia, 2017. Con base en la Resolución Ministerial N.º 546-2011/MINSA NTS N.º 021-MINSA/dgsp-v.03.

La cantidad de establecimientos de salud en todo el país, por cada categoría, se pueden apreciar en la tabla 4, a continuación:

Tabla 4. Establecimientos de salud por categoría en todo el Perú

Categoría	N.º de establecimientos	Categoría	N.º de establecimientos
Categoría I-1	7.263	Categoría II- 2	88
Categoría I-2	4.125	Categoría II-E	125
Categoría I-3	2.656	Categoría III-1	35
Categoría I-4	441	Categoría III-2	13
Categoría II-1	265	Categoría III-E	7
Total		15.018	

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en SuSalud (2015).

1.2 Industria

En 1997, con la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, se reformó el Instituto Peruano de Seguridad Social y se creó el Seguro Social en Salud.

Comprendería dos modalidades: la tradicional, que cambia su denominación a EsSalud, y la privada, a través de las entidades prestadoras de salud (EPS), que brinda un plan de beneficios de baja complejidad a través de las redes de establecimientos privados. Asimismo, se creó la Superintendencia de EPS (SEPS) como organismo supervisor de esta modalidad de prestación de servicios (Lazo-Gonzales et al. 2016). Es así como este sistema de aseguramiento ha permitido incrementar el nivel competitivo de los establecimientos privados de salud. Según SuSalud, la industria de la salud privada en su totalidad representa el 43% del sector. Si acotamos más nuestro análisis a las categorías II-1, II-2 y III-1, que son las que incluyen las clínicas privadas, esta sección de la industria representa el 42%. Ahora bien, en la sección de la categoría III-1, en la cual se ubica la CSF, representa tan solo el 11% (ver la tabla 5).

Considerando específicamente el sistema de aseguramiento privado, podemos referirnos a las pólizas EPS (complementarios a la seguridad social), pólizas PPS (seguros independientes) y otras pólizas complementarias. El aseguramiento privado segmenta el acceso por *redes* de atención a las cuales se restringe el acceso en función del tipo de póliza con la que cuenta el paciente. Las redes se distribuyen desde la red 1 hasta la red N (variable, de acuerdo con la IAFA; ver anexo 6), donde a cada red está asociada a un grupo de centros médicos y/o clínicas privadas, un copago o importe que paga el afiliado cada vez que pasa una consulta ambulatoria y un porcentaje de cobertura para los servicios adicionales, gastos de hospitalización, etc., que también son asumidos por el afiliado.

Según el número de red, desde la 1 hasta la N: (i) mejora la calidad, prestigio y capacidad resolutoria de las clínicas, (ii) se incrementa el copago y (iii) se reduce el porcentaje de cobertura. Esto quiere decir que, a mayor número de red, mayor es el pago que tiene que asumir el afiliado. En este contexto de la definición de las redes de atención de las EPS, la CSF está incorporada en la red 8 y la red 6, de los planes de EPS (Pacífico 2017; Rimac 2017)⁶.

1.3 Proveedores

Tal como se aprecia en la tabla 5, la industria de salud privada cuenta con distintos tipos de proveedores, como aquellos principales que se pueden clasificar de acuerdo con el tipo de bien o servicio que proveen (Saludiaro 2017).

⁶ Se han tomado como referencia los planes de EPS que tiene los trabajadores del BBVA Continental y la Universidad del Pacífico.

Tabla 5. Establecimientos de salud privados por categoría en todo el Perú

Categoría	Total	Privados	% de privados
Categoría I-1	7.263	2.885	40
Categoría I-2	4.125	1.923	47
Categoría I-3	2,656	1.259	47
Categoría I-4	441	92	21
Categoría II-1	265	122	46
Categoría II-2	88	37	42
Categoría II-E	125	110	88
Categoría III-1	35	4	11
Categoría III-2	13	1	8
Categoría III-E	7	1	14
Totales	15.018	6.434	43

Fuente: Elaboración propia, 2017, con datos de SuSalud (2015).

Proveedores de medicamentos, insumos y drogas: según la Digemid, a nivel nacional, se cuenta con 291 proveedores a diciembre del 2017, entre laboratorios y droguerías. De los mencionados anteriormente, el 62% son proveedores nacionales. Asimismo, el 95% de los laboratorios son nacionales y 94% de las droguerías son extranjeras.

Proveedores de equipo médico, logística sanitaria, limpieza: según el directorio de Diario Médico (s.f.), el número empresas que proveen equipos médicos, logística sanitaria y limpieza en Lima asciende a 181.

Laboratorios: según el Instituto Nacional de Calidad-Inacal (2017), los laboratorios de análisis en el Perú ascienden a más de 770 empresas, de los cuales solo el 10% de ellos operan con sistemas basados en procesos y sistemas de gestión de calidad.

A pesar de que la actual legislación nacional en materia de asuntos médicos es muy engorrosa para la autorización del ingreso y uso de insumos y equipos médicos, el mercado peruano cuenta con una amplia gama de proveedores para abastecer el sector. Es importante mencionar que, en las negociaciones con ellos, primarán aquellos acuerdos que se realicen por volumen sobre aquellas individuales.

1.4 Factores

Analizaremos los principales factores del macroentorno, evaluando las variables o fuerzas de cada uno de ellos, para identificar aquellas oportunidades y amenazas más importantes según el grado de influencia que tienen sobre las actividades, proveedores y compradores de la industria de la

salud privada. Para ello, en seguida desarrollamos el análisis PESTEC (factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos y competitivos).

1.4.1 Fuerzas políticas, gubernamentales y legales

- **Estabilidad política**

El Perú es un país pese a la variabilidad de gobernantes y los cambios políticos, el impacto en a nivel económico es mejor según lo referido por Olaechea 2017, Perú se considera un país con mucha esperanza para las inversiones, pero por otro lado a nivel de normatividad en el sector salud, se muestra un panorama altamente cambiante.

- **Política fiscal**

Para el Banco Mundial, la política fiscal peruana en la última década ha sido una de las mejores de la región. El Perú está realizando un buen manejo de los recursos públicos, que no ponen en riesgo la sostenibilidad de las finanzas del país (El Comercio 2017a). Para el año 2018, el Estado peruano ha destinado S/ 16.027 millones al sector salud, lo que representa un crecimiento del 16% respecto al 2017 (Gestión 2017).

- **Legislación laboral**

Existen muchas interrupciones de los servicios de salud pública con las constantes huelgas de médicos, enfermeras, obstetras, etc., por lo que se pierden miles de consultas médicas, procedimientos médicos y operaciones a nivel nacional. En el mes de agosto del 2017, el Ejecutivo informó que en el presupuesto de salud del 2018 ya se está considerando el aumento salarial para los distintos profesionales de la salud (León 2017).

- **Regulaciones gubernamentales**

Con el Decreto Supremo N.º 034-2015-SA, se aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud), el cual alcanza a la industria de la salud privada. Periódicamente, realizan inspecciones en las distintas IPRESS para supervisar el cumplimiento normativo, gestión del riesgo, promoción y protección de derechos en salud. Por otro lado, se tiene a la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (Digemid), cuyas funciones principales son normar, controlar y evaluar los procesos de los establecimientos farmacéuticos públicos y privados. Además, son los encargados de emitir los registros sanitarios a los nuevos productos farmacológicos que ingresan al país.

- **Legislación medioambiental**

Mediante Resolución Ministerial 258-2011 MINSA, se aprueba la Política Nacional de Salud Ambiental 2011-2020. Uno de sus aspectos repara en la necesidad diaria de minimizar y controlar los riesgos que se derivan del manejo de los residuos hospitalarios. Según Azañedo (2016)⁷, los hospitales y clínicas de Lima generan más de 23.000 toneladas de desechos biológicos y químicos contaminantes, de los cuales menos del 3% es tratado o eliminado conforme a normas sanitarias y ambientales vigentes.

- **Informalidad**

Según SuSalud, existen 60.000 establecimientos médicos informales en el Perú, que representan el triple de los formales (Pena 2017). En Lima y Callao, el 50% de establecimientos de salud son informales, de los cuales los que tienen mayores irregularidades son los estéticos (El Comercio 2017b).

Tabla 6. Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas políticas, gubernamentales y legales

Tendencia	Impacto en la industria	Efecto probable en la empresa	Amenaza/Oportunidad
Mercado peruano de salud más atractivo para inversiones, por buena estabilidad política	Aperturas, fusiones o adquisiciones de establecimientos de salud privados	Ser adquirida por un grupo empresarial extranjero con mayor apetito de crecimiento	Oportunidad
Alta variabilidad en remuneraciones	Competitividad y canibalización de recurso	Riesgo de alta rotación de personal	Amenaza
Mayor inversión en el sector salud público	Reducción de demanda de servicios, por mejoras de estos en el sector de salud público	Reducción de servicios que actualmente brinda a pacientes derivados de algún establecimiento de salud público	Amenaza
Desabastecimiento de medicamentos, por la lenta gestión de Digemid	Incremento de riesgos por la escasez de medicamentos	Mayores riesgos y costos más altos de los distintos servicios	Amenaza

Fuente: Elaboración propia, 2017, D'Alessio (2008).

⁷ Jean Pierre Azañedo es presidente de Kanay, empresa que brinda soluciones ambientales sostenibles.

1.4.2 Fuerzas económicas y financieras

Las principales variables son las siguientes:

- **Evolución del PBI nacional y PBI per cápita**

La economía mundial atraviesa un proceso de reajuste y adecuación de la actividad económica después de la crisis económica y financiera del 2009; en el periodo 2012-2016 registró un ligero crecimiento de alrededor del 3,0%. En este contexto, el producto bruto interno (PBI) del Perú, a precios constantes del 2007, registró un crecimiento de 3,9% en el año 2016, tasa mayor que la obtenida el año anterior (3,3%) (Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, 2017b).

El PBI del Perú durante los últimos diez años (2007-2016) ha crecido en promedio el 3,0%. Para el 2017, se proyecta un crecimiento de 2,8%, y de 4,2% para el 2018. Por otro lado, el PBI per cápita, en los últimos años (2012-2016), ha tenido un crecimiento promedio del 2,7% (BCRP 2016).

- **Evolución del poder adquisitivo del consumidor**

El Ejecutivo peruano indicó que el poder adquisitivo de los peruanos se incrementará para el año 2050, y pasará de USD 10.700 en el 2015 a USD 32.100 en el 2050. La mayoría de estos ingresos se destinarán a productos más sofisticados debido a una población más educada (El Comercio 2015).

- **Nivel de informalidad de la economía**

Según Pezzini (2016)⁸, el Perú debe emprender reformas en sus sistemas de salud y de pensiones para poder reducir su alta tasa de informalidad laboral, que afecta al 70 % de los trabajadores. Pezzini recalca que la informalidad de la economía peruana no es una cuestión solo de salarios bajos, sino que la ve como un elemento ligado “a una sociedad tradicional que permanece con un bajo nivel de productividad, baja intensidad de capitales y bajo conocimiento tecnológico”.

⁸ Mario Pezzini es director del Centro de Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Tabla 7. Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas económicas y financieras

Tendencia	Impacto en la industria	Efecto probable en la empresa	Amenaza/Oportunidad
Crecimiento sostenido del PBI peruano, con mejora de los ingresos fiscales	Mayores inversiones en equipamiento e infraestructura en centros de salud privado	Necesidades de reducir capacidad ociosa e invertir en equipamiento, infraestructura, etc.	Oportunidad
Incremento del poder adquisitivo de la población	Incremento de la demanda (búsqueda de servicios de salud de mejor calidad)	Incremento de las ventas	Oportunidad
Reducción de la informalidad de la economía	Incremento de la demanda (crecimiento de afiliados a EPS)	Incremento de las ventas	Oportunidad

Fuente: Elaboración propia, 2017, basada en D'Alessio (2008).

1.4.3 Fuerzas sociales, culturales y demográficas

- **Tasa de crecimiento poblacional**

La población del Perú en el año 2015 era de 31.151.643 de habitantes; con un porcentaje de 57,3% en la costa, 28,4% en la sierra y 14,3 % en la selva. Se ha estimado una tasa de crecimiento poblacional de 1,19% para el quinquenio 2015-2020 (Lazo-Gonzales et al. 2016).

- **Tasa de desempleo y subempleo**

Según la encuesta nacional de hogares 2016 realizada por el INEI, en el periodo 2011-2016, la tasa de desempleo se mantuvo constante, con un 5,2%, mientras que la tasa de subempleo se redujo en 5,9%, pasando de 41,9% a 36% (INEI 2017a).

Tabla 8. Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas sociales, culturales y demográficas

Tendencia	Impacto en la industria	Efecto probable en la empresa	Amenaza/Oportunidad
Crecimiento constante de la población	Incremento del mercado y probablemente también de la demanda	Apertura de alguna sucursal fuera de Lima por incremento de la demanda	Oportunidad
Reducción de la tasa de desempleo y sub empleo	Incremento de la demanda por búsqueda de servicios de salud de mejor calidad.	Incremento de las ventas	Oportunidad

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en D'Alessio (2008).

1.4.4 Fuerzas tecnológicas y científicas

Las principales variables son las siguientes:

- **Velocidad de transferencia de tecnología**

Existen limitadas condiciones para el desarrollo de la transferencia tecnológica (TT) en el Perú. En el sector salud, la normativa impide la comercialización de tecnología. Además, es necesaria la asesoría especializada de instituciones con experiencia en TT (Concytec s.f.).

- **Inversión en I+D**

Según datos del Censo Nacional de Investigación y Desarrollo en centros de investigación (Cenideci) del año 2016 (545 centros), solo el 1,3% son establecimientos de salud. Además, el Perú solo gasta el 0,08% del PBI en I+D. La cifra es muy inferior, por ejemplo, a Colombia (0,25 %), Chile (0,38 %) y México (0,54 %) (La República 2017a y 2017b).

- **Uso de tecnologías de información**

Uno de los desafíos nacionales establecidos por el Concytec (2016) es contar con las competencias para desarrollar e implementar tecnologías y sistemas de salud modernos y accesibles que permitan contar con una población sana. Este desafío está catalogado como muy importante (MI) con un nivel de 67%.

- **Uso de internet**

Al cierre del 2016, seis de cada diez personas (61,6% de la población) de seis o más años accedieron a internet a diario, 9,3% más que en el 2015 (52,3%). Este crecimiento está influenciado por el mayor acceso a Internet que tiene la población desde los teléfonos móviles. Según el INEI, el 57,1% de las personas que se conectan a Internet lo hacen desde el celular, mientras que a nivel hogares la penetración es del 27,7%, (El Comercio 2017c).

Tabla 9. Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas tecnológicas y científicas

Tendencia	Impacto en la industria	Efecto probable en la empresa	Amenaza/Oportunidad
Lento avance para mejorar la velocidad de transferencia de tecnología	Perder competitividad a nivel de Latinoamérica, por la escasa transferencia tecnológica	Perder acreditaciones internacionales y tener dificultades para acceder a avances tecnológicos	Amenaza
Definir e implementar estrategias de transformación digital (uso de TI)	Contar con historias clínicas digitales, almacenar información y disponerla para la toma de decisiones.	Poner a disposición de los pacientes, servicios digitales que complementen los servicios de salud y permitan mejorar la fidelización de pacientes	Oportunidad
Invertir en innovación y desarrollo	En salud, desarrollar unidades de innovación permite mejora continua en procesos.	Tener un activo intangible diferenciador que genere valor para la empresa y el colaborador	Oportunidad
Incremento del uso de internet por la población peruana	Poner a disposición de los pacientes servicios (de salud y administrativos), vía Internet, que permitan mejorar la experiencia de los pacientes	Brindar servicios <i>online</i> a los pacientes, cada vez más interconectados a los procesos <i>core</i> de la CSF	Oportunidad

Fuente: Elaboración propia. 2017, con base en D'Alessio (2008).

1.4.5 Fuerzas ecológicas y ambientales

La principal es el manejo de desperdicios y desechos. Según Digesa, todos los establecimientos de salud (públicos y privados), deben tener implementado un sistema de gestión y manejo de residuos sólidos adecuado, con la finalidad de mitigar y controlar los riesgos sanitarios y ocupacionales en cada uno de ellos (Minsa 2010).

Tabla 10. Definición de amenazas y oportunidades de las fuerzas ecológicas y ambientales

Tendencia	Impacto en la industria	Efecto probable en la empresa	Amenaza/Oportunidad
Incrementar regulación para el correcto manejo de los residuos hospitalarios	Mejorar de procesos internos para cumplir con las 9 etapas del manejo de residuos sólidos (Digesa)	Cambios en procesos internos, modificación de infraestructura y establecimiento de controles internos	Amenaza

Fuente: Elaboración propia. 2017, con base en D'Alessio (2008).

2. Matriz de evaluación de factores externos (EFE)

En seguida listamos las oportunidades y amenazas identificadas en el análisis de los distintos factores externos que impactan a la industria y a la CSF. A la vez, la ponderación correspondiente de cada una de ellas, la cual nos permitirá concluir la efectividad de la estrategia actual de la organización, frente al nivel de impacto de dichos factores externos.

Tabla 11. Ponderación* de las oportunidades y amenazas

Factores determinantes de éxito		Peso	Valor	Ponderación
	Oportunidades			
1	Mercado peruano de la salud más atractivo para inversiones, por buena estabilidad política	0,075	3	0,225
2	Crecimiento sostenido del PBI peruano, con mejora de los ingresos fiscales	0,075	2	0,15
3	Incremento del poder adquisitivo de la población	0,1	2	0,2
4	Crecimiento constante de la población	0,075	1	0,075
5	Reducción de la tasa de desempleo y subempleo	0,075	2	0,15
6	Definir e implementar estrategias de transformación digital (uso de TI)	0,05	3	0,15
7	Incremento del uso de internet por la población peruana	0,05	3	0,15
		0,5		1,1
	Amenazas			0
1	Mayor inversión en el Sector Salud público	0,01	2	0,02
2	Desabastecimiento de medicamentos, por la lenta gestión de DIGEMID	0,01	4	0,04
3	Lento avance para mejorar la velocidad de transferencia de tecnología	0,07	2	0,14
4	Incrementar regulación para el correcto manejo de los residuos hospitalarios	0,01	2	0,02
5	Informalidad del Sector y variabilidad de la legislación, múltiples IPRESS no reguladas	0,2	4	0,8
6	Legislación Laboral y variabilidad de sueldos	0,2	4	0,8
		0,5		1,82
Total		1,000		2,92

Fuente: Elaboración propia. 2017, con base en D'Alessio (2008).

*Los pesos asignados han sido validados a través de entrevistas a expertos en el sector: Ernesto Héctor Antonio Aspillaga Morey, director médico de la CSF; Guillermo Garrido Lecca, gerente general de Pacífico Salud; y Aldo Gaggero Madrid, gerente general de Empresas Prestadoras de Salud-Pacífico (entrevistas personales realizadas en octubre del 2017).

Conclusión: la matriz de la industria de salud privada cuenta con trece factores determinantes de éxito: siete oportunidades y seis amenazas. El valor de 2,92 indica el entorno es favorable para el desarrollo del sector.

3. Análisis externo competitivo, las cinco fuerzas de Porter

3.1 Poder negociación de los proveedores

Para Alosilla-Velazco (2012: 89) y Ponce de León (2017), los proveedores del sector de salud, público y privado son los médicos, cadenas de farmacias, laboratorios, empresas que proveen exámenes médicos auxiliares (imágenes, laboratorios clínicos), así como empresas que brindan servicios complementarios (limpieza, seguridad, entre otros). A continuación, se describirá cada uno de ellos.

Médicos: según el Ministerio de Salud (2015), el Perú cuenta con 38 mil médicos aproximadamente, de los cuales el 9% (3.436 médicos) está laborando en el sector privado. Asimismo, según datos de la Organización Panamericana de la Salud- OPS (2016), el Perú cuenta con 11,9 médicos por cada 10 mil habitantes (DMH), 12,7 enfermeras por cada DMH y 1,9 dentistas por cada DMH, muy por debajo de los indicadores de la región; además, cerca del 38% de ellos se encuentra concentrado en Lima.

Tabla 12. Densidad de recursos humanos por cada 10 mil habitantes

Región / País	Médicos	Enfermeras	Dentistas
América Latina	18,7	13,5	4,8
Área andina	15,2	10,1	5,3
Bolivia	8,9	5,1	0,8
Colombia	18,5	10,8	9,1
Ecuador	20,4	10,1	2,8
Perú	11,9	12,7	1,9
Venezuela	13,0	8,0	5,7

Fuente: Elaboración propia, 2017, basada en datos de la OPS (2016).

Lo descrito líneas arriba evidencia una brecha entre la oferta y la demanda del recurso humano en el sector salud, privado y público. Esto puede ser también explicado por la baja calidad de la preparación académica del profesional en salud (existen pocas escuelas profesionales cuyos egresados cumplen los requerimientos mínimos que requieren el sector para dar un servicio de calidad). Como se puede observar, este factor no es muy atractivo para el sector.

Insumos (medicamentos y equipos): Alosilla-Velazco (2012: 89) menciona que la oferta de productos farmacéuticos es amplia, lo cual limita el poder de negociación de los proveedores. Sin embargo, existen pocos productos que sí tienen un alto poder de negociación, debido a que sus patentes se mantienen vigentes. Asimismo, menciona que existe una amplia oferta de las empresas

que realizan exámenes auxiliares, por lo que hacen que compitan entre ellos para lograr concretar contratos de largo plazo. Por el lado de los equipos de médicos, si bien existe un alto número de proveedores, el tema de negociación se dificulta por el lado de las autorizaciones sanitarias. En líneas generales, este factor es neutral para la industria.

Costos de cambio de proveedores: dado lo descrito líneas arriba, por el lado de los médicos, el costo es alto porque no existe muchos médicos especializados y con marca personal. Por el lado de los insumos, al existir un número alto de proveedores, los costos de cambiar son menores.

Amenaza de integración hacia adelante: dada la alta especialización que se requiere en el sector, esto no significa una amenaza para la prestación de salud completa. De otro lado, algunas de las farmacias han puesto sus centros médicos donde dan atención básica de salud y realizan exámenes de laboratorio; sin embargo, no llegan a cubrir todos los servicios de salud. En conclusión, este factor al tener poca incidencia tiene un bajo impacto en la industria.

Contribución de los proveedores a la calidad del servicio: los médicos son quienes determinan la certeza de los diagnósticos. Por el lado de los insumos, es un hecho que su calidad es determinante para lograr un resultado confiable en los exámenes auxiliares y de laboratorio que se realizan y que este sirva de *input* en el proceso de diagnóstico. Se puede concluir que este es un atributo muy específico y que tiene gran impacto en la industria.

Contribución de los costos de los proveedores: según el Minsa (2009), en promedio los honorarios médicos representan cerca del 40% de los costos totales que implica una consulta médica, por lo que este factor se convierte en una variable principal de la estructura de costos. Por el lado de los insumos, dado que existen varios proveedores no representa mayor problema en la estructura de costos (representan el 4% en promedio). Este factor no resulta atractivo para la industria.

Conclusión: el impacto del poder de negociación de los proveedores es neutral para la atractividad de la industria, resultado de la combinación de la alta concentración de los médicos en Lima y la escasa oferta de médicos por especialidades, lo cual es compensado por la variedad de proveedores de insumos. Por ello, es deseable que cambiar de proveedor de insumos no represente altos costos, y que exista la baja probabilidad de que los proveedores se puedan integrar hacia adelante.

Tabla 13. Análisis de poder de negociación de los proveedores

Peso	Criterios		Muy poco atractivo	Poco atractivo	Neutro	Atractivo	Muy atractivo		Puntaje ponderado
	Número de proveedores								
25%	Médicos	Escasos						Muchos	0,5
25%	Insumos	Escasos						Muchos	1,0
	Costo de cambio de proveedores								
10%	Médicos	Alto						Bajo	0,2
10%	Insumos	Alto						Bajo	0,4
10%	Amenaza de integración hacia adelante	Alta						Baja	0,4
10%	Contribución de los proveedores a la calidad del servicio	Alta						Baja	0,2
10%	Contribución de los costos de los proveedores	Alta						Baja	0,2
100%	Promedio ponderado	Alto						Bajo	2,9

Fuente: Elaboración propia, 2017, adaptado del modelo de Porter (1985) y de Hax y Majluf (2008).

3.2 Poder de negociación de los clientes

A continuación, se describen los criterios evaluados para medir el poder de negociación de los clientes:

Número de clientes: se define a los clientes/pacientes del sector salud como aquellas personas/entidades que demandan servicios de salud, que, según Cortez (citado en Sanabria Montañez 2002), define la demanda por servicios de salud como: «... un proceso de comportamiento dinámico en el cual se combinan recursos, conocimientos y patrones de comportamiento, con la tecnología, los servicios y la información disponible, con la finalidad de poder restaurar, mantener y promover la salud de sus miembros...». Por otro lado, «Miguel Madueño señala que entiende la demanda (por servicios) de salud como la “percepción de una necesidad de atención de salud” para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud. Esta necesidad responde a factores físicos (i.e., demanda de salud por accidentes, embarazos, enfermedades) y/o factores ligados al ciclo de vida (i.e., inmunización en edad temprana y atención en personas avanzadas) ...» (Sanabria Montañez 2002).

Dadas las definiciones líneas arriba, la demanda de salud es una respuesta a una necesidad, como consecuencia las personas accederán principalmente a los servicios de salud en función de su restricción presupuestaria, donde el factor precio es determinante, así como el tema costo/beneficio y calidad de los servicios médicos. Alosilla-Velazco et. al (2012: 90), concluye que las personas naturales, vistas como demanda agregada, sí influyen en la fijación de precios.

Por el lado de la EPS, de las cuales, al 2015, solo dos de ellas agrupaban al 77% de los afiliados (Rimac y Pacífico), esta es una institución que brinda servicios de salud través de la infraestructura de terceros, y posee un alto grado de poder de negociación sobre el precio, al representar los intereses de un gran número de personas (Berdejo y López 2014).

Costos de cambio del comprador: para los pacientes que están recibiendo tratamiento médico tradicional, cambiar hacia métodos no convencionales, les significa un alto costo, lo cual no hace atractiva la industria (Alosilla-Velazco et al. 2012: 90).

Amenaza de los compradores de integrarse hacia atrás: algunas instituciones de salud, privadas y públicas tienen alianzas con instituciones profesionales (universidades); por ejemplo, la Universidad Peruana Cayetano Heredia tiene dentro de su mismo campus un hospital bajo el régimen del Minsa y una clínica; otros hospitales y clínicas tienen sus propios institutos para formar personal técnico, por lo que este factor es categorizado como atractivo para el sector. Los casos descritos líneas arriba son pocos por lo que se considera este factor atractivo para el sector.

Disponibilidad de servicios sustitutos: algunos consideran la medicina alternativa y complementaria (Instituto Nacional de Salud s.f.)⁹ como sustituto de los servicios de la medicina natural, por lo que en algunos hospitales y clínicas ya brindan este servicio. Dado que aún estos servicios se están ofreciendo básicamente como complementarios, se considera este factor de bajo riesgo para la industria.

Información sobre el proveedor: el nivel es «alto», dado que existe una simetría de información que permite a los compradores (EPS) conocer en detalle el funcionamiento de las clínicas: tanto la EPS con las IAFAS conocen los detalles de la contraparte, lo cual hace que la negociación sea más compleja (Santana y Piza 2012).

⁹ Según el Instituto Nacional de la Salud, la medicina natural y complementaria es un conjunto de sistemas, terapias y prácticas de atención de salud que buscan el bienestar biopsicosocial y espiritual de la persona, su familia y su comunidad; basados en los conocimientos tradicionales y modernos validados, con un enfoque holístico, recomendado por la OMS para articularse en los sistemas de salud de los países.

Tabla 14. Análisis del poder de negociación de los clientes

Peso	Criterios							Puntaje ponderado
			Muy poco atractivo	Poco atractivo	Neutro	Atractivo	Muy atractivo	
30,0%	Número de clientes	Escasos					Muchos	0,6
17,5%	Costos de cambio	Alto					Bajo	0,4
17,5%	Amenaza de integración hacia atrás	Alta					Baja	0,7
17,5%	Disponibilidad de los servicios sustitutos	Alta					Baja	0,9
17,5%	Información sobre el proveedor	Alta					Baja	0,4
100%	Promedio ponderado	Alto					Bajo	2,9

Fuente: Elaboración propia, 2017, adaptado del Modelo de Porter (1985) y de Hax y Majluf (2008).

Conclusión: el poder de negociación de los compradores es neutral, debido a la poca cantidad de clientes, el alto costo de cambiar de método de tratamiento y la alta información que poseen los principales proveedores del sector EPS, cuyos resultados se encuentran balanceados por la baja probabilidad de que exista una integración hacia atrás y la alta disponibilidad de los servicios sustitutos.

3.3 Amenaza de los entrantes

A continuación, se presenta el análisis de los criterios evaluados para determinar la amenaza de entrantes a la industria.

Curva de experiencia: según Santana y Piza, «... la curva de aprendizaje (...) por el mismo hecho de la generación desconocimiento y formación de escuelas en salud es de alta complejidad, asimismo la experiencia requerida –recurso humano– debe ser de alta trayectoria...» (2012: 68), por lo que este factor se considera una barrera significativa de entrada al sector.

Economía a escala: el objetivo de las economías a escala es lograr reducir los costos medios de producción; sin embargo, en el sector salud esta situación resulta difícil de implementar, dado que se debe mantener estándares de contratación de personal, determinados niveles de inventarios, equipamiento médico. Este factor se considera no atractivo para el sector.

Regulaciones gubernamentales: el sector salud se encuentra altamente regulado; sus normas y leyes son cambiantes. Este factor desincentiva la entrada de nuevos participantes en el sector. Si evaluamos la norma tributaria, tanto la importación de equipos médicos como de medicamentos

están sujetos a pagar aranceles y permiso de la Digemid, cuyos trámites son engorrosos, lo que desincentiva la entrada de nuevos participantes.

Requerimiento de capital: este factor hace que riesgo de entrada de nuevos participantes sea bajo dado que, por las tecnologías biomédicas, infraestructura especializada, recursos, entre otros, son elevados.

Acceso a la última tecnología: la tecnología es un factor importante, tanto para los equipos médicos como para los Sistemas de Información; en ambos casos se requiere una alta inversión. Este factor indica que el riesgo de entrada es bajo.

Tabla 15. Análisis de amenaza de los nuevos entrantes

Peso	Criterios							Puntaje ponderado	
			Muy poco atractivo	Poco atractivo	Neutro	Atractivo	Muy atractivo		
20.0%	Curva de aprendizaje	No importante						Muy importante	1,00
20.0%	Economías de escala	Pequeña						Grande	0,20
20.0%	Regulaciones gubernamentales	Inexistente						Alta	1,00
20.0%	Requerimiento de capital	Bajo						Alto	1,00
20.0%	Acceso a última tecnología	Amplio						Restringido	1,00
100%	Promedio ponderado	Alto						Bajo	4,2

Fuente: Elaboración propia, 2017, adaptado del Modelo de Porter (1985) y de Hax y Majluf (2008).

Conclusión: la amenaza de entrada de nuevos competidores es baja, por la poca posibilidad de lograr economías de escala y de necesitar recursos humanos con alta experiencia, altos niveles de inversión, tener un sector altamente regulado y siempre invertir en tecnología de vanguardia.

3.4 Amenaza de los sustitutos

Disponibilidad de sustitutos cercanos: para el sector salud privado, los servicios de salud ofrecidos por las demás clínicas pueden llegar a ser sustitutos perfectos, tanto en precio como calidad, por ello la amenaza es muy alta. Por otro lado, según De la Piedra et. al (2015: 27): «...la automedicación en el Perú es una práctica muy común. Esta práctica consiste en que ante cualquier molestia el paciente consulte a personas que no son profesionales (atienden en la farmacia del barrio), en vez de dirigirse donde un médico. Muchas veces la farmacia del barrio se convierte en médico de cabecera...». Asimismo, se podrían considerar los servicios de salud

ofrecidos por el sector público, donde no representa mayor amenaza, por la baja calidad y eficacia de los servicios ofrecidos.

Costo de cambio usuario: como se mencionó anteriormente, el costo del cambio en salud es alto para un paciente que viene recibiendo tratamiento tradicional.

Precio/valor del sustituto: este factor es neutral, dado que, por el lado del sector salud público, si bien el precio es más bajo, las personas que tienen solvencia económica son las que están dispuestas a pagar por un servicio de salud de calidad y eficaz; por ello, no representa mayor amenaza. Por otro lado, algunos consumidores de la salud con poder adquisitivo prefieren la automedicación, para «ahorrar costos»; en este punto el factor es neutral.

Tabla 16. Análisis de amenaza de los sustitutos

Peso	Criterios							Puntaje ponderado
			Muy poco atractivo	Poco atractivo	Neutro	Atractivo	Muy atractivo	
30,0%	Disponibilidad de sustitutos cercanos	Importante					Escasa	0,30
30,0%	Costo de cambio del usuario	Bajo					Alto	2,10
40,0%	Precio/valor del sustituto	Alto					Bajo	1,20
100%	Promedio ponderado	Alto					Bajo	3,6

Fuente: Elaboración propia, 2017, adaptado del Modelo de Porter (1985) y de Hax y Majluf (2008).

3.5 Rivalidad de los competidores

Líneas abajo se describe los criterios considerados para evaluar la rivalidad de los competidores de la industria:

Grado de concentración: el sector privado de salud tiene un alto grado de concentración, dado que 8 grupos económicos, tales como Credicorp, Breca, son dueños de las principales clínicas del país. En conclusión, este factor no es atractivo para el sector.

Crecimiento relativo de la industria: según Berdejo y López (2014: 18): «...La demanda de servicios de salud de calidad está incrementándose debido al crecimiento del poder adquisitivo de las personas, las cuales han aumentado el gasto en el cuidado de la salud en el Perú...», lo cual hace este factor atractivo.

Características del servicio: en el sector salud las características del servicio son muy especializadas. Este factor de nivel alto hace al sector muy atractivo (Berdejo y López 2014).

Barreras de salida: En salud, económicamente son muy altas, lo que hace poco atractiva la industria (Berdejo y López 2014).

Tabla 17. Análisis de rivalidad de los competidores

Peso	Criterios							Puntaje ponderado
			Muy poco atractivo	Poco atractivo	Neutro	Atractivo	Muy atractivo	
25,0%	Grado de concentración	Alto					Bajo	0,3
25,0%	Crecimiento relativo del sector	Lento					Rápido	1,8
25,0%	Características del servicio	Commodity					Especializado	1,3
25,0%	Barreras de salida	Alto					Bajo	0,3
100%	Promedio ponderado	Alto					Bajo	3,5

Fuente: Elaboración propia, 2017, adaptado del Modelo de Porter (1985) y de Hax y Majluf (2008).

3.6 Evaluación general de las cinco fuerzas de Porter

Tabla 18. Análisis Integral de las cinco fuerzas de Porter

Peso	Criterios	Puntaje obtenido							Puntaje Ponderado
				Muy poco atractivo	Poco atractivo	Neutro	Atractivo	Muy atractivo	
25,0%	Poder de negociación de los proveedores	3	Alto					Bajo	0,8
20,0%	Poder de negociación de los clientes	3	Alto					Bajo	0,6
20,0%	Amenaza de los entrantes	4	Alto					Baja	0,8
25,0%	Amenaza de los sustitutos	4	Alto					Baja	1,0
10,0%	Rivalidad de los competidores	4	Alto					Baja	0,4
100%	Promedio ponderado	Alto						Bajo	3,6

Fuente: Elaboración propia, 2017, adaptado del Modelo de Porter (1985) y de Hax y Majluf (2008).

El análisis global de las cinco fuerzas de Porter indica que el sector es atractivo, lo cual nos permitirá aplicar la estratégica genérica.

4. Cadena de valor

4.1 Cadena de valor del *cluster* de salud

La cadena de valor del *cluster* de salud en el anexo 5 evidencia la forma como se relacionan los diferentes actores, que son (i) proveedores de la industria de salud, (ii) laboratorios, (iii) farmacias, (iii) centros de atención médica, (iv) proveedores de servicios auxiliares, (v) mercado, (vi) centros de conocimiento, (vii) administración pública, y (viii) organizaciones internacionales (D'Avila 2013: 128-132).

4.1.1 Actividades primarias

- **Laboratorios**

Espacios dotados de recursos necesarios para realizar investigaciones, experimentos, prácticas y trabajos de carácter científico, tecnológico o técnico. En esta parte de la cadena se encuentran los (i) laboratorios de productos farmacéuticos, donde se realiza la investigación, desarrollo, fabricación y comercialización de medicamentos; y los (ii) laboratorios de análisis clínico.

Por otro lado, los laboratorios de análisis clínicos funcionan, principalmente, como centros de diagnóstico y prevención de enfermedades. Estos centros se encuentran especializados, principalmente en biología molecular, bioquímica, inmunología, coagulación, hematología, microbiología y parasitología.

- **Farmacias**

Encargados de la comercialización y venta, minorista o mayorista, de productos farmacéuticos al consumidor final. A este eslabón pertenecen las cadenas de farmacias (más de una sucursal) y las farmacias y boticas (solo una sucursal). Es importante resaltar que algunas de las grandes cadenas de farmacias, se encuentran integradas y cumplen algunas funciones de los laboratorios de productos farmacéuticos, desarrollando productos propios; y de los laboratorios de análisis clínicos, como la realización de test de diagnóstico básicos.

- **Centros de atención médica**

Encargados de la prestación directa del servicio de atención de salud. Dependiendo de la tipología de servicio que brindan, estos centros se dividen en:

- Servicio de salud integrados: empresas que se encuentran integradas verticalmente hacia atrás; además de ser centros de atención médica, realizan exámenes de laboratorios de análisis clínico y cuentan con farmacias o boticas en sus instalaciones.
- Clínicas de atención especializada: son clínicas que brindan servicios de atención de salud enfocada en alguna especialidad médica. Por ejemplo, las clínicas oftalmológicas, las clínicas odontológicas, entre otros.
- Hospitales: son centros de atención de salud pública. Estos pueden ser especializados, como el Hospital del Niño, o generales, como el Hospital Arzobispo Loayza.
- Centros de salud ocupacional: son empresas que tienen como objetivo principal la prevención de lesiones relacionadas con el trabajo y el mantenimiento de estados de salud óptimos en los trabajadores, a través de atención médica.
- Empresas de atención médica ambulatoria: son empresas de salud que orientan su servicio a la atención de problemas primarios de salud y chequeos preventivos y que no necesitan disponer de una unidad tan compleja como clínica u hospital o ambientes de hospitalización para su atención.
- Empresas de atención de emergencias médicas: se encargan de la atención de emergencias médicas, como su propio nombre lo dice.

4.1.2 Actividades de apoyo

- **Proveedores de la industria de salud**

Brindan los recursos necesarios para la correcta prestación de los servicios de salud y son:

- Proveedores de maquinaria y equipo: empresas que fabrican o comercializan maquinaria y equipos necesarios para la atención médica (equipamiento para sala de emergencias y hospitalización, para esterilización de instrumento médico, para la realización de exámenes médicos y pruebas de diagnósticos, entre otros).
- Proveedores de insumos: los principales son: distribuidores y comercializadores de productos farmacéuticos; y fabricantes de material quirúrgico y médico. Abastecen las principales farmacias, boticas y centros de atención de salud. Es importante mencionar que los principales insumos médicos comercializados son suturas quirúrgicas y productos para regeneración de tejido, para hemostasia, para terapia intensiva, para terapia de oxígeno y los medicamentos.
- Proveedores de envases: empresas que fabrican y comercializan envases de vidrio orientados a la industria de laboratorios.

- **Proveedores de los servicios auxiliares**

Se encargan de la dotación de servicios que las empresas del sector de salud prefieren tercerizar (actividades no *core*) y que son necesarios en el desenvolvimiento de sus actividades. Entre los actores que brindan servicios auxiliares se encuentran: empresas de radiología (servicios para el diagnóstico de enfermedades o lesiones); empresas de catering, que brindan servicios de alimentación en los centros de atención médica; IAFAS, según Lazo-Gonzales et al. (2016), es 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; y empresas logísticas, que brindan servicios de transporte y distribución de productos farmacéuticos e insumos médicos.

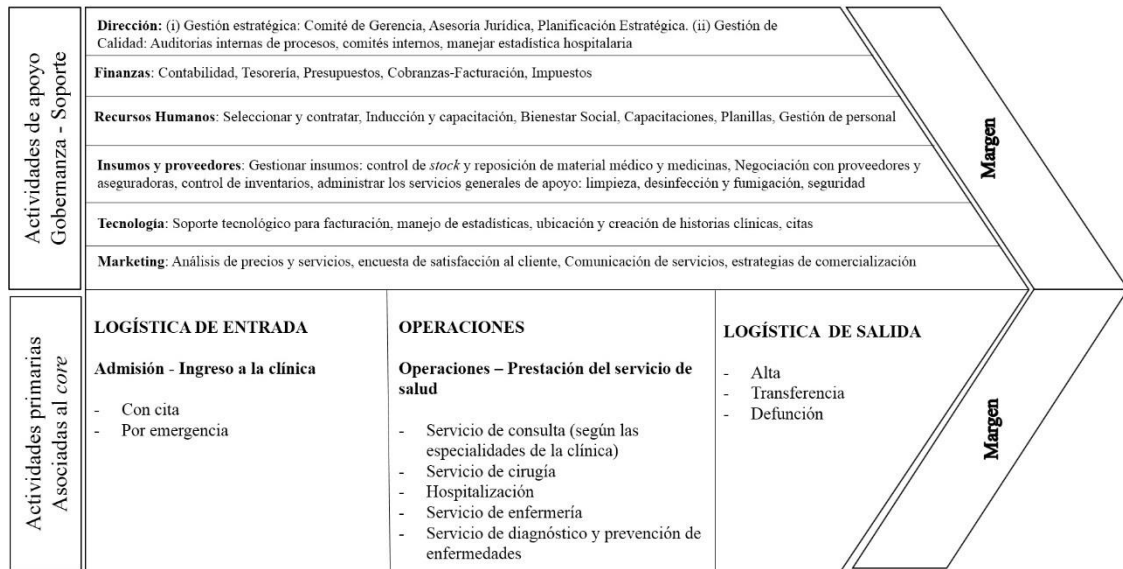
- **Institucionalidad**

- Asociaciones y gremios: ofrecen representatividad y, en algunos casos, servicios para sus miembros. Entre ellos resaltan: Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (Adifan), Asociación Peruana de Empresas de Seguros (Apeseg), Asociación Peruana de Facultades de Medicina (Aspefam) y Colegio Médico del Perú (CMP).
- Administración pública: su función es regular la industria para velar por su buen desenvolvimiento.
- Centros de conocimientos: las universidades, los institutos, los centros tecnológicos e investigación y los laboratorios.
- Organizaciones internacionales: cumplen una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales. Las organizaciones mundiales más importantes relacionadas con la salud son la Cruz Roja, Media Luna Roja, Organización Mundial de Salud, entre otros.

4.2 Cadena de valor de las clínicas privadas

La cadena de valor que se muestra en el gráfico 1 es la que el sector reporta, el cual tiene algunas similitudes con la de Porter. Al analizar la información, se determina que actualmente el sector no tiene un concepto claro de la definición de cadena de valor desarrollada por Porter, situación que puede explicar, en gran medida, las deficiencias en la prestación de la salud. El gráfico mostrado, refleja el mapa de procesos del sector. Líneas más adelante, propondremos la cadena de valor que debería tener en cuenta el sector, considerando los conceptos de Porter.

Gráfico 1. Cadena de valor de las clínicas privadas



Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Guevara y Orquera (2012).

5. Conclusiones

Como se mencionó en párrafos anteriores, el análisis global de las cinco fuerzas de Porter indica que el sector es atractivo, lo cual nos permitirá aplicar la estratégica genérica. Asimismo, el sector salud se encuentra desarticulado, situación que se ve reflejada en la deficiente articulación de sus actividades para evidenciar su cadena de valor. Esto último nos da oportunidad para plantear una mejora de articulación del sector de salud, la cual será planteada en el capítulo V.

Capítulo IV. Análisis y diagnóstico situacional de la organización

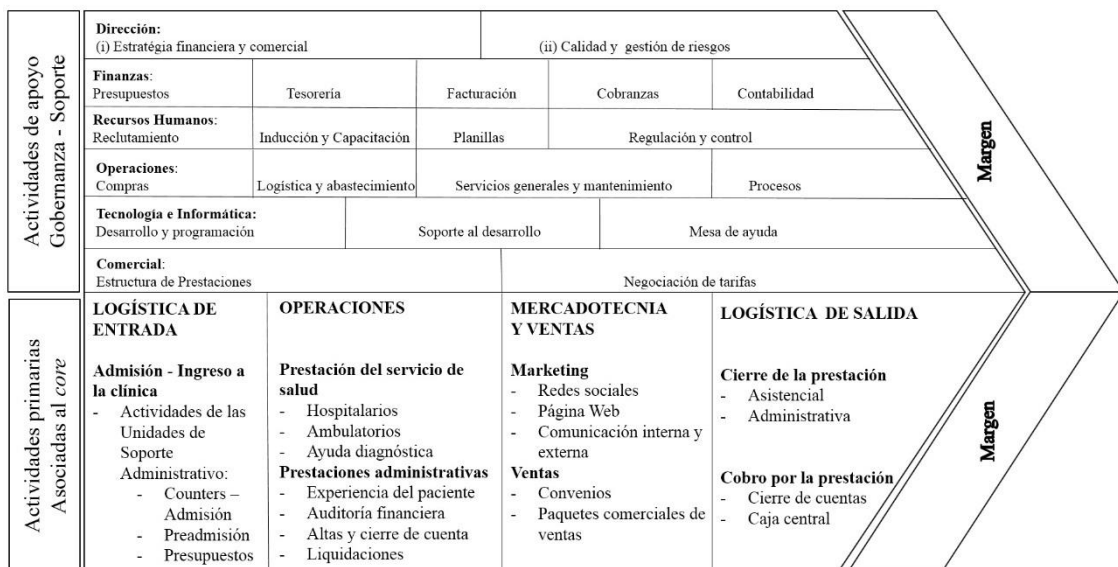
1. Enfoque de la Clínica San Felipe

De acuerdo con lo descrito en el capítulo I, la CSF en los últimos diez años se enfoca en el desarrollo de sus recursos con el objetivo de generar valor a través de su marca y su capacidad resolutive. De este modo, la cadena de valor actual guarda correlación con la propuesta por Guevara y Orquera (2012), enfocados en diferenciar las actividades de soporte de las de gobernanza, ambas actividades de apoyo, y actividades primarias, aquellas concernientes directamente al *core* del negocio. Actualmente, las actividades primarias en la CSF son la prestación de servicios de salud y el oportuno/correcto cobro de estas. De este modo, se proponen cambios en la cadena de valor, debido a que la carencia de desarrollo en las actividades de apoyo y los ausentes nexos de comunicación limitan el crecimiento y sostenibilidad de la organización.

1.1 Cadena de valor actual

La cadena de valor actual (gráfico 2) articula los conceptos planteados por Guevara y Orquera (2012) y Porter (2016), en la cual cuenta con seis actividades de apoyo y cuatro actividades secundarias que, dentro de su interacción, describen las actividades actuales que se desarrollan en la organización.

Gráfico 2. Cadena de valor actual



Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Guevara y Orquera (2012), Porter (2006).

1.1.1 Actividades primarias

- **Logística de entrada**

Donde se incluyen todas las actividades que permiten el ingreso del paciente al sistema.

- **Operaciones**

En este rubro se describen las actividades que se desarrollan durante el proceso de la prestación de los servicios de salud y los administrativos; entre estas se describen las unidades prestadoras de servicios de soporte administrativo, que son el punto de registro, acceso, monitorización¹⁰ y control de las prestaciones brindadas en las UPSS. Estas brindan servicios de salud directos o indirectos, que incluyen: el centro quirúrgico, unidades críticas adulto/pediátrico/neonatal, hospitalización adulto/pediátrica/neonatal, emergencia, servicios de apoyo al diagnóstico, central de esterilización según la norma técnica 052.

- **Mercadotecnia y ventas**

Considera actividades de marketing, como la web como base de comunicación y las redes sociales activas para comunicar prestaciones. También, incluye la negociación comercial de convenios con IAFAS públicas y privadas que permitan identificar las necesidades de los usuarios para incrementar el acceso y aumentar la participación en el mercado.

- **Logística de salida**

Se incluyen dentro de estas actividades aquellas asociadas al cierre de la prestación asistencial y administrativa, del mismo modo que aquellas correspondientes a garantizar el cobro de las prestaciones brindadas.

1.1.2 Actividades de apoyo

Las actividades de apoyo guardarán una segmentación adicional a considerar: aquellas de dirección, que definirán la estructura de gobernanza, y el resto, que constituirán las actividades de soporte. De este modo tenemos:

¹⁰ La unidad de experiencia del paciente, unidad encargada de monitorizar las necesidades de los pacientes desde el registro de su atención hasta el término de esta, articulada con la unidad de altas, aquella responsable del registro y cierre de la cuenta en conjunto con el equipo de auditoría médica, que garantizará la cobertura financiera acorde a las pertinencias definidas por las IAFAS.

- **Dirección**

Las actividades de dirección son aquellas de las cuales se desprenderán los procesos estratégicos. Estas actividades se dividen en dos rubros: actividades de estrategia financiera y comercial, y actividades de calidad y gestión de riesgos integrales. Actualmente, ambas actividades se han tomado como referencia en la implementación de estrategias nacionales, por lo cual se consideran actividades generadoras de valor.

- **Finanzas**

Incluye todas las actividades relacionadas con la construcción, desarrollo y cumplimiento del presupuesto, los procesos de tesorería asociado y no asociados al *core*, los procesos de facturación asociados a los cierres de prestaciones administrativos, la cobranza de clientes (IAFAS públicas y privadas, pacientes, empresas e IPRESS) y aquellas actividades de registro contable para reportes internos y corporativos.

- **Recursos humanos**

Son quienes desarrollan cuatro actividades esenciales: el reclutamiento, que incluye procesos de convocatoria, selección y contratación de personal; inducción y capacitación enfocada en programas de educación continua mas no de desarrollo de línea de carrera; planillas; y regulación y control, establecido como monitoreo del cumplimiento del reglamento interno de trabajo.

- **Operaciones**

Se considera desglosar las actividades de operaciones de manera que se consideren como actividades de operaciones de apoyo a las actividades primarias: compras de insumos de papelería, equipos médicos y otros¹¹; logística y abastecimiento, responsables de las compras de fármacos e insumos médicos; servicios generales y mantenimiento, responsables del diseño, desarrollo, mantenimiento, control y evaluación de la infraestructura, los activos fijos tangibles y la seguridad institucional; y procesos, quienes participan en los proyectos de mejora de la organización con el levantamiento de información para mejoras.

- **Tecnología de la información**

Los sistemas en los que se almacena, procesa y digitaliza la información de la CSF son todos hechos *in house*. En un inicio, este hecho correspondería a la poca disponibilidad de recursos,

¹¹ Todas las compras institucionales no reguladas por la Digemid.

pero actualmente el desarrollo y programación son considerados como una actividad diferenciadora ante la competencia. Además de esta actividad, el soporte al desarrollo y la mesa de ayuda son relevantes para el éxito de la gestión tecnológica de la organización.

- **Comercial**

La organización ha desarrollado una estructura formal de creación y gestión de prestaciones y tarifas con las IAFAS. La estructura de la cadena de valor presenta algunos elementos determinantes que limitan el desarrollo de la CSF en crecimiento en ventas y producción, por lo cual, en el capítulo V, se plantea una propuesta nueva de cadena de valor. Sin embargo, se define que el valor de la organización se da a través de las estrategias que surgen del modelo de calidad y gestión de riesgos y particularmente cómo estas se plasman en las actividades primarias de la operación y logística de salida.

1.2 Estructura organizacional

El crecimiento de la CSF se ha dado de manera progresiva y tiene como foco la operación y el *core business*; por lo tanto, cuenta con una estructura jerárquica poco convencional (anexo 7), que, desde el año 2008, con el ingreso de la gestión de empresas Banmédica, comenzó su desarrollo, pero se dejó de lado el desarrollo de todas las áreas consideradas de soporte operativo. La configuración que presenta la CSF es la de una organización diversificada por funcionamiento, en el cual algunas de las unidades de negocio se configuran profesionalmente, pero, además, ha desarrollado una cultura organizacional basada en la innovación implícita en el funcionamiento.

1.2.1 Partes de la organización

De acuerdo con Ponce de León (2017), son las que se exponen a continuación:

- **Ápice estratégico**

Conformado por la alta dirección: gerencia general, Dirección Comercial y de Proyectos, gerencia de Operaciones, gerencia de Administración y Finanzas y Dirección Médica. Este grupo humano mantiene una relación directa a través de vínculos de autoridad formal con el núcleo operativo, pero tiene sólidos lazos de comunicación informal entre los colaboradores de sus áreas a cargo.

- **Línea media**

Se cuenta con una línea media en continuo crecimiento, la cual incluye subgerencias, jefaturas y coordinaciones, las cuales se relacionan por sistemas de comunicación informal a través de toda la organización, teniendo capacidad de toma de decisiones, pero sin la capacidad de toma de decisiones financieras y sin manejo propio de presupuesto.

En esta parte se incluyen: (1) Subgerencia de Tecnología de la Información, (2) Subgerencia de Abastecimiento y Logística, (3) Jefaturas de Unidades Asistenciales-Administrativas-Financieras, (4) Jefatura de Recursos Humanos y (5) Coordinación Médica. Esta es una estructura sólida pero no cuenta con línea de sucesión definida.

Extiende la gestión de la línea media a la tecno estructura a través de comités y áreas, los cuales definen la normalización del funcionamiento de la CSF, que luego registrarán la actividad del núcleo de operaciones, el staff de apoyo y su interacción, dentro de esta estructura se encuentra los comités regulatorios y los institucionales.

- **Tecno estructura**

A pesar de que el modelo clásico del sector salud comprende organizaciones de configuración profesional, la CSF está en el camino a la normalización de: buenas prácticas (protocolos, procesos, procedimientos y guías de atención clínica); resultados (clínicas, administrativos, operacionales y financieros); y competencias (programas de acreditación de privilegios médicos y de atención enfermería). Consolida la unidad de calidad y gestión de riesgos dependiente de la dirección médica.

- **Staff de apoyo**

Brinda soporte a la operación no relacionada directamente con el *core business* ni con la prestación directa de los servicios, pero que es esencial para culminar con éxito el proceso de prestación de servicio de salud. Entre ellos están: finanzas, logística y abastecimiento, seguridad institucional, servicios de apoyo, mantenimiento y recursos humanos.

- **Núcleo operativo**

El núcleo operativo esta diversificado por su funcionamiento. Los servicios de atención directa cuentan con una configuración profesional; mientras que en los servicios de atención indirecta tiende a ser maquinal, en la cual la descentralización es horizontal. Se considera que cada división se genera en relación con el requerimiento del mercado, o en salud en relación

con la categorización que exige contar con 19 UPSS; además, considera las unidades prestadoras de servicios de soporte y administrativos.

1.2.2 Configuración en la organización

- **Profesional**

Se crean casillas de funcionamiento por nivel profesional, en las que los procesos son altamente complejos y normalizados, pero la innovación interviene en situaciones de riesgo no prevenible, en las que los componentes de esta configuración requieren una respuesta rápida ante situaciones dinámicas (complicaciones durante el acto quirúrgico o análisis de coberturas de seguro), las cuales no necesariamente están descritas en los protocolos. Es en este contexto que la mejor respuesta se sustenta en las habilidades que los profesionales tienen que mostrar entrando en un entorno de adaptación mutua y aprendizaje/retroalimentación.

Se busca que su comportamiento esté normalizado con una ligera descentralización horizontal, concentrada donde se busca eficiencia, y que los procesos se mantengan constantes y sufran variaciones de modo exclusivo luego de un análisis de cambios de tecnología o nuevas herramientas diagnósticas.

Tabla 19. Características de una configuración profesional diversificada

Estructura	Contexto	Estrategias	Consecuencias
Se basa en la categorización del Minsa, establecida por el mercado y supervisado por los entes rectores del sector salud; además, sus divisiones diversifican por funcionalidad, dividiéndose en unidades con configuración profesional y otras con configuración maquinal. Las divisiones se rigen de forma autónoma, pero al hablar de una diversificación funcional, se debe considerar un alineamiento al ápice estratégico y la cultura organizacional.	Se establece en la etapa de madurez de la clínica, luego de 59 años de desarrollo y crecimiento y tras los crecimientos establecidos por el cambio de accionistas; por otro lado, existe el alto riesgo de generar sobrecostos si la descentralización horizontal no es analizada, se pueden duplicar las funciones administrativas.	La estrategia se alinea a la misión y a la visión, teniendo como <i>core</i> la atención centrada en el paciente.	Los dos riesgos principales son: (1) No control de costos y generación de ineficiencias y (2) Pérdida de control sobre las unidades de negocio.

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Mintzeberg (1988).

1.3 Impulsos que rigen a la organización

- Ápice estratégico genera un impulso continuo al liderazgo.
- La tecnoestructura impulsa la racionalización y normalización de procesos de trabajo.
- El staff de apoyo impulsa la colaboración y trabajo en equipo.
- La línea media, lejos de fragmentar por estar relacionada con la tecnoestructura a través de constelaciones claras de trabajo en los comités, integra la organización.
- El núcleo operativo tiende a la profesionalización, pero tiene alto riesgo de migrar de una diversificación de unidades de negocio por funcionalidad hasta llegar a conformarse por unidades conglomeradas, donde el mayor riesgo es su fragmentación. Esto es evidente cuando vemos que 30% de las unidades de atención indirecta son terceras y funcionan incluso fuera de la estructura física de la organización, con las cuales claramente se enfrenta el mayor riesgo, que es la pérdida de control.
- La ideología formada por la cultura organizacional es el elemento cohesionador más fuerte de la institución.

1.4 Sistema de flujos regulados

- **Autoridad formal**

Se da a través de las líneas de reporte (establecidas en el anexo 7) en la estructura organizacional. Además, se sostiene en el modelo de gestión por comités, que busca equiparar la autoridad formal y la informal.

- **Constelaciones de trabajo**

Estas integran el trabajo asistencial, operativo y administrativo (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Estructura de las constelaciones de trabajo



Elaboración: Aspíllaga y Ponce de León, Consejo Médico Banmédica (2016).

Se generan interdependencias para encontrar un punto medio de dependencia de un modelo de acoplamiento secuencial que garantice la atención continua en la prestación de servicios.

1.5 El mecanismo de control

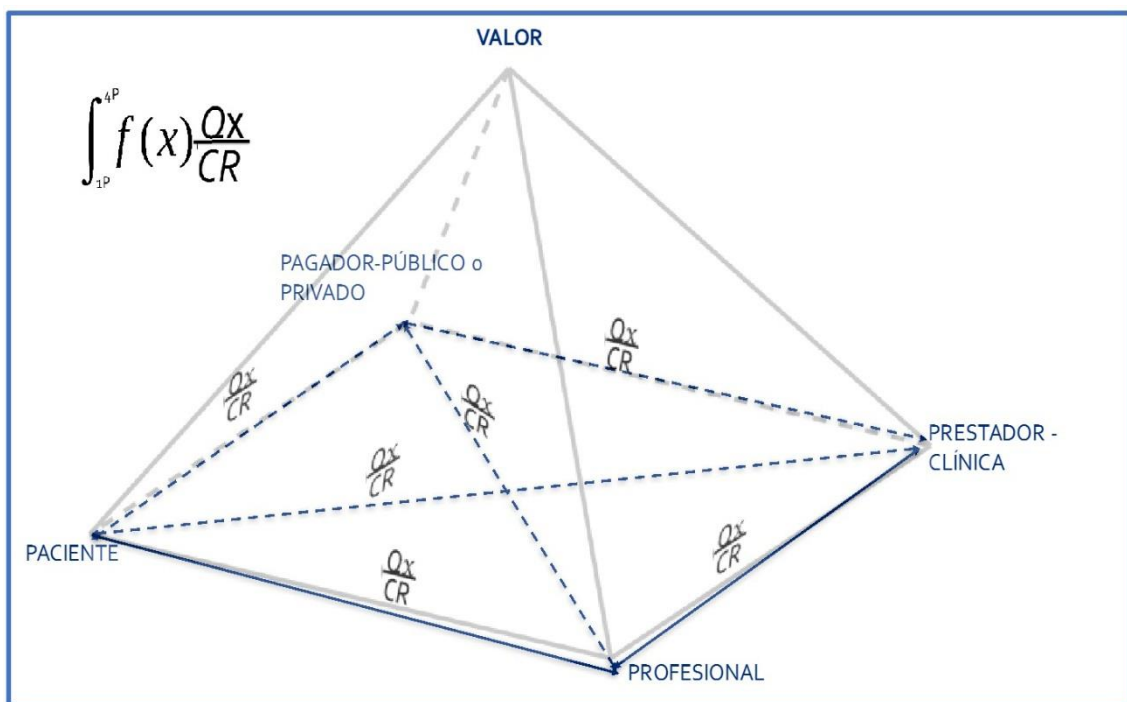
En los distintos niveles de la organización, el control se complementa desde:

- La adaptación mutua en la regulación del núcleo de operaciones entre miembros del mismo grupo profesional ante situaciones de novo.
- La supervisión directa en relación con la estructura que apoya a las unidades productoras de servicios de salud, donde entre pares se cuenta con un jefe o coordinadores, pero, además, se cuenta con un líder de grupo que ejerce supervisión directa y control sobre su equipo durante las 24 horas.
- Con relación a la normalización de procesos, resultados y habilidades, esta se genera con trabajo de la tecnoestructura y su soporte en la línea media.

2. Análisis VRIO

La estructura organizacional –que, según lo planteado por Aspíllaga (AÑO),¹² es el modelo propuesto por la IHI, conocido como el *triple aim*, que articula tres elementos: salud poblacional, experiencia del paciente y costo per cápita– sirve como base del modelo de gestión de la CSF definido como la «integral de valor» (Aspíllaga 2016)¹³ (gráfico 4), la cual propone el concepto de integrar 4P (paciente, prestador, pagador y profesional) en función de la ecuación de valor (calidad dividida entre el producto del costo y el riesgo) del servicio prestado.

Gráfico 4. Concepto de la integral de 4P



Elaboración: Aspíllaga, Consejo Médico Banmédica (2016).

De este modo, se plantea que para el desarrollo del análisis VRIO basado en talentos, procesos y recursos para definir la actual ventaja competitiva, el análisis se presentará de modo detallado en la tabla 20.

¹² El Dr. Héctor Ernesto Antonio Aspíllaga Morey es director médico de la Clínica San Felipe desde el 2008 y se desempeña como tal hasta la actualidad.

¹³ Consejo Médico Banmédica, agosto del 2016, Presentación de *Liquid and Continuum on Healthcare*, (Aspíllaga 2016)

Tabla 20. Análisis VRIO de la Clínica San Felipe

Factor		V	R	I	U	Puntaje	Implicaciones competitivas
TALENTOS	Cultura organizacional	1	1	0	1	3	Ventaja competitiva temporal
	Modelo de gestión	1	1	1	1	4	Ventaja competitiva sostenible
	Adaptación al cambio ¹⁴	1	1	1	1	4	Ventaja competitiva sostenible
	Capacidad resolutive	1	1	1	1	4	Ventaja competitiva sostenible
PROCESOS	Procesos administrativos-asistenciales integrados	1	1	1	1	4	Ventaja competitiva sostenible
	Sistema de evaluación de procesos	1	0	0	1	2	Paridad
	Gestión de procesos	1	1	0	0	2	Paridad
	Estructura de calidad y mejora continua	1	1	0	1	3	Ventaja competitiva temporal
	Referencia y contrarreferencia a distintos niveles de aseguramiento	1	1	0	1	3	Ventaja competitiva temporal
	Sistema integrado de gestión de riesgos	1	1	0	1	3	Ventaja competitiva temporal
RECURSOS	Estructura organizacional	1	1	0	1	3	Ventaja competitiva temporal
	Infraestructura y equipos	1	1	0	0	2	Paridad
	Convenios con universidades	1	0	0	1	2	Paridad
	Grupo médico	1	1	1	1	4	Ventaja competitiva sostenible
	Acuerdos comerciales IAFAS	1	1	0	0	2	Paridad
	Capacidad instalada	1	1	0	1	3	Ventaja competitiva temporal

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Barney (1995), donde V = Valioso, R=Raro, I=Inimitable, U=Usado.

- **Talentos**

Se plantean cuatro factores analizados, de los cuales tres se presentan como ventajas competitivas sostenibles. Una de ellas es la cultura organizacional, que representa una ventaja competitiva temporal. De las ventajas competitivas sostenibles, destaca la capacidad de adaptabilidad, la cual es relevante debido a que el 74% de organizaciones refieren que sus trabajadores padecen de fatiga al cambio. El cambio es desafiante y complejo, y generar una forma de trabajo que permita enfrentarlo brinda una mayor capacidad de desarrollo a las organizaciones.

- **Procesos**

Se analizaron seis factores, de los cuales tres se consideran ventajas competitivas temporales por no ser inimitables, dos son considerados paridad y uno es una ventaja competitiva sostenible.

¹⁴ Tomado de *Liquid and Continuum of Healthcare*, donde se consideran cuatro factores esenciales que requieren los colaboradores en organizaciones semilíquidas-cambio continuo: transparencia (comunicación clara y autentica), la innovación (promover y respaldar la innovación y la toma de riesgos), involucramiento (crear conexiones fuertes y auspiciar la cocreación) y ágiles (avanzar y atrapar las oportunidades en tiempo real).

- **Recursos**

Se definen seis factores, de los cuales tres se determinan como paridad, dos como ventajas competitivas temporales y una como ventaja competitiva sostenible.

Todos los factores considerados son valiosos para la organización, la rareza de su presentación se evaluó considerando que el factor analizado no se presente en organizaciones de la industria, que un factor sea considerado inimitable se determinó basados en que no pueda ser imitado por organizaciones similares en la industria y el sector. Por último, el uso del factor se definió en torno a su presencia en todas las partes descritas de la organización.

Ante este análisis se definen como fortalezas de la organización todas las ventajas competitivas sostenibles y temporales, siendo consideradas debilidades aquellas que se determinaron como paridades.

3. Capacidad real y potencial

Se determinará el cálculo de la capacidad considerando la infraestructura a octubre del 2017 y las prestaciones brindadas desde el enero del 2010 a octubre del 2017.

- **Capacidad real**

La CSF cuenta con 105 camas de hospitalización, distribuidas de la siguiente manera: el 35% críticas, 6 quirófanos, 10 cunas críticas neonatales y 12 cupos de alojamiento conjunto. En el área de consulta ambulatoria se consideran 83 habientes, de los cuales se tiene total control de la gestión de 49, y en el área de emergencia se trabajan con 19 tópicos, 1 trauma shock y 1 sala de cirugía de emergencia. Se cuenta, además, con 383 médicos y 940 trabajadores de registro en planilla; las áreas tercerizadas son nutrición, patología clínica, anatomía patológica, banco de sangre, seguridad y *valet parking*. Se considera capacidad real a la capacidad actual, tomando en cuenta como limitante el recurso humano que actualmente labora en la organización.

- **Capacidad instalada**

Es aquella que, contando con el recurso humano completo, se podría alcanzar, tomando en cuenta como limitante la infraestructura. En la tabla 21, se define el porcentaje de uso de la capacidad instalada de la CSF con el objetivo de definir el potencial de crecimiento en

ventas¹⁵, que podríamos alcanzar en las condiciones actuales. Para este cálculo, se han definido las siguientes condiciones:

- Área de consulta ambulatoria: Medido en horas disponibles/año, considerando 54 horas a la semana / 52 semanas año. También medible en consultas médicas/año, considerando un índice de rotación de 0,8 pacientes por hora¹⁶.
- Área hospitalaria: Medible en días cama/ año, considerando 24 horas al día/7 días a la semana/12 meses al año. También medible en egresos considerando tiempo promedio de estancia hospitalaria de 2,5 días de modo global y 1,5 días excluyendo las áreas críticas.
- Área de emergencia: Medible en horas de tópicos disponibles/día, considerando 24 horas al día/7 días a la semana/12 meses al año; considerando un tiempo de estancia promedio por tópicos de 3,5 horas
- Centro quirúrgico: Medido en horas disponible/año, considerando 60 horas a la semana/52 semanas año. También medible en cirugías/año, considerando tiempo promedio quirúrgico de 3 horas y un 25% de cirugías de emergencia adicionales.
- Área hospitalaria-camas críticas: Medible en días cama/ año, considerando 24 horas al día/7 días a la semana/12 meses al año. También medible en egresos considerando tiempo promedio de estancia 4 días.

De este modo, en la tabla 21 podemos definir el porcentaje de uso de la clínica:

Tabla 21. Análisis comparativo de la producción actual vs la potencial para definir el porcentaje de uso de la capacidad instalada de Clínica San Felipe

Área	Real	Potencial	Porcentaje de uso
Consulta externa	55.519 consultas/año	83.237 consultas/año	66%
	124.800 horas/año	233.064 horas/año	53%
Atenciones hospitalarias	6.800 egresos/año	15.330 egresos/año	44%
	22.995 días camas/año	38.325 días camas/año	60%
Atenciones de emergencia	33.600 atenciones/año	58.240 atenciones/año	57%
	100.800 horas/año	174.720 horas /año	57%
Capacidad de centro quirúrgico	4.320 cirugías /año	43.680 cirugías / año	10%
	12.960 horas/año	112.320 horas/año	12%
Capacidad de red crítica	1.164 pacientes/año	3.458 pacientes año	33%
	9.682 días cama/año	13.832 días cama/año	70%

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Estadística del Comité de Calidad CSF*. Actualmente, solo se cuenta con disponibilidad de 4/6 quirófanos, por lo cual el porcentaje de uso ajustado sería 20%.

¹⁵ Partimos de que el crecimiento en ventas se debe en un 70% a la producción y 42% en promedio al precio, debido a que el tarifario de las compañías de seguro no se actualiza desde el año 1998.

¹⁶ Dato definido como estándar promedio en clínicas de pago por servicios. En modelos financieros capitados este índice puede variar de 2-4 pacientes/hora.

4. Conclusiones

De este modo se determina que en las condiciones actuales existe un actual 30% de capacidad instalada inútil, el objetivo del planteamiento de la estrategia luego del análisis del mercado. Es importante considerar que en el sector salud el riesgo de presentación de eventos adversos es de 1 por cada 10 egresos hospitalarios y esto se incrementa por sobre el 80% de ocupación en 20% (Kohn et al. 2000), por lo cual la ocupación de una organización para mantener eficiencia y seguridad no debe sobrepasar el 80%. Una vez que una organización de salud alcanza esta ocupación, la estrategia debe enfocarse en crecimiento de la capacidad instalada o restricción del acceso a esta.

Capítulo V. Investigación de mercado

1. Definición del problema

La CSF no cuenta con una población adscrita. Del mismo modo, por su ubicación, no es considerada una institución de referencia geográfica¹⁷. Las atenciones realizadas provienen de una derivación por capacidad resolutive o por marca referente]; por lo tanto, se analiza la situación actual del mercado para definir los parámetros de proyección de demanda. Además, se considera el análisis de una segunda proyección potencial asociada con la penetración de mercado y la introducción a nuevos mercados.

Según los descrito líneas arriba, la demanda por servicios de la CSF está determinada por ingreso disponible de la población (Y_d), las preferencias del consumidor (marca, calidad del recurso humano: médicos- μ), el aseguramiento (*aseg*) y el acceso al crédito (*cred*). A continuación, mostramos cómo está modelada la función de demanda de la CSF:

$$D_{(x)} = F(Y_d, \mu, aseg, cred), \text{ donde}$$

Y_d = ingreso disponible: a mayor ingreso disponible, la demanda por servicios de salud será mayor; existe una relación positiva.

μ = preferencias: gran parte de la demanda por servicios de la CSF es determinada por un tema preferencias: la CSF es sinónimo de calidad, eficiencia y alta capacidad resolutive gracias al recurso humano que tiene. Los pacientes demandan los servicios de salud de la CSF porque saben que ahí encontrarán al mejor doctor de determinada especialidad. El acceso a ese tipo de atención es rápido (no hay colas). Además, la infraestructura médica y su política de calidad y eficiencia que maneja la CSF asegura una baja tasa de errores en toda la cadena de atención.

aseg = Alrededor del 90% de las atenciones que brinda la CSF son a través de las EPS y PPS, el resto son atenciones de manera particular (que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud). Cuanto mayor sea el número de personas que accedan a un seguro de salud a través de la EPS o PPS, más podrán acceder a los servicios de salud de la CSF.

¹⁷ Derivación geográfica, cuando la localización es cercana a vías de alto tránsito o zonas de riesgo endémico.

cred = Cerca del 85% de los pagos percibidos por la CSF son realizados con alguna tarjeta de crédito, solo el 15% de los pagos son “pago de bolsillo”. Mientras las personas tengan más acceso al crédito, existirán más posibilidades de que puedan acceder a los servicios de salud de la CSF.

Es importante mencionar que los factores que tienen mayor incidencia en la demanda de servicios de salud de CSF son el aseguramiento y las preferencias.

2. Desarrollo del plan de investigación

El plan de investigación considera los siguientes puntos de trabajo:

- **Análisis de la demanda**

- Análisis de la base de datos de pacientes de CSF por geografía y tipo de financiamiento.
- Análisis de la base de datos de clientes en función al aseguramiento y acceso a clínica San Felipe por tipo de atención
- Definir el driver de crecimiento que permitirá realizar la proyección de demanda.

- **Análisis de la percepción del servicio**

Análisis de las encuestas de satisfacción de la CSF de enero del 2016 a julio del 2017.

3. Recopilación y análisis de la información

La información planteada se toma de fuentes internas: como la base de datos de pacientes de la CSF de enero del 2016 a julio del 2017.

3.1 Análisis de la demanda: mercado actual

3.1.1 Estudio descriptivo

El 89% de los pacientes atendidos en la CSF son residentes del departamento de Lima, de los cuales el 80% proviene de nueve distritos, de los cuáles seis son no colindantes. Esta situación se asocia a dos factores: (i) el modelo de derivación por complejidad y capacidad resolutive de la CSF y (ii) el gasto destinado a salud en los respectivos sectores. Ambos factores son sustanciales para el abordaje estratégico que se desarrollará en el siguiente capítulo.

Tabla 22. Distribución geográfica de pacientes de CSF-Lima

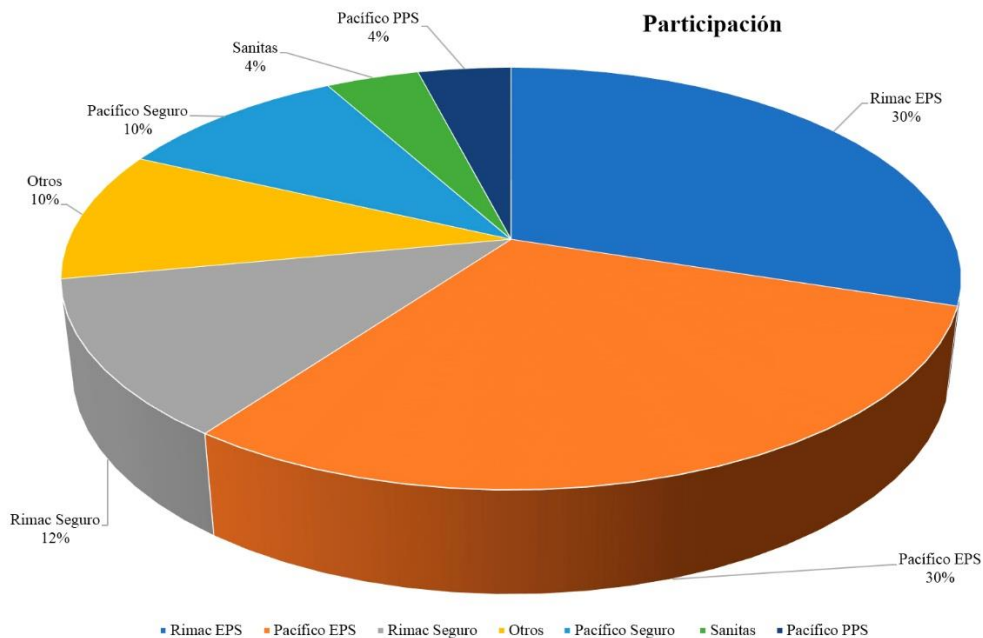
Distritos	Participación	Distritos	Participación
Santiago de Surco	16,8%	San Borja	5,9%
San Isidro	13,3%	San Miguel	4,7%
La Molina	12,1%	Magdalena del Mar	4,4%
Miraflores	10,7%	Pueblo Libre	3,7%
Jesús María	8,7%	Otros	19,7%

Fuente: Elaboración propia, 2017, con información de la base de datos de pacientes de CSF (2014-2016).

En la CSF se determinan un promedio mensual de 25.19 atenciones liquidadas¹⁸, las cuales se distribuyen en: 18.631 atenciones ambulatorias (73%), 5.860 atenciones de emergencia (23%) y 928 atenciones hospitalarias (4%).

Las atenciones prestadas son financiadas en 5% por IAFAS públicas, 25% por pago de bolsillo y 70% por IAFAS privadas. A continuación, en el gráfico 5, la distribución de atenciones por tipo de IAFAS, donde el 90% de las atenciones son de empresas Pacífico, Rimac y Sanitas, y el 10% restante se compone por Mapfre, seguros internacionales e IAFAS públicas.

Gráfico 5. Distribución de atenciones por aseguradora



Fuente: Elaboración propia, 2017, con datos del Sistema de la CSF (2014-2016).

¹⁸ Este dato varía de las atenciones registradas en el mismo periodo bajo la premisa de que una atención puede considerar en promedio 3 liquidaciones (mínimo 1 y máximo 9).

Dado que el 44% de atenciones se desprenden de la empresa Pacífico y esta guarda una penetración de mercado en salud similar a la de Rimac –según lo referido por Gaggero (2017)¹⁹, por lo cual la proyección de afiliados y atenciones de Pacífico se asume directamente proporcional a la de Rimac–, tomaremos el análisis de mercado y derivaciones de enero del 2016 a julio del 2017 de la esta empresa para definir la proyección de demanda.

3.1.2 Estudio exploratorio de afiliados

Se han tomado datos de afiliados de la IAFA Pacífico, donde se considera un total de afiliados en Lima de 483.179, de los cuales, el 53% son afiliados del seguro complementario laboral y el 47%, del seguro PPS. De estos, 129.497 afiliados cuentan con acceso a atención en la CSF, como se determina en la tabla 24, el 29% de afiliados tienen acceso a la CSF de aquellos que cuentan con seguro complementario laboral, y acorde a la tabla 23, solo el 25% de afiliados de Pacífico Peruano Suiza cuentan con acceso a la clínica.

Tabla 23. Afiliados seguro complementario laboral-Lima

Póliza	Afiliado	Acceso a CSF
Base	76.281	No
Adicional 1	107.026	No
Adicional 2	73.728	Sí
Total general	257.035	73.728

Fuente: Elaboración propia, 2017. Base de datos Afiliados Pacífico (2016).

Tabla 24. Afiliados Seguro Pacífico Peruano Suiza-Lima

Póliza	Afiliados	Acceso a CSF	Póliza	Afiliados	Acceso a CSF
Medicvida nacional	14.191	Sí	Oncológicos	92.450	No
Medicvida internacional	10.628	Sí	Oncológicos colectivos	34.774	No
Multisalud	30.950	Sí	Red preferente	10.280	No
Colectivos	20.318	No	<i>Run Off</i>	1.455	No
Autoseguro-Auxilio médico	10.497	No	Seguro de salud Ecoh	601	No
Total general	226.144		Total acceso CSF	55.769	

Fuente: Elaboración propia, 2017, con información de la Base de Datos Afiliados Pacífico (2016).

¹⁹ Aldo Gaggero Madrid es gerente de Finanzas, Planificación y Control de Pacífico EPS.

De este modo, actualmente, la CSF cuenta con un mercado potencial de 129.497 afiliados. Para determinar el número actual de penetración de mercado se definirá en relación con el volumen de atenciones registradas en la base de datos de Pacífico en la CSF en el mismo periodo del análisis.

3.1.3 Estudio exploratorio atenciones

Pacífico, deriva a sus afiliados de Lima a diversas instituciones a nivel nacional, frente a lo cual tenemos:

Tabla 25. Tasa de atenciones por afiliado

Póliza	Atenciones	Afiliados	Tasa de atenciones por afiliado al año
EPS	1.500.477	226.144	7 (3,5 en CSF)
PPS	388.975	257.035	2 (2 en CSF)

Fuente: Elaboración propia, 2017, con información de la Base de Datos de Afiliados Pacífico (2016).

Del total de atenciones, el 34% se da en la CSF, la penetración en pólizas EPS es al 4% y en PPS es al 6%. El número de afiliados de provincias que es atendido en CSF es menor que el 0,1%, por lo cual no se considera de impacto en la proyección de demanda.

Tabla 26. Total de atenciones de afiliados Pacífico en CSF

Póliza	Ambulatorio	Emergencia	Hospitalario	Total
EPS	37.577	14.041	2.355	53.973
SCTR	1.042	394	50	1.486
EPS	38.619	14.435	2.405	55.459
Medicvida nacional	6.903	2537	412	9.852
Medicvida internacional	4.061	1.425	404	5.890
Multisalud	1.728	844	161	2.733
Colectivos	2.309	188	76	2.573
Autoseguro	1.253	209	74	1.536
Run Off	334	32	40	4.06
Red preferente		26	2	28
Oncológicos	844		162	1.006
Oncológicos colectivos	55		20	75
PPS	17.432	5.261	1.331	24.024
Total	56.051	19.696	3.736	79.483

Fuente: Elaboración propia, 2017, con información de la Base de Datos de Afiliados Pacífico (2016).

4. Análisis de la percepción del servicio

La percepción de atributos de valor del servicio se determina con base a una encuesta de satisfacción institucional (anexo 8).

4.1 Análisis del estudio exploratorio

Las encuestas analizadas corresponden al periodo de enero a julio 2017 en los servicios de ambulatorio, emergencia y hospitalización. Los resultados se presentan como promedios de atención mensual.

Las encuestas de satisfacción se entregan vía electrónica en las atenciones de emergencia y ambulatorio mientras que las hospitalarias se realizan de modo directo como entrevistas pautadas, los resultados de la captación se presentan en la tabla 27.

Tabla 27. Encuestas realizadas promedio mes

Servicio	Atenciones promedio mes	Encuestas enviadas	Encuestas respondidas	Porcentaje de captación
Ambulatorio	10,611	9,064	256	3%
Emergencia	3,321	2,089	72	3%
Hospitalización	610	195	195	100%

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en la Encuesta de Satisfacción CSF (2015-2016).

La encuesta cualitativa cuenta con catorce preguntas, de las cuales se consideran tres preguntas comunes a las distintas áreas evaluadas y el resto son específicas del servicio prestado. De este modo, se plantea que el 83% de pacientes recomendaría CSF y está satisfecho con la atención que tuvo, como se evidencia en la tabla 28.

Tabla 28. Consolidado del grado de satisfacción y recomendaciones de la Clínica San Felipe

Escala de evaluación	¿Qué tan probable es que recomiende la CSF a un amigo o familiar?	¿Qué tan satisfecho se encontró con la atención que tuvo en nuestra clínica?
0 - 5	5%	6%
6 - 7	5%	10%
8 - 10	83%	83%
Blanco	7%	1%

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en la Encuesta de Satisfacción CSF (2015-2016).

Mientras que es considerado como principal razón por la que acudirían la referencia del médico, con 55%, y cercanía de un 26%.

Tabla 29. Consolidado de razón de elección de CSF

Motivo	¿Cuál sería la razón principal por la que elegiría la clínica?
Cercanía	26%
Recomendaciones familiares	18%
Economía	1%

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en la Encuesta de Satisfacción CSF (2015-2016).

Si analizamos estas preguntas por el tipo de servicio, es notorio que no existe variación en la satisfacción del servicio o su recomendación, pero en caso de atenciones por emergencia están asociadas a continuidad geográfica. Sin embargo, en hospitalización por referencia médica, ambos criterios son importantes para el desarrollo de la estrategia (anexo 9).

5. Análisis del mercado potencial

Considerando que el 40% de las atenciones de CSF son captadas de los afiliados de Pacífico y se estima una conducta de crecimiento similar con los afiliados de Rimac, el mercado potencial será calculado con base en dos supuestos del entorno: (i) el crecimiento del PBI 4,2% (Banco Central de Reserva del Perú-BCRP 2017) y (ii) el crecimiento de empleo 1,3% anual del 2010-2020 (Ministerio de Economía y Finanzas-MEF 2017); y un supuesto interno: proyección de penetración de mercado de Pacífico, que se plantea 3% anual por 2 años y luego 5% hasta el término del análisis. Se asume que el incremento de empleabilidad permitirá un mayor acceso al aseguramiento en conjunto con el crecimiento el gasto en salud, por lo cual, con base en estos tres factores, se determina la tasa de crecimiento promedio de afiliados de Pacífico.

Tabla 30. Proyección de afiliados empresa pacífico

Afiliado Pacífico	2017	2018	2019	2020	2021	2022
EPS	264.746	272.688	280.869	294.912	309.658	325.141
PPS	232.928	239.916	247.113	259.469	272.442	286.064
% de crecimiento anual	3%	3%	3%	5%	5%	5%
Total	497.674	512.604	527.982	554.381	582.100	611.205

Fuente: Elaboración propia, 2017, con información de la Base de Datos de Afiliados Pacífico (2016).

Se han tomado los datos registrados en la tabla 27 para realizar el cálculo de las tasas de derivación²⁰ de atenciones por afiliado por tipo de servicio, con lo cual, en la tabla 31, se plantean las proyecciones de crecimiento del mercado de la CSF.

²⁰Se consideran: ambulatorio 0,7, emergencia 0,23 y hospitalización 0,03

Tabla 31. Proyección de las Atenciones Potenciales Derivadas de Pacífico

	Tipo de afiliado	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Afiliado	EPS	6.138,92	6.323,08	6.512,78	6.838,41	7.180,34	6.138,92
	PPS	8.863,21	9.129,11	9.402,97	9.873,13	10.366,77	8.863,21
Atención	EPS	21.486,22	22.130,77	22.794,73	23.934,43	25.131,18	21.486,22
	PPS	17.726,42	18.258,23	18.805,94	19.746,26	20.733,54	17.726,42
Total Pacífico		51.835,65	39.212,64	40.389,00	41.600,66	43.680,69	45.864,72
Total de atenciones proyectadas²¹		129.589,12	98.031,60	100.972,50	104.001,66	109.201,71	114.661,80

Fuente: Elaboración propia, 2017, con información de la Base de Datos de Afiliados Pacífico (2016).

De este modo, se estima que las distribuciones de las atenciones de una IPRES se componen en un 70% de consulta ambulatoria, 23% de emergencia y 7% de hospitalización²². Así, la proyección el uso de capacidad instalada en los siguientes años por servicio será de 3% anual para los primeros tres años y luego se estabilizará en un 5%.

Tabla 32. Proyección de uso de capacidad instalada y atenciones

Servicio			2017	2018	2019	2020	2021	2022
Atenciones	Ambulatorio	83237	68,622.12	70,680.75	72,801.16	76,441.20	80,263.26	84,276.42
	Emergencia	58240	22,547.27	23,223.68	23,920.38	25,116.39	26,372.21	27,690.82
	Hospitalización	15333	6,862.21	7,068.08	7,280.12	7,644.12	8,026.33	8,427.64
Uso de capacidad instalada	Ambulatorio		82%	85%	87%	92%	96%	101%
	Emergencia		39%	40%	41%	43%	45%	48%
	Hospitalización		45%	46%	47%	50%	52%	55%

Fuente: Elaboración propia, 2017, con información de la Base de Datos de Afiliados Pacífico (2016).

6. Conclusiones

El crecimiento de mercado que se proyecta durante el periodo de análisis puede realizarse haciendo uso de los recursos actuales, de manera que se intervenga en el desarrollo de eficiencias asistenciales, administrativas y operativas que permitan el manejo de un mayor volumen de atenciones, manteniendo los parámetros correspondientes de seguridad. Es importante determinar que, a mayor eficiencia, menor uso de capacidad instalada y mayor potencial de crecimiento de mercado.

²¹ Se considera que añade el 60% de atenciones procedentes de otras IAFAS y pago de bolsillo.

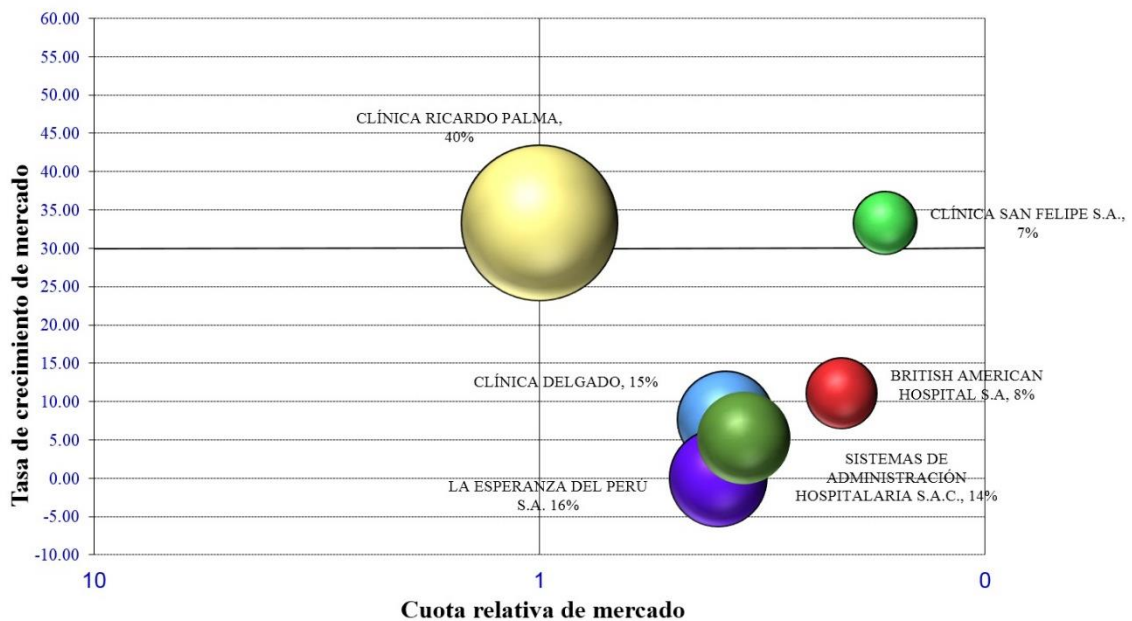
²² Acorde a la distribución de prestaciones por servicio actual de la CSF.

Capítulo VI. Enfoque estratégico

1. Estrategia actual

Empresas Banmédica cimienta su desarrollo en el crecimiento sostenible de sus unidades estratégicas. La CSF, en relación con lo planteado en el capítulo 3, construye su sostenibilidad en el uso de sus recursos. Según lo planteado por Grant (1991), la estrategia pasada en recursos determina un enfoque interno; según lo referido por Concha²³, este planteamiento está acorde con la cadena de valor actual²⁴. La estrategia financiera y comercial define el desarrollo de valor como la oferta integral de prestaciones y el proceso de liquidación de estas. El 12% de establecimientos privados de salud están situados en Lima metropolitana (813), el 86% de las atenciones se dan en establecimientos de categoría I-II. La estrategia actual posiciona la organización ante sus competidores (por acceso y capacidad resolutive) según lo planteado en gráfico 6.

Gráfico 6. Mapa perceptual del posicionamiento de la Clínica San Felipe ante sus competidores



Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en los estados financieros IPRES analizadas.

²³ Cristian Concha Giraldo es ex gerente general de la organización “La oferta genera la demanda”.

²⁴ Gráfico 2, capítulo 3.

La CSF tiene una tasa de crecimiento de 25% en los últimos tres años. En el sector privado, tiene un 2% de participación, similar a la clínica Angloamericana y por debajo del resto de competidores, excepto la clínica Ricardo Palma.

Desde este análisis, la estrategia actual ha permitido a la CSF ingresar a su segundo ciclo de vida y se encuentra en la etapa de madurez. En los últimos diez años, la clínica ha atravesado múltiples cambios y al momento, aunque las ventas se encuentran en ascenso, no cambiar de estrategia anticipa un riesgo de entrar en etapa de declive.

2. Redefinición de la estrategia

La nueva estrategia se enfoca en transformar las ventajas competitivas temporales en sostenibles y volver en ventajas competitivas aquellos factores considerados como paridad dentro del análisis VRIO en el capítulo 3. De este modo, la estrategia se enfocará en cambios en: cultura organizacional, procesos y reenfoque comercial. No se consideran intervenciones en infraestructura y equipos, debido a que la capacidad instalada funcional está en un 48% de uso, por lo cual se apuntará a mejorarla.

2.1 Enfoque frente al entorno

La estrategia enfoca su propuesta en los puntos analizados en los capítulos 2 y 3; de este modo, se plantea el abordaje de las amenazas y oportunidades encontradas en la tabla 33.

Tabla 33. Análisis de los factores externos

Factor	Oportunidad tomada	Amenaza enfrentada
Tabla 7	I. La estabilidad del país brinda la oportunidad de una potencial adquisición de un grupo extranjero o la inversión por el grupo actual.	II. La inversión en el sector público implica una etapa previa de reestructura de instalaciones, que disminuirá la capacidad instalada del sector público que potencialmente se podrá canalizar a CSF. III. El trabajo dentro de la red de prestadores de salud permitirá garantizar el abastecimiento. IV. Cambios regulatorios del sector deben ser evaluados.
Tabla 8	V. El incremento del PBI y el crecimiento del poder adquisitivo; en conjunto con la formalización del empleo contribuye a tener un crecimiento del mercado asegurado en salud al cual se debe apuntar a brindar acceso al servicio.	-

Factor	Oportunidad tomada	Amenaza enfrentada
Tabla 9	VI. El crecimiento poblacional podría enfocarse en apertura de sucursales, pero al tener capacidad instalada funcional ociosa, la oportunidad se da en poder desarrollar <i>bundles</i> de atención focalizados en grupos poblacionales.	-
Tabla 10	VII. Uso de tecnología de información para almacenamiento y procesamiento de data a través de la integración de sistemas informáticos, para uso interno y externo	VIII. La lenta velocidad de transferencia de tecnología, los sistemas actuales de CSF se encuentran en un lenguaje de programación <i>visual basic</i> , el cual deberá migrar de modo progresivo o se debe consolidar la unidad de programación y desarrollo
Tabla 11	-	IX. Se deberán explorar nuevos medios de eliminación de residuos sólidos en el país

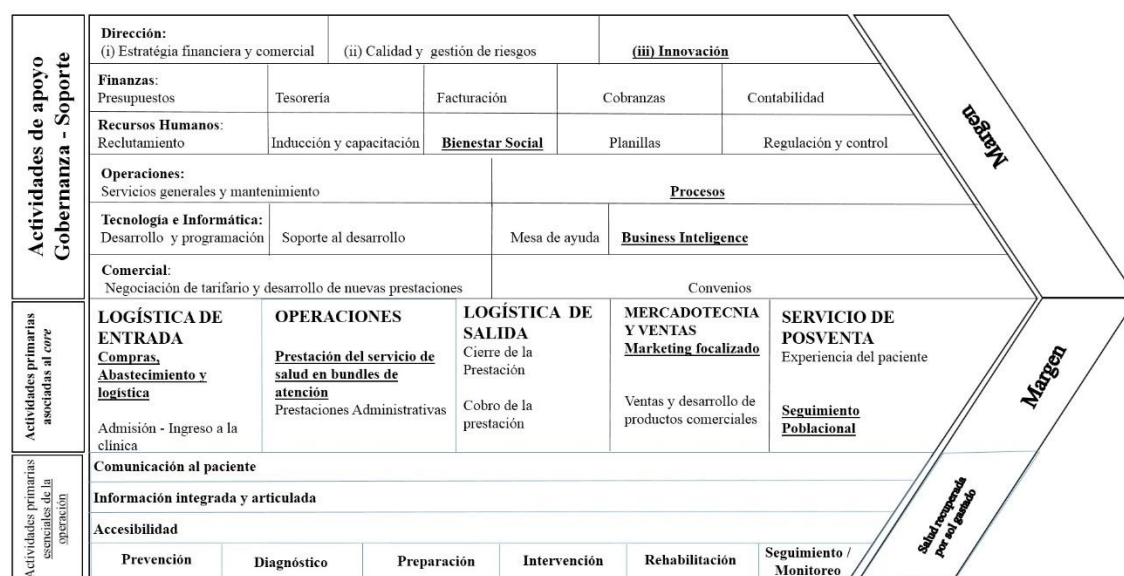
Fuente: Elaboración propia, 2017, con información recopilada del capítulo 2 del presente trabajo.

De este modo, las actividades que potenciaran el desarrollo de la CSF se ven reflejadas como aprovechamiento de las oportunidades y mitigación de las amenazas.

2.2 Enfoque interno (cadena de valor propuesta)

Ante este contexto el uso de recursos debe cambiar de estructura, por lo cual se presenta una propuesta de cadena de valor a desarrollar en el gráfico 7, considerando el replanteamiento y reposicionamiento de actividades específicas que permitirá el mejor uso de recursos para enfrentar el entorno.

Gráfico 7. Cadena de valor propuesta



Fuente: Elaboración propia, 2017, Guevara y Orquera (2012), Porter-Teisberg (2006).

La cadena de valor plantea, en los puntos subrayados, aquellos que serán eje para el desarrollo de la estrategia. Además, se incluye en la propuesta el desglose del real valor al cual deberán apuntar las actividades primarias y esenciales de la CSF: recuperación de la salud por sol gastado.

En este enfoque, según lo planteado por Porter y Teisberg (2006), la actividad en una institución de salud no se debe analizar por tipo de atenciones o prestaciones, sino por la capacidad integral de resolver la patología de sus pacientes, debido a que la ventaja competitiva se encontrará en hacer uso de los recursos de manera eficiente, con calidad y seguridad al precio más competitivo en el mercado.

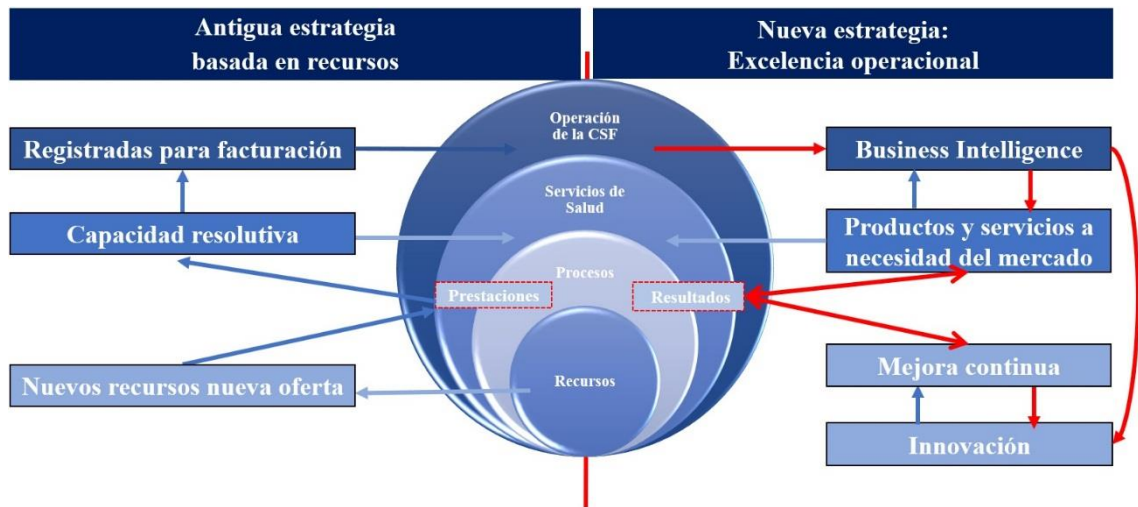
2.3 Creación de valor desde la estrategia

De este modo, acorde al análisis externo, se debe apuntar a: (i) incrementar el acceso a la atención de salud, (ii) desarrollo de *bundles* de atención que permitan ser eficientes en el consumo y asignación de recursos, y (iii) desarrollo de un sistema tecnológico de soporte para la operación.

En este contexto, se plantea el concepto de Treacy y Wiersema (1997) de «*el mejor costo total*», considerando la base teórica de la excelencia operativa, para ofrecer una combinación de calidad, precio y facilidad de compra de sus servicios, los cuales son difícilmente igualables. Así como se plantea en la cadena de valor, se tiene que la estrategia se traduce en flujo. Según lo planteado en el gráfico 8, la propuesta pretende un enfoque en los resultados (*bundles* de atención), lo que generará productos/servicios enfocados en el mercado.

Esta información debe ser administrada a través de un BI, el cual permitirá analizar información clínica, de recursos y facturación, lo que permite, con innovación y mejora continua, intervenir los procesos para generar eficiencias, para así formar una cultura de mejora continua enfocada en el resultado clínico de los pacientes que desarrolle eficiencias a través de la innovación de procesos.

Gráfico 8. Creación de valor desde la estrategia



Fuente: Elaboración propia, 2017, con información recopilada de los capítulos II-V del presente trabajo.

3. Opinión de expertos en relación con la estrategia

Se realizó una entrevista pautada (anexo 10) a directivos de alta capacidad de decisión del sector salud y la industria privada de salud relacionada con IPRESS e IAFAS y médicos que laboran en la industria privada de salud. En esta entrevista, se buscó conocer las impresiones en torno a la estrategia planteada. El 60% de entrevistados fueron médicos, 13% trabajaba en IPRESS, 13% trabajaba IAFAS y 14% en entidades reguladoras.

Cuando se les preguntó cuál o cuáles eran los factores que consideraban determinantes para los pacientes para elegir una IPRESS, el 80% consideró el personal médico, infraestructura y precio, y un 20%, otros factores (procesos, trato del personal administrativo, certificaciones, cultura, uso de recursos y ubicación). Pero cuando se preguntó por los factores de elección por las IAFAS para elegir una IPRESS, el 70% determinó infraestructura, precio, procesos y uso de recursos como relevantes, y el 30% incluyó en otros personal médico, administrativo y cultura.

Se preguntó a los entrevistados sobre los actores del sector de los que consideraban que tenían el mayor poder de negociación con énfasis en la industria privada, y se determinó el siguiente ranking de poder de mayor a menor: aseguradoras, proveedores, clínicas y el Estado. Desde este enfoque, es sustancial el desarrollo de estrategias que beneficien a los usuarios finales, pero que sean atractivas para los pagadores reales del servicio.

Al término de la entrevista se planteó el objetivo al que se apunta que es ser una IPRESS donde:

- Se garanticen procesos de reclutamiento de personal administrativo, médico y asistencial basado en competencias y con proyecciones de educación/evaluación continua.
- Se enfoque en unidades clínicas dedicadas a grupos poblacionales, por ejemplo. Programas de pacientes crónicos, pacientes pediátricos, mujeres en edad fértil, entre otros.
- Se enfoque en unidades de práctica clínica integrada que articulen servicios y especialidades de diversas complejidades para generar eficiencia en el uso de recursos; por ejemplo, unidad de manejo de epilepsias, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, lumbalgia, entre otros.
- Se garantice el uso racional de recursos e insumos médicos, asociados a la complejidad específica de los pacientes, que permita un pago establecido por resultados.
- Se generen eficiencias que permitan no solo ser una propuesta accesible en el mercado, sino que, además, permitan a la organización poder canalizar recursos a: prestar atenciones al sector público de salud y desarrollar actividades de beneficio social.

Ante esto el 90% de entrevistados estaría interesado en trabajar en la organización, el 88% estaría interesado en atenderse en ella, el 67% la recomendaría, el 56% quisiera conocer sobre la organización, 33% invertiría en ella y un 11% apoyaría su difusión. De este modo, vemos que la propuesta a desarrollar deberá enfocarse en los aspectos descritos en los objetivos.

4. Objetivos del plan estratégico

4.1 Objetivo general

Desarrollar un modelo de negocio centrado en el paciente, cambiando el enfoque en las prestaciones por un enfoque en los resultados.

4.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos se enfocan en incrementar la rentabilidad a través del rediseño de procesos, tomando como eje el resultado de la atención de los pacientes, registrado y gestionado con tecnología y un equipo de trabajo estructurado y sólido. Los objetivos se detallan en cuatro ámbitos, los cuáles son influenciados de modo transversal por la cultura de innovación a consolidar en la organización.

Eficiencia: Definida como el uso de recursos necesarios con la calidad necesaria.

Penetración de mercado: definido por el desescalamiento de red de compañía de seguro e inclusión de pólizas con primas más accesibles al mercado.

Diferenciación: determinada por la estructura de calidad y seguridad del paciente, enfocada en *bundles* de atención por grupos poblacionales y patologías.

Rentabilidad: Se espera tener un incremento de rentabilidad asociado a producción y no solo a márgenes.

Capítulo VII. Propuesta de planes funcionales

Los objetivos planteados en el capítulo previo se desarrollarán de acuerdo con lo planteado en la tabla 34, todos ellos tendrán un enfoque transversal de innovación y mejora continua.

Tabla 34. Actividades por desarrollar 2018-2022

Perspectiva	Objetivo específico	Actividad	Unidad responsable	Plan
Interna	Eficiencia	La llave del sistema debe ser migrada a ser el paciente	Tecnología de la información	Tecnología de la información
	Eficiencia	Desarrollo de un sistema de <i>BI</i> para estructura y gestión de <i>Big Data</i>	Calidad Tecnología de la información	Tecnología de la información
	Eficiencia	Generar ahorro en la compra de insumos y fármacos en 22%	Logística y Abastecimiento	Operaciones
	Eficiencia	Determinación de horas de oro y <i>bundle</i> de atención	Calidad Comercial Procesos	Operaciones
Capital humano	Eficiencia	Difusión y fortalecimiento de Cultura Organizacional	Gestión del Desarrollo Humano	RR. HH.
	Eficiencia	Determinación, monitoreo y evaluación de formación y desarrollo de competencias	Calidad Gestión del Desarrollo Humano	RR. HH.
	Diferenciación	Capacitación y desarrollo de cultura de calidad, seguridad y mejora continua	Calidad Gestión del Desarrollo Humano	RR. HH.
Cliente	Penetración de mercado	Negociación con las compañías de seguro para posicionar la clínica en la red 4 de atención	Comercial	Marketing
	Penetración de mercado	Negociación para ampliar acceso a las pólizas adicional 1 y base	Comercial Finanzas	Marketing
	Eficiencia	Difusión del concepto de <i>bundles</i> de atención y salud poblacional	Calidad Comercial	Marketing
Financiero	Inversiones	Definir tipo de financiamiento que impacte en la rentabilidad	Finanzas	Financiero
Externo	Diferenciación	Generación de sinergia de las actividades estratégicas para con los <i>stakeholders</i>	Ápice estratégico	Responsabilidad social

Fuente: Elaboración propia con base en Kaplan y Norton (2009).

1. Plan de operaciones

Este plan requiere el trabajo articulado con las áreas de Logística y Abastecimiento, Calidad, Comercial y Procesos.

1.1 Objetivos

Este plan se centra en dos objetivos sustanciales que deberán contribuir con la eficiencia operacional de la organización: buscar ahorro de 22% en los procesos de compras y adquisiciones apalancando la operación en el desarrollo de compras corporativas de insumos, fármacos y equipos; y estructuración de productos comerciales basados en *outcomes* clínicos finales (*bundles* de atención) enfocados en los pacientes, la prevención y recuperación por sobre el control de siniestro.

1.2 Estrategia de apalancamiento en la corporación

La oportunidad de negociación de compras corporativas debe guardar las siguientes consideraciones dentro de la conformación del comité de compras corporativas:

- Mantener los estándares de calidad de los insumos, fármacos y equipos
- Establecer los parámetros de autonomía de la organización para negociar precios de compra que de modo corporativo sean mayores a los negociados por la organización

1.2.1 Actividades

- Desarrollo de petitorio institucional en concordancia con el *staff* médico y el comité de farmacoterapia
- Análisis de los laboratorios y proveedores que garantizan calidad, oportunidad y capacidad de respuesta rápida ante caídas de stock.
- Realización del plan anual de pronóstico de demanda de fármacos e insumos por especialidad, UPSS y *bundle* de atención.

1.2.2 Seguimiento y control

La meta planteada deberá ser alcanzada de modo progresivo, considerando la curva de aprendizaje del pronóstico de demanda a razón de 5% anual para los dos primeros años y luego a razón 10% anual.

1.3 Estrategia de enfoque en *outcomes* finales

Según lo planteado por Porter (2006), el enfoque de la prestación de servicio de salud se basa en el valor (dólar gastado por salud recuperada), cambia la visión actual en salud de control de siniestros. Para lograr hacer realidad este concepto, se plantea el pago por resultados finales, que consiste en prestar servicios de salud por grupos poblacionales (pacientes geriátricos, con riesgos cardiovascular, pediátricos) o por patologías específicas.

Un ejemplo claro se evidencia en el concepto de la «hora de oro» del paciente con una sepsis (grado de infección), donde se encuentran dos escenarios:

Escenario I: el paciente acude a una IPRESS, es visto por un médico, quien encuentra parámetros alterados, solicita exámenes y, después de 45 minutos, estos llegan alterados. Se sospecha de una infección moderada a severa y se decide la hospitalización. Luego de dos horas, se inicia el manejo antibiótico en el paciente hospitalizado.

Escenario II: el paciente acude a una IPRESS, se identifican signos de alerta (taquicardia >100, fiebre, foco de infección), se toman los exámenes de laboratorio establecidos para el perfil sepsis y se inicia la administración de antibióticos en menos de 30 minutos.

Algo que no es bien conocido es que la demora de más de una hora de inicio de antibióticos puede producir hasta tres años después alteraciones asociadas a la memoria y a la cognición (demencia). La estandarización de un proceso de diagnóstico de alerta tiene impacto en el *outcome* final del paciente inmediato y a largo plazo; pero, además, en la organización, se desarrolla eficiencia: (i) el uso de recursos no se restringe, se usa apropiadamente, (ii) el tiempo de estancia hospitalaria del paciente disminuye, lo cual incrementa el intervalo de sustitución de camas, (iii) el gasto en salud de la IAFA es controlado (los precios de venta pueden ser reducidos en un 15%²⁵) y (iv) la

²⁵ Proyecto Piloto de Horas de Oro CSF, 2017.

experiencia y gestión de la información permite generar situaciones de predictibilidad (medicina basada en evidencia). De este modo el modelo a desarrollar busca migrar las prestaciones basadas en servicios hasta lograr dar prestaciones basadas exclusivamente en los pacientes, para esto es necesario articular todas las áreas de la organización para el desarrollo de *bundles* de atención (anexo 10).

1.3.1 Actividades

- Análisis de los casos clínicos 2014-2017
- Programación de reportes para el desarrollo de algoritmos clínicos
- Desarrollo de *bundles* clínicos
- Construcción de propuestas comerciales
- Negociación de tarifas con IAFAS
- Difusión de los productos creados

1.3.2 Seguimiento y control

El objetivo a los cinco años es lograr la migración del 100% de las prestaciones de servicios a *bundles* de atención, para lo cual la operación se apoyará en los planes funcionales desarrollados a continuación.

2. Plan de tecnología de información

Dada la gran relevancia del uso de la tecnología de información en las organizaciones, la CSF posee como capacidad diferenciadora un robusto Sistema de Información Hospitalaria (HIS) *in house*. Sin embargo, tiene una gran oportunidad de aprovechar el gran nivel de escalabilidad que otorgan los servicios informáticos de la Nube. La estrategia integral de este trabajo nos lleva a plantear este plan funcional, complementando el nivel de automatización o desarrollo de sistemas de información que den soporte a las distintas actividades citadas en la cadena de valor propuesta, alojados completamente en la Nube y con interfaces hacia el HIS actual de la CSF.

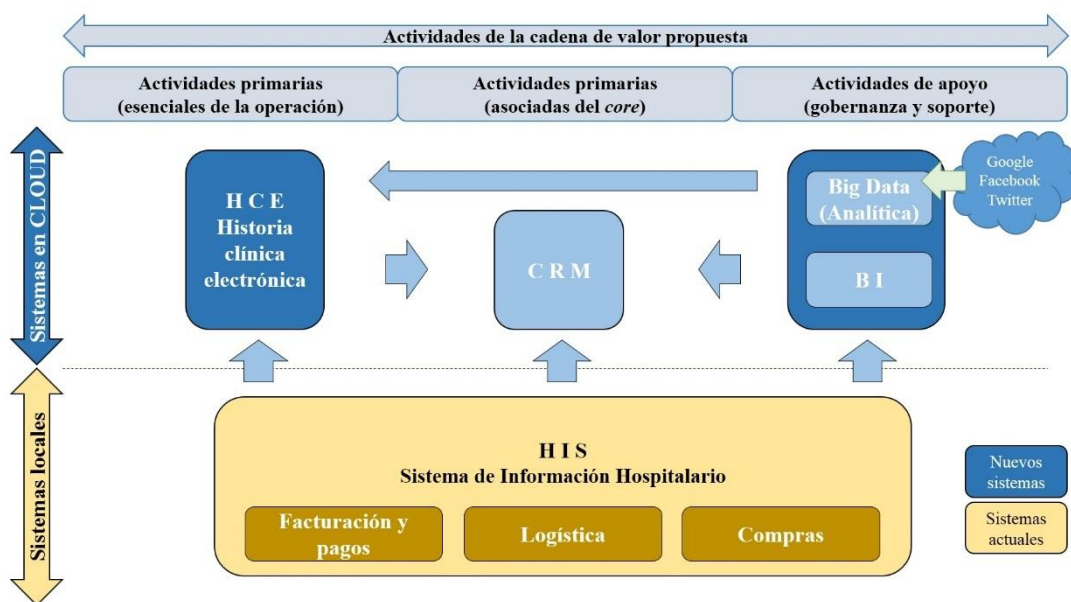
2.1 Alineamiento a la estrategia de la organización

Considerando la estrategia organizacional de eficiencia operativa, es fundamental que todo el flujo de información generada en los distintos procesos de atención y soporte de la CSF sea

almacenado de manera estructurada y con un enfoque de macroproceso integral, en el que el número del DNI sea el identificador único del paciente.

Es en este sentido que se plantea una convivencia entre los sistemas actuales, administrados localmente, y otros sistemas nuevos que serían implementados directamente en la Nube, con interfaces de intercambio de información entre ellos. Este proyecto se llevará a cabo mediante una consultoría, de modo que no se incremente el *headcount*. Los nuevos sistemas, como principales actividades estratégicas de TI, se muestran en el siguiente gráfico:

Gráfico 9. Plan de Tecnología de la Información



Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en información de los Sistemas Actuales: Plan anual de Tecnologías de Información de la SCF 2016, sistemas Cloud: Juicio del experto en sistemas.

2.1.1 Estrategia de redefinición del modelo de datos

Problemática o necesidad: se tiene conocimiento de que todas las empresas de la industria de salud privada tienen como entidad cardinal o principal la *orden de servicio (OS)*; es decir, por cada tratamiento o motivo de visita de un paciente a una IPRESS, se genera una OS. Como se aprecia, los datos del paciente se repiten en cada OS, lo que dificulta tener un análisis de información centrada en el paciente.

Estrategia de solución: redefinición del modelo de datos de los sistemas *core* de la CSF, para convertir al paciente en la entidad cardinal o principal, a la que se asocien todas las OS y no al

contrario. A la vez, esto permitirá cumplir con la Ley 30024, la cual crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, considerando el número de DNI como el identificador único de los pacientes a nivel nacional.

Un aspecto muy importante es la privacidad y la confidencialidad de los datos personales; por lo tanto, en la redefinición del modelo de datos se planteará la creación de un código interno de paciente en la CFS. Esto permitirá asociar todos los servicios de un paciente a su código interno. La asociación entre el código interno y el DNI del paciente solo se realizará para necesidades de identificación en los sistemas de la CSF y cuando se requieran por un tema regulatorio.

Presupuesto: Esta iniciativa estratégica sería atendida con los propios recursos y capacidades de la Subgerencia de Sistemas de la CSF.

2.1.2 Estrategia de implementación de la historia clínica electrónica (HCE)

Problemática o necesidad: Cada IPRES es una isla inconexa respecto a la información de cada paciente. No existe información centralizada de toda la historia clínica de un ciudadano que ha sido atendido durante su vida en distintas IPRES. Si el paciente va a un centro de salud por primera vez, no se tiene antecedente alguno sobre su estado de salud, lo que lo expone a riesgos y a duplicidad de exámenes y por ende costos adicionales.

Estrategia de solución: aprovechando la escalabilidad que nos otorgan los servicios de Cloud, tanto para el almacenaje y el procesamiento de datos, se implementará la HCE completamente en la Nube. Lo importante es que existirá una conexión directa y de intercambio de información, entre la HCE y el HIS de la CSF.

Tabla 35. Presupuesto de implementación de la HCE (en dólares americanos)

Especialistas	Cantidad	Costo individual	Meses	Subtotal (dólares)
Analista funcional	2	1.800,00	3	10.800,00
Desarrolladores	5	1.500,00	9	67.500,00
Total				78.300,00
Servicios de Nube (por año)				
App Service	1	46,30	12	555,60
SQL Database	1	12,45	12	149,40
Total				705,00

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en la entrevista al Ing. Alexander Sánchez Ponce, 2017: Juicio del experto en sistemas, servicios de Nube: Azure Microsoft.

2.1.3 Estrategia de implementación del CRM en la Nube

- **Problemática o necesidad**

Ante el nivel de concentración y competitividad, las clínicas, entre ellas la CSF, se ven en la necesidad de gestionar mejor las relaciones con sus pacientes, con la finalidad de brindarles un mejor servicio y fidelizarlos.

- **Estrategia de solución**

Uno de los sistemas de información que permite automatizar las relaciones con los clientes o pacientes es el CRM (*Customer Relationship Management*). Se plantea que este sistema sea montado por completo en la Nube. Las principales funcionalidades de este sistema serán (Stark 2016):

- Segmentar a los pacientes por distintos criterios como: demográficos, tipo de enfermedades, psicográficos o de alto riesgo, etc. Esto permite a los médicos orientar con precisión las prestaciones a grupos de pacientes que son propensos a requerir un servicio de salud determinado o a procedimientos específicos.
- Gestión automática de información de pacientes sin necesidad de rellenar formularios por cada trámite realizado en la clínica, gestión de derivaciones, recordatorio de citas, etc.
- Manejo de la agenda del personal médico, añadiendo visitas, informes, pruebas o revisiones. También se incluye una agenda individual para doctores.
- Integración con el HIS y la HCE, accediendo a la información de pacientes, añadiendo alertas y programando el envío de distintos mensajes recordatorios a los pacientes y envío masivo de mensajes con campañas y otros.

Tabla 36. Presupuesto de implementación del CRM

Especialistas	Cantidad	Costo individual	Meses	Subtotal (dólares)
Analista funcional	3	1.800,00	4	21.600,00
Desarrolladores	5	1.500,00	12	90.000,00
Total				111.600,00
Servicios de Nube (por año)				
App Service	1	46,30	12	555,60
SQL Database	1	12,45	12	149,40
Total				705,00

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en entrevista a Ing. Alexander Sánchez Ponce, 2017: Juicio del experto en sistemas, servicios de Nube: Azure Microsoft.

2.1.4 Estrategia de Implementación del *Business Intelligence* (BI)

- **Problemática o necesidad**

Uno de los objetivos principales para implementar la solución de BI en la CSF es tener la posibilidad de que sea soporte para contar con un modelo de innovación continua en los procesos de atención y soporte. La gran cantidad de datos que se generan diariamente en la clínica, se analizarán y se convertirán en conocimiento, el cual apoyará a una buena toma de decisiones. En una clínica, independiente del tamaño de la institución, las herramientas de un BI contribuyen en la búsqueda e interpretación de informaciones almacenadas, en tiempo real, no sólo para el apoyo en las decisiones, sino también para medir la productividad, control, evaluación y gestión de las distintas áreas funcionales (MV 2015).

- **Estrategia de solución**

Se implementará un sistema de BI, en el cual se almacenarán diariamente datos estructurados provenientes del HIS, la HCE y el CRM. Uno de los factores críticos de éxito de un proyecto de BI, es contar con el aseguramiento de la Calidad de los Datos previo a la implementación del proyecto de BI. Esta tarea será llevada a cabo por el personal actual del área de Sistemas de la CSF. Puede conllevar a redefinir ciertos procesos operativos incluso desde la etapa de admisión del paciente, también en ambulatorio y emergencia. Las principales características de la arquitectura BI serán (MV 2015):

- **Análisis inteligente de los datos.** Convertir en conocimiento valioso la gran cantidad de datos que se generan diariamente en la CSF. Para ello existirá una primera capa de carga de datos en la base del modelo BI definido.
- **Reducción de costos.** Tener un proceso analítico de la información histórica de la CSF, permitirá entender los acontecimientos pasados y hacer proyecciones para el futuro. Además, permitirá: (i) optimizar las compras de medicamentos, (ii) reducir la capacidad ociosa de los distintos recursos de la CSF, etc.
- **Calidad de la Atención.** Contribuirá a establecer un flujo de innovaciones en: (i) la gestión de la oferta de servicios, (ii) la administración de programas de salud, (iii) el seguimiento de la situación y el historial de salud de los pacientes, (iv) la gestión de las quejas y reclamos, (v) los informes e indicadores con datos de exámenes, hábitos alimenticios, hospitalizaciones, altas, etc. Proporcionando al médico, más agilidad en la prestación del servicio y en la satisfacción de los pacientes. *Todo esto como un proceso continuo.*

Tabla 37. Presupuesto de implementación del BI presupuesto

Especialistas	Cantidad	Costo individual	Meses	Subtotal (dólares)
Experto en modelos BI	2	2.000,00	4	16.000,00
Especialistas BI	4	1.700,00	8	54.400,00
Desarrolladores	2	1.500,00	8	24.000,00
Total				94.400,00
Servicios de Nube (por año)				
Power BI Embedded	1	622,30	12	7.467,60
Azure Analysis Services	1	530,87	12	6.370,44
Total				13.838,04

Fuente: Elaboración propia, 2017: Juicio del experto en sistemas, servicios de Nube: Azure Microsoft.

2.1.5 Estrategia de implementación de Big Data

- **Problemática o necesidad**

En una encuesta realizada en ocho países de Europa y América Latina, el 90% declara haber usado internet para buscar contenidos o servicios relacionados con su salud. El 71% indica que han hablado con su médico sobre los temas que han encontrado en internet (Doctoralia 2017). De aquí se rescata la importancia que tienen los grandes flujos de información que existen en internet (páginas web, redes sociales, blogs, etc.), sobre las distintas consultas relacionadas con la salud. Por ello, se plantea integrar esta información, *no estructurada*, a una arquitectura de *Big Data*, en la que se pueda establecer un modelo predictivo de consumo de distintos servicios que la CSF podría ofrecer.

- **Estrategia de solución**

Una vez implementado y estabilizado el BI de la CSF, se dará el siguiente paso, que es integrar en una arquitectura Big Data toda la información proveniente del BI, con las agregaciones de un nuevo modelo, y aquella de las distintas fuentes de internet, entre ellas, las del buscador *Google*, las redes sociales *Facebook* y *Twitter*. Además, la información proveniente de los sensores, medidores y otros equipos médicos. El procesamiento se realizará completamente en la Nube. La primera etapa, durante el año 2018, será definir y validar los modelos predictivos que se implementarán, para ello será necesario contratar a dos “científicos de datos”, quienes recogerán, filtrarán, procesarán y transformarán la información en consejos, recomendaciones o conocimiento para que se puedan tomar las decisiones. El o los modelos predictivos que se implementarán estarán orientados principalmente a predecir la demanda potencial de servicios de salud en los cuales la CSF pueda orientar todo su esfuerzo comercial, potenciando sus recursos y capacidades, para hacer frente a dicha futura demanda.

Tabla 38. Presupuesto de implementación de Big Data

Especialistas	Cantidad	Costo individual	Meses	Subtotal (dólares)
Científicos de datos	2	2.200,00	9	39.600,00
Arquitectos de datos	3	1.800,00	12	64.800,00
Total				104.400,00
Servicios de Nube (por año)				
HDInsight	1	592,60	12	7.111,20
App Service	1	46,30	12	555,60
Total				7.666,80

Fuente: Elaboración propia, 2017: Juicio del experto en sistemas, servicios de Nube: Azure Microsoft.

3. Plan de Recursos Humanos

El siguiente pilar de intervención se desarrolla en el ámbito de recursos humanos, para lo cual se requiere intervenciones a nivel de la estructura organizacional, la configuración de esta y el desarrollo de sus colaboradores.

Tabla 39. Objetivos, estrategias y actividades del Plan de Recursos Humanos

Objetivo	Estrategia	Actividad
Difundir y fortalecer de cultura organizacional	La cultura debe comprenderse y asimilarse como propia para ser sostenible.	<ul style="list-style-type: none"> Rediseño de la configuración organizacional. Estructurar los flujos de comunicación formal e informal. Actividades de difusión y consolidación de cultura. Identificación de los <i>core leaders</i> responsables de difundir la cultura. Integración administrativo asistencial en desarrollo de proyectos.
Determinar, monitorizar y evaluar de formación y desarrollo de competencias	El desarrollo de línea de carrera debe darse a nivel de los colaboradores de planilla, terceros y médicos asociados.	<ul style="list-style-type: none"> Redefinir el proceso de selección, inducción, periodo de prueba y evaluación del personal de modo integral. Automatización del seguimiento de capacitación y perfiles.
Capacitación y desarrollo de cultura de calidad, seguridad y mejora continua	Se establecen los componentes de la cultura y estos se monitorizan a través del clima laboral para evaluar su adaptación.	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de programa de capacitación orientado a cada UPSS Gestión de la encuesta de Clima Laboral.

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en el Plan Estratégico CSF 2018-2022 (2016).

3.1 Propuesta de configuración de la organización

La CSF se consolidará con una configuración profesional, pero deberá reestructurar las funciones de las actividades secundarias de la cadena de valor, las cuáles en el caso de las áreas de recursos humanos, y tecnología de la información deberán integrarse a la tecno estructura; del mismo modo que la actividad primaria, la logística interna deberá evaluarse dentro de una visión estratégica para que de este modo se pueda desarrollar y consolidar el sistema de gobierno institucional. Por otro lado, la dependencia de la unidad de calidad y gestión de riesgos deberá formalizar su actividad de modo transversal a la organización como soporte de la dirección médica y la gerencia general.

El tránsito de una organización familiar, societaria, empresarial a corporativa supone el reto para la CSF, de estructurar su gobierno institucional alineado a la estructura corporativa, según lo planteado por Perry Piscione y Crawley (2015) en organizaciones de alto rendimiento en etapas de crecimiento es necesario la conformación de equipos que asuman riesgos, se centren en innovación enfocados en la creación de valor siendo responsables por el desempeño global de la organización. La mejor alternativa para lograr esto es con una gestión eficiente de tiempos y una estructura de reuniones y comités eficientes para la organización que permitan el *accountability* de las UPSS.

En una organización de salud, el trabajo alineado de la gerencia general y la dirección médica permite desarrollar el modelo de gestión en diadas (Schmale 2016). Este modelo sitúa al médico como parte de la organización independiente del vínculo laboral o civil con la empresa. Involucrar al grupo médico como proveedores de servicios de salud hace que este grupo se consolide y pueda desarrollar un gobierno clínico alineado a la CSF que sea autogestionado (Abel 2017).

3.2 Estructura de procesos de Recursos Humanos

Se desarrollará, con base en el levantamiento de los perfiles, una estructura que circunscriba todo el proceso de inclusión de colaboradores a la organización y, a través del CGCEA, el proceso de evaluación a los médicos. El proceso deberá incluir: convocatoria, evaluación, selección, inducción, orientación en el servicio, evaluación en periodo de prueba, capacitación y evaluación de desempeño. Este proceso deberá implementarse y aplicarse de modo prospectivo y retrospectivo, incluyendo a todos los trabajadores actuales de la organización para, a partir del

primer trimestre del 2018, iniciar de modo homogéneo en los programas de capacitación y desarrollo profesional.

3.3 Gestión del clima laboral

En la CSF se llevó a cabo la segunda encuesta de clima laboral, con la participación del 75% de los colaboradores. Esta considera: (i) compromiso, (ii) conductores del compromiso, (iii) soporte para el éxito y (iv) conductores para el soporte del éxito. Los resultados del año 2016 se encontraban en un rango de 53% y para el 2017 el valor alcanzó un 56% sin cambios significativos, y fueron considerados los de peor puntuación los componentes ii y iv (Informe de Clima Laboral 2017, Clínica San Felipe). Para el 2018, se espera que las actividades propuestas logren cambios que se aprecian en la tabla 40. Se considera dentro de rangos aceptables el puntaje de 70-80 y óptimo >80. Para alcanzar los objetivos planteados se pondrá énfasis en asignar recursos a la capacitación, integración, reconocimiento y comunicación interna entre los trabajadores.

Tabla 40. Resultados y proyección de la encuesta de clima laboral

Componente	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Compromiso	55	65	70	75	80	80	83
Compromiso	60	70	74	80	85	85	90
Esfuerzo discrecional	49	60	65	70	75	75	75
Conductores del compromiso	53	57	64	68	70	73	75
Calidad y orientación al servicio	73	73	75	78	80	85	85
Claridad y direccionamiento	51	76	76	76	76	76	76
Confianza en los líderes	51	51	65	70	75	78	80
Oportunidades de desarrollo	52	52	60	65	70	75	80
Remuneraciones y beneficios	36	36	40	45	45	45	45
Respecto y reconocimiento	52	52	70	75	75	80	85
Soporte para el éxito	54	54	65	75	75	78	78
Adecuación al cargo	48	48	60	75	75	75	75
Ambiente facilitador	59	59	70	75	75	80	80
Conductores de soporte para el éxito	53	53	65	70	75	81	83
Autonomía y <i>empowerment</i>	54	54	65	70	75	80	80
Colaboración	52	52	60	65	70	75	80
Entrenamiento	47	47	60	70	75	85	90
Estructura y procesos	54	54	70	75	80	85	85
Gestión del desempeño	55	55	60	65	70	75	80
Recursos	56	56	75	75	80	85	85
Promedio	53	57	66	72	75	78	80

Fuente: Elaboración propia, 2017, Encuesta de Clima Laboral CSF 2016 - 2017

3.4 Presupuesto

Se ha considerado como gastos de planilla el incremento anual relativo a la inflación en las remuneraciones, en el presente presupuesto se plantean de modo exclusivo los gastos que responderán a los objetivos planteados.

Tabla 41. Presupuesto de RR. HH.

Año	0	1	2	3	4	5
Actividades	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Compra de la plataforma de gestión de RRHH	-	15.000				
Mantenimiento de la plataforma	-	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Analista de comunicación interna	-	33.600	33.600	33.600	33.600	33.600
Reestructura de procesos	-	15.000	-	-	15.000	-
Eventos institucionales	-	150.000	120.000	120.000	120.000	120.000
Actividades internas	-	50.000	35.000	10.000	28.000	10.000
Capacitación externa	-	50.000	25.000	50.000	32.000	50.000
Total		318.600	218.600	218.600	233.600	218.600

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en el Plan Funcional de RR. HH. desarrollado para el presente trabajo (2017).

3.5 Conclusiones

El enfoque de asignación de recursos se da en siete actividades que permitirán automatizar la unidad y sus respectivos procesos, el soporte de dos consultorías de rediseño de procesos para definir estrategias específicas (año 1) y evaluarlas (año 4) complementarán la mejora interna de la unidad. Por otro lado, en la proyección a los trabajadores teniendo procesos claro y gestión de la información ordenada, permitirá desarrollar la gestión del talento humano: capacitar y desarrollar de manera personal y profesional a los colaboradores.

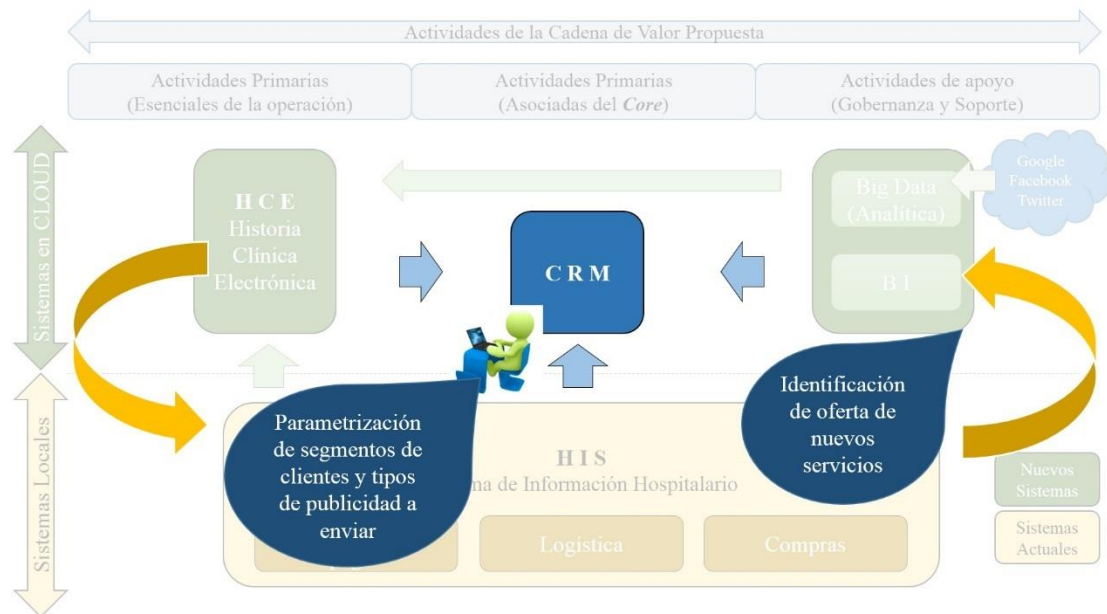
4. Plan Marketing y Comercial

4.1 Visión de la estrategia de marketing

Se podrá contar con un proceso continuo, utilizando los resultados de los análisis predictivos que se obtendrán de los sistemas de BI y Big Data. Estos resultados permitirán parametrizar o personalizar las campañas de publicidad haciendo uso de la herramienta CRM, en la cual se podrán utilizar los criterios de segmentación de clientes, tales como: demográficos, tipo de enfermedades, psicográficos o de alto riesgo, etc.

En el siguiente gráfico, sobre la arquitectura de sistemas planteados en el plan funcional de tecnología de información, se esquematiza el proceso continuo de Marketing.

Gráfico 10. Proceso continuo de Marketing



Fuente: Elaboración propia, 2017, con información recopilada del capítulo VI del presente trabajo.

- **Objetivo principal**

Dentro de los planes de salud de las compañías aseguradoras Rimac y Pacífico, tal como se describió en el capítulo 02 sección 1.2, actualmente la CSF está ubicada en las redes 6 y 8 respectivamente. Uno de los principales objetivos es negociar con estas compañías para que la CSF tenga acceso desde la Red 4.

- **Objetivos específicos**

- Penetrar el mercado ampliando el acceso a las pólizas adicional 1 y base, a través de la negociación con las compañías de seguro.
- Posicionamiento de marca, a través de la difusión del concepto de *bundles* de atención y salud poblacional a los usuarios finales.

4.2 Estrategia de Marketing

4.2.1 Conexión con los clientes

Esta es una de las tareas del marketing moderno planteada por Kotler y Keller (2012), la cual plantea que el valor percibido por los clientes (VPC) está dado por la siguiente ecuación:

$$\text{VPC} = (\text{Beneficio total para el cliente}) - (\text{Costo total para el cliente})$$

Por lo tanto, mientras mayor sea la diferencia, mayor será el VPC. Esto quiere decir que la CSF buscará incrementar los beneficios y reducir los costos, donde el beneficio total para el cliente (BTC) estará representado por:

- **Beneficio del producto o servicio**

El diagnóstico y tratamiento acertados otorgados por los mejores médicos del país representarán un beneficio alto para los clientes. Esto complementado por toda una gama de servicios adicionales y gratuitos, tales como: recordatorios automáticos de citas a consultorio y/o exámenes, brindados de manera automática vía la herramienta CRM.

- **Beneficio del personal**

Además de encontrar en la CSF el mejor doctor de determinada especialidad, el personal administrativo está capacitado para brindar una muy buena experiencia a los pacientes.

- **Beneficio de la imagen**

Uno de los principales atributos de la buena imagen de la CSF es asegurar una baja tasa de errores en toda la cadena de atención.

El costo total para el cliente (CTC) estará representado por:

- **Costo monetario**

Al lograr la eficiencia operacional, que se describe en el capítulo V, los precios de los servicios de la CSF serán competitivos y más atractivos para los pacientes.

- **Costo en tiempo**

Al contar con la historia clínica electrónica, la digitalización e integración de servicios de

laboratorios y rayos X, el tiempo de atención a los pacientes será mínimo en comparación al de la competencia. Este atributo es y será muy considerado por los pacientes.

- **Costo de energía**

La CSF cuenta con equipos con tecnología de punta, que logran obtener resultados de exámenes clínicos mucho menos traumáticos y sencillos para los pacientes.

- **Costo psicológico**

El buen trato del personal médico y asistencial representan un costo psicológico muy bajo para los pacientes.

4.2.2 Estrategia de segmentación

Esta estrategia permite dividir el mercado en partes bien homogéneas según los gustos y necesidades de los clientes (Kotler y Keller 2012). La propuesta de segmentación de clientes en la CSF es la que se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 42. Segmentación de mercado

Tipo segmentación	de	Variable
Geográfica		Región: Lima y Callao
		Distritos de Lima Metropolitana
		Clientes potenciales:
Demográfica		Género: masculino y femenino
		Edades: 1 a 5, 6 a 13, 14 a 17, 18 a 25, 25 a 30, 31 a 40, 41 a 65 y 65 a más
		Clase social: A, B y C
Psicográfica		Estilo de vida: moderno: saludables, sofisticados, conservadores

Fuente: Elaboración propia, 2017, con información recopilada del capítulo V del presente trabajo.

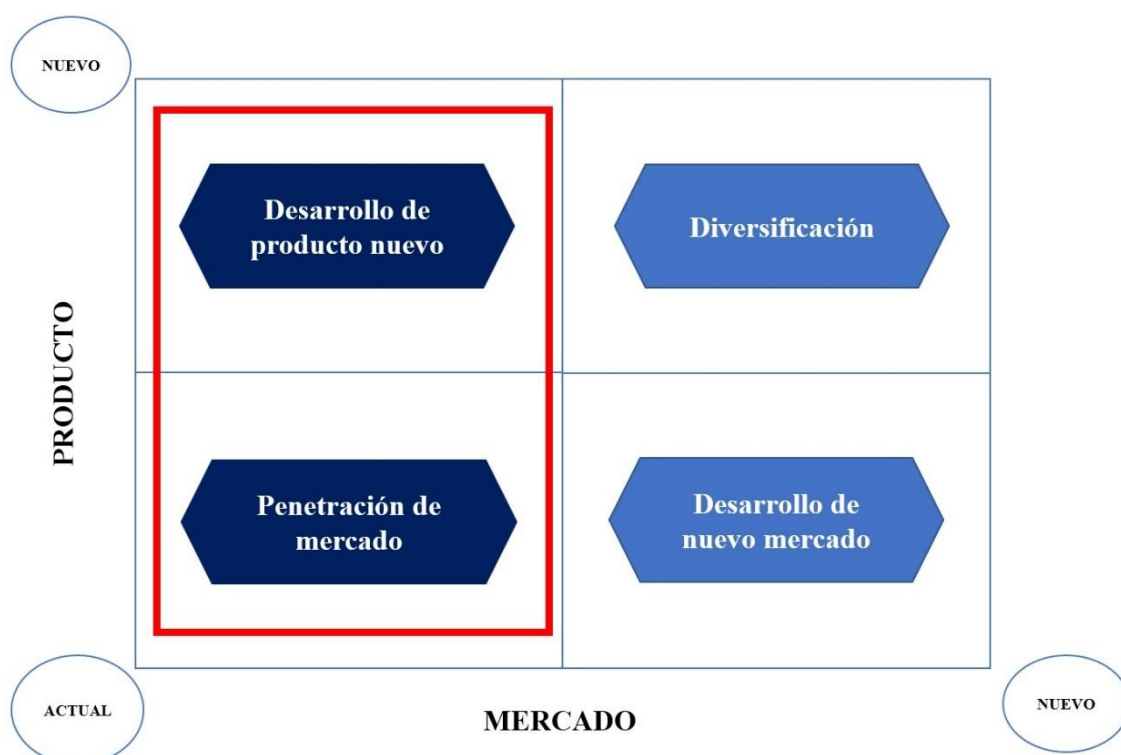
4.2.3 Estrategia de crecimiento

Mediante el desarrollo de la matriz de Ansoff, graficamos la estrategia de crecimiento de la CSF, esta estrategia representa principalmente penetración de mercado, ya que se buscará dar cobertura a los servicios de Salud a partir de la red 4 de las pólizas de seguro EPS de las compañías de Seguros Rimac y Pacífico.

Además, se desarrollarán nuevos productos o servicios, tales como los distintos *bundles* de salud, que serán ofertados como paquetes de servicios integrales, garantizando la efectividad de sus resultados.

En el siguiente gráfico se muestra la estrategia de crecimiento de la CSF, mediante la matriz de Ansoff, donde se buscará penetrar el mercado actual generando acceso para los afiliados EPS adicional 1, a la par del desarrollo de los nuevos productos (*bundles* de atención).

Gráfico 11. Estrategia de crecimiento de producto



Fuente: Elaboración propia, 2017, adaptado de Ansoff (1976).

4.3 Marketing Mix

Producto (servicio): La CSF impulsará la oferta de los distintos *bundles* de atención en salud, los cuales son un conjunto o grupos de prácticas necesarias para cuidar en forma segura y eficiente. Es un conjunto de varios elementos esenciales con sustento científico, cuyo cumplimiento mejoraría los resultados clínicos (Codeinep 2017).

Precio: Uno de los objetivos de la estrategia planteada en este trabajo es lograr la eficiencia operacional en la CSF, de la mano con la optimización de procesos y de su mejora continua. Esto

permitirá reducir los costos en los que incurre la clínica en cada uno de sus servicios brindados. Esta capacidad permitirá que la CSF tenga ajuste los precios de sus productos y servicios, manteniendo el margen, para ser más competitivos en el mercado.

Plaza: Tal como se describió en el estudio de mercado del capítulo IV, el mayor porcentaje de los pacientes atendidos en la CSF provienen de nueve distritos de Lima que no necesariamente son colindantes; se promoverá el acceso a usuarios de pólizas de seguro de menor prima, penetrando en el mercado de asegurados.

Los precios serán más competitivos, lo que incrementará el número de pacientes provenientes de otros distritos y de pólizas de seguro EPS en su totalidad, lo que permitirá incrementar la plaza. Por otro lado, la apertura de convenios con entidades del Estado permitirá el acceso de asegurados Minsa, Essalud y Fuerzas Armadas.

Promoción: Considerando lo citado sobre la visión de la estrategia de marketing, las medidas de publicidad se definen en dos niveles enfocadas a los usuarios finales (pacientes) y los usuarios primarios (compañías aseguradoras). Aquellas enfocadas a fidelizar a los pacientes actuales y aquellos que tengan contacto con la organización son:

- *Mailing* con criterios de segmentación de pacientes, de los cuales se dispone en la herramienta CRM.
- Redes sociales y *web site*, ofertando los distintos *bundles* de atención y aquellos servicios que se identifiquen en los análisis predictivos de Big Data.
- Folletos publicitarios a disposición de todos los pacientes, ubicados en distintos puntos de las instalaciones de la CSF.
- Actividades de participación en la comunidad, que permitan educar a los pacientes sobre la importancia y el verdadero significado de la salud integral.

Aquellas enfocadas a las compañías de seguro deberán incluir:

- Reuniones con los directivos de las compañías de seguro para presentación de comparativos de productos en el mercado y resultados de atención basados en indicadores de resultado (tiempos de estancia, uso racional de insumos y *outcome* clínicos competitivos).
- Reportes públicos de los indicadores finales en la web y en las reuniones para negociación de nuevos productos y convenios.

- Negociación de tarifas de productos nuevos.
- Presentación de equipos médicos articulados que prestan servicios médicos
- Desarrollo de nuevos convenios con organizaciones del estado que carezcan de servicios ofertados por la organización para garantizar el acceso a servicios también de sus asegurados.

Personas: En vista de que la CSF se consolidará con una configuración profesional, los colaboradores tendrán todo el empoderamiento para tomar las mejores decisiones. Además, la retroalimentación que existirá como resultado de la medición de la calidad de atención, permitirá retroalimentarlos para hacerlos parte de un proceso de aprendizaje continuo.

Procesos: Se consideran: (i) el aseguramiento del registro de la información de los pacientes en la historia clínica electrónica, mediante validaciones diarias y automáticas. Esto permitirá asegurar la trazabilidad de los datos de un paciente y segmentarlo correctamente para el envío automático de publicidad; y (ii) la medición de la calidad de atención: cada vez que los pacientes consuman algún servicio de la CSF, se les hará una llamada telefónica automática en la cual se les solicitará que digiten un número del 1 al 5, valor con el cual calificarán la calidad de atención.

Todos los pacientes que han calificado con un valor menor a 4, serán entrevistados por vía telefónica con la finalidad de obtener el *feedback* correspondiente.

4.4 Presupuesto del Plan de Marketing

Tabla 43. Presupuesto de MKT

Actividades	2018	2019	2020	2021	2022
Agencia Publicitaria	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000
Proveedor de servicios de Community Manager	30.000	20.000	20.000	10.000	10.000
Folletería y Publicidad Física	10.000	5.000	9.000	9.000	9.000
Actividades de Difusión hacia IAFAS	50.000	20.000	16.000	16.000	16.000
Actividades en la comunidad	10.000	5.000	5.000	6.000	6.000
Total	150.000	100.000	100.000	100.000	100.000

Fuente: Elaboración propia, 2017 con base en el Plan Funcional de Marketing y Comercial.

5. Plan financiero

Tabla 44. Objetivos financieros de la CSF 2018-2022

	Objetivos financieros	Meta	Indicador
Objetivo	Incrementar la utilidad neta	Subir el ratio de 10% a 14% en promedio	Utilidad neta/ingresos totales
Estrategia	Implementar un monitoreo constante de los resultados operativos y financieros que permitan lograr las metas de rentabilidad establecidas		
Objetivo	Incrementar el EBITDA	Subir el indicador en 20% aproximadamente	Ganancias antes de intereses, impuestos, depreciación y amortizaciones
Estrategia	Implementar <i>bundles</i> de atención, así como aprovechar las economías a escala; en específico, en las compras de medicamentos e insumos médicos.		

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en los Planes Funcionales.

Para el desarrollo e implementación de las actividades del plan estratégico, es necesario contar con algunos montos de inversión reflejados en la tabla 40, donde se detallan los montos.

Tabla 45. Montos de gastos/inversión en soles

	Año 0	2018	2019	2020	2021	2022	Concepto
RR. HH.		50.000	100.000	75.000	50.000	50.000	Gastos
Marketing		150.000	100.000	100.000	100.000	100.000	Gastos
TI	988.509	420.139	75.619	75.619	75.619	75.619	Inversión/Gastos

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en los Planes Funcionales.

Capítulo VIII. Impacto esperado de las medidas de implementación

1. Empresarial-Impacto financiero

1.1 Evaluación financiera

En esta sección se evaluará el impacto financiero de las medidas propuestas a implementar en los planes funcionales descritos en los capítulos anteriores. La metodología por emplear será el análisis incremental, el cual permitirá evaluar si las propuestas planteadas en los planes funcionales tienen un impacto financiero y económico positivo en la organización, a través del cálculo del valor actual neto (VAN) de los flujos de caja, descontados a la tasa de descuento WACC.

Tabla 46. Cálculo del WACC

Cálculo WACC			
Beta apalancado		Costo de capital	
Ratio deuda / Valor de la empresa (D)	40,96%	Tasa libre de riesgo	2,33%
Ratio <i>equity</i> / Valor de la empresa (E)	59,04%	Retorno del mercado	7,40%
Ratio D / E	69,38%	Riesgo país	1,36%
Tasa impositiva	26,0%	Inflación	1,36%
β desapalancado	0,44	CAPM	8,43%
β apalancado	0,67	Costo de la deuda	6,50%
		WACC	6,94%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

- Tasa libre de riesgo: rendimiento de los bonos del tesoro americano al cierre del 31 enero de 2017. Fuente BCRP
- Prima por riesgo de mercado: obtenida de la página web Damodarán
- Beta desapalancado: beta del sector salud/hospitales de la página web Damodarán
- Retorno del mercado: *Total Risk Premium*, tomado de la página de Damodarán
- Riesgo país e inflación: al cierre de 2017. Fuente BCRP.

Supuesto de la evaluación:

- Se ha considerado como año base el año 2017, año en que se desarrolla el Plan Estratégico 2018-2022
- Es importante mencionar que en 2017 la CSF termina de cancelar sus deudas con el sector financiero y no tiene planificado adquirir nuevas deudas en un mediano plazo

- En los ingresos, la variable determinante es el número de atenciones. Para la parte de costos, las variables representativas son las remuneraciones del personal técnico asistencial, personal médico, medicamentos e insumos y materiales médicos.
- Para calcular los ingresos incrementales se ha considerado que los precios unitarios quedan constantes y el número de atenciones es el que genera variaciones en los ingresos de la empresa.

Tabla 47. Supuestos para el análisis financiero

Ítems	Sin estrategia	Con estrategia		
		Conservador	Deseable	Optimista
Mercado	Adicional 2	Adicional 2	Adicional 1 y 2: llegar al 30% del adicional 1 en tres años de manera proporcional	Adicional 1 y 2: llegar al 45% del adicional 1 en tres años de manera proporcional
Ingresos	Para el periodo de análisis 2018-2019 se ha considerado una tasa de crecimiento de 3%, de 2020 – 2022 se ha considerado una tasa de 5%, resultados obtenidos del estudio de mercado	Los ingresos se incrementarán en función del aumento de las atenciones, según la estrategia de penetración de mercado.		
Remuneraciones (Plan de RRHH)		Se nivela remuneraciones: incremento del 5% para el año 1, 2,3; y para los siguientes se incrementan los sueldos en función a la inflación		
Participaciones médicas		Las participaciones médicas sufren variación en la medida que las atenciones aumentan o disminuyen		
Compras de medicamentos e insumos médicos (Plan de operaciones)		Baja el costo de los medicamentos e insumos médicos por realizar compras corporativas por volumen. Se logra un ahorro de 22.4%		
Remuneraciones administrativas (Plan de marketing)		Contratar una persona exclusiva para el mantenimiento de la página web, desarrollo y promoción de productos.		
Gastos de administración (Plan de RRHH)		Plan de capacitaciones: Reforzar la cultura organizacional (cambio a <i>bundles</i> de atención), detalladas en el presupuesto del Plan de RRHH.		
Plan de TI		Adquirir servidores en la Nube, proceso de migración de algunos programas hacia la Nube. Monto de inversión asciende a S/. 988,508 en el primer año y S/. 344.520 en el segundo año, los cuales serán financiados con préstamo en el mercado local a una tasa anual de 6,5% anual por 5 años.		

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Adicionalmente, se ha considerado que el flujo presenta una perpetuidad a partir del quinto año, considerando una tasa de crecimiento perpetuo de 5%, tasa de crecimiento estimado por Pacífico Seguros.

1.2 Resultados

Tabla 48. Ratio costos de ventas/Ingresos totales

Años		1	2	3	4	5
		2018	2019	2020	2021	2022
Sin estrategia		72%	72%	71%	71%	70%
Con estrategia	Conservador	66%	66%	67%	67%	67%
	Esperado	64%	62%	60%	61%	61%
	Optimista	62%	59%	57%	56%	56%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados del ratio costo de ventas/ingresos totales evidencian que la estrategia de excelencia operacional reduce los costos de ventas, lo que permite que la CSF puede obtener mayor margen de ganancia. Los ratios completos se observan en los anexos 13, 14, 15 y 16.

Tabla 49. Valor de la empresa (en miles)

Sin estrategia	Con estrategia		
Crecimiento orgánico	Conservador	Esperado	Optimista
S/ 1.090.976	S/ 1.248.956	S/ 2.061.756	S/ 2.793.847

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los resultados indican que la empresa, en condiciones normales (sin intervención alguna), tiene un valor aproximado de S/ 1,1 mil millones.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la CSF tiene la oportunidad de alcanzar importantes beneficios con la implementación de las estrategias planteadas y formuladas en los planes funcionales. La CSF puede alcanzar un VAN de S/ 2 mil millones como resultado de lograr una penetración en el mercado aumentando el número de atenciones mediante la ampliación del alcance de su red.

Esto logra una eficiencia operativa en sus procesos de atención mediante un ahorro significativo en la adquisición de productos farmacéuticos e insumos médicos a través de compras corporativas, así como la articulación de sus servicios médicos a través de *bundles* de atención,

lo que aminora los costos de los servicios médicos a través de la eficiencia en atención, aseguramiento y calidad.

2. Industrial: impacto en la industria privada de la salud

Una visión distinta en la industria privada de salud que se enfoque en la gestión de las IPRESS basada en la atención integral de los pacientes y su recuperación asociado a un pago por resultados y desempeño de estas disrumpe del actual modelo de pago por servicios y el de capitación.

Como se ve en el anexo 9, al momento de entrevistar a referentes tomadores de decisiones del sector, estos concuerdan en que, aunque la elección de los pacientes del lugar de atención es determinada por la infraestructura y el perfil del *staff* médico de la clínica, para las IAFAS un atributo sustancial es el uso racional de los recursos. Por este motivo, se considera sustancial el cambio de concepto de: «uso racional de recursos», pasar de «un control de costos-control de siniestros» al «pago por el mejor resultado-implica reintegrar al paciente a su vida diaria».

El modelo planteado enfocado en desarrollo de *bundles* de atención plantea un gran reto, pues requiere la articulación rítmica de todos los recursos del prestador: humanos, logísticos, marketing, procesos y relación con los pagadores. Es el modelo en el cual los entrevistados estarían dispuesto a trabajar, atenderse y recomendar.

3. Social: impacto en responsabilidad social

En línea con la visión y las políticas de calidad de CSF, el plan de responsabilidad social busca implementar acciones que permitan contribuir al desarrollo de la comunidad de la cual forma parte la CSF. Esto se logrará al desarrollar una imagen de empresa socialmente responsable, lo cual será medido a través de los niveles de satisfacción del servicio de los pacientes y colaboradores mediante la entrega de productos y servicios de calidad a pacientes y colaboradores. La CSF ha identificado los *stakeholders* con los cuales debe desarrollar relaciones de confianza de largo plazo para aplicar el plan de responsabilidad social:

- *Stakeholders* internos: colaboradores y accionistas
- *Stakeholders* externos: Pacientes, comunidad, aseguradora, medio ambiente

3.1 Análisis de las acciones según ámbitos de acción

Es importante mencionar que, actualmente, la CSF desarrolla las siguientes actividades relacionadas con la responsabilidad social:

3.1.1 En el ámbito social

- **En función del recurso humano-colaboradores asistenciales**

- Programa Unidad Pediátrica de Asma-UPA: programa que se brinda de manera complementaria, el cual constituye una atención integral a niños de entre 2 y 18 años. Su objetivo es reducir las atenciones por emergencias en casos de asma. «... El objetivo de esta Unidad es darle al paciente con problemas de asma un manejo integral, no solamente recetando medicinas, sino también diseñando un programa de capacitación y seguimiento tanto clínico como de la función pulmonar, incluso manejando de manera especial los casos de obesidad...» (Unidad Pediatría de Asma - UPA - Clínica San Felipe 2017). Todo niño que es diagnosticado con asma, a través de un neumólogo, es derivado a este programa. El programa cuenta con un *staff* médico conformado por pediatras, neumólogos, alergistas, endocrinólogos, nutricionistas y rehabilitadores.
- Reto de excelencia: la idea de este proyecto es propiciar que los colaboradores asistenciales puedan desarrollar las habilidades de liderazgo, innovación y trabajo en equipo. Asimismo, este programa incentiva a que el colaborador se identifique con la clínica y su trabajo del día, dado que dentro de las bases se solicita que el proyecto por plantear represente su trabajo del día a día y que demuestre que generará impacto positivo en los pacientes, colaboradores y la clínica.
- Planes de capacitación: *in house*: Actualmente, la clínica desarrolla planes de capacitación entre su propio personal asistencial.
- Programas de integración del personal: una vez al año

- **En función de la comunidad**

Cumplimiento de la Ley 29459: Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, el cual regula el registro, control y vigilancia sanitaria de los productos bajo los lineamientos de la Política Nacional del Medicamentos.

3.1.2 En el ámbito medioambiental

Cumplimiento de la Resolución Ministerial N.º 217-2004/MINSA - Norma técnica: Procedimientos para el manejo de residuos sólidos hospitalarios, el cual exige un adecuado manejo y control de desechos médicos, tanto biológicos como químicos y/o radioactivos.

3.1.3 En el ámbito económico

Gestión empresarial responsable: se aplica los principios de buen gobierno corporativo para el sector salud indicadas por la normativa del Ministerio de Salud y bajo la supervisión de SuSalud.

En función de lo analizado líneas arriba, se ha realizado un análisis de las acciones a implementar en la presente investigación en el ámbito de responsabilidad social, donde los resultados indican que las acciones de (i) generar *bundles* de atención para lograr una continuidad en la atención (pacientes) y disminuir la tasa de derivación hacia consulta externo y hospitalización (aseguradora); (ii) generar convenios de atención con entidades públicas y (iii) el desarrollo de historia clínica electrónica son de alta prioridad por tener impacto tanto en la comunidad como la empresa, por lo que estas acciones están clasificadas como claves (Del Castillo y Schwalb 2011) (ver anexo 17).

4. Actividades por implementar según responsables y plan funcional

A continuación, se muestra la tabla 50 con la información relevante.

Tabla 50. Actividades por implementar según responsable y plan funcional

N.º	Actividades	Responsable	Plan	Stakeholder
1	Implementar <i>bundles</i> de atención que garantizarán la continuidad de la atención	Dirección Médica / Finanzas / Procesos / Comercial	Operaciones	Pacientes
2	Desarrollo de convenios con entidades de aseguramiento público que permitan generar acceso a pacientes del sector público a las unidades especializadas de CSF	Comercial / Dirección Médica / Gerencia General	Marketing	Pacientes
3	Desarrollo de Historia Clínica Electrónica	TI	TI	Pacientes
4	Disponibilidad de más espacios para estacionamientos al liberar espacios que ocupa el hardware	Operaciones / TI	TI	Pacientes
5	Convenio de Red de corazones: Atender casos sociales derivados por la RED a tarifas	Comercial / Dirección médica	Marketing	Comunidad

N.º	Actividades	Responsable	Plan	Stakeholder
	preferenciales: medicamentos al costo, honorarios médicos a costo cero, entre otros.			
6	Implementar políticas corporativas de reciclaje	Operaciones / Gerencia general	Operaciones	Medio ambiente
7	Desarrollar programas de capacitación de cambio cultural	Recursos Humanos	Recursos Humanos	Colaboradores
8	Mejorar competencias - capacitaciones externas	Recursos Humanos	Recursos Humanos	Colaboradores
9	Mejorar los sueldos del personal médico y asistencial	Recursos Humanos / Gerencia General / Dirección Médica	Recursos Humanos	Colaboradores
10	Implementar <i>bundles</i> de atención permite disminuir la tasa de derivación a consulta externa y hospitalización	Dirección Médica / Finanzas / Procesos / Comercial	Operaciones	Aseguradora
11	Manejo eficiente de los costos e ingresos	Finanzas / Gerencia General / Dirección Médica	Finanzas	Accionistas
12	Crecimiento sostenido como resultado de mayores prestaciones y no por subida de precios	Finanzas / Gerencia General / Dirección Médica	Finanzas	Accionistas

Fuente: Elaboración propia, con base en Huaraz (2014).

Asimismo, se muestra las actividades a implementar, según los diferentes planes funcionales, vinculados a la cadena de valor para poder visualizar el impacto de responsabilidad social dentro de esta: (i) Dirección: 1, 10, (ii) Finanzas: 11, 12, (iii) Recursos Humanos: 7, 8, 9, (iv) Operaciones: 4, 6, (v) Tecnología de la información: 3 y (vi) Comercial: 2, 5.

Capítulo IX. Propuesta de valor y conclusiones

1. Valor académico de modelo estructura salud innovadora

La propuesta de valor del presente trabajo radica en demostrar que el desarrollo de una gestión eficiente de recursos en salud no está relacionado con la restricción de uso de estos, por el contrario, el conocer el funcionamiento de una IPRESS y de sus usuarios permite a los líderes de la organización tomar medidas rentables y a la par enfocadas en los pacientes. Demostrando que la industria privada de salud podría contribuir al sector conforme se vaya difundiendo las buenas prácticas

2. Conclusiones

La CSF, en el análisis interno, se define como una empresa altamente competitiva; sus fortalezas son su modelo de gestión y la cultura organizacional enfocada en el paciente, primordialmente. Ante este escenario, como se determina en el impacto social, todas las herramientas por desarrollar en los planes funcionales descritos tendrán una proyección social específica.

Se identificaron como *drivers* del crecimiento sostenido: la construcción y gestión de la Big Data, el proceso de abastecimiento, el proceso de desarrollo e innovación en nuevos productos y el proceso de gestión de personal (administrativo, asistencial y médico), habiendo identificado los tres ciclos de procesos clave: ruta del paciente (*input-output*), ruta de soporte (*input-output*) y ruta interna y mejora continua (ciclo continuo).

Tras el análisis del sector salud peruano y la industria privada de salud, se ha identificado un ambiente de desarrollo favorable y atractivo para el desarrollo la CSF. En este contexto, crecer en producción con una estrategia de excelencia operacional permite penetrar en mercados con pólizas de primas mucho más bajas y establecer convenios eficientes, con lo que se puede ampliar el acceso y satisfacer una mayor proporción de la demanda del sector con la articulación de esfuerzos públicos y privados.

Bibliografía

Abel, Lisa (2017). *Medical Staff Essentials: Clarifying Medical Staff Standards*. En: *The Joint Commission*. 27 de octubre del 2017. Fecha de consulta: 11/12/2017. <https://www.jointcommission.org/the_view_from_the_joint_commission/medical_staff_essentials_clarifying_medical_staff_standards/>.

Alcalde, Matías (2014). “Valoración de empresas Banmédica S. A.”. Valoración de empresas para optar al grado de Magíster en Finanzas. Postgrado Economía y negocios, Universidad de Chile. Tesis. Santiago de Chile. Fecha de consulta: 22/07/2017. <<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117342/Alcalde%20Fantoni%20Mat%C3%ADas.pdf?sequence=1>>.

Alosilla-Velazco, Ralph et al. (2012). “Planeamiento Estratégico del Sector Salud Privada en Lima”. Tesis para optar al grado de Magíster en Administración de Negocios Globales. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Fecha de consulta: 15/09/2017. <<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4556>>.

Antúnez de Mayolo, Eleazar (2015). “Consultoría nacional sobre diagnóstico del estado de la infraestructura de la calidad en el sector salud - laboratorios clínicos públicos y privados. Instituto Nacional de la Calidad”. Fecha de consulta: 13/11/2017. <<https://www.inacal.gob.pe/repositorioaps/data/1/1/2/jer/estudios-economicos/files/Informe%20final%20Lab%20Clinicos%20Dr.%20Antunez%20de%20Mayolo%2031.08.2015.pdf>>.

Arce, Elías Melitón (2010). *Situación actual del sistema. Desafíos y perspectivas* [diapositiva]. Fecha de consulta: 05/10/2017. <<ftp://ftp2.MINSA.gob.pe/descargas/Profesionales/Archivos/2010/SituacionActual-MelitonArce-MINSA.pdf>>.

Aspíllaga, Ernesto (2014). “Reglamento Médico 2014”. Documento interno de la Clínica San Felipe.

Azañedo, Jean Pierre (2016). “Salud: Invierten US\$ 4 millones en ampliar planta privada de tratamiento de residuos biológicos y químicos”. En: *Diario Gestión*. 13 de noviembre del 2016.

Fecha de consulta: 20/10/2017. <<https://gestion.pe/economia/empresas/salud-invierten-us-4-millones-ampliar-planta-privada-tratamiento-residuos-biologicos-quimicos-120514>>.

Banco Central de Reserva del Perú-BCRP (2016). *Memoria 2016*. Fecha de consulta: 05/10/2017. <<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Memoria/2016/memoria-bcrp-2016.pdf>>.

Banco Central de Reserva del Perú-BCRP (2017). “Reporte de Inflación, Panorama actual y proyecciones macroeconómicas 2017-2019”. Fecha de consulta: 10/2017. <<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2017/setiembre/reporte-de-inflacion-setiembre-2017.pdf>>.

Banmédica (2016). *Memoria anual 2016*. En: Empresas Banmédica. Fecha de consulta 10/06/2017. <<http://www.empresasbanmedica.cl/wp-content/uploads/2016/04/Memoria-Anual-Empresas-Banm%C3%A9dica-2016.pdf>>.

Barney, Jay (1995). “Looking Inside for Competitive Advantage”. *Academy of Management Executive*, Vol. 9, Issue 4, pp. 49-61.

Berdejo, Romy y López Patricia (2014). “Plan de negocios centro de salud especializado en enfermedades urológicas”. Trabajo de investigación presentado para optar al Grado Académico de Magíster en Administración. Universidad del Pacífico. Fecha de consulta: 16/10/2017. <<http://hdl.handle.net/11354/983>>.

Bloomberg (s.f.). “Most Efficient Health 2014”. Bloomberg Best (and Worst). En: Bloomberg. Fecha de consulta: 11/11/2017. <<https://www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries>>.

Clínica San Felipe (2015). “Manual de Organización y Funciones”. Lima. Fecha de consulta: 15/07/2017.

Codeinep (2017). “Bundles”. En: Codeinep, Grupo Asesor Control de Infecciones y Epidemiología. 14 de junio del 2017. Fecha de consulta: 20/07/2017. <<http://codeinep.org/bundles/>>.

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación Tecnológica-Concytec-Subdirección de Innovación y Transferencia Tecnológica (s.f.). *Programa especial de transferencia tecnológica 2016-2021*. Fecha de consulta: 24/08/2017. <https://portal.concytec.gob.pe/images/noticias/Programa_Especial_de_TT_-_documento_para_consulta_p%C3%BAblica.pdf>.

Concytec (2016). *Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Tecnologías de la Información y Comunicación 2016-2021*. Fecha de consulta: 30/08/2017. <<https://portal.concytec.gob.pe/images/noticias/DocumentoTIC.pdf>>.

D'Alessio, Fernando (2008). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia*. México: Pearson Educación.

D'Avila, Javier (2013). *Elaboración de un mapeo de clusters en el Perú*. Consultoría solicitada por el Consejo Nacional de la Competitividad. Fecha de consulta: 01/10/2017. <https://www.cnc.gob.pe/images/cnc/LAvance_12_13/archivos/Informe-Final-Mapeo-Clusters.pdf>.

Del Castillo, Elsa y Schwalb, María (2011). *Guía práctica para la gestión de proyectos con responsabilidad social*. Lima: Universidad del Pacífico; Graña y Montero; Espacio Azul.

De la Piedra, María et al. (2015). “Viabilidad de implementación de un policlínico pediátrico en el distrito de Los Olivos”. Tesis para optar el grado académico de Magíster de Administración de Empresas. Lima, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas Escuela de Postgrado, programa de Maestría en Administración de Empresas. Fecha de consulta: 16/10/2017. Disponible en: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/600383/1/Tesis_Policl%C3%ADnico_formato_digital.pdf>.

Dessler, Gary (2015). *Administración de recursos humanos*. Décimo cuarta edición. México: Pearson Educación.

Diario Médico (s.f.). “Directorio de clínicas privadas y centros médicos”. En: *Diario Médico. Información y noticias para la industria médica y sanitaria*. Fecha de consulta: 17/01/2018. <http://www.diariomedico.pe/?page_id=8231>.

Doctoralia (2017). “Primer Informe Doctoralia. Salud e Internet 2015”. En: *insights.doctoralia.es*. Fecha de consulta: 04/11/2017. <<http://insights.doctoralia.es/wp-content/uploads/2015/07/Informe-Doctoralia-sobre-Salud-e-Internet-20151.pdf>>.

El Comercio (2015). “Poder adquisitivo de peruanos llegará a US\$32.100 en el 2050. En: *Diario El Comercio*. 17 de abril del 2015. Fecha de consulta: 17/10/2017.

El Comercio (2017a). “Banco Mundial: Política fiscal del Perú es de las mejores en la región”. Sección Economía. En: *Diario El Comercio*. 28 de agosto del 2017. Fecha de consulta: 27/10/2017. <<https://elcomercio.pe/economia/peru/banco-mundial-politica-fiscal-peru-mejores-region-noticia-453812>>.

El Comercio (2017b). “Lima y Callao tienen el 50% de informalidad en el sector salud”. Sección Salud. En: *Diario El Comercio*. 17 de agosto del 2017. Fecha de consulta: 30/10/2017. <<https://elcomercio.pe/lima/seguridad/lima-callao-50-informalidad-sector-salud-noticia-450924>>.

El Comercio (2017c). “Seis de cada diez peruanos accede a Internet todos los días”. Sección Economía. En: *Diario El Comercio*. 10 de abril del 2017. Fecha de consulta: 29/10/2017. <<https://elcomercio.pe/economia/negocios/seis-diez-peruanos-accede-internet-dias-413609?foto=1>>.

Flores, Alejandro (2008). *El cambio organizativo desde la perspectiva de la cultura empresarial*. Lima: Universidad del Pacífico.

Flores, Alejandro (2009). *La ventaja competitiva basada en la capacidad de cohesión*. Lima: Universidad del Pacífico.

Gestión. (2017). “Presupuesto 2018: ¿Cuáles son los sectores que obtendrán mayores recursos?”. En: *Diario Gestión*. 30 de agosto del 2017. Fecha de consulta: 23/10/2017. <<https://gestion.pe/economia/presupuesto-2018-son-sectores-obtendran-mayores-recursos-142648>>.

Ginsburg, Paul (2016). “Health Care Market Consolidations: Impacts on Costs, Quality and Access”. En: Leonard D. Schaeffer, Chair in Health Policy Studies, Senior Fellow and Director

Center for Health Policy. *Statement of Paul B. Ginsburg, Ph.D.* California Legislature, Senate Committee on Health, California, EE. UU.

Grant, Robert M. (1991). "The Resource-Bases Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation". *California Management Review*. Spring, pp. 114-135.

Guevara, Samia y Orquera, Rosa (2012). "Diseño y propuesta de mejoramiento de los procesos técnico-administrativos de clínica La Primavera". Tesis de Maestría en Administración General Hospitalaria. Lima: Escuela Politécnica del Ejército. Fecha de consulta: 01/10/2017. Disponible en: <<http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/5392/1/T-033283-ESPE.pdf>>.

Hax, Arnoldo y Majluf, Nicolás (2008). *Estrategias para el liderazgo competitivo: de la visión de los resultados*. Primera ed. Buenos Aires: Granica.

Huaraz, Eliana (2014). "Plan de negocios para el establecimiento de una clínica gineco-obstétrica en Lima Norte". Trabajo de investigación presentado para optar al grado académico de Magíster en Administración. Lima, Universidad del Pacífico, Escuela de Postgrado. Fecha de consulta: 19/06/2017. <<http://hdl.handle.net/11354/1005>>.

Instituto Nacional de la Calidad-Inacal (2017). *¿Los laboratorios clínicos que realizan nuestros análisis son confiables?* En: www.inacal.gob.pe. 20 de noviembre del 2017. Fecha de consulta: 19/01/2018. <<http://www.inacal.gob.pe/principal/noticia/laboratoriosacreditados>>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. (2015). "Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en Salud-Informe Final". En: inei.inei.gob.pe. Fecha de consulta: 06/01/2018. <http://inei.inei.gob.pe/inei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2015-112/12_Informe_Final_Ensusalud_2015.pdf>.

Instituto Nacional de Salud (s.f.). "Medicina Alternativa y Complementaria - MAC. Información General". En: Instituto Nacional de Salud. Fecha de consulta: 5/9/2017. <<http://www.portal.ins.gob.pe/es/censi/censi-c3/medicina-alternativa-y-complementaria-mac/informacion-general-mac>>.

INEI. (2017a). *Perú: Evolución de los indicadores de empleo e ingresos por departamento, 2007-2016*. En: *inei.gob.pe*. Fecha de consulta: 12/01/2017. <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1441/libro.pdf>

INEI. (2017b). *Panorama de la Economía Peruana: 1950-2016*. En: *inei.gob.pe*. Fecha de consulta: 10/10/2017. <www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1424/libro.pdf>

Kaplan, Robert y Norton, David (2004). *Mapas estratégicos*. Barcelona: Gestión 2000.

Kohn, Linda et al. (editores.) (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press. Fecha de consulta: 7/10/2017. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>>.

Kotler, Philip y Keller, Kevin Lane (2012). *Dirección de marketing*. Décimo cuarta ed. México: Pearson Educación.

La República (2017a). “Conoce las cifras de la Investigación y el Desarrollo en el Perú”. En: *Diario La República*. 19 de mayo de 2017. Fecha de consulta: 25/05/2019. <<http://larepublica.pe/economia/877517-conoce-las-cifras-de-la-investigacion-y-el-desarrollo-en-el-peru>>.

La República (2017b). “Perú invirtió S/ 5000 millones en Investigación y Desarrollo en 2016”. En: *Diario La República*. 12 de marzo del 2017. Fecha de consulta: 30/05/2017. <<http://larepublica.pe/economia/855811-peru-invirtio-s-5000-millones-en-investigacion-y-desarrollo-en-2016>>.

Lazo-Gonzales, Oswaldo et al. (2016). *El sistema de salud en Perú*. Lima: REP S.A.C. Fecha de consulta: 11/07/2017. <<http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru.pdf>>.

León, Jéssica (2017). “Médicos, enfermeras y obstetras en huelga: los afectados serán los pacientes”. En: *Diario La República*. 7 de agosto del 2017. Fecha de consulta: 15/10/2017. <<http://larepublica.pe/sociedad/1070813-medicos-enfermeras-y-obstetras-en-huelga-los-afectados-seran-los-pacientes>>.

Ministerio de Economía y Finanzas-MEF. (2017). *Marco Macroeconómico Multianual 2018-2021*. Lima: MEF. Fecha de consulta: 3/10/2017. <https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2018_2021.pdf>.

Ministerio de Salud-Minsa (2009). Documento técnico “Metodología para la estimación de costos estándar en los establecimientos de salud”. Fecha de consulta: 18/10/2017. <<http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/15dtmce.pdf>>.

Minsa-Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (2015). *Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud. Perú 2013-2015*. Lima: Minsa. Fecha de consulta: 15/10/2017. <<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3444.pdf>>.

Minsa (2010). Norma Técnica de Salud N.º -2010-MINSA/DIGESA-V.01: “Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo a nivel Nacional”. Lima: Minsa.

Mintzberg, Henry (1988). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.

MV (2015). “Tres usos frecuentes del BI en la salud. Brasil”. En: *MV*. 2 de abril del 2015. <<http://www.mv.com.br/es/blog/3-usos-frecuentes-del-bi-en-la-salud>>.

Nadler, David y Tushman, Michael (1999). *El diseño de la organización como un arma competitiva: el poder de la arquitectura organizacional*. México: Oxford University Press.

Olaechea, Jessica (2017). “Estabilidad política y económica pone al Perú en primera fila”. En: *Diario El Peruano*. 18 de junio del 2017. Fecha de consulta: 17/10/2017. <<http://elperuano.pe/noticia-%E2%80%9Cestabilidad-politica-y-economica-pone-al-peru-primer-fila%E2%80%9D-56814.aspx.%20Entrevista%20a%20embajador%20de%20China%20en%20Lima>>.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Acercas de los sistemas de salud*. Fecha de consulta: 12/11/2017. <<http://www.who.int/healthsystems/about/es/>>.

Organización Panamericana de la Salud-OPS (2016). *Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Fecha de consulta: 19/10/2017. <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1>>

Pacífico Seguros (2017). *Póliza de Seguro Complementario, Plan Adicional 1*. Pacífico Seguros: Lima.

Pavez, María (2015). *Banmédica S.A.* 20 de mayo del 2015. Fecha de consulta: 22 de Julio de 2017. <<https://prezi.com/en8nrte7uaax/banmedica-sa/>>.

Pena, Hernán (2017). “SuSalud: Hay 60,000 establecimientos médicos informales en Perú, el triple de los formales”. En: *Diario Gestión*. 28 de agosto del 2017. Fecha de consulta: 12 de octubre del 2017. <<https://gestion.pe/economia/susalud-hay-60-000-establecimientos-medicos-informales-peru-triple-formales-142486>>.

Perry Piscione, Deborah y Crawley, David (2017). “The inverted Organization”. *The People Equation: Why Innovation Is People, Not Products*. Berrett-Koehler Publishers.

Pezzini, Mario (2016). “La OCDE aconseja reformar los sistemas de salud y pensiones de Perú para reducir la informalidad”. En: *Agencia EFE*. Berrett-Koehler Publishers. <<https://www.efe.com/efe/america/economia/la-ocde-aconseja-reformar-los-sistemas-de-salud-y-pensiones-peru-para-reducir-informalidad/20000011-3068005>>.

Ponce de León, Paula (2017a). Entrevista personal, agosto del 2017.

Ponce de León, Paula (2017b). “Análisis de la estructura organizacional Clínica San Felipe”. Trabajo final para el curso Organizaciones, Diversidad y Multiculturalidad.

Porter, Michael y Olmsted Teisberg, Elizabeth (2006). “Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results”. *Harvard Business Press*.

Porter, Michael y Lee, Thomas (2013). “The Strategy That Will Fix Health Care”. *Harvard Business Review*. Octubre del 2013. Fecha de consulta: 10/01/2018. <<https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>>.

Rimac EPS. (2014). *Manual del afiliado-plan de salud EPS*. Lima: Rimac. Fecha de consulta: 12/10/2017. <https://www.rimac.com.pe/uploads/Salud_Manual_Afiliado_EPS_Dic14.pdf>.

Rimac EPS (2017). *Póliza de Seguro complementario, Plan Adicional 1. Diciembre 2016- Noviembre 2017*. Lima: Rimac.

Rivas Salinas, Mario (2016). *Consejo médico*. Presentación en PowerPoint. Consejo Médico, Empresas Banmédica, Lima.

Saludiaro (2017). “Guía de Proveedores para el Sector Salud 2017”. En: Saludiaro.com. 8 de agosto del 2017. Fecha de consulta 19/09/2017. <<http://saludiaro.com/guia-de-proveedores-para-el-sector-salud/>>.

Sanabria, César (2002). “La demanda de servicios una aproximación teórica”. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM*, Año VII (21). Fecha de consulta: 14/10/2017. <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/21/a11.pdf>>.

Santana, Jorge y Piza, Fred (2012). “Estudio Estratégico Sectorial aplicado en cinco Hospitales Universitarios IV Nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D.C.”. Facultad de Administración. Maestría en Administración en Salud. II Cohorte. Fecha de consulta: 15/09 2017. <<http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/4304>>.

Schmale, Rebeca. (2016). “Strengthening Dyad Leadership in Your Organization”. En: *leaphr-healthcare.co*. 9 de junio del 2016. Fecha de consulta: 08/01/2018. <<http://leaphr-healthcare.com/wp-content/uploads/sites/84/2016/06/09.-Carolinas-Healthcare.pdf>>.

Schutzer, Steve et al. (2015). “The Future of Value: Three Surgeons’ Perspectives”. 24 de marzo de 2015. En: *Institute of Healthcare Improvement*. Fecha de consulta: 15/10/2017. <http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/15/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=130>.

Stark, Karen (2016). “En Foco: CRM para organizaciones de medicina y salud”. En: Evaluando.CRM.Com. 29 de marzo del 2016. Fecha de consulta: 20/11/2017. <<http://www.evaluandocrm.com/crm-organizaciones-medicina-salud/>>.

Torres, Fabiola y Huacles, José Luis (2015). “Los dueños de la salud privada en el Perú”. En: *Ojo Público*. 27 de setiembre del 2015. Fecha de consulta: 14/11/2017. <Ojo Público: <https://ojo-publico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>>.

Treacy, Michael y Wiersema, Fred (1997). *The Discipline of Market Leaders: Choose Your Customers, Narrow Your Focus, Dominate Your Market*. Basic Books.

Unidad Pediátrica de Asma-UPA-Clínica San Felipe (2017). En: www.clinicasanfelipe.com. Fecha de consulta: 10/12/2017. Lima: Clínica San Felipe. <<http://www.clinicasanfelipe.com/servicios/unidad-pediatrica-asma-upa>>.

Anexos

CONSTRUYENDO JUNTOS UNA INSTITUCIÓN ENFOCADA EN:

El paciente

La calidad y mejora continua

La seguridad

El profesionalismo

El aprendizaje

MISIÓN

Somos una clínica privada que ofrece la mejor atención de salud de alta complejidad a nuestros pacientes. Estamos comprometidos con la calidad, seguridad, humanidad y exigencia organizacional. Hacemos énfasis en el mejoramiento continuo a través de la educación, la docencia y la investigación.

VALORES

1. Empatía y Respeto
2. Transparencia y Honestidad
3. Seguridad
4. Disciplina
5. Disponibilidad al Cambio y Aprendizaje



POLÍTICAS DE CALIDAD

- Primera Política de Calidad:** La Clínica San Felipe tiene como objetivo brindar atención de salud adecuada, oportuna y eficiente, con puntualidad y prontitud acorde a las necesidades de los pacientes, asegurando la efectividad, continuidad, seguridad, afecto, respeto, confidencialidad y humanidad, de la misma.
- Segunda Política de Calidad:** Todos los miembros de la Clínica San Felipe están comprometidos con estructurar el desarrollo y crecimiento de la institución, enfocados en el paciente y garantizar un servicio de calidad, asegurado por una cada vez mayor exigencia organizacional.
- Tercera Política de Calidad:** La Clínica San Felipe está comprometida a trabajar contando con los mejores profesionales, la mejor tecnología e infraestructura, para servir a sus pacientes y superar sus expectativas.
- Cuarta Política de Calidad:** La Clínica San Felipe tiene un compromiso con la calidad fomentando el desarrollo institucional, bajo el marco conceptual de los procesos de mejora continua, estandarizando los procesos, documentándolos y manteniendo una continua evaluación de los resultados, como una manera de asegurar la calidad, la seguridad médica y la excelencia operacional.
- Quinta Política de Calidad:** La Clínica San Felipe promueve la actualización y el desarrollo científico de sus profesionales y promueve la educación de la comunidad en materia de salud y servicios al paciente.

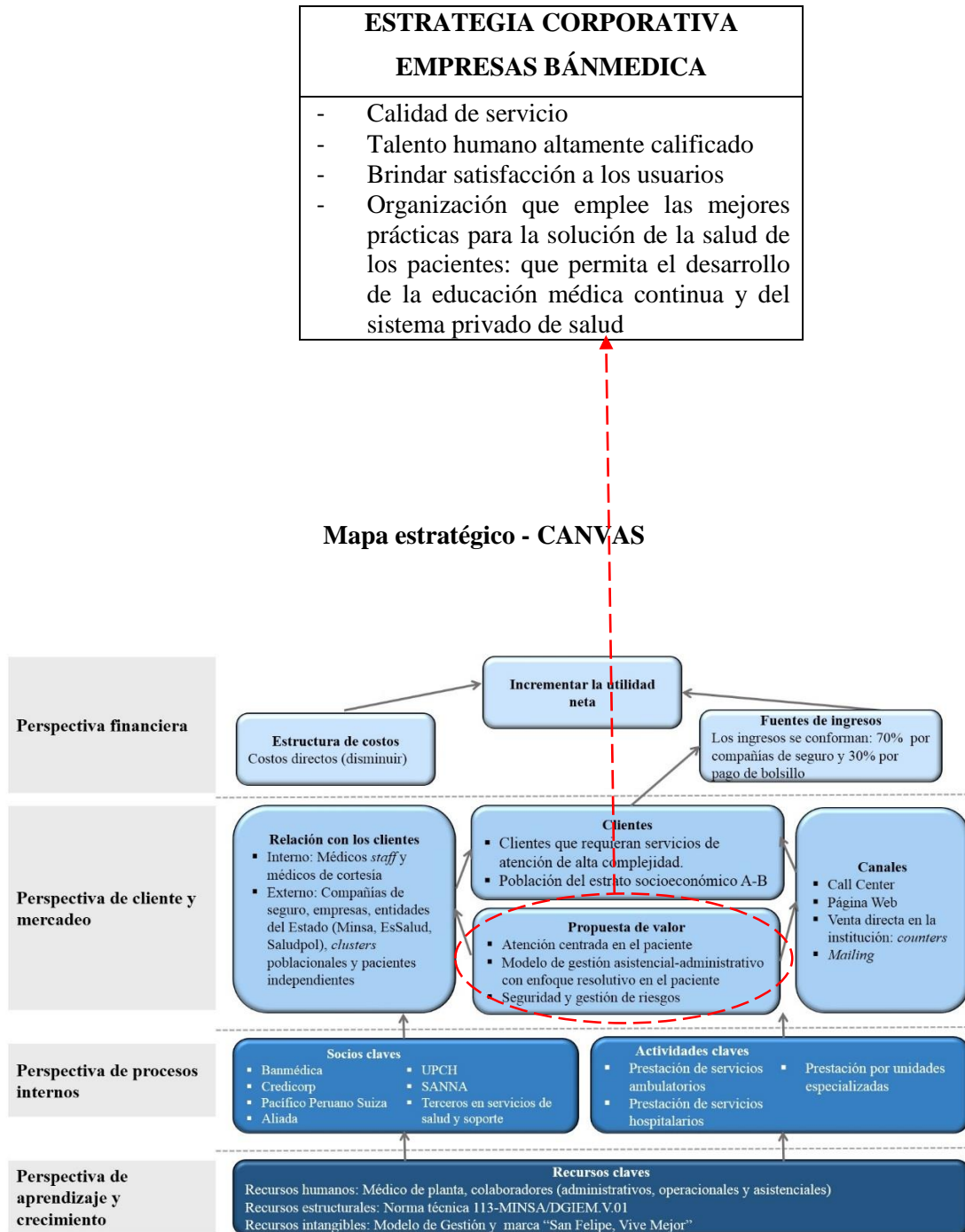
CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL

La Clínica, sus colaboradores (asistenciales y administrativos) y sus socios estratégicos (Médicos), desarrollarán sus actividades profesionales comprometidos al cumplimiento del Código de Ética Institucional, enfocado en brindar una atención de calidad, seguridad y centrada en el Paciente:

1. Brindar una atención de calidad, segura, oportuna, efectiva, eficiente y continua a los usuarios de sus servicios, manteniendo un riguroso compromiso con la protección de la confidencialidad y la transparencia de la información.
2. Respetar los Derechos de los pacientes de saber, de elegir y tener una atención adecuada de salud y vigilar el cumplimiento de los deberes de los usuarios.
3. Desempeñar sus labores asistenciales, administrativas y operativas de manera competente, manteniendo un equipo de trabajo armonioso e integrador, con énfasis en el respeto mutuo y motivación hacia la mejora continua.
4. A través de la medicina basada en evidencia, buscar generar conocimiento que contribuya con el desarrollo e implementación de mejores prácticas asistenciales.
5. Mantener una actitud ética, trato respetuoso y no discriminatorio; preservando la seguridad en el ambiente laboral dentro del marco legal nacional vigente.



Anexo 2. Alineación estratégica



Fuente: Elaboración: propia, basada en Kaplan & Norton (2004) y D'Alessio Ipinza (2008).

Anexo 3. Modelo de negocios canvas

SOCIOS CLAVES <ul style="list-style-type: none"> Banmédica Credicorp Pacífico Peruano Suiza Aliada UPCH SANNA Terceros en Servicios de Salud y Soporte 	ACTIVIDADES CLAVES <ul style="list-style-type: none"> Prestación de servicios ambulatorios: consulta externa, emergencia y servicios de apoyo al diagnóstico. Prestación de servicios hospitalarios: hospitalización y unidades críticas, adulta, ginecoobstétrica, pediátrica y neonatal. Prestación por unidades especializadas: Hypnos, perinatología, asma, entre otras 	PROPUESTA DE VALOR <ul style="list-style-type: none"> Atención centrada en el paciente Modelo de gestión asistencial-administrativa con enfoque resolutivo centrado en el paciente Seguridad y gestión de riesgos: protección del paciente, los colaboradores, los médicos y la institución Profesionalismo-aprendizaje, definidos como institución camino a ser docente Calidad, definida como propuesta de estructura de cumplimiento de indicadores internacionales de producción, eficiencia y seguridad, añadiendo la innovación como pieza clave de los procesos de mejora 	RELACIÓN CON EL CLIENTE <ul style="list-style-type: none"> Interno: Médicos Staff y médicos de Cortesía Externo: Compañías de Seguro, Empresas, Entidades del Estado (MINSA, ESSALUD, SALUDPOL), <i>Clusters</i> Poblacionales y Pacientes independientes 	SEGMENTO DE CLIENTES <ul style="list-style-type: none"> Clientes que requieran servicios de atención de alta complejidad. Población del estrato socioeconómico A –B.
	RECURSOS CLAVES <ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos: Médico de planta, colaboradores (Administrativos, operacionales y asistenciales) Recursos estructurales: Norma técnica 113-MINSA/DGIEM.V.01 Recursos intangibles: Modelo de Gestión y marca “San Felipe, Vive Mejor” 		CANALES <ul style="list-style-type: none"> <i>Call Center</i> Página Web Venta directa en la institución: <i>counters</i> <i>Mailing</i> 	
ESTRUCTURA DE COSTOS Costos directos (disminuir)		ESTRUCTURA DE INGRESOS Los ingresos se conforman: 70% Compañías de Seguro y 30% pago de bolsillo		

Elaboración: Elaboración Propia, con base en Osterwalder 2010.

Anexo 4. Mapa del sistema de salud del Perú

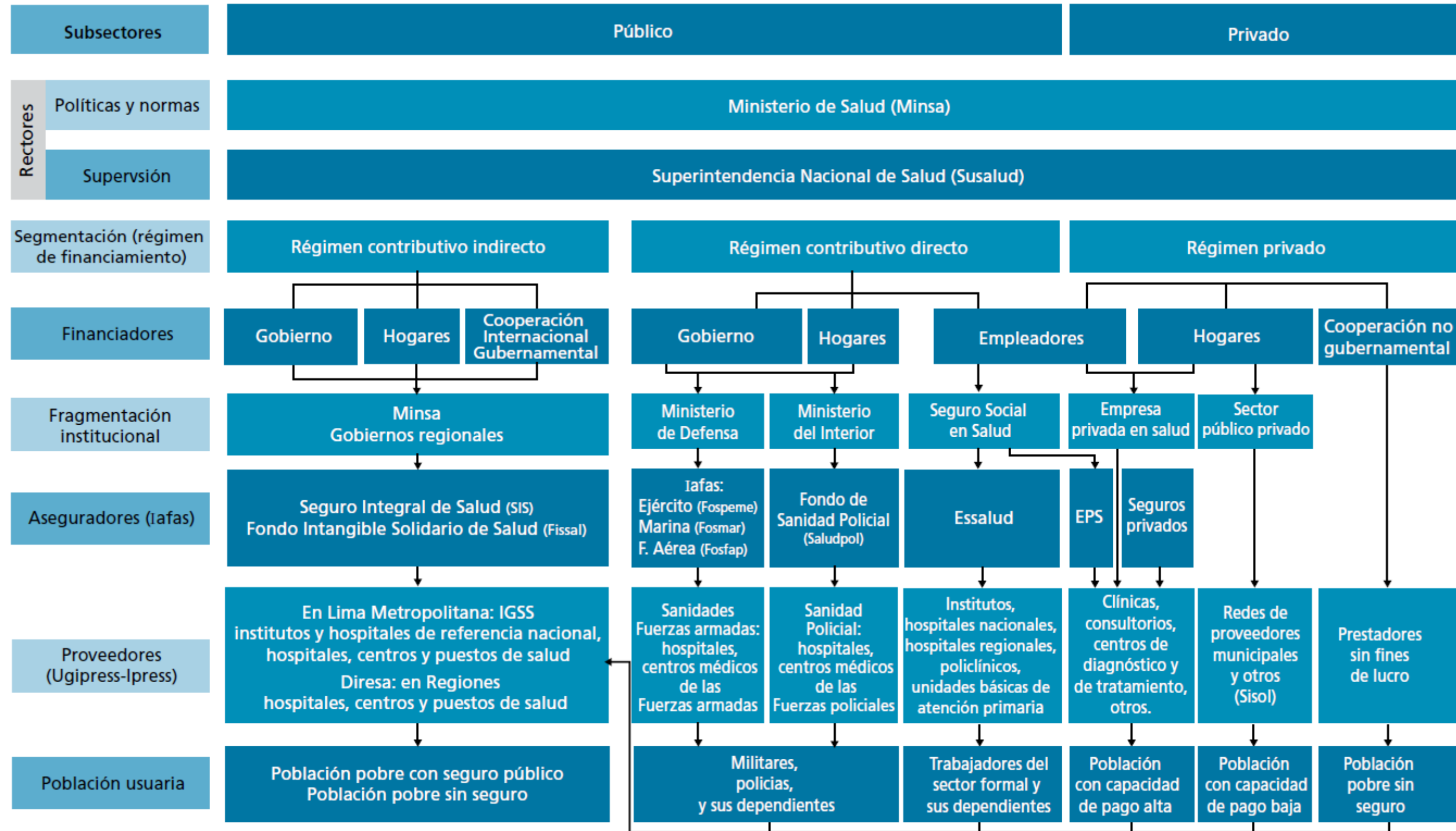
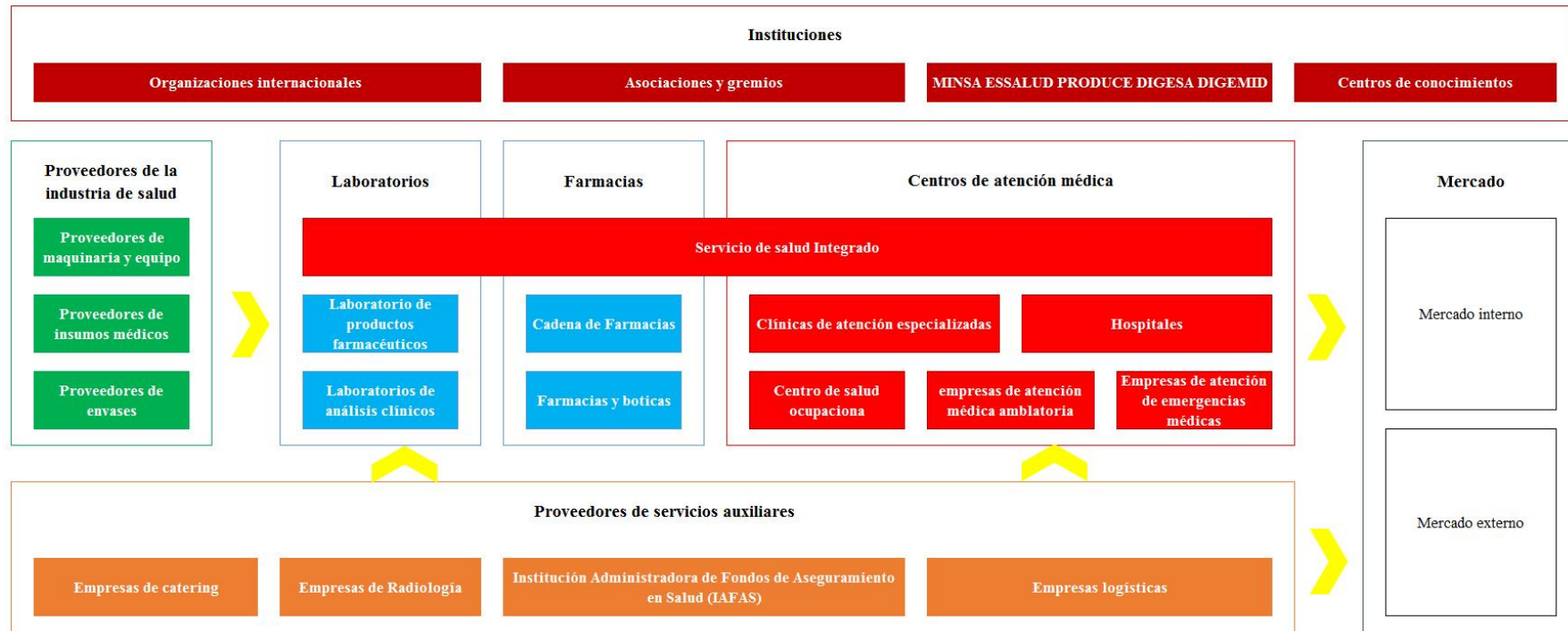


Figura 1.1. Mapa del Sistema de Salud, Perú 2016.

Elaboración: Lazo Gonzales et al. (2016: 14).

Anexo 5. Cadena de valor del negocio de salud en el distrito de Lima



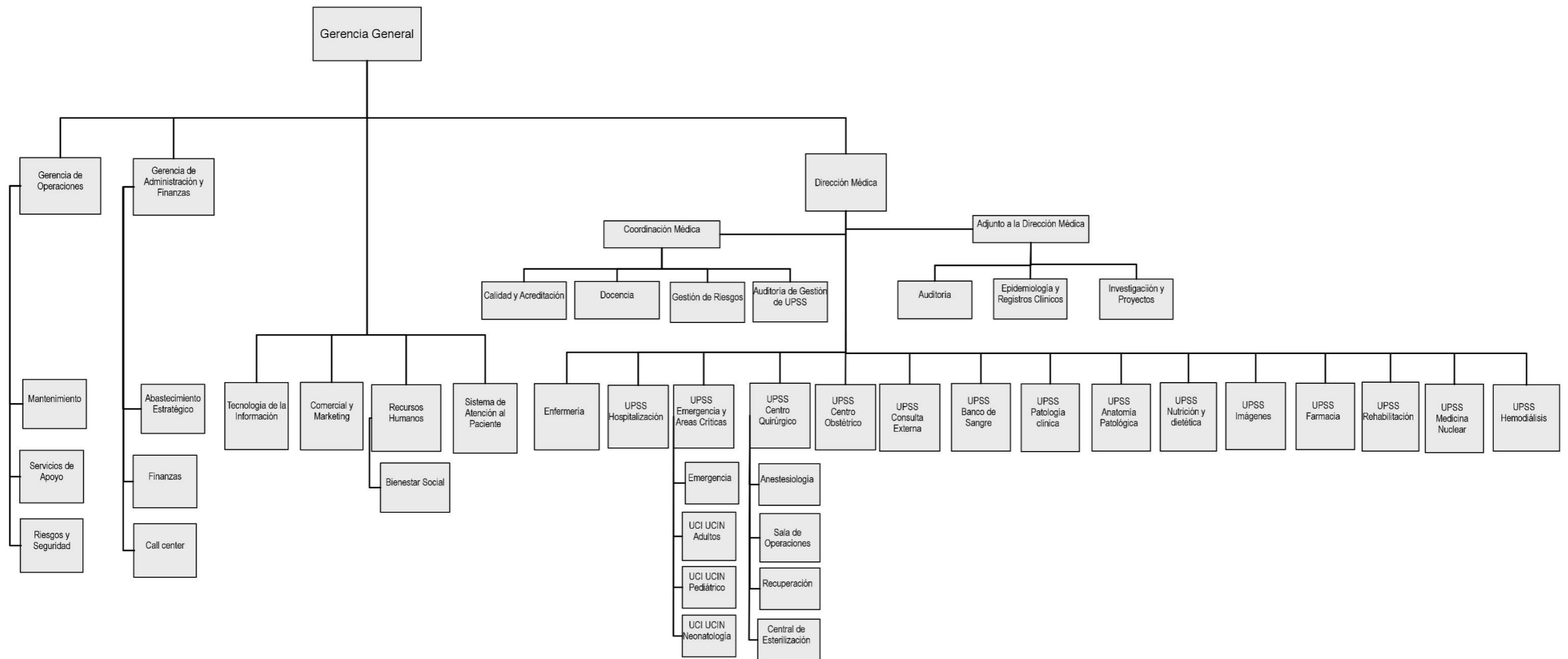
Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Consejo Nacional de Competitividad (2013).

Anexo 6. Redes de cobertura de seguro

Red	Plan de Salud BBVA Continental - 2017			Plan de Salud Univ. Pacífico - 2017		
	Establecimientos	Copago	Cubierto al	Establecimientos	Copago	Cubierto al
RED 1	C. Internacional - Medicentro Bellavista Ricardo Palma C. Norte Limatambo Sede Minka San Miguel Arcángel Otros	30	95%	C. Limatambo San Juan de Lurigancho Clínica Good Hope Clínica Limatambo Callao Clínica Providencia Otros	30	95%
RED 2	C. Internacional - Medicentro San Isidro Vesalio Clínica Providencia Clínica Bellavista Otros...	35	90%	C. Stella Maris C. Bellavista C. Internacional (Medicentro Bellavista)	30	90%
RED 3	Clínica Internacional - Lima Maison de Santé (Lima) San Gabriel Javier Prado Otros...	45	85%	Centro Médico Especializado Avenida Clínica Porvenir Policlínico San Pablo Asia Otros...	40	90%
RED 4	C. Internacional - San Borja Centenario Peruano Japonés Otros	50	80%	Clínica Novocardio Clínica Jesús del Norte Clínica Novocardio - Se brinda atención solo para cirugía ambulatoria. Otros...	51	80%
RED 5	SANNA Centro Clínico La Molina Hogar Clínica San Juan de Dios SANNA Clínica el Golf	55	80%	Clínica Internacional (Medicentro San Isidro) Clínica Santa Isabel Clínica Ricardo Palma (Sede Central) Otros...	75	75%
RED 6	San Pablo (Surco) Santa Isabel Ricardo Palma C. Maison de Santé del Este	85	75%	Clínica Montesur C. San Felipe (San Felipe y La Molina) Clínica British American Hospital	90	65%

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Planes de Salud 2017 de los trabajadores del BBVA Continental y la U. del Pacífico.

Anexo 7. Estructura organizacional de la Clínica San Felipe



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 8. Encuesta de satisfacción



Encuesta de Servicio Hospitalario

En general y de acuerdo a una escala de 0 al 10, donde 0 es nada probable y 10 totalmente probable ¿Qué tan probable es que usted recomiende a la Clínica San Felipe a un amigo o familiar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuál sería la razón principal por la que eligió esta Clínica para su atención?

Cercanía	<input type="radio"/>
Recomendación de familiares	<input type="radio"/>
Economía	<input type="radio"/>
Referencia del médico	<input type="radio"/>

Atención Asistencial

¿Cómo evaluaría la atención brindada por el personal de enfermería?

Amable	Siempre <input type="radio"/>	A veces <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
Eficiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oportuna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿La respuesta a su llamado fue inmediata?	Siempre <input type="radio"/>	A veces <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El personal de enfermería se identificó con nombre y cargo?	Siempre <input type="radio"/>	A veces <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Atención Médica

¿Los médicos que intervinieron en su hospitalización fueron amables y respetuosos?

<input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>	A veces <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
-----------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

¿Usted recibió información oportuna sobre su evaluación y tratamiento?

<input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>	A veces <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
-----------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

¿Desea destacar a algún miembro del equipo de Clínica San Felipe durante su atención hospitalaria?

Enfermera o Técnica	
Médico tratante o residente	
Personal administrativo	



Encuesta de Servicio Hospitalario

Clinica

En general y de acuerdo a una escala del 0 al 10, donde 0 es muy malo y 10 excelente, ¿Cómo calificaría el servicio recibido en Pre Admisión?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cómo calificaría el servicio recibido en Admisión Hospitalaria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cómo calificaría el servicio recibido en Nutrición y Dietética?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cómo calificaría el servicio recibido en Higiene Hospitalaria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Satisfacción General

En general, considerando toda su experiencia en la Clínica San Felipe y de acuerdo a una escala del 0 al 10, donde 0 es nada satisfecho y 10 totalmente satisfecho, ¿Qué tan satisfecho se encontró con la atención que tuvo en nuestra Clínica?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Qué sugerencias y/o recomendaciones nos dejaría?

Nº de habitación	Fecha
Nombre	

Elaboración: Clínica San Felipe (2017).

Anexo 9. Análisis de la encuesta de satisfacción por servicios y preguntas globales

¿Qué tan probable es que recomiende la CSF a un amigo o familiar?	Emergencia	Ambulatorio	Hospitalización
0 - 5	10%	5%	2%
6 - 7	4%	7%	2%
8 - 10	85%	84%	82%
Blanco	1%	4%	14%

¿Cuál sería la razón principal por la que elegiría la Clínica?	Emergencia	Ambulatorio	Hospitalización
Cercanía	53%	26%	20%
Recomendaciones Familiares	19%	18%	20%
Economía	0%	0%	2%
Referencia del Médico	28%	55%	75%

¿Qué tan satisfecho se encontró con la atención que tuvo en nuestra Clínica?	Emergencia	Ambulatorio	Hospitalización
0 - 5	8%	7%	3%
6 - 7	13%	10%	8%
8 - 10	79%	81%	86%
Blanco	0%	2%	0%

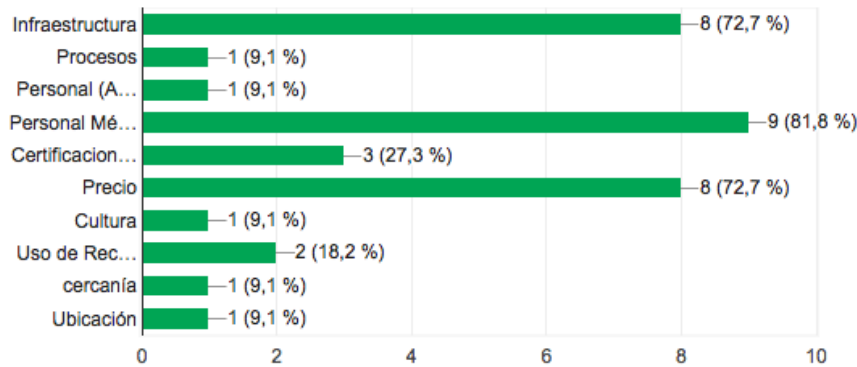
Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 10. Resultados de entrevista pautada

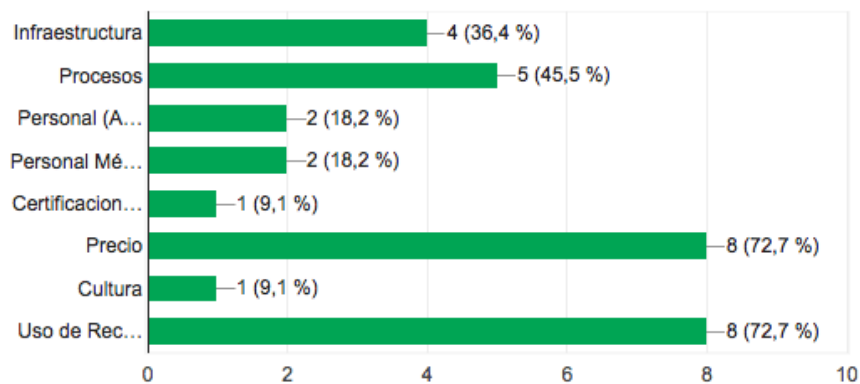
Se desarrolló una entrevista pautada a 12 representantes del sector, entre los cuales se incluyeron los gerentes y directores médicos de las IAFAS que conforman el 80% del mercado asegurador peruano, la ministra de Salud (periodo 2016-2017), directores médicos de las clínicas competidoras del sector. Siento y 37% de IAFAS, 36% IPRESS, 18% Médicos y 9% MINSA:

Las preguntas realizadas fueron:

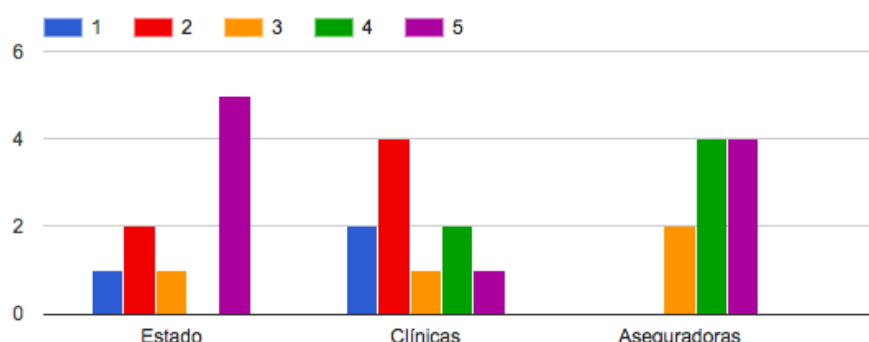
¿Cuál o cuáles de los siguientes factores son considera usted para los PACIENTES, como determinante para la elección de una empresa prestadora de servicios de salud privada (clínicas, centros médicos u otros)?



¿Cuál o cuáles de los siguientes factores son, considera usted para las ASEGURADORAS, determinantes para la elección de una empresa prestadora de servicios de salud privada (clínicas, centros médicos u otros), para incluirlas como opción para sus beneficiarios?

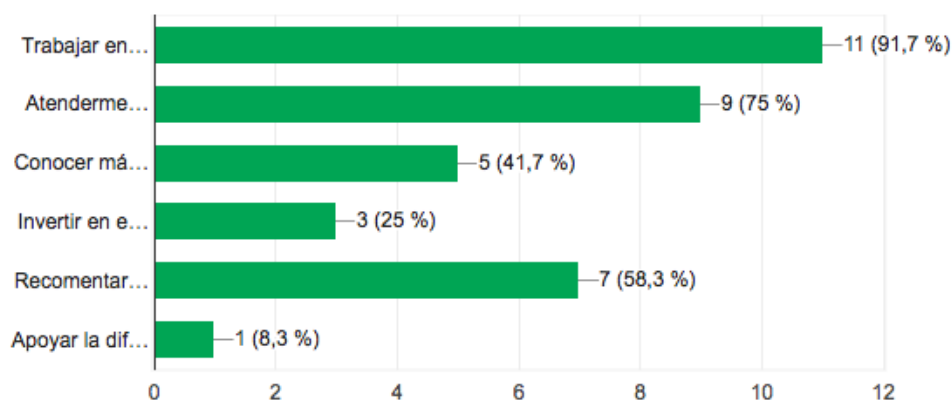


De los actores del sector salud, con énfasis en el sector privado, ¿cuáles considera que son aquellos con mayor capacidad de negociación (5 mayor - 1 menor) ?:

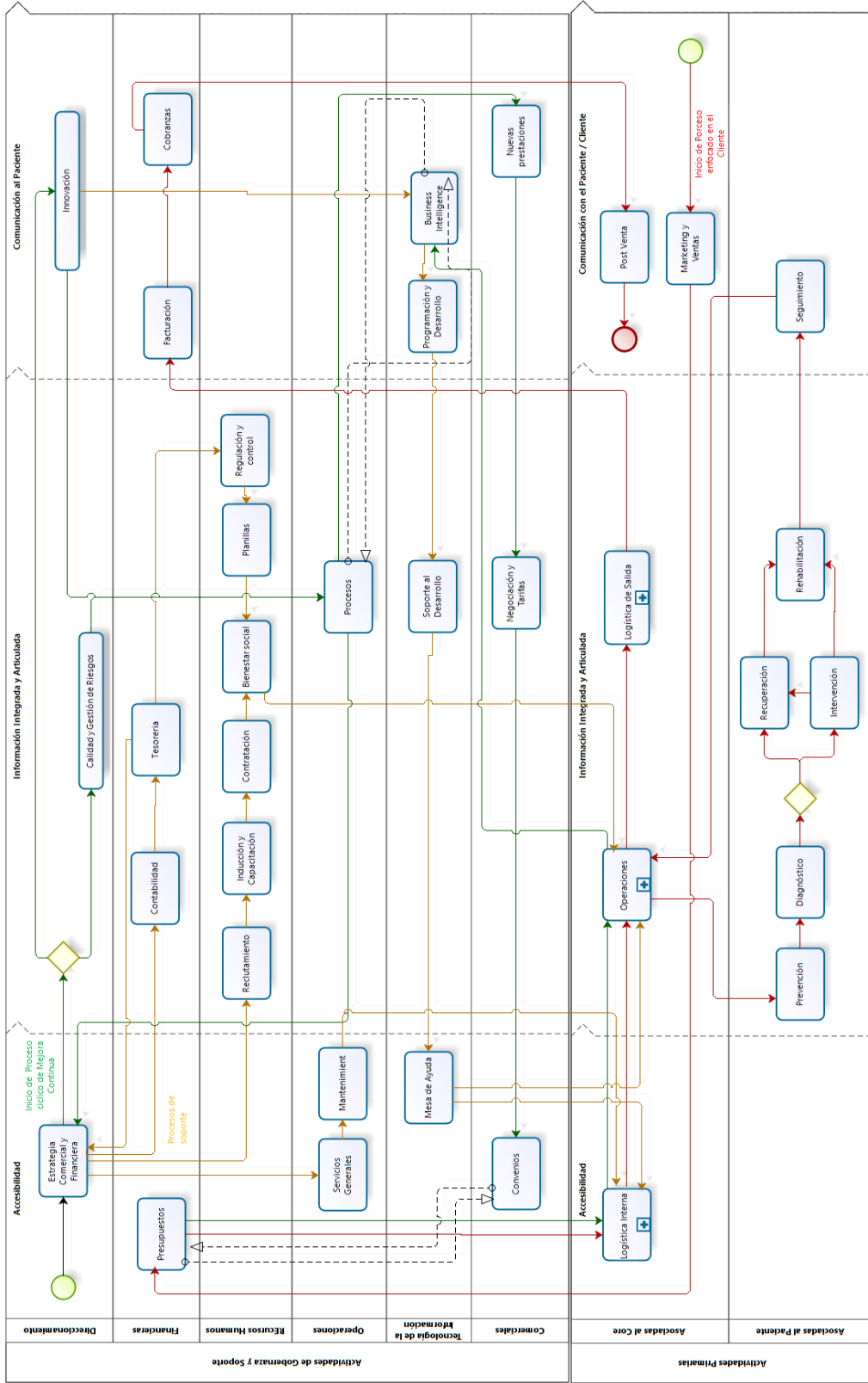


Si el mercado presentaría la siguiente propuesta: una institución prestadora de servicios de salud donde:

- Se garanticen procesos de reclutamiento de personal administrativo, médico y asistencial basado en competencias y con proyecciones de educación/evaluación continua.
- Enfoque en unidades clínicas enfocadas en grupos poblacionales. Ej.: programas de pacientes crónicos, pacientes pediátricos, mujeres en edad fértil, entre otros.
- Enfoque en unidades de práctica clínica integrada que articulen servicios y especialidades de diversas complejidades para generar eficiencia en el uso de recursos. Ej.: unidad de manejo de epilepsias, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, lumbalgia, entre otros.
- Se garantice el uso racional de recursos e insumos médicos, asociados a la complejidad específica de los pacientes, que permita un pago establecido por resultados.
- Generar eficiencias que permitan no solo ser una propuesta accesible en el mercado, sino que, además, las eficiencias permitan a la organización poder canalizar recursos para prestar atenciones al sector público de salud y desarrollar actividades de beneficio social.



Anexo 11. De la cadena de valor a los procesos



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 12. Presupuesto de servicios de la Nube de Azure Microsoft

Microsoft Azure Estimate					
Su presupuesto					
Service type	Custom name	Region	Description	SKU	Estimated Cost
App Service		South Central US	1 instancias x 732 , nivel Size: B1, Basic0 conexiones SNI, 0 conexiones IP		€46.30
SQL Database		South Central US	Base de datos única, capa Estándar, nivel S0, 10 DTU, 250 GB de almacenamiento por base de datos		€12.45
App Service		South Central US	1 instancias x 732 , nivel Size: B1, Basic0 conexiones SNI, 0 conexiones IP		€46.30
SQL Database		South Central US	Base de datos única, capa Estándar, nivel S0, 10 DTU, 250 GB de almacenamiento por base de datos		€12.45
Power BI Embedded		South Central US	1 nodos x 732 Hours, tipo de nodo: A1, 1 nodos virtuales, 3 GB de RAM, 1-300 pico de representaciones por hora		€622.30
Azure Analysis Services		South Central US	Básico B2 (horas), 1 instancia(s), 732		€530.87
HDInsight		South Central US	Principal nodo: A3 - 2 Instancias, 732 . Trabajo nodo: A3 - undefined Instancias, undefined .		€592.60
App Service		South Central US	1 instancias x 732 , nivel Size: B1, Basic0 conexiones SNI, 0 conexiones IP		€46.30
Support			Free level	Support	€0.00
				Monthly Total	€1,909.56
				Annual Total	€22,914.69
Disclaimer					
All prices shown are in Euro (€). This is a summary estimate, not a quote. For up to date pricing information please visit This estimate was created at 12/13/2017 4:18:48 AM UTC.					

Fuente: Calculadora de precios Microsoft Azure. En: <https://azure.microsoft.com/es-es/pricing/calculator/>

Anexo 13. Estados financieros sin estrategia

Análisis de los estados financieros y Flujo de Caja - Sin estrategia
Periodo 2018 - 2022

Estados de resultados (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Ingresos	114,076,103	119,779,908	125,768,904	132,057,349	138,660,216	
Costos de ventas	82,581,932	86,050,183	89,679,917	93,478,849	97,455,070	
Utilidad Bruta	31,494,172	33,729,725	36,088,987	38,578,500	41,205,146	
Gastos de administración y de ventas (incluido depreciación)	8,661,194	8,955,253	9,259,844	9,575,370	9,902,249	
Utilidad Operativa	22,832,978	24,774,472	26,829,142	29,003,130	31,302,898	
Otros ingresos y gastos	-9,040,654	-8,857,222	-8,786,281	-8,721,586	-8,663,253	
Utilidad antes de IR	13,792,323	15,917,251	18,042,862	20,281,544	22,639,644	
Impuesto a la renta	-4,068,735	-4,695,589	-5,322,644	-5,983,056	-6,678,695	
Utilidad Neta	9,723,588	11,221,662	12,720,218	14,298,489	15,960,949	

Flujo de caja sin estrategia (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Utilidad Operativa	22,832,978	24,774,472	26,829,142	29,003,130	31,302,898	
Depreciación	2,178,809	2,178,809	2,178,809	2,178,809	2,178,809	
EBITDA	25,011,786	26,953,281	29,007,951	31,181,938	33,481,706	
Gastos otros	-9,040,654	-8,857,222	-8,786,281	-8,721,586	-8,663,253	
Cambios en el capital de trabajo	-848,266	-1,274,772	17,336	18,390	19,508	
CAPEX	-2,178,809	-2,614,450	-462,127	-490,223	8,553,436	
IR	-4,068,735	-4,695,589	-5,322,644	-5,983,056	-6,678,695	
Flujo de caja económico	8,875,322	9,511,249	14,454,235	16,005,464	26,712,702	

VAN (en miles de soles)

S/. 1,090,976

Estados de resultados (en soles) - Participaciones

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Ingresos						
Costos de ventas		72%	72%	71%	71%	70%
Utilidad Bruta		28%	28%	29%	29%	30%
Gastos de administración y de ventas (incluido depreciación)		8%	7%	7%	7%	7%
Utilidad Operativa		20%	21%	21%	22%	23%
Otros ingresos y gastos		8%	7%	7%	7%	6%
Utilidad antes de IR		12%	13%	14%	15%	16%
Impuesto a la renta		4%	4%	4%	5%	5%
Utilidad Neta		9%	9%	10%	11%	12%
EBITDA		22%	23%	23%	24%	24%

Estado situacional (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
ACTIVO						
Activo corriente	20,020,685	20,983,707	22,259,463	23,612,783	25,048,380	
Activo no corriente	29,272,405	29,272,405	31,052,093	32,939,982	34,942,650	
Total de activo	49,293,090	50,256,112	53,311,557	56,552,765	59,991,030	
PASIVO						
Pasivo corriente	21,580,595	21,268,846	22,561,938	23,933,647	25,388,752	
Pasivo no corriente	5,267,738	5,267,738	5,588,003	5,927,739	6,288,131	
Total de pasivo	26,848,333	26,536,584	28,149,941	29,861,386	31,676,883	
PATRIMONIO						
Total de patrimonio	22,444,757	23,719,529	25,161,616	26,691,379	28,314,147	
Indicadores						
Prueba corriente		0.93	0.99	0.99	0.99	0.99
ROI		28%	32%	34%	36%	38%
ROE		122%	141%	150%	159%	168%

Fuente: Estados financieros 2016, Clínica San Felipe, documento interno.

Anexo 14. Estados financieros estrategia conservadora

Análisis de los estados financieros y Flujo de Caja - Conservador
Periodo 2018 - 2022

Estados de resultados (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Ingresos	114,076,103	119,779,908	125,768,904	132,057,349	138,660,216	
Costos de ventas	75,621,621	79,608,603	83,851,178	88,368,032	93,179,382	
Utilidad Bruta	38,454,482	40,171,306	41,917,726	43,689,317	45,480,835	
Gastos de administración y de ventas (incluido depreciación)	8,661,194	8,955,253	9,259,844	9,575,370	9,902,249	
Utilidad Operativa	29,793,288	31,216,053	32,657,881	34,113,947	35,578,586	
Otros ingresos y gastos	-9,100,954	-8,927,861	-8,841,872	-8,761,212	-8,685,941	
Utilidad antes de IR	20,692,335	22,288,192	23,816,009	25,352,735	26,892,645	
Impuesto a la renta	-5,586,930	-6,017,812	-6,192,162	-6,591,711	-6,992,088	
Utilidad Neta	15,105,404	16,270,380	17,623,847	18,761,024	19,900,558	

Flujo de caja sin estrategia (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Utilidad Operativa		29,793,288	31,216,053	32,657,881	34,113,947	35,578,586
Depreciación		2,178,809	2,178,809	2,178,809	2,178,809	2,178,809
EBITDA		31,972,097	33,394,862	34,836,690	36,292,755	37,757,395
Inversión en TI	-988,509	-344,520				
Gastos otros		-9,100,954	-8,927,861	-8,841,872	-8,761,212	-8,685,941
Cambios en el capital de trabajo		-379,666	-1,424,772	17,336	33,390	4,508
CAPEX		-2,178,809	-2,614,450	-462,127	-490,223	8,553,436
IR		-5,586,930	-6,017,812	-6,192,162	-6,591,711	-6,992,088
Flujo de caja económico	-988,509	14,725,739	14,409,968	19,357,864	20,482,999	30,637,310
Deuda	988,509	-344,520				
Amortización		-175,008	-246,678	-261,726	-277,691	-294,630
Intereses		-60,299	-70,639	-55,592	-39,627	-22,687
Escudo Fiscal		15,678	18,366	14,454	10,303	5,899
Flujo de caja financiero	0	14,506,109	14,111,016	19,055,001	20,175,984	30,325,892

VAN (en miles de soles)

S/. 1,248,956

Estados de resultados (en soles) - Participaciones

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Ingresos						
Costos de ventas		66%	66%	67%	67%	67%
Utilidad Bruta		34%	34%	33%	33%	33%
Gastos de administración y de ventas (incluido depreciación)		8%	7%	7%	7%	7%
Utilidad Operativa		26%	26%	26%	26%	26%
Otros ingresos y gastos		8%	7%	7%	7%	6%
Utilidad antes de IR		18%	19%	19%	19%	19%
Impuesto a la renta		5%	5%	5%	5%	5%
Utilidad Neta		13%	14%	14%	14%	14%
EBITDA		28%	28%	28%	27%	27%

Estado situacional (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
ACTIVO						
Activo corriente	19,316,778	20,347,790	21,623,546	22,961,865	24,412,462	
Activo no corriente	30,063,212	29,865,510	31,447,497	33,137,684	34,942,650	
Total de activo	49,379,990	50,213,300	53,071,043	56,099,549	59,355,112	
PASIVO						
Pasivo corriente	22,333,796	21,940,037	23,233,129	24,604,838	26,059,943	
Pasivo no corriente	5,267,738	5,267,738	5,588,003	5,927,739	6,288,131	
Total de pasivo	27,601,534	27,207,775	28,821,132	30,532,577	32,348,074	
PATRIMONIO						
Total de patrimonio	21,778,455	23,005,525	24,249,911	25,566,972	27,007,038	
Indicadores						
Prueba corriente		0.86	0.93	0.93	0.93	0.94
ROI		42%	44%	45%	45%	45%
ROE		189%	204%	208%	209%	209%

Fuente: Estados financieros 2016, Clínica San Felipe, documento interno.

Anexo 15. Estados financieros estrategia esperada

Análisis de los estados financieros y Flujo de Caja - estrategia esperada
Período 2018 - 2022

Estados de resultados (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Ingresos	126,318,462	145,496,431	166,262,631	174,582,067	183,313,971	
Costos de ventas	80,697,098	90,108,434	100,340,166	105,638,458	111,267,517	
Utilidad Bruta	45,621,365	55,387,997	65,922,465	68,943,609	72,046,454	
Gastos de administración y de ventas (incluido depreciación)	8,661,194	8,955,253	9,259,844	9,575,370	9,902,249	
Utilidad Operativa	36,960,171	46,432,744	56,662,620	59,368,239	62,144,205	
Otros ingresos y gastos	-9,100,954	-8,927,861	-8,841,872	-8,761,212	-8,685,941	
Utilidad antes de IR	27,859,217	37,504,883	47,820,748	50,607,027	53,458,265	
Impuesto a la renta	-7,521,989	-10,126,318	-12,433,394	-13,157,827	-13,899,149	
Utilidad Neta	20,337,229	27,378,565	35,387,353	37,449,200	39,559,116	

Flujo de caja sin estrategia (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Utilidad Operativa	36,960,171	46,432,744	56,662,620	59,368,239	62,144,205	
Depreciación	2,178,809	2,178,809	2,178,809	2,178,809	2,178,809	
EBITDA	39,138,979	48,611,553	58,841,429	61,547,048	64,323,014	
Inversión de TI	-988,509	-344,520				
Gastos otros	-9,100,954	-8,927,861	-8,841,872	-8,761,212	-8,685,941	
Cambios en el capital de trabajo	-2,379,666	-2,424,772	-982,664	33,390	4,508	
CAPEX	-2,178,809	-2,614,450	-462,127	-490,223	8,553,436	
IR	-7,521,989	-10,126,318	-12,433,394	-13,157,827	-13,899,149	
Flujo de caja económico	-988,509	17,957,563	24,518,152	36,121,371	39,171,175	50,295,869
Deuda	988,509	-344,520				
Amortización		-175,008	-246,678	-261,726	-277,691	-294,630
Intereses		-60,299	-70,639	-55,592	-39,627	-22,687
Escudo Fiscal		15,678	18,366	14,454	10,303	5,899
Flujo de caja financiero	0	17,737,933	24,219,201	35,818,507	38,864,161	49,984,450

VAN (en miles de soles)

S/. 2,061,756

Estados de resultados (en soles) - Participaciones

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Ingresos						
Costos de ventas		64%	62%	60%	61%	61%
Utilidad Bruta		36%	38%	40%	39%	39%
Gastos de administración y de ventas (incluido depreciación)		7%	6%	6%	5%	5%
Utilidad Operativa		29%	32%	34%	34%	34%
Otros ingresos y gastos		7%	6%	5%	5%	5%
Utilidad antes de IR		22%	26%	29%	29%	29%
Impuesto a la renta		6%	7%	7%	8%	8%
Utilidad Neta		16%	19%	21%	21%	22%
EBITDA		31%	33%	35%	35%	35%

Balance general (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
ACTIVO						
Activo corriente	21,316,778	23,347,790	25,623,546	26,961,865	28,412,462	
Activo no corriente	30,063,212	29,865,510	31,447,497	33,137,684	34,942,650	
Total de activo	51,379,990	53,213,300	57,071,043	60,099,549	63,355,112	
PASIVO						
Pasivo corriente	22,333,796	21,940,037	23,233,129	24,604,838	26,059,943	
Pasivo no corriente	5,267,738	5,267,738	5,588,003	5,927,739	6,288,131	
Total de pasivo	27,601,534	27,207,775	28,821,132	30,532,577	32,348,074	
PATRIMONIO						
Total de patrimonio	23,778,455	26,005,525	28,249,911	29,566,972	31,007,038	
Indicadores						
Prueba corriente		0.95	1.06	1.10	1.10	1.09
ROI		54%	70%	84%	84%	84%
ROE		255%	343%	418%	417%	416%

Fuente: Estados financieros 2016, Clínica San Felipe, documento interno.

Anexo 16. Estados financieros estrategia optimista

Análisis de los estados financieros y Flujo de Caja - estrategia optimista
Periodo 2018 - 2022

Estados de resultados (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Ingresos	132,446,512	158,354,692	186,516,498	195,844,426	205,626,842	
Costos de ventas	82,679,078	93,605,238	105,514,683	109,981,730	114,627,071	
Utilidad Bruta	49,767,434	64,749,454	81,001,814	85,862,696	90,999,771	
Gastos de administración y de ventas (incluido depreciación)	8,661,194	8,955,253	9,259,844	9,575,370	9,902,249	
Utilidad Operativa	41,106,240	55,794,201	71,741,970	76,287,326	81,097,523	
Otros ingresos y gastos	-9,100,954	-8,927,861	-8,841,872	-8,761,212	-8,685,941	
Utilidad antes de IR	32,005,287	46,866,340	62,900,098	67,526,114	72,411,582	
Impuesto a la renta	-8,641,427	-12,653,912	-16,354,025	-17,556,790	-18,827,011	
Utilidad Neta	23,363,859	34,212,428	46,546,072	49,969,324	53,584,571	

Flujo de caja sin estrategia (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Utilidad Operativa	41,106,240	55,794,201	71,741,970	76,287,326	81,097,523	
Depreciación	2,178,809	2,178,809	2,178,809	2,178,809	2,178,809	
EBITDA	43,285,049	57,973,009	73,920,779	78,466,135	83,276,331	
Inversión en TI	-988,509	-344,520				
Gastos otros	-9,100,954	-8,927,861	-8,841,872	-8,761,212	-8,685,941	
Cambios en el capital de trabajo	-2,379,666	-4,424,772	-1,982,664	1,533,390	504,508	
CAPEX	-2,178,809	-2,614,450	-462,127	-490,223	11,975,906	
IR	-8,641,427	-12,653,912	-16,354,025	-17,556,790	-18,827,011	
Flujo de caja económico	-988,509	20,984,193	29,352,016	46,280,090	53,191,300	68,243,793
Deuda	988,509	-344,520				
Amortización		-175,008	-246,678	-261,726	-277,691	-294,630
Intereses		-60,299	-70,639	-55,592	-39,627	-22,687
Escudo Fiscal		15,678	18,366	14,454	10,303	5,899
Flujo de caja financiero	0	20,764,564	29,053,064	45,977,226	52,884,285	67,932,374

VAN (en miles de soles)

S/. 2,793,847

Estados de resultados (en soles) - Participaciones

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
Ingresos						
Costos de ventas		62%	59%	57%	56%	56%
Utilidad Bruta		38%	41%	43%	44%	44%
Gastos de administración y de ventas (incluido depreciación)		7%	6%	5%	5%	5%
Utilidad Operativa		31%	35%	38%	39%	39%
Otros ingresos y gastos		7%	6%	5%	4%	4%
Utilidad antes de IR		24%	30%	34%	34%	35%
Impuesto a la renta		7%	8%	9%	9%	9%
Utilidad Neta		18%	22%	25%	26%	26%
EBITDA		33%	37%	40%	40%	40%

Balance general (en soles)

	Años					
	0 2017	1 2018	2 2019	3 2020	4 2021	5 2022
ACTIVO						
Activo corriente	21,316,778	25,347,790	28,623,546	28,461,865	29,412,462	
Activo no corriente	30,063,212	29,865,510	31,447,497	33,137,684	34,942,650	
Total de activo	51,379,990	55,213,300	60,071,043	61,599,549	64,355,112	
PASIVO						
Pasivo corriente	22,333,796	21,940,037	23,233,129	24,604,838	26,059,943	
Pasivo no corriente	5,267,738	5,267,738	5,588,003	5,927,739	6,288,131	
Total de pasivo	27,601,534	27,207,775	28,821,132	30,532,577	32,348,074	
PATRIMONIO						
Total de patrimonio	23,778,455	28,005,525	31,249,911	31,066,972	32,007,038	
Indicadores						
Prueba corriente		0.95	1.16	1.23	1.16	1.13
ROI		62%	85%	105%	110%	113%
ROE		293%	429%	550%	557%	563%

Fuente: Estados financieros 2016, Clínica San Felipe, documento interno.

Anexo 17. Evaluación de impacto y factibilidad sobre los *stakeholders* de las acciones a implementar

Stakeholder	Demandas	Acciones	IMPACTO ¹											FACTIBILIDAD ²					RESULTADO FINAL			
			Económico					Social						IMPACTO GLOBAL	Inversión	Competencias	Alianzas	Tiempo		TOTAL		
			Recursos y MP	Proveedores	Cliente	Competencia/Gobierno	TOTAL	Inclusión social	Capacidad de autogestión	Desarrollo de capacidades	TOTAL											
Pacientes	Mejoras en el servicio de salud ofrecido	Implementar <i>bundles</i> de atención que garantizarán la continuidad de la atención	3	1	3	3	3	Alto impacto	3	0	2	2	Impacto moderado	5	Alto	1	2	2	1	6	Alta	Clave
		Desarrollo de convenios con entidades de aseguramiento público que permitan generar acceso a pacientes del sector público a las unidades especializadas de CSF	3	1	3	3	3	Alto impacto	3	0	3	2	Impacto moderado	5	Alto	1	2	2	1	6	Alta	Clave
	Reducir horas de espera en el momento de la admisión	Desarrollo de historia clínica electrónica	3	3	3	3	3	Alto impacto	3	3	0	2	Impacto moderado	5	Alto	2	2	2	1	7	Alta	Clave
	Ampliar infraestructura	Disponibilidad de más espacios para estacionamientos al liberar espacios que ocupa el <i>hardware</i>	3	0	3	0	2	Impacto moderado	3	0	0	1	Bajo impacto	3	Bajo	2	1	1	2	6	Alta	Fácil de hacer
Comunidad	Apoyo a programas sociales	Convenio de Red de corazones: Atender casos sociales derivados por la RED a tarifas preferenciales: medicamentos al costo, honorarios médicos a costo cero, entre otros	2	0	3	0	1	Bajo impacto	3	0	0	1	Bajo impacto	2	Bajo	1	2	2	1	6	Alta	Fácil de hacer
Medio ambiente	Manejo de desechos comunes	Implementar políticas corporativas de reciclaje	1	0	0	0	0	No tiene impacto	2	0	0	1	Bajo impacto	1	Bajo	2	2	2	2	8	Alta	Fácil de hacer
	Disminuir la congestión vehicular de la zona	Disponibilidad de más espacios para estacionamientos al liberar espacios que ocupa el <i>hardware</i>	3	0	3	0	2	Impacto moderado	3	0	0	1	Bajo impacto	3	Bajo	2	1	1	2	6	Alta	Fácil de hacer
Colaboradores	Capacitación	Desarrollar programas de capacitación de cambio cultural	3	0	2	0	1	Bajo impacto	0	0	3	1	Bajo impacto	2	Bajo	1	2	2	1	6	Alta	Fácil de hacer
		Mejorar competencias-capacitaciones externas	3	0	0	0	1	Bajo impacto	0	0	3	1	Bajo impacto	2	Bajo	1	2	2	1	6	Alta	Fácil de hacer
	Sueldos competitivos	Mejorar los sueldos del personal médico y asistencial	3	0	0	0	1	Bajo impacto	0	0	1	0	No tiene impacto	1	Bajo	1	2	1	1	5	Alta	Fácil de hacer
Aseguradora	Eficiencia en costos	Implementar <i>bundles</i> de atención permite disminuir la tasa de derivación a consulta externa y hospitalización	3	1	3	3	3	Alto impacto	3	0	2	2	Impacto moderado	5	Alto	1	2	2	1	6	Alta	Clave
Accionistas	Rentabilidad	Manejo eficiente de los costos e ingresos	3	0	0	0	1	Bajo impacto	0	0	0	0	No tiene impacto	1	Bajo	2	2	2	2	8	Alta	Fácil de hacer
	Crecimiento sostenido	Resultado de mayores prestaciones y no por subida de precios	3	0	2	0	1	Bajo impacto	0	0	0	0	No tiene impacto	1	Bajo	2	2	2	2	8	Alta	Fácil de hacer

Fuente: Elaboración propia, con base en Del Castillo y Schwalb (2011).

1. Las valoraciones para impacto económico y social son las siguientes: 0: No tiene impacto, 1: Bajo impacto, 2: Impacto moderado, 3: Alto impacto

2. Ver anexo 18.

Anexo 18. Escala de calificaciones para evaluar las factibilidades de las acciones a implementar

Inversión		Competencias		Alianzas		Tiempo	
2	Inversión nula o muy significativa	2	Muy desarrolladas en la empresa	2	Alta posibilidad	2	Tiempo muy corto, casi inmediato
1	Inversión media (dentro del presupuesto)	1	Algo desarrolladas en la empresa	1	Baja posibilidad	1	Tiempo medio (igual o menor al tiempo que permanecerá la empresa en la zona)
0	Inversión alta (supera el presupuesto disponible)	0	La empresa no tiene la competencia	0	Ninguna posibilidad	0	Tiempo largo (más allá del presupuesto estimado para culminar la obra)

Fuente: Elaboración propia, 2017, con base en Del Castillo y Schwalb, 2011.

Notas biográficas

Ing. Dante Gerardo Burga Vásquez

Nació en Cajamarca, el 18 de agosto de 1976. Es Ingeniero de Sistemas por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cuenta con más de quince años de experiencia en desarrollo de sistemas de información. Estudió un diplomado en Gestión de Proyectos y Habilidades Directivas en la Universidad del Pacífico, en el que ocupó el tercer puesto. Desde el año 2005, labora en el BBVA Continental, donde ha ocupado cargos de especialista y jefatura en el área de Sistemas (gestionando sistemas locales y corporativos), jefe de MIS informacional en el área de Finanzas y la Subgerencia de Atención al Cliente, en el área comercial de Leasing, donde actualmente se desempeña.

Dra. Paula Gabriela Ponce de León Lovatón

Nació en Cusco, el 2 de abril de 1988. Es Médico Cirujano graduada en la Universidad Cayetano Heredia. Desarrolló los cursos de Calidad, Mejora en Salud y Fortalecimiento de Recursos Humanos en Salud en la Escuela de Salud Pública T.H. Chan, de la Universidad de Harvard, en Estados Unidos. Cuenta con más de cinco años de experiencia en calidad y gestión de riesgos en salud, donde ha desarrollado proyectos de innovación, desarrollo de trabajos en equipos y modelos de gestión en el sector salud. Actualmente, ocupa el cargo de directora médica del Centro Médico Camacho, de la Clínica San Felipe, la Coordinación Médica de la Clínica San Felipe y la Jefatura de Calidad de la Clínica San Borja.

Lic. Zuleyka Ramos Távara

Nació en Lima, el 21 de junio de 1978. Es Licenciada en Economía por la Universidad del Pacífico. Cuenta con más de cinco años de experiencia en la administración y gestión de centros de investigación, así como cinco años de experiencia en la administración y gestión de programas académicos de pregrado, en el sector educación. Actualmente, desempeña el cargo de coordinadora administrativa del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.