



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL Y MEJORA DE LA RENTABILIDAD
DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el grado Académico de Maestro en Administración de
Servicios de Salud

Autor:

Escobedo Ríos, Francisco Javier

Asesor:

Cruz Gonzáles, William Enrique
(ORCID: 0000-0002-1655-5671)

Jurado:

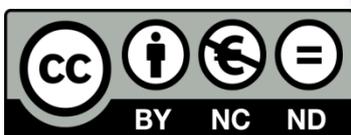
Aguirre Morales, Marivel Teresa
Portal Bustamante, Neme
Olarte Ortiz, María Nela

Lima - Perú

2022

Referencia:

Escobedo, R. (2022). *La gestión del riesgo operacional y mejora de la rentabilidad de las empresas privadas de salud de Lima Metropolitana* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5790>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL Y MEJORA DE LA RENTABILIDAD
DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA**

Línea de investigación:

Salud Pública

**Tesis para optar el grado académico de Maestro en Administración de Servicios de
Salud**

Autor:

Escobedo Ríos, Francisco Javier

Asesor:

Cruz Gonzáles, William Enrique

ORCID 0000-0002-1655-5671

Jurado:

Aguirre Morales, Marivel Teresa

Portal Bustamante, Neme

Olarte Ortiz, María Nela

Lima - Perú

2022

DEDICATORIA:

A mi esposa, hijos, padres y hermanos
por el apoyo permanente
en mi desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTO:

Mi especial agradecimiento para los distinguidos Miembros del Jurado.
por su criterio objetivo en la evaluación de este trabajo de investigación.

Asimismo, mi agradecimiento para mi asesor
por las sugerencias recibidas para el mejoramiento de este trabajo.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Resumen.....	x
Abstract.....	xi

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema	03
1.2. Descripción del problema	05
1.3. Formulación del problema	06
<i>1.3.1. Problema general</i>	06
<i>1.3.2. Problemas específicos</i>	07
1.4. Antecedentes de la investigación	07
<i>1.4.1. Antecedentes nacionales</i>	07
<i>1.4.2. Antecedentes internacionales</i>	10
1.5. Justificación de la investigación	12
1.6. Limitaciones de la investigación	13
1.7. Objetivos de la investigación	13
<i>1.7.1. Objetivo general</i>	13
<i>1.7.2. Objetivos específicos</i>	14
1.8. Hipótesis de la investigación	14
<i>1.8.1. Hipótesis general</i>	14
<i>1.8.2. Hipótesis secundarias</i>	15

II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas de la investigación	17
2.1.1. <i>Gestión del riesgo operacional</i>	17
2.1.2. <i>Mejora de la rentabilidad empresarial</i>	29
2.2. Empresas Privadas de Salud	40
2.3. Marco conceptual de la investigación	62
2.3.1. <i>Conceptos de gestión del riesgo operacional</i>	62
2.3.2. <i>Conceptos de mejora de la rentabilidad empresarial</i>	95

III: MÉTODO

3.1. Tipo de investigación	112
3.1.1. <i>Tipo de investigación</i>	112
3.1.2. <i>Diseño de la investigación</i>	112
3.1.3. <i>Nivel de la investigación</i>	112
3.1.4. <i>Métodos de la investigación</i>	112
3.2. Población y muestra de la investigación	113
3.2.1. <i>Población de la investigación</i>	113
3.2.2. <i>Muestra de la investigación</i>	114
3.3. Operacionalización de variables	116
3.3.1. <i>Variables e indicadores de la investigación</i>	116
3.3.2. <i>Definición operacional de las variables</i>	117
3.4. Instrumentos de la investigación	118
3.5. Procedimientos de la investigación	119
3.6. Análisis de datos de la investigación	120

IV: RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de los resultados de la investigación	122
4.1.1. <i>Análisis e interpretación de los resultados de la variable independiente</i>	122
4.1.2. <i>Análisis e interpretación de los resultados de la variable dependiente</i>	133
4.2. Contrastación de hipótesis de la investigación	144
4.2.1. <i>Contrastación de la hipótesis general</i>	144
4.2.2. <i>Contrastación de las hipótesis específicas</i>	146

V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión del resultado de la variable independiente	157
5.2. Discusión del resultado de la variable dependiente	157

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusión general	159
6.2. Conclusiones específicas	159

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Recomendación general	161
7.2. Recomendaciones específicas	161

VIII. REFERENCIAS

Referencias	163
-------------	-----

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia	165
Anexo B: Instrumento: Encuesta	166
Anexo C: Validación del instrumento por expertos	171
Anexo D: Confiabilidad del instrumento con el alfa de Cronbach	174
Anexo E: Definición de términos	176

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Gastos de salud desembolsados por los pacientes	21
Tabla 2: Implementación de estrategias de gestión de riesgos	25
Tabla 3: Relación de Empresas Privadas de Salud	113
Tabla 4: Composición de la Población	114
Tabla 5: Composición de la Muestra	115
Tabla 6: Variables e Indicadores de la Investigación	116
Tabla 7: Operacionalización de las Variables, Indicadores e Índices de la Investigación	117
Tabla 8: La gestión de riesgo operacional abarca varios aspectos	122
Tabla 9: El riesgo operacional está en los recursos, actividades y procesos	123
Tabla 10: El riesgo operacional puede identificarse sobre la base de los objetivos	124
Tabla 11: El riesgo operacional debe ser medido para ponderar sus efectos	125
Tabla 12: La evaluación del riesgo operacional consiste en examinar los efectos	126
Tabla 13: Los métodos para la gestión del riesgo operacional deben ser seleccionados	127
Tabla 14: La selección de métodos busca la mejora de la rentabilidad	128
Tabla 15: La gestión del riesgo operacional debe implementarse	129
Tabla 16: La implementación de la gestión del riesgo operacional es un proceso	130
Tabla 17: La gestión del riesgo operacional no es perfecta	131
Tabla 18: La retroalimentación ayuda en la gestión del riesgo operacional	132
Tabla 19: La rentabilidad empresarial se refiere al beneficio	133
Tabla 20: La rentabilidad mide el beneficio de la utilidad neta	134
Tabla 21: La rentabilidad se relaciona con los costos y gastos	135
Tabla 22: La rentabilidad es el beneficio de la explotación de los activos	136
Tabla 23: La rentabilidad del activo lleva a tomar decisiones	137

Tabla 24: La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio de los accionistas	138
Tabla 25: La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio del aporte de capital	139
Tabla 26: El incremento de la rentabilidad se relaciona con el riesgo no sistemático	140
Tabla 27: El riesgo no sistemático se refiere al riesgo propio de la empresa	141
Tabla 28: La reducción del riesgo financiero implica los recursos dinerarios	142
Tabla 29: La reducción del riesgo financiero es importante porque es transversal	143

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: Modelo cíclico de la gestión del riesgo	24
Figura 2: La gestión de riesgo operacional abarca varios aspectos.	122
Figura 3: El riesgo operacional está en los recursos, actividades y procesos	123
Figura 4: El riesgo operacional puede identificarse sobre la base de los objetivos	124
Figura 5: El riesgo operacional debe ser medido para ponderar sus efectos	125
Figura 6: La evaluación del riesgo operacional consiste en examinar los efectos	126
Figura 7: Los métodos para la gestión del riesgo operacional deben ser seleccionados	127
Figura 8: La selección de métodos busca la mejora de la rentabilidad.	128
Figura 9: La gestión del riesgo operacional debe implementarse	129
Figura 10: La implementación de la gestión del riesgo operacional es un proceso	130
Figura 11: La gestión del riesgo operacional no es perfecta	131
Figura 12: La retroalimentación ayuda en la gestión del riesgo operacional	132
Figura 13: La rentabilidad empresarial se refiere al beneficio	133
Figura 14: La rentabilidad mide el beneficio de la utilidad neta	134
Figura 15: La rentabilidad se relaciona con los costos y gastos	135
Figura 16: La rentabilidad es el beneficio de la explotación de los activos	136
Figura 17: La rentabilidad del activo lleva a tomar decisiones	137

Figura 18: La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio de los accionistas	138
Figura 19: La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio del aporte de capital	139
Figura 20: El incremento de la rentabilidad se relaciona con el riesgo no sistemático	140
Figura 21: El riesgo no sistemático se refiere al riesgo propio de la empresa	141
Figura 22: La reducción del riesgo financiero implica los recursos dinerarios	142
Figura 23: La reducción del riesgo financiero es importante porque es transversal	143

Resumen

La Gestión del Riesgo Operacional y Mejora de la Rentabilidad de Las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana es una Tesis cuyo problema se ha identificado en la rentabilidad de las empresas privadas de salud de Lima Metropolitana, las cuales afrontan diversos riesgos que terminan afectando su rentabilidad, lo cual se plasma en la siguiente pregunta: ¿Cómo influye la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana? Sobre dicha pregunta deviene la respuesta a través de la hipótesis: La gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

Al final del trabajo se ha determinado que, en promedio, el 85% de los encuestados considera que la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

Palabras clave: Gestión del riesgo operacional, mejora de la rentabilidad empresarial y Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana.

Abstract

The Management of Operational Risk and Improvement of the Profitability of Private Health Enterprises of Lima Metropolitan is a thesis whose problem has been identified in the profitability of private health companies in Metropolitan Lima; this has been happening, despite the efforts of the managers, officials and workers of these companies; which face various risks that affect the profitability of companies; all of which is reflected in the following general question: How does the management of operational risk influence the improvement of the profitability of the Health Provider Companies of Metropolitan Lima? On this general question, the answer is given through the general hypothesis: Operational risk management has a statistically reasonable influence on improving the profitability of the Health Provider Companies of Metropolitan Lima.

At the end of the work, it has been determined that on average 85% of the respondents consider that the management of operational risk has a statistically reasonable influence on the improvement of the profitability of the Health Provider Companies of Metropolitan Lima.

Keywords: Operational risk management, Improvement of business profitability and Private Health Companies of Metropolitan Lima.

I. INTRODUCCIÓN

La Gestión del Riesgo Operacional y Mejora de la Rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana es la Tesis Académica cuyo objeto es optar el grado académico de Maestro en Administración de Servicios de Salud; así como contribuir a la solución de la problemática de la rentabilidad de las empresas privadas de Salud de Lima Metropolitana.

La gestión del riesgo operacional es un proceso en el cual se planean, organizan, toman decisiones, coordinan y controlan todas las actividades y procedimientos de la operatividad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana.

Por su parte la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana está referida en general a la creatividad e innovación en la reducción de costos y gastos buscando elevar los ingresos que generan este tipo de empresas; todo lo cual se traduce en un resultado neto cada vez mejor, lo que asegura su continuidad en el mercado.

La gestión del riesgo operacional en las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana; facilitará en gran medida la obtención de cada vez mejores niveles de rentabilidad las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana.

Identificando el riesgo se tiene la seguridad de una operatividad sin mayores contratiempos, lo cual conlleva el logro de mejores niveles de rentabilidad en las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana.

La gestión del riesgo operacional y mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana; es un esfuerzo profesional en el cual la gestión de riesgo operacional se presenta como variable independiente o variable solución del problema representado en la variable dependiente rentabilidad empresa, todo lo cual será posible mediante la adecuada identificación del riesgo operacional de las empresas indicadas; asimismo mediante la medición y evaluación del riesgo operacional; también mediante la

selección de métodos para la gestión del riesgo operacional; luego esto toma mayor fuerza con la implementación de la gestión del riesgo operacional y termina con la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional. Todos estos indicadores de la gestión del riesgo operacional serán de mucha ayuda para facilitar la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana. Dichas empresas incurren en altos costos para prestar servicios de salud y requieren también tener altos intereses y de esa manera reflejar una mejora de la rentabilidad empresarial; que no es fácil de lograr, pero que, gestionando adecuadamente el riesgo de sus operaciones, si es posible lograr los mejores niveles de rentabilidad para estas empresas.

En resumen, el trabajo está organizado de la siguiente manera: En la Parte I, presenta la introducción con todos sus detalles desde el planteamiento, descripción y formulación del problema; a continuación, los antecedentes nacionales e internacionales de la investigación; luego la justificación y limitaciones; para luego entrar con los objetivos y finaliza con las hipótesis respectivas de la investigación. En la Parte II. Presenta el marco teórico con las bases teóricas relacionadas con las variables e indicadores de la investigación; también presenta los datos de la dimensión espacial. Además, presenta el marco conceptual, igualmente relacionados con las dimensiones de cada una de las variables, tanto independiente como dependiente.

En la Parte III, presenta toda la parafernalia del método considerando el tipo de investigación; como la población y muestra; también la operacionalización de las variables; los instrumentos, procedimientos y análisis de datos de la investigación. En la Parte IV, se tiene los resultados con el análisis e interpretación de los resultados correspondientes de la investigación y su contrastación de la hipótesis.

En la Parte V, se tiene la discusión mediante la comparación de los resultados obtenidos en el trabajo con los resultados de otros investigadores. Se presenta la discusión de los

principales resultados relacionados con las variables. En la Parte VI, se presenta las conclusiones, tanto generales como específicas del trabajo. Estos elementos tienen su origen en los objetivos del trabajo de investigación.

En la Parte VII, se presentan las recomendaciones, tanto generales como específicas del trabajo. Dichas recomendaciones se relacionan con las conclusiones. En la Parte VIII, se tiene a las referencias que han servido de base para los antecedentes de la investigación como para las bases teóricas y el marco conceptual correspondiente. En la Parte IX se tiene a los anexos del trabajo como la matriz de consistencias, el instrumento de encuesta, la validación del instrumento por experto, la confiabilidad del instrumento con el alfa de Cronbach y la definición de términos.

1.1. Planteamiento del problema

El problema de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana se ha planteado de lo global a lo local; de lo general a lo particular.

La gestión del riesgo operacional y mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana; es una investigación que dentro de su planteamiento busca identificar el problema tal como se da en las empresas indicadas, para luego tener elementos para formular una alternativa de solución. En este caso el problema está identificado en la rentabilidad de las empresas, lo cual deviene de comparar los ingresos frente a los costos, gastos y pérdidas de las empresas; para lo cual se presenta a la gestión del riesgo operacional como la alternativa para dicha mejora de la rentabilidad empresarial de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana.

Teniendo en forma clara y precisa el problema de investigación se tiene la base para llevar a cabo la investigación, siendo que de este modo la gestión del riesgo operacional influye en grado razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima

Metropolitana; y con ello logrará solucionar el problema presentado.

Al respecto, todo esto se concreta con la aplicación del método deductivo, lo que se concreta en el numeral siguiente con la descripción del problema antes indicado en las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana;

Además de lo antes indicado, es necesario considerar que en este trabajo se ha tenido en cuenta lo siguiente:

Delimitación espacial:

Este trabajo se desarrolló en las Empresas Privadas de Salud (EPS) de Lima Metropolitana.

Delimitación temporal:

Esta investigación ha cubierto el período del año 2014 hasta la actualidad.

Delimitación social:

La investigación permitirá establecer relaciones sociales con las personas relacionadas con la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana.

Delimitación teórica:

En esta investigación tratará las siguientes teorías:

- Gestión del riesgo operacional
- Mejora de la rentabilidad empresarial
- Empresas Privadas de Salud

1.2. Descripción Del Problema

El problema se ha determinado en la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana.

Se ha determinado que, pese al esfuerzo de los directivos, funcionarios y trabajadores, las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana, afrontan muchos riesgos lo que terminan afectando la rentabilidad de la empresa.

(Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud., 05 de enero del 2018):

Las Entidades Prestadoras de Salud son empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a EsSalud, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Dichas empresas tendrán a su disposición alternativas de servicios y planes de atención de salud; los servicios que brinden las EPS deberán ser de alta calidad y competencia; tendrán nuevos beneficios: prevención y educación para la salud (chequeo médico, vacunación y otros), no exclusión de enfermedades preexistentes y salud mental, etc.; pueden ser atendidas todas las personas afiliadas a este sistema. La cobertura no excluirá el tratamiento de dolencias preexistentes. El plan de salud de cada centro de trabajo debe ser el mismo para todos los afiliados y sus derechohabientes. Son responsables frente a los usuarios por los servicios que prestan en la infraestructura propia o la de terceros.

A nivel interno los riesgos están en los recursos humanos, recursos materiales y en los recursos financieros. Si bien los recursos humanos son capacitados, entrenados y perfeccionados, sin embargo, por su condición humana son imperfectos y pueden incurrir en riesgos por acción u omisión. Los materiales que utilizan las empresas son de alta calidad, sin embargo, eso no otorga un cien por ciento de confianza. En cuanto a los recursos financieros, estos, aunque existan siempre son escasos, por altos o pequeños implican riesgos

de inseguridad, asimismo pueden dar lugar a decisiones incorrectas al utilizar dichos recursos en exceso o en defecto. A nivel financiero es de riesgo la cobranza de deudas de personas naturales y jurídicas; la morosidad de los clientes se ha incrementado de un 17% a un 20%, lo que origina mayores riesgos para la recuperación de las deudas.

Las empresas afrontan problemas tributarios con Sunat y algunas Municipalidades y eso podría terminar afectando financieramente a las mismas. También se tiene problemas con los sindicatos de trabajadores de las empresas; lo que de hecho representa riesgos financieros que tiene que enfrentar las empresas en cualquier momento.

A nivel externo, las empresas tienen que afrontar la competencia de otras empresas que han ingresado al mercado de la salud; eso significa que un mercado pequeño como el nacional tiene que repartirse entre varios proveedores. En este marco además de ese hecho las empresas llevan sobre sus hombros varios pasivos relacionados con el rechazo de la población a su condición de ser empresas monopólicas.

La rentabilidad de las empresas no viene siendo la más adecuada, en el año 2015 y 2016 ha estado entre 3% y 7%, lo cual no es lo más adecuada para el tipo de empresa; todo esto se concreta por los altos costos y gastos que incurren dichas empresas.

La situación antes descrita puede mejorar en la medida que se aplique una adecuada gestión del riesgo operacional; que permite identificar los riesgos; medirlos y evaluarlos; seleccionar métodos para la gestión del riesgo; implementar la gestión del riesgo y finalmente retroalimentar la gestión de riesgos operativos de las Empresas Privadas de Salud.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cómo influye la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?

1.3.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cómo influye la identificación del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?
- 2) ¿Cómo influye la medición y evaluación del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?
- 3) ¿Cómo influye la selección de métodos para la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?
- 4) ¿Cómo influye la implementación de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?
- 5) ¿Cómo influye la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?

1.4. Antecedentes de la investigación

1.4.1. Antecedentes nacionales

Velezmoro (2010) en su investigación Modelo de gestión del riesgo operacional en una institución financiera peruana dentro de un enfoque integrado de gestión de riesgos:

Presenta en su trabajo un modelo de gestión de riesgo operacional bajo el enfoque de gestión integral de riesgos COSO ERM. El modelo ayuda a prevenir y reducir los niveles de pérdida que ocurran por este riesgo en una empresa financiera. Para su desarrollo, se eligió una Institución Financiera del sector de las microfinanzas, dado que el graduando, realizó un trabajo de consultoría para adaptar su metodología de gestión de riesgo operacional al estándar COSO

ERM. Adicionalmente, se han tomado como referencia otras cuatro experiencias profesionales donde también se aplicó este estándar.

La Memoria, muestra el diagnóstico organizacional de la Institución Financiera al cierre del 2009. Muestra un resumen del marco teórico que incluye el COSO ERM, Basilea 2, regulación de la SBS en materia de riesgo operacional y gestión integral de riesgos, con varias referencias bibliográficas a fin de que el lector pueda ampliar lo expuesto y profundizar en otros aspectos fuera del alcance de este informe. También describe la aplicación práctica desarrollada en la Institución Financiera por cada uno de los componentes del COSO ERM. Luego indica los beneficios de aplicar la gestión de riesgo operacional bajo un enfoque integral, y el impacto cuantitativo medido en términos de ahorro de capital regulatorio.

Respecto a la gestión del riesgo operacional, la Institución Financiera presenta la siguiente problemática:

- 1) Carencia de personal especializado en gestión de riesgo operacional. En general en el mercado peruano, las IF han considerado dentro de su gestión al riesgo operacional a partir de la regulación publicada el 2002, y con mayor énfasis durante los últimos tres años.
- 2) El personal responsable de gestionar los riesgos incluyendo directores y Alta Gerencia, tienen conocimientos y experiencia de la gestión de riesgos tradicional, y no del enfoque de gestión integral de riesgos.
- 3) La Alta Dirección y la Gerencia no están involucradas directamente con los riesgos operacionales o situaciones que los incrementan, no hay una cultura del riesgo. Se valora más lograr objetivos de volumen de negocio a costos posiblemente más altos que los que se podría lograr considerando los riesgos asociados a las operaciones. Las pérdidas pueden ser mayores.

- 4) Mayor y más compleja regulación exige mayor conocimiento y adiestramiento del personal responsable de la gestión de riesgos, directores y alta gerencia, para lograr el objetivo de cumplimiento regulatorio, debe ser parte de la estrategia de la IF.
- 5) La gestión del capital (patrimonio) se ve impactada por los requerimientos del Nuevo Acuerdo de Capital Basilea 2, incluyendo variables no consideradas en el planeamiento del capital de la IF.
- 6) Gestión centralizada de riesgos, se tienen roles definidos claramente para el área de Riesgos, pero no para las Gerencias y niveles medio y operativo.
- 7) Se tiene el paradigma de que el área de Riesgos es responsable de gestionar y mantener niveles bajos del riesgo, si ocurren pérdidas, “se cree” que es por la “mala gestión del área de Riesgos”.
- 8) Metodología de gestión de riesgo operacional adoptada y escrita, pero con bajo nivel de dinamismo (“no viva”).
- 9) Carencia de una herramienta adecuada para soportar la gestión del riesgo operacional de acuerdo al tamaño de las operaciones de la IF.

En las secciones de identificación, autoevaluación y tratamiento de riesgos, se muestra un riesgo típico del proceso de evaluación de créditos, seleccionado por los siguientes criterios:

- 1) Proceso clave dentro del macroproceso de créditos, porque una buena evaluación asegura una alta probabilidad de retorno y una relación sana con el cliente.
- 2) Se realiza previo al desembolso, por lo que se debe tener controles altamente efectivos.
- 3) Define el volumen de operaciones crediticias para los procesos posteriores como son el desembolso y seguimiento de cartera, por lo que puede hacer más efectivo el seguimiento en función de la calidad de cartera.

- a. Requiere tecnología crediticia que debe ser permanentemente actualizada conforme a las estrategias del negocio basadas en riesgo.

1.4.2. Antecedentes internacionales

Puerto (2011); en su Tesis La gestión del riesgo en salud en Colombia; señala:

Se analizaron los principales desarrollos normativos producidos en Colombia sobre gestión de riesgo en salud para los subsectores asegurador y prestador; se hizo una comparación con los avances conceptuales sobre gestión del riesgo en el sector financiero, asegurador en general y salud; para identificar lo que se ha logrado en el país y lo que falta por recorrer. Para tal fin se hizo un seguimiento evolutivo a la normatividad expedida sobre el tema, describiendo los contenidos más importantes y relevantes para el proceso de análisis realizado. Se encontró que en el país se han incorporado los principales elementos de normatividad promulgados por los Acuerdos de Basilea para el sector financiero y bancario, para la formulación del Sistema de Administración de Riesgos de las EPS, que han tenido una rápida e importante evolución. No obstante, aún hay aspectos que deben ser fortalecidos. El mercado de la salud en Colombia funciona en el marco de un modelo de aseguramiento privado, en el cual se supone que los recursos son escasos, por lo cual se espera que las acciones llevadas a cabo garanticen la asignación eficiente de esos recursos. La gestión del riesgo en salud se constituye en una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la empresa en tiempos adversos, minimizando las pérdidas y maximizando las ganancias.

En Colombia el concepto de gestión del riesgo en salud comienza a tenerse en cuenta mucho después de haberse desarrollado y aplicado en los sectores financiero, bancario y asegurador. El sector salud tiene similitudes con el sector financiero, lo cual hace posible aplicar los principios y las técnicas que se han desarrollado para este último.

Tradicionalmente se ha dado una confusión conceptual entre la gestión del riesgo en salud (como componente de la gestión de riesgos empresariales), que tiene un enfoque organizacional (para aseguradores y prestadores), con el de gestión del riesgo individual, que tiene un enfoque epidemiológico (minimizar la probabilidad de eventos de enfermedad, trauma o muerte que afectan al individuo). El riesgo en epidemiología equivale la probabilidad de ocurrencia de un efecto en una población (por ejemplo, que una persona enferme o muera), en un período de tiempo determinado. Los principales desarrollos y avances encontrados en las EPS en cuanto a gestión del riesgo se han realizado con predominio del enfoque epidemiológico, individual y no empresarial, lo que no garantiza que las EPS tengan solvencia necesaria para responder a fluctuaciones inesperadas en el costo médico o que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) sea suficiente para cubrir los riesgos de la población afiliada.

Para algunos actores no es clara la separación que se debe hacer en cuanto a la gestión de riesgos empresariales de aseguradores vs prestadores, dada su naturaleza y riesgos diferentes. Para los prestadores de servicios de salud las principales herramientas empleadas para gestionar los riesgos tienden a garantizar la seguridad del paciente durante su atención y se basa en la prevención, detección y gestión de eventos adversos evitables que en caso de ocurrir pueden conllevar a riesgos legales, financieros, para la reputación, entre otros.

Este trabajo tiene como objetivo presentar conceptualmente la forma como se entiende la gestión del riesgo en el sector financiero y en el sector salud (para los subsectores asegurador y prestador, desde un enfoque empresarial y no epidemiológico individual); igualmente identificar la normatividad que se ha producido en Colombia sobre gestión del riesgo en salud y finalmente realizar un análisis sobre los avances y los vacíos en el sector salud, mediante la comparación entre los postulados teóricos y los normativos. De tal manera se aborda la evolución normativa de este concepto y se describen las principales

metodologías desarrolladas en los últimos años. Además, se adelanta un análisis comparativo entre los principales elementos de la gestión del riesgo del sector financiero y bancario (según los Acuerdos de Basilea), frente al sector salud y del modelo de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, frente al sector de los seguros tradicionales, con el fin de identificar elementos comunes entre éstos, así como los propios que le competen.

Finalmente se identifican los vacíos y limitaciones por abordar en un futuro próximo. Se espera que este trabajo permita contribuir a la comprensión el proceso de gestión del riesgo en salud desde lo teórico y conceptual, así como el papel de los diferentes actores en el marco de la gestión del riesgo y su organización. Adicionalmente los resultados pueden ser usados como herramienta para que las personas que formulan políticas y toman decisiones puedan tener este documento como referente al momento de realizar sus intervenciones tendientes a mejorar los procesos de gestión.

1.5. Justificación de la investigación

El 30 de enero del 2014, la Superintendencia Nacional de Salud aprueba el “Reglamento para la Gestión del Riesgo Operacional en las Instituciones de Fondos de Aseguramiento en Salud” y la “Guía para la Autoevaluación del Riesgo Operacional en las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud”. (Res. 010-2014-Susalud)

Bajo esta normativa, las empresas de salud están obligadas a gestionar los riesgos que se desprenden de sus operaciones. El objetivo de la norma es optimizar sus procesos, gestionar los riesgos e implementar medidas de control a fin de prevenir pérdidas y mejorar la rentabilidad y sostenibilidad de las empresas que administran fondos de salud.

En tal sentido, el trabajo se justifica porque busca solucionar el problema de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud, lo cual es posible mediante la gestión del riesgo operacional.

En tal sentido, si las empresas gestionan adecuadamente el riesgo operacional, pueden reducir costos del servicio, así como gastos administrativos, gastos de ventas, gastos financieros y otros gastos generales; con lo cual aumentan la utilidad bruta, utilidad operativa y la utilidad neta; y como consecuencia de ello tendrán una mejor rentabilidad sobre ventas o ingresos, mejor rentabilidad sobre activos, mejor rentabilidad sobre el patrimonio neto y otras necesarias para la ser sostenibles en el mercado.

1.5.2. Importancia

La importancia está dada porque el hecho de utilizar el conocimiento y la experiencia en la solución de la problemática empresarial.

1.6. Limitaciones de la investigación

Este trabajo está limitada a sus variables y dimensiones:

- 1) Variable independiente: Gestión del riesgo operacional
- 2) Variable dependiente: Mejora de la rentabilidad operacional
- 3) Dimensión espacial: Empresas privadas de salud de Lima Metropolitana
- 4) Dimensión temporal: Actualidad

1.7. Objetivos de la investigación

1.7.1. Objetivo general

Determinar la influencia de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

1.7.2. Objetivos específicos

1. Establecer la influencia de la identificación del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.
2. Demostrar la influencia de la medición y evaluación del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.
3. Establecer la influencia de la selección de métodos para la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.
4. Evaluar la influencia de la implementación de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.
5. Establecer la influencia de la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

1.8. Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

La gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

1.8.2. Hipótesis secundarias

H₁: La identificación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La identificación del riesgo operacional no influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₂: La medición y evaluación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La medición y evaluación del riesgo operacional no influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₃: La selección de métodos para la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La selección de métodos para la gestión del riesgo operacional no influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₄: La implementación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La implementación de la gestión del riesgo operacional no influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₅: La retroalimentación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La retroalimentación de la gestión del riesgo operacional no influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

2.1.1. *Gestión del riesgo operacional*

Según Cajas (2011); el riesgo operativo: “Es la posibilidad de ocurrencia de pérdidas financieras, originadas por fallas o insuficiencias de procesos, personas, sistemas internos, tecnología, y en la presencia de eventos externos imprevistos. Esta definición incluye el riesgo legal, pero excluye los riesgos sistemáticos y de reputación, así también no se toma en cuenta las pérdidas ocasionadas por cambios en el entorno político, económico y social. Las pérdidas asociadas a este tipo de riesgo pueden originarse en fallas de los procesos, en la tecnología, en la actuación de la gente, y también, debido a la ocurrencia de eventos extremos externos”.

Para evaluar el Riesgo Operativo generalmente se toma en cuenta dos variables: i) La frecuencia o probabilidad de suceso de un evento de riesgo, que consiste en el número de ocasiones en la que se detecta la presencia de eventos causales de riesgo; ii) La severidad, o importancia del impacto de los eventos de riesgo sobre los resultados o el patrimonio de la empresa.

En el marco de las mediciones del riesgo operativo, suelen distinguirse tres metodologías para el cálculo del Riesgo Operacional: i) Método del Indicador Básico; ii) Método Estándar; y, iii) Métodos de Medición Avanzada.

Método del Indicador Básico

Para el caso del método del indicador básico, el cálculo de la exigencia de capital se basa en una proporción fijada por Basilea (factor alfa = 15%) del promedio de los últimos tres años de los ingresos brutos anuales positivos (lo que permite estimar el volumen de operaciones). $KBIA = [\sum (GI_{1...n} \times \alpha)]/n$. Donde: KBIA = la exigencia de capital en el Método del Indicador Básico. GI = ingresos brutos anuales medios, cuando sean positivos, de los tres

últimos años. N = número de años (entre los tres últimos) en los que los ingresos brutos fueron positivos.

Método Estándar

Bajo la metodología estándar, las actividades de los bancos se dividen en líneas de negocio. Se calculan los ingresos brutos de cada línea de negocio y a cada uno de estos se los multiplica por un factor (beta) que estima la exposición que tiene cada línea de negocio y permite calcular la provisión de capital para cada línea de negocio (finanzas corporativas: 18%; negociación y ventas: 18%; banca minorista: 12%, banca comercial: 12%; pagos y liquidación: 18%; servicios de agencia: 15%; administración de activos: 12%; intermediación minorista: 12%). Al final el requerimiento total de capital es la suma de los requerimientos de cada línea.

Métodos de medición avanzada

Finalmente, con el enfoque de medición avanzado (EMA), a través de mecanismos que utilizan en especial la estimación de funciones de distribución de probabilidad, se logra una medición del capital requerido mucho más ajustado a la situación particular de cada entidad.

Para Belaunde (2012); el riesgo operacional: Está definido en el acuerdo internacional llamado Basilea II que es aplicable a los bancos y otras instituciones financieras similares como “la posibilidad de ocurrencia de pérdidas debido a procesos inadecuados, fallas del personal o de la tecnología de información o a eventos externos”; es una definición general que puede aplicarse también fuera del sector financiero.

El riesgo operacional no es un riesgo nuevo; siempre ha estado presente en todo tipo de actividades, y no sólo las financieras, Pero ha tomado una importancia creciente en la razón de los cambios en el entorno y en la administración de los negocios (globalización de los mercados, desarrollo tecnológico, productos cada vez más complejos). Y su universo es

especialmente amplio, lo que lo vuelve a veces difícil de entender: Es difícil de identificar: puede haber una maraña de causas, de eventos y de efectos, y a veces hay problemas para distinguirlo del riesgo de crédito y del riesgo de mercado, lo que se llama riesgos fronterizos; ejemplo: si hay pérdidas por una garantía mal tomada ¿es por riesgo de crédito o por riesgo operacional? Es difícil de medir, por la existencia de pérdidas atípicas, la coexistencia de pérdidas directas e indirectas, y a menudo por la insuficiencia de data histórica. Es difícil de vigilar y de controlar: puede haber una coexistencia de causas internas y externas y la frecuencia y la severidad de las pérdidas son muy variables.

El riesgo operacional no incluye al riesgo reputacional, que hemos comentado también en parte en el post anterior y tampoco al riesgo estratégico, que es un riesgo multifacético ligado a decisiones estratégicas de la empresa y a su entorno de negocios. Pero entonces, ¿qué incluye el riesgo operacional? Se dice que incluye al riesgo legal, aquél que puede derivar de contratos mal hechos, por ejemplo. Pero en el texto de Basilea II se ha establecido igualmente una tipología de riesgos operacionales a partir de categorías de “eventos de pérdidas”, que damos a continuación: el fraude interno: que es el que les hicimos descubrir en el post anterior; el ejemplo típico es el empleado con acceso a la contabilidad que logra sustraer importantes sumas de dinero, o el que al interior de un banco hace aprobar expedientes crediticios con clientes “fantasma”.

El fraude externo: un ejemplo conocido es el que se puede sufrir a través de la clonación de tarjetas por terceros. El affaire Enron también tenía características de este tipo, pues muchos inversionistas fueron engañados por la “creatividad contable” de Enron; el valor de sus acciones no era real. Los eventos ligados a las relaciones laborales y a la seguridad en el trabajo: podemos tener así las pérdidas ligadas a las huelgas o los accidentes que se pueden producir con el personal en las fábricas o en las minas por no haberles dado todos los implementos de protección.

Los eventos ligados a los clientes, productos y prácticas empresariales: el ejemplo típico son las malas prácticas en las ventas a los clientes, como el no darles toda la información sobre lo que se les está vendiendo, lo que puede ser incluso hecho con alevosía; de eso se ha acusado en EE. UU. a varios bancos de inversión (venta de “papeles tóxicos”). Los daños a activos materiales: son aquellos daños producidos por eventos naturales (como las inundaciones, terremotos o tsunamis), siendo un buen ejemplo la destrucción de muchas fábricas de componentes automotores en el Japón, provocados o simplemente aquellos derivados de disturbios, que se traducen por destrucción o incendios de tiendas y locales administrativos, o los debidos a accidentes, como la explosión de una plataforma petrolera.

La interrupción del negocio y fallas en los sistemas: lo que se produce por ejemplo en caso de apagones, o porque hay fallas en los sistemas informáticos; todos hemos experimentado las situaciones en que “se cuelga el sistema” y un banco puede así quedarse horas sin poder distribuir efectivo en sus cajeros; o piensen lo que le pasó a R.I.M., creador del BlackBerry cuando se interrumpió su servicio por un tiempo largo por fallas en sus servidores.

Los eventos ligados a la ejecución, entrega y gestión de procesos, como pueden serlo errores que provocan pérdidas de cheques en un banco, o de correspondencia en una empresa de “courier”, el no respeto de los plazos de entrega de mercaderías, los errores de codificación que pueden producir errores de facturación y hasta generar impagos artificiales, lo que provoca múltiples reclamaciones. En un hospital, sería una operación mal efectuada, por ejemplo. Es una tipología considerada como clásica, pero que puede ser difícil de aplicar tal cual en algunos casos, pues en realidad puede haber combinación de varios tipos de eventos, como en el caso de las catástrofes ambientales, donde pueden coexistir los daños a activos materiales con malas prácticas empresariales, fallas en los sistemas y una mala gestión de procesos; o el caso de edificios destruidos por un terremoto donde un factor contribuyente es el fraude externo (estafa en la calidad de los materiales utilizados, tal como varillas demasiado delgadas).

Según Alturo y Romero (2016); en su investigación: Gestión del riesgo operativo en salud; señalan que: Desde la implementación del actual sistema de salud, el aseguramiento de la población ha ido en aumento. Según las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en el año 2000 el porcentaje de afiliados al régimen contributivo y subsidiado era del 58,8 %, en el 2005 del 79,6 %, en el 2009 del 86,8 % y para el 2013 del 91,7 % (1). Estas cifras muestran la cobertura del sistema en el proceso de aseguramiento, ya que su crecimiento anual ha permitido acercarse a la meta de la cobertura universal de la población. Por otra parte, este mismo sistema ha permitido que los gastos de salud desembolsados por los pacientes sean una cifra que poco a poco decrece en Colombia, mientras que, en otros países, como Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, este gasto se mantiene, aumenta o tiene un comportamiento irregular.

Tabla 1

*Gastos de salud desembolsados por los pacientes**

País	2010	2011	2012
Argentina	60,0	62,8	65,3
Brasil	57,8	57,8	57,8
Chile	63,6	64,0	62,5
Colombia	67,4	64,0	60,9
Ecuador	86,2	86,5	93,2
Perú	84,9	87,1	86,9
Venezuela	96,3	96,3	96,1

* % del gasto privado en salud.

Fuente: elaboración de los autores a partir de los datos tomados del Banco Mundial.

Lo anterior deja ver que en la actualidad los principales retos del sistema son mantener la cobertura en salud sin perder su capacidad de atención, dando prelación al desequilibrio financiero que pueda existir dados los menores ingresos.

Una de las estrategias a implementar para superar estos retos, son los Sistemas de Gestión del Riesgo, los cuales garantizan la sostenibilidad de los aseguradores mediante el aumento de la eficiencia en la atención de las personas, factible únicamente dentro de un modelo de atención que cuantifique los riesgos epidemiológicos y la gestión sobre la población ya identificada y atendida.

La norma técnica colombiana (NTC) 5254 (5) determina que la administración del riesgo es un eje fundamental de la gobernabilidad corporativa, es decir, que la gestión del riesgo debe formar parte de la cultura organizacional de cualquier institución, con el fin de que esta gestión haga parte del cumplimiento de los objetivos instituciones en pos de una gestión eficiente en los recursos escasos de la economía: Tiempo y Dinero.

Para implementar dicha estrategia al interior de las instituciones de salud, la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) construyó el Sistema de Administración de Riesgo (SAR) (3), en donde la gestión del riesgo fue enmarcada en tres grandes esferas: i) la gestión de riesgo en salud, ii) la gestión de riesgos generales del negocio, de mercado y de crédito¹ y iii) la gestión del riesgo corporativo. En la primera quedaron incluidos todos los procesos relacionados directamente con la situación de salud de los asegurados; en la segunda, la operación financiera y flujo de los recursos; y en la tercera, aquellos que en esencia hacen viable la operación de las aseguradoras, tema que es el eje principal de este texto.

En torno a dicho punto, la Superintendencia Financiera de Colombia (Superfinanciera) estableció la implementación del Sistema de Administración de Riesgo Operativo (SARO) a todas las entidades sujetas a vigilancia (4). Con el SAR y el SARO se ha buscado fortalecer las instituciones que hacen parte del sistema de salud, para que este, a su vez, tienda a fortalecerse.

Por todo lo anterior, se pretende realizar una reflexión sobre cuál es el papel de uno de los componentes de la gestión del riesgo en salud, el riesgo operativo, dentro de la esencia del aseguramiento a la luz del sistema de salud actual.

Propósitos de la gestión del riesgo operativo

La reglamentación del SAR materializó el proceso y los instrumentos de la gestión del aseguramiento en salud, que por ley las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben realizar para el logro de sus objetivos, como son la administración del riesgo en salud y la gestión del riesgo en salud. La gestión del riesgo, como se mencionó anteriormente, cuenta con tres ejes fundamentales, tal y como lo define el SAR, cada uno de ellos de gran importancia, pero la gestión del riesgo operativo se convierte en un eje transversal que facilita y mejora los procesos desarrollados tanto al interior como al exterior de las instituciones.

Respecto a se pueden consultar las reglas relativas a la administración del riesgo operativo “Se entiende por Riesgo Operativo, la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

Esta definición incluye el riesgo legal y reputacional, asociados a tales factores. Esto quiere decir que el riesgo operativo se encarga de gestionar todos los riesgos internos que puedan afectar el buen funcionamiento de la institución.

Para ello, el SARO es planteado como un “Conjunto de elementos tales como políticas, procedimientos, documentación, estructura organizacional, registro de eventos de riesgo operativo, órgano de control, plataforma tecnológica, divulgación de información y capacitación, mediante los cuales las entidades vigiladas identifican, miden, controlan y monitorean el riesgo operativo”

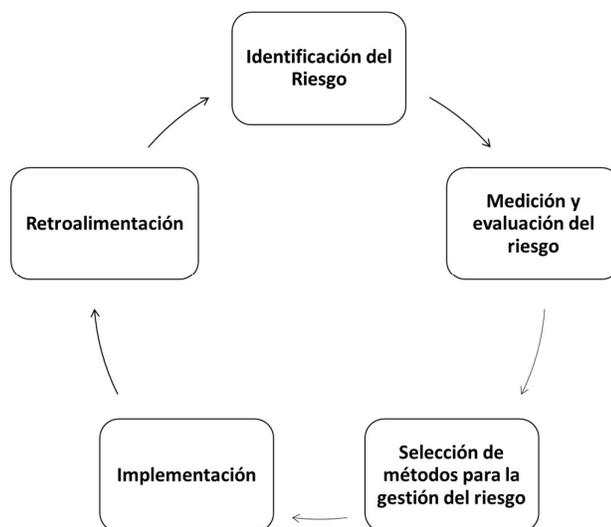
La implementación del sistema de administración del riesgo operativo tiene relación con un conjunto de estrategias propuestas por una junta directiva o similar que tiene por

objetivo «reducir o minimizar la posibilidad de que se presenten daños o pérdidas monetarias y/o eventos adversos que impidan cumplir con los objetivos estratégicos, al materializarse estos riesgos.

Como se puede evidenciar, los objetivos de la administración del riesgo operativo se basan en un desarrollo clásico de un proceso cíclico de la gestión implica la identificación del riesgo, su medición y evaluación, así como la selección de métodos para su administración, implementación y retroalimentación.

Figura 1

Modelo cíclico de la gestión del riesgo



El modelo que debe desarrollarse enfocado a la gestión del riesgo operativo debe estar enfocado en identificar y gestionar los riesgos que puedan perjudicar los objetivos de una organización, para, con base en ellos, proporcionar los elementos suficientes para fortalecer el proceso de toma de decisiones al interior de la organización. Estos riesgos, una vez identificados, deben ser clasificados de acuerdo con su impacto y probabilidad de ocurrencia.

En vista de la importancia de la aplicación de las estrategias antes mencionadas, la

Superfinanciera estableció que entre agosto de 2007 y julio de 2008 debían haberse implementados los elementos mencionados en la Tabla 2 en todas las entidades sujetas a vigilancia.

Tabla 2

Implementación de estrategias de gestión de riesgos

N°	Ítem	Fecha
1	Aprobado el manual de riesgo operativo.	1-Ago-07
2	«Iniciar la construcción del registro de eventos de riesgo operativo, relacionando únicamente los eventos que “Generan pérdidas y afectan el estado de resultados de la entidad”»	1/08/2007
3	Tener en funcionamiento la etapa identificación de los riesgos operativos en los procesos que desarrolla la entidad.	1-Nov-07
4	«Estar en capacidad de registrar todos los eventos de riesgo operativo, de acuerdo con los requisitos establecidos en la normativa»	1-Nov-07
5	«Deberá encontrarse implementada y en funcionamiento la etapa de medición de los riesgos operativos en la totalidad de los procesos»	1-Ene-08
6	«Deberá encontrarse implementada y en funcionamiento la etapa de control sobre los riesgos operativos significativos que la entidad determine en función de la probabilidad de ocurrencia y del impacto en caso de su materialización»	1-Abr-08
7	Implementación total del SARO.	1-Jul-08

Fuente: Elaboración de los autores a partir de la información de la circular 001 de 1995.

Importancia de la gestión del riesgo operativo en salud:

Teniendo en cuenta los propósitos que están inmersos en la gestión del riesgo operativo, se puede afirmar que al articular adecuadamente el SARO con el proceso de aseguramiento en

salud fortalece al sistema garantizando una adecuada prestación del servicio a los usuarios y una sostenibilidad en el tiempo de las EPS e IPS.

Hay que tener en cuenta que cuando las entidades relacionadas con la salud implementan estrategias adecuadas para la gestión del riesgo operativo, logran fortalecerse tanto a nivel interno como externo. Esto se debe a que la gestión se ve reflejada en el mejoramiento de los índices relacionados con la mejora en la calidad de los servicios prestados, los niveles de satisfacción de los usuarios, el mejoramiento de la salud a nivel global, lo cual, a su vez, genera un círculo virtuoso en el mejoramiento continuo de acuerdo con el modelo cíclico de gestión del riesgo.

En el documento Gestión territorial del riesgo en Salud – Herramienta metodológica para la toma de decisiones, Romero et al, expone que:

Los riesgos operativos que deben ser tenidos en cuenta en el ámbito de la salud son los relacionados con la operación, los legales y regulatorios y los reputacionales. El primero de ellos «se refiere a aquellos riesgos que se originan directamente por deficiencias, fallas o inadecuaciones en recurso humano, procesos, tecnología y, en general, relacionados con la interacción entre los recursos disponibles y su objeto social (la salud de las personas)»

El segundo tiene un doble enfoque: (i) interno: que está basado en el incumplimiento de normas y posibles errores en la contratación y el (ii) externo: que se basa en los riesgos «dados por los eventuales cambios en las normas reguladoras».

El tercero, el reputacional, se concentra en las fallas que puedan surgir «en la prestación de servicios, la presentación de eventos adversos y la imagen que se genere dentro de la comunidad en general y en especial con los usuarios reales (pacientes y su grupo familiar)»

Para que el impacto de lo anterior sea mayor, es básico que las instituciones tengan presente dentro de su modelo de gestión de riesgos, las formas de contratación de los prestadores y el modelo interno de operación, debido a que debe estar en línea con el modelo

de la entidad administradora de salud.

Las entidades de salud en Colombia han enfocado sus esfuerzos en desarrollar modelos de gestión basados en la enfermedad, con el fin de contener los costos asociados a enfermedades que exigen un uso excesivo de servicios de salud. Pero la gestión de riesgo operativo va más allá de esta contención del tema de costos, también está relacionada con fortalecer los procesos internos de estas entidades, lo cual, a su vez, permite mejorar la calidad en la prestación de servicios, estar actualizados con los tratamientos prestados a los pacientes, asegurar que se cuenta con el personal idóneo para la atención de usuarios y ampliar la cobertura en salud de cada una de las EPS, para poder llegar a la meta nacional de asegurar al 100 % de la población colombiana.

Para Puerto (2011); el riesgo se define como:

La combinación de la probabilidad de ocurrencia de un suceso y sus consecuencias.

Puede tener carácter negativo (en caso de ocurrir se producen pérdidas) o positivo (en caso de ocurrir se producen ganancias).

El riesgo empresarial podría definirse como un fenómeno subjetivo-objetivo del proceso de toma de decisión entre diferentes alternativas en situación de incertidumbre, con la probabilidad de ocasionar efectos negativos en los objetivos de la empresa. Podría decirse que la gestión del riesgo empresarial consiste en la identificación y evaluación de riesgos potenciales propios de su actividad, determinando los principales factores de riesgo para adelantar la priorización y ejecución de acciones, que incluyen la consecuente administración, mitigación o eliminación; con el fin de proporcionar seguridad en cuanto al logro de los objetivos permitiendo maximizar el valor para los accionistas en un entorno de incertidumbre. Los riesgos empresariales han sido clasificados desde diferentes ópticas y han sido abordados en sectores como el financiero y bancario, asegurador en general y salud, entre otros.

Desde el punto de vista financiero, riesgo es aquella probabilidad de que ocurra un evento que tenga consecuencias financieras negativas para la organización. También se define como la potencialidad de que eventos anticipados o no puedan tener un impacto adverso en los ingresos y patrimonio de una entidad de intermediación financiera. Los tipos de riesgos a enfrentar incluyen entre otros el riesgo de mercado (que incluye el riesgo cambiario y el riesgo de tipo de interés), riesgo de crédito, riesgo de liquidez, riesgo de inversión, riesgo del negocio, riesgo de caución, entre otros.

La gestión de estos riesgos permite lograr la sostenibilidad de las instituciones bancarias, así como garantizar su solvencia para responder ante situaciones de crisis. Por otra parte, la empresa como unidad socioeconómica implica el uso de una serie de recursos diferentes para la producción de bienes o servicios tendientes a satisfacer las necesidades de los clientes, obteniendo a cambio un beneficio. Dado que el objetivo de la organización es maximizar el valor para los accionistas, las funciones de la alta gerencia deben ser gestionar los riesgos inherentes al negocio, para que la “recompensa” obtenida exceda el costo del riesgo.

Independientemente del sector en que sea aplicado este concepto, la gestión del riesgo es un proceso sistemático que permite la mejora continua en la toma de decisiones, la planificación y, en consecuencia, el desempeño de las organizaciones, en aras de lograr minimización de las pérdidas y maximización de ganancias.

Este proceso le permite a la organización que la implementa, la mejor identificación de oportunidades y amenazas, además de generar valor a partir de la incertidumbre y variabilidad, junto con la asignación y ejecución más eficientemente los recursos, mejorando la gestión de incidentes y reducción en pérdidas y el costo de riesgo, adicionalmente mejorar la confianza con sus contrapartes y adelantar de mejor forma el proceso directivo de la Organización.

Los problemas económicos de los servicios médicos se deben a un ajuste a la incertidumbre respecto a la incidencia de las enfermedades y la eficacia de su tratamiento. La

escasez de recursos del mercado de la salud hace que sea vulnerable a problemas como: enfermedades de alto costo las cuales obligan al sector a buscar mecanismos que permitan cubrir el riesgo financiero derivado de estas patologías, con el fin de garantizar una asignación razonable de recursos para obtener dicho cubrimiento.

Las organizaciones que logran la gestión del riesgo de forma eficaz y eficiente tienen mayores probabilidades de alcanzar sus objetivos a un menor costo. Para esto la gestión del riesgo debería ser promovida por todos los miembros y dependencias de la organización, para lo cual debería estar involucrada dentro de la cultura y planificación estratégica. Adicionalmente la gestión de riesgo permite: mejorar la eficacia y eficiencia operacional, mejorar los controles, aumentar las prestaciones en materia de salud y seguridad, así como la protección ambiental, mejorar el aprendizaje y la resiliencia en la organización. Por otra parte, crea, protege el valor (contribuye al logro de objetivos y mejora el desempeño), y facilita la mejora continua de la organización.

2.1.2. Mejora de la rentabilidad empresarial

De acuerdo con Paredes (2013); la mejora de la rentabilidad es:

Un objetivo supremo de las empresas; todas buscan tener altos beneficios y por el contrario costos y gastos reducidos; lo que finalmente se refleja en la utilidad de las empresas y esta es base para determinar la rentabilidad sobre ventas, activos, patrimonio y otros tipos.

Por otro lado, las decisiones de rentabilidad es la capacidad que tienen las empresas para generar suficiente utilidad o beneficio; por ejemplo, un negocio es rentable cuando genera más ingresos que egresos, un cliente es rentable cuando genera mayores ingresos que gastos, un área o departamento de empresa es rentable cuando genera mayores ingresos que costos. Pero una definición más precisa de la rentabilidad es la de que la rentabilidad es un índice que

mide la relación entre utilidades o beneficios, y la inversión o los recursos que se utilizaron para obtenerlos. Para hallar esta rentabilidad, simplemente debemos determinar la tasa de variación o crecimiento que ha tenido el monto inicial (inversión), al convertirse en el monto final (utilidades).

Por ejemplo, si invertimos 100 y al cabo de un año crece en 110, podemos decir que los 100 tuvieron un crecimiento del 10%, es decir, la inversión de los 100 tuvo una rentabilidad del 10%. La fórmula para hallar esta rentabilidad consiste en restar la inversión de las utilidades o beneficios; al resultado dividirlo entre la inversión, y luego multiplicarlo por 100 para convertirlo en porcentaje. Por ejemplo, si hemos invertido 100, y luego de un año dicha inversión ha generado utilidades de 130, aplicando la fórmula $((130 - 100) / 100) \times 100$, podemos decir que dicha inversión nos dio una rentabilidad del 30%. Sin embargo, el término rentabilidad también es utilizado para determinar la relación que existe entre las utilidades o beneficios de una empresa, y diversos aspectos de ésta, tales como las ventas, los activos, el patrimonio, el número de acciones, etc. En este caso, para hallar esta rentabilidad simplemente dividimos las utilidades o beneficios entre el aspecto que queremos analizar, y al resultado lo multiplicamos por 100 para convertirlo en porcentaje. Por ejemplo, si tenemos ventas por 120, y en el mismo periodo hemos obtenidos utilidades por 30, aplicando la fórmula: $(30 / 120) \times 100$, podemos decir que la rentabilidad de la empresa con respecto a las ventas fue de 25% o, dicho en otras palabras, las utilidades de la empresa representaron el 25% de las ventas.

De acuerdo con Chang (2014); la rentabilidad de las empresas:

Es uno de los conceptos más importantes en las empresas modernas y más utilizado por la comunidad de negocios. La rentabilidad es lo que buscan los inversores al invertir sus ahorros en las empresas. La rentabilidad es, al menos una parte, de lo que busca el management con sus decisiones directivas. La rentabilidad es lo que miden

los inversores al decidir si reinvierten sus ahorros en una determinada compañía, o si, por el contrario, retiran sus fondos. La rentabilidad es, probablemente, uno de los conceptos menos comprendidos por quienes lo utilizan a diario.

En el imaginario popular, un emprendimiento que logra producir ingresos mayores que sus costos, generando resultados positivos, se considera un emprendimiento rentable. En esta nota, veremos que el mero hecho de mostrar un beneficio contable no quiere decir que el emprendimiento sea rentable. De hecho, una empresa puede generar beneficios, pero no ser rentable. Este concepto suele ser bastante elusivo, por lo que trataremos de explicarlo con mayor detalle. Es común escuchar decir a directivos y a empresarios que un negocio deja una rentabilidad de, por ejemplo, el 10%. Indagando sobre este concepto, vemos que normalmente eso quiere decir que el resultado de ese negocio deja un margen de 10% sobre las ventas. Para esta medición, algunas veces el resultado es medido utilizando el beneficio operativo, y otras utilizando el beneficio neto sobre ventas. Sin embargo, si preguntamos a un grupo de ejecutivos que ensayen una definición de rentabilidad, normalmente nos dicen que es el beneficio obtenido en un determinado período de tiempo, con respecto a la inversión comprometida.

La rentabilidad descrita al principio, sin embargo, no incluye el monto de la inversión realizada. Como vemos, la misma definición de rentabilidad es bastante más compleja de lo que se puede suponer inicialmente. Nos proponemos aquí dos objetivos: 1) dar algunos lineamientos que ayuden a comprender mejor el concepto de rentabilidad y su uso en la vida corporativa y 2) a partir de lo comprendido en el primer punto, discutir algunas acciones que pueden ayudar a mejorar la rentabilidad empresarial.

La rentabilidad obtenida. Decíamos que la definición de rentabilidad necesita tres componentes: 1) el beneficio obtenido, 2) el monto de capital invertido para obtenerlo y 3) el tiempo transcurrido desde que se realizó la inversión.

Esta definición nos indica la necesidad de definir sus componentes, es decir, necesitamos una definición de beneficio y una definición de capital invertido, siempre teniendo en cuenta el tiempo transcurrido. Empecemos considerando el caso de un inversor que compra acciones en el mercado de capitales. Supongamos que el inversor compró una acción de la empresa X S.A. por 10 monedas hace un año, y puede vender esa misma acción hoy por su valor de mercado, 12 monedas. Supongamos también que esa acción le otorgó un dividendo de 1 moneda a lo largo del año. Es fácil ver que el inversor obtuvo un beneficio de 12 monedas - 10 monedas = 2 monedas por el diferencial de precio y de 1 moneda por el dividendo; es decir, obtuvo un beneficio de 3 pesos.

De acuerdo con Chang (2014);

Cuando hablamos de rentabilidad, sin embargo, no siempre estaremos interesados en la rentabilidad de un accionista en el mercado de capitales. Es más, muchas veces necesitaremos calcular la rentabilidad en empresas de capital cerrado sin la existencia de valores de mercado que nos facilitan la tarea. En algunos casos, buscaremos medir la rentabilidad obtenida por una línea de negocio, o por un proyecto de una empresa que no cotiza en bolsa. En esos casos, no podremos confiar en la valuación realizada por el mercado, por lo que será necesario obtener otras medidas del beneficio y del capital invertido. Normalmente, en esos casos solemos confiar en los valores que nos brinda la contabilidad financiera, los que, en algunos casos, pueden requerir algunos ajustes.

Es necesario comprender que los conceptos de beneficio obtenido y de capital invertido deberán ser definidos y analizados de manera congruente. Es claro que en un estado de resultados hay varios niveles -o definiciones- de beneficio y una de las maneras de comprenderlo mejor es la de separarlo en base a quién es su propietario.

El Beneficio Neto es el beneficio que obtuvo la empresa después de facturar la venta de todos sus productos y deducir todos los gastos y costos necesarios para su generación.

Es incontrastable que este beneficio es de los accionistas dado que es el beneficio residual después de que todos los acreedores han cobrado sus acreencias. El beneficio antes de impuestos es el que está disponible tanto para los accionistas como para el Estado en su función de recaudación de impuestos.

Subiendo un paso, encontramos el EBIT, acrónimo de Beneficio antes de Intereses e Impuestos en inglés (Earnings Before Interest and Taxes). Este es el beneficio que está disponible para los accionistas, el Estado y los acreedores financieros. De hecho, de él se pagan los intereses y los impuestos, y el sobrante quedará disponible para los accionistas.

Al continuar con el análisis, llegamos a las ventas, que es en sí mismo una definición, un poco extraña tal vez, de beneficio; es el beneficio del cual se tienen que cobrar todos aquellos que han posibilitado, de alguna manera, la operación.

De esa cuenta, cobrarán los empleados, los proveedores de materia prima, bienes y servicios, los acreedores financieros, el Estado y, finalmente, los accionistas. Vemos, entonces, que la definición de beneficio varía según quién sea el que va a recibirlo.

Una vez discutida la definición de beneficio, deberemos discutir la definición de capital invertido. Para ello, necesitamos determinar quién invirtió dicho capital. Podemos agrupar a los inversores en: 1) accionistas, 2) acreedores financieros, 3) proveedores de materias primas, bienes y servicios, 4) empleados y 5) Estado.

De acuerdo con Chang (2014):

Las finanzas corporativas se suelen concentrar en el capital invertido por los accionistas, y en el capital invertido por los inversores financieros, grupo formado por los acreedores financieros y los accionistas. La inversión, concepto tan sencillo en el

ejemplo del inversor que había comprado una acción por 10 pesos, en este caso suele ser un concepto un tanto más complejo de comprender.

En principio, la manera más habitual de reflejar la inversión en una empresa es la e medir sus activos. El activo total de una empresa muestra el total de la inversión, y en el pasivo muestra los montos invertidos por quienes la financiaron, dado que la inversión realizada debe ser financiada por alguien y los activos y los pasivos son iguales.

Adicionalmente, el valor del pasivo correspondiente a los accionistas, el patrimonio neto, refleja el monto de la inversión de los accionistas en la empresa, y el valor del pasivo correspondiente a los acreedores y las deudas financieros reflejan el valor de su inversión en la misma. El activo -la inversión- total de la empresa, es financiado por los diferentes inversores, además, aquella porción del activo financiado por los inversores financieros -accionistas y acreedores financieros-, se suele llamar activo neto. Es decir, que el activo total se compone del activo neto más una parte del activo financiada por acreedores comerciales y empleados de la compañía.

De esto se desprende que, si consideramos el beneficio disponible para los accionistas, deberemos compararlo con la inversión realizada por estos, es decir, el monto de inversión financiado por el patrimonio neto. Análogamente, si consideramos el beneficio disponible para los inversores financieros, tendremos que considerar como inversión al activo neto. El ROE, cuyo nombre viene del inglés (Return on Equity), se basa en el análisis de la rentabilidad obtenida por los accionistas, para lo que necesita medir el beneficio y la inversión realizada por los mismos.

Es decir, el beneficio neto sobre el patrimonio neto. El RONA (del inglés, Return on Net Assets) es la rentabilidad obtenida por los inversores financieros. Para su estimación, es necesario comparar su beneficio obtenido. Es importante aclarar que el EBIT está disponible

para los accionistas, los acreedores financieros y el Estado -en los impuestos-, mientras que el activo neto fue financiado solamente por los dos primeros.

Un punto importante para cerrar este tema es la consideración del momento en que fue realizada la inversión. En el caso del inversor que compra una acción en la bolsa, es muy sencillo determinar que el momento en que fue realizada la inversión es el momento en que se compra la acción, pero en los casos del ROE y el RONA, no es claro cuál es el momento en que se ha realizado la inversión.

Decíamos que el valor de la inversión se computa al usar la cuenta patrimonial del activo, que es una foto de las inversiones de la empresa en un determinado momento en el tiempo, pero no nos indica hace cuánto se han realizado.

Consideremos el caso de una empresa que cierra su balance anual en diciembre e invierte en una nueva planta industrial en noviembre, al fin del ejercicio: el balance va a reflejar el monto de la inversión en la planta, pero es innegable que la inversión no estuvo "activa" durante todo el año, sino solamente un mes. Por eso es importante intentar capturar la realidad de la mejor manera posible, en algunos casos es conveniente usar el activo neto al inicio del período, en otros casos es mejor utilizar el promedio de los cierres mensuales del activo neto, y así sucesivamente, según el criterio que parezca más oportuno.

De acuerdo con Chang (2014):

La rentabilidad obtenida por un inversor en el mercado de capitales nos entrega un valor numérico. La dificultad reside en saber si ese valor numérico es alto o bajo, o, en otras palabras, si resulta suficiente o insuficiente para los inversores.

Saber que una empresa generó un ROE de 12,4% no nos dice si generó una rentabilidad adecuada. Una de las ideas básicas de las finanzas corporativas es que las empresas deberán generar una rentabilidad adecuada para repagar el riesgo asumido por sus inversores. Para ello, es necesario saber cuál es esa rentabilidad adecuada.

Sabemos que los diferentes tipos de inversores financieros enfrentan distintos tipos de riesgos, por lo que tendrán diferentes rentabilidades esperadas. En las secciones anteriores, dividíamos a los inversores financieros en accionistas y acreedores financieros. Diremos que los accionistas esperan un retorno que denominaremos "retorno esperado del patrimonio neto", y que los acreedores financieros esperan un retorno que llamaremos "retorno esperado de la deuda".

El retorno esperado de los inversores financieros será entonces un promedio ponderado del retorno esperado de los accionistas y los acreedores financieros.

Este promedio se calcula usando el retorno esperado por cada uno de los inversores, ponderado por la inversión realizada. Adicionalmente, deberemos tener en cuenta que, dado que el pago de intereses de la deuda genera ahorros impositivos para la empresa, su retorno esperado se deberá corregir para contemplar su ventaja fiscal asociada. El "retorno esperado por los inversores financieros" es el promedio ponderado de los retornos esperados de los accionistas y los acreedores financieros, ponderado por la cantidad de patrimonio neto y deuda en la estructura del financiamiento aportado por los inversores. Tiene en cuenta el efecto del escudo fiscal generado por el pago de los intereses de la deuda.

Por lo expuesto, resulta claro que, en el caso del retorno obtenido por un accionista por su inversión en acciones en la bolsa de comercio, o en el cálculo del ROE, estos se deberán comparar con el retorno esperado del accionista y el retorno obtenido por los inversores financieros en su conjunto. El RONA se deberá comparar con el retorno esperado por los inversores financieros.

Una vez comprendido el concepto de rentabilidad, vamos a pasar ahora a discutir algunos elementos que nos permitan lograr algunas mejoras en la rentabilidad de la empresa. Tomaremos el ROE como punto de partida.

De acuerdo con Chang (2014):

La conocida fórmula de Dupont nos permite ver que la rentabilidad es función de tres variables que se interrelacionan, de hecho, la podemos reformular como ROE igual a margen x rotación x apalancamiento financiero. Es decir: trabajando sobre el margen, sobre la rotación o sobre el apalancamiento financiero, podemos modificar la rentabilidad de la empresa. Es interesante notar, sin embargo, que la mayoría de los directivos circunscribe las acciones de mejora de rentabilidad a trabajar sobre el margen, olvidando las otras dos variables mencionadas. De alguna manera, esto refleja una cierta confusión entre los términos margen y rentabilidad.

Trabajar sobre el margen implica intentar aumentar los ingresos y minimizar sus egresos asociados. Ese tipo de análisis suele olvidar la inversión necesaria para la generación del beneficio, es decir, podemos tomar decisiones que nos ayuden a bajar los costos a expensas de aumentar la inversión, lo que puede aumentar nuestro margen, pero no necesariamente va a mejorar nuestra rentabilidad.

Trabajar sobre la rotación implica mejorar la eficiencia de la inversión, es decir, aumentar los ingresos intentando disminuir los activos, es decir la inversión necesaria para obtenerlos. No es lo mismo lograr un determinado margen con una inversión alta, que lograrlo con una inversión más baja. Trabajar sobre la rotación implica intentar mejorar los niveles de eficiencia de la inversión.

Trabajar sobre el apalancamiento financiero implica trabajar sobre el mix de financiamiento de la inversión. En países con mercados financieros eficientes, las decisiones de estructura de capital pueden contribuir a la mejora de la rentabilidad; en los países con mercados de capitales poco desarrollados, la capacidad de generar valor a través de este término de la ecuación es un poco más discutible.

Lo importante es comprender la importancia de cada uno de los componentes de la rentabilidad. Hay empresas que, por sus características, generan rentabilidad a través del margen, mientras que hay otras que lo hacen por su rotación, y otras que lo hacen por su apalancamiento financiero. Para comprender mejor este concepto, consideremos el caso de tres empresas muy diferentes entre sí: 1) La empresa A produce y comercializa un producto muy novedoso basado en un fuerte desarrollo de investigación que la protege del ingreso de competidores que le erosionen el margen. 2) La empresa B es una empresa comercializadora de productos de consumo masivo que se dedica a comprar los productos de los fabricantes y a venderlos a los consumidores de la manera más eficiente posible. 3) La empresa C presta un servicio público, transporta gas desde los centros de producción hasta los centros de consumo.

Esta empresa tiene una posición competitiva protegida por el Estado, por lo que tiene un negocio muy estable y de bajo riesgo. Dadas las características de las tres empresas presentadas, podemos afirmar que su generación de rentabilidad será sustancialmente diferente: la empresa A generará rentabilidad fundamentalmente por un alto margen, mientras que la empresa B tendrá un margen necesariamente bajo, pero generará rentabilidad por una alta rotación debido a una gran eficiencia logística y el manejo de su capital de trabajo. La empresa C, por su lado, generará su rentabilidad por medio de un agresivo apalancamiento financiero, es decir, logrará producir rentabilidad minimizando la necesidad de financiar las inversiones con recursos propios, posible gracias a la baja volatilidad de sus flujos de fondos.

Las diferencias mostradas en el párrafo anterior no son patrimonio exclusivo de las empresas de diferentes corporaciones inmobiliarias, sino que pueden verse en empresas de la misma industria. Para ilustrar este punto, vamos a considerar el caso de tres empresas de computadoras personales.

Vemos cómo IBM genera su alta rentabilidad fundamentalmente por un apalancamiento sustancialmente mayor al de sus competidores, mientras que Dell la genera basándose en una alta rotación. La comprensión de esta dinámica de la composición de la rentabilidad nos ayuda a comprender la eficiencia de las eventuales acciones directivas tendientes a mejorar la rentabilidad. ¿Qué tan fácil es mejorar en margen, la rotación o el apalancamiento financiero?

Dicho de otra manera, ¿qué tan fácil sería para Dell incrementar sustancialmente su rentabilidad aumentando su apalancamiento financiero? ¿Podría IBM mejorar su rentabilidad aumentando su rotación? En una industria con la dinámica competitiva, como la de las computadoras, ¿qué tan fácil hubiera resultado aumentar el margen? Es necesario, además, considerar la posibilidad de mejorar alguno de los componentes de la rentabilidad cediendo en alguno de los otros, por ejemplo, disminuyendo el margen para intentar aumentar la rotación. Y detenemos el análisis en este punto, aunque es fácil ver que estos conceptos pueden llevar a un rediseño de la estrategia competitiva de las empresas dentro de un sector industrial.

De acuerdo con Chang (2014):

Reflexionamos acerca del concepto de rentabilidad, concepto no siempre bien comprendido por los directivos y los analistas de empresas. La rentabilidad es de vital importancia para una empresa, dado que sus inversores entran en ese negocio en busca de una rentabilidad esperada, si la empresa no logra obtenerla, en algún momento los inversores decidirán el fin de su inversión en la empresa e invertir en otro negocio, dejando a la empresa sin capital para invertir, y eventualmente, sin liquidez.

Vimos que, muchas veces, se confunde el concepto de rentabilidad con el concepto de margen y que, en realidad, el concepto de rentabilidad es sustancialmente más complejo.

La rentabilidad necesita de la concurrencia del margen de beneficio, de la inversión realizada y del tiempo en el que este beneficio se genera.

Vimos también que es necesario especificar para quién estamos estimando la rentabilidad. Normalmente en finanzas corporativas nos dedicamos a: 1) los accionistas y 2) a los inversores financieros, grupo que incluye a los accionistas y a los acreedores financieros. Cada grupo tiene su propia definición de beneficio, su propia definición de inversión realizada y su propia definición de rentabilidad esperada.

Finalmente, trabajamos algunas ideas para mejorar la rentabilidad de las empresas. Para ello, destacamos la importancia de considerar a la rentabilidad como la interrelación entre: 1) el margen, 2) la rotación, y 3) el apalancamiento financiero.

Decíamos que es común que los directivos tomen decisiones que tienden a mejorar el margen, pero esas decisiones no necesariamente logran mejorar la rentabilidad, es más, muchas veces la empeoran, por ejemplo, en los casos en los que por mejorar el margen se empeoran la rotación o el apalancamiento financiero.

2.2. Empresas privadas de salud

Según la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (05 de enero del 2018).

Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) son empresas e instituciones públicas o privadas, distintas a EsSalud, cuyo único fin es prestar servicios de atención de salud, con infraestructura propia y/o de terceros, sujetándose a los controles de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Dichas empresas tendrán a su disposición alternativas de servicios y planes de atención de salud; los servicios que brinden las EPS deberán ser de alta calidad y competencia; tendrán nuevos beneficios: prevención y educación para la salud (chequeo médico, vacunación y otros), no exclusión de enfermedades preexistentes y salud mental, etc.; pueden ser atendidas todas las personas afiliadas a este sistema. La cobertura no excluirá el tratamiento de dolencias preexistentes. El plan de salud de cada centro de trabajo

debe ser el mismo para todos los afiliados y sus derechohabientes. Son responsables frente a los usuarios por los servicios que prestan en la infraestructura propia o la de terceros.

Según la Presidencia del Consejo de Ministros (14 de mayo de 1997):

Según la Ley N° 26790 -Modernización de la Seguridad Social en Salud del 14.05.1997; concordada con otras normas establece que la Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud. El Estado promueve los sistemas de previsión para la salud y la integración de esfuerzos de las entidades que brindan servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza. El Ministerio de Salud tiene a su cargo el Régimen Estatal con el objeto principal de otorgar atención integral de salud a la población de escasos recursos que no tiene acceso a otros regímenes o sistemas. Dicho régimen se financia con recursos del Tesoro Público y brinda atención a través de la red de establecimientos del Estado, así como mediante otras entidades públicas o privadas que cuenten con convenios para tal efecto. Los Reglamentos establecen los alcances, condiciones y procedimientos para acceder al presente régimen.

El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social -IPSS- y se complementa con los planes y programas de salud brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a ley.

Entidades prestadoras de salud:

Según la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (05 de enero del 2018).

Para los efectos de la aplicación del crédito a que se refiere el Art. 15 de la Ley, se entiende por Entidades Prestadoras de Salud a las empresas e instituciones públicas o privadas distintas del IPSS, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles que se indica en el artículo siguiente.

Superintendencia de entidades prestadoras de salud:

Según la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (05 de enero del 2018).

Créase la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud -SEPS- con el objeto de autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud y cautelar el uso correcto de los fondos por éstas administrados. La SEPS es un Organismo Público Descentralizado del Sector Salud, con personería de derecho público interno. Cuenta con autonomía funcional, administrativa y financiera. Se organiza de acuerdo con las normas que establezca su Estatuto, el mismo que será aprobado por Decreto Supremo. Se rige por el régimen laboral de la actividad privada y se financia con recursos propios constituidos por los derechos que cobra a las entidades sujetas a su control, los mismos que son establecidos por Decreto Supremo, refrendado por el Ministro de Salud.

Según el Congreso de la República (30 de marzo del 2009):

Según la Ley N° 29344-Ley marco de aseguramiento universal en salud; se establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

La Ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud y comprendidas en el Capítulo II, en todo el territorio nacional. El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que

toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Los principios del aseguramiento universal en salud son los siguientes:

- 1) **Universalidad.** La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Perú y demás documentos y convenios suscritos por el Estado peruano y otras leyes de menor jerarquía; por ello, el aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
- 2) **Solidaridad.** Conjunto de actos y normas orientados a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y del Estado. Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.
- 3) **Unidad.** Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la presente Ley.
- 4) **Integralidad.** Otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud.
- 5) **Equidad.** El sistema de salud provee servicios de salud de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrece financiamiento subsidiado para la población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.

- 6) **Irreversibilidad.** Los derechos adquiridos previamente al proceso de aseguramiento universal en salud y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior.
- 7) **Participativo.** Se define como el ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal en salud.

El aseguramiento universal en salud tiene las siguientes características:

- 1) **Obligatorio.** La afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente.
- 2) **Progresivo.** El proceso de aseguramiento universal en salud es gradual y continuo, busca la inclusión de todas las personas residentes en el Perú al sistema y la ampliación de la cobertura de los planes de aseguramiento.
- 3) **Garantizado.** El Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal en salud un sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, con las que deben ser otorgadas las prestaciones.
- 4) **Regulado.** Las reglas que rigen a los diversos actores involucrados en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud para alcanzar el aseguramiento universal en salud son definidas por las instancias competentes, según lo establecido en la presente Ley.
- 5) **Descentralizado.** El proceso se organiza de manera progresiva y descentralizada en los niveles nacional, regional y local, en concordancia con las políticas del Gobierno Nacional.
- 6) **Portable.** La condición de asegurado, una vez incluido en el sistema, lo acompaña en todo el territorio nacional.

- 7) **Transparente.** El proceso de aseguramiento universal en salud cuenta con mecanismos de gestión que aseguran la rendición de cuentas a la ciudadanía.
- 8) **Sostenible.** El aseguramiento universal en salud es una política de Estado financiada con garantía de su permanencia en el tiempo.

Agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud:

El Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector en el sector salud, tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud.

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud sujetas a la Ley son aquellas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados, entre ellas, las siguientes:

- 1) Seguro Integral de Salud.
- 2) Seguro Social de Salud (EsSalud).
- 3) Sanidades de las Fuerzas Armadas.
- 4) Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- 5) Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
- 6) Compañías de Seguros Privados de Salud.
- 7) Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagadas.
- 8) Autoseguros y fondos de salud.
- 9) Otras modalidades de aseguramiento públicos, privados o mixtos distintas a las señaladas anteriormente.

Instituciones prestadoras de servicios de salud:

Son los establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención.

Instancia supervisora:

Crease la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera y encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia, a fin de velar por lo siguiente:

- 1) El aseguramiento universal en salud y su promoción.
- 2) El uso eficiente y oportuno de los fondos destinados a dicho proceso.
- 3) La calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones.
- 4) La reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal.
- 5) El establecimiento de mecanismos de conciliación y arbitraje entre los usuarios y las instituciones prestadoras y financiadoras, vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud.
- 6) La transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados.
- 7) Otras que se le asigne por ley, para el mejor cumplimiento de la supervisión del proceso de aseguramiento universal en salud.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, además, registra, autoriza, regula y supervisa el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud y a todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado. La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud supervisa que el valor de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de servicios proteja los intereses de los asegurados.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, para el ejercicio de sus funciones, goza de facultades sancionadoras. Las infracciones y sanciones son tipificadas en el reglamento de la presente Ley. La presente disposición no afecta la competencia de supervisión de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones sobre las empresas de seguros reguladas por la Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

Planes de aseguramiento en salud:

Los planes de aseguramiento en salud son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las administradoras de fondos de aseguramiento y se clasifican en los siguientes grupos:

- 1) Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- 2) Planes complementarios.
- 3) Planes específicos.

Plan Esencial de Aseguramiento en Salud:

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean

estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es ofertado de manera obligatoria por todas las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión respectivas sin perjuicio de las acciones legales que pudieran instaurarse ante la autoridad correspondiente por su inobservancia o cumplimiento tardío o deficiente.

El Ministerio de Salud es el ente encargado de elaborar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que se aprueba por decreto supremo y se elabora sobre la base de lo siguiente:

- 1) Estudios de carga de enfermedad y otros estudios epidemiológicos que reflejen la situación de salud de la población del país, tomando en cuenta las prioridades regionales.
- 2) Planes de beneficios compatibles con las prioridades sanitarias del sector salud.
- 3) Manejo integral de la persona, que incluya las intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de salud.
- 4) Prestaciones de atención a la población sana en sus diferentes ciclos de vida como parte de sus actividades de promoción y prevención.
- 5) Análisis de diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en los planes de aseguramiento existentes públicos, privados y mixtos.
- 6) Procedimientos efectivos basados en evidencias y análisis de costo-efectividad, siempre y cuando esta información esté disponible.
- 7) Capacidad de oferta del sistema de salud peruano.
- 8) Análisis actuariales y estimaciones financieras.

La composición del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se evalúa cada dos (2) años pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios.

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud pueden ofrecer planes que complementen el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). La regulación de estos planes, así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Planes de aseguramiento específicos y derechos adquiridos:

Los planes de aseguramiento en salud específicos del Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú que posean mejores condiciones que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se mantienen vigentes para los nuevos afiliados a dichas instituciones de acuerdo con la normativa aplicable a cada caso. Ninguna entidad pública, privada o mixta que brinde servicios de aseguramiento en salud puede invocar las normas de la Ley para afectar los derechos adquiridos contenidos en los planes contratados, reduciendo las intervenciones o prestaciones contenidas en ellos.

Articulación de las instituciones prestadoras de salud:

Criterios para la articulación de las instituciones prestadoras de salud. Las instituciones prestadoras de salud, bajo la orientación del Ministerio de Salud, articulan sus servicios de acuerdo con los siguientes criterios:

- Estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los prestadores.

- Aplicación de Guías de Práctica Clínica estandarizadas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Sistema de identificación, sobre la base del Documento Nacional de Identidad, que permita reconocer la condición de asegurado.
- Criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de los principios de complementariedad y subsidiaridad.
- Mecanismos de pago e intercambio de servicios que rigen las transacciones de compraventa de servicios entre las instituciones prestadoras y la provisión de las prestaciones contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en las que intervenga al menos una institución pública.

Según y Huacles (2015); en su investigación denominada: Los dueños de la salud privada en el Perú; señala que:

Ojo-publico.com, identificó a los ocho grupos económicos que desde el 2011 compiten por la concentración de clínicas, centros médicos y laboratorios para disputarse las ganancias de la atención de dos millones de pacientes del sector privado de la salud. Credicorp y Breca dominan un negocio que maximiza sus ingresos mientras toman el control de todos los eslabones de la asistencia médica de los usuarios. Chile y Colombia la prohíben por los incentivos perversos de lucro a costa de la salud del público. Sin embargo, en nuestro país siguen este proceso el Grupo Salud del Perú, Mapfre, La Positiva-Sanitas, Cruz Blanca y las corporaciones San Pablo y Ricardo Palma.

Hace una década, la creación de una clínica en el Perú dependía de un grupo de médicos emprendedores con un capital suficiente para abrir una empresa y prestar sus servicios. Eran tiempos en los que las tarifas impuestas a los pacientes y las ganancias por las atenciones las

acordaban los representantes de las clínicas y las aseguradoras. Sin embargo, el escenario cambió en el 2011, cuando dos poderosos holdings financieros del país, Credicorp y Breca, que ya eran propietarios de las más grandes empresas de seguros, empezaron a comprar clínicas, laboratorios y centros médicos. Desde entonces, la cadena de atención del sistema privado de salud empezó a concentrarse en pocas manos y a convertirse en un modelo de negocio en el que están claros los beneficios millonarios para las corporaciones, pero no para los usuarios.

Ojo-publico.com estableció que en los últimos cinco años ocho poderosos grupos económicos, liderados por Credicorp y Breca, entraron en una competencia de alianzas y adquisiciones de empresas para disputarse las ganancias por la cobertura y asistencia médica de los cerca de dos millones de pacientes del sector privado. Un mercado menor si lo comparamos con los 10.5 millones de asegurados en EsSalud, pero que crece a una tasa anual de entre 10% a 12% desde el 2012, según estudios de la consultora Total Market Solutions (TMS).

En la lista de los ocho grupos, elaborada sobre la base de reportes de la Superintendencia del Mercado de Valores (SMV) y de las memorias anuales de las empresas, se ubica primero Credicorp, que posee actualmente 74 centros médicos en el país, cinco clínicas y tres cadenas de laboratorios. Este holding financiero, creado en las Islas Bermudas por el banquero piurano Dionisio Romero Seminario en 1995, es también dueño de la compañía Pacífico Seguros, el Banco de Crédito y la administradora de fondos de pensiones Prima.

Le sigue su principal competidor, el Grupo Breca, denominado así en honor de los fallecidos banqueros Pedro y Manuel Brescia Cafferata, artífices de un imperio empresarial que se remonta a fines del siglo XIX. El conglomerado que ahora dirige su sobrino Álex Fort Brescia es dueño de la Clínica Internacional, la Clínica Oncológica de Miraflores y una cadena de centros de salud llamada Medicentros. Este grupo es también propietario de la compañía Rímac Seguros y tiene el 50% de las acciones del BBVA Banco Continental. Además, posee

una compañía minera, una cementera, una cadena de hoteles de cinco estrellas, centros comerciales y una de las más grandes productoras de harina y aceite de pescado en el mundo.

En esta relación aparece también el joven Grupo Salud del Perú, creado en el 2008 por el Fondo de Inversiones Enfoca y Oncosalud (la más grande empresa especializada en cobertura y terapias contra el cáncer en el país). Esta corporación, fundada y promovida por los exministros de salud apristas Luis Pinillos Ashton y Carlos Vallejos Sologuren, es propietaria de la lujosa Clínica Delgado en Miraflores y de la cadena de laboratorios Cantella.

Otros competidores son el grupo de capitales españoles Mapfre, instalado en Lima desde 1997, que tiene una aseguradora del mismo nombre y construyó en los últimos tres años una cadena de centros médicos y boticas en la capital; el Grupo Inversiones en Salud, un consorcio formado por las aseguradoras La Positiva y Sanitas en el 2014, que abrió sus propios policlínicos en Lima y Arequipa; y el grupo chileno Cruz Blanca, instalado en el mercado peruano desde el 2011 con la adquisición de la poderosa cadena de servicios de imágenes de diagnóstico Resomasa.

El panorama se completa con las tradicionales corporaciones médicas Ricardo Palma y San Pablo, creadas en 1975 y 1991, respectivamente, que desde hace un tiempo venden sus propios planes de cobertura de salud y expanden sus servicios a través de nuevas instalaciones y empresas. La Clínica Ricardo Palma recibió incluso una propuesta de compra del Grupo Interbank en el 2013, pero no llegó a un acuerdo concreto.

El dominio del mercado:

En un período de estabilidad económica en el país y de aumento de la capacidad de pago de la población, los principales grupos inversores instalaron en el 2011 una fórmula de negocio que los economistas conocen como integración vertical o concentración de empresas en el sector salud. Esto implica que los propietarios de las compañías aseguradoras y de las

administradoras de fondos de cobertura médica, llamadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS), puedan también ser los dueños de las clínicas, centros médicos y laboratorios para orientar la atención de sus clientes. “Este modelo apunta a maximizar sus ingresos y reducir sus costos en la medida que todos los eslabones de la cadena de cobertura y atención médica funcionan de acuerdo a sus intereses”, dice la experta en economía de la salud Margarita Petrerá, ex coordinadora del Observatorio de la Salud del Consorcio de Investigación Económica Social (CIES). “Los propietarios de las grandes aseguradoras ahora son dueños de clínicas, centros médicos y laboratorios.”

A diferencia de Chile y Colombia, en donde la integración vertical de empresas de salud quedó prohibida por los incentivos de lucro generados a costa de los pacientes (como la preferencia de las aseguradoras por derivar las atenciones a clínicas del mismo grupo para aumentar ganancias y la aplicación de sobrepuestos), el Perú no ha puesto restricciones legales a dicho proceso. En este escenario, los grandes grupos financieros son los que deciden a través de sus compañías aseguradoras el tipo, número y monto tope de cobertura de enfermedades para sus clientes, y ahora por medio de sus clínicas, el tratamiento que les darán de acuerdo con los límites de las pólizas y su capacidad de pago.

"El Estado se ha puesto al margen de un negocio en el que no está protegido el paciente. Si se consolida una posición de control del mercado por parte de un grupo de empresas, se restringe la libre elección de servicios y, donde no hay libre elección, el tema de la calidad de atención pasa a un segundo plano", advierte Mario Ríos, exsuperintendente adjunto de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa), hoy Susalud.

En mayo del 2012, la Asociación de Clínicas Particulares del Perú (ACP), que agrupa a 86 empresas, pidió al Ministerio de Salud que regulara este esquema, convencida de que la

posición de dominio de las aseguradoras que poseen clínicas era un golpe a la libre competencia y a la libertad de elección de los pacientes sobre dónde recibir atención médica. “Esto no trae una mejor atención al usuario porque no hay competencia por la calidad de los servicios, sino por el ahorro de costos”, dijo entonces Víctor Puente Arnao, asesor legal de la ACP a la emisora RPP Noticias. Sin embargo, poco tiempo después, este gremio cambió su posición en favor de la situación actual.

El problema pasó inadvertido. No mereció entonces ni ahora pronunciamiento alguno del Ministerio de Salud ni de su organismo adscrito competente, la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), encargada de supervisar a las compañías administradoras de fondos de cobertura médica y los servicios de salud tanto públicos como privados. El silencio resulta sintomático si se tiene en cuenta que Flor de María Philipps, quien ocupa la jefatura de esta entidad desde el 2012, ocupó previamente la gerencia de Pacífico Seguros. Junto a ella se incorporaron César López Dávalos, exgerente de Pacífico EPS, como superintendente adjunto de Promoción y Protección de Derechos de Salud; y Juan Temoche Araujo, exgerente del Complejo Hospitalario San Pablo, como funcionario de la intendencia de supervisión de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud de Susalud.

El origen del negocio:

Las bases sobre las que se asienta este proceso de concentración empresarial en el sistema privado de salud las puso el régimen de Alberto Fujimori con la Ley de Modernización del Seguro Social en 1997. La norma permitió el ingreso de empresas privadas para cubrir las atenciones básicas de salud con el objetivo de descongestionar los hospitales del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), hoy EsSalud. Uno de sus principales promotores fue el entonces ministro de Salud y exasesor de compañías aseguradoras Marino Costa Bauer.

La ley dispuso que la población de seis millones de asegurados del entonces IPSS tuviera la alternativa de mantener sus aportes íntegros en el seguro social o trasladar una parte a las recién creadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Estas empresas debían administrar dichos fondos y definir las clínicas -de su propiedad o de terceros- en donde sus afiliados serían atendidos. Los primeros en crear sus EPS, por intermedio de sus aseguradoras, fueron los dos grupos financieros más grandes del Perú: Credicorp y Breca (entonces conocido como Brescia por el apellido de sus fundadores).

En 1998, el Grupo Breca, dueño de Rímac Seguros, dio origen a Rímac EPS. Al año siguiente, el Grupo Credicorp, que controla Pacífico Seguros, creó Pacífico Salud EPS. Desde entonces, estas dos compañías -que juntas reúnen el 77% de los afiliados bajo este sistema- dominaron el mercado de administración de fondos privados de salud y absorbieron en el camino a sus competidoras. El escenario cambió recién en el 2006, cuando la aseguradora de capitales españoles Mapfre Perú creó su propia EPS y La Positiva lo hizo en el 2012.

El problema es que las EPS no sirvieron para descongestionar el seguro social, como se había ofrecido, sino que resultaron siendo un esquema lucrativo para sus propietarios: solo entre el 2006 y 2011, Rímac EPS sumó 127 millones de soles en utilidades y Pacífico EPS obtuvo 35 millones de soles en el mismo período, según los reportes revisados por ojo-publico.com en la Superintendencia Nacional de Salud.

“Las EPS no sirvieron para descongestionar el seguro social, sino que resultaron siendo un esquema lucrativo para sus dueños.”

El negocio de la salud se volvió todavía más atractivo para estos grupos financieros con la segunda reforma del sector salud iniciada el 2009, durante el segundo gobierno de Alan García. La nueva Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, promulgada ese año, abrió el camino a que el Seguro Integral de Salud (SIS), subsidiado por el Estado, empezara a alquilar los servicios de las clínicas para cumplir con las atenciones de la creciente población de

asegurados que los saturados hospitales ya no podían cubrir. En la elaboración de esta norma, el Ministerio de Salud contrató como consultor al médico y entonces gerente general de la Clínica Stella Maris, Jorge Ruiz Portal, quien es el actual gerente de operaciones hospitalarias del Grupo Salud del Perú.

La perspectiva de esa demanda de usuarios generó que las ocho corporaciones económicas –cuatro de ellas dueñas de empresas de seguros y también de EPS- decidieran tomar el control de todos los eslabones del sistema de atención médica con las adquisiciones de diversos servicios de salud. Fue entonces que Credicorp y Breca, los españoles de Mapfre, las corporaciones médicas Ricardo Palma y San Pablo y los nuevos en el negocio, el Grupo Salud del Perú, Inversiones en Salud (La Positiva-Sanitas) y los chilenos de Cruz Blanca buscaron alianzas y salieron de compras.

Los gigantes CREDICORP y BRECA:

Entre el 2011 y 2012, Credicorp, presidido por Dionisio Romero Paoletti, se convirtió en el grupo más poderoso del sector privado de la salud en el Perú luego de invertir 110 millones de dólares en la compra de cuatro clínicas, 74 centros médicos en Lima, en el norte y sur del país, y dos cadenas de laboratorios, según los informes de la Superintendencia del Mercado de Valores y sus propios reportes financieros. El conjunto de operaciones bancarias alcanzó su punto cumbre en septiembre del 2014, mediante su asociación empresarial con el poderoso holding chileno Banmédica, que ya era dueño de la clínica San Felipe y de la cadena de laboratorios Roe.

Credicorp, a través de su aseguradora y EPS, se hizo de la propiedad de las clínicas San Borja y El Golf en Lima, Sánchez Ferrer en Arequipa y Belén en Piura, desde el 2011. En la capital compró también los servicios asistenciales Doctor+, las sedes del Centro Médico Odontológico Americano, del Centro de Oncología Oncocare (ahora Aliada), la importadora

de materiales médicos Prosemedic y los laboratorios Arias Stella y Bio Pap Service. Todos ellos adquiridos en los últimos tres años. Además, en el 2013, Credicorp creó la Red Sanna para expandir sus servicios médicos a diferentes regiones. Los diarios hablaron de un saludable 'boom' de inversiones, pero nadie mencionó que parte del costo de esas operaciones económicas se cubrió con el alza de los planes de asistencia médica que pagan los 500 mil afiliados a Pacífico Salud EPS. Ojo-publico.com verificó que entre el 2012 y 2014, por los mismos años en que se ejecutaron las compras, dichos usuarios afrontaron un aumento de 131 a 147 soles de la tarifa del plan de cobertura de salud que se les descuenta de su sueldo cada mes.

En el caso del Grupo Breca, la estrategia fue construir sus propios centros de salud. Entre el 2011 y el 2014, invirtió 100 millones de dólares en una nueva torre de la Clínica Internacional en San Borja, que era de su propiedad desde que compró la sede del centro de Lima en el 2001, y en centros médicos instalados dentro de los Mall Aventura Plaza de Santa Anita, Bellavista (Callao), Trujillo y Arequipa. Esta última cadena de servicios se puso en marcha mediante una alianza con el grupo chileno Guerrero y Asociados, del médico Francisco Guerrero, creador de la poderosa compañía Integramédica en su país.

“La Clínica Internacional y una cadena de servicios médicos en Lima y Callao están en manos de Breca.”. El grupo Breca controla también la Clínica Oncológica de Miraflores y planea realizar más inversiones para superar a Credicorp. El presidente del directorio de Rímac Seguros, Alex Fort Brescia, ha destinado otros 150 millones de dólares para la construcción de nuevas clínicas y centros intermedios de atención de salud en el país desde este año hasta el 2018, según anuncios de la empresa en los medios locales. Sin embargo, al igual que ocurrió con el caso de Credicorp, los 700 mil afiliados a Rímac EPS, subsidiaria de Rímac Seguros, tampoco se libraron del alza de tarifas de 137 a 165 soles mensuales por sus planes de salud en el mismo período

en el que hicieron sus primeras millonarias inversiones en infraestructura de servicios médicos.

El Grupo Salud del Perú:

En esta competencia por la compra de clínicas y centros médicos también ingresó con fuerza el Grupo Salud del Perú, conocido comercialmente como Auna. Se formó en el 2008 en una singular alianza entre Oncosalud y el Fondo de Inversiones Enfoca (conocido por ser el dueño del canal de televisión Latina y accionista del gigante almacenero Talma). La primera es la compañía emblemática del joven grupo económico y la más importante en cobertura y terapias contra el cáncer en el país, pero a la vez encabeza el ranking de las 32 empresas de servicios de salud más multadas por el Indecopi debido a malas prácticas en la atención a sus pacientes entre el 2011 y mediados del 2015.

Otra de las empresas del Grupo Salud del Perú –que surgió durante el segundo gobierno de Alan García y que tiene entre sus principales accionistas a los exministros de salud apristas Luis Pinillos Ashton y Carlos Vallejos Sologuren– es la lujosa Clínica Delgado de Miraflores inaugurada en el 2014. Este grupo invirtió 120 millones de dólares en infraestructura y tecnología médica –de los cuales 25 millones de dólares fueron obtenidos en calidad de préstamo de la Corporación Financiera Internacional (IFC, por sus siglas en inglés), uno de los brazos financieros del Banco Mundial– para levantar el edificio sobre un terreno donado por la Cruz Roja Peruana.

“El Grupo Salud del Perú se formó en el 2008 en una singular alianza entre Oncosalud y el Fondo de Inversiones Enfoca.”

Este grupo de capitales peruanos cuenta hoy con 21 establecimientos de salud que incluyen todos los locales de Oncosalud en Lima y el norte del país, las clínicas Bellavista y Miraflores en Piura, Vallesur en Arequipa, la empresa Servimédicos de Chiclayo y los

laboratorios Cantella. En julio pasado, Luis Pinillos Casabone, hijo de Luis Pinillos Ashton, le entregó la gerencia general al administrador Álvaro Campos Crosby, exvicepresidente de consumo masivo de la empresa de alimentos Alicorp.

Mapfre, Inversiones en Salud y Cruz Blanca:

Hay también corporaciones extranjeras que han buscado socios locales para concentrar el manejo tanto de empresas de fondos de aseguramiento como de asistencia médica. El Grupo Mapfre, de capitales españoles, compró la aseguradora Latina Seguros por apenas 13 millones de soles en el 2007 y la transformó en la compañía Mapfre Perú. Ese mismo año creó su propia EPS para competir con Rímac y Pacífico en la afiliación de trabajadores a planes de atención de salud.

Como parte de su estrategia, desde el 2010 Mapfre Perú construyó cuatro centros médicos en el Callao, Independencia, Comas y en la ciudad norteña de Chiclayo. El grupo al mando del español Renzo Calda Giurato ya anunció que se destinará otros 25 millones de dólares para abrir nuevos centros hasta el 2017, según los boletines oficiales de la empresa. Mapfre Perú también es propietario de las funerarias Finesterre y Agustín Merino.

Expansión. Grupo Inversiones en Salud tiene su EPS, La Positiva, y su cadena de centros médicos /Midchel Meza.

Un similar camino siguió una de las aseguradoras más antiguas del Perú: La Positiva, que tiene como accionista mayoritario al grupo Ferreycorp, dedicado a la venta de maquinaria pesada para la minería y la construcción, y también a la Corporación Financiera Internacional, brazo financiero del Banco Mundial.

En el 2012, La Positiva se asoció con Sanitas, una empresa de capitales españoles y vinculada al holding inglés Bupa, especializado en salud y con presencia en 190 países. La

alianza dio origen al Grupo Inversiones en Salud que, bajo la dirección de Juan Manuel Peña, de Ferreycorp, creó la EPS La Positiva Sanitas para vender planes de asistencia médica y también abrió centros de salud en Arequipa y Lima en el 2013.

“En el 2012, La Positiva se asoció con Sanitas para dar origen al Grupo Inversiones en Salud”

Cruz Blanca, compañía del millonario chileno Salvador Said que ya concentra las principales clínicas en su país, es otro de los inversionistas extranjeros que ha comenzado a absorber empresas en el Perú. En el 2011, su filial Cruz Blanca Perú compró Resomasa, la más avanzada cadena de servicios de diagnóstico por imágenes, en un primer movimiento por 4.1 millones de dólares. Dos años después, invirtió 12 millones de dólares para adquirir los laboratorios Anglolab y el Centro Ambulatorio Mediperú en la capital. Desde el 2013, este grupo dirigido en Lima por el chileno Andrés Varas Greene viene construyendo cinco centros médicos dentro de los locales de la cadena comercial Megaplaza. El primero fue inaugurado este año en la sede norte de Lima.

San Pablo y Ricardo Palma: Con la presión de poderosos competidores dispuestos a llevarse a sus pacientes, tradicionales corporaciones médicas empezaron a vender sus propios planes de cobertura de salud en una red de establecimientos de su propiedad. Una de ellas es la Clínica San Pablo, inaugurada en 1991 y transformada en el Complejo Hospitalario San Pablo desde que su propietario, el cardiólogo José Faustino Álvarez Blas, empezó a construir una red de clínicas a inicios del nuevo milenio. Esta corporación, que también es dueña de la cadena de hoteles Aranwa, invirtió 65 millones de dólares en siete clínicas desde el 2003 hasta el 2013: San Gabriel, San Juan Bautista, Jesús del Norte, Santa María del Sur y Chacarilla en Lima y las dos filiales de la Clínica San Pablo en Trujillo y Huaraz.

El cardiólogo José Álvarez es propietario de la Clínica San Pablo y de otras siete en el país, entre ellas San Gabriel. /Midchel Meza.

El Complejo Hospitalario San Pablo planea seguir expandiéndose con inversiones por 50 millones de dólares en la construcción de policlínicos en la capital, Arequipa y Tacna hasta el 2018. Este grupo posee más de 44 mil afiliados a sus planes de cobertura médica, sin contar con los usuarios de las atenciones externas. Sin embargo, su crecimiento no ha ido de la mano con las mejores prácticas en favor de sus pacientes, ya que varios de sus establecimientos figuran también en la lista de 32 clínicas del país más sancionadas por el Indecopi por casos de negligencia médica desde el 2011.

Una situación similar ocurre con la clínica Ricardo Palma, que desde hace cinco años ha tomado como estrategia incrementar su oferta con servicios de salud instalados en centros comerciales. Hasta la fecha cuenta con dos centros médicos ubicados en Plaza Lima Sur en Chorrillos y Plaza Norte en Comas.

Esta empresa, que tiene como presidente de directorio al neumólogo César Villarán Ferreyros, destinará 35 millones de dólares en los próximos tres años para la ampliación de su sede central en la avenida Javier Prado. A pesar de este proceso de inversión en locales y servicios, que ha captado 49 mil personas para sus planes de salud, figura como la empresa que tiene las multas más altas aplicadas por Indecopi debido a casos de mala praxis ocurridos en los últimos cinco años. La fórmula de concentración empresarial refleja que la salud es un gran negocio para los ocho grupos económicos que buscan dominar la oferta de servicios médicos.

El problema es que sus inversiones financieras crecen sin vigilancia del Estado para medir si mejora o aumenta en la misma medida la calidad de atención a los pacientes. “El Ministerio de Salud no puede esperar a estar frente a un escenario de lucro desmedido a costa de la salud de las personas para recién intervenir”, advierte Mario Ríos, exsuperintendente adjunto de la Sunasa. La primera radiografía del sector privado de salud ya arroja peligrosos síntomas.

2.3. Conceptos relacionados con la investigación

2.3.1. *Conceptos de gestión del riesgo operacional*

Gestión del riesgo en el sector de los seguros en general:

Para los aseguradores la gestión de riesgos es su actividad fundamental (identificar, medir, controlar, monitorizar), dado que son manejadoras de riesgo al servir de receptores de riesgos transferidos por los individuos o las empresas a cambio de un monto mensual o anual. Por lo anterior el comportamiento de los riesgos que se están asegurando es una variable clave para la supervivencia de la empresa aseguradora y máxime teniendo en cuenta que enfrentan una altísima variabilidad en el valor de sus pasivos, los cuales nunca son conocidos en su totalidad (el valor y el tipo de las reclamaciones pueden variar perfectamente en el tiempo, afectando su margen de solvencia).

Dentro de la normatividad que enmarca en el sector asegurador la gestión de riesgos, se encuentra la circular Externa 007 de 1996 -Circular Básica Jurídica- (Superintendencia Financiera de Colombia, 1996), que en su capítulo quinto dicta “reglas especiales sobre gestión de riesgos en las entidades aseguradoras”, además de establecer el deber que tienen las entidades aseguradoras de contar con un Sistema Especial de Administración de Riesgos de Seguros (SEARS), que les permita realizar una adecuada gestión de los riesgos propios de su actividad; también se establece que las aseguradores deben adoptar sistemas especiales de identificación, medición, evaluación y control de aquellos riesgos particulares a su actividad.

Los SEARS deben contener los siguientes elementos: Políticas sobre asunción de riesgos; Infraestructura adecuada para la gestión de los riesgos de seguros; Metodologías especiales para la medición de los riesgos de seguros; Procesos de Control de Riesgos; Mecanismos de control de los procesos. Éstos deben permitir cuantificar los riesgos y determinar el procedimiento a seguir a fin de mitigar o controlar cada uno. Además de prever

mecanismos permanentes y eficaces de control de estos, para monitorizar riesgos existentes e identificar nuevos que deban ser cuantificados.

Esta circular define los siguientes riesgos propios del aseguramiento: de crédito: posibilidad de incurrir en pérdidas por el no pago o pago inoportuno de las obligaciones a cargo de sus reaseguradores, asegurados, intermediarios de seguros y otras compañías de seguros con las cuales realiza operaciones de coaseguro; de mercado: posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incremento no esperado en el monto de sus obligaciones con asegurados, reaseguradores, intermediarios y otros agentes externos a causa de variaciones en las tasas de interés, en la tasa de devaluación o cualquier otro parámetro de referencia; de liquidez: imposibilidad de adquirir u obtener los fondos necesarios para atender el pago de obligaciones de corto plazo bien sea para el pago de siniestros o para el ajuste de reservas inadecuadamente calculadas; de suscripción: posibilidad de incurrir en pérdidas como consecuencia de políticas y prácticas inadecuadas en el diseño de productos o en la colocación de los mismos. Está compuesto por los riesgos de tarifación, de descuentos sobre primas, de concentración y de diferencias en condiciones; de insuficiencia de reservas técnicas: probabilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las reservas técnicas y otras obligaciones contractuales; legal: posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incumplimiento de normas legales, de la inobservancia de disposiciones reglamentarias, de códigos de conducta o normas éticas en cualquier jurisdicción en la cual opere la entidad aseguradora; operacional: posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de problemas en el desarrollo de las funciones del negocio o sus procesos.

La exposición a este riesgo puede resultar de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, fraude o catástrofes naturales; estratégico: probabilidad de pérdida como consecuencia de la imposibilidad de implementar apropiadamente los planes de negocio, las estrategias, las

decisiones de mercado, la asignación de recursos y su incapacidad para adaptarse a los cambios en el entorno de los negocios; de reputación: probabilidad de pérdida como consecuencia de incurrir en pérdidas derivadas de la celebración de contratos de seguros y reaseguros con personas y entidades que generen un bajo nivel de confianza para sus asegurados por su nivel de solvencia o la conducta de sus funcionarios o por la celebración de acuerdos sobre los cuales recaiga una publicidad negativa, así como la realización de prácticas que puedan derivar en demandas legales y pérdida de credibilidad del público.

La circular externa 052 de 2002 (Superintendencia Bancaria de Colombia, 2002), expresa que:

Las aseguradoras deben: contar con políticas propias en materia de administración de riesgos, definir los mecanismos y procedimientos para la identificación de riesgos, diseñar una infraestructura técnica y humana adecuada para su gestión, diseñar los procesos de control de riesgos, establecer los mecanismos que garanticen una adecuada divulgación de las políticas de riesgos y los procedimientos de control de los mismos al interior de la entidad, entre otros. Las aseguradoras además están obligadas a diseñar, probar, adoptar y aplicar metodologías completas de cuantificación de riesgos.

Por otra parte, la circular externa 041 de 2007 (Superintendencia Financiera de Colombia, 2007):

Establece las reglas relativas a la administración del riesgo operativo. Según ésta las entidades deben estar encaminadas a la identificación, medición, control y monitoreo del riesgo, en otras palabras, generar estándares para el conocimiento del perfil de riesgo operacional manejado por la organización. “Las entidades aseguradoras se encuentran expuestas (además de los riesgos generales a que se expone toda entidad financiera como: los

riesgos de crédito, mercado, liquidez, operacional, legal, estratégico y de reputación, entre otros), a riesgos particulares de la actividad aseguradora como: los riesgos de suscripción y de insuficiencia de reservas técnicas. Estos últimos también suponen la posibilidad de afectar los resultados potenciales y por ende generar una pérdida del valor económico del patrimonio de las entidades aseguradoras y de su reputación en el mercado con efectos nocivos para su solvencia y viabilidad financiera” (Superintendencia Financiera de Colombia, 1996).

El riesgo de aseguramiento hace relación a la probabilidad de que ocurran variaciones inesperadas en la siniestralidad y a que las primas sean insuficientes para cubrir los costos de los siniestros, lo que obliga a estas organizaciones a mantener un margen de solvencia que les permita amortiguar el impacto; además deben gestionar los recursos asegurados para garantizar que las primas sean suficientes para cubrir los siniestros.

En las empresas aseguradoras se cuenta con diferentes metodologías para la identificación de riesgos, dada la amplia gama de siniestros a los que puede enfrentarse. Algunas de estas metodologías son por ejemplo las entrevistas; los cuestionarios de ingreso; las listas de chequeo; análisis de informes, registros, siniestros y documentos contractuales y la inspección de riesgos, entre otros.

Gestión del riesgo en el sector de los seguros de salud:

La mayoría de los sistemas de salud son una combinación compleja de coberturas privadas y públicas; el uso de sus servicios está altamente influenciada por el método de financiación: los sistemas de pagador simple disminuyen la oferta de servicios a través de pagos bajos al proveedor y filas de espera; los sistemas de mercado libre incentivan el uso excesivo de servicios si el paciente no participa integralmente en el costo del servicio; los sistemas gubernamentales que limitan los costos suelen resultar en tendencias de “transferencia de costos” hacia planes privados, observando que la mayoría de los sistemas no incentivan al

paciente a buscar la mejor alternativa con base en precio y calidad. Se tiene una amplia serie de categorías de riesgos en los seguros de salud. Estas categorías de riesgos se describen así:

a. **Incidencia de reclamos:** Número de servicios proporcionados a la población cubierta. Aseguradores de salud desarrollan tarifas utilizando tasas de utilización proyectadas

b. **Severidad de reclamos:** Es la cuantía de cada reclamo y varía por tipo de servicio. Está afectada principalmente por contrato de proveedor y tipo de reclamo. Algunas estructuras de beneficios pueden limitar la severidad imponiendo máximos o pagos en cuotas “por evento”. La distribución de probabilidad de reclamos (DPR), mide el impacto combinado de incidencia y severidad; muestra el porcentaje de individuos que se anticipan con reclamos de diferentes cuantías y son útiles en la tarificación de seguros y reaseguros de salud.

c. **Estructura de beneficios:** Pueden influenciar el perfil de riesgo del asegurador de varias formas: Beneficios cubiertos vs. no-cubiertos

d. **Máximos de beneficios:** Participación del paciente en costos a través de deducibles, copagos y coaseguro (entre mayor participación, menor utilización; entre mayor participación, menor costo por reclamo).

e. **Coberturas de proveedores de red versus fuera de red:** Una estructura de beneficios obligatorios (como el POS) reduce la capacidad del asegurador de manejar el riesgo a través de diseño de beneficios. Los planes privados suplementarios pueden tener beneficios alternos, lo que es una oportunidad para manejar el riesgo.

f. **Contratos de proveedor:** Constituyen uno de los mayores componentes de severidad de reclamos. Contratos pueden tener varias estructuras: factura por servicio, descuentos por servicios facturados, costo hospitalario por caso y por día, matriz de costos por procedimiento, capitación, médicos asalariados. El método de contratación puede influenciar las tasas de utilización: Contratos de factura por servicio incentivan al proveedor a atender a más pacientes Arreglos de capitación incentivan a un uso más eficiente de servicios, pero se

debe monitorizar la calidad del servicio. Arreglos de participación de costos con los proveedores pueden alinear los incentivos de asegurador y proveedor para dar servicios eficientes y de calidad.

g. **Costo administrativo:** El asegurador incurre en costos administrativos al proporcionar beneficios de salud incluyendo: administración de reclamos, contratación de proveedores, servicio al cliente, servicios financieros y actuariales, selección médica, manejo médico, cumplimiento de reglas y regulaciones, ventas y mercadeo, sistemas informáticos, costos indirectos de gerencia, impuestos. El riesgo se puede reducir: a) limitando el costo relacionado con reclamos (administración de reclamos, manejo médico, contratación de proveedores); b) mejorando los ingresos; c) limitando la exposición al riesgo

h. **Tarificación:** Las primas deben reflejar todos los costos que incurre el asegurador: Tasas de utilización proyectadas por tipo de servicio, reembolso a proveedores por reclamo, nivel de beneficios por cobertura, costos administrativos, costo a largo plazo de capital y ajustes a procesos de selección.

i. **Selección Médica:** Es el proceso de calcular la prima “correcta” para un individuo o grupo de individuos, con base en el riesgo que representan. Implica riesgo de Selección adversa.

j. **Manejo médico:** Es responsable de supervisar que el paciente reciba el cuidado correcto en el medio correcto al momento correcto. Tiene la capacidad de reducir la utilización innecesaria y mejorar la calidad; resulta en costos médicos más bajos, sin embargo, conlleva un riesgo.

Las actividades de manejo médico deberían analizarse con base en un análisis de costo – beneficio para determinar si el ahorro potencial es mayor que el aumento en costos administrativos. Empresas HMO en USA han implementado sustitutamente el "manejo de

cuidados" o "cuidado gestionado". "Incluye manejo de enfermedades, capacitación de proveedores, capacitación de pacientes, mejoras de calidad, entre otros"

k. **Manejo financiero:** Sus actividades incluyen: cálculo de reservas, reporte financiero, cálculo de capital, planeación fiscal, presupuesto y proyecciones, monitoreo de resultados financieros, manejo de riesgos, incluyendo decisiones de reaseguro, supervisión de contratos, tarificación y selección.

El manejo de este riesgo incluye: Adecuación de reservas, solvencia de la empresa, cumplimiento con requisitos estatutarios y de capital, satisfacer los objetivos financieros de la gerencia y los accionistas

l. **Cumplimiento de reglas y regulación:** Las aseguradoras deben conocer y cumplir las leyes y regulaciones del gobierno.

m. **Guías de precios:** Les permiten a las partes interesadas entender el impacto sobre los costos de las decisiones de cuidados de la salud; y proporcionan una base consistente para el desarrollo de costos con la flexibilidad de ajustar para una situación específica. Para tal fin incluyen el siguiente tipo de información: Tasas de utilización por tipo de servicio, reembolso promedio por tipo de servicio, la flexibilidad de ajustar utilización y costo por diferencias en población. Las guías de precios pueden ser desarrolladas utilizando la experiencia específica de compañía, la mezcla de experiencia de la industria, información agregada de país, datos de países comparables con ajustes para reflejar condiciones locales. Las guías de precios incluyen datos detallados para poder ajustar los costos a una población específica.

n. **Guías de selección:** Estas le permiten a la compañía tarificar apropiadamente una cobertura de salud y pueden ser guías de selección financiera y guías de selección médica. Las financieras establecen el proceso para que el seleccionador cotice una prima a un individuo o a un grupo y proporcionan un método consistente para evaluar el riesgo de cada individuo o grupo. Las guías de selección médicas proporcionan un método consistente de medir el riesgo

médico de cada individuo y pueden ser estructuradas con base en la condición médica, uso de tabaco, y drogas en uso por el individuo, etc. A cada persona se le asigna una clasificación de riesgo con base en el costo esperado. El proceso de selección médica se da cuando el individuo aplica para cobertura y se somete a la identificación de la condición actual o pre-existente para él y los miembros de su familia; ésta es revisada por seleccionadores y el riesgo es asignado con base en guías de selección; el riesgo de cada individuo es comparado con el promedio para asignar un factor de selección médico y este factor se usa para calcular la prima.

o. **Guías clínicas:** Son una herramienta que pueden usar los proveedores y las compañías de seguros para mejorar la eficiencia, seguridad y calidad del cuidado de la salud. Están basadas en los estudios más avanzados disponibles, evidencia, y las mejores prácticas observadas. Están enfocadas a posicionar al paciente en el nivel apropiado de cuidado para su condición médica. Estas guías pueden ser utilizadas para identificar pasos en el tratamiento y facilitar la coordinación de los cuidados médicos, mejorar la calidad verificando que el cuidado apropiado está siendo aplicado, proporcionar criterios de autorización para que el paciente sea trasladado al nivel más apropiado de cuidado en el momento correcto, comparar medidas de calidad con estándares reconocidos, comparar resultados con estándares nacionales para planear iniciativas de manejo, servir como una lista de seguridad para el paciente, ayudar a desarrollar un plan de cuidados para pacientes crónicos, entre otros.

p. **Sistemas informáticos de apoyo de decisiones:** Otras herramientas de manejo financiero para apoyar el manejo de riesgo: Herramientas de estimación de reservas; Modelos de proyección de utilización y costos; Modelos de capital económico; Modelos estocásticos y de simulación de riesgos; Modelos de capital estatutario.

Para Velezmoro (2010); los riesgos:

Son parte de las actividades diarias de las personas ya sea en forma individual o conjunta. La humanidad, desde su existencia y a lo largo de la historia, ha convivido y

afrontado una serie de riesgos, algunos con consecuencias funestas o sin ellas, frecuentes o no frecuentes. De forma análoga, la actividad empresarial, entre ellas la de las Instituciones Financieras, está expuesta a riesgos, por lo tanto, sus decisiones deben considerar los posibles riesgos a los que están expuestas, así como la manera de tratarlos. Riesgo se define como “la posibilidad de que un evento ocurra y afecte adversamente el logro de los objetivos”.

Como resultado de una serie de eventos que afectaron la permanencia de grandes empresas a partir de la década de los ‘80s, entre ellas varias instituciones financieras, es que la gestión del riesgo operacional tomó relevancia. A nivel internacional, los principales bancos, reguladores, e instituciones como el Comité de Supervisión Bancaria de Basilea, así como la comunidad de profesionales de la administración de riesgos, consideraron incluir dentro de la gestión de riesgos al riesgo operacional, con lo cual pasó a ser parte de las buenas prácticas de gestión. Sobre esta base, es que se dio inicio al establecimiento de metodologías, políticas y procedimientos para gestionar los riesgos operacionales, surgiendo la necesidad de asignar capital para cubrir posibles pérdidas que pudieran ocurrir por este riesgo.

El riesgo operacional se define como “el riesgo de sufrir pérdidas debido a la inadecuación o a fallos de los procesos, personas o sistemas internos o bien a causa de acontecimientos externos. Esta definición también engloba el riesgo legal, pero excluye los riesgos estratégicos y de reputación”.

El riesgo operacional se presenta a través de diferentes eventos que pueden surgir por fallas, errores, omisiones, uso no autorizado o fraude, de las personas, procesos, sistemas o externos, afectando una o más líneas de negocio generando uno o más efectos que reducen valor a la organización.

Dentro de este contexto, se desarrollaron varios estándares internacionales de gestión de riesgos, entre los cuales, el más reconocido en los últimos años es el COSO ERM, creado

por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO), el cual propone y define un marco para gestionar los riesgos de una manera integrada. Por su parte, el Comité de Basilea en julio de 1988, publicó el primero de los Acuerdos de Basilea (Basilea 1), el cual fue un conjunto de recomendaciones con el objetivo de establecer el capital mínimo que debía tener una IF en función de los riesgos que afrontaba, denominado capital regulatorio. Este capital cubre los riesgos de crédito y mercado, y es equivalente al 8% de los activos ponderados por riesgo (APR) de la IF. Sin embargo, una IF puede tener o demostrar niveles de capital más exactos o ajustados a su realidad, lo cual recibe el nombre de capital económico.

A nivel regulatorio local, la SBS en el año 1999, publicó la Resolución SBS N° 1040-1999 “Reglamento para la administración del sistema de control interno”:

Donde, entre otros requerimientos, se exigía principalmente el establecimiento, funcionamiento y monitoreo de un adecuado sistema de control interno; y en el año 2002, publicó la Resolución SBS N° 006-2002 “Reglamento para la administración de riesgos de operación”, donde se hizo exigible la implementación de un sistema de gestión de riesgo operacional que incluía la Circular SBS G-105-2002 “Riesgo de Tecnología de Información”.

En el contexto empresarial actual, el estándar internacional de gestión de riesgos de mayor reconocimiento es el estándar COSO – ERM, publicado el año 2004 bajo el concepto integrado de gestión de riesgos. El COSO, "Enterprise Risk Management – Integrated Framework" publicado el 2004, define ERM como: Gestión de riesgos empresariales es un proceso efectuado por el directorio, gerentes, y otros funcionarios, aplicada en el establecimiento de la estrategia en todos los niveles de la empresa, diseñado para identificar potenciales eventos que puede afectar a la entidad, y gestionar el riesgo dentro de su apetito de riesgo, para proveer seguridad razonable en relación con el logro de objetivos empresariales.

El marco para la gestión integrada de riesgos COSO ERM, busca ayudar en la creación de valor para los accionistas a través de una estructura adecuada e interrelacionada enfocada en gestionar los riesgos de la organización de forma integral.

El valor se maximiza en la medida en que se cuente con objetivos y estrategias establecidas para lograr un adecuado balance entre crecimiento, metas, rentabilidad, riesgos, y el uso efectivo y eficiente de los recursos de la organización. Esta estructura, fluye a través de los distintos niveles de la organización, con roles y responsabilidades establecidos enfocados en la gestión de riesgos. Lo que se busca es contar con un único marco o metodología estándar de gestión de riesgos para ayudar a la gerencia a lograr el desempeño y rentabilidad deseados previniendo la pérdida innecesaria de recursos, o en su defecto, mantener las pérdidas en los niveles de apetito y tolerancia al riesgo.

COSO ERM incluye cuatro categorías de objetivos y ocho componentes, indicando que el control interno es parte de la gestión integral de riesgos.

Las cuatro categorías de objetivos son los siguientes:

1) **Estratégicos:** metas de alto nivel, alineados con la visión y misión de la organización. Reflejan la elección de la alta dirección en cuanto a cómo la entidad procurará crear valor para sus grupos de interés.

2) **Operativos:** relacionados con la eficacia y eficiencia de las operaciones de la entidad, incluyendo los objetivos de rendimiento y rentabilidad y de salvaguarda de recursos frente a pérdidas.

3) **Reporte:** relacionados con la confiabilidad de la información reportada (sea interna o externa, de carácter financiero y no financiero).

4) **Cumplimiento:** relacionados al cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

Los ocho componentes se describen a continuación:

Ambiente interno. - Abarca el entorno de la organización, es la base de todos los componentes de la gestión de riesgos, proporcionando disciplina y estructura. Influye en cómo se establecen las estrategias y los objetivos; cómo se estructuran las actividades del negocio; y cómo se identifican, evalúan y controlan / mitigan los riesgos. Está comprendido por: Filosofía de gestión de riesgo; Apetito por el riesgo; Rol de supervisión del Directorio; Integridad y valores éticos; Compromiso de competencia; Estructura organizacional y procesos; Asignación de autoridad y responsabilidad; Políticas y prácticas de Recursos Humanos; Políticas y Procedimientos de Gestión de Riesgos; Crear Área/Unidad de Riesgo.

Establecimiento de objetivos. - Los objetivos son definidos a nivel estratégico alineados a la visión y misión de la organización, estableciendo la base para los objetivos operativos, de reporte y cumplimiento. Una condición previa para la efectiva identificación de eventos, evaluación de riesgos y respuesta de riesgos es el establecimiento de objetivos. Los objetivos están alineados con el riesgo aceptado de la entidad, el cual impulsa sus niveles de tolerancia al riesgo. Está comprendido por: Objetivos Estratégicos; Objetivos de Operación; Objetivos de Reporte; Objetivos de Cumplimiento; Apetito por el riesgo: El monto total de riesgo que una compañía u otra entidad desea aceptar para la obtención de su misión / visión; Tolerancia al riesgo: La variación relativa aceptable para el logro de un objetivo.

Identificación de eventos. - Un evento es un incidente o hecho, derivado de fuentes internas o externas, que afecta la ejecución correcta de la estrategia o el logro de objetivos. Eventos con impacto negativo representan riesgos, mientras que eventos con impacto positivo representan oportunidades. Está comprendido por: Eventos: positivos o negativos; Factores externos: económicos, naturaleza y medio ambiente, políticos, culturales, sociales, tecnológicos; Factores internos: infraestructura, personal, procesos, tecnología; Técnicas de identificación de eventos; Interdependencia de eventos; Categorías de eventos; Distinción de riesgos y oportunidades.

Evaluación de riesgos. - La evaluación de riesgos permite que la organización estime en qué medida eventos potenciales afectan el logro de sus objetivos. La evaluación de riesgos se realiza a través de dos perspectivas: impacto y probabilidad. Los enfoques cuantitativos no sustituyen necesariamente a los enfoques cualitativos, más bien se complementan. Comprende lo siguiente: Riesgo inherente y residual; Impacto y probabilidad; Metodologías y técnicas: Enfoques cualitativos; Autoevaluación; Mapas de riesgo; Respuesta al riesgo. Habiendo identificado los riesgos significativos, la gerencia determina como responderá para mitigarlos, eligiendo entre las estrategias alternativas de: evitar, reducir, compartir o aceptar. Se evalúa el efecto en el impacto y probabilidad del riesgo, así como el costo-beneficio, seleccionando una respuesta que lleve al riesgo residual a ubicarse dentro de la tolerancia del riesgo deseado. Comprende lo siguiente: Categorías de Respuestas; Identificar respuestas al riesgo; Evaluar efectos en impacto y probabilidad; Evaluar costo-beneficio o Selección de respuestas.

Actividades de control. - Establecimiento y revisión continua de políticas y procedimientos que ayudan a la gerencia a asegurar que las respuestas a los riesgos son llevadas a cabo; en sí mismas estas actividades pueden ser la respuesta al riesgo. Ocurren a lo largo de toda la organización, a todo nivel y función y logran cumplir con los objetivos de la entidad en todas sus categorías. Incluye lo siguiente: Integración con la respuesta al riesgo; Tipos de actividades de control: Preventivas versus Detectivas; Manuales vs. Automatizadas; Controles en sistemas de información: Controles generales; Controles específicos.

Información y comunicación. - Se necesita información en todos los niveles de la organización para identificar, evaluar y responder a los riesgos. La información pertinente es identificada, capturada y comunicada oportunamente, permitiendo que el personal lleve a cabo sus responsabilidades. Comprende lo siguiente: Información: fuentes internas y externas, cuantitativa y cualitativa, financiera y no financiera; Sistemas estratégicos e integrados; Nivel

de detalle y oportunidad de la información; Calidad de la información; Comunicación (interna y externa, vertical y horizontal).

Monitoreo. - Consiste en determinar si el funcionamiento de la gestión de riesgos corporativos continúa siendo eficaz. Se logra a través de la supervisión continua de las actividades o a través de evaluaciones independientes, o una combinación de ambos. La supervisión debe entenderse como el proceso de evaluar y monitorear la presencia y funcionamiento de los componentes de ERM. Incluye lo siguiente: Evaluaciones independientes: Auditores internos, Auditores externos, Especialistas; Evaluaciones continuas / supervisión permanente; Reporte de Deficiencias.

Reducción de los riesgos empresariales:

De acuerdo con Mascareñas (2013); la reducción de riesgos se refiere a:

La minimización de los efectos negativos contra el desarrollo de las empresas. Al respecto, las empresas deben tomar decisiones sobre riesgos en relación a sus deudas, inversiones y la rentabilidad de sus actividades. Al respecto, el riesgo es la probabilidad de un evento adverso y sus consecuencias. El riesgo financiero se refiere a la probabilidad de ocurrencia de un evento que tenga consecuencias financieras negativas para una organización.

El concepto debe entenderse en sentido amplio, incluyendo la posibilidad de que los resultados financieros sean mayores o menores de los esperados. De hecho, habida la posibilidad de que los inversores realicen apuestas financieras en contra del mercado, movimientos de éstos en una u otra dirección pueden generar tanto ganancias o pérdidas en función de la estrategia de inversión.

Existen varios tipos de riesgos financieros: 1) Riesgo de mercado, asociado a las fluctuaciones de los mercados financieros, y en el que se distinguen: i) Riesgo de cambio, consecuencia de la volatilidad del mercado de divisas; ii) Riesgo de tipo de interés,

consecuencia de la volatilidad de los tipos de interés; ii) Riesgo de mercado (en acepción restringida), que se refiere específicamente a la volatilidad de los mercados de instrumentos financieros tales como acciones, deuda, derivados; 2) Riesgo de crédito, consecuencia de la posibilidad de que una de las partes de un contrato financiero no asuma sus obligaciones. 3) Riesgo de liquidez o de financiación, y que se refiere al hecho de que una de las partes de un contrato financiero no pueda obtener la liquidez necesaria para asumir sus obligaciones a pesar de disponer de los activos —que no puede vender con la suficiente rapidez y al precio adecuado— y la voluntad de hacerlo. 3) Riesgo operativo, que es entendido como la posibilidad de ocurrencia de pérdidas financieras, originadas por fallas o insuficiencias de procesos, personas, sistemas internos, tecnología, y en la presencia de eventos externos imprevistos. 4) Riesgo país o riesgo soberano; y, 5) Riesgo sistémico.

El riesgo financiero, también conocido como riesgo de crédito o de insolvencia. Hace referencia a las incertidumbres en operaciones financieras derivadas de la volatilidad de los mercados financieros y de crédito. Por ejemplo, a la incertidumbre asociada al rendimiento de la inversión debida a la posibilidad de que la empresa no pueda hacer frente a sus obligaciones financieras (pago de los intereses, amortización de las deudas). Es decir, el riesgo financiero es debido a un único factor: las obligaciones financieras fijas en las que se incurre. El riesgo financiero está estrechamente relacionado con el riesgo económico puesto que los tipos de activos que una empresa posee y los productos o servicios que ofrece juegan un papel importantísimo en el servicio de su endeudamiento. (Riesgos económico y financiero.

Según Madura (2013):

El riesgo es una baja o disminución en el valor real en comparación con el valor de libros de los valores negociables, los inventarios y las cuentas por cobrar dará como resultado

un Capital de Trabajo disminuido; entonces, mientras más grande sea el riesgo de una pérdida tan mayor será el importe del Capital de Trabajo que deba tener disponible a fin de mantener el crédito de la empresa. Respecto a las causas de la insuficiencia del capital de trabajo; una empresa puede tener un nivel bajo de Capital de Trabajo o un Capital de Trabajo Negativo, en éste último caso existirá un riesgo cual es la probabilidad de llegar a la insolvencia técnica, esto es, cuando la empresa no se encuentra en condiciones de cumplir con sus obligaciones de caja o lo que es lo mismo de pago con dinero, a medida que se vencen; lo mencionado puede ser ocasionado por: i) El resultado de las Pérdidas de Operación. Un negocio puede incurrir en pérdidas de operación debido a: Volumen de ventas insuficientes en relación con el costo para lograr las ventas, precio de ventas rebajadas debido a la competencia, un gasto excesivo por las cuentas por cobrar incobrables, aumentos en los gastos mientras disminuyen las ventas; ii) Pérdidas excesivas en operaciones extraordinarias, como por ejemplo la baja en el valor del mercado de los activos (inventarios) como consecuencia de desastres naturales, el fracaso de la gerencia en la obtención de fuentes de financiamiento externas de los recursos necesarios para financiar la ampliación del negocio; iv) Una política poco conservadora de dividendos, el pago de dividendos aun cuando ni las ganancias actuales ni la situación de caja garantizan dichos dividendos. Esto se hace con frecuencia para conservar la apariencia de una situación financiera favorable; v) La inversión de fondos corrientes en la adquisición de activo no corriente, por ejemplo en la adquisición de mercaderías de lenta rotación o de activos no productivos, que son el resultado de no realizar previamente un estudio técnico; vi) Los aumentos en los precios debido a factores macroeconómicos, requiriendo por lo tanto la inversión de más dinero para poder mantener la misma cantidad física en los inventarios y activo fijo.

La supervisión como plataforma para la gestión de riesgos:

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

Según el Decreto Supremo N° 034-2015-SA; la supervisión es el proceso que se desarrolla con base a la metodología de inspección, vigilancia y control sobre las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas y mixtas, bajo un enfoque de cumplimiento normativo, gestión del riesgo, promoción y protección de derechos en salud. El seguimiento y monitoreo de la información electrónica, así como de su intercambio, es una modalidad de supervisión de SUSALUD, orientada a validar la calidad, oportunidad, disponibilidad y transparencia de la información generada por las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS. La IPROM, adicionalmente, realiza una modalidad de supervisión denominada Vigilancia, orientada a las plataformas de atención al ciudadano en las IAFAS e IPRESS. Además, de las acciones de supervisión descritas precedentemente, SUSALUD podrá llevar a cabo una Supervisión Especial Abreviada, la misma que se desarrolla en el plazo de un (1) día calendario, a fin de verificar que las IPRESS cuenten con registro vigente ante SUSALUD y de ser el caso, que hayan implementado las medidas de seguridad dispuestas. Con respecto a las IAFAS, verificar que las mismas cuenten con registro vigente ante SUSALUD. Asimismo, se podrá solicitar, de ser necesario, el apoyo de la Policía Nacional del Perú y del Ministerio Público.

Características:

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

La supervisión realizada por SUSALUD tiene las siguientes características:

- a) Desconcentrada: Se realiza mediante acciones de supervisión en el ámbito regional.
- b) Enfoque mixto: Aplica al cumplimiento normativo, a la administración del riesgo y a la protección de los derechos en salud.

- c) Especializada: Es realizada por profesionales facultados por SUSALUD para el desarrollo de estas actividades y considera procedimientos, instrumentos, técnicas y recursos especializados.
- d) Permanente: Consiste en el seguimiento de las actividades de las instituciones bajo supervisión en el ámbito de competencia de SUSALUD.
- e) Progresiva: Es un proceso gradual y continuo en su implementación a nivel nacional.
- f) Reservada: SUSALUD se encuentra prohibida de revelar a terceros, la información que obtenga de las instituciones bajo supervisión, con las excepciones que establece la ley.
- g) Sistémica: Involucra la interrelación de los distintos agentes en los diferentes niveles de gestión nacional, regional y local, en el ámbito de competencia de SUSALUD.
- h) Transparente: SUSALUD brinda al ciudadano y a las instituciones bajo supervisión, la información pública que requiera para garantizar el ejercicio de sus derechos, de conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- i) Valor Probatorio: Los hechos verificados en la supervisión, consignados en las actas de supervisión, los instrumentos, verificadores documentales y herramientas de supervisión utilizados por el personal de SUSALUD, se constituyen en medios probatorios en los procesos administrativos que pudieran derivarse.

Órganos competentes:

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

La supervisión es ejercida a través de los siguientes órganos competentes:

- 1) La ISIAFAS es el órgano de línea, dependiente de SASUPERVISION, responsable de llevar a cabo la supervisión de las actividades de las IAFAS, así como los aspectos contables y financieros de las UGIPRESS.
- 2) La ISIPRESS es el órgano de línea, dependiente de SASUPERVISIÓN, responsable de llevar a cabo la supervisión de los procesos asociados a la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las IPRESS y de los aspectos de gestión sanitaria y administrativa en las UGIPRESS. Asimismo, aplica las medidas de seguridad a las que se refiere el presente Reglamento en el marco de lo establecido en la LGS en las IPRESS y UGIPRESS.
- 3) La IPROT es el órgano de línea, dependiente de SADERECHOS, responsable de llevar a cabo la supervisión, mediante la intervención de oficio o a solicitud de parte, de los hechos o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho de los usuarios de los servicios de salud y de los hechos o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho de los consumidores en su relación de consumo con las IAFAS e IPRESS, pudiendo realizar auditorías médicas, auditorías de caso, auditorías en salud y auditorías de procesos para tal fin, así como aplicar las medidas de seguridad a las que se refiere el presente Reglamento en el marco de lo establecido en la LGS, en las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS. Asimismo, es responsable de llevar a cabo la supervisión de los procesos de atención de consultas, reclamos, quejas, denuncias y sugerencias.
- 4) La IPROM es el órgano de línea, dependiente de SADERECHOS, responsable de llevar a cabo la vigilancia, que consiste en la supervisión de la implementación y operación de las plataformas de atención al ciudadano en las IAFAS e IPRESS.

- 5) La IID es el órgano de línea, encargado de validar la calidad, oportunidad, disponibilidad y transparencia de la información generada por las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, así como del intercambio de información electrónica en las condiciones, formas y plazos establecidos por SUSALUD.

Programa Anual de Supervisión de SUSALUD:

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

La ISIAFAS, la ISIPRESS y la IPROM formulan, proponen y ejecutan el Programa Anual de Supervisión, el mismo que es aprobado por el Superintendente, conteniendo como mínimo lo siguiente:

- a) Objetivos del Programa Anual.
- b) Actividades a desarrollar.
- c) Número de IAFAS, IPRESS y UGIPRESS a supervisar.
- d) Cronograma.
- e) Recursos humanos.
- f) Recursos financieros.
- g) Criterios generales y otros.

El Programa Anual de Supervisión de SUSALUD tendrá evaluaciones trimestrales, pudiendo modificarse en función de los resultados de dichas evaluaciones o por razones justificadas debidamente sustentadas. La supervisión a cargo de la IPROT no requiere de formulación de Programa Anual por tratarse de intervenciones de oficio o a solicitud de parte en los hechos o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho de los usuarios de los servicios de salud y de los hechos o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho de los consumidores en su relación de consumo con las IAFAS e IPRESS.

Etapas de la Supervisión:

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

La supervisión comprende las siguientes etapas:

- 1) **Planificación:** Es la etapa previa o preparatoria de la supervisión, tiene como objeto conocer el estado situacional de la institución o área a supervisar para establecer el plan de trabajo, determinar el tipo de supervisión y los instrumentos a utilizar.
- 2) **Ejecución:** Es la etapa en la cual se aplican los instrumentos de supervisión plasmándose los hechos en actas de supervisión, instrumentos, verificadores documentales y herramientas de supervisión.
- 3) **Informes:** Es la etapa en la cual se elaboran los informes de supervisión, así como la evaluación de los descargos presentados por los agentes supervisados.
- 4) **Seguimiento:** Es la etapa en la cual se verifica el cumplimiento de los compromisos asumidos por la institución supervisada, así como de las medidas de seguridad y otras derivadas del Proceso Administrativo Sancionador.

Etapas de Planificación de la Supervisión

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

La ISIAFAS, la ISIPRESS y la IPROM seleccionan a las instituciones a supervisar sobre la base de la información contenida en los registros a cargo de SUSALUD y de los criterios generales establecidos por cada Intendencia aprobados en el Plan Anual de Supervisión.

Toda supervisión cuenta con un plan de trabajo previo que contiene los elementos que definieron la selección de la institución sujeta a supervisión y el alcance o especificidad de la supervisión a realizar. Asimismo, establece el tamaño y conformación del equipo de supervisores, fechas, instrumentos y recursos estimados para la supervisión. Si la supervisión

es notificada, debe comunicarse a la institución a ser supervisada por los medios previstos en la LPAG, con una anticipación no menor a cinco (5) días hábiles previos al inicio de la supervisión. La comunicación previa de una supervisión debe contener lo siguiente:

- 1) Alcance y objeto de la supervisión.
- 2) Información requerida para el inicio de la supervisión.
- 3) Relación de los supervisores asignados.
- 4) Lugar, fecha y hora de la sesión de inicio de la supervisión.
- 5) Requerimiento a la máxima autoridad de la institución supervisada, para estar presente en la sesión de inicio de supervisión.
- 6) Duración aproximada de la supervisión.

Aplazamiento: De manera excepcional y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su notificación, la máxima autoridad de la institución supervisada podrá solicitar el aplazamiento de la supervisión por motivos de caso fortuito o de fuerza mayor debidamente sustentado.

Dicha solicitud podrá presentarse a SUSALUD por cualquiera de los medios escritos previstos en la LPAG. La Intendencia a cargo de la supervisión podrá otorgar dicho aplazamiento por única vez, el cual no deberá exceder de cinco (5) días hábiles adicionales a la fecha de inicio previamente comunicada y deberá ser puesta en conocimiento de la institución supervisada antes de la fecha comunicada inicialmente para su realización, por cualquier medio escrito previsto en la LPAG.

La Intendencia competente podrá reprogramar de oficio una supervisión cuando medien circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito que imposibiliten su desarrollo.

Por igual motivo, se podrá cancelar la ejecución de la supervisión, debiendo informar de tal hecho al Superintendente Adjunto correspondiente.

La reprogramación o cancelación de una supervisión deberá ser puesta en conocimiento de la institución supervisada antes de la fecha comunicada inicialmente para su realización, por cualquier medio escrito previsto en la LPAG.

Etapas de Ejecución de la Supervisión

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

Consiste en la evaluación de las instituciones supervisadas que ejercen la ISIAFAS y la ISIPRESS aplicando el enfoque de cumplimiento normativo, gestión del riesgo y protección de derechos en salud, a partir del análisis de la información que dichas instituciones remiten en los plazos establecidos en la normativa vigente, así como de la información de carácter especial que deba ponerse a disposición de SUSALUD, en el ámbito de su competencia, a su solo requerimiento.

Es aquella que realizan la ISIAFAS, ISIPRESS, IPROT o IPROM mediante el desplazamiento de los supervisores a las instalaciones de las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.

Esta supervisión realizada por SUSALUD se clasifica de la siguiente manera:

De acuerdo a su alcance:

- 1) Supervisión integral: Se revisan todos los servicios y/o procesos de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS.
- 2) Supervisión selectiva: Se realiza sobre un servicio, un área o un proceso particular de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS.
 - a. De acuerdo a su comunicación:
- 3) Supervisión notificada: Es aquella en la cual SUSALUD comunica con antelación al supervisado la realización de una supervisión.
- 4) Supervisión inopinada: Es aquella notificada en el mismo acto de supervisión señalando el alcance y objeto de la supervisión, la información requerida para el

inicio, la relación de los supervisores asignados y lugar, fecha y hora, o aquella en la que no se requiere de comunicación previa, conforme a lo señalado en el artículo 17 y 18 del Reglamento.

- a. De acuerdo a su programación:
 - 5) Supervisión programada: Se encuentra incluida en el Programa Anual de Supervisión.
 - 6) Supervisión no programada: No se encuentra previamente incluida en el Programa Anual de Supervisión, incorporándose de manera posterior a su ejecución.

Duración de supervisión de campo: La supervisión, integral o selectiva, tendrá una duración de hasta diez (10) días hábiles, pudiendo ser prorrogada hasta por un período de cinco (5) días hábiles, si la complejidad del caso lo amerita. De requerirse prórroga, el supervisor responsable deberá comunicar dicha situación a su Intendente para los fines de autorización en forma escrita. Una vez autorizada la prórroga, se efectuará la comunicación a la institución supervisada indicando la nueva fecha final.

Técnicas de supervisión de campo: En la ejecución de una supervisión se podrá aplicar una o más técnicas tales como:

- a) Observación directa: Corresponde a la constatación de los hechos u ocurrencias de manera directa por el supervisor.
- b) Entrevista: Es la indagación oral y planificada con objetivos establecidos y está basada en datos e información evidente disponible ante el supervisor.
- c) Investigación documentaria: Es la recolección y estudio de los documentos relacionados al objeto de la supervisión.

Las técnicas antes señaladas no son exclusivas ni excluyentes, ni limitan la aplicación de otras técnicas que mejor se adecuen al objeto de la supervisión.

En el caso de IPROT, se podrán aplicar adicionalmente las siguientes técnicas:

- d) Auditoría de caso.
- e) Auditoría de procesos.
- f) Auditoría en salud.
- g) Auditoría médica.

Instrumentos y verificadores documentales: Los instrumentos y verificadores documentales de supervisión son aplicables según la naturaleza de la institución a supervisar y el tipo de supervisión a efectuar. Son instrumentos de supervisión los siguientes:

- a) Reglamento de Supervisión de SUSALUD.
- b) Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD.
- c) Reglamento para la atención de reclamos y quejas de SUSALUD.
- d) Manuales y Guías de Supervisión de SUSALUD.
- e) Otras normas que resulten aplicables.

Son verificadores documentales requeridos por los supervisores:

- a) Actos resolutivos.
- b) Actas de reunión.
- c) Libros de actas debidamente legalizados.
- d) Otros documentos o medios que se requieran según la necesidad del caso específico.

Actas de supervisión: Son los documentos en los que se registran las constataciones y verificaciones objetivas de lo actuado en la supervisión. Son actas de supervisión las siguientes:

- a) Acta de sesión de inicio
- b) Actas de sesiones de trabajo.
- c) Acta de sesión de cierre.

Las citadas actas deberán ser suscritas por quienes participaron en el proceso, en caso de negativa se dejará constancia del hecho. Se dejará constancia de los comentarios de los representantes de la institución supervisada, en caso éstos lo soliciten. Las actas de supervisión tienen valor probatorio respecto a los hechos y las ocurrencias constatados por el supervisor.

Contenido de las actas de supervisión: Las actas de supervisión deben contener como mínimo lo siguiente:

- 1) Denominación de la institución y servicio/área supervisada.
- 2) Lugar, fecha y hora de apertura y de cierre de la sesión de trabajo, o de la sesión de inicio o de la sesión de cierre.
- 3) Nombre y cargo del personal de supervisión.
- 4) Nombres e identificación de la máxima autoridad de la institución supervisada o de su representante designado para dicho fin.
- 5) Los hechos materia de verificación, ocurrencias y/u objetivo de la supervisión.
- 6) Las manifestaciones u observaciones de los representantes de la institución supervisada y de los supervisores.
- 7) La firma y documento de identidad de las personas participantes. Si alguna de ellas se negara a firmar, se deja constancia de la negativa en el acta, sin que esto afecte su validez.

Obstrucción a la supervisión: Constituye obstrucción a la supervisión, la negativa o impedimento por parte de la institución supervisada o de su personal, a la realización de la

supervisión. La obstrucción ocurre cuando el supervisado impide, perjudica, hostiliza, entorpece o dilata la labor del personal de SUSALUD durante la realización de la supervisión o cuando se le niega al referido personal el apoyo o se oculta información para el cumplimiento de sus funciones, debiendo el supervisor dejar constancia del hecho en el acta respectiva, sin perjuicio de las acciones legales que pudieran corresponder.

Medidas de Seguridad: Cuando producto de una acción de supervisión de la IPROT o de la ISIPRESS, se considere justificable para salvaguardar la salud y la vida de la población, la IPROT, dentro de su ámbito de competencia, podrá disponer la aplicación de una o más de las siguientes medidas de seguridad a las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS:

- a) La suspensión temporal de una o más unidades productoras de servicio de salud – UPSS de la IPRESS;
- b) Cierre temporal o definitivo de la IPRESS;
- c) Otras que resulten pertinentes para las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, a fin de evitar que se vulneren los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

La IPROT y la ISIPRESS, según corresponda, deberán comunicar a las IAFAS la aplicación de la medida de seguridad impuesta a las IPRESS con las que mantengan contrato o convenio, a fin de que adopten las acciones necesarias para garantizar a sus afiliados el acceso, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, sin perjuicio de su derecho de repetir contra la IPRESS. El levantamiento de la medida de seguridad se efectuará una vez que la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS haya superado los motivos que la originaron.

Aplicación de las medidas de seguridad: El personal de supervisión de la IPROT y de la ISIPRESS, hará constar en el acta de supervisión la necesidad de aplicar una o más medidas de seguridad a la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS supervisada, elevando el informe al

Intendente para su evaluación. En caso de proceder la medida de seguridad, el Intendente emite, dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas, el acto administrativo, disponiendo su notificación al supervisado, para el inmediato cumplimiento. Dicho acto administrativo es impugnabile dentro del término establecido en la LPAG, elevándose lo actuado al Superintendente Adjunto de Promoción y Protección de Derechos, quien deberá resolver en los plazos establecidos por Ley, dando por agotada la vía administrativa. Para la aplicación de las medidas de seguridad, la IPROT o la ISIPRES puede solicitar el apoyo de la Policía Nacional del Perú, el Ministerio Público y/o Poder Judicial.

Informes de la Supervisión:

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

Los informes de supervisión son de los siguientes tipos:

- Informe Inicial de Supervisión: Contiene verificadores documentales, actas del proceso de supervisión, la relación de incumplimientos normativos, identificación y análisis de riesgos y la propuesta de matriz de mitigación de riesgo que formula la supervisión, según corresponda.
- Informe Inicial de Presuntas Infracciones: Contiene la relación de los hechos detectados en la supervisión que pudieran constituir infracciones, la tipificación precisa de éstas y la relación de los medios probatorios en que se sustenta la imputación preliminar.
- Informe Final de Supervisión: Contiene verificadores documentales, actas del proceso de supervisión, la relación de incumplimientos normativos, identificación y análisis de riesgos, el análisis de los descargos, la propuesta de matriz de mitigación de riesgo que formula el administrado y la evaluación de ésta, la misma que podrá dar inicio al seguimiento, según corresponda.

- Informe Final de Presuntas Infracciones: Contiene la relación de los hechos detectados que pudieran constituir infracciones, la tipificación precisa de éstas, el análisis de la imputación y los descargos, así como de los medios probatorios producidos y el resultado de dicha evaluación. En caso de que se concluyera que existen evidencias de la comisión de una o más infracciones, se recomendará el inicio del PAS.

El proceso de emisión de informes a cargo de la IPROT considera únicamente los informes de inicio y final de presuntas infracciones, por tratarse de intervenciones de oficio o a solicitud de parte en los hechos o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho de los usuarios de los servicios de salud, y de los hechos o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho de los consumidores en su relación de consumo con las IAFAS e IPRESS.

Plazo de emisión de los informes de supervisión: Culminada la supervisión, el personal de supervisión debe elaborar y elevar el Informe Inicial de Supervisión y el Informe Inicial de Presuntas Infracciones al Intendente correspondiente, en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, contados a partir de su retorno al centro de labores. Dicho plazo puede ser prorrogado excepcionalmente, por un período de tres (3) días hábiles, por el Intendente respectivo.

Emisión y comunicación de los informes iniciales: El Intendente dispone la remisión de los informes inicial de supervisión y el inicial de presuntas infracciones, a la máxima autoridad de la institución supervisada, y de ser el caso a la máxima autoridad de la entidad de la cual ésta dependa, en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles de recibido el informe de parte del personal de supervisión.

Descargos de la institución supervisada frente a los informes iniciales: Una vez recibido el informe inicial de supervisión, la institución supervisada tiene derecho a presentar el descargo que considere pertinente respecto a las observaciones y/o riesgos identificados, adjuntando los medios de prueba correspondientes; y, de ser el caso el plazo para su subsanación. Asimismo, deberá presentar su Plan de Mitigación de Riesgos. Será obligación de la institución supervisada presentar su Plan de Mitigación de Riesgos, de acuerdo a la estructura aprobada por SUSALUD, el mismo que será materia de seguimiento por parte de la ISIAFAS o la ISIPRESS. Recibido el informe inicial de presuntas infracciones, la institución supervisada tiene derecho a presentar el descargo que considere pertinente respecto a las presuntas infracciones, adjuntando los medios de prueba correspondientes. En ambos casos, los descargos deberán ser presentados mediante documento escrito firmado por la máxima autoridad de la institución supervisada o de su representante designado para dicho fin, dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados desde la fecha de la recepción de los informes, pudiéndose prorrogar por el mismo plazo, previa solicitud del supervisado.

Emisión y comunicación de los informes finales: Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de vencido el plazo para la presentación de descargos y, de ser el caso, del Plan de Mitigación de Riesgos, se emite el informe final de supervisión, el cual será notificado a la máxima autoridad de la institución supervisada y, de ser el caso, a la máxima autoridad de la entidad de la cual ésta dependa. Así también, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de vencido el plazo para la presentación de descargos de infracciones, siempre que se advierta la presunta comisión de infracciones, se remitirá a la IFIS, el informe final de presuntas infracciones, recomendando el inicio del PAS, acompañando todos los actuados en el expediente de infracciones, debidamente ordenados y foliados en expediente único.

Etapa de Seguimiento de la Supervisión

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

El seguimiento de SUSALUD tiene el siguiente alcance:

La ISIAFAS, la ISIPRESS, la IPROT o la IPROM, según corresponda, verifican el cumplimiento de los compromisos asumidos por la institución supervisada para subsanar las observaciones y riesgos identificados en la supervisión, y de ser el caso, contenidos en la matriz del Plan Mitigación de Riesgos.

La etapa de seguimiento comprende dos fases:

- a) Seguimiento de gabinete: Conlleva a la obtención de información de la institución supervisada para verificar el cumplimiento de los compromisos asumidos.
- b) Seguimiento de campo: Conlleva la visita de verificación del cumplimiento de los compromisos asumidos por parte de la institución supervisada.

Si durante la visita de seguimiento el equipo supervisor evidenciase riesgos nuevos y/o incumplimientos no considerados en la matriz del Plan de Mitigación de Riesgos, éstos se consignan en el acta correspondiente. En caso de detectarse una presunta comisión de infracción por parte de la institución sometida a seguimiento, se procede a emitir el informe inicial de presuntas infracciones. Esta etapa culmina con el informe de seguimiento emitido por la Intendencia competente en el que se consigna el cumplimiento o no de las acciones propuestas en la matriz del Plan de Mitigación de Riesgos, incluirá documentación probatoria, así como las conclusiones y recomendaciones precisando el impacto de los riesgos persistentes, de ser el caso. Asimismo, la Intendencia competente realizará el seguimiento del cumplimiento de los actos resolutivos que dispongan medidas de seguridad, medidas de carácter provisional o correctivas, o sanciones derivadas del Proceso Administrativo Sancionador, a solicitud de SADERECHOS, SAREFIS o del Tribunal de SUSALUD.

Seguimiento y Monitoreo de la Información electrónica.

Según el Ministerio de Salud (21 de octubre del 2015); se tiene que:

Es la actividad orientada a validar la calidad, oportunidad, disponibilidad y transparencia de la información generada por las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, así como del intercambio de información electrónica en las condiciones, formas y plazos establecidos por SUSALUD en norma expresa. Dicha actividad es esencialmente en gabinete, pudiendo ejecutarse de acuerdo a su alcance:

a) Asociado a un proceso de supervisión: Se realiza a una IAFAS o UGIPRESS, en el marco de una supervisión conducida por ISIAFAS, pudiendo comprender la verificación del cumplimiento normativo en materia de transferencia de información o incluir una auditoria de sistemas.

b) Asociado a la verificación selectiva de información: Se realiza a una IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, cuando se advierte incumplimiento en la oportunidad y calidad de la información fijada en norma expresa.

Órgano competente: El seguimiento y monitoreo se encuentra a cargo de la IID como órgano de línea responsable, de acuerdo a lo establecido en el ROF de SUSALUD.

Duración del seguimiento y monitoreo de la información: Esta actividad es de carácter permanente y se sujeta a lo establecido por SUSALUD en norma expresa, según el tipo de información.

Informes de presuntas infracciones en materia de información: Concluida la acción de seguimiento y monitoreo, siempre que se advierta la presunta comisión de infracción, la IID remitirá a la institución supervisada el informe de inicio de presuntas infracciones. Procesado

el descargo de la institución supervisada y, siempre que se advierta la presunta comisión de infracción, la IID remitirá a la IFIS, el informe final de presuntas infracciones relacionado al cumplimiento de la normatividad en materia de información, recomendando el inicio del PAS y acompañando todos los actuados en el proceso de seguimiento y monitoreo de la información, debidamente ordenados y foliados en expediente único.

Susalud virtual:

Según la Superintendencia Nacional de Salud (10 de diciembre del 2017):

Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) desarrolla una extranet denominada SUSALUD Virtual, basada en una aplicación Web de Intercambio de Información que permita su almacenamiento, considerando la confidencialidad, integridad y no rechazo de las transacciones a través del uso de componentes de firma electrónica, autenticación y canales seguros. El intercambio de información vía SUSALUD Virtual se rige por los principios generales de acceso seguro a los servicios públicos electrónicos, establecidos en el Reglamento de la Ley de Firmas y Certificados Digitales, y en la Ley de Protección de Datos Personales, así como por los principios de veracidad, neutralidad tecnológica, calidad de información, publicidad y transparencia en las operaciones.

Están obligadas al uso de la aplicación SUSALUD Virtual las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas y mixtas, registradas en SUSALUD que se encuentran bajo el ámbito del seguimiento y monitoreo de la información electrónica, conforme a lo establecido en el presente Reglamento y demás normas vigentes. Para este efecto, SUSALUD Virtual se constituye en ventanilla única por medio de la cual puede recibir información o documentos, en el marco de lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y cualquier otra norma aplicable.

Responsabilidad por el contenido de la información transmitida: Las instituciones supervisadas y los usuarios de la aplicación son responsables por la veracidad del contenido de la información remitida a través del SUSALUD Virtual.

Conservación de los documentos electrónicos: La información y documentos electrónicos existentes en SUSALUD Virtual, serán conservados en microarchivos digitales, en base a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 681, y en las normas reglamentarias a cargo de SUSALUD.

Las entidades obligadas y usuarios podrán acceder a la información y documentación existente.

2.3.2. Mejora de la rentabilidad empresarial

De acuerdo con Fuentes (2015), la rentabilidad empresarial es:

El beneficio que recibe un agente económico en los bancos, en el mercado bursátil, en el mercado real o en cualquier transacción que lleva a cabo. La banca es un medio bastante utilizado por las empresas para sus cuentas de ahorros, cuentas corrientes, cuentas a plazos y otras; y a través de las cuales percibe una ganancia por poner dichos ahorros en una institución financiera y se expresa a través de los intereses. La rentabilidad es la ganancia que una persona recibe por poner sus ahorros en una institución financiera y se expresa a través de los intereses, que corresponden a un porcentaje del monto de dinero ahorrado. A estos se agregan los reajustes que permiten mantener el valor adquisitivo del dinero que se haya ahorrado. Normalmente las fórmulas de ahorro ofrecidas en las instituciones financieras entregan Renta Fija o Renta Variable.

La Renta Fija corresponde a los sistemas de ahorro en que desde el momento en que se lleva el dinero al banco, se conoce la tasa de interés que se pagará regularmente, de acuerdo con el plazo que se haya fijado. Los depósitos a plazo y de las cuentas de ahorro funcionan de

esta manera y son preferidas por quienes desean tener un riesgo bajo en sus ahorros, aunque reciban una rentabilidad menor.

La Renta Variable se refiere a los casos en que la rentabilidad dependerá de varios factores, tales como el comportamiento del mercado o la inflación de un período, por lo que nunca se puede asegurar el monto en que variará, la que incluso puede llegar a ser negativa, es decir, constituir una pérdida para quien ahorra. El mejor ejemplo de este tipo de rentabilidad son las acciones, las cuales son preferidas por quienes desean una rentabilidad mayor, aunque deban experimentar un riesgo más alto.

De acuerdo con Fuentes (2015), las decisiones de financiamiento e inversión corporativa pueden entenderse como:

Aquellas derivadas de un conjunto de alternativas disponibles para la gerencia financiera que debe tomar decisiones que permitan a las empresas tener las fuentes de financiamiento interno y externo, las inversiones en capital de trabajo y bienes de capital; así como el grado de rentabilidad y riesgos necesarios para operar en las mejores condiciones en un mercado cada vez más competitivo. Las decisiones de financiamiento e inversión corporativa se hacen explícitas en los pasivos o deudas que llegan asumir las corporaciones inmobiliarias; así como en los activos que debe tener para desarrollar las actividades que les corresponden llevar a cabo como parte de su giro o actividad.

Las decisiones de financiamiento e inversión corporativa vienen a ser la elección entre varias alternativas de la más conveniente en relación a las deudas y activos de las corporaciones inmobiliarias.

Las decisiones de financiamiento, a diferencia de las decisiones de inversión, se toman cuando se tiene en mente un proyecto a mediano y largo plazo. Al tomar decisiones financieras

se buscan opciones en los mercados financieros para poder financiar una empresa. Para poder tomar decisiones financieras adecuadas se necesita realizar un estudio sobre los mercados eficientes. Se trata de analizar el mercado financiero y decidir cuál de las opciones es la más adecuada para nuestros propósitos de negocio o empresa.

El objetivo es conocer todas las variantes que existen para obtener un financiamiento y elegir la que más se adapte a nuestras necesidades y expectativas.

La teoría de los mercados eficientes, desarrollada a partir de la década de 1970, trata de adquirir la mayor cantidad de información disponible para tratar de predecir el comportamiento de los mercados y, de esta forma, tomar las decisiones más adecuadas. Aunque hay algunos economistas que argumentan que no se puede llegar a conocer la eficiencia de un mercado, puesto que este siempre está cambiando, es innegable que aquellos que se mantienen informados sobre los precios y sus variaciones, tienen mayores posibilidades de ser exitosos en los mercados financieros y bursátiles que aquellos que se mantienen al margen. Saber analizar la eficiencia de los mercados y tomar decisiones de financiamiento adecuadas se refleja en la potencialidad de hacer crecer nuestro negocio. Si consideramos invertir en un negocio propio o queremos expandir el que ya tenemos, en muchas ocasiones es necesario recurrir al financiamiento.

Los empresarios inmobiliarios toman esta clase de decisiones todo el tiempo; sin embargo, el uso de estas técnicas no está limitado a ese tipo de actividad económica. También las personas físicas pueden beneficiarse de esos conocimientos para planear un negocio propio o una microempresa. Es importante analizar bien nuestra situación e informarse sobre las distintas instituciones financieras que pueden otorgar financiamientos. No es recomendable quedarse con la primera opción que conozcamos antes de preguntar y tener contacto con otras alternativas.

Las decisiones de financiamiento e inversión corporativa se buscan con la finalidad de iniciar o expandir las corporaciones inmobiliarias. Así pues, el mejor momento para buscar un financiamiento es cuando se vea una clara oportunidad de negocio o cuando se note que existe posibilidad de que este crezca y mejore. Cuando indicadores del negocio hagan pensar que el producto o servicio está en boga, es el mejor momento de solicitar un financiamiento. También se puede buscar el financiamiento con el objetivo de modernizar a la corporación y hacerlo más eficiente.

Por el contrario, cuando se tienen deudas por el negocio en cuestión que no han sido saldadas adecuadamente, o bien, cuando el negocio está en un ciclo recesivo o de pocas posibilidades de crecimiento, no es un momento adecuado para buscar un financiamiento. En estos casos es más conveniente liquidar las deudas y esperar la recuperación o una señal clara de oportunidad de expansión.

De acuerdo con Fontana (2015), las decisiones de financiamiento e inversión corporativa:

Son aquellas acciones que se toman en estas entidades para disponer de las fuentes correspondientes para utilizarlo en los activos necesarios para llevar a cabo su giro. Sin decisiones de financiamiento no habrá el dinero para el capital de trabajo y los bienes de capital que necesitan las corporaciones para prestar los servicios que requieren los clientes. El financiamiento proviene de fuentes internas y externas; ambas son necesarias y mientras mayores sean, mejor para las inversiones. El financiamiento se relaciona directamente con las inversiones; a mayor financiamiento mayores inversiones; a mayores inversiones, mayores fuentes de financiamiento.

Las decisiones de financiamiento e inversión corporativa forman parte de ese rubro denominado decisiones financieras; dichas las decisiones financieras se producen en mercados

financieros sobre información oportuna y amplia. Ello significa que se debe evaluar cuál de estos segmentos del mercado es más propicio para financiar el proyecto o actividad específica para la cual la empresa necesita recursos. Cuando se toma tal actitud con el propósito de modificar las proporciones de la estructura de capital de la empresa. Ninguna empresa puede sobrevivir invirtiendo solamente en sus propias acciones.

La decisión de recomprar debe incluir la distribución de fondos no utilizados cuando las oportunidades de inversión carecen de suficiente atractivo para utilizar estos fondos. Por consiguiente, la recompra de acciones no puede tratarse como decisión de inversión.

Las decisiones de inversión son más simples que las decisiones de financiamiento. El número de instrumentos de financiamiento está en continua expansión. En las decisiones de financiación hay que conocer las principales instituciones financieras. La venta de un título puede generar un VAN positivo para usted y uno negativo para el que invierte. Las decisiones de financiación no tienen el mismo grado de irreversibilidad que las decisiones de inversión. Son más fáciles de cambiar completamente, o sea, su valor de abandono es mayor.

El apalancamiento financiero se define como la capacidad de la empresa para utilizar sus cargos fijos financieros, para incrementar los efectos de cambios en utilidades ante de intereses e impuestos sobre las ganancias por acciones de la empresa. Se refiere al uso de valores de renta fija (deudas y acciones preferentes) en la estructura de capital de una empresa. Este afecta a las utilidades después de intereses e impuestos o sea a las utilidades disponibles para los accionistas comunes. El grado de apalancamiento financiero se define como el cambio porcentual en las utilidades disponibles para los accionistas comunes que resulta de un cambio porcentual determinado en las utilidades antes de intereses e impuestos.

De acuerdo con Fontana (2015):

Desde el punto de vista, del director o responsable financiero las decisiones de inversión son inseparables de las decisiones de financiamiento. Ya que al mismo tiempo que decide la adquisición de activos reales debe decidir cómo y cuándo pagarlos. El ámbito adecuado para analizar las decisiones de financiamiento es el que surge utilizar el enfoque de la estructura óptima del capital. Básicamente, el objetivo de este es encontrar la combinación concreta de capital propio y deuda que maximiza el valor de mercado de la empresa. Pero para tomar este tipo de decisiones, el director financiero debe saber cuál es el costo de capital para la empresa, que representa la tasa que una empresa debe pagar por el capital (es decir su deuda, utilidades retenidas y acciones) que necesita para financiar sus nuevas inversiones. Existen tres componentes básicos en la determinación del costo de capital: i) La tasa real de retorno que los inversores esperan a cambio de permitirle a alguien que utilice su dinero en una “operación” riesgosa; ii) La inflación esperada, es decir la depreciación esperada en el poder de compra mientras el dinero es utilizado; iii) El riesgo, el cual indica el grado de incertidumbre acerca de cuándo y cuánto flujo de caja será recibido.

De acuerdo con Fontana (2015):

Uno de los métodos más utilizados para la determinación del costo de capital de una empresa es el costo promedio ponderado de capital (WACC). Es la combinación de los costos en función de su participación proporcional, de los distintos componentes de la estructura de capital de la empresa valuados a los precios de mercado y después de impuestos. De aquí, se deriva una de las razones por la cual, el director o responsable financiero debe conocer todas las fuentes de financiamiento alternativas para la empresa en particular, y el funcionamiento del sistema financiero en general.

Sobre las condiciones de los créditos se debe tener en cuenta el plazo que implica cada una de las opciones, aquí podemos discriminar entre fuentes de financiamiento de corto y largo plazo. Las fuentes de largo plazo están relacionadas con el origen de los recursos financieros, y pueden ser propios de la empresa o externos a ella. Mientras que, para las fuentes de corto plazo, el segundo criterio de clasificación está vinculado con la utilización de la operatoria ordinaria de la empresa, denominado funcional, o si está utilizando una fuente financiera. A largo plazo, el responsable financiero, puede optar entre recursos financieros propios o externos para financiar la adquisición de los activos reales que demanden sus proyectos de inversión. En el primero de los casos, la aplicación de reservas ya constituidas o de resultados no distribuidos son los más comunes. En este caso, la empresa se encuentra financiando sus inversiones mediante la canalización de sus ahorros. En el segundo caso, el préstamo bancario es la primera (y muchas veces la única) opción de las empresas argentinas, tema que se ampliará en la unidad siguiente, producto del escaso desarrollo estratégico del sistema financiero y su regulación.

De acuerdo con Hernández (2014):

Las decisiones de financiamiento e inversión corporativa son aquellas medidas que deben tomar los accionistas, directivos y gerentes para contar con los recursos financieros necesarios para contar con los activos corrientes y no corrientes; o el capital de trabajo y bienes de capital, necesarios para realizar las actividades corporativas. El financiamiento es imprescindible para concretar las actividades inmobiliarias. No es posible ni siquiera contratar si no se cuenta con el financiamiento necesario para el tamaño de corporación de que se trate. Las empresas necesitan capital de trabajo y también bienes de capital, pero eso es posible con el financiamiento correspondiente. De este modo las decisiones de financiamiento e inversión se convierten en decisiones muy necesarias para concretar las actividades corporativas. En las

corporaciones se sabe que las fuentes de financiamiento originan costo mientras que las inversiones originan rentabilidad. En general se busca que el costo de financiamiento sea menor que la tasa de rentabilidad para hablar de negocios rentables.

En los mercados financieros, existen muchos productos para llevar a cabo el financiamiento de las corporaciones. Para financiar las inversiones de una corporación en el corto plazo, el responsable financiero, puede acudir a lo que se denomina crédito comercial, es decir, financiamiento de proveedores. En este caso, los plazos son casi siempre inferiores a un semestre. Pero también, con algún efecto negativo sobre la estrategia de comercialización, puede implementar un sistema de anticipos de clientes. En el caso de las opciones financieras de corto plazo, el descubierto en cuenta corriente es la opción más simple, ya que no requiere de autorización adicional por parte del banco.

Para una corporación es fundamental la disponibilidad de financiamiento a corto plazo para su funcionamiento. El financiamiento a corto plazo consiste en obligaciones que se espera que venzan en menos de un año y que son necesarias para sostener gran parte el capital de trabajo o los activos circulantes de la empresa, como Efectivo, Cuentas por Cobrar e Inventarios. El crédito a corto plazo es una deuda que generalmente se programa para ser reembolsada dentro de un año ya que generalmente es mejor pedir prestado sobre una base no garantizada, pues los costos de contabilización de los préstamos garantizados frecuentemente son altos, pero a su vez representan un respaldo para recuperar.

De acuerdo con Arranz (2013):

Las decisiones de financiamiento corporativo se refieren al dinero que necesitan las corporaciones para llevar a cabo sus actividades. Al respecto las empresas no pueden tener capital de trabajo ni bienes de capital si no toman decisiones de financiamiento para dichos rubros. Financiar las inversiones o activos de las corporaciones inmobiliarias es el acto de dotar

de dinero y de crédito a dichas empresas, es decir, conseguir recursos y medios de pago para destinarlos a la adquisición de bienes y servicios, necesarios para el desarrollo estratégico de las correspondientes actividades económicas. Existen varias fuentes de financiación en las empresas y sobre alguna o algunas deben tomarse decisiones en determinado momento. Se pueden categorizar de la siguiente forma: 1) Según su plazo de vencimiento: i) Financiación a corto plazo: Es aquella cuyo vencimiento o el plazo de devolución es inferior a un año.

Algunos ejemplos son el crédito bancario, el Línea de descuento, financiación espontánea, etc.; ii) Financiación a largo plazo: Es aquella cuyo vencimiento (el plazo de devolución) es superior a un año, o no existe obligación de devolución (fondos propios). Algunos ejemplos son las ampliaciones de capital, autofinanciación, fondos de amortización, préstamos bancarios, emisión de obligaciones, etc. 2) Según su procedencia: i) Financiación interna: reservas, amortizaciones, etc. Son aquellos fondos que la empresa produce a través de su actividad (beneficios reinvertidos en la propia empresa); ii) Financiación externa: financiación bancaria, emisión de obligaciones, ampliaciones de capital, etc. Se caracterizan porque proceden de inversores (socios o acreedores). 3) Según los propietarios: i) Medios de financiación ajenos: créditos, emisión de obligaciones, etc. Forman parte del pasivo exigible, porque en algún momento deben devolverse (tienen vencimiento); ii) Medios de financiación propia: no tienen vencimiento a corto plazo.

De acuerdo con Arranz (2013):

Las decisiones de financiamiento son todos aquellos mecanismos que permiten a una empresa contar con los recursos financieros necesarios para el cumplimiento de sus objetivos de creación, desarrollo, posicionamiento y consolidación empresarial. Es necesario que se recurra al crédito en la medida ideal, es decir que sea el estrictamente necesario, porque un

exceso en el monto puede generar dinero ocioso, y si es escaso, no alcanzará para lograr el objetivo de rentabilidad del proyecto.

En el mundo empresarial, hay varios tipos de capital financiero al que pueden acceder acudir una empresa: la deuda, al aporte de los socios o a los recursos que la empresa genera. En las organizaciones hay una habilidad financiera que debe fomentarse, y es la de redespigar el dinero generado por la empresa, tanto a nivel interno como externo, en oportunidades de crecimiento. En oportunidades que generen valor económico; pero si carecen de ella, pueden suceder dos cosas: 1. Que sean absorbidas por otras con mayor habilidad o desaparecer por la ineficiencia e incompetencia. Los directivos se dedican más a mirar hacia adentro, incluso hacia atrás (llamado por algunos el ombliguismo empresarial), en lugar de mirar alrededor y hacia delante. Su interés no se ha centrado en las implicaciones de las nuevas tecnologías y en el direccionamiento a 5 o 10 años, sino en reducir su estructura y responder al último movimiento de la competencia (reactivo), o en reducir su ciclo productivo. Aunque éstos últimos son importantes, tienen más que ver con competir en el presente que en el futuro. Lo cual nos lleva siempre a mejorar márgenes decrecientes y utilidades del negocio del pasado.

Fuentes internas de financiamiento: Emisión de acciones; Aportes de capital; Utilidades retenidas: Las utilidades no repartidas a socios; Fondos de depreciación. O sea, la cifra que se cargó contablemente como gasto por el uso de maquinaria y equipos, sin que realmente hubiese existido desembolso alguno. Bajo este rubro deben catalogarse también la amortización de inversiones; Venta de activos fijos.

Fuentes externas de financiamiento: Créditos de proveedores; Créditos bancarios; Créditos de fomento; Bonos: Son una fuente alterna de financiación externa para la empresa; Leasing:: Es una forma alterna de financiación, mediante la cual el acreedor financia al deudor

cuando éste requiere comprar algún bien durable , mediante la figura de compra del bien por parte del acreedor y usufructo del mismo por parte del deudor; Cofinanciación; Cartas de crédito: Es la forma de hacer negocios entre un comprador y un vendedor que no se conocen. Usualmente las cartas de crédito se utilizan, a más de garantía de que se producirá el pago, como instrumento de financiación. Se presenta un intermediario bancario que garantiza el pago; Aceptaciones bancarias y financieras: En el fondo es una letra de cambio aceptada por un banco con cargo al comprador de bienes manufacturados; Factoring: Es un sistema de descuento de cartera que permite al vendedor hacerse a liquidez con base en sus cuentas por cobrar; Titularización; Sobregiro bancario: corresponde a un cupo de crédito automático a un costo habitualmente más elevado que el ordinario; Tarjetas de crédito; Ángeles inversionistas. Son las personas naturales que financian iniciativas empresariales a título personal; Fondos de capital de riesgo (FCR): Son empresas que sirven de intermediarias financieras entre inversionistas que buscan buenos retornos sobre la inversión y nuevas empresas innovadoras que buscan financiación.

De acuerdo con Weston (2013):

Las decisiones de inversión corporativa se refieren a las medidas para tener activos tangibles e intangibles; activos de corto y largo plazo; inversiones permanentes e inversiones temporales. Al respecto, las empresas necesitan llevar a cabo decisiones de inversión para poder disponer del capital de trabajo o activo corriente y de los bienes de capital o activos no corrientes. Sin estas inversiones es imposible desarrollar el giro o actividad de estas empresas. Al respecto, decidir es llevar a cabo el proceso por el cual se establecen, analizan y evalúan alternativas. La característica fundamental de las decisiones de inversión radica en que los flujos de dinero implicados en ella tienen lugar a través del tiempo, normalmente

comprendiendo algunos o varios años, con frecuencia son decisiones de creación de capacidad productiva inversiones en edificios, maquinarias, proyectos de exportación, entre otras.

Conceptualmente, en el análisis en las decisiones de inversión se debe tener en cuenta que los nuevos soles de un año no tienen el mismo valor que los nuevos soles de otro y, por tanto, los flujos monetarios involucrados en la decisión no son directamente comparables. Asimismo, se distinguen tres fases: establecimiento de previsiones para poder evaluar el proyecto, determinación de los costos e ingresos relevantes para la toma de decisión y la utilización de un método que permita decidir si se acepta o se rechaza el proyecto.

En los ejemplos siguientes, se supone que se han completado las dos primeras fases del análisis, llegándose a obtener los flujos de caja anuales que ocasionaría la realización del proyecto, estos flujos de caja resultan de combinar la inversión necesaria para emprender el proyecto y, además, los recursos generados por el proyecto después de impuestos. Los métodos que se analizarán son el Valor actual neto y la Tasa interna de rentabilidad. Ambos, se basan en el descuento de las cantidades a recibir en el futuro, aplicando para ello una tasa de descuento anual, con el objeto de hacerlos comparables con cantidades actuales.

En el marco de las decisiones de inversión debe entenderse como inversión es un término económico, con varias acepciones relacionadas con el ahorro, la ubicación de capital, y la postergación del consumo. El término aparece en gestión empresarial, finanzas y en macroeconomía. En el contexto empresarial, la inversión es el acto mediante el cual se invierten ciertos bienes con el ánimo de obtener unos ingresos o rentas a lo largo del tiempo. La inversión se refiere al empleo de un capital en algún tipo de actividad o negocio, con el objetivo de incrementarlo. Dicho de otra manera, consiste en renunciar a un consumo actual y cierto, a cambio de obtener unos beneficios futuros y distribuidos en el tiempo.

Desde una consideración amplia, la inversión es toda materialización de medios financieros en bienes que van a ser utilizados en un proceso productivo de una empresa o

unidad económica, y comprendería la adquisición tanto de bienes de equipo, como de materias primas, servicios etc. Desde un punto de vista más estricto, la inversión comprendería sólo los desembolsos de recursos financieros destinados a la adquisición de instrumentos de producción, que la empresa va a utilizar durante varios periodos económicos.

En el caso particular de inversión financiera, los recursos se colocan en títulos, valores, y demás documentos financieros, a cargo de otros entes, con el objeto de aumentar los excedentes disponibles por medio de la percepción de rendimientos, intereses, dividendos, variaciones de mercado, u otros conceptos.

Para el análisis económico de una inversión puede reducirse la misma a las corrientes de pagos e ingresos que origina, considerado cada uno en el momento preciso en que se produce.

Aspectos de responsabilidad social y medio ambiente

Para Morales y Galeano (2013):

La Responsabilidad Social Empresarial es un tema que actualmente ocupa una posición estratégica en los Mercados, si se hablara de su origen sería inexacto mencionar una fecha precisa donde muestre el origen de este concepto, porque a través de los años el tema a recogido diversos conceptos, estrategias y elementos que la han robustecido convirtiéndolo en una de la herramienta más fuertes con los que cuenta la sociedad para generar desarrollo Sostenible y hacer más eficiente su gestión empresarial. Por tal razón la Responsabilidad Social Empresarial ha venido evolucionando; esto ha permitido que los diferentes autores indaguen sobre la historia y evolución de este tema empresarial, es por esto que hoy en día se puede encontrar una extensa bibliografía de cómo se inició su construcción, desde el tema filantrópico que envuelve a todos los interesados hasta hoy donde se busca explicar la interacción y desarrollo sostenible de las empresas con su entorno sin afectar los grupos de interés o stakeholders.

El propósito de esta investigación es determinar el enfoque de responsabilidad Social Empresarial existente en el sector Salud, estableciendo sus prácticas actuales, identificando fortalezas y debilidades que permitan proponer acciones de mejora que permitan a las EPS del régimen contributivo y a las IPS de nivel III, tener un referente para la implementación de la Responsabilidad Social Empresarial en toda su estructura empresarial. Es fundamental el desarrollo de estas acciones porque con ellas se logra generar un desarrollo sostenible en el tiempo, estas pueden contribuir a los objetivos del milenio, por Enfoque de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en el sector salud que estas acciones se enfocan a la igualdad, la ética y el mejoramiento de la calidad de vida de todas las partes interesadas en la empresa.

Par el desarrollo de todo este proyecto se cuenta con una serie de fases metodológicas que se enmarcan dentro de una investigación con enfoque cuantitativo, utilizando diversos tipos de investigación Descriptiva, exploratoria y analítica; el estudio desarrollado se clasifica como un estudio transversal.

Al final del proyecto se hace un análisis de fortalezas y debilidades en los diferentes sectores, una clasificación de las prácticas de RSE y el enfoque que tienen por grupo de interés, después de esto se diseñó un Tablero de Mando Integral, alineados con el Balanced Scorecard con acciones para la Implementación de Responsabilidad Social empresarial.

Agradecemos a todas las EPS del régimen contributivo y las IPS de nivel III de Bucaramanga y el área metropolitana perteneciente, por suministrar la información pertinente y veras para definir los perfiles y las acciones

La Responsabilidad Social Empresarial en el Sector Salud es entendida por las EPS e IPS, como una estrategia empresarial que puede llegar a generar un reconocimiento positivo en el medio, sin embargo no se observa un compromiso hacia la implementación y desarrollo de la RSE, gran parte de ellos no conciben este tema como una inversión, si no como un gasto, por lo cual todas las acciones que se pueden desarrollar en esta materia van ser formuladas

teniendo en cuenta el factor costo, lo que conlleva a que no se pueda ejecutar de forma integral una política de Responsabilidad Social Empresarial que redunde en el desarrollo sostenible de la sociedad.

Una práctica de destacar es el cumplimiento legal y las políticas laborales de antidiscriminación que están presentes en el sector, así como el fomento de acuerdos extralegales que permiten y fomentan el desarrollo personal y profesional de los empleados, generando capacitación y formación constante que se reflejara en el desarrollo de sus actividades y redundara en un impacto en el desarrollo de la Sociedad.

En las EPS e IPS existe un actor fundamental como es el cliente, pero a pesar de esto los programas de relacionamiento con los clientes son muy básicos, existen diversos canales de comunicación que se limitan al cumplimiento legal, pero no son efectivos, así como tampoco existe interés por identificar las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios finales.

En cuanto a los proveedores la EPS e IPS, no tienen en cuenta el grado de compromiso en RSE como un requisito para la selección, además usan mecanismos de selección de forma directa, lo cual no garantiza que se realice un proceso de selección transparente. Además, que respecto a este grupo de Interés no le interesa realizar un programa de acercamiento a proveedores que asegure el desarrollo de ventajas competitivas. En cuanto a la comunidad se observa un comportamiento aislado de la filantropía, así como en medio ambiente existen programas aislados de reciclaje y uso racional de la energía, pero no existen políticas concretas que aseguren la gestión comunitaria y ambiental sostenible.

Después de realizar el diagnóstico de las prácticas en RSE donde se encontraron fortalezas y debilidades, se procedió analizar las mismas y determinar el enfoque de RSE de acuerdo a diversas categorías de acuerdo a diversas variables como los periodos evolutivos de las RSE, los principales postulados de expertos en el tema a través de la historia y la definición de tipos de RSE, niveles de implementación y finalmente de acuerdo a lo analizado se realizó

una valoración cualitativa. Respecto a esto se concluye que las EPS del régimen contributivo en los diferentes grupos de interés definidos se encuentra con un enfoque de RSE de tipo reactiva legal, donde no hay acciones más allá de lo pactada por el ordenamiento jurídico constitucional, únicamente destacándose por algunas acciones aisladas de RSE, entre las que se destaca el grupo de interés empleados en el cual se observan acciones tácticas que permiten contribuir en forma básica al desarrollo sostenible de la sociedad.

Respecto a las IPS, es en cierta forma gradual más variable porque en Inversionistas, comunidad y proveedores el enfoque todavía es de un tipo de RSE Filantrópica, son acciones muy aisladas de lo que es un sistema integral de Responsabilidad Social Empresarial, estas acciones no generan ningún impacto en el desarrollo de la sociedad. El grupo de Clientes el tipo de RSE es reactiva legal, solo se limitan a realizar acciones emanadas por la ley; en el grupo de empleados al igual que en las EPS ya se analiza un RSE de tipo táctica.

Por ultimo con base en las debilidades y fortalezas se definió un plan de acción bajo la herramienta de Balance Scorecard, en ella se definen acciones que permitan el desarrollo de la Responsabilidad Social para el Sector Salud, estas acciones están diferenciadas por grupo de interés, los objetivos a alcanzar, propone las posibles acciones que se deben llevar a cabo para alcanzar los objetivos, los responsables por áreas que garanticen el cumplimiento de los objetivos, los recursos tanto de talento desarrolla, rindiendo cuentas por sus respectivos impactos tanto al medio ambiente como a las partes que reconoce como de interés de acuerdo a su sector de operación. En relación con el grupo de interés empleado, los objetivos se orientan a fortalecer las relaciones empleado y empleador, por medio de la constante capacitación, para que el desconocimiento de los derechos y deberes de ambas partes no se convierta en un motivo de desigualdad. Proteger los derechos laborales estipulados por la organización internacional del trabajo y la comisión de trabajo de Colombia en términos de políticas de contratación justas, pagos justos, sin discriminación siempre en pro de mejorar las condiciones de vida del

trabajador. De igual forma suministrar salud y seguridad ocupacional, espacios de capacitación y de diálogo para resolver inquietudes y escuchar peticiones. A nivel de proveedores se destaca las buenas prácticas de compra, la ética, la igualdad de condiciones y la responsabilidad en la cadena de valor, este último aspecto de vital importancia a la hora de seleccionar los proveedores. Para las EPS e IPS, el grupo de interés comunidad se convierte en uno de los principales retos en materia de Responsabilidad Social, que van desde promover espacios para la cultura, las artes y el deporte; pasando por un aspecto muy importante la accesibilidad a los servicios de salud, medicamentos, vacunas y planes de salud.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Como parte del tipo de investigación se consideraron los siguientes aspectos:

3.1.1. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptiva. Por cuanto se propone a la gestión del riesgo operacional para lograr la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

3.1.2. *Diseño de la investigación*

El diseño que se aplicó fue el no experimental. En este diseño se observó la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud, tal y como se dieron en su contexto natural.

3.1.3. *Nivel de investigación*

La investigación es del nivel descriptivo-explicativo, por cuanto se describe la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud. Asimismo, se explica la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

3.1.4. *Métodos de la investigación*

En esta investigación se utilizaron los siguientes métodos:

Descriptivo. Para describir todos los aspectos relacionados con la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

Inductivo. Para inferir la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud. También se inferirá los resultados de la muestra en la población.

Deductivo. Para sacar las conclusiones de la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población de la investigación estuvo conformada por 57 personas relacionadas con la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 3

Relación de Empresas Privadas de Salud

NR	Empresa	Participantes
1	EPS Pacífico	10
2	EPS Sura	10
3	EPS La Positiva	10
4	EPS Rímac	10
5	EPS Mapfre	10
6	EPS Sanitas	7
Total		57

Fuente: Diseño propio

Tabla 4*Composición de la Población*

NR	Participantes	Cantidad	Porcentaje
1	Personal de SUSALUD	10	17.54%
2	Funcionarios de las EPS.	10	17.54%
3	Personal operativo de las EPS	15	26.32%
4	Personal de finanzas de las EPS	15	26.32%
5	Otras personas relacionadas	7	12.28%
Total		57	100.00%

Fuente: Diseño propio**3.2.2. Muestra**

La muestra estuvo conformada por 50 personas relacionadas con la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

La muestra generalmente es una parte de la población. En algunos casos podría coincidir con la población, pero no necesariamente. Por lo general se busca que la muestra sea una parte representativa de la población. En este caso es el 88% de la población.

Para definir el tamaño de la muestra se ha utilizado el método probabilístico y aplicado la fórmula generalmente aceptada para poblaciones menores de 100,000.

$$n = \frac{(p.q)Z^2 .N}{(EE)^2 (N - 1) + (p.q)Z^2}$$

Donde:

n	Es el tamaño de la muestra que se va a tomar en cuenta para el trabajo de campo. Es la variable que se desea determinar.
P y q	Representan la probabilidad de la población de estar o no incluidas en la muestra. De acuerdo a la doctrina, cuando no se conoce esta probabilidad por estudios estadísticos, se asume que p y q tienen el valor de 0.5 cada uno.
Z	Representa las unidades de desviación estándar que en la curva normal definen una probabilidad de error= 0.05, lo que equivale a un intervalo de confianza del 95 % en la estimación de la muestra, por tanto, el valor $Z = 1.96$
N	El total de la población. Este caso 57 personas, considerando solamente aquellas que pueden facilitar información valiosa para la investigación.
EE	Representa el error estándar de la estimación. En este caso se ha tomado 5.00%.

Sustituyendo:

$$n = (0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2 \times 57) / (((0.05)^2 \times 56) + (0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2))$$

$$n = 50$$

Tabla 5:*Composición de la Muestra*

NR	Participantes	Cantidad	Porcentaje
1	Personal de SUSALUD	09	17.54%
2	Funcionarios de las EPS.	09	17.54%
3	Personal operativo de las EPS	13	26.32%
4	Personal de finanzas de las EPS	13	26.32%
5	Otras personas relacionadas	06	12.28%
Total		50	100.00%

Fuente: Diseño propio

3.4. Operacionalización de variables

3.4.1. Variables e indicadores de la investigación

Tabla 6:

Variables e Indicadores de la Investigación

Variables	Indicadores
VARIABLE	X.1 Identificación del riesgo operacional
INDEPENDIENTE	X.2 Medición y evaluación del riesgo operacional
X. Gestión del riesgo	X.3 Selección y métodos de la gestión del riesgo operacional
operacional	X.4 Implementación de la gestión del riesgo operacional
	X.5 Retroalimentación de la gestión del riesgo operacional
VARIABLE	Y.1 Rentabilidad sobre ventas empresariales
DEPENDIENTE	Y.2 Rentabilidad del activo empresarial
Y. Mejora de la	Y.3 Rentabilidad del patrimonio neto empresarial
rentabilidad empresarial	Y.4 Reducción del riesgo no sistemático
	Y.5 Reducción del riesgo financiero

Fuente: Modelo de investigación

3.4.2. Definición operacional de las variables

Tabla 7

Operacionalización de las Variables, Indicadores e Índices de la Investigación

VARIABLES	Indicadores	Índices	Nº de Ítems	Relación
VARIABLE INDEPENDIENTE X. Gestión del riesgo operacional	X.1 Identificación del riesgo operacional	Grado de identificación del riesgo operacional	2	
	X.2 Medición y evaluación del riesgo operacional	Grado de medición y evaluación del riesgo operacional	2	
	X.3 Selección y métodos de la gestión del riesgo operacional	Grado de selección y métodos de la gestión del riesgo operacional	2	
	X.4 Implementación de la gestión del riesgo operacional	Grado de implementación de la gestión del riesgo operacional	2	X- Y- Z
	X.5 Retroalimentación de la gestión del riesgo operacional	Grado de retroalimentación de la gestión del riesgo operacional	2	X.1., Y., Z
VARIABLE DEPENDIENTE Y. Mejora de la rentabilidad empresarial	Y.1 Rentabilidad sobre ventas empresariales	Grado de rentabilidad sobre ventas empresariales	2	X.2., Y., Z
	Y.2 Rentabilidad del activo empresarial	Grado de rentabilidad del activo empresarial	2	X.3., Y., Z
	Y.3 Rentabilidad del patrimonio neto empresarial	Grado de rentabilidad del patrimonio neto empresarial	2	X.4., Y., Z
				X.5., Y., Z

Y.4 Reducción del riesgo no sistemático	Grado de reducción del riesgo no sistemático	2
Y.5 Reducción del riesgo financiero	Grado de reducción del riesgo financiero	2
DIMENSIÓN ESPACIAL		
Z. Empresas Privadas de Salud		

Fuente: Modelo de investigación

3.4. Instrumentos de la investigación

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron los cuestionarios, fichas de encuesta y Guías de análisis.

a) Cuestionarios. Estos instrumentos han contenido las preguntas de carácter cerrado sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud. El carácter cerrado fue por el poco tiempo que disponen los encuestados para responder sobre la investigación. También contiene un cuadro de respuesta con las alternativas correspondientes.

b) Validación del instrumento: Se presenta en el Anexo C Se ha llevado a cabo mediante la participación de expertos de la Escuela Universitaria de Posgrado de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Este procedimiento ha permitido determinar que el instrumento (cuestionario) está adecuadamente formulado.

c) Confiabilidad del instrumento: Se ha llevado a cabo con la aplicación del Alfa de Cronbach, para lo cual se han cargado en el Sistema SPSS, las preguntas del instrumento de la investigación y luego el Sistema nos ha dado el indicador

correspondiente, cuyo resultado se encuentra en el Anexo D. Este instrumento ha determinado que el instrumento es razonablemente confiable.

d) Fichas bibliográficas. Se utilizaron para tomar anotaciones de los libros, textos, revistas, normas y de todas las fuentes de información correspondientes sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

e) Guías de análisis documental. Se utilizaron como hoja de ruta para disponer de la información que realmente se va a considerar en la investigación sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

3.5. Procedimientos de la investigación

Los procedimientos utilizados se han concretado en las técnicas siguientes:

3.5.1. Técnicas de recolección de datos

1) Encuestas. Se aplicó al personal de la muestra para obtener respuestas en relación a la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

2) Toma de información. Se aplicó para tomar información de libros, textos, normas y demás fuentes de información relacionadas a la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

3) Análisis documental. Se utilizó para evaluar la relevancia de la información que se considerará para el trabajo de investigación, relacionada con la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

3.5.2. Técnicas de procesamiento de datos

Se aplicaron las siguientes técnicas de procesamiento de datos:

a) Ordenamiento y clasificación. Se aplicó para tratar la información cualitativa y cuantitativa de la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud; en forma ordenada, de modo de interpretarla y sacarle el máximo provecho.

b) Registro manual. Se aplicó para digitar la información de las diferentes fuentes sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

c) Proceso computarizado con Excel. Se aplicó para determinar diversos cálculos matemáticos y estadísticos de utilidad sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

d) Proceso computarizado con SPSS. Se aplicó para digitar, procesar y analizar datos y determinar indicadores promedios, de asociación y otros sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

3.6. Análisis de datos de la investigación

Se aplicaron las siguientes técnicas:

1) **Análisis documental.** Esta técnica permitió conocer, comprender, analizar e interpretar cada una de las normas, revistas, textos, libros, artículos de Internet y otras fuentes documentales sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

2) **Indagación.** Esta técnica facilitó disponer de datos cualitativos y cuantitativos de cierto nivel de razonabilidad sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

3) **Conciliación de datos.** Los datos sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de algunos autores fueron conciliados con otras fuentes, para que sean tomados en cuenta.

4) **Tabulación de cuadros con cantidades y porcentajes.** Se utilizó para tabular la información cuantitativa sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

5) **Comprensión de figuras.** Se utilizaron para comprender las figuras que contienen la información sobre la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

IV: RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de los resultados de la investigación

4.1.1. Análisis e interpretación de los resultados de la variable independiente

Tabla 8

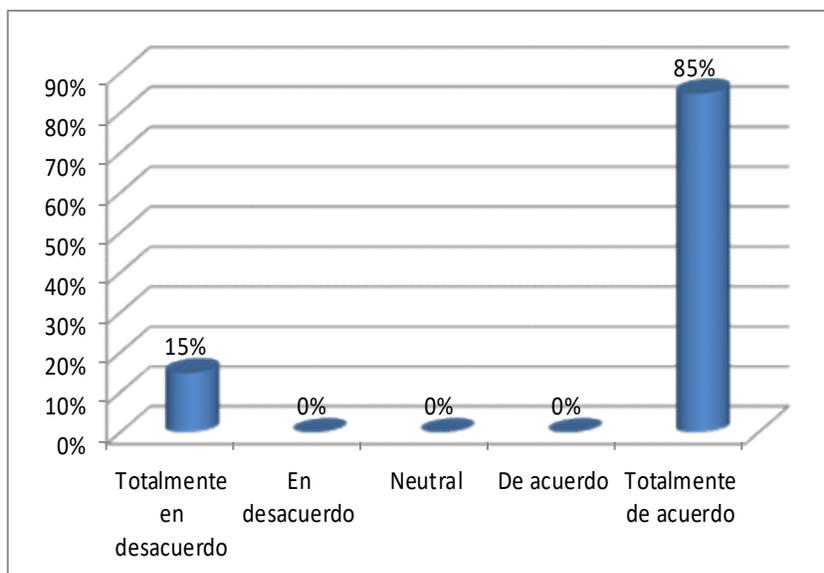
La gestión de riesgo operacional abarca varios aspectos.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	08	15.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 2:

La gestión de riesgo operacional abarca varios aspectos.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la gestión de riesgo operacional consiste en identificar, medir, evaluar, selección los métodos, implementar y retroalimentar todos los aspectos del riesgo de las operaciones de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 9

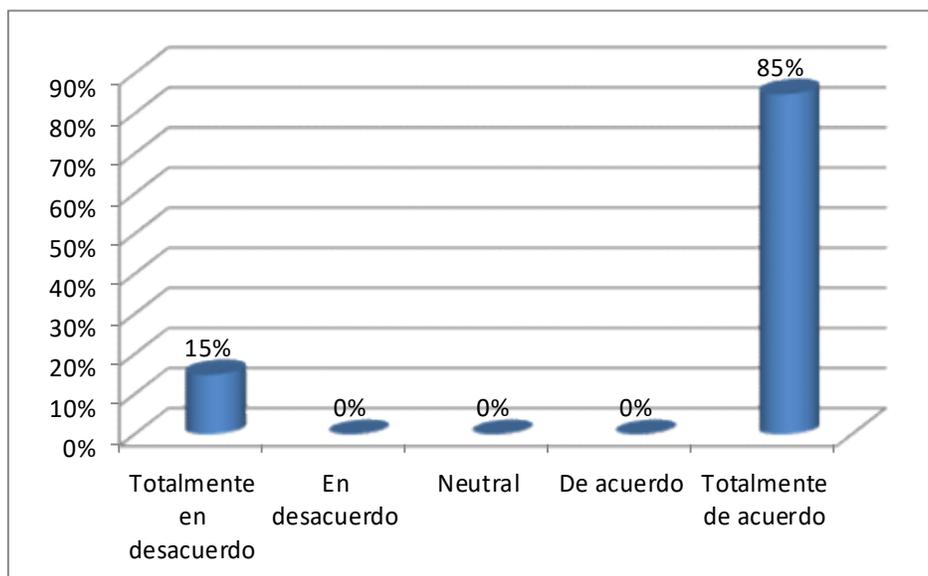
El riesgo operacional está en los recursos, actividades y procesos.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	08	15.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 3:

El riesgo operacional está en los recursos, actividades y procesos.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que un primer aspecto del riesgo operacional es identificarlo en los recursos, actividades y procesos de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 10

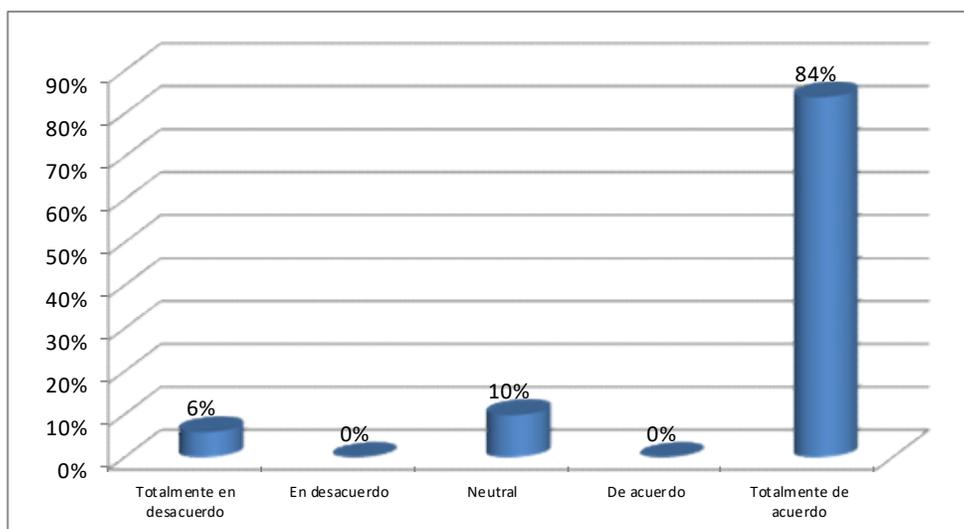
El riesgo operacional puede identificarse sobre la base de los objetivos.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	3	6.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	5	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	84.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 4:

El riesgo operacional puede identificarse sobre la base de los objetivos.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 84% de los encuestados acepta que el riesgo operacional puede identificarse sobre la base de los objetivos de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 11

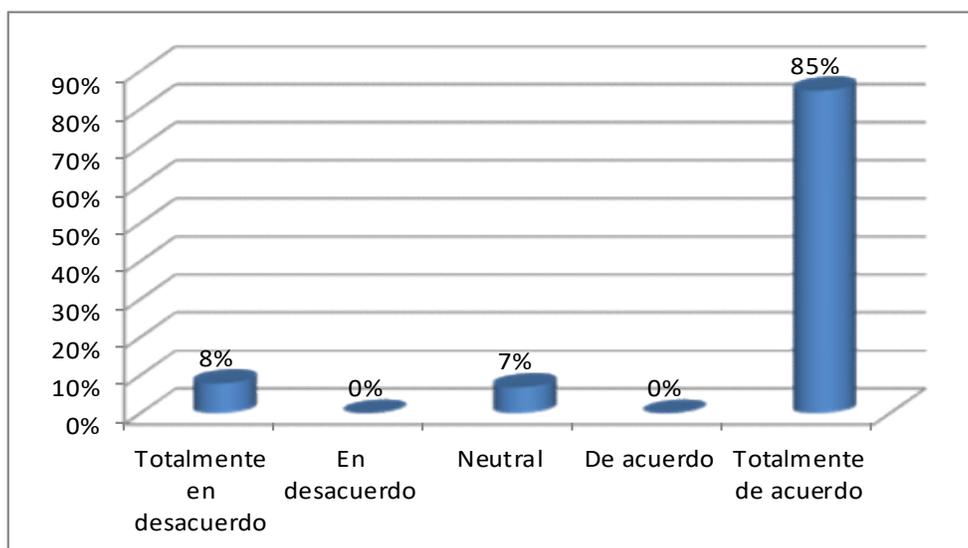
El riesgo operacional debe ser medido adecuadamente para ponderar sus efectos.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	04	08.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	03	07.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	43	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 5:

El riesgo operacional debe ser medido adecuadamente para ponderar sus efectos.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que el riesgo operacional debe ser medido adecuadamente para ponderar sus efectos en las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 12

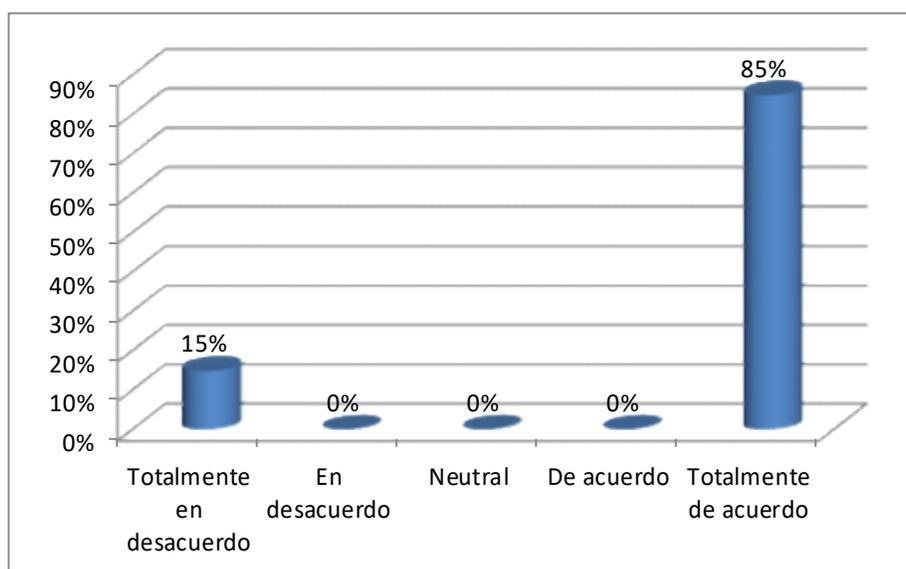
La evaluación del riesgo operacional consiste en examinar los efectos.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	08	15.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 6:

La evaluación del riesgo operacional consiste en examinar los efectos.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la evaluación del riesgo operacional consiste en examinar los efectos que podrían ocasionar en las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 13

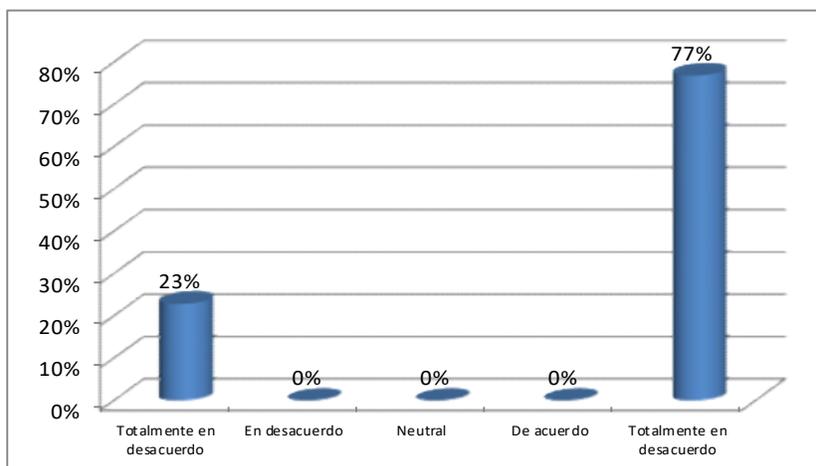
Los métodos para la gestión del riesgo operacional deben ser adecuadamente seleccionados

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	12	23.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	38	77.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada.

Figura 7:

Los métodos para la gestión del riesgo operacional deben ser adecuadamente seleccionados



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 77% de los encuestados acepta que los métodos para la gestión del riesgo operacional deben ser adecuadamente seleccionados para lograr las metas y objetivos de rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 14

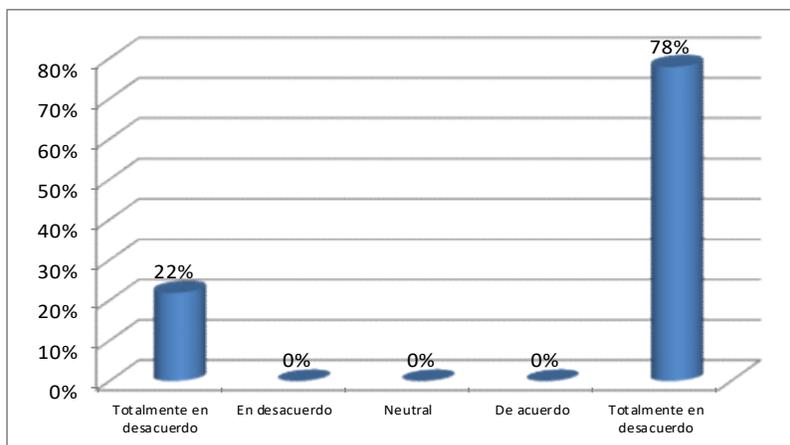
La selección de métodos busca la mejora de la rentabilidad.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	11	22.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	39	78.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada.

Figura 8:

La selección de métodos busca la mejora de la rentabilidad.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 78% de los encuestados acepta que la selección de métodos para la gestión del riesgo operacional busca que la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud

Tabla 15

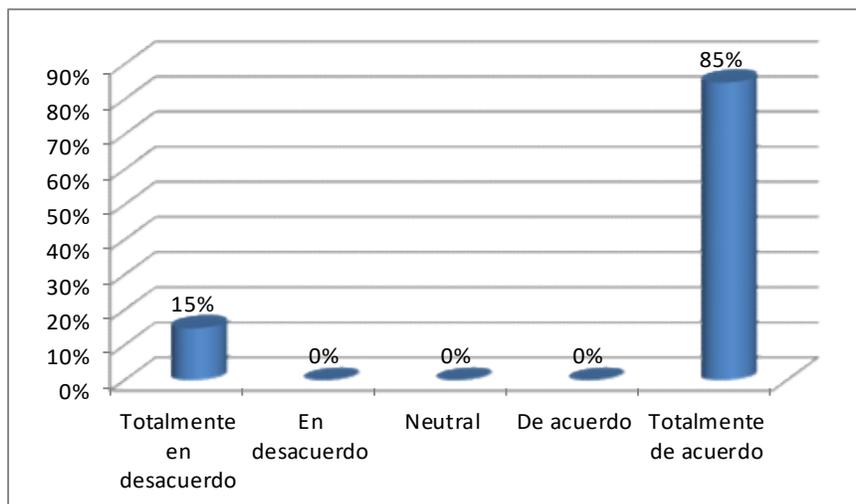
La gestión del riesgo operacional es un programa que debe implementarse

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	08	15.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 9:

La gestión del riesgo operacional es un programa que debe implementarse



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la gestión del riesgo operacional es un programa que debe implementarse adecuadamente en las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 16

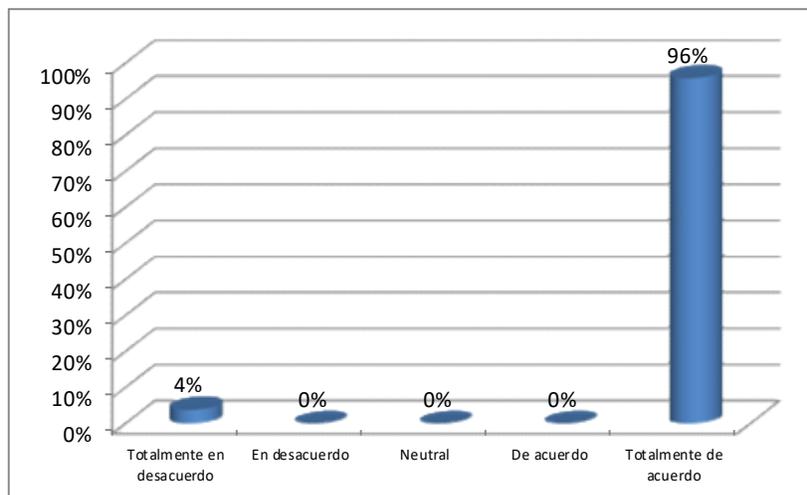
La implementación de la gestión del riesgo operacional consiste en un proceso.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	02	04.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	48	96.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 10:

La implementación de la gestión del riesgo operacional consiste en un proceso.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 96% de los encuestados acepta que la implementación de la gestión del riesgo operacional consiste en organizar, dirigir, coordinar y controlar todos los aspectos pertinentes de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 17

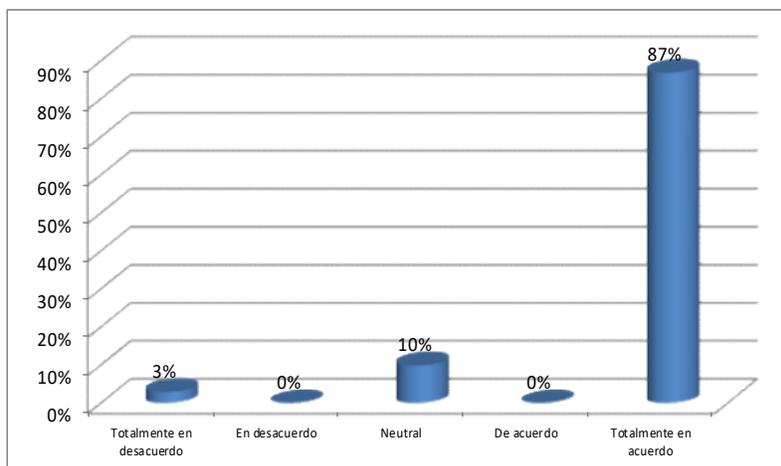
La gestión del riesgo operacional no es perfecta

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	2	3.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	5	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	43	87.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada.

Figura 11:

La gestión del riesgo operacional no es perfecta



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 87% de los encuestados acepta que la gestión del riesgo operacional no es perfecta por tanto cuando sea necesario debe ser retroalimentada para mejorar la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 18

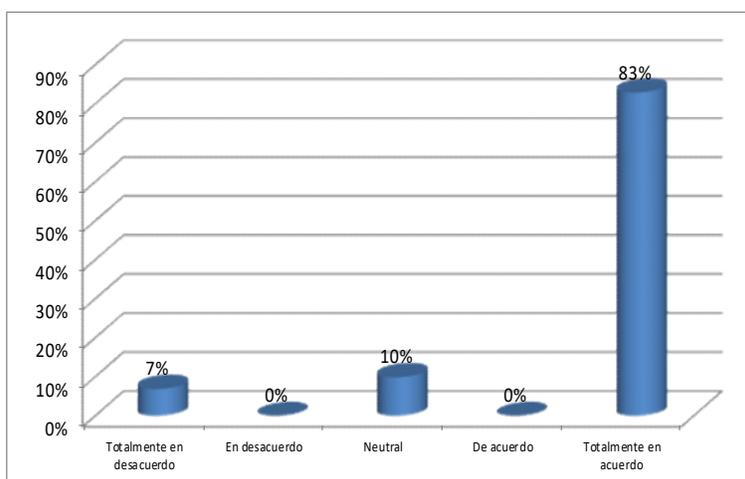
La retroalimentación ayuda en la gestión del riesgo operacional.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	03	07.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	05	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	83.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 12:

La retroalimentación ayuda en la gestión del riesgo operacional.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 83% de los encuestados acepta que la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional es una poderosa herramienta que permite crear e innovar procesos y procedimientos en las Empresas Privadas de Salud.

4.1.2. Análisis e interpretación de los resultados de la variable dependiente

Tabla 19

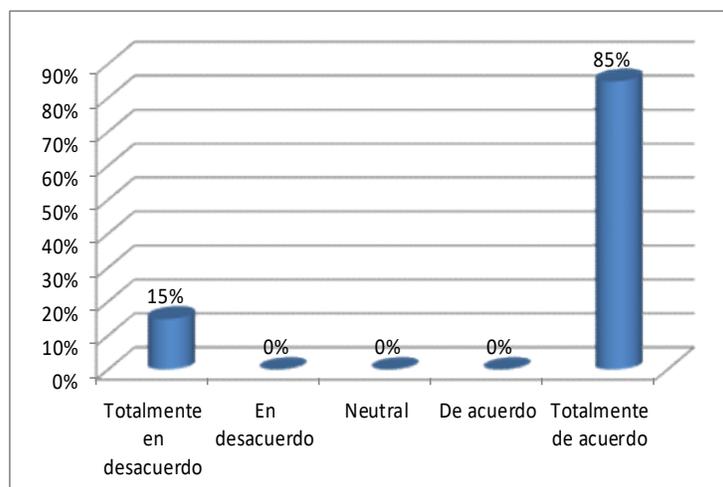
La rentabilidad empresarial se refiere al beneficio.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	08	15.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 13:

La rentabilidad empresarial se refiere al beneficio.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la rentabilidad empresarial se refiere al beneficio que deben lograr por las ventas o prestación de servicios las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 20

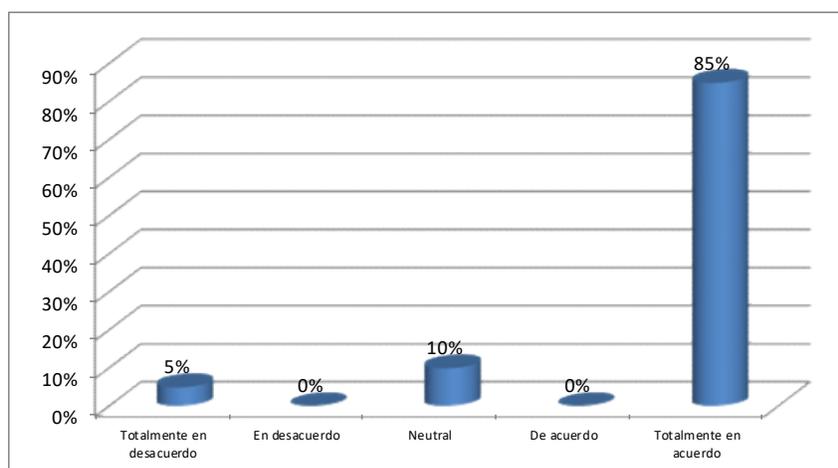
La rentabilidad mide el beneficio de la utilidad neta

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	02	05.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	05	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	43	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 14:

La rentabilidad mide el beneficio de la utilidad neta



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la rentabilidad mide el beneficio de la utilidad neta sobre las ventas o prestación de servicios de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 21

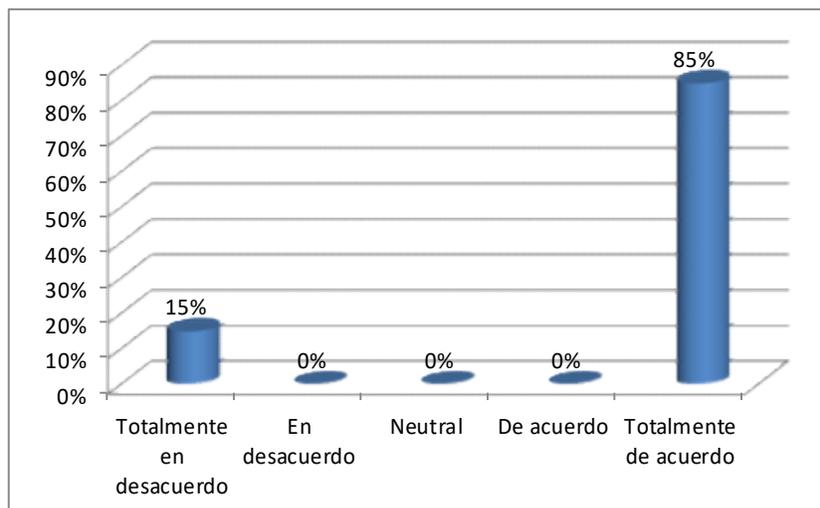
La rentabilidad se relaciona con los costos y gastos.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	08	15.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 15:

La rentabilidad se relaciona con los costos y gastos.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la rentabilidad sobre ventas o prestación de servicios debe complementarse con la reducción de costos y gastos de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 22

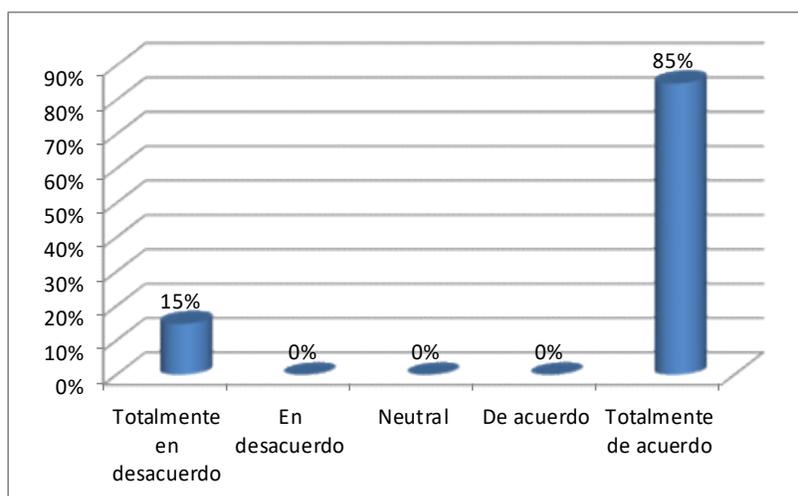
La rentabilidad es el beneficio de la explotación de los activos.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	08	15.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	42	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 16:

La rentabilidad es el beneficio de la explotación de los activos.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la rentabilidad del activo permite determinar el beneficio de la explotación de los activos corrientes y no corrientes de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 23

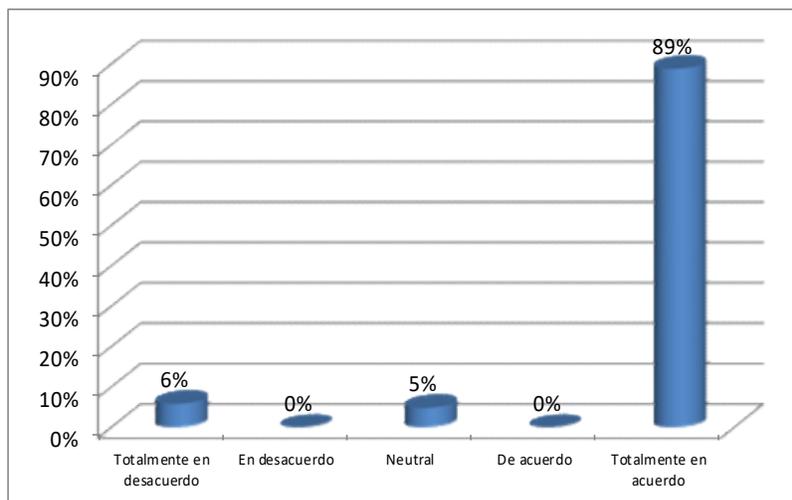
La rentabilidad del activo lleva a tomar decisiones.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	03	06.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	02	05.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	45	89.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada.

Figura 17:

La rentabilidad del activo lleva a tomar decisiones.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 89% de los encuestados acepta que la rentabilidad del activo es un indicador que lleva a tomar decisiones para mejorar la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud

Tabla 24

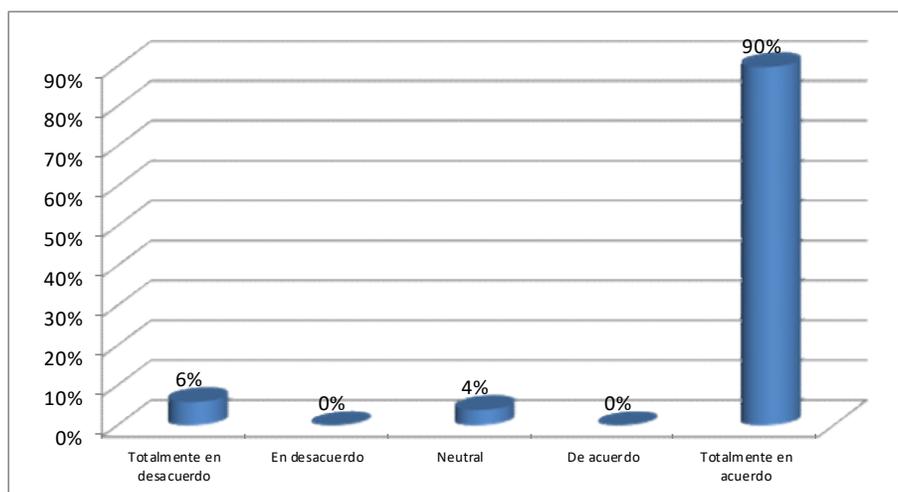
La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio de los accionistas

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	3	6.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	2	4.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	45	90.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 18:

La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio de los accionistas



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 90% de los encuestados acepta que la rentabilidad del patrimonio neto mide la relación de la utilidad y el patrimonio netos de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 25

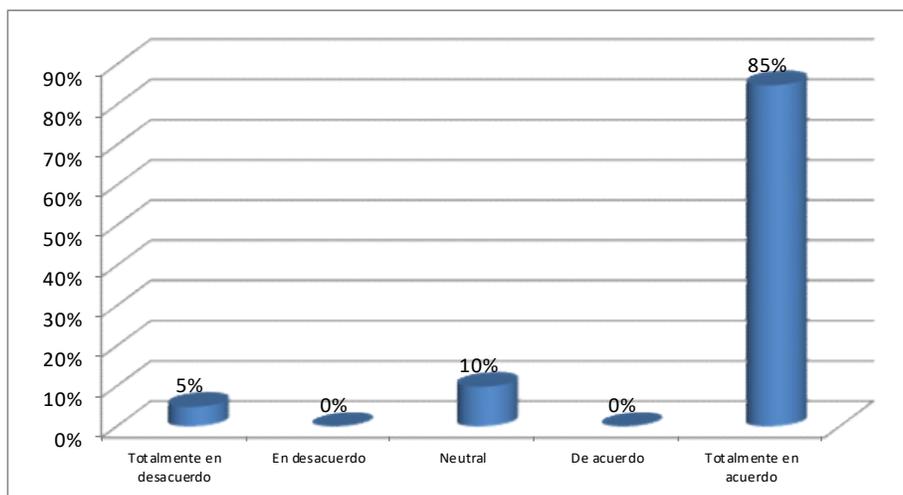
La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio del aporte de capital.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	02	05.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	05	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	43	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 19:

La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio del aporte de capital.



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio que están logrando los accionistas por el aporte de capital a las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 26

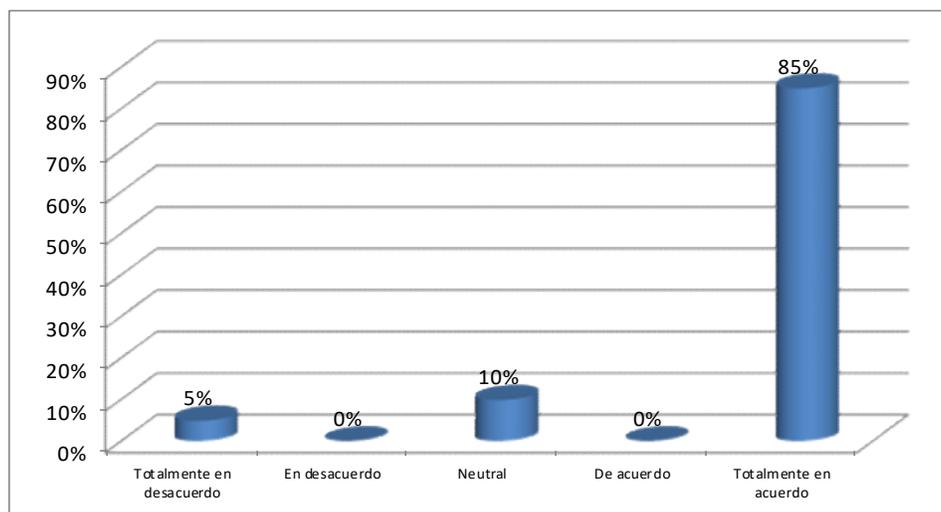
El incremento de la rentabilidad se relaciona con el riesgo no sistemático.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	02	05.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	05	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	43	85.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 20:

El incremento de la rentabilidad se relaciona con el riesgo no sistemático



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que el incremento de la rentabilidad debe ir acompañada de la reducción del riesgo no sistemático de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 27

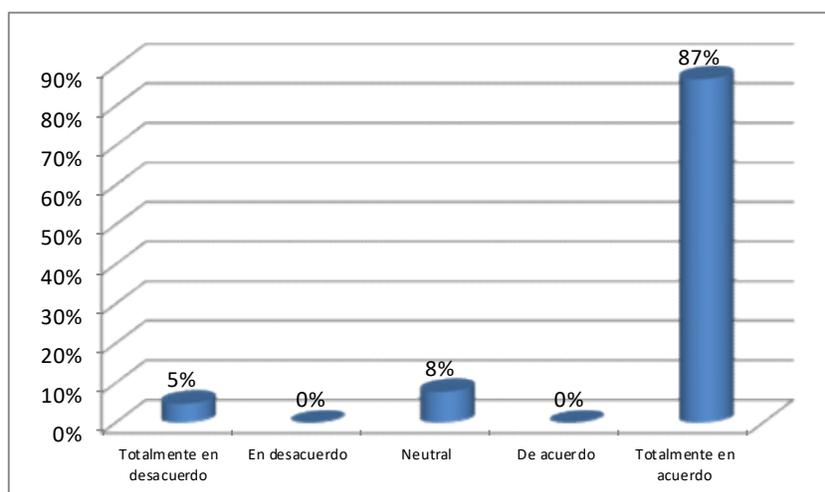
El riesgo no sistemático se refiere al riesgo propio de la empresa

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	02	05.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	04	08.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	44	87.00
TOTAL		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 21:

El riesgo no sistemático se refiere al riesgo propio de la empresa



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 87% de los encuestados acepta que la reducción del riesgo no sistemático se refiere al riesgo propio de la empresa en las personas, actividades y procesos de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla 28

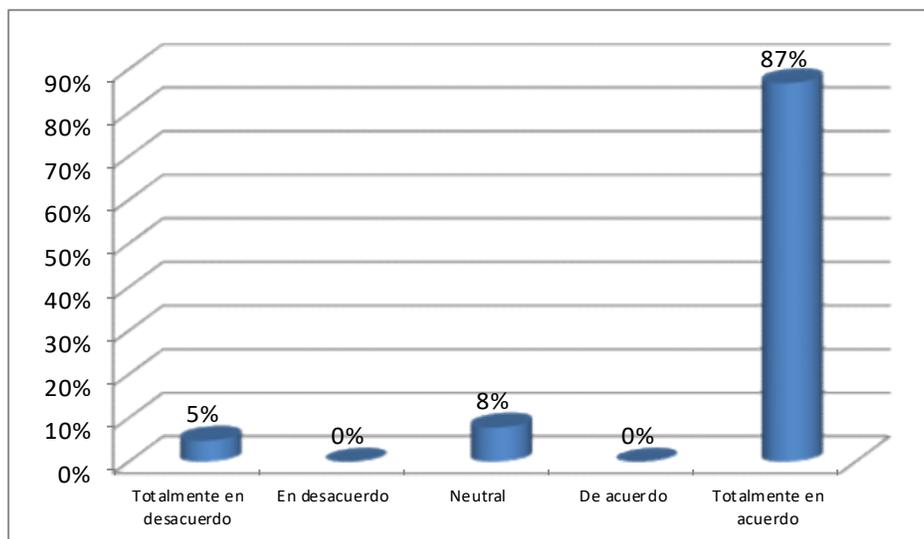
La reducción del riesgo financiero implica los recursos dinerarios.

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	02	05.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	04	08.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	44	87.00
Total		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 22:

La reducción del riesgo financiero implica los recursos dinerarios



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 87% de los encuestados acepta que la reducción del riesgo financiero implica una serie de cuidados para gestionar adecuadamente los recursos dinerarios de las Empresas Privadas de Salud.

Tabla No. 29:

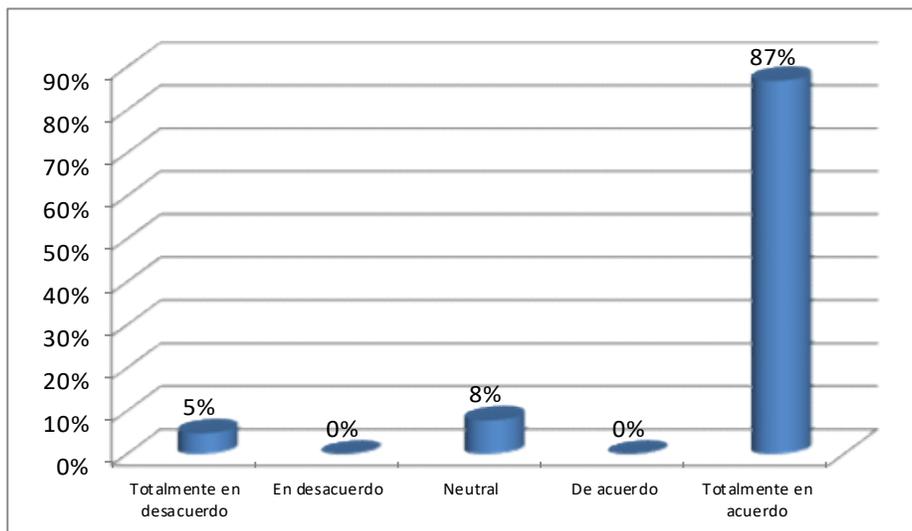
La reducción del riesgo financiero es importante porque es transversal

NR	Alternativas	Cant	%
1	Totalmente en desacuerdo	02	05.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	04	08.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	44	87.00
TOTAL		50	100.00

Fuente: Encuesta realizada

Figura 23:

La reducción del riesgo financiero es importante porque es transversal



Interpretación:

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 87% de los encuestados acepta que la reducción del riesgo financiero es importante porque es transversal a todas las áreas de las Empresas Privadas de Salud.

4.2. Contrastación de hipótesis de la investigación

4.2.1. Contrastación de la hipótesis general

H₁: La gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La gestión del riesgo operacional NO influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

Tabla 30

Tabla de frecuencias observadas

Variab les	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Gestión del riesgo operacional	45	5	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	45	5	50
Totales	45	5	50

Tabla 31*Tabla de frecuencias esperadas*

Variables	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Gestión del riesgo operacional	48	2	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	48	2	50
Totales	48	2	50

Para probar la hipótesis se siguió los siguientes pasos:

- Suposiciones: La muestra fue aleatoria simple y ascendió a 50.
- La estadística de prueba fue:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

- Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de X^2 es mayor o igual a $0.05 = 5.00\%$
- Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((45-48)^2) / 48 = 0.1875 = 18.75\%$$
- Decisión estadística: Dado que $18.75\% > 5.00\%$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.
- Conclusión:

La gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

4.2.2. *Contrastación de las hipótesis específicas*

4.2.2.1. *Contrastación de la hipótesis específica nro. 1*

H₁: La identificación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La identificación del riesgo operacional NO influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

Tabla 32

Tabla de frecuencias observadas

Variab les	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Identificación del riesgo operacional	43	7	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	43	7	50
Totales	43	7	50

Tabla 33*Tabla de frecuencias esperadas*

Variab les	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Identificación del riesgo operacional	48	2	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	48	2	50
Totales	48	2	50

Para probar la hipótesis se siguió los siguientes pasos:

- Suposiciones: La muestra fue aleatoria simple y ascendió a 50.
- La estadística de prueba fue:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

- Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de X^2 es mayor o igual a 0.05 = 5.00%
- Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((43-48)^2) / 48 = 0.5208 = 52.08\%$$

- Decisión estadística: Dado que $52.08\% > 5.00\%$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.
- Conclusión:

La identificación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

4.2.2.2. *Contrastación de la hipótesis específica nro. 2*

H₁: La medición y evaluación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La medición y evaluación del riesgo operacional NO influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

Tabla 34

Tabla de frecuencias observadas

Variables	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Medición y evaluación del riesgo operacional	45	5	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	45	5	50
Totales	45	5	50

Tabla 35*Tabla de frecuencias esperadas*

Variables	Totalmente de acuerdo	Totalmente	
		en desacuerdo	Total
Medición y evaluación del riesgo operacional	47	3	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	47	3	50
Totales	47	3	50

Para probar la hipótesis se siguió los siguientes pasos:

- Suposiciones: La muestra fue aleatoria simple y ascendió a 50.
- La estadística de prueba fue:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

- Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de X^2 es mayor o igual a $0.05 = 5.00\%$
- Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((45-47)^2) / 47 = 0.0851 = 8.51\%$$
- Decisión estadística: Dado que $8.51\% > 5.00\%$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.
- Conclusión:

La medición y evaluación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

4.2.2.2.1. *Contrastación de la hipótesis específica nro. 3*

H₁: La selección de métodos para la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La selección de métodos para la gestión del riesgo operacional NO influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

Tabla 36

Tabla de frecuencias observadas

Variables	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Selección de métodos para la gestión del riesgo operacional	42	8	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	42	8	50
Totales	42	8	50

Tabla 37*Tabla de frecuencias esperadas*

Variabes	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Selección de métodos para la gestión del riesgo operacional	45	5	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	45	5	50
Totales	45	5	50

Para probar la hipótesis se siguió los siguientes pasos:

- Suposiciones: La muestra fue aleatoria simple y ascendió a 50.
- La estadística de prueba fue:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

- Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de X^2 es mayor o igual a $0.05 = 5.00\%$
- Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((42-45)^2) / 45 = 0.2000 = 20.00\%$$

- e) Decisión estadística: Dado que $20.00\% > 5.00\%$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.
- f) Conclusión:

La selección de métodos para la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

4.2.2.3. *Contrastación de la hipótesis específica nro. 4*

H₁: La implementación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La implementación de la gestión del riesgo operacional NO influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

Tabla 38

Tabla de frecuencias observadas

Variables	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Implementación de la gestión del riesgo operacional	44	6	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	44	6	50
Totales	44	6	50

Tabla 39*Tabla de frecuencias esperadas*

Variables	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Implementación de la gestión del riesgo operacional	48	2	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	48	2	50
Totales	48	2	50

Para probar la hipótesis se siguió los siguientes pasos:

- a) Suposiciones: La muestra fue aleatoria simple y ascendió a 50.
- b) La estadística de prueba fue:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

- c) Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de X^2 es mayor o igual a $0.05 = 5.00\%$
- d) Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((44-48)^2) / 48 = 0.3333 = 33.33\%$$

- e) Decisión estadística: Dado que $33.33\% > 5.00\%$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

f) Conclusión:

La implementación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

4.2.2.4. *Contrastación de la hipótesis específica nro. 5*

H₁: La retroalimentación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

H₀: La retroalimentación de la gestión del riesgo operacional NO influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

Tabla 40

Tabla de frecuencias observadas

Variables	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Retroalimentación de la gestión del riesgo operacional	44	6	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	44	6	50
Totales	44	6	50

Tabla 41

Tabla de frecuencias esperadas

Variables	Totalmente de acuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total
Retroalimentación de la gestión del riesgo operacional	48	2	50
Mejora de la rentabilidad empresarial	48	2	50
Totales	48	2	50

Para probar la hipótesis se siguió los siguientes pasos:

- a) Suposiciones: La muestra fue aleatoria simple y ascendió a 50.
- b) La estadística de prueba fue:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

- c) Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de X^2 es mayor o igual a $0.05 = 5.00\%$

- d) Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((44-48)^2) / 48 = 0.3333 = 33.33\%$$

e) Decisión estadística: Dado que $33.33\% > 5.00\%$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

f) Conclusión:

La retroalimentación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.

V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Discusión del resultado de la variable independiente

El 85% de los encuestados acepta que la gestión de riesgo operacional consiste en identificar, medir, evaluar, selección los métodos, implementar y retroalimentar todos los aspectos del riesgo de las operaciones de las Empresas Privadas de Salud en el Perú. Este resultado se sustenta, aunque en otra dimensión espacial y temporal, por Puerto, D. La gestión del riesgo en salud en Colombia. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

<http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>. (2011), donde menciona que este proceso le permite a la organización que la implementa, la mejor identificación de oportunidades y amenazas, además de generar valor a partir de la incertidumbre y variabilidad, junto con la asignación y ejecución más eficientemente los recursos, mejorando la gestión de incidentes y reducción en pérdidas y el costo de riesgo, adicionalmente mejorar la confianza con sus contrapartes y adelantar de mejor forma el proceso directivo de la Organización.

5.2. Discusión del resultado de la variable dependiente

El 85% de los encuestados acepta que la rentabilidad empresarial se refiere al beneficio que deben lograr por las ventas o prestación de servicios las Empresas Privadas de Salud. Este resultado se sustenta, aunque en otra dimensión espacial y temporal, por Puerto, D. La gestión del riesgo en salud en Colombia. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

<http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>. (2011).

Donde explica que la implementación de la gestión de riesgos operacionales en las empresas prestadoras de servicios de salud contribuye a:

- Crear y proteger el valor (contribuye al logro de objetivos y mejora el desempeño).
- Es parte integral de todos los procesos de la organización.
- Es parte de la toma de decisiones.
- Trata explícitamente la incertidumbre.
- Es sistemática, estructurada y oportuna.
- Se basa en la mejor información disponible.
- Se adapta (se alinea con el contexto externo e interno y con el perfil de riesgo).
- Integra los factores humanos y culturales.
- Es transparente y participativa.
- Es dinámica, iterativa y responde a los cambios.
- Facilita la mejora continua de la organización.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Conclusión general

Se ha determinado que la gestión del riesgo operacional influye en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana; mediante la identificación del riesgo operacional; la medición y evaluación del riesgo operacional; selección de métodos para la gestión del riesgo operacional; implementación de la gestión del riesgo operacional; y, la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional. La ponderación de todos estos elementos del riesgo operacional permitirá reducir el riesgo operacional y en contrapartida mejorar la rentabilidad de las empresas.

6.2. Conclusiones específicas

- Se ha establecido que la identificación del riesgo operacional influye en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana; mediante el estudio de cada actividad y proceso empresarial; mediante el estudio de cada recurso humano, material, financiero y tecnológico utilizado; todo lo cual permitirá identificar los potenciales riesgos y tomar las medidas necesarias para reducir sus efectos y en compensación se tendrá una mejora en la rentabilidad de las empresas.

- Se ha determinado que la medición y evaluación del riesgo operacional influye en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana; mediante la ponderación de los niveles de riesgo en las actividades, procesos como recursos y procedimientos utilizados. Asimismo, con la evaluación permanente o eventual; previa, simultánea o posterior, se tendrá todos los elementos para reducir el riesgo operacional y por tanto mejorar sustancialmente la rentabilidad de las empresas.

- Se ha establecido que la selección de métodos para la gestión del riesgo operacional influye en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana; mediante la aplicación de métodos a las actividades y procesos; como métodos aplicados a los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos; también métodos de gestión de riesgos aplicados a los procedimientos empresariales; todo lo cual ayudará a gestionar la reducción del riesgo operacional y mejorar sustancialmente la rentabilidad de las empresas en estudio.

- Se ha determinado que la implementación de la gestión del riesgo operacional influye en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana; mediante la planeación de actividades y procesos que ayuden a reducir los riesgos operacionales, como la organización eficiente de todos los elementos empresariales de modo que permitan reducir el riesgo operacional, asimismo con el control efectivo de los recursos, actividades y procesos empresariales.

- Se ha establecido que la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional influye en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana; la retroalimentación es un proceso mediante el cual la gestión de riesgos se ajusta o reajusta para trabajar en forma más eficiente y efectiva, es decir, racionalizando recursos y logrando las metas y objetivos empresariales.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Recomendación general

Se recomienda a los directivos y funcionarios tener en cuenta que la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana. Por lo tanto, debería llevarse a cabo la identificación del riesgo operacional; la medición y evaluación del riesgo operacional; selección de métodos para la gestión del riesgo operacional; implementación de la gestión del riesgo operacional; y, la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional. Con todos estos elementos y además llevando a cabo una gestión económica, eficiente y efectiva se podrá llevar a cabo la mejora de la generación de beneficios en las empresas.

7.2. Recomendaciones específicas

- Se recomienda a los directivos y funcionarios tener en cuenta que la identificación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana. Por lo cual debe evaluarse las operaciones para identificar todos los riesgos para poder reducir sus efectos y si fuera el caso eliminarlos. Está demostrado que los riesgos operacionales dependen de las entidades, y son factibles de reducir lo que repercutirá en la mejora de la rentabilidad empresarial.

- Se recomienda a los directivos y funcionarios tener en cuenta que la medición y evaluación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana. En tal sentido, se tiene que medir y evaluar adecuadamente el riesgo operacional para identificar sus efectos y poder tomar medidas sobre los mismos; todo lo cual ayudará a mejorar la

rentabilidad empresarial, que se basa en menores costos, menores gastos y menores pérdidas para las empresas.

- Se recomienda a los directivos y funcionarios tener en cuenta que la selección de métodos para la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana. Por tanto, se deberían diseñar y aplicar métodos a las actividades y procesos; como métodos aplicados a los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos; también métodos de gestión de riesgos aplicados a los procedimientos empresariales; lo cual ayudará a gestionar la reducción del riesgo operacional y mejorar sustancialmente la rentabilidad de las empresas en estudio.

- Se recomienda a los directivos y funcionarios tener en cuenta que la implementación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana. Por tanto, la gestión debe desarrollarse de tal modo que ayude en el logro de la misión y el incremento de la rentabilidad empresarial, mediante la generación de los mayores ingresos posibles frente a los costos, gastos y pérdidas mínimas.

- Se recomienda a los directivos y funcionarios tener en cuenta que la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana. Por tanto, es necesario retroalimentar los recursos y otros eventos para lograr una adecuada gestión del riesgo en este tipo de empresas mediante la revisión de los planes, organización, decisiones sobre actividades, procesos y recursos; como sobre las coordinaciones y el control empresarial correspondiente.

VIII. REFERENCIAS

- Alturo, A. y Romero, M. (2016). *Gestión del riesgo operativo en salud*. Bogotá. Recuperada de: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/la_gestion_del_riesgo_operativo_en_salud.pdf.
- Arranz, A. (2013). *Rentabilidad y Mejora Continua*. Madrid. Editorial Donostiarra S.A.
- Belaunde, G. (2012). *Conociendo al Riesgo Operacional*. Lima. Recuperada de: <http://blogs.gestion.pe/riesgosfinancieros/2012/03/conociendo-al-riesgo-operacion>.
- Cajas, J. (2011). *Modelos de enfoque de medición avanzado del riesgo operativo (EMA)*. Recuperada de: Eumed. https://es.wikipedia.org/wiki/Riesgo_operativo.
- Chang, R. *Herramientas para rentabilidad empresarial*. Madrid. Ediciones Pirámide. (2014).
- Congreso de la República. (30 de marzo del 2009). Ley N^o 29344-Ley marco de aseguramiento universal en salud. Recuperada de: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf>.
- Fontana, A. (2015). *Finanzas empresariales*. Bogotá. Editorial Norma.
- Fuentes, D. (2015). *Finanzas Corporativas*. Bogotá. Editorial Norma.
- Hernández, D. *Administración del capital de trabajo de las empresas*. Lima. USMP. (2014).
- Madura, J. (2014). *Administración financiera*. México. Mc Graw Hill.
- Mascareñas, J. (2013). *Rentabilidad y riesgo financiero*. Madrid. Editorial Días de Santos.
- Ministerio de Salud. (21 de octubre del 2015). *Decreto Supremo N^o 034-2015-SA*. Recuperada De: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-supervision-de-decreto-supremo-n-034-2015-sa-1302411-2/>.
- Morales, J. y Galeano, C. (2013). *Enfoque de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) en las EPS del régimen contributivo e IPS de Nivel III de la ciudad de Bucaramanga y su Área metropolitana*. (Tesis de maestría). Universidad de Manizales. Manizales, Colombia. Recuperada de:

http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/1246/1/morales_jonathan_galeano_claudia_2014.pdf

Paredes, C. (2013). *Finanzas corporativas*. Madrid. Editorial días de Santos.

Presidencia del Consejo de Ministros. (14 de mayo de 1997). *Ley N° 26790 -Modernización de la Seguridad Social en Salud*. Recuperada de: http://www.essalud.gob.pe/normativa_prestaciones_economicas/pdf/ds-002-99-tr.pdf.

Puerto, D. (2011). *La gestión del riesgo en salud en Colombia*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Recuperada de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>.

Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. (05 de enero del 2018). *Información institucional*. Recuperado de: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal>.

Superintendencia Nacional de Salud. (10 de diciembre del 2017). *Información institucional*. Recuperado de: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal>.

Torres, F. y Huacles, J. (2015). *Los dueños de la salud privada en el Perú*. Recuperada de: <http://ojo-publico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>.

Velezmoro, O. (2010). *Modelo de gestión de riesgo operacional en una institución financiera peruana dentro de un enfoque integrado de gestión de riesgos*. (Tesis de Pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperada de: http://www.pucp.edu.pe/.../velezmoro_latorre_oscar_modelo_gestion.pdf?

Weston J. *Finanzas*. (2013). México. Mc Graw Hill.

IX. ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“La Gestión del Riesgo Operacional y la Mejora de la Rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cómo influye la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1) ¿Cómo influye la identificación del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?</p> <p>2) ¿Cómo influye la medición y evaluación del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?</p> <p>3) ¿Cómo influye la selección de métodos para la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?</p> <p>4) ¿Cómo influye la implementación de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?</p> <p>5) ¿Cómo influye la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la influencia de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>1) Establecer la influencia de la identificación del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>2) Determinar la influencia de la medición y evaluación del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>3) Establecer la influencia de la selección de métodos para la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>4) Determinar la influencia de la implementación de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>5) Establecer la influencia de la retroalimentación de la gestión del riesgo operacional en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1) La identificación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>2) La medición y evaluación del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>3) La selección de métodos para la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>4) La implementación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p> <p>5) La retroalimentación de la gestión del riesgo operacional influye en grado estadísticamente razonable en la mejora de la rentabilidad de las Empresas Prestadoras de Salud de Lima Metropolitana.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: X. GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL</p> <p>Indicadores:</p> <p>X.1. Identificación del riesgo operacional.</p> <p>X.2. Medición y evaluación del riesgo operacional.</p> <p>X.3. Selección y métodos de la gestión del riesgo operacional.</p> <p>X.4. Implementación de la gestión del riesgo operacional.</p> <p>X.5. Retroalimentación de la gestión del riesgo operacional</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Y. MEJORA DE LA RENTABILIDAD EMPRESARIAL</p> <p>Indicadores:</p> <p>Y.1. Rentabilidad sobre ventas empresariales</p> <p>Y.2. Rentabilidad del activo empresarial</p> <p>Y.3. Rentabilidad del patrimonio empresarial</p> <p>Y.4. Reducción del riesgo no sistemático</p> <p>Y.5. Reducción del riesgo financiero</p> <p>DIMENSIÓN ESPACIAL Z. EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD</p>	<p>Esta investigación es de tipo aplicada.</p> <p>La investigación es del nivel descriptivo-explicativo.</p> <p>En esta investigación se utilizaron los siguientes métodos: Descriptivo, Inductivo, Deductivo</p> <p>El diseño que se aplicó fue el no experimental.</p> <p>La población de la investigación estuvo conformada por 57 personas</p> <p>La muestra estuvo conformada por 50 personas</p> <p>Para definir el tamaño de la muestra se ha utilizado el método probabilístico.</p> <p>Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron son las siguientes Encuestas; Toma de información y Análisis documental.</p> <p>Los instrumentos para la recolección de datos que se utilizaron fueron los siguientes cuestionarios, fichas bibliográficas y Guías de análisis.</p> <p>Se aplicó las siguientes técnicas de procesamiento de datos: Ordenamiento y clasificación; Registro manual; Proceso computarizado con Excel; Proceso computarizado con SPSS.</p> <p>Se aplicó las siguientes técnicas de análisis: Análisis documental; Indagación; Conciliación de datos; Tabulación de cuadros con cantidades y porcentajes; Comprensión de figuras.</p>

ANEXO B: INSTRUMENTO: ENCUESTA

INSTRUCCIONES GENERALES:

Esta encuesta es personal y anónima, está dirigida a personal relacionado con las Empresas Privadas de Salud.

Agradezco dar su respuesta con la mayor transparencia y veracidad a las diversas preguntas del cuestionario, todo lo cual permitirá tener un acercamiento científico a la realidad concreta de la gestión del riesgo operacional y la mejora de la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud de Lima Metropolitana.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

Agradezco colocar un aspa en el recuadro correspondiente a la respuesta

Para contestar considere lo siguiente:

1= Totalmente en desacuerdo

2= En Desacuerdo

3= Neutral

4= De acuerdo

5= Totalmente de acuerdo

CUESTIONARIO:

**“LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL Y LA MEJORA DE LA
RENTABILIDAD DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD DE LIMA
METROPOLITANA”**

NR	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
	VARIABLE INDEPENDIENTE: GESTIÓN DE RIESGO OPERACIONAL:					
1	¿La gestión de riesgo operacional consiste en identificar, medir, evaluar, selección los métodos, implementar y retroalimentar todos los aspectos del riesgo de las operaciones de las Empresas Privadas de Salud?					
	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL:					
2	¿Un primer aspecto del riesgo operacional es identificarlo en los recursos, actividades y procesos de las Empresas Privadas de Salud?					
3	¿El riesgo operacional puede identificarse sobre la base de los objetivos de las Empresas Privadas de Salud?					
	MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL:					
4	¿El riesgo operacional debe ser medido adecuadamente para ponderar sus efectos en las Empresas Privadas de Salud?					
5	¿La evaluación del riesgo operacional consiste en examinar los efectos que podrían ocasionar en las Empresas Privadas de Salud?					
	SELECCIÓN DE MÉTODOS PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL:					

6	¿Los métodos para la gestión del riesgo operacional deben ser adecuadamente seleccionados para lograr las metas y objetivos de rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud?				
7	¿La selección de métodos para la gestión del riesgo operacional busca que la empresa mejore la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud?				
IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL:					
8	¿La gestión del riesgo operacional es un programa que debe implementarse adecuadamente en las Empresas Privadas de Salud?				
9	¿La implementación de la gestión del riesgo operacional consiste en organizar, dirigir, coordinar y controlar todos los aspectos pertinentes de las Empresas Privadas de Salud?				
RETROALIMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL:					
10	¿La gestión del riesgo operacional no es perfecta por tanto cuando sea necesario debe ser retroalimentada para mejorar la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud?				
11	¿La retroalimentación de la gestión del riesgo operacional es una poderosa herramienta que permite crear e innovar procesos y procedimientos en las Empresas Privadas de Salud?				
VARIABLE DEPENDIENT: MEJORA DE LA RENTABILIDAD EMPRESARIAL:					

12	¿La rentabilidad empresarial se refiere al beneficio que deben lograr por las ventas o prestación de servicios las Empresas Privadas de Salud?				
	RENTABILIDAD SOBRE VENTAS EMPRESARIALES:				
13	¿La rentabilidad mide el beneficio de la utilidad neta sobre las ventas o prestación de servicios de las Empresas Privadas de Salud?				
14	¿La rentabilidad sobre ventas o prestación de servicios debe complementarse con la reducción de costos y gastos de las Empresas Privadas de Salud?				
	RENTABILIDAD DEL ACTIVO EMPRESARIAL:				
15	¿La rentabilidad del activo permite determinar el beneficio de la explotación de los activos corrientes y no corrientes de las Empresas Privadas de Salud?				
16	¿La rentabilidad del activo es un indicador que lleva a tomar decisiones para mejorar la rentabilidad de las Empresas Privadas de Salud?				
	RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO NETO EMPRESARIAL:				
17	¿La rentabilidad del patrimonio neto mide la relación de la utilidad y el patrimonio netos de las Empresas Privadas de Salud?				
18	¿La rentabilidad del patrimonio neto mide el beneficio que están logrando los accionistas por el aporte de capital a las Empresas Privadas de Salud?				
	REDUCCIÓN DEL RIESGO NO SISTEMÁTICO:				

19	¿El incremento de la rentabilidad debe ir acompañada de la reducción del riesgo no sistemático de las Empresas Privadas de Salud?				
20	¿La reducción del riesgo no sistemático se refiere al riesgo propio de la empresa en las personas, actividades y procesos de las Empresas Privadas de Salud?				
	REDUCCIÓN DEL RIESGO FINANCIERO:				
21	¿La reducción del riesgo financiero implica una serie de cuidados para gestionar adecuadamente los recursos dinerarios de las Empresas Privadas de Salud?				
22	¿La reducción del riesgo financiero es importante porque es transversal a todas las áreas de las Empresas Privadas de Salud?				

**ANEXO C: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL EXPERTO
ACADÉMICO**

DOCTOR DOMINGO HERNÁNDEZ CELIS

Después de revisado el instrumento de la Tesis denominada: “**LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL Y LA MEJORA DE LA RENTABILIDAD DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA**”; mi calificación sobre un estándar del 87%, es la siguiente:

No.	PREGUNTA	55	65	75	85	95	100
1	¿En qué porcentaje se logrará contrastar la hipótesis con este instrumento?						X
2	¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a las variables, subvariables e indicadores de la investigación?						X
3	¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr el objetivo general de la investigación?						X
4	¿En qué porcentaje, las preguntas son de fácil comprensión?						X
5	¿Qué porcentaje de preguntas siguen una secuencia lógica?						X
6	¿En qué porcentaje se obtendrán datos similares con esta prueba aplicándolo en otras muestras?						X

Dado que todas las preguntas del instrumento superan el parámetro del 87%.

El instrumento queda validado favorablemente por el experto académico.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL EXPERTO ACADÉMICO

DOCTOR WILLIAM ENRIQUE CRUZ GONZÁLES

Después de revisado el instrumento de la Tesis denominada: **“LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL Y LA MEJORA DE LA RENTABILIDAD DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA”**; mi calificación sobre un estándar del 87%, es la siguiente:

No.	PREGUNTA	55	65	75	85	95	100
1	¿En qué porcentaje se logrará contrastar la hipótesis con este instrumento?						X
2	¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a las variables, subvariables e indicadores de la investigación?						X
3	¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr el objetivo general de la investigación?						X
4	¿En qué porcentaje, las preguntas son de fácil comprensión?					X	
5	¿Qué porcentaje de preguntas siguen una secuencia lógica?					X	
6	¿En qué porcentaje se obtendrán datos similares con esta prueba aplicándolo en otras muestras?					X	

Dado que todas las preguntas del instrumento superan el parámetro del 87%.

El instrumento queda validado favorablemente por el experto académico.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL EXPERTO ACADÉMICO

DOCTOR ROBERTO CUMPÉN VIDAURRE

Después de revisado el instrumento de la Tesis denominada: **“LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL Y LA MEJORA DE LA RENTABILIDAD DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA”**; mi calificación sobre un estándar del 87%, es la siguiente:

No.	PREGUNTA	55	65	75	85	95	100
1	¿En qué porcentaje se logrará contrastar la hipótesis con este instrumento?						X
2	¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a las variables, subvariables e indicadores de la investigación?						X
3	¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr el objetivo general de la investigación?						X
4	¿En qué porcentaje, las preguntas son de fácil comprensión?						X
5	¿Qué porcentaje de preguntas siguen una secuencia lógica?						X
6	¿En qué porcentaje se obtendrán datos similares con esta prueba aplicándolo en otras muestras?					X	

Dado que todas las preguntas del instrumento superan el parámetro del 87%.

El instrumento queda validado favorablemente por la experta académica.

**ANEXO D: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CON EL ALFA DE
CRONBACH**

CONFIRMADA POR EL DOCTOR WILLIAM ENRIQUE CRUZ GONZÁLES

El instrumento de la Tesis denominada: **LA GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL Y LA MEJORA DE LA RENTABILIDAD DE LAS EMPRESAS PRIVADAS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA**; es factible de reproducción por otros investigadores.

Es decir, los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, serán similares si se volviera a medir las mismas variables en condiciones idénticas.

Este aspecto de la razonable exactitud con que el instrumento mide lo que se ha pretendido medir es lo que se denomina la confiabilidad del instrumento, la misma que se cumple con el instrumento de encuesta de este trabajo.

Determinación del coeficiente de confiabilidad

Variables	Coeficiente Alfa de Cronbach	Número de ítems
Gestión del riesgo operacional	85.69%	11
Mejora de la rentabilidad empresarial	85.16%	11
Total	85.38%	22

Estas son las conclusiones sobre el coeficiente confiabilidad:

- Para la Variable independiente Gestión del Riesgo Operacional el valor del coeficiente es de 85.69%, lo que indica alta confiabilidad.

- Para la variable dependiente Mejora de la Rentabilidad Empresarial el valor del coeficiente es de 85.16%, lo que indica una alta confiabilidad.
- El coeficiente Alfa de Cronbach para la Escala Total es de 85.38%, lo cual indica una alta confiabilidad del instrumento.
- Finalmente, la confiabilidad, tanto de la escala total, como de las dos variables en particular, presentan valores que hacen que el instrumento pueda ser útil para alcanzar los objetivos de la investigación

ANEXO E: DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Gestión del Riesgo: Es el proceso que consiste en identificar, medir, monitorear, comunicar, tratar y controlar los riesgos a los cuales se está expuesto, a fin de reducir la probabilidad de su ocurrencia y mitigar su impacto para el logro de los objetivos de la institución supervisada.

Infracciones: Es toda acción u omisión que afecte: i) el derecho a la salud, la información de las personas usuarias de los servicios de salud, la cobertura prestacional y financiera de su aseguramiento, y; ii) estándares de acceso, calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad con que dichas prestaciones sean otorgadas. Se encuentran tipificadas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorias.

Plan de Mitigación de Riesgos: Es el conjunto de compromisos que asumen las entidades supervisadas con el objeto de levantar las observaciones y gestionar los riesgos identificados durante la supervisión, los que serán evaluados y aprobados por la Intendencia de SUSALUD que corresponda.

Riesgo: Es la probabilidad de que ocurra un evento con consecuencias negativas en el normal desempeño de las actividades de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS.

Oportunidad de la información: Se considera así al envío de la información que cumple con los plazos de envío que se establecen de manera expresa en las normas que regulan el intercambio de información aprobadas por SUSALUD.

Calidad de la Información: Se considera así a las características propias de la información, que cumple con las reglas de validación que se estipulan de manera expresa en las normas que regulan el intercambio de información aprobadas por SUSALUD.

AFOCAT: Asociaciones de Fondos Regionales y Provinciales Contra Accidentes de Tránsito

IAFAS: Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

IID: Intendencia de Investigación y Desarrollo

IFIS: Intendencia de Fiscalización y Sanción

IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

IPROM: Intendencia de Promoción de Derechos en Salud

IPROT: Intendencia de Protección de Derechos en Salud

ISIAFAS: Intendencia de Supervisión de IAFAS

ISIPRESS: Intendencia de Supervisión de IPRESS

LGS: Ley N° 26842, Ley General de Salud

LPAG: Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General

PAS: Procedimiento Administrativo Sancionador

RIS: Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD

ROF: Reglamento de Organización y Funciones de SUSALUD

SASUPERVISION: Superintendencia Adjunta de Supervisión

SADERECHOS: Superintendencia Adjunta de Promoción y Protección de Derechos en Salud

SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud

TUO: Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

UGIPRESS: Unidad de Gestión de IPRESS

UPSS: Unidad Productora de Servicios de Salud

Costo: Es el valor sacrificado para producir bienes o servicios con la esperanza de obtener beneficios presentes o futuros. Si una persona toma la decisión de estudiar una profesión incurre en costos (el pago de la universidad, los gastos del pasaje, la compra de libros, disponer de tiempo para asistir a clases, entre otros).

Crédito: La capacidad de un consumidor de pedir dinero prestado o a un acuerdo realizado con prestamista el cual explica la cantidad que se puede pedir prestada y los términos y

condiciones bajo las cuales el préstamo deberá ser pagado. Los términos y condiciones de reembolso incluyen por lo general el pago de cargos por financiamiento (incluyendo intereses).

Depreciación: Pérdida de valor de cierto activo, como por ejemplo un automóvil, a lo largo del tiempo.

Estado de ingresos: Informe que su negocio emite a intervalos regulares (por lo general trimestral y anualmente) en el cual se muestran los resultados financieros, incluyendo ingresos, ganancias, gastos e impuestos.

Flujo efectivo o flujo de caja: El saldo entre el dinero que ingresa y el dinero que gasta, por lo que permite determinar la rentabilidad de la inversión. Existen dos tipos de flujo de caja: el flujo de caja económico y el flujo de caja financiero.

Flujo de caja económico: Pretende determinar la rentabilidad del proyecto por sí mismo, sin incluir el financiamiento utilizado para llevarlo a cabo.

Flujo de caja financiero: Incorpora los efectos producidos por el financiamiento de la inversión.

Ganancias brutas: Sus ventas o ingresos, menos el costo de los bienes y servicios que vendió su negocio. Sus ganancias brutas proporcionan dinero para cubrir los gastos del negocio como las cuentas de servicios públicos, comercialización, alquiler y otros costos.

Ganancias netas: Ganancias del negocio después de restar el total de gastos de sus ingresos totales.

Gasto: Son las deducciones causadas por la administración del negocio como es el caso del sueldo del gerente, el pago del contador, pago de alquiler de la oficina, el pago de los servicios

de agua, luz y teléfono, entre otros. La importancia de hacer una distinción entre el gasto y el costo radica en el hecho de que los gastos no son parte del costo de producción o fabricación de un bien o servicio.

Gastos pre-operativos: Gastos necesarios ejecutados antes de que el negocio empiece a funcionar comercialmente. Estos pueden ser desde capacitaciones en el desarrollo del plan de negocios, derechos de registro, y licencias, entre otros.

Gastos de operación: Cualquier gasto relaciona con el funcionamiento de su negocio tales como alquiler, comercialización y seguros. A veces denominados gastos indirectos, los gastos de operación no incluyen impuestos o el costo del financiamiento de su negocio.

Ingreso: Ingresos de su negocio por ventas antes de cualquier deducción por operación, impuestos o depreciación.

Interés: En un acuerdo de crédito, es la cantidad, calculada como un porcentaje de su saldo insoluto que usted paga al prestamista. En una cuenta de ahorros, es la cantidad que el banco le paga a usted por mantener su dinero depositado. El interés generalmente se calcula como un porcentaje de su depósito total. El interés simple se calcula solo sobre el capital. El interés compuesto se calcula sobre el capital y las ganancias o interés que se acumulen.

Liquidez: Es la menor o mayor facilidad que tiene un bien para convertirse en dinero. El dinero en caja es lo más líquido que existe.

Mano de obra: Esfuerzo físico y/o mental que se utiliza para la fabricación de un producto/prestación de un servicio.

Materia prima: Materiales que se usan en la producción.

Pasivo: Lo que usted debe en préstamos y otras deudas.

Plan financiero: Es un registro escrito de sus objetivos financieros y la manera en que usted se propone alcanzarlos. Razón beneficio costo

Beneficio-costo: Es un indicador que permite hallar la relación existente entre el valor actual de los ingresos y el valor actual de los costos del proyecto (incluida la inversión). La ratio B/C se calcula hallando el cociente de dividir el valor actual de los costos. Interpretación: Si B/C es mayor que 1, entonces nos indica que el valor presente de los flujos de beneficios es mayor al valor presente de los flujos de los costos.

Rentabilidad: Es el entorno futuro de una inversión (utilidad). Es la capacidad que tiene un negocio de generar beneficios. El beneficio obtenido se expresa como un porcentaje del capital invertido.

Riesgo: En el caso de inversión, es la probabilidad de que se pueda perder algo o todo el capital invertido o que disminuya el poder adquisitivo del capital.

Segmento de mercado: Proceso que consiste en dividir el mercado total de un bien o servicio en varios grupos más pequeños e internamente homogéneos. La esencia de la segmentación es conocer realmente a los consumidores. Uno de los elementos decisivos del éxito de una empresa es su capacidad de segmentar adecuadamente su mercado. Un ejemplo de ellos puede ser el grupo de madres jóvenes, profesionales solteros, o aficionados a los deportes, que esperamos respondan de manera similar a una campaña de comercialización específica.

Tasa de descuento: Es la tasa de retorno requerida sobre la inversión. Ella refleja la oportunidad perdida de gastar o invertir en el presente por lo que también se le conoce como costo de oportunidad.

Tasa de interés: Porcentaje de lo que pide prestado que usted en intereses en un acuerdo de crédito. En una cuenta de ahorros o de CD, la tasa de interés es el porcentaje del capital, o de lo que se depositó, que usted recibe como ganancia.