Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2024 de ESSALUD, al II Semestre de 2023

Firmado digitalmente por GUTARRA TRUJILLO DE MORALES Alina Giuliana FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 18.03.2024 22:18:44 -05:00

Visado por BUSTAMANTE SOTO Maria Elsa FAU 20131257750 soft
Fecha: 2024/03/18 21:57:48-0500

Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
Gerencia de Planeamiento Corporativo
Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión

CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN 3

II. RESUMEN EJECUTIVO 5

III. MARCO ESTRATÉGICO 8

IV. RESULTADO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR CADA INDICADOR PROGRAMADO, DE ACUERDO A LA UNIDAD DE MEDIDA ESTABLECIDA 8

V. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES 45

VI. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES 47

VII. PRINCIPALES LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA 54

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 67

IX. ANEXOS 70

9.1. Documentación sustentatoria 70

9.2. Matriz de cumplimiento de metas de objetivos y acciones estratégicas institucionales 72

Anexo 01: Matriz de cumplimiento de las metas de los objetivos estratégicos institucionales del PEI 72

Anexo 02: Matriz del cumplimiento de las metas de las acciones estratégicas del PEI 73

Anexo 03: Matriz del cumplimiento de las metas de los objetivos y acciones estratégicas institucionales del PEI, año 2023 75

I. PRESENTACIÓN

Mediante Ley N° 27056**,** se crea el Seguro Social de Salud (EsSalud) y conforme lo establecido en la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, Ley N° 29158, el Seguro Social de Salud – ESSALUD constituye una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo; asimismo, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley N° 29626, Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011[1], el Seguro Social de Salud (ESSALUD) se encuentra bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE).

A fin de establecer la visión, misión y objetivos estratégicos institucionales en ESSALUD, el Consejo Directivo a través del Acuerdo N° 4-3-ESSALUD-2020, de fecha 06 de febrero de 2020, aprobó el **"Plan Estratégico Institucional 2020-2024 del Seguro Social de Salud - ESSALUD"**, documento de gestión que contiene los objetivos y acciones estratégicas institucionales.

El **Plan Estratégico Institucional 2020-2024 del Seguro Social de Salud**, cuenta con 29 indicadores con metas programadas para cada año, a excepción del indicador "Reducción de carga de enfermedad" cuya única meta programada corresponde ser evaluada al cierre del año 2024. Para evaluar el desempeño institucional respecto al cumplimiento de las metas de los 28 indicadores programados para el año 2023, y conforme a los lineamientos dados en la ***Directiva N° 04-GG-ESSALUD-2023 "Disposiciones para la Formulación, Aprobación, Evaluación y Modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) del Seguro Social de Salud - ESSALUD"***, se solicitó información a doce (12) dependencias[2].

En ese sentido, se presenta el **"Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2020-2024, al II Semestre de 2023"**, el mismo que ha sido elaborado de acuerdo a lo dispuesto por la Directiva precitada, en la estructura del Anexo 9: Estructura básica del Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional:

1. Presentación
2. Resumen Ejecutivo (máximo 1 página de extensión)
3. Marco Estratégico (Visión, Misión, Objetivo Estratégico, Acciones Estratégicas)
4. Resultado del nivel de cumplimiento por cada indicador programado, de acuerdo a la unidad de medida establecida.
5. Principales logros por cada indicador de los objetivos estratégicos
6. Principales logros por cada indicador de las acciones estratégicas.
7. Principales limitaciones y oportunidades de mejora.
8. Conclusiones y recomendaciones.

[1] Quincuagésima Quinta Disposición Transitoria Complementaria Final

[2] Gerencia Central de Atención al Asegurado (GCAA), Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI), Gerencia Central de Tecnologías y Comunicaciones (GCTIC), Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSPE), Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS), Gerencia Central de Operaciones (GCOP), Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP), Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF), Gerencia Central de Planeamiento y presupuesto (GCPP), Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCYH), Oficina de Defensa Nacional (ODN) y el Instituto de Evaluación de Tecnologías de Salud e Investigación (IETSI).

9. Anexos:
   - Documentación sustentatoria (evidencias mediante datos estadístico, fotografías y otros).
   - Matriz de cumplimiento de metas de objetivos y acciones estratégicas.

II. RESUMEN EJECUTIVO

El Seguro Social de Salud (ESSALUD), es una institución administrativa de fondos tangibles de la seguridad social, adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo; con personería jurídica de derecho público interno y autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. Tiene por función recaudar, fiscalizar, determinar y cobrar las aportaciones y demás recursos establecidos por ley para brindar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, mediante el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos[3].

Mediante Acuerdo N° 4-3-ESSALUD-2020 de fecha 06 de febrero de 2020, se aprobó el "Plan Estratégico Institucional 2020-2024 del Seguro Social de Salud - ESSALUD"; en el marco de la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la Formulación, Aprobación y Evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - ESSALUD", aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 1351-GG-ESSALUD-2016 de fecha 29 de diciembre de 2016. Sin embargo, a la fecha, mediante Resolución de Gerencia General N° 910-GG-ESSALUD-2023 de fecha 05 de julio de 2023, se aprobó la Directiva N° 04-GG-ESSALUD-2023 "Disposiciones para la Formulación, Aprobación, Evaluación y Modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) del Seguro Social de Salud - ESSALUD".

Cabe precisar, que el Plan Estratégico Institucional, ha establecido tres (3) objetivos estratégicos y doce (12) acciones estratégicas, con 29 indicadores y metas a lograr, precisando que un (1) indicador tiene meta programada únicamente al cierre del año 2024. Estas acciones estratégicas institucionales, indicadores y metas están orientadas a mejorar el desempeño en la protección financiera de la salud, optimizando la calidad de las prestaciones y el buen trato a los asegurados cubriendo sus necesidades y expectativas, impulsando la transformación digital, fortaleciendo la transparencia y luchando permanentemente contra todo acto de corrupción.

Con el fin de identificar los avances en el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales y en concordancia con lo dispuesto en el numeral 15.1 del artículo 15 de la Directiva N° 04-GG-ESSALUD-2023 "Disposiciones para la Formulación, Aprobación, Evaluación y Modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) del Seguro Social de Salud - ESSALUD", *"la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, a través de la Sub Gerencia de Control y Evaluación de la Gestión es la responsable de medir el cumplimiento de las metas de los indicadores a nivel de objetivos y acciones estratégicas aprobados en el Plan Estratégico Institucional (PEI), con periodicidad semestral".*

En tal sentido, con fecha 19 de diciembre de 2023 se solicitó información de 28 indicadores a las siguientes dependencias: Gerencia Central de Atención al Asegurado (GCAA), Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI), Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCYH), Oficina de Defensa Nacional (ODN), Instituto de Estudios de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, (GCTIC), Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSPE), Gerencia Central

[3] Ley N° 27056. Ley de creación del Seguro Social de Salud - ESSALUD

de Prestaciones de Salud (GCPS), Gerencia Central de Operaciones (GCOP), Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP), Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF), Gerencia de Presupuesto (GP), Gerencia de Organización y Procesos (GOP) y Gerencia de Gestión de la Información (GGI) de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, obteniendo el siguiente resultado:

Tabla N° 01

Resumen del nivel de cumplimiento de indicadores del PEI 2020-2024, al II Semestre de 2023, según criterios de evaluación[4]

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y/o Acción Estratégica Institucional (AEI)	Calificación de los indicadores según criterios de evaluación					Total
	Excelente > 90%	Bueno < 90% y > 75%	Regular < 75% y > 60 %	Malo < 60% y > 0 %	Sin avance 0%	
O.E.I.1 Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	2					2
A.E.I. 1.1. Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales	2					2
A.E.I. 1.2. Manejo eficiente de los gastos institucionales	2					2
O.E.I.2 Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	1			1	1	3
A.E.I. 2.1. Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes					1	1
A.E.I. 2.2. Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados	1			2		3
A.E.I. 2.3. Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	1		1			2
A.E.I. 2.4. Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados	1			1		2
A.E.I. 2.5. Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	1	2				3
A.E.I. 2.6. Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	1					1
O.E.I.3 Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	1		1			2
A.E.I. 3.1. Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS					1	1
A.E.I. 3.2. Implementación de sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución.					1	1
A.E.I. 3.3. Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado		1				1
A.E.I. 3.4. Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	2					2
Total	**15**	**3**	**2**	**4**	**4**	**28**
%	**53.6%**	**10.7%**	**7.1%**	**14.3%**	**14.3%**	**100%**

Elaboración: Gerencia de Planeamiento Corporativo - Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

De los 28 indicadores evaluados, quince (15) lograron un nivel de cumplimiento superior al 90% de sus metas, tres (3) indicadores lograron un cumplimiento dentro del rango de 60% a 75%, seis (6) cumplieron por debajo del 60% de sus metas y cuatro (4) indicadores se registraron sin avance debido a que las áreas a cargo sustentaron desde el año 2020 la imposibilidad de medirlos por falta de sistema de datos o por deficiencias en el diseño de los indicadores.

El Objetivo Estratégico Institucional N°1, evaluado a través de seis (6) indicadores, ha mostrado un avance superior al 90% en todos ellos. Los resultados revelan que, a pesar de haber sido

[4] Criterios establecidos por la GCPP y que son aplicados en las evaluaciones de PEI y POI

afectados los ingresos de la institución por diversas iniciativas legislativas en los últimos años, se evidencia un incremento, que ha permitido ejecutar gastos en prestaciones dentro de los rangos esperados. Asimismo, el retorno de las inversiones supero la meta esperada y la deuda por aportaciones fue menor a la meta estimada para el 2023. Los resultados obtenidos muestran que la administración de los ingresos y egresos se realiza dentro de los parámetros esperados.

El Objetivo Estratégico Institucional N° 2, evaluado en base al cumplimiento de quince (15) indicadores, es el que evidencia mayor limitación en su cumplimiento, con solo seis (6) indicadores que han logrado un nivel de ejecución mayor al 90% de sus metas previstas y siete (7) indicadores con desempeño por debajo del 75% de las metas previstas, entre los que se encuentran dos (2) indicadores sin avance debido a la imposibilidad de ser medidos. Este objetivo estratégico institucional es el que ha mostrado mayor limitación para su cumplimiento debido a que no se logró desarrollar un modelo de atención integral que fortalezca el primer nivel con el fin de brindar atención oportuna a la población asegurada evitando complicaciones y riesgos que impactan negativamente en su bienestar y en la capacidad operativa y financiera de la institución. Esto se refleja en los bajos niveles de satisfacción de la población que acude a los servicios de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.

El Objetivo Estratégico Institucional N° 3, evaluado en base a siete (7) indicadores, ha mostrado un nivel de avance regular al haber logrado tres (3) indicadores con ejecución de metas superior al 90%, un (1) indicador obtuvo entre 75% y 90% de ejecución y dos (2) indicadores se registran sin avance, debido a que no pueden ser evaluados por carecer de sistemas de información que permitan contar con la data necesaria. Respecto al componente transformación digital, se ha logrado avances en el desarrollo del uso de la telemedicina, el desarrollo de sistemas administrativos y asistenciales, en la interoperabilidad y en la digitalización, con la implementación del Sistema de Gestión Documental, que se enmarca en la Política Cero Papel.

En este contexto y en cumplimiento a la Directiva N° 04-GG-ESSALUD-2023 “Disposiciones para la Formulación, Aprobación, Evaluación y Modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) del Seguro Social de Salud - ESSALUD", se ha elaborado el presente informe de evaluación del PEI de ESSALUD, correspondiente al II Semestre del año 2023, el cual tiene como propósito identificar las medidas necesarias para garantizar la implementación anual de las acciones estratégicas institucionales y el logro de los objetivos estratégicos institucionales.

III. MARCO ESTRATÉGICO

Nuestro marco estratégico institucional lo constituye el **Plan Estratégico Institucional 2020-2024**, documento de gestión aprobado mediante con Acuerdo de Consejo Directivo N° 4-3-ESSALUD-2020, cuya orientación estratégica al año 2024 plantea lo siguiente:

- **Visión:** Ser una institución moderna y en mejora continua, centrada en los asegurados que garantiza el acceso a la seguridad social en salud con ética, oportunidad y calidad.

- **Misión:** Brindarnos prestaciones de salud, económicas y sociales a nuestros asegurados con una gestión eficiente e innovadora que garantiza la protección financiera de las prestaciones integrales

Tabla N° 02

Objetivos y acciones estratégicas del PEI 2020-2024 de ESSALUD

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (OEI)	ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL (AEI)
OE 1: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos.	**AE 1.1:** Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales
	AE 1.2: Manejo eficiente de los gastos institucionales
OE 2: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades.	**AE 2.1:** Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes
	AE 2.2: Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados
	AE 2.3: Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado
	AE 2.4: Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados
	AE 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido
	AE 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres
OE 3: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	**AE 3.1.:** Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS
	AE 3.2: Implementación de sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución.
	AE 3.3: Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado
	AE 3.4: Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2020-2024 de ESSALUD, publicado en el Portal de Transparencia Estándar de ESSALUD
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/plan_estrategico_institucional_2020_2024.pdf

IV. RESULTADO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR CADA INDICADOR PROGRAMADO, DE ACUERDO A LA UNIDAD DE MEDIDA ESTABLECIDA

Para establecer el nivel de cumplimiento de las metas de indicadores aprobados en el PEI 2020-2024 de ESSALUD, la Gerencia de Planeamiento Corporativo de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, ha mantenido los “criterios de evaluación del nivel de avance de las metas de indicadores” que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla N° 03

Criterios de evaluación del nivel de avance de las metas de indicadores aprobados en el PEI 2020-2024 de ESSALUD

Calificación	Rango de cumplimiento	Observación
Excelente	≥ 90%	Meta del indicador cumplida.
Bueno	≤ 90% y > 75%	Meta del indicador que al realizar el informe se encontraban en proceso no concluida, con significativo avance.
Regular	≤ 75% y > 60 %	Meta del indicador que al realizar el informe estaba en proceso, con avance regular.
Malo	≤ 60% y > 0 %	Meta del indicador que al realizar el informe estaban en proceso de ejecución con avance no significativo.
Sin avance	0%	Meta del indicador que no registra avance.

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - Gerencia de Planeamiento Corporativo

4.1. OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos.

Tabla N° 04

Indicadores del Objetivo Estratégico Institucional N° 1 y Acciones Estratégicas Institucionales

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Meta 2023	Ejecutado 2023	% de cumplimiento del indicador	Calificación según criterio de evaluación de la GPC-GCPP	Responsable
OE 1: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos.	1.A. Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas.	100.0%	99.5%	99.5%	Excelente	GCSPE
	1.B. Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito.	100%	91.5%	91.5%	Excelente	GCOP
AE 1.1: Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales.	1.1.A. Ratio de deuda respecto al presupuesto.	20%	18.13%	111%	Excelente	GCGF
	1.1.B. Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior.	6.4%	9.3%	145%	Excelente	
AE 1.2: Manejo eficiente de los gastos institucionales.	1.2.A. Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud.	1%	0.07%	100%	Excelente	GCSPE
	1.2.B. Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total.	8.5%	6.3%	100%	Excelente	GCPP

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución, responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024

4.1.1. Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas

La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSPE), mediante Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD de fecha 28/02/2024, remite información sobre el índice de siniestralidad (haciendo la precisión de que es del seguro regular), con información preliminar de los Estados Financieros 2023, proporcionado por la Subgerencia de Procesos Contables de la Gerencia de Contabilidad - Gerencia Central de Gestión Financiera.

De tal manera, al cierre del ejercicio 2023, y con información del Estado de Resultados Integrales Combinados (preliminar), la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos de Seguros de la GCSPE, calculó el valor de la siniestralidad, obteniendo un indicador del 99.5% de gasto por prestaciones respecto a los ingresos por aportaciones, lo que implica que se alcanzó la meta programada y, según criterios de evaluación, el nivel de cumplimiento es "Excelente".

Tabla N° 05

Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas

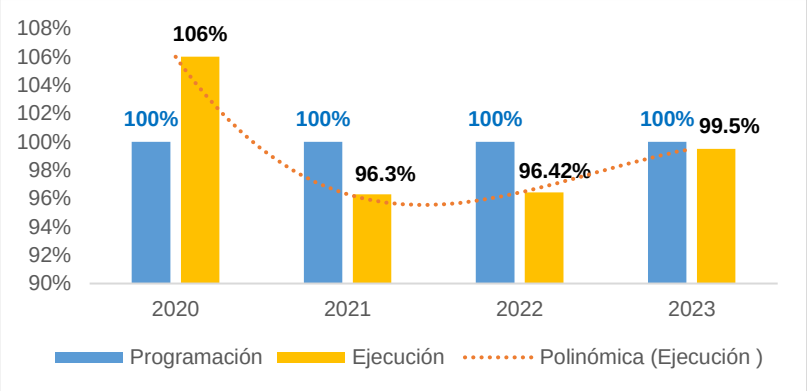
DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Gasto por prestaciones	15,319,029,767
Ingresos por aportaciones	15,400,844,036
Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas	99.5%
Meta del indicador (Año 2023)	**100.0%**
% de cumplimiento del indicador	**99.5%**

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Cabe precisar que, la fórmula calculada por la GCSYPE al cierre 2023, es denominada "Índice de siniestralidad del seguro regular", pero hace la salvedad que este "…no debe ser asociado a un concepto de meta de ejecución del gasto del 100 %, porque si no, no habría financiamiento para gasto de capital, contingencia, reservas y otros". Asimismo, según la GCSYPE, el resultado obtenido refleja que, a pesar de haber sido afectados los ingresos de la institución por diversas iniciativas legislativas en los últimos años, se evidencia un incremento en los ingresos de la institución.

Gráfico N° 01

Ejecución anual del indicador Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.1.2. Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito

La Gerencia Central de Operaciones (GCOP), con Memorando N° 231-2024-GCOP/ESSALUD, remite el Informe Nº 17-2024-GOPTE/ESSALUD, de la Gerencia de Operaciones Territoriales (GOPTE). Asimismo, con correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024, se valida que en el año 2023 se obtuvo 91.5% de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito. La evaluación del indicador se hizo en 26 Redes Asistenciales, 4 Redes Prestacionales, INCOR, CNSR y Gerencia de Oferta Flexible.

En ese sentido, conforme a los rangos de criterios de evaluación, se considera que el indicador tiene la calificación de "Excelente".

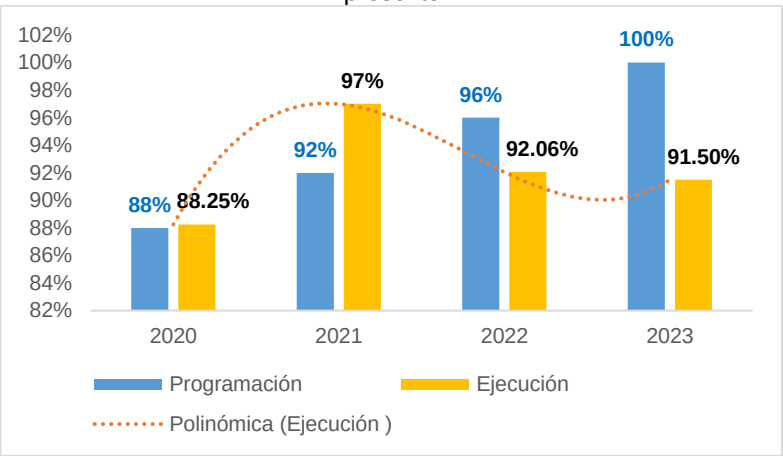
Tabla N° 06
Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Ítems de medicamentos entregados	106,198,552
Ítems de medicamentos prescritos	116,113,113
Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito	91.5%
Meta del indicador (Año 2023)	**100.0%**
% de cumplimiento del indicador	**91.5%**

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

De acuerdo con los resultados a nivel desagregado, la Red Asistencial Juliaca (I Semestre 2023: 99.78% y II Semestre 2023: 89.85%) y la Red Asistencial Amazonas (I Semestre 2023: 99.60% y II Semestre 2023: 89.52%), son las que reportaron los mejores resultados en su indicador, para ambos semestres pese a que, en ambos casos del primer al segundo semestre, la dispensación se redujo respecto a la prescripción.

Gráfico N° 02
Ejecución anual del indicador Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.1.3. Ratio de deuda respecto al presupuesto

La GCGF, con Memorando N° 00000043-2024-GCCC/ESSALUD de fecha 05/02/2023, remitido mediante Memorando N° 00000288-2024-GCGF/ESSALUD y correo institucional

(lucy.alvarado@essalud.gob.pe) de fecha 15.03.2024, informó que la deuda total de aportaciones reportada por la SUNAT al segundo semestre de 2023, ascendió a S/2,676,294,037.75, siendo el presupuesto institucional de apertura S/ 14,759,128,151. De tal manera, el valor del indicador al segundo semestre de 2023, es de 18.1%. Al respecto la GCGF precisa que, es una reducción atípica de generación de deuda a partir de las distintas medidas de prórroga en los vencimientos de pago y regímenes de facilidades de pago implementadas por el Gobierno para mitigar el impacto financiero de la pandemia sobre las empresas, situación que redujo los niveles históricos de incremento de deuda.

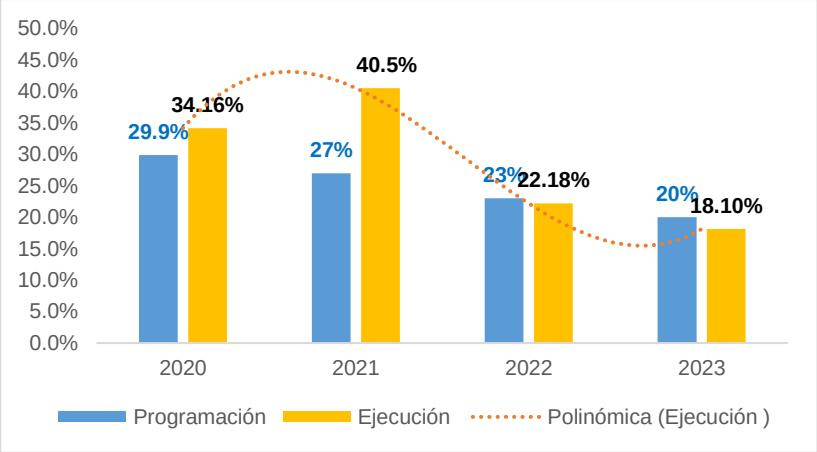
En ese sentido, conforme a los rangos de criterios de evaluación del indicador de tendencia decreciente, se considera que tiene la calificación de "Excelente".

Tabla N° 07
Ratio de deuda respecto al presupuesto

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Deuda total de aportaciones	2,676,294,037.75
Presupuesto Institucional de Apertura	14,759,128,151
Ratio de deuda respecto al presupuesto	18.1%
Meta del indicador (Año 2023)	**20.0%**
% de cumplimiento del indicador	**111%**

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

Gráfico N° 03
Ejecución anual del indicador Ratio de deuda respecto al presupuesto



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.1.4. Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior

La Gerencia Central de Gestión Financiera - GCGF, con Memorando N° 00000005-2024-GIF/ESSALUD de fecha 23/01/2024, remitido mediante el Memorando N° 00000288-2024-GCGF/ESSALUD y correo institucional (lucy.alvarado@essalud.gob.pe) de fecha 15.03.2024, informa que, al segundo semestre de 2023, el valor del indicador fue 9.3%.

El indicador considera la rentabilidad del Fondo de Salud asociado a resultados de Renta Fija y Renta Variable, así como a tasa que otorgan los instrumentos de mayor liquidez (Depósitos a plazo, Certificados de depósitos, CDBCRP y Fondos Mutuos de corto plazo), asociadas a la liquidez del Sistema Financiero Nacional y a la tasa de referencia del BCRP.

Dicha rentabilidad respondió a sucesos como:

a) Los principales mercados globales presentaron comportamientos mixtos,
b) El resultado de la plaza bursátil limeña, mostró una variación anual de 21.7% impulsada principalmente por los sectores de ingenio (61%), minería (45%) y servicios públicos (31%),
c) Los rendimientos en las inversiones de corto plazo (depósitos a plazo, certificado de depósito, CDBCRP y Fondos Mutuos de corto plazo),
d) El movimiento positivo de la curva de rendimientos de los bonos soberanos en soles, respecto a la presentada 12 meses atrás, lo cual incide en los resultados del portafolio, dado la importante concentración del fondo en tales instrumentos, entre otros factores.

Tabla N° 08

Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior

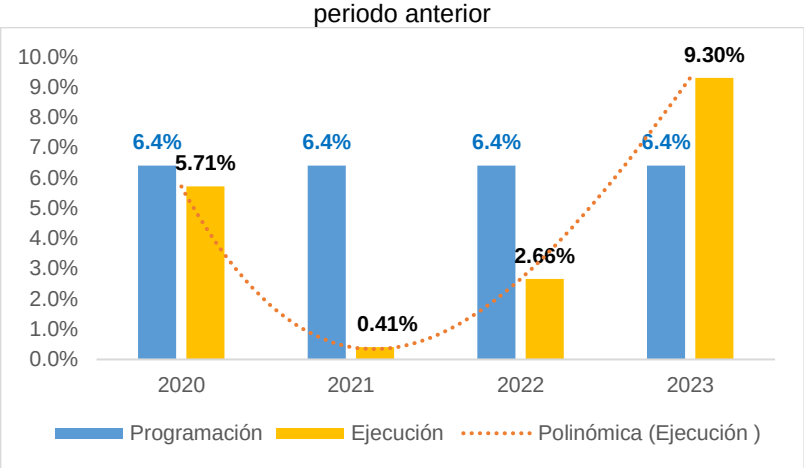
DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Valor cuota de la reserva técnica 2023	415.3
Valor cuota de la reserva técnica 2022	380.0
Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior	9.3%
Meta del indicador (Año 2023)	**6.4%**
% de cumplimiento del indicador	**145%**

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

Según informe de la GCGF, a pesar de la desaceleración del crecimiento mundial con ciertos factores de riesgo financiero, en un contexto de alza de tasas de interés de los Bancos Centrales, se ha logrado un nivel positivo del indicador, conservando el valor del Portafolio de Inversiones Financieras de ESSALUD en el largo plazo, continuando con la diversificación del mismo.

Gráfico N° 04

Ejecución anual del indicador Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.1.5. Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud

La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSPE), mediante Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD de fecha 28/02/2024, remite información del indicador, precisando que al II Semestre de 2023 obtuvo S/ 6,967,571.70 por prestaciones realizadas en una red asistencial a personas que tienen la condición de afiliación indebida o que no tienen cobertura y el monto presupuestal asignado a las Redes Prestacionales fue S/ 10,076,719,646.

De tal manera, el valor calculado del indicador cuya tendencia es decreciente, es de 0.07% y según criterios de evaluación, bajo los parámetros antes mencionados, el nivel de cumplimiento del indicador es “Excelente”.

Tabla N° 09

Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Monto valorizado por prestaciones realizadas en una red asistencial a personas que tienen la condición de afiliación indebida o que no tienen cobertura	S/ 6,967,571.70
Monto presupuestal asignado a la red prestacional	S/ 10,076,719,646
Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud	0.07%
Meta del indicador (Año 2023)	**1%**
% de cumplimiento del indicador	**100.0%**

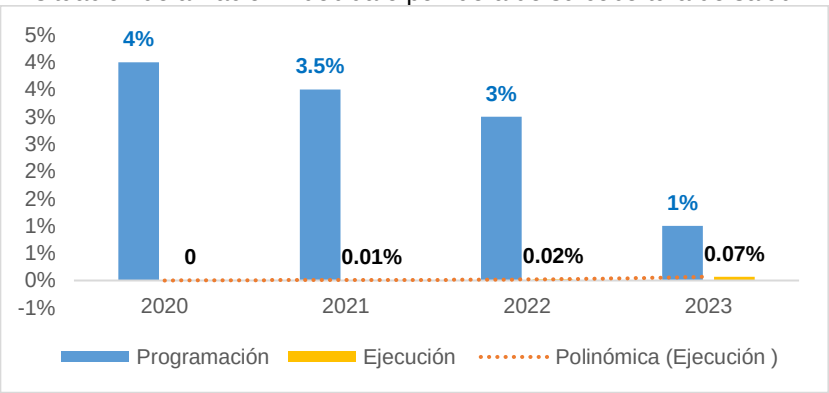
Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Es preciso informar que, mediante Informe Técnico N° 001-JJQ-SGVCA-GASV-GCSPE-ESSALUD-2021, la GCSYPE ha indicado que solo proporcionan indicadores intermedios para la implementación del indicador porque miden limitadamente los insumos del programa y los resultados del mismo. El Área de Finanzas de la Red Prestacional/Asistencial proporciona indicadores finales para la implementación del indicador debido a que miden los resultados de los programas y el impacto en las dimensiones de facturación y recupero, así como, la programación y ejecución presupuestal.

Las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE) generan solicitudes de valorización por cada expediente de auditoría de seguros en el cual se haya detectado prestaciones sin cobertura, y/o por cada expediente verificación de la condición del asegurado en situación de afiliación indebida. Las solicitudes son remitidas a Unidades de Finanzas de las IPRESS de las diferentes Redes Asistenciales donde se otorgaron las prestaciones de salud para su valorización y cobranza. Esta información es remitida por las OSPE a la Gerencia de Auditoría de Seguros y Verificación, para el cálculo de ejecución del indicador.

Gráfico N° 05

Ejecución anual del indicador Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.1.6. Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total

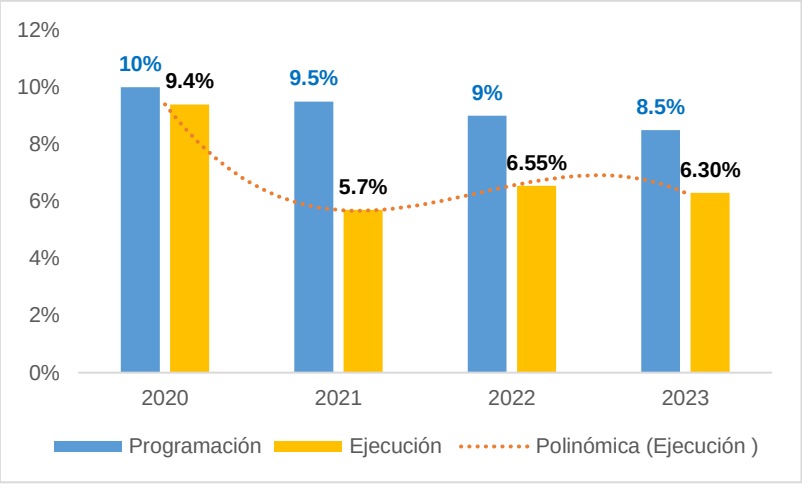
La Gerencia de Presupuesto (GP), de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP), responsable del cumplimiento del indicador, con Memorando N° 00000051-2024-GP-GCPP/ESSALUD remite el Informe Nº 00000001-2024-SGC/ESSALUD, donde comunica que obtuvo el 6.3% del gasto administrativo respecto al presupuesto total (PIM). De tal manera, se evidencia un adecuado manejo de los gastos administrativos con respecto al presupuesto total 2023. En ese sentido, según criterios de evaluación, el nivel de cumplimiento del indicador es "Excelente".

Tabla N° 10
Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Total, gasto administrativo (*)	S/ 982,966,660
Presupuesto total (**)	S/ 15,515,440,854
Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total	6.3%
Meta del indicador (Año 2023)	**8.5%**
% de cumplimiento del indicador	**100.0%**

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
Nota:
(*) Se asume para el gasto administrativo la información del módulo SAP CO registrada en los Centros de Costos de tipo administrativo de las Redes Asistenciales y se suma la ejecución presupuestal del Fondo AFESSALUD a diciembre 2023. De tal manera, el Gasto administrativo OO.DD.: S/ 755,148,321 (Fuente SGC - Evaluación de Costos Hospitalarios a diciembre 2023) y Ejecución presupuestal Fondo AFFESALUD S/ 227,818,339 (Fuente SGPP).
(**) Resolución de Gerencia General N° 1667-GG-ESSALUD-2023 (29/11/2023), que aprueba el Presupuesto a nivel desagregado por fondos y dependencias de la segunda modificación presupuestal del Seguro Social de Salud (ESSALUD): S/ 15,315,440,854 egresos y S/ 200,000,000 egresos por financiamiento.

Gráfico N° 06
Ejecución anual del indicador Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total



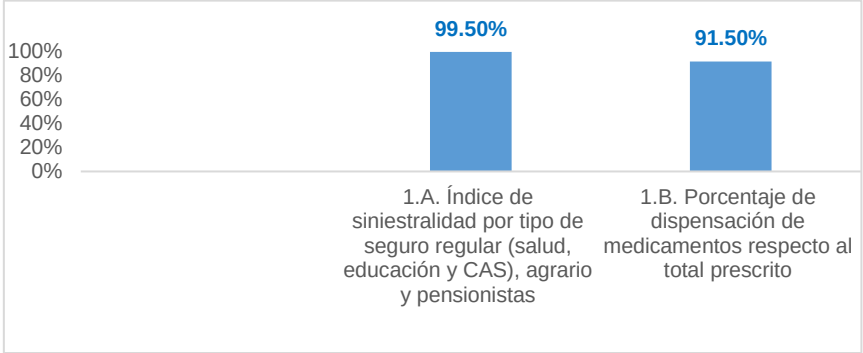
Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

Síntesis de resultados de indicadores alineados al Objetivo Estratégico Institucional N° 1. Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos

Los resultados muestran un cumplimiento mayor al 91.5% para los seis (6) indicadores, siendo el indicador de "Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito", el que alcanzó menor porcentaje de cumplimiento, lo que indicaría que su ejecución si bien

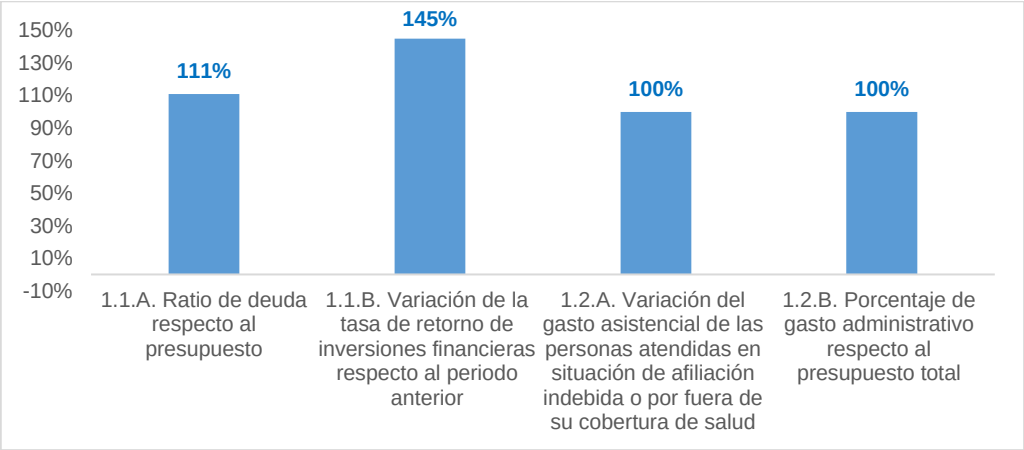
depende de otro tipo de factores que no necesariamente se relacionan con los recursos financieros disponibles para la adquisición.

Gráfico N° 07
Nivel de cumplimiento de indicadores del Objetivo Estratégico Institucional N° 1



Nota: Elaboración propia en base a resultados de la evaluación al cierre 2023

Gráfico N° 08
Nivel de cumplimiento de indicadores de Acciones Estratégicas Institucionales del OEI N° 1



Nota: Elaboración propia en base a resultados de la evaluación al cierre 2023

Por otro lado, el logro de este objetivo estratégico institucional se sustenta en el avance de dos acciones estratégicas institucionales: AE 1.1: Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales y AE 1.2: Manejo eficiente de los gastos institucionales. De acuerdo a los resultados al cierre del 2023, la gestión de gastos habría sido eficiente puesto que los dos indicadores de acción estratégica "Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud" y "Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total" lograron un 100% de ejecución. Respecto a la gestión de los ingresos, al cierre 2023 el "Ratio de deuda respecto al presupuesto" fue menor de lo esperado y se evidenció un incremento de la "Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior".

4.2. OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades.

Tabla N° 11

Indicadores del Objetivo Estratégico Institucional N° 2 y Acciones Estratégicas Institucionales

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Meta 2023	Ejecutado 2023	% de cumplimiento del indicador	Calificación según criterio de evaluación de la GPC-GCPP	Responsable
OE 2: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	2.A. Satisfacción del usuario	73%	66.1%	90.6%	Excelente	GCAA
	2.B. Reducción de la carga de enfermedades	0	0	0	No corresponde evaluar	GCPS
	2.C. Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)	5.2%	Sin avance*	0.0%	Sin avance*	GCPS
	2.D. Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	10%	38.2%	26.2%	Malo	GCPP
AE 2.1: Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	2.1.A. Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo establecido	90%	Sin avance*	0.0%	Sin avance*	GCPS
AE 2.2: Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados	2.2.A. Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido	33%	30%	90.9%	Excelente	IETSI
	2.2.B. Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel	3 días	11.1 días	27.0%	Malo	GCOP
	2.2.C. Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	100%	46.7%	46.7%	Malo	OGCYH
AE 2.3: Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	2.3.A. Porcentaje de referencia no pertinentes	Nivel I: 2% Nivel II: 2.3%	Nivel I: 0.2% Nivel II: 0.2%	Nivel I: 100% Nivel II: 100%	Excelente	GCOP
	2.3.B. Porcentaje de contrarreferencias[5]	76%	55%	72.4%	Regular	GCOP
AE 2.4: Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados	2.4.A. Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía.	7 días	25.7 días	27.2%	Malo	GCOP
	2.4.B. Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio	96.2%	94.2%	97.9%	Excelente	GCPI
AE 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	2.5.A. Porcentaje de personal evaluado	62%	84.6%	136.5%	Excelente	GCGP
	2.5.B. Ratio de médicos x 10000 asegurados	13.5	11.9	88.2%	Bueno	GCOP
	2.5.C. Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)	0.65%	0.80%	81.3%	Bueno	GCGP
AE 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	2.6.A. Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos	25%	28.1%	100%	Excelente	ODN

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución, responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024

(*) Informe Nº 00000003-2024-GPNAIS/ESSALUD, indicando que los indicadores no son factibles de ser medidos (mayor detalle en el desarrollo del indicador).

[5] El PEI 2020-2024 de ESSALUD, aprobado mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 4-3-ESSALUD-2020, registra como nota al pie referente al indicador, lo siguiente: Promedio institucional (2019: H. I: 80.6%, H. II: 75.6%, H.III:57.9%, H.IV: 100%, H.N: 60.4%, Institutos: 99.5%).

4.2.1. Satisfacción del usuario

La Gerencia Central de Atención al Asegurado (GCAA), con Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD de fecha 15/01/2024, remite el Informe Nº 00000005-2024-SGSGAA/ESSALUD de fecha 15/01/2024 de la Subgerencia del Sistema de Gestión de Atención al Asegurado, por medio del cual informó que, con el apoyo de la Subgerencia de Atención al Asegurado en otros canales, se han aplicado 112 encuestas telefónicas[6], en:

- Redes Prestacionales: Rebagliati, Almenara y Sabogal.
- Redes Asistenciales: Tarapoto, Ucayali, Tacna, Apurímac, Tumbes, Huánuco, Juliaca y Puno.
- Otros Servicios: Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), Centro del Adulto Mayor (CAM), Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE), Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERPS) y Módulo Básico de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), Línea 107, Farmacia Vecina, Atención Prioritaria al Paciente Oncológico, INFOFAM, Atención de Atención Permanente 24x7 y ESSALUD en Línea - Otorgamiento de citas.

De tal manera se logró encuestar a 31,187 usuarios, de los cuales 20,623 usuarios (66.1%) se encontraron satisfechos con el servicio recibido. En ese sentido, según criterios de evaluación el nivel de cumplimiento del indicador tiene la calificación de “Excelente”.

Tabla N° 12
Satisfacción del usuario

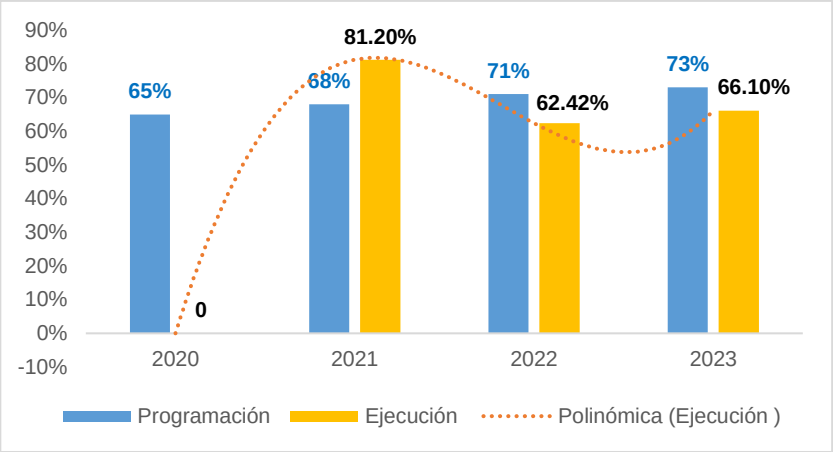
DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Total de encuestados que se encuentran satisfechos	20,623
Total de asegurados encuestados	31,187
Satisfacción del usuario	66.1%
Meta del indicador (Año 2023)	**73.0%**
% de cumplimiento del indicador	**90.6%**

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado

El Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), los Centro del Adulto Mayor (CAM), los Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERPS), los Módulo Básico de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE) y la Línea 107 obtuvieron niveles de satisfacción por encima de la meta programada de 73%.

[6] Comprende encuestas particulares preparadas por primer nivel, servicios (hospitalización, emergencia y consulta externa) de segundo y tercer nivel, para cada Red encuestada, así como las encuestas preparadas para los servicios de la GCAA, de Prestaciones Económicas y de Prestaciones Sociales.

Gráfico N° 09
Ejecución anual del indicador Satisfacción del usuario



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales. El año 2020, en el contexto de pandemia y por falta de presupuesto no se aplicaron encuestas de satisfacción.

4.2.2. Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS), con Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD, remite el Informe Nº 00000003-2024-GPNAIS/ESSALUD, de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, manifestando que el indicador no es factible de ser medido, tal como lo viene sosteniendo desde el año 2020, en que, mediante Memorando N° 788-GCPS-ESSALUD-2020 (16.07.2020) la GCPS informa que el indicador no es factible de ser medido y mediante Memorando N° 1490-GCPS-ESSALUD-2020 (02.12.2020), alcanza propuesta de 03 indicadores con sus respectivas fichas técnicas, indicando que su medición si es accesible a través del sistema transaccional vigente: 1) Número absoluto anual de muertes maternas, 2) Porcentaje de cesáreas, 3) Porcentaje de cumplimiento de toma de hemoglobina glicosilada en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus.

Asimismo, con Memorando N° 69-GCPS-ESSALUD-2021 (15.01.2021), envió el Informe N° 13-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2020, manifestando haber informado que no se podía construir el presente indicador, debido a limitaciones en el sistema de información epidemiológica, necesidad de recoger diagnósticos en simultáneo por cada paciente, necesidad de registros adecuados y variables no adecuadas de acuerdo a normativa.

Por otro lado, se encuentran trabajando en la actualización de la cartera de servicios del primer nivel de atención[7], donde se considerará un nuevo indicador para ser propuesto en el Plan Estratégico institucional (PEI) de ESSALUD.

Asimismo, la GCPS ha desarrollado varias reuniones con la Gerencia de Planeamiento Corporativo, para exponer y tratar de ajustar los indicadores definidos en el PEI 2020-2024 de ESSALUD; pero no se ha logrado obtener información de los sistemas disponibles que pueda ajustarse a la propuesta inicial de indicadores del citado documento de gestión, adicionalmente ha informado que la evaluación del indicador correspondería a funciones propias de la Gerencia Central de Operaciones.

En ese sentido, según criterios de evaluación considerandos en el presente documento, el indicador tiene la calificación de “Sin avance”.

[7] Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 56 -GCPS-2023, que conforma el grupo de trabajo para validar la cartera de servicios del primer nivel de atención.

4.2.3. Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V

La Gerencia de Gestión de la Información (GGI) de la GCPP, mediante Memorando N° 00000004-2024-GGI/ESSALUD envía el Informe Nº 00000002-2024-SGE/ESSALUD, por medio del cual precisa que el indicador mide la proporción de las emergencias que pueden ser evitables, las cuales se clasifican a través de las prioridades IV y V, que deben ser realizadas y atendidas en los servicios de consulta externa o consultorios descentralizados, teniendo en cuenta que dichos pacientes no presentan riesgo de muerte, ni compromiso de funciones vitales y tampoco riesgo de complicación inmediata.

Asimismo, el propósito del indicador es medir la mejora del uso de los servicios de emergencias, a través del manejo adecuado de la demanda de los pacientes que requieren emergencias menores, evitando sobresaturar al servicio respecto de los pacientes que si necesitan atención inmediata y oportuna.

De tal manera, al II Semestre de 2023, se tuvo 9,304,377 atenciones de emergencia, cuya distribución por prioridad es la siguiente: 68,289 (0.7%) prioridad I, 1,287,738 (13.9%) prioridad II, 4,392,405 (47.2%) prioridad III, 2,932,327 (31.5%) prioridad IV y 623,618 (6.7%) prioridad V.

Con respecto a las 3,555,945 atenciones de emergencia prioridad IV y V (urgencias que no ponen en riesgo la salud y la vida de la persona), su distribución por nivel de atención es el siguiente: 617,124 (17.4%) nivel I, 2,584,153 (72.7%) nivel II y 354,668 (9.9%) nivel III, evidenciando que el 72.7% de emergencia prioridad IV y V se concentran en el II nivel de atención. El total de 3,555,945 atenciones de emergencia prioridad IV y V cantidad que representa el 38.2% del total de emergencias, que representa un cumplimiento del 26.2% de cumplimiento de la meta programada en el indicador de tendencia descendente. Por ende, según criterios de evaluación considerandos en el presente documento, el indicador tiene la calificación de “Malo”.

Tabla N° 13

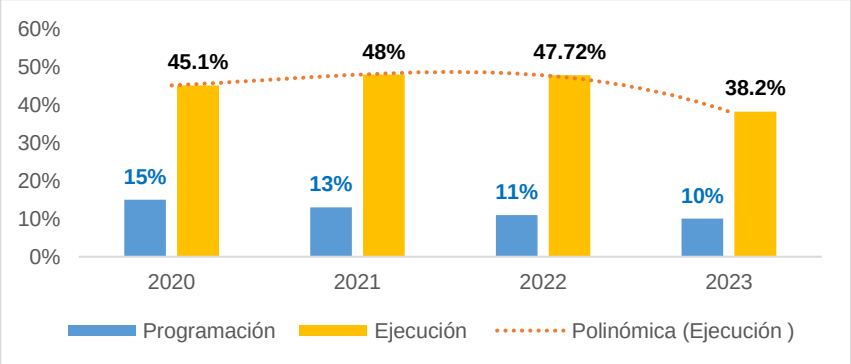
Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Total, de atenciones del servicio de emergencia prioridad IV y V	3,555,945
Total, de atenciones en el servicio de emergencia	9,304,377
Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	38.2%
Meta del indicador (Año 2023)	**10.0%**
% de cumplimiento del indicador	**26.2%%**

Fuente: Gerencia de Gestión de la Información – GCPP

Gráfico N° 10

Ejecución anual del indicador Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

Las emergencias de prioridad IV y V han tenido una reducción poco significativa, impactando en mayor saturación de los servicios de emergencia, particularmente en el II Nivel de atención.

4.2.4. Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS), con Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD, remite el Informe Nº 00000003-2024-GPNAIS/ESSALUD, de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, manifestando que el indicador no es factible de ser medido.

Es preciso indicar que, desde el año 2020, mediante Memorando N° 78-GCPS-GCPP-2020 de fecha 16.07.2020, la GCPS ha informado que, en base al Informe N° 064-GPC-GCPP-ESSALUD-2020 (16.06.2020), el indicador fue propuesto por la Gerencia Central de Operaciones, por lo que no le correspondería evaluarlo.

Sin perjuicio de ello, la GCPS ha desarrollado varias reuniones con la Gerencia de Planeamiento Corporativo, para exponer y tratar de ajustar los indicadores definidos en el PEI 2020-2024 de ESSALUD; pero no se ha logrado obtener información de los sistemas disponibles que pueda ajustarse a la propuesta inicial de indicadores del citado documento de gestión,

Por otro lado, se encuentran trabajando en la actualización de cartera de servicios del primer nivel de atención[8], donde se considerará un nuevo indicador para ser propuesto al Plan Estratégico institucional (PEI) de ESSALUD.

En ese sentido, según criterios de evaluación considerandos en el presente documento, el indicador tiene la calificación de “Sin avance”.

4.2.5. Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido

El Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), con Memorando N° 00000014-2024-IETSI/ESSALUD e Informe Nº 00000001-2024-DGPCFyT/ESSALUD, informa que, la adherencia implica evaluar el cumplimiento de las recomendaciones trazadoras de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolos, considerándose una adherencia alta si la medición del indicador es mayor al 80%.

Al II Semestre de 2022, IETSI incluye 4 recomendaciones trazadoras evaluadas, a través de 10 indicadores, correspondiente a las GPC para tamizaje, diagnóstico y manejo de enfermedad crónica, de las cuales 3 fueron calificadas con adherencia alta.

Cabe precisar, que IETSI no incluyó las GPC relacionadas a hemofilia y enfermedad hipertensiva del embarazo, ya que sus tableros de indicadores no fueron actualizados, así tampoco diseñaron nuevos tableros, a pesar de las coordinaciones realizadas entre IETSI y UGAD, las mismas que se han comunicado a GCTIC.

En ese sentido, el valor del indicador al II Semestre de 2023, es 30% que corresponde, según criterios de evaluación del nivel de avance de la meta, a una calificación de “Excelente”.

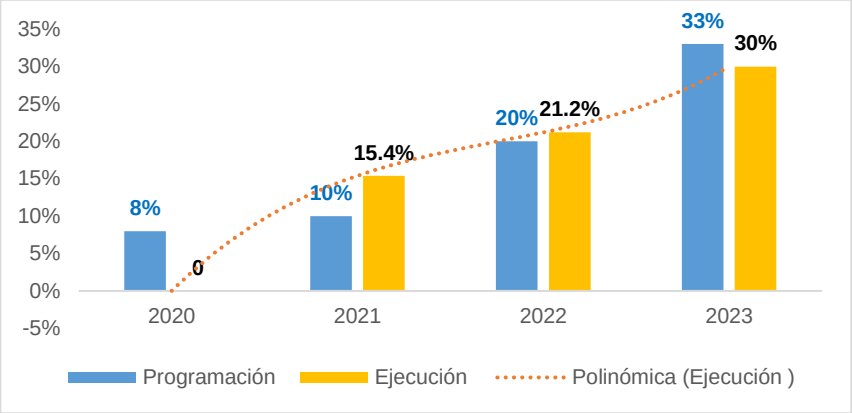
[8] Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 56 -GCPS-2023, que conforma el grupo de trabajo para validar la cartera de servicios del primer nivel de atención.

Tabla N° 14
Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
N° de recomendaciones priorizadas de GPC o protocolo con adherencia alta por profesionales de la salud	3
N° de recomendaciones priorizadas de GPC o protocolo	10
Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las GPC o protocolo establecido	**30.0%**
Meta del indicador (Año 2023)	**33.0%**
% de cumplimiento del indicador	**90.9%**

Fuente: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI)

Gráfico N° 11
Ejecución anual del indicador Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.6. Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel

La Gerencia Central de Operaciones (GCOP), con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, remite el Informe Nº 00000017-2024-GOPTE/ESSALUD, de la Gerencia de Operaciones Territoriales (GOPTE); asimismo, con correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05.02.2024 y 13.02.2024 ratifica que, en el año 2023 se obtuvo 11.1 días de diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel, considerando solo a los pacientes nuevos, según definición del Glosario Estadístico, para el cálculo del indicador. En ese sentido, siendo un indicador de tendencia decreciente con meta programada de 3 días y conforme a los rangos de criterios de evaluación, se considera que el indicador tiene la calificación de “Malo”.

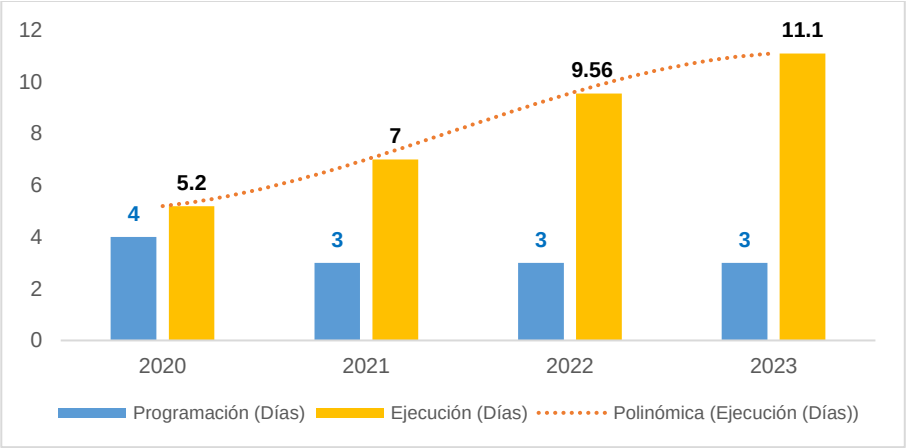
Tabla N° 15
Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Suma de días	2,799,151
Total, de citas	252,531
Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel	11.1 días
Meta del indicador (Año 2023)	**3 días**
% de cumplimiento del indicador	**27.0%**

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

Gráfico N° 12

Ejecución anual del indicador Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.7. Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, con Memorando N° 19-2024-OGCYH/ESSALUD y Memorando N° 24-2024-OGCYH/ESSALUD, remite información al segundo semestre de 2023, para la evaluación del indicador "Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente", en el marco de la Directiva Nº 07-OGCyH-ESSALUD-2020, aprobada mediante Resolución de Gerencia General Nº 402-GG-ESSALUD-2020 "Registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en ESSALUD", documento en el que el **evento relacionado con la seguridad del paciente** es definido como una *"Circunstancia que directa o indirectamente ocurre al paciente o que le atañe y que podría resultar o resultó en un daño imprevisto al paciente; como resultado de una falla del sistema, una falla del equipo, o un error humano. Incluye el evento adverso, evento centinela e incidente"*.

Este tipo de circunstancias pueden llegar a ser catastróficas para el paciente y con consecuencia económicas y de imagen institucional para la institución; razón por la que, en el PEI vigente se ha considerado como indicador de acción estratégica el porcentaje de adherencia de las IPRESS al Registro de Eventos Relacionados con Seguridad del Paciente (ERSP) a través del sistema informático "Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos (REGINCIAD)", que permite almacenar y procesar información a fin de realizar la gestión mediante el análisis de los factores contribuyentes a la presentación de ERSP.

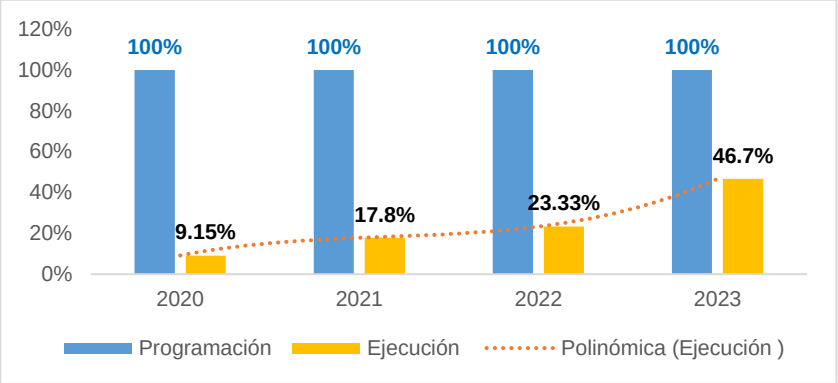
En ese sentido, la OGCyH estimó el valor del indicador de manera mensual, para cada una de las 26 Redes Asistenciales, 4 Redes Prestacionales, CNSR, INCOR y la Gerencia de Oferta Flexible, bajo la premisa de contabilizar solo las IPRESS que cuenten con al menos un reporte de ERSP en el REGINCIAD, durante el periodo enero a diciembre de 2023, logrando obtener 46.7% de adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente. Considerando los criterios de evaluación, el nivel de cumplimiento del indicador es "Malo", evidenciando que las IPRESS no están registrando la totalidad de Eventos Relacionados con Seguridad del Paciente.

Tabla N° 16
Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente en ESSALUD, en el 2023

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Promedio de IPRESS que presentan adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	184
Total de IPRESS a nivel institucional (*)	394
Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	46.7%
Meta del indicador (Año 2023)	**100.0%**
% de cumplimiento del indicador	**46.7%**

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
Nota: (*) Según base de datos de la OGCyH

Gráfico N° 13
Ejecución anual del indicador Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.8. Porcentaje de referencia no pertinentes

La Gerencia Central de Operaciones (GCOP), con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, remite el Informe Nº 00000017-2024-GOPTE/ESSALUD, de la Gerencia de Operaciones Territoriales (GOPTE); asimismo, con correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024, informe y ratifica que, en el año 2023 se obtuvo 0.2% de referencias no pertinentes del Nivel I y Nivel II, respectivamente.

En ese sentido, conforme a los rangos de criterios de evaluación, se considera que el indicador tiene la calificación de “Excelente”.

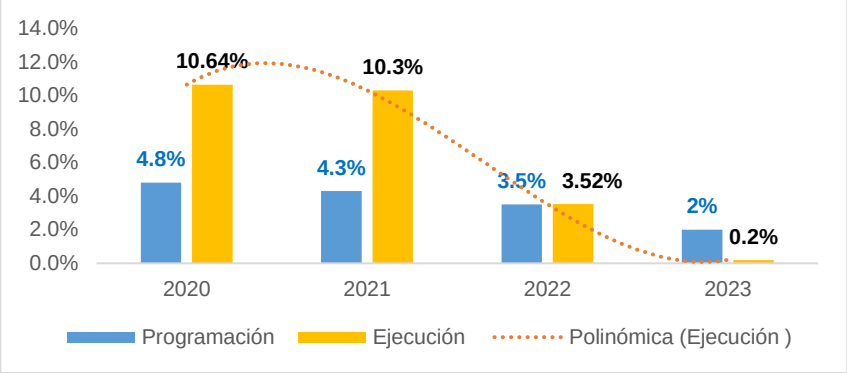
Tabla N° 17
Porcentaje de referencia no pertinentes

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023	
	Nivel I	Nivel II
Número de referencia no pertinentes	1,236	521
Total, de referencias	732,682	300,762
Porcentaje de referencia no pertinentes	0.2%	0.2%
Meta del indicador (Año 2023)	**2.0%**	**2.3%**
% de cumplimiento del indicador	**100.0%**	**100.0%**

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

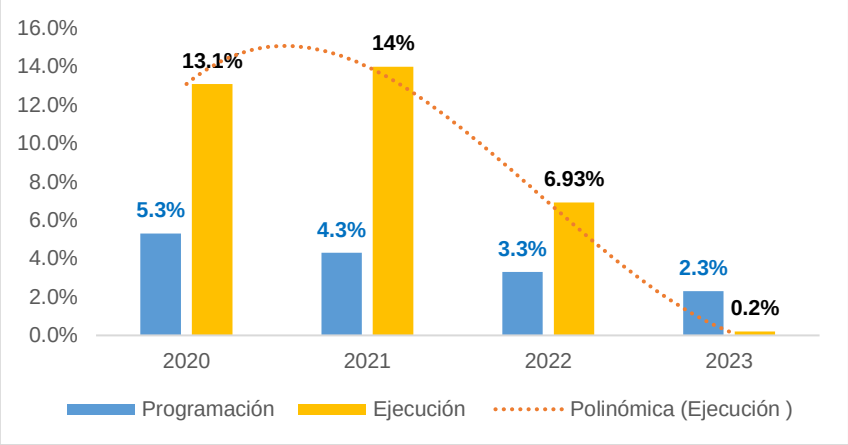
El alto número de referencias indebidas congestionan los niveles II y III de atención, generan costos innecesarios y afectan la atención oportuna a los asegurados que requieren atención en estos niveles, por lo que el resultado obtenido muestra que se ha mejorado la gestión de las referencias.

Gráfico N° 14
Ejecución anual del indicador Porcentaje de referencia no pertinentes - Nivel I



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

Gráfico N° 15
Ejecución anual del indicador Porcentaje de referencia no pertinentes - Nivel II



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.9. Porcentaje de contrarreferencias

La Gerencia Central de Operaciones (GCOP), con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, remite el Informe Nº 00000017-2024-GOPTE/ESSALUD, de la Gerencia de Operaciones Territoriales (GOPTE); asimismo, con correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024, ratifica que, en el año 2023 se logró 55% de contrarreferencias.

En ese sentido, conforme a los rangos de criterios de evaluación, se considera que el indicador tiene la calificación de "Regular", debido a que no se ha incrementado el porcentaje de contrarreferencias, de acuerdo a lo esperado para el año 2023.

Tabla N° 18
Porcentaje de contrarreferencias

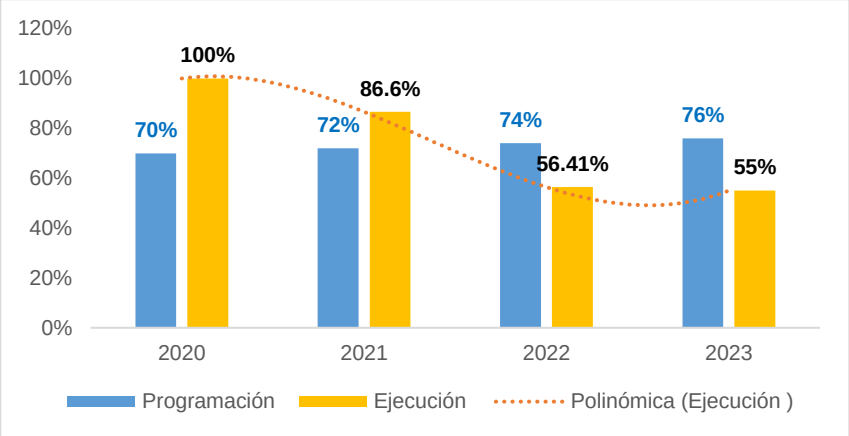
DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Número de contrarreferencias	893,191
Total referencias	1,627,210
Porcentaje de contrarreferencias	55.0%
Meta del indicador (Año 2023)	**76.0%**
% de cumplimiento del indicador	**72.4%**

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

La contrarreferencia es el proceso administrativo asistencial mediante el cual la IPRESS de destino, retorna la responsabilidad del manejo médico y/o procedimiento médico, a la IPRESS de origen o IPRESS de adscripción. Esta acción no solo garantiza la continuidad de tratamiento en la IPRESS donde la persona asegurada está adscrita, sino que también evita el embalsamiento de atenciones no pertinentes en la IPRESS de mayor complejidad, por lo que el bajo nivel de cumplimiento estaría afectando tanto la continuidad en el nivel donde corresponde, como la capacidad de la IPRESS donde fue referido el o la paciente.

Gráfico N° 16

Ejecución anual del indicador Porcentaje de contrarreferencias



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.10. Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía

La Gerencia Central de Operaciones (GCOP), con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, remite el Informe Nº 00000017-2024-GOPTE/ESSALUD, de la Gerencia de Operaciones Territoriales (GOPTE); asimismo, con correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024, ratifica que, en el año 2023 se obtuvo 25.7 días de diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía, que representa solo el 27.2% de la meta esperada (7 días), mostrando un elevado número de días de espera de los pacientes para acceder a un procedimiento de apoyo para su diagnóstico.

En ese sentido, conforme a los rangos de criterios de evaluación, se considera que el indicador tiene la calificación de “Malo”.

Tabla N° 19

Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía

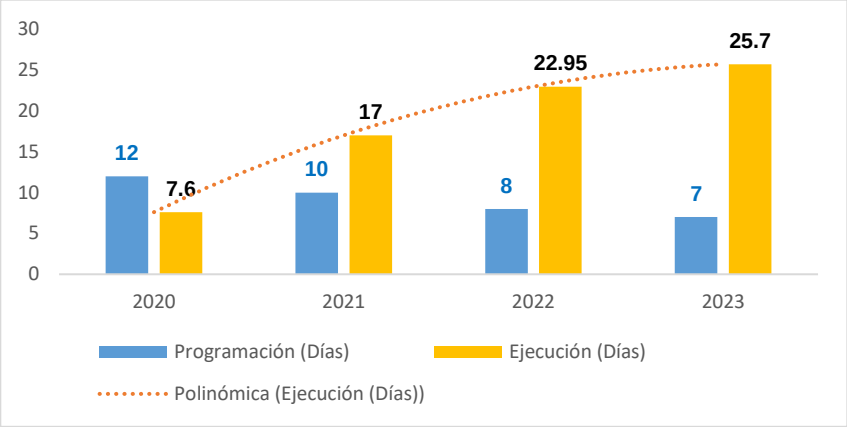
DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Suma de días	5,483,274
Total de citas	213,686
Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía	**25.7 días**
Meta del indicador (Año 2023)	**7 días**
% de cumplimiento del indicador	**27.2%**

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

La Gerencia Central de Operaciones calcula el indicador midiendo la oportunidad de acceso del asegurado nuevo a los servicios de apoyo al diagnóstico en Radiología y Ecografía en las 30 Redes Asistenciales, INCOR y AFFESALUD. A nivel promedio anual se tiene un resultado

de 25.7 días de diferimiento, sin embargo, considerando solo el cuarto trimestre del año el diferimiento se calculó en 13.5 días[9], lo que refleja una mejora significativa que debería mantenerse y mejorar en el año 2024.

Gráfico N° 17
Ejecución anual del indicador Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.11. Porcentaje de equipamiento operativo de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio

La Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI) mediante Informe Nº 00000010-2024-SGM/ESSALUD, remitido mediante Memorando N° 00000585-2024-GCPI/ESSALUD de fecha 22 de febrero de 2024, informa que, para calcular el valor del indicador considera "equipos evaluados", a todos los equipos resonadores, tomógrafos, equipos de rayos X, ecógrafos y endoscopios que fueron registrados en el SISMAC (Software de mantenimiento institucional).

En tal sentido, realizó la evaluación de operatividad del equipamiento hospitalario registrado en el SISMAC, obteniendo 94.2% de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo y endoscopio; sin considerar los equipos inoperativos que se encuentran en proceso de baja. En ese sentido, según criterios de evaluación del nivel de avance de la meta, el indicador tiene la calificación de "Excelente".

Tabla N° 20
Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Cantidad de equipos operativos	2,468
Cantidad total de equipos evaluados	2,619
Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio	94.2%
Meta del indicador (Año 2023)	**96.2%**
% de cumplimiento del indicador	**97.9%**

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión.

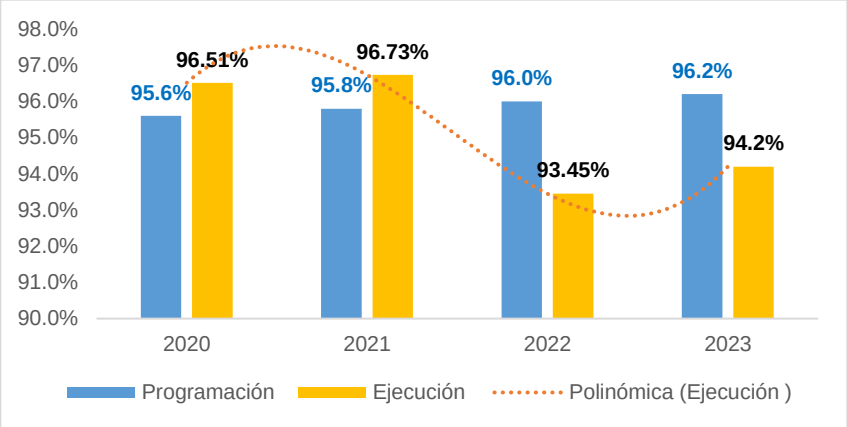
De acuerdo a la información registrada en el SISMAC, el mantenimiento preventivo/correctivo de los equipos que forman parte del presente análisis está coberturado por empresas de servicio contratadas o por recursos humanos propios de la Institución. Cabe señalar que en el Memorando Circular N° 026-GCPI-ESSALUD-2023, respecto al estado situacional de equipos

[9] Informe Nº 00000017-2024-GOPTE/ESSALUD

de alta tecnología de ESSALUD, se determinó que el 58.38% de dichos equipos carece de cobertura de una empresa especializada; asimismo, se informó que el 9% del equipamiento de alta tecnología se encontraría en estado inoperativo.

Gráfico N° 18

Ejecución anual del indicador Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.12. Porcentaje de personal evaluado

La Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP), mediante Memorando N° 00000059-2024-SGEDYC-GDP-GCGP/ESSALUD, de fecha 14.03.2024, actualiza la información remitida mediante Memorando Nº 00000008-2024-GDP/ESSALUD de la Gerencia de Desarrollo de Personal a través del correo electrónico del Jefe de la Oficina de la Gerencia Central de Gestión de las Personas, de fecha 17 de enero de 2024.

En el citado documento, se informa que mediante Resolución de Gerencia General N° 562-GG-ESSALUD-2022 de fecha 01 de marzo de 2023, se aprueba con eficacia anticipada el Plan de Implementación del Ciclo 2023 del Subsistema de Gestión del Rendimiento, donde han participado personal administrativo de 14 órganos de la Sede Central de ESSALUD[10], bajo el régimen laboral D.L. N° 276, 728 y 1057.

Según la Directiva del Subsistema, aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 068-2020-SERVIR-PE, indica que el ciclo de evaluación está conformado por 3 etapas: Planificación, Seguimiento y Evaluación, las mismas que durante el Ciclo 2023, se han desarrollado de la siguiente manera:

[10] Alta Dirección (PE y GG); Administración interna - apoyo (GCGP, GCPGCI, GCPI, GCTIC); Apoyo y asesoramiento de la Alta Dirección (OFIN, OFCI, OGCyH, ORI); Administración interna - asesoramiento (GCAJ, GCPP) y Órganos de línea (GCPAMyPCD, GCSPE).

Tabla N° 21
Etapas del Ciclo 2023 de Gestión del Rendimiento

Etapa	Actividades
Planificación (marzo - mayo 2023)	• Elaborar el Plan de implementación: cronograma de actividades, matriz de acciones de comunicación y matriz de participantes. • Aprobar el Plan de implementación del subsistema Ciclo 2023 mediante Resolución de Gerencia General N° 562-GG-ESSALUD-2023. • Ejecutar Charlas de sensibilización para los órganos que participan por primera vez (órganos desconcentrados). • Ejecutar charlas para todo el personal participante, sobre las acciones a realizarse en la etapa de planificación. • Identificar, junto a los directivos, las prioridades anuales de gestión como insumo para la formulación de metas. • Establecer los factores de evaluación (metas grupales y/o individuales) del personal participante plasmados en el Formato de Gestión del Rendimiento (GDR). • Consolidar los Formatos de GDR. • Enviar información sobre las actividades desarrolladas, a la Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR.
Seguimiento (junio - noviembre 2023)	• Ejecutar charlas informativas al personal participante sobre las acciones a desarrollarse en la Etapa de Seguimiento. • Crear el repositorio virtual para la carga y el almacenamiento de las evidencias por parte de los participantes. • Monitoreo y seguimiento del avance del cumplimiento de las metas de los trabajadores. • Atender las solicitudes de modificación de metas de acuerdo con la normativa vigente. • Solicitar al personal que se le retira la confianza, la entrega de cargo formal que incluya el estado situacional de GDR en su área. • Brindar asistencias técnicas al personal directivo nuevo designado referente a su rol como evaluadores. • Monitoreo de la ejecución de reuniones de retroalimentación por parte de los directivos hacia su personal a cargo en relación con el avance alcanzado. • Envío de información sobre las actividades desarrolladas a la Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR.
Evaluación (diciembre 2023 - enero 2024)	• Ejecutar charlas informativas sobre la metodología de evaluación. • Revisar la carga de evidencias en el repositorio virtual. • Brindar asistencias técnicas al personal directivo/evaluador para que realicen la valoración del cumplimiento del desempeño de los servidores a su cargo. • Validar los resultados finales (corroborar la correcta aplicación de fórmulas en el Formato GDR). • Consolidar los Formatos GDR con el registro de los resultados finales, plan de mejora y firmas del evaluado y evaluador. • Envío de información sobre las actividades desarrolladas a la Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR.

Fuente: MEMORANDO Nº 00000008-2024-GDP/ESSALUD, de la Gerente de Desarrollo de Personal - Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP)

De tal manera, al culminar la evaluación se tienen los siguientes resultados:

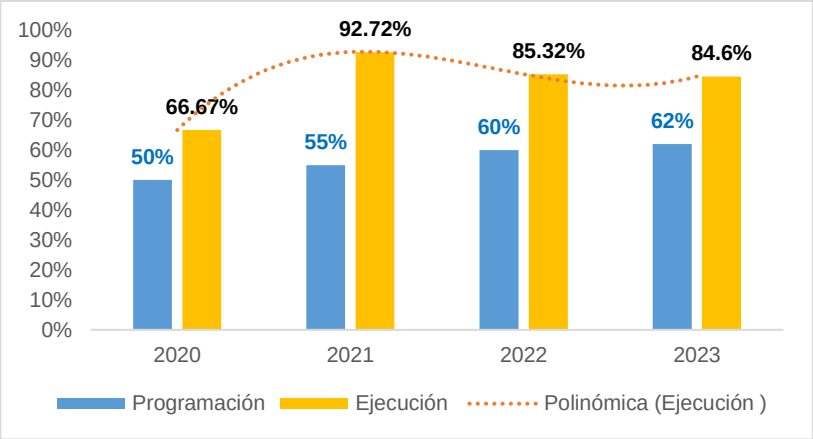
Tabla N° 22
Porcentaje de personal evaluado

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
N° de servidores con calificación de buen rendimiento	599*
N° de trabajadores participantes del proceso de evaluación del desempeño.	708
Porcentaje de personal evaluado	84.6%
Meta del indicador (Año 2023)	**62%**
% de cumplimiento del indicador	**136.5%**

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas (Memorando N° 00000059-2024-SGEDYC-GDP-GCGP/ESSALUD, de fecha 14.03.2024)
(*) Incluye las calificaciones Buen Rendimiento y Rendimiento Distinguido

En el proceso de evaluación correspondiente al año 2023, se incluyó a 708 trabajadores administrativos de 12 unidades orgánicas de la Sede Central de ESSALUD, de los cuales 599 fueron evaluados (84.6%). Del personal evaluado, 320 (53%) lograron un rendimiento distinguido y 279 (43%) obtuvieron un buen rendimiento.

Gráfico N° 19
Ejecución anual del indicador Porcentaje de personal evaluado



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.13. Ratio de médicos x 10,000 asegurados

La Gerencia Central de Operaciones (GCOP), con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, remite el Informe Nº 00000017-2024-GOPTE/ESSALUD, de la Gerencia de Operaciones Territoriales (GOPTE); asimismo, con correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024 ratifica que, en el año 2023 se obtuvo 11.9 médicos x 10,000 asegurados, respecto a una meta de 13.5, lo que significa haber logrado el 88.2% de la meta. En ese sentido, conforme a los rangos de criterios de evaluación, se considera que el indicador tiene la calificación de "Bueno", lo que evidencia que persiste la necesidad de profesionales médicos en los diferentes niveles de atención, principalmente en redes de provincias alejadas.

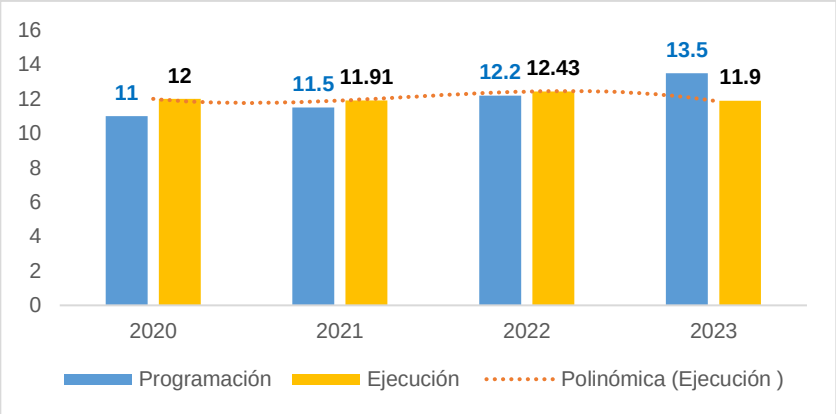
Tabla N° 23
Ratio de médicos x 10,000 asegurados

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Cantidad de médicos	15,100
Población asegurada (*)	12,675,982
Ratio de médicos x 10,000 asegurados	**11.9**
Meta del indicador (Año 2023)	**13.5**
% de cumplimiento del indicador	**88.2%**

Fuente: Gerencia Central de Operaciones
Nota: (*) Población a diciembre de 2023
http://intranet.essalud/portal/modules/enterprise/aboutus.php?item=17, 06.02.2024

Este indicador es evaluado en 33 dependencias (26 Redes Asistenciales, 4 Redes Prestacionales, INCOR y CNSR y GOF).

Gráfico N° 20
Ejecución anual del indicador Ratio de médicos x 10000 asegurados



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.14. Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)

La Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP) responsable del cumplimiento del indicador evalúa el ausentismo (absentismo) entre los trabajadores de la Sede Central. Mediante correo institucional (luis.albites@essalud.gob.pe) del Jefe de la Oficina de Gerencia Central de Gestión de las Personas, de fecha 26.01.2024, se ha remitido el Informe N° 014-CyPL-SGGP-GAP-ESSALUD-2024, a través del cual la Oficina de Control de Personal informa que se tuvo 7,523,208 horas de trabajo y 60,399 (0.80%) horas de ausentismo en el 2023, considerando las ausencias injustificadas. En ese sentido, según criterios de evaluación, el nivel de cumplimiento del indicador es "Bueno".

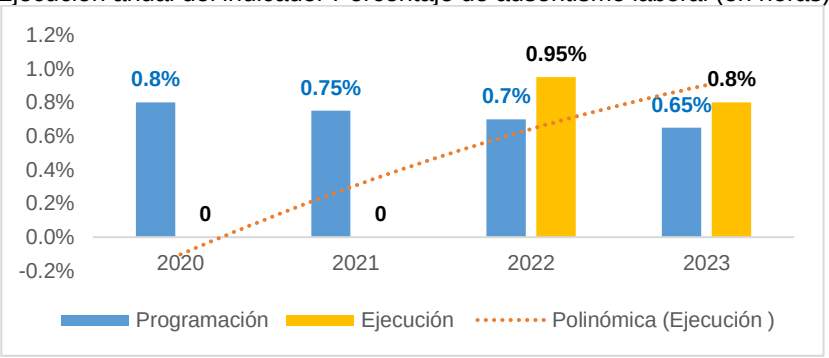
Tabla N° 24
Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Total, de horas ausentes	60,399
Total, de horas programadas	7,523,208
Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)	0.80%
Meta del indicador (Año 2023)	**0.65%**
% de cumplimiento del indicador	**81.3%**

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas

Respecto a este indicador es importante mencionar que, si bien no se ha logrado la meta programada, se evidencia una reducción del ausentismo del 0.15% respecto al año 2022.

Gráfico N° 21
Ejecución anual del indicador Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.2.15. Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos

La Oficina de Defensa Nacional (ODN), con Memorando N° 00000017-2024-ODN/ESSALUD de fecha 15/01/2023, ha remitido su informe de evaluación precisando en lo siguiente:

- A través del indicador, ODN busca evaluar el nivel de riesgo de las IPRESS a nivel institucional, utilizando el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), que permite evidenciar las deficiencias a nivel estructural, no estructural y funcional, de las IPRESS bajo 3 niveles de criticidad (A, B y C), siendo los de nivel de criticidad C, los de mayor vulnerabilidad.

  De tal manera, se considera que las IPRESS calificadas en categoría "C", requieren medidas urgentes de intervención ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento no son suficientes para proteger la vida de los pacientes y del personal durante y después de un desastre.

- Producto de las evaluaciones a las IPRESS a través del ISH, se derivan los Planes de Intervención, que deben ser implementados por las Redes para fortalecer la seguridad hospitalaria, aumentar la resiliencia, garantizando su funcionamiento con el máximo de su capacidad instalada, durante y después de un evento adverso, así como proteger el bienestar de la población asegurada y su infraestructura.

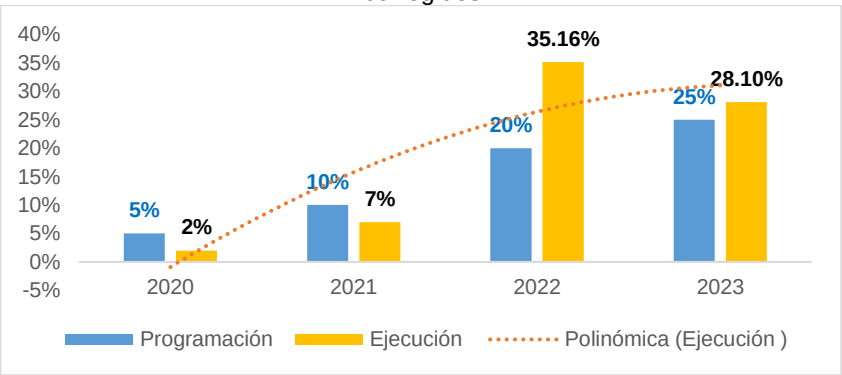
- Al II semestre de 2023, ODN informa que tuvo 358 IPRESS con planes de intervención derivados del ISH, de los cuales 89 IPRESS tienen categoría "C". Al respecto, 25 (28.1%) IPRESS han implementado e informado un total de 209 mejoras y/o subsanaciones a nivel nacional. En ese sentido, el nivel de cumplimiento del indicador es "Excelente".

Tabla N° 25
Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
N° de establecimientos que implementan mejoras y/o subsanan observaciones ISH	25
Total, de establecimientos con planes de intervención ISH	89
Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos	28.1%
Meta del indicador (Año 2023)	**25.0%**
% de cumplimiento del indicador	**100.0%**

Fuente: Oficina de Defensa Nacional

Gráfico N° 22
Ejecución anual del indicador Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos



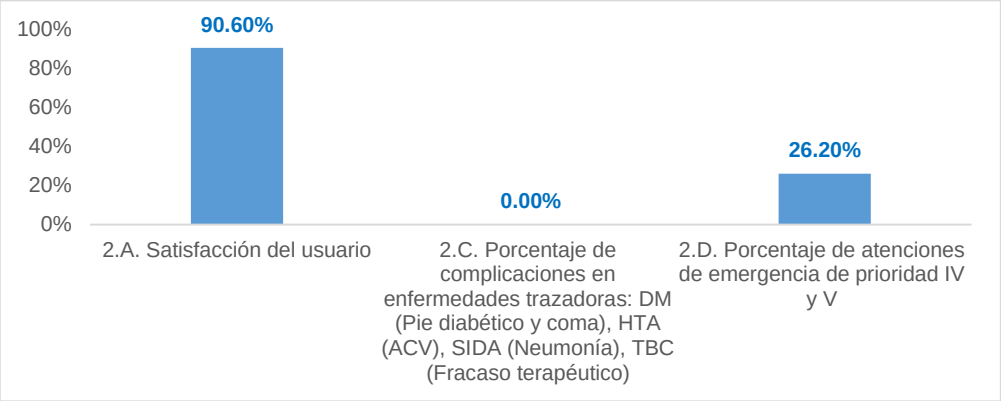
Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

Síntesis de resultados de indicadores alineados al Objetivo Estratégico Institucional N° 2. Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades

Se evidencia mayor limitación en su cumplimiento. Siete (7) indicadores (dos a nivel de objetivo estratégico institucional y cinco a nivel de acción) mostraron un desempeño por debajo del 75% de las metas previstas, entre los que se encuentran 2 indicadores sin avance. Esto se refleja en los bajos niveles de satisfacción de la población que acude a los servicios de Consulta Externa, Emergencia y Hospitalización.

Gráfico N° 23

Nivel de cumplimiento de indicadores del Objetivo Estratégico Institucional N° 2

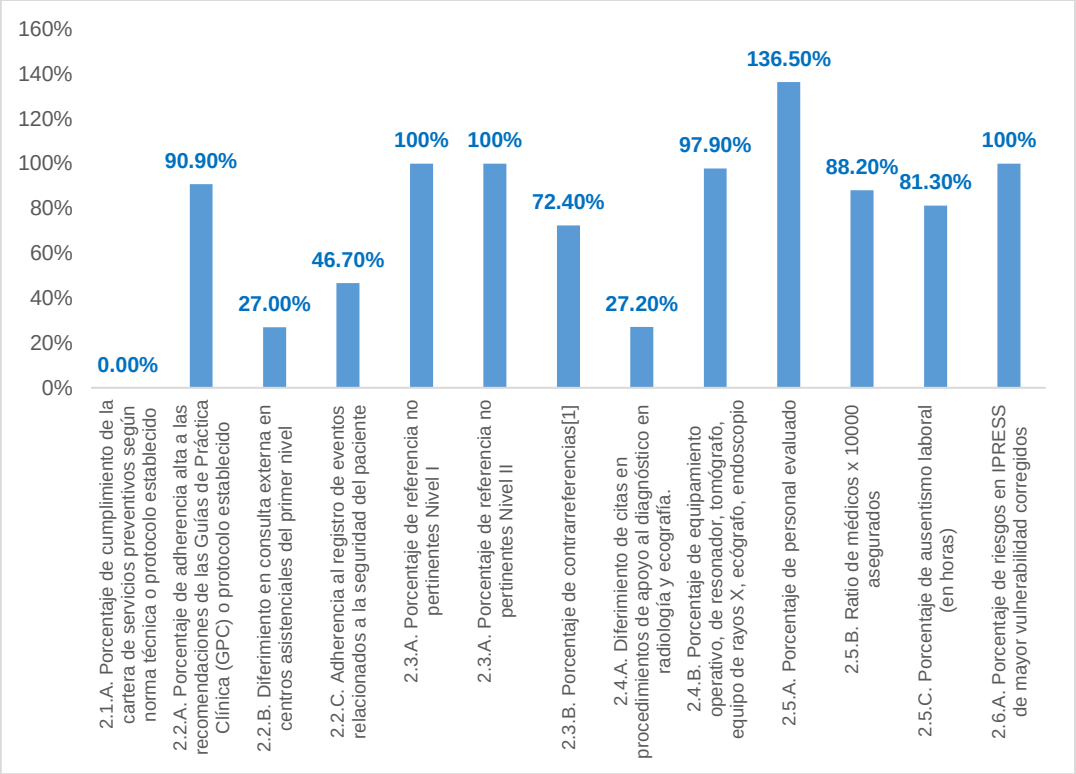


Nota: elaboración propia en base a resultados de la evaluación al cierre 2023

Una de las limitaciones más importantes es no haber podido medir los indicadores de "porcentaje cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo establecido" y "Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)", debido a que desde el año 2020 la Gerencia Central de Prestaciones de Salud concluyó en que estos indicadores no eran factibles de ser medidos, por carecer de información ya que algunos diagnósticos no figuran en el CIE10 (clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud) o no es factible extraer los datos del ESSI. Para el año 2023, sin embargo, ya se encuentra trabajando en la actualización de la cartera de servicios del primer nivel de atención para lo cual, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N.° 56 -GCPS-2023, se ha conformado el grupo de trabajo para validar la citada cartera de servicios.

Gráfico N° 24

Nivel de cumplimiento de indicadores de Acciones Estratégicas del OEI N° 2



Nota: Elaboración propia en base a resultados de la evaluación al cierre 2023

Por otro lado, respecto a la disponibilidad de servicios, cuyos indicadores se centran en el equipamiento y las citas de procedimientos de apoyo al diagnóstico, se ha logrado contar con 94% del total de equipos de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo y endoscopio, operativos; lo que representa el 98% de la meta esperada en el año. Sin embargo, respecto a la oportunidad de citas para procedimientos de ayuda al diagnóstico, la ejecución ha sido mala al obtener el 27% de la meta esperada, registrando un diferimiento de 25.7 para estas citas.

Sobre la disponibilidad de recurso humano, se la logrado un ratio de 11.9 médicos por 10,000 asegurados que representa el 88% de lo esperado, pero el ausentismo laboral en horas, según lo reportado no está mejorando de acuerdo a lo esperado, habiendo logrado un 0.80% de horas ausentes respecto a las programadas, lo que representa el 81% de la meta esperada. Asimismo, el personal evaluado en la sede central, con calificación positiva en la gestión de rendimiento superó la meta esperada.

La articulación de la red intrainstitucional, medida por las referencias y contrarreferencias, muestra que se ha reducido a 0.2% el porcentaje de referencias no pertinentes dirigidas al II y III nivel de atención, sin embargo, las contrarreferencias solo fueron del 55%, lo que refleja que los asegurados referidos se mantienen en niveles de mayor complejidad ya sea porque no se logra resolver el motivo por el que fueron referidos o por problemas administrativos que limitan la posibilidad de retornar a su centro de adscripción para continuar su tratamiento.

Respecto a los estándares de calidad, la adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente y el diferimiento de citas de consulta en el primer nivel de atención, siguen mostrando niveles de cumplimiento de meta del 47% y 27% respectivamente.

Finalmente, la prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres, a través de la medición del porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos, muestra una ejecución del 100% de la meta programada. Estas medidas se toman en IPRESS calificadas con categoría C del Índice de Seguridad Hospitalaria, es decir del grupo que requiere medidas urgentes.

4.3. OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución

Tabla N° 26

Indicadores del Objetivo Estratégico Institucional 3 y respectivas Acciones Estratégicas Institucionales

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Meta 2023	Ejecutado 2023	% de cumplimiento del indicador	Calificación según criterio de evaluación de la GPC-GCPP	Responsable
OE 3: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	3.A. Porcentaje de sistemas clave interoperables	80%	70.6%	88.3%	Regular	GCTIC
	3.B. Porcentaje de aplicativos implementados en nube	70%	100%	100%	Excelente	
AE 3.1.: Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	3.1.A.: Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones	100%	Sin avance	0.0%	Sin avance	GCPP
AE 3.2: Implementación de sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución.	3.2.A.: Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables	27.78%	Sin avance	0.0%	Sin avance	GCPP
AE 3.3: Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	3.3.A.: Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte	80%	70%	87.5%	Bueno	GCTIC*
AE 3.4: Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	3.4.A.: Índice de percepción de buen trato en los servicios	75%	68.7%	91.6%	Excelente	GCAA
	3.4.B.: Índice de clima laboral	75%	72%	96%	Excelente	GCGP

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución, responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024

(*) En vista de la desactivación de la UGAD, dependencia que era responsable del indicador, mediante Acta de Reunión N° 1-2024 de fecha 11/03/2024, se acordó que la GCTIC será el responsable de elaborar el informe de Evaluación del Indicador UGAD segundo semestre 2023

4.3.1. Porcentaje de sistemas clave interoperables

La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC), mediante Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD remite el Informe N° 0000004-2024-SGASIST/ESSALUD, por medio del cual informa que se tuvo 21 sistemas claves presentados,

de los cuales 17 son integrables[11] y 4 son aplicativos que no comparten información[12] (su información no requiere interoperar con otro sistema), por lo que se consideran no interoperables, son sistemas BASAL, aquellos que desde su desarrollo comparten información en forma automática con alguno de los sistemas Base que administra la GCTIC.

De tal manera, al finalizar el año 2023 se tuvo 12 (70.6%) de sistemas clave interoperables, y conforme a los rangos de criterios de evaluación, se considera que el indicador tiene la calificación de "Regular".

Tabla N° 27
Porcentaje de sistemas clave interoperables

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Total de aplicaciones clave con interoperabilidad implementada	12
Total de aplicaciones clave con definición de interoperabilidad a implementar	17
Porcentaje de sistemas clave interoperables	70.6%
Meta del indicador (Año 2023)	**80.0%**
% de cumplimiento del indicador	**88.3%**

Fuente: Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones

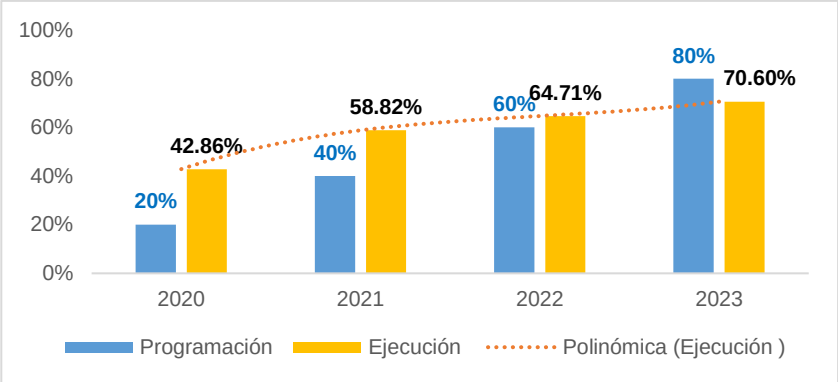
Las doce (12) aplicaciones clave con interoperabilidad implementada son:

1. EsSI, ESSALUD Servicios de Salud Inteligente
2. SIRyC, Sistema de Referencias y Contrarreferencias
3. ESSALUD Mobile, Sistema Móvil para el asegurado
4. SIGI, Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades
5. ANATPAT, Anatomía Patológica
6. SAS, Sistema de Aseguramiento (Incluye Módulo de Registro de Auditoría de Seguros)
7. SIA, Sistema Integrado de Aseguramiento
8. SISUB, Sistema de Subsidios Web
9. SIGPS, Sistema de la información Gerencial de las Prestaciones Sociales de ESSALUD
10. VIVA, Ventanilla Integrada Virtual al Asegurado
11. SFE, Sistema de Facturación Electrónica
12. SAP 6.07., SAP 6.07 HANA con Módulos FI, CO, FM, MM y HCM-Nómina

[11] ESSI: EsSalud Servicios de Salud Inteligente; SIRyC: Sistema de Referencias y Contrarreferencias; EsSalud Mobile: Sistema Móvil para el asegurado; SIGI: Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades; ANATPAT: Sistema de anatomía patológica; Inmunizaciones: Sistema de inmunizaciones; SVP: Sistema de vigilancia perinatal "aplicación"; REGCAN: Registro Hospitalario de Cáncer; SAS: Sistema de Aseguramiento de Salud; SIA: Sistema Integrado de aseguramiento; SISSUB: Sistema de subsidio web; SIGPS: Sistema de la información gerencial de las prestaciones sociales de EsSalud; VIVA: Ventanilla Integrada Virtual al Asegurado; RIAA: Registro de Información de Atención al Asegurado; SFE: Sistema de facturación electrónica; SAP 6.07: SAP 6.07 HANA con Módulo FI, CO, FM, MM y HCM-Nómina; SISEP: Sistema de selección de personal.

[12] SIIM: Sistema Institucional de Imágenes Médicas; NETI: Sistema de Nuevo Esquema de Transferencia de Información de EsSalud a SUNAT; SIAD: Sistema Integral de Administración Documentaria; SISPROJ: Sistema de Procesos Judiciales.

Gráfico N° 25
Ejecución anual del indicador Porcentaje de sistemas clave interoperables



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.3.2. Porcentaje de aplicativos implementados en nube

La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC), mediante Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD, de fecha 17.01.2024, remite el Informe N° 0000004-2024-SGASIST/ESSALUD, por medio del cual informa que la programación del indicador tiene como medio impulsar la transformación digital en beneficio de los asegurados.

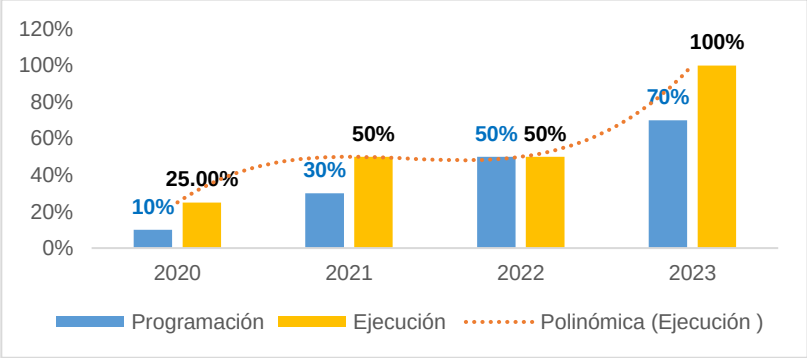
De tal manera, se tiene 4 aplicaciones implementadas en nube: 1) VIVA: Ventanilla Integrada Virtual al Asegurado; 2) SGD: Sistema de gestión documental; 3) Donde me atiendo: Brinda al asegurado información de su centro de atención de salud y vigencia de seguro; y 4) Somos ESSALUD: Canal de comunicación interna para publicaciones, trámites y consultas, dirigida a los trabajadores de ESSALUD), cantidad que representa el 100% de cumplimiento de la meta programada, por lo que, según los rangos de criterios de evaluación, se considera que el indicador tiene la calificación de "Excelente".

Tabla N° 28
Porcentaje de aplicativos implementados en nube

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Total, de aplicaciones implementadas en la nube	4
Total, de aplicaciones con definición de implementar en la nube	4
Porcentaje de aplicativos implementados en nube	100.0%
Meta del indicador (Año 2023)	**70.0%**
% de cumplimiento del indicador	**100.0%**

Fuente: Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones

Gráfico N° 26
Ejecución anual del indicador Porcentaje de aplicativos implementados en nube



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.3.3. Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones

La Gerencia de Organización y Procesos (GOP) de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP), mediante Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD de fecha 16.01.2024, remite un Anexo N° 01, donde detalla la información del nivel de cumplimiento de los indicadores establecidas en el PEI 2020-2024, al segundo semestre del año 2023.

De tal manera, comunica que la implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), se da en el marco de vincular el financiamiento a las necesidades de los aseguradores, promoviendo incentivos en el prestador para mejorar la calidad y la eficiencia. Para ello, debe establecerse una relación sinérgica entre las dos cadenas de valor de la institución a través de la gestión de la IAFAS y de las IPRESS y futuras UGIPRESS (Unidades de Gestión de IPRESS).

Asimismo, precisa que la Gerencia de Organización y Procesos, es responsable del diseño y rediseño de procesos; así como, elaborar, implementar, evaluar y proponer los lineamientos, normas, metodologías y procedimientos relacionados con el diseño organizacional, que comprende estructura, funciones y procesos; mas no de la implementación de procesos en los órganos y/o unidades orgánicas de ESSALUD, donde los responsables de dicha implementación son los dueños de los procesos.

No obstante, ha realizado la reestructuración y revisión del mapa de procesos vigente, obteniendo como resultado la actualización del Mapa de Procesos de nivel 0 y 1 de ESSALUD, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 500-GG-ESSALUD-2024, de fecha 14.03.2024, donde se contempla los procesos estratégicos, misionales y de soporte, el mismo, que está enmarcado en la normativa vigente, definiendo los procesos del Rol Asegurador y Rol Prestador.

Tomando en cuenta que el indicador mide la implementación y se ha sustentado la correspondencia de la evaluación de dicho indicador a la Gerencia de Organización y Procesos, según criterios de evaluación la meta del indicador se considera “Sin avance”.

4.3.4. Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables

La Gerencia de Organización y Procesos (GOP) de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP), mediante Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD de fecha 16/01/2024, remite un Anexo N° 01, donde detalla la información del nivel de cumplimiento de los indicadores establecidas en el PEI 2020-2024, al segundo semestre del año 2023.

Al respecto, la citada gerencia de línea comunica que la implementación de sistemas interoperables, que brindan información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución en el marco de la transformación digital que ayuda a reinventar la organización en un contexto de búsqueda de respuestas ante los retos cambiantes que se presentan cotidianamente. Un paso clave en esa dirección es impulsar un cambio cultural en los equipos de la institución, de modo que se conviertan en actores de este proceso. Otro elemento necesario es centrar el desarrollo de los servicios desde la perspectiva del asegurado, previniendo los cambios necesarios en los procesos internos. En esa ruta es importante impulsar la articulación y accesibilidad de los sistemas de información institucional y su vínculo consistente con otros sistemas extrainstitucionales necesarios.

Asimismo, precisa que no tienen la competencia en temas relacionados con “sistemas clave interoperables”. En tal sentido, según criterios de evaluación el nivel de avance de la meta del indicador es “Sin avance”.

Gráfico N° 27
Ejecución anual del indicador Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables

Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.3.5. Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en procesos misionales y de soporte

En el marco del Acuerdo N° 4-3-ESSALUD-2020 (06/02/2020) que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2020-2024 del Seguro Social de Salud - ESSALUD, se tuvo como órgano responsable del cumplimiento del indicador "Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte", a la Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos (UIAD), posteriormente denominada Unidad de Gobierno y Analítica de Datos (UGAD).

Sin embargo, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1083-PE-ESSALUD-2023 (25/11/2023), se dejó sin efecto la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1155-PE-ESSALUD-2022, que modificó la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2019 y su modificatoria, referida a la creación de la Unidad de Gobierno y Analítica de Datos - UGAD (antes Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos - UIAD); también, se dispuso que los recursos que actualmente tenía a su cargo la UGAD, para el cumplimiento de las responsabilidades previstas en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1155-PE-ESSALUD-2022, sean transferidos a la Gerencia de Gestión de la Información de la GCPP y solo en aquellos casos en los cuales algún recurso se encuentre asociado a actividades propias de la función duplicada con la GCTIC, sean transferidos a este órgano.

Mediante Nota N° 00000018-2024-GCTIC/ESSALUD de fecha 01/03/2024, la GCTIC brinda el sustento técnico-legal de la competencia funcional de esta Dependencia para realizar la evaluación del PEI de la UGAD al segundo semestre 2023 respecto del indicador "Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados en: Procesos misionales y de soporte" y en ese contexto remite el Informe Informe N° 00000049-2024-GSIT-GCTIC/ESSALUD-GEOVANNI.CHIARELLA, remitido con Memorando N° 00000550-2024-GCTIC/ESSALUD de fecha 15.03.2024, mediante el cual precisa que, no se cuenta con la información solicitada debido a desactivación de la UGAD, y la suspensión de todos los servicios de contrato de locadores, de licencias de Power BI y no contar con la plataforma y hardware. Por lo tanto, la culminación de los proyectos "Monitoreo de Bienes Estratégico" y "Tablero de Servicios Hospitalarios" se truncaron y, en atención a lo antes señalado, al cierre del año 2023 se mantiene la información presentada por la UGAD en su evaluación semestral conforme lo expuesto mediante el Informe N° 03-RFCH-2023 de fecha 10/07/2023 trasladado con Nota N° 145-UGAD-GG-ESSALUD-2023 de fecha 11/07/2023, con un cumplimiento del 87.5%, que lo ubica en una nivel de cumplimiento "Bueno", tal como se muestra a continuación:

Tabla N° 29

Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte en ESSALUD

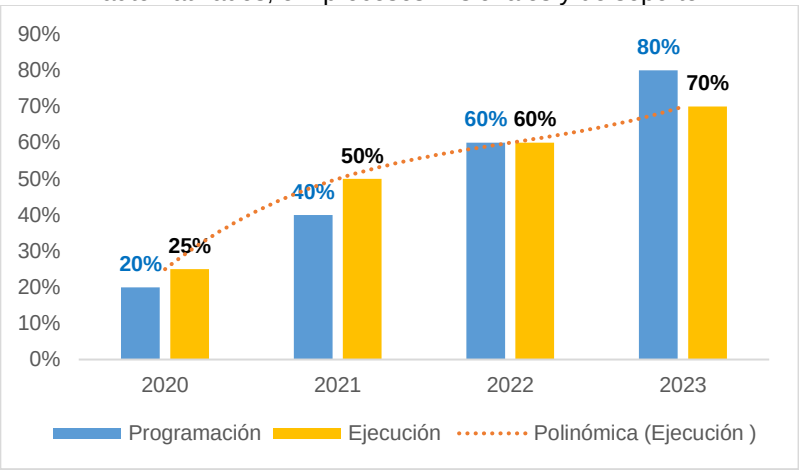
Detalle	EJECUTADO EN EL 2023
Número de herramientas implementadas	14
Número de herramientas automatizadas	20
Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte	70%
Meta del indicador (Año 2023)	**80%**
% de cumplimiento del indicador	**87.5%**

Fuente: Informe N° 03-RFCH-2023 (10.07.2023)

Las 14 herramientas implementadas al II Semestre de 2023, son:

1. Análisis a Nivel Nacional e Internacional Covid19: Indicadores generales y monitor internacional.
2. Información de fallecidos Covid19: Exceso de muertes SINADEF, Comparativo de fallecidos, Fallecidos en Provincias, Lima, Callao y a Nivel Nacional.
3. Información Geográfica Covid19: Comparativo Nacional, Confirmados en Provincias, Lima, Callao y a Nivel Nacional, Indicador por km2 e indicador poblacional.
4. Mapa de Calor ESSALUD Covid19: Mapa de Calor de los casos confirmados, Mapa de Calor con línea de tiempo y Mapa de Calor de vías.
5. Resumen Covid19: Evolución de los casos confirmados y fallecidos, agrupados por semana epidemiológica, grupo etario, variación entre semanas, seguimiento de las atenciones en emergencia y hospitalización, inventario de las camas Covid19 de UCI.
6. Asistencial - Vacunación contra el Covid-19: Avance del proceso de vacunación Nacional e Internacional contra el Covid-19.
7. Bienes Estratégicos - Equipamiento hospitalario crítico y estratégico: Seguimiento y monitoreo de los equipos inoperativos, gasto de mantenimiento de equipos de alto costo y análisis de costo beneficio.
8. Asistencial - servicio de consulta externa: Herramientas enfocadas a generar alertas para mejorar la atención oportuna, a través del cumplimiento de turnos y citas, diferimiento de citas, etc.
9. Asistencial - Centro Quirúrgico: Herramientas enfocadas a brindar el seguimiento y monitoreo de la lista de espera quirúrgica, motivos de suspensión de las cirugías, etc.
10. Bienes estratégicos – medicamentos: Herramienta enfocadas en el monitoreo y seguimiento de los medicamentos de alto costo.
11. Financiero - Herramienta enfocadas en el monitoreo y seguimiento de la ejecución presupuestal.
12. Financiero - Contrataciones directas: Seguimiento de los procesos de compra directa en ESSALUD, realizados por el estado de emergencia sanitaria del Covid-19.
13. Asistencial - Tablero de Indicadores Gerencial: herramienta enfocada en mostrar los indicadores asistenciales más relevantes.
14. Asistencial - servicio de emergencia: Herramientas enfocadas a generar alertas para mejorar la accesibilidad al servicio, como las estancias mayores a 48 horas, la disponibilidad de camas de tópicos, etc.

Gráfico N° 28
Ejecución anual del indicador Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.3.6. Índice de percepción de buen trato en los servicios

La Gerencia Central de Atención al Asegurado (GCAA), con Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD de fecha 15/01/2024, remite el Informe Nº 00000005-2024-SGSGAA/ESSALUD de fecha 15/01/2024 de la Subgerencia del Sistema de Gestión de Atención al Asegurado, por medio del cual informó que, con el apoyo de la Subgerencia de Atención al Asegurado en otros canales, se han aplicado 112 encuestas telefónicas, en:

- Redes Prestacionales: Rebagliati, Almenara y Sabogal.
- Redes Asistenciales: Tarapoto, Ucayali, Tacna, Apurímac, Tumbes, Huánuco, Juliaca y Puno.
- Otros Servicios: Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), Centro del Adulto Mayor (CAM), Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE), Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERPS) y Módulo Básico de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), Línea 107, Farmacia Vecina, Atención Prioritaria al Paciente Oncológico, INFOFAM, Atención de Atención Permanente 24x7 y ESSALUD en Línea - Otorgamiento de citas.

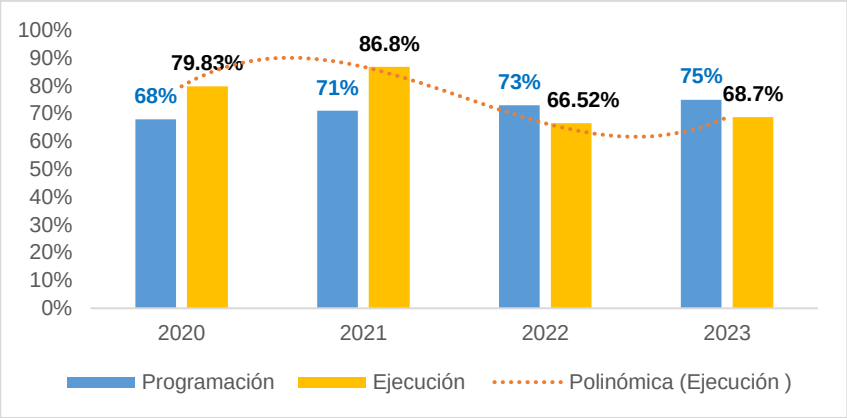
De tal manera se logró encuestar a 31,187 usuarios, de los cuales 21,434 usuarios (68.7%) percibieron buen trato en los servicios. En ese sentido, según criterios de evaluación el nivel de cumplimiento del indicador tiene la calificación de “Excelente”.

Tabla N° 30
Índice de percepción de buen trato en los servicios

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Total, de asegurados que perciben buen trato	21,434
Total, de asegurados encuestados	31,187
Índice de percepción de buen trato en los servicios	68.7%
Meta del indicador (Año 2023)	**75.0%**
% de cumplimiento del indicador	**91.6%**

Fuente: Gerencia de Gestión de Atención al Asegurado

Gráfico N° 29
Ejecución anual del indicador Índice de percepción de buen trato en los servicios



Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

4.3.7. Índice de clima laboral

La Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP), con Memorando N° 20-2024-SGRHS/ESSALUD de la Subgerencia de Relaciones Humanas y Sociales, remite el Informe S/N-2024-SGRHS/ESSALUD, comunicando que con la suscripción del Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre la Oficina Internacional del Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo y ESSALUD el 19/04/2022, se llevaron a cabo una serie de reuniones de coordinación, planeamiento, programación y ejecución dirigida al fortalecimiento de la gobernanza en ESSALUD. Una de las acciones programadas fue la aplicación de un “Estudio de gobernanza, clima, calidad y sostenibilidad institucional”.

Tal es así que, mediante Memorando Circular N° 060-GG-ESSALUD-2023 y Memorando Circular N° 078-GG-ESSALUD-2023, del 02 al 28 de octubre, se llevó a cabo el “Estudio de gobernanza, clima, calidad y sostenibilidad institucional”, a través de la Plataforma Somos ESSALUD.

La encuesta estuvo constituida de 11 secciones:

1. Imagen y comunicación.
2. Gestión administrativa.
3. Cobertura.
4. Autonomía.
5. Gobernanza.
6. Servicios de salud.
7. Transparencia e integridad.
8. Cultura y clima organizacional.
9. Igualdad de género.
10. Discriminación y acoso laboral.
11. Sostenibilidad.

Al respecto, han participado 20,265 trabajadores de los regímenes laborales D.L. N° 276, 728 y 1057 a nivel institucional, de los cuales 14,591 (72%) trabajadores han manifestado estar satisfechos con el clima laboral. En ese sentido, según criterios de evaluación, el nivel de cumplimiento del indicador es “Excelente”.

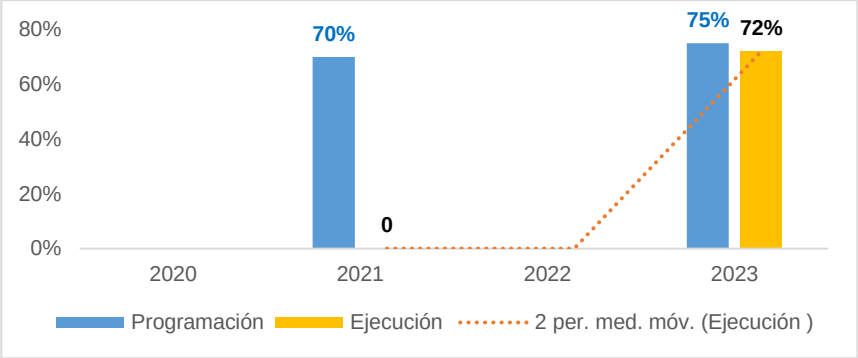
Tabla N° 31
Índice de clima laboral

DETALLE	EJECUTADO EN EL 2023
Total, de trabajadores encuestados satisfechos	14,591
Total, de trabajadores encuestados a nivel nacional	20,265
Índice de clima laboral	72.0%
Meta del indicador (Año 2023)	**75.0%**
% de cumplimiento del indicador	**96.0%**

Fuente: Gerencia de Gestión de Atención al Asegurado

Los resultados cuantitativos de la aplicación de la encuesta, fueron remitidos por la OIT a la Subgerencia de Relaciones Sociales de la GCGP, quien, a su vez al finalizar el año 2023 ha venido realizando coordinaciones a nivel institucional, para la "Contratación de una empresa consultora especializada en análisis, interpretación de resultados y plan de mejora de cultura y clima organizacional en las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales a nivel nacional, Sede Central, CNSR e INCOR".

Gráfico N° 30
Ejecución anual del indicador Índice de clima laboral

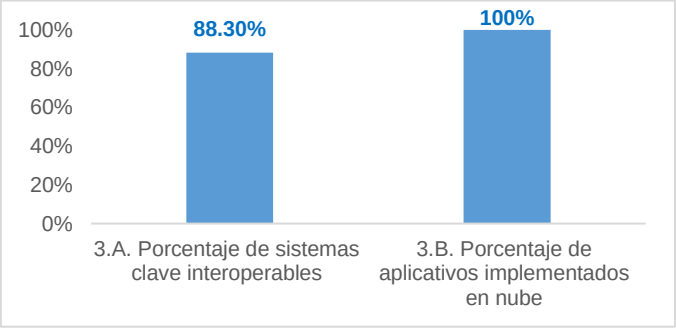


Nota: Elaboración propia en base a evaluaciones anuales

Síntesis de resultados de indicadores alineados al Objetivo Estratégico Institucional N° 3. Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.

Este objetivo estratégico institucional mostró un nivel de avance regular al haber logrado tres (3) indicadores con ejecución de metas superior al 90%. Hay avances en el desarrollo de tecnología de sistemas administrativos y asistenciales y en la digitalización; sin embargo, no se avanzó en la implementación de procesos bajo la separación de funciones.

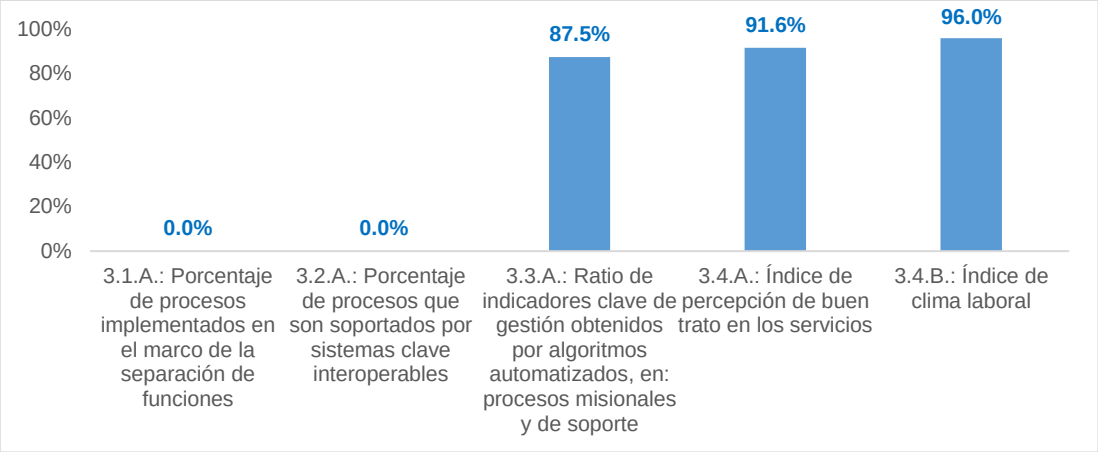
Gráfico N° 31
Nivel de cumplimiento de indicadores del Objetivo Estratégico Institucional N° 3



Nota: Elaboración propia en base a resultados de la evaluación al cierre 2023

Gráfico N° 32

Nivel de cumplimiento de indicadores de Acciones Estratégicas del OEI N° 3



Nota: Elaboración propia en base a resultados de la evaluación al cierre 2023

Respecto a este objetivo estratégico, se puede observar que los indicadores relacionados a transformación digital han logrado cumplir sus metas previstas y a nivel de actividad estratégica el indicador "Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte", se vio truncado por la desactivación de la Unidad de Gobierno y Analítica de Datos (UGAD) cuya meta era llegar a 16 herramientas desarrolladas desde el año 2020.

Sin embargo, respecto a la gestión para resultados, que de acuerdo a las acciones estratégicas aprobadas se relaciona con la implementación de procesos en el marco de la separación de funciones y con procesos que son soportados por sistemas clave interoperables; no se ha podido evaluar avances debido a que la dependencia asignada como responsable, ha sustentado no tener competencia para medir los citados indicadores.

Por otro lado, respecto a la percepción de buen trato en los servicios, alcanzó el 68.7% de la población encuestada, que representa el 91.6% de cumplimiento respecto a lo programado para el 2023. Asimismo, en el ámbito interno el 72% de colaboradores encuestados refieren percibir un buen clima laboral, lo que representa el 96% de la meta esperada.

V. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

Tabla N° 32

Principales logros por cada indicador de los objetivos estratégicos institucionales

<table>
<tr><th>Objetivo Estratégico Institucional (OEI)</th><th>Indicador</th><th>Principales logros</th></tr>
<tr><td rowspan="2">OE 1: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos</td><td>1.A. Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas</td><td>La GCSPE, mediante Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD, de fecha 28/02/2024, informó que, el resultado obtenido para el indicador de siniestralidad, se encuentra cercano a la meta del 100 %:
<table>
<tr><th>Indicador</th><th>Fórmula</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Índice de siniestralidad del seguro regular</td><td>$\frac{15,319,029,767}{15,400,844,039} x100$</td></tr>
<tr><td>Resultado obtenido</td></tr>
<tr><td></td><td>99.47 %</td></tr>
</table>
Fuente: Estado de gestión (GCGF)

En base a esta información se calculó que, el valor del indicador fue 99.5%, lo cual se encuentra en el rango de la meta propuesta, habiéndose mantenido en equilibrio los ingresos y los gastos institucionales.
Se planificó el gasto operativo asistencial entre el nivel central y las Redes Asistenciales y se logró un buen nivel de ejecución.
A pesar de haber sido afectados los ingresos de la institución por diversas iniciativas legislativas en los últimos años, se evidencia un incremento en los ingresos de la institución.
</td></tr>
<tr><td>1.B. Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito</td><td>La GCOP mediante Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente:

Realizó la evaluación del indicador a 26 Redes Asistenciales, 4 Redes Prestacionales, INCOR, CNSR y AFESSALUD.
Se obtuvo 91.5% de dispensación de medicamentos respecto al total.
Para el primer semestre de 2023, ninguna dependencia monitoreada alcanzó la meta programada (100% de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito); sin embargo, 31 dependencias de las 33 evaluadas, pasaron el 90% de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito, pero sin llegar a la meta.
Para el segundo semestre de 2023, 30 dependencias de los 33 evaluados, pasaron el 80% de dispensación, pero sin llegar a la meta
Las Redes Asistenciales Juliaca y Amazonas reportaron los mejores resultados en su indicador, para ambos semestres: la Red Asistencial Juliaca logó al I Semestre 2023, el 99.78% de dispensación y al II Semestre 2023 logró el 89.85. Por su parte, la Red Asistencial Amazonas logró al I Semestre 2023, una dispensación del 99.60% de lo prescrito y al II Semestre 2023 el 89.52%.
</td></tr>
</table>

Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	Indicador	Principales logros
OE 2: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	2.A. Satisfacción del usuario	La GCAA con Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • En los Centro del Adulto Mayor (CAM), se obtuvo un 81.54% de satisfacción del usuario y/o asegurado. • En el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), se obtuvo un 78.02% de satisfacción del usuario y/o asegurado. • En el Servicio de la Línea 107, se obtuvo un 73.81% de satisfacción del usuario y/o asegurado. • En las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE), se obtuvo un 73.51% de satisfacción del usuario y/o asegurado. • Con Informe N° 33-GPAA-GCAA-ESSALUD-2023 (20.11.2023), la Gerencia de Plataformas de Atención al Asegurado, elevó a la GCAA el proyecto de Directiva "implementación del libro de felicitaciones - propuestas de mejora, para las plataformas de atención del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
	2.C. Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)	• La GCPS con Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, que se encuentra trabajando en la actualización de cartera de servicios del primer nivel de atención, donde se considerará un nuevo indicador para ser propuesto al Plan Estratégico institucional (PEI) de ESSALUD.
	2.D. Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	La GCPP con Memorando N° 00000004-2024-GGI/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Se tuvo 9,304,377 atenciones de emergencia, cuya distribución por prioridad es la siguiente: 68,289 (0.7%) prioridad I, 1,287,738 (13.9%) prioridad II, 4,392,405 (47.2%) prioridad III, 2,932,327 (31.5%) prioridad IV y 623,618 (6.7%) prioridad V. • Con respecto a las 3,555,945 atenciones de emergencia prioridad IV y V, su distribución por nivel de atención es el siguiente: 617,124 (17.4%) nivel I, 2,584,153 (72.7%) nivel II y 354,668 (9.9%) nivel III.
OE 3: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	3.A. Porcentaje de sistemas clave interoperables	La GCTIC con Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Ha venido impulsando la interoperabilidad de los sistemas instituciones con el Ministerio de Salud, con la interoperabilidad de los sistemas de vacunas y de pruebas COVID-19, la APP SALOG, para transferencia de información de las recetas atendidas en las IPRESS, y en los Programas "Farmacia Vecina" y "Farmacia Delivery" y Laboratorios Terceros, para la transferencia de resultados de exámenes de patología clínica.
	3.B. Porcentaje de aplicativos implementados en nube	La GCTIC con Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Se tiene 4 aplicaciones implementadas en la nube: Ventanilla Integrada Virtual al Asegurado (VIVA), Sistema de Gestión Documental (SGD), Brinda al Asegurado información de su centro de atención de salud y vigencia de Seguro (Donde me atiendo) y Canal de comunicación interna para publicaciones, trámites y consultas; dirigida a los trabajadores de ESSALUD (Somos ESSALUD).

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024

VI. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Tabla N° 33

Principales logros por cada indicador de las acciones estratégicas institucionales

<table>
<tr><th>Acción Estratégica Institucional (AE)</th><th>Indicador</th><th>Principales logros</th></tr>
<tr><td rowspan="2">AE 1.1: Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales.</td><td>1.1.A. Ratio de deuda respecto al presupuesto.</td><td>Al II semestre, la GCGF informa mediante Memorando N° 00000043-2024-GCCC/ESSALUD remitido a través de Memorando N° 00000288-2024-GCGF/ESSALUD y correo institucional (lucy.alvarado@essalud.gob.pe) de fecha 15.03.2024 que, en la evolución histórica del indicador propuesto, se observa una tendencia decreciente generada a partir de una disminución coyuntural de la deuda por aportaciones, tal como se aprecia en el cuadro siguiente:
<table>
<tr><th>VARIABLES</th><th>2020 S2</th><th>2021 S1</th><th>2021S2</th><th>2022 S1</th><th>2022 S2</th><th>2023 S1</th><th>2023 S2</th></tr>
<tr><td>DEUDA POR APORTACIONES</td><td>3,092.13</td><td>3,089.63</td><td>3,061.04</td><td>3,039.39</td><td>3,001.85</td><td>2,819.14</td><td>2,676.29</td></tr>
<tr><td>PRESUPUESTO DE INGRESOS MODIFICADO</td><td>12,638.83</td><td>12,809.84</td><td>12,859.12</td><td>13,730.01</td><td>13,926.63</td><td>14,759.13</td><td>14,759.13</td></tr>
<tr><td>INDICADOR</td><td>24.47%</td><td>24.12%</td><td>23.80%</td><td>22.14%</td><td>21.55%</td><td>19.10%</td><td>18.13%</td></tr>
</table>
Nota: En el caso del corte al 2023 S2 se ha mantenido la información del Presupuesto Institucional de Apertura PIA brindado por la OAyCG con fecha 12 de julio del 2023.
La GCGF precisa algunos hechos relevantes sobre los ingresos que han inducido a la reducción de la cartera por cobrar:
• Los ingresos anuales por aportaciones ascendieron a S/13,262.92MM, cifra que representa un crecimiento de 7.20% respecto de los ingresos del año 2022. Esta situación evidencia los permanentes resultados positivos obtenidos en un año posterior al inicio de la reactivación, donde las actividades económicas han ido recuperándose gradualmente.
• Finalizado el Segundo Semestre 2023, el pago regular de aportes ha representado el 93.39% de los ingresos anuales. En tanto, la recuperación de deuda a través de acciones inductivas, facilidades de pago y cobranza coactiva, alcanzó el 7.61% de los ingresos totales en el año.
• Respecto a los resultados de la cobranza, según cifras alcanzadas por la SUNAT, el 67.91% de la recuperación se gestionó a través de acciones inductivas, el 7.72% a través del otorgamiento de facilidades de pago, y el 24.37% vía cobranza coactiva a través de la ejecución de distintas medidas cautelares.</td></tr>
<tr><td>1.1.B. Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior.</td><td>Al II semestre, la GCGF informó mediante Memorando N° 00000005-2024-GIF/ESSALUD remitido con Memorando N° 00000288-2024-GCGF/ESSALUD y correo institucional (lucy.alvarado@essalud.gob.pe) de fecha 15.03.2024 que, a pesar de la desaceleración del crecimiento mundial con ciertos factores de riesgo financiero, en un contexto de altas tasas de interés de los Bancos Centrales, se ha logrado un nivel positivo del indicador, conservando el valor del Portafolio de Inversiones Financieras de ESSALUD en el largo plazo; continuado con la diversificación del mismo.
Asimismo, informa lo siguiente:
• Desagregada la Rentabilidad Nominal Anual del Fondo de Salud N° 26790 por tipo de activo, se observa que, en el rendimiento del portafolio por tipo de activo durante los últimos doce</td></tr>
</table>

Acción Estratégica Institucional (AE)	Indicador	Principales logros
		meses, la rentabilidad del portafolio fue de 6.92 por ciento para las inversiones en Renta Fija y 2.86 por ciento para las inversiones de Renta Variable, donde los más rentables fueron los instrumentos financieros de renta variable en dólares. • La Estructura del Portafolio del Fondo de Salud N° 26790 ha continuado con la diversificación, con la finalidad de buscar maximizar la rentabilidad dentro de los niveles adecuados de riesgo, establecidos en la Política y Reglamento de Inversiones Financieras de ESSALUD, es así que se optó por incrementar las inversiones tales como: Cuentas Remuneradas, Depósitos a Plazos, Certificados de Depósitos Negociable, Papeles Comerciales y/o Obligaciones de Corto Plazo, Certificados de Participación y Fondos de Inversión en Renta Fija.
AE 1.2: Manejo eficiente de los gastos institucionales.	1.2.A. Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud.	La GCSPE mediante Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD, de fecha 28/02/2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Se realizaron acciones de auditoría de seguros en coordinación con las Redes Asistenciales • Se realizaron acciones de verificación de la condición del asegurado en coordinación con las Redes Asistenciales • Se logró cuantificar las afiliaciones indebidas y se articularon acciones con las Redes Asistenciales • Se logró cuantificar las prestaciones fuera de cobertura de salud y se articularon acciones con las Redes Asistenciales.
	1.2.B. Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total.	La GCPP con Memorando N° 00000051-2024-GP-GCPP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Se obtuvo 6.3% de gasto administrativo respecto al presupuesto total, cantidad que evidencia un adecuado manejo de los gastos administrativos con respecto al presupuesto total.
AE 2.1: Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	2.1.A. Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido.	La GCPS con Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • La GCPS ha desarrollado varias reuniones con la Gerencia de Planeamiento Corporativo, para exponer y tratar de ajustar los indicadores definidos en el PEI 2020-2024 de ESSALUD; pero no se ha logrado obtener información de los sistemas disponibles que pueda ajustarse a la propuesta inicial de indicadores del citado documento de gestión, adicionalmente ha informado que la evaluación del indicador corresponde a funciones propias de la Gerencia Central de Operaciones, pues no corresponden a funciones propias de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
AE 2.2: Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados	2.2.A. Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido	IETSI con Memorando N° 00000014-2024-IETSI/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Al II semestre del 2023, se ha realizado la evaluación de adherencia de las guías de práctica clínica relacionadas al tamizaje, diagnóstico y manejo de la enfermedad renal crónica, a través de 10 indicadores, de los cuales tres han presentado una adherencia alta, mayor al 80%. • Se han priorizado las recomendaciones trazadoras y elaborado las fichas de medición para los indicadores de guías de práctica clínica institucionales aprobadas en el año 2023.
	2.2.B. Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente • En el primer semestre 2023 a nivel de redes: 56.7% (17) de las Redes cumplieron con la meta de 3 días de diferimiento para la atención de pacientes nuevos.

Acción Estratégica Institucional (AE)	Indicador	Principales logros
		• En el segundo semestre 2023 a nivel de redes: el 50% (15) de las Redes cumplieron con la meta programada (3 días) para el año 2023. • 15 redes de las 30 evaluadas, cumplieron con la meta programada, para los dos semestres del 2023.
	2.2.C. Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	La OGCyH con Memorando N° 19-2024-OGCYH/ESSALUD y Memorando N° 24-2024-OGCYH/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Realizaron capacitaciones y asistencias técnicas, de manera virtual y presencial en 8 Redes Asistenciales: Ancash, Ayacucho, Cusco, Huánuco, Ica, Arequipa, Loreto y Cajamarca. • Con Memorando Circular N° 20 OGCyH-ESSALUD-2023, se dio las "Precisiones para la planificación, ejecución y seguimiento del Registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la Seguridad del Paciente en ESSALUD 2023".
AE 2.3: Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	2.3.A. Porcentaje de referencia no pertinentes	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Sobre el I nivel de atención, en el primer semestre de 2023 a nivel redes, el 93.3% (28) de las redes cumplieron con la meta. En el segundo semestre de 2023 a nivel redes, el 100.0%, el total de redes cumplieron con la meta; asimismo, 28 redes de las 30 evaluadas cumplieron con la meta en los dos semestres. Sobre el II nivel de atención, en el primer semestre de 2023 a nivel redes, el 96.7% (29) de las redes cumplieron con la meta. En el segundo semestre de 2023 a nivel redes, el 100.0%, el total de redes cumplieron con la meta; asimismo, 29 redes de las 30 evaluadas cumplieron con la meta en los dos semestres.
	2.3.B. Porcentaje de contrarreferencias[13]	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • En el primer semestre, 13 dependencias de las 32 evaluadas (26 Redes Asistenciales, 4 Redes Prestacionales, INCOR y CNSR), lograron un avance por encima del 76% del porcentaje de contrarreferencias emitidas, alcanzando la meta; asimismo, para el segundo semestre, 12 dependencias de los 32 evaluados, pasaron el 80% de la emisión de contrarreferencias; llegaron a cumplir con la meta establecida. • Por otro lado, de las 32 dependencias evaluadas, 7 Redes Asistenciales han alcanzado la meta establecida para el año 2023 (76% de contrarreferencias): Ica, Puno, Huaraz, Ancash, Madre de Dios, Jaén y Loreto. Este resultado muestra que disminuyó el número de Redes que han logrado la meta de contrarreferencia para el año 2023. • A nivel general, se realizó el análisis de los resultados por mes, trimestre y semestre, observando que los valores más altos del indicador, se han registrado en el IV trimestre de 2023 (57.2% de contrarreferencias) y en el mes de octubre (62.25% de contrarreferencias).
AE 2.4: Servicios disponibles para brindar atenciones con	2.4.B. Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía.	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Respecto al I semestre el valor del indicador fue 28.84 días, existe una mejoría de 7.97 días en el II semestre donde el valor del indicador fue 20.87 días.

[13] Promedio institucional (2019: H.I: 80.6%, H.II: 75.6%, H.III:57.9%, H.IV: 100%, H.N: 60.4%, Institutos: 99.5%).

Acción Estratégica Institucional (AE)	Indicador	Principales logros
oportunidad y calidad a los asegurados		• En el IV Trimestre de 2023, hubo disminución significativa de los días de diferimiento para acceder a una cita, llegando a los 13.5 días para la obtención de una cita en los servicios de apoyo al diagnóstico (radiografía y ecografía); sin embargo, no se logró alcanzar la meta programada (7 días).
	2.4.C. Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio.	La GCPI mediante Informe Nº 00000010-2024-SGM/ESSALUD remitido mediante Memorando N° 00000585-2024-GCPI/ESSALUD de fecha 22.02.2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • El mantenimiento preventivo/correctivo de los equipos que forman parte de los 2,619 equipos evaluados, tienen cobertura por empresas de servicio contratadas o por recursos humanos propios de la institución. • Según el sistema SAP, el presupuesto para el mantenimiento hospitalario fue S/ 260,591,150.32 y al 29/12/2023 se ejecutó S/ 292,995,186.07. dicho presupuesto corresponde a las 26 Redes Asistenciales, 4 Redes Prestacionales e INCOR, no incluye el presupuesto de GOF, ya que depende de la Gerencia Central de Operaciones, tampoco se considera el Centro Nacional de Salud Renal, debido a que no posee los equipos estratégicos evaluados. • A fin de evaluar la operatividad del equipamiento hospitalario, personal de La Subgerencia de Mantenimiento realizó 3 visitas de supervisión in situ a 3 IPRESS: Hospital III Cayetano Heredia (Red Asistencial Piura), Hospital I Antonio Skrabonja Antoncich (Red Asistencial Ica) y el Hospital I Altomayo (Red Asistencial Moyobamba); lo cual ha permitido identificar equipos estratégicos inoperativos y brindar las recomendaciones y acciones técnico administrativas del caso, para su reparación oportuna. • Se elaboró 6 informes de seguimiento, del cumplimiento de la ejecución del Plan Anual de Mantenimiento del Equipamiento Hospitalario 2023, a diversos Órganos Desconcentrados, brindando las recomendaciones y acciones técnico administrativas necesarias para garantizar la ejecución del mantenimiento preventivo del equipamiento estratégicos en los Órganos Desconcentrados de ESSALUD.
AE 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	2.5.A. Porcentaje de personal evaluado	La GCGP con Memorando Nº 00000008-2024-GDP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Durante el Ciclo 2023 de Gestión del Rendimiento, han realizado actividades programadas conforme al cronograma de actividades aprobado mediante Resolución de Gerencia General, para el desarrollo de las 03 etapas: Planificación, Seguimiento y Evaluación, etapa en la cual se encuentran actualmente. • A fin de facilitar la comprensión e involucramiento del personal participante del presente ciclo, se desarrollaron las siguientes prácticas: - Se designaron “responsables de GDR” en cada unidad orgánica participante de Sede Central, quienes fueron un apoyo de los directivos en la formulación de los factores de evaluación, y difundieron las convocatorias para las charlas de sensibilización e informativas, así como otras actividades de cada etapa del ciclo de evaluación. - El material de las reuniones o charlas se difunde con el personal para su posterior revisión. - Durante el ciclo de evaluación, se remitieron vía mailing masivo piezas gráficas con información sobre la metodología, en coordinación con la Oficina de Relaciones Institucionales.

Acción Estratégica Institucional (AE)	Indicador	Principales logros
		- Uso de la plataforma Google para la realización de diversas acciones: charlas de sensibilización e informativas (Google Meet), repositorio virtual para el almacenamiento de evidencias (Google Drive), formulario para la solicitud de modificación de metas (Google Forms). • Envío del "Reporte de Etapa de Seguimiento", como un recordatorio del estado situacional de la presentación y carga de las evidencias de acuerdo a los plazos establecidos en la Etapa de Planificación.
	2.5.B. Ratio de médicos x 10000 asegurados	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Evaluó el comportamiento del indicador en 33 dependencias (26 Redes Asistenciales, 4 Redes Prestacionales, INCOR y CNSR y GOF). • En el I Semestre 2023 a nivel redes: el 26.7% (8) de las redes cumplen con la meta: Tacna, Moquegua, Madre de Dios, Arequipa, Tumbes, Puno, Pasco y Moyobamba. • En el II Semestre 2023 a nivel redes: el 30% (9) de las redes cumplen con la meta: Tacna, Moquegua, Madre de Dios, Arequipa, Tumbes, Puno, Apurímac, Pasco, Moyobamba. • En ambos semestres de 2023, 08 redes de las 30 evaluadas cumplieron con la meta: Tacna, Moquegua, Madre de Dios, Arequipa, Tumbes, Puno, Apurímac, Pasco, Moyobamba.
	2.5.D. Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)	La GCGP con Informe N° 014-CyPL-SGGP-GAP-ESSALUD-2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Conforme a los registros del protocolo de indicadores, se esperaba obtener 0.65% de ausentismo laboral (en horas) para el 2023; sin embargo, se obtuvo 0.80%, evidenciando así una variación de 0.15% respecto al año 2022 (0.95%). • 0.80% de ausentismo laboral (en horas) representa una mejora con respecto al año 2022, donde la pandemia trajo consigo consecuencias indeseables, como: disminución de la actividad asistencial, aumento del sedentarismo, se tuvo enfermedades no controladas, lo cual generó un incremento significativo de inasistencias por motivos médicos.
AE 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	2.6.A. Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos	ODN con Memorando N° 00000017-2024-ODN/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 272-PE-ESSALUD-2023 (13.03.2023), se aprobó el "Plan de contingencia ante lluvias intensas y eventos asociados del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2023". • Con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 984-PE-ESSALUD-2023 (31.10.2023), aprueba la actualización de la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 272-PE-ESSALUD-2023, ahora denominada "Plan de contingencia ante Fenómeno El Niño, lluvias intensas y eventos asociados del Seguro Social de Salud - ESSALUD 2023-2024". • Bajo el componente funcional (conformada por sus SGCTGRD, plan de mantenimiento, entre otros, y en su mayoría no se requiere de una inversión presupuestal), se han implementado 92 mejoras en 18 IPRESS: Santa Maria de Nieva, Policl. Agustìn Gavidia, CAP II Yanahuanca, Contamana (Loreto), PM Conchucos, CAP I Antabamba, Cotabamba (Tambobamba), Bambamarca, Los Baños del Inca, Yauricocha, Hospital I Tarma, Hosp. II Gustavo Lanatta Lujan (Huacho), Hospital II Manuel Torres Mollendo, CAP Hunter, PM Vitor, Chuquibamba (Ocupa un piso), Cotahuasi (Ocupa dos pisos), Matarani, Lampa, San Gabán (Macusani). Estas

Acción Estratégica Institucional (AE)	Indicador	Principales logros
		mejoras están referidas a la gestión y organización en las IPRESS; conformación de sus SG GTGRD, Plan de Mantenimiento, Tarjetas de acción y Procedimiento de Activación y Desactivación del Plan (ambos incluidos dentro de Plan de Respuesta Hospitalario), control del sobre stock de medicinas y material médico (stock para dos meses), diseño del plan de mantenimiento de equipo biomédico, electromecánico. En la mayoría del caso no se requiere de una inversión presupuestal. • Con respecto al componente no estructural (referido a líneas vitales y mantenimiento de diversas áreas, entre otros), se han implementado 86 mejoras en 20 IPRESS: Santa Maria de Nieva, Paucartambo, Policl. Agustìn Gavidia, PM Puerto Bermúdez, PM Milpo, PM Chicrín, CAP II Yanahuanca, Contamana (Loreto), PM Conchucos, CAP I Antabamba, Cotabamba (Tambobamba), Bambamarca, Yauricocha, Hospital I Tarma, Hosp. II Gustavo Lanatta Lujan (Huacho), San Antonio el Estrecho, PM Vitor, Chuquibamba (Ocupa un piso), Matarani, Lampa. Estas mejoras están referidas a líneas vitales y mantenimiento de diversas áreas; mantenimiento de coberturas y limpieza periódica de canaletas, sistema eléctrico, tanques de reservorio de agua, mobiliarios, estanterías, luminarias, asentamiento del terreno, pintado, mejora flujo de circulación para laboratorio, instalación de detectores de humo, adquisición de extintores, mejora de los servicios de telefonía e internet, ambiente para desechos biocontaminados, mantenimiento de ascensores, entre otros. • En relación al componente estructural (referido a la infraestructura que requiere de inversión presupuestal), se han implementado mejoras en 14 IPRESS: Santa Maria de Nieva, Paucartambo, Policl. Agustìn Gavidia, PM Puerto Bermúdez, PM Chicrín, CAP II Yanahuanca, Contamana (Loreto), PM Conchucos, Bambamarca, Hosp. II Gustavo Lanatta Lujan (Huacho), PM Vitor, Chuquibamba (Ocupa un piso), Matarani, Lampa.
AE 3.1.: Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	3.1.A.: Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones	La Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP con Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • La Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP, ha realizado la reestructuración y revisión del vigente mapa de procesos, obteniendo como resultado la propuesta de actualizar el Mapa de Procesos de nivel 0 y 1 de ESSALUD, donde se contempla los procesos estratégicos, misionales y de soporte, el mismo que está enmarcado en la norma vigente, definiendo los procesos del Rol Asegurador y Rol Prestador, dicha propuesta está pendiente de aprobación por Resolución de Gerencia General.
AE 3.2: Implementación de sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución.	3.2.A.: Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables	La Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP con Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, que no tienen la competencia en temas relacionados con “sistemas clave interoperables”.
AE 3.3: Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	3.3.A.: Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte	La Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, mediante Informe N° 00000049-2024-GSIT-GCTIC/ESSALUD-GEOVANNI.CHIARELLA remitido con Memorando N° 00000550-2024-GCTIC/ESSALUD de fecha 15.03.2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Los logros obtenidos son los reportados por la UGAD al primer semestre del 2023, con relación a 14 herramientas automatizadas desde el año 2020 respecto a las 20 que están programadas.

Acción Estratégica Institucional (AE)	Indicador	Principales logros
AE 3.4: Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	3.4.A.: Índice de percepción de buen trato en los servicios	La GCAA con Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • En los Centro del Adulto Mayor (CAM), se obtuvo 83.47% de percepción de buen trato al usuario y/o asegurado. • En el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR), se obtuvo 79.86% de percepción de buen trato al usuario y/o asegurado. • En las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE), se obtuvo 76.43% de percepción de buen trato al usuario y/o asegurado. • En los Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERPS) y Módulo Básico de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), se obtuvo 75.66% de percepción de buen trato al usuario y/o asegurado.
	3.4.B.: Índice de clima laboral	La GCGP con Memorando N° 20-2024-SGRHS/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • En el marco del Convenio entre ESSALUD y la OIT, del 02 al 28 de octubre, se llevó a cabo el "Estudio de gobernanza, clima, calidad y sostenibilidad institucional", a través de la Plataforma Somos ESSALUD, a 20,265 trabajadores a nivel nacional, de los regímenes laborales D.L. N° 276, 728 y 1057. • 72% de los encuestados, han manifestado estar satisfechos con el clima laboral.

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024

VII. PRINCIPALES LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

A continuación, se presenta la información remitida por cada dependencia responsable del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024 de ESSALUD.

Tabla N° 34

Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de los Objetivos Estratégicos Institucionales y Acciones Estratégicas Institucionales del PEI 2020-2024, al II Semestre de 2023

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
OE 1: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	1.A. Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas	La GCSPE mediante Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Si bien es cierto el indicador mide el siniestro del Seguro regular este no debe ser asociado a un concepto de meta de ejecución del gasto del 100 %, porque si no, no habría financiamiento para gasto de capital, contingencia, reservas y otros. • Cabe señalar que el denominador está afecto a variaciones de los ingresos por recaudación.	La GCSPE propone: • Que el indicador debe ser disgregado por Redes Asistenciales. • Reformular el indicador, tomando en consideración lo anteriormente mencionado. La necesidad de contar con información financiera limita cumplir con los plazos establecidos en la Directiva N° 04-GG-ESSALUD-2023 "Disposiciones para la formulación, aprobación, evaluación y modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
	1.B. Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito	La GCOP mediante Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Retrasos a nivel central, para la atención de los requerimientos de medicamentos de las Redes a nivel nacional, así como, retrasos para la delegación de compras a nivel local a las Redes. • Limitación en el mercado, de los ítems requeridos a nivel nacional y local, para el abastecimiento de las Redes (compras nacionales o delegación a compra local). • Presencia de postores únicos, que condicionan las contrataciones (cantidad, precio, etc.).	La GCOP plantea las siguientes recomendaciones: • Realizar el monitoreo y seguimiento permanente, sobre el abastecimiento de medicamentos a nivel nacional, a fin de detectar con oportunidad, los ítems con stock crítico y plantear las acciones a implementar (apoyo o rotación de medicamentos a nivel local y nacional, entre las IPRESS). • Coordinar con CEABE, para la rotación de medicamentos, con stock crítico a nivel nacional y local. • Realizar reportes del monitoreo de abastecimiento de medicamentos a nivel de IPRESS, para su posterior difusión entre el personal de salud.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		• Existencia de precios diferenciados, dependientes de la cantidad y ubicación, cuando el proceso de contratación es delegado. • Retrasos en el cumplimiento de plazos, para la entrega de internamiento de ítems adjudicados, retrasando así el abastecimiento oportuno a nivel local en los puntos de expendio. • Desconocimiento del médico tratante, del stock de medicamentos en las IPRESS, donde se brinda la prestación. • La deserción del recojo de medicamentos por parte del paciente, lo cual genera que la receta persista como prescrita, mas no, como dispensada.	
AE 1.1: Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales	1.1.A. Ratio de deuda respecto al presupuesto	La GCGF informa mediante Memorando N° 00000043-2024-GCCC/ESSALUD la siguiente dificultad: • Si bien el indicador superó la meta, resulta transparente indicar que esto no es necesariamente un tema de logro de objetivos, sino de factores coyunturales que afectaron sobre una de las variables utilizadas en la formulación del indicador (deuda por aportaciones). De esta manera, el indicador podría adoptar una tendencia regresiva, conforme las actividades económicas vayan restableciéndose gradualmente y reduciéndose las medidas excepcionales ya comentadas, como la prórroga en los vencimientos de pago y regímenes de facilidades de pago que fueron implementadas por el Gobierno para mitigar el impacto financiero de la pandemia.	La GCGF reitera la necesidad de reformular el citado indicador para evidenciar mejor la gestión efectiva de los ingresos y se establezca la relación entre los ingresos nominales por recaudación y presupuesto, considerando el indicador siguiente: "Ingresos nominales tributarios y no tributarios [/1] / Presupuesto" [/1] Para efectos de la métrica se considera una serie móvil nominal de doce (12) meses anteriores.
	1.1.B. Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior	La GCGF informa mediante Memorando N° 00000005-2024-GIF/ESSALUD la siguiente dificultad: • La producción nacional presentó un año 2023 con una contracción; sin embargo, el mes de noviembre 2023 registró un aumento de o.29%, resultado que responde a la mayor producción registrada de los sectores: agropecuario, pesca, minería e hidrocarburos, electricidad, gas y agua, comercio, transporte, almacenamiento y mensajería, servicios de gobierno y otros servicios. Por otro lado, mostraron disminución los sectores manufactura, construcción, alojamiento y restaurantes;	La GCGF recomienda continuar con el proceso de ejecución de inversiones financieras en el interior y exterior, con la finalidad de optimizar el Portafolio de Inversiones Financieras del Seguro Social de Salud – ESSALUD, en el marco del Reglamento de Inversiones Financieras del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		telecomunicaciones y otros servicios de información; financiero y servicios prestados a empresas. • La economía presenta como marco global a menores presiones inflacionarias en los precios de las materias primas (alimentos y energía) debido al incremento de las tasas de interés por parte de los bancos centrales, menor crecimiento global influenciado por eventos geopolíticos, como la guerra en Ucrania y las tensiones entre China y Estados Unidos, efectos de pandemia e impactos del cambio climático; plantea una situación expectante para el desempeño de estos indicadores.	
AE 1.2: Manejo eficiente de los gastos institucionales	1.2.A. Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud	La GCSPE mediante correo Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD de fecha 28/02/2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • El numerado del indicador no está relacionado a una variación si no a un porcentaje • Para obtener la información del numerador se requiere que las OSPE reciban oportunamente la información y valorización de las Redes asistenciales • Consideramos que el indicador debe ser complementado con dimensiones relacionadas con el número de asegurados.	La GCSPE recomienda como oportunidad de mejora, lo siguiente: • El indicador debe ser reformulado, tomando en consideración lo expuesto como limitación.
	1.2.B. Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total	La Gerencia de Presupuesto de la GCPP con Memorando N° 00000051-2024-GP-GCPP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Limitada participación de las unidades orgánicas competentes (Sede Central y Redes Asistenciales), para establecer e implementar acciones que orienten el mejor registro de los gastos, a los centros de costos de tipo administrativo. • En el módulo de presupuesto en SAP no se cuenta con la información discriminada para determinar la ejecución del gasto administrativo; no obstante, se asume la información del módulo SAP CO registrada en los centros de costos de tipo administrativo de las redes y se suma la ejecución del presupuesto del Fondo AFESSALUD.	La Gerencia de Presupuesto propone lo siguiente: • Establecer la responsabilidad de las unidades orgánicas competentes (Sede Central y Redes Asistenciales), a fin de implementar las acciones que permitan identificar mejor los gastos de tipo administrativo y su adecuado registro al centro de costos correspondiente a través del módulo SAP CO.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		• La fecha de los cierres de información de los sistemas presupuestales y financieros difieren, por lo cual hay limitaciones en remitir información a la GPC-GCPP, para la evaluación con el Plan Estratégico Institucional, dentro de sus plazos establecidos.	
OE 2: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	2.A. Satisfacción del usuario	La GCAA con Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, la siguiente dificultad: • Limitada e inoportuna disponibilidad de información (datos del asegurado), para la implementación de encuestas.	La GCAA indica que como mejora continua viene coordinando de manera directa con la GCOP, gerencia central que le provee de la información de los asegurados a encuestar.
	2.C. Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)	La GCPS mediante Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • El indicador no es factible de ser medido, por no contar con sistemas de información que permitan determinar los valores de las variables involucradas.	La GCPS solicitó a la GCPP la incorporación de nuevos indicadores y modificación del PEI 2020-2024 de ESSALUD.
	2.D. Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	La Gerencia de Gestión de la Información de la GCPP con Memorando N° 00000004-2024-GGI/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Existen serias dificultades en la atención de pacientes asegurados, que muestran a través de la evaluación del indicador de "Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V", estar por encima del estándar. Lo cual indicaría que existe una población asegurada que busca una atención en los servicios emergencia y que pueden ser canalizadas y atendidos en los servicios de consulta externa o consultorios descentralizados, en la medida que dichos pacientes no presentan riesgo de muerte, ni compromiso de funciones vitales y tampoco riesgo de complicación inmediata • Como resultado del análisis del indicador, se concluye que el porcentaje elevado observado refleja un problema institucional y una gestión inadecuada por parte de las Unidades Orgánicas competentes, tanto en coordinación con la Sede Central como en las Redes Asistenciales. El cual	La Gerencia de Gestión de la Información plantea lo siguiente: • Establecer claramente la responsabilidad de las unidades orgánicas competentes para medir el indicador, tanto de la Sede Central y de las Redes Asistenciales y Prestacionales, a fin de implementar las acciones que faciliten la identificación y priorización efectiva de los pacientes que acceden a los servicios de emergencia. • Optimizar el proceso de derivación de los pacientes, desde los servicios de emergencia hacia los servicios ambulatorios, especialmente para los Hospitales del III nivel de atención, delegando la responsabilidad al área funcional o competente de las IPRESS de la Red, a fin que realice seguimiento semanal y la medición del desempeño y comportamiento del indicador de emergencia. • Evaluar la posibilidad de reformular el indicador o las metas para que reflejen de manera coherente la realidad sanitaria de los Establecimientos de Salud de ESSALUD a nivel nacional, por las áreas competentes.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		se traduce en una saturación innecesaria de pacientes que podrían ser derivados a servicios ambulatorios, lo que subraya la necesidad de una mayor colaboración y coordinación para optimizar la gestión de la demanda en el ámbito de la atención.	• La Gerencia de Gestión de la Información es responsable de monitorear el indicador, más no de las acciones para mejorar el desempeño del mismo, por lo cual son las áreas competentes quienes deben asumir la responsabilidad de evaluar y mejorar el desempeño del indicador.
AE 2.1: Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	2.1.A. Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo	La GCPS con Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, que, el indicador no es factible de ser medido, por no contar con sistemas de información que permitan determinar los valores de las variables involucradas.	La GCPS solicitó a la GCPP la incorporación de nuevos indicadores y la modificación del PEI 2020-2024 de ESSALUD.
AE 2.2: Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados	2.2.A. Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido	El IETSI, mediante Memorando N° 00000014-2024-IETSI/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • El diseño y estructura de la Historia Clínica Electrónica, solo permite generar indicadores a partir de la data de algún código; sin embargo, existe información en data no estructurada que se requiere para generar indicadores más específicos en algunas condiciones clínicas; asimismo, que facilite la medición de los indicadores que buscan medir el manejo multidisciplinario, es decir que, implican la atención por diversas especialidades médicas y atenciones no médicas. • La información publicada de los tableros de indicadores para evaluar la adherencia a las GPC, no se actualiza periódicamente, lo que dificulta su seguimiento y evaluación (de manera mensual, trimestral o semestral), y por ende limita el poder plantear estrategias de implementación a nivel central y desconcentrado.	El IETSI propone como medida correctiva lo siguiente: • Es necesario contar con un sistema de información que integre todos los sistemas de información clínica: laboratorio, diagnóstico por imágenes, consumo de medicamentos, sistema nacional de registro de defunciones, además del Servicio de Salud Inteligente (EsSI), que permitirá mejoras en las fuentes de información para el desarrollo de indicadores. • Se ha identificado la necesidad de mejorar la estructura y diseño de la historia clínica electrónica, que contemple el registro de las actividades médicas y no médicas; asimismo, que permita la medición de atenciones multidisciplinarias. • Con los valores obtenidos a la fecha, se hace necesario el desarrollo de investigaciones, a fin de conocer las barreras y facilitadores para la adherencia a las guías de práctica clínica en ESSALUD.
	2.2.B. Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Oferta limitada de infraestructura para consultorios físicos y recurso humano, a nivel de las IPRESS. • La parametrización de la oferta de las citas (voluntarias, recitas, referencias e interconsultas)	La GCOP recomienda lo siguiente: • Apoyo descentralizado para realizar actividades de desembalse clínico. • Impulsar convenios de intercambio prestacional en zonas identificadas con oferta de salud limitada. • Compra de servicios para el desembalse clínico.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		determinada por la IPRESS, la cual responde a su necesidad. • Existencia de subregistros de citas en las IPRESS, lo cual condiciona la apertura de citas ofertadas. • Incumplimiento en la apertura de la programación asistencial acorde a la norma, por parte de las Redes, la cual dispone que sea a 4 meses.	• Monitoreo, seguimiento y supervisión del cumplimiento de la apertura de la programación asistencial, a 4 meses según normativa. • Verificación in situ de la apertura de la programación asistencial; así como, de la subutilización de espacios físicos en consultorios externos.
	2.2.C. Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	La OGCyH con Memorando N° 19-2024-OGCYH/ESSALUD y Memorando N° 24-2024-OGCYH/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Se ha identificado falencias en el sistema REGINCIAD. • Debido a que las falencias halladas en el sistema no se pueden solucionar, ya que el aplicativo REGINCIAD se encuentra en estado de obsolescencia; se decide iniciar reuniones con la GCTIC, con el fin de construir un nuevo sistema; siendo que a la fecha no es posible continuar con ello, ya que GCTIC señala que está en curso el proceso de contratación del personal para la elaboración del nuevo sistema, lo cual fue comunicado en la Nota N° 15- OGCyH-PE-ESSALUD-2023 a Gerencia General. • A fines de noviembre es reportado por parte de las redes del país, que la información perteneciente a los meses de octubre y noviembre registrado en el REGINCIAD no se encontraba, por lo que no era posible continuar la gestión, a lo que se añade que paralelamente esta oficina (la OGCYH) tampoco tuvo acceso. Esto, fue comunicado a GCTIC, sin embargo, por falta de personal recién se pudo dar solución hasta el 29 de diciembre, fecha en que se inicia el proceso de ingreso de información faltante del IV trimestre por parte de las redes. Al existir intermitencia se culmina el 09 de enero del 2024, siendo que al momento se solicita la base de datos a la GCTIC para dar inicio al procesamiento de la	La OGCyH ha planteado como medidas de mejora, lo siguiente: • Tomar conocimiento sobre el nivel de cultura a la adherencia de notificación de incidentes y eventos adversos, como base para el trabajo a realizar durante el 2023. • Se han realizado capacitaciones y asistencias técnicas enfatizando sobre la importancia de la cultura de registro y notificación; consiguiendo a su vez que las redes que recibieron este tipo de actividades por parte de nuestra oficina, se concienticen y programen las réplicas respectivas a sus diversas IPRESS, las cuales se han conseguido en un 100% de las programadas, durante el periodo evaluado.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		información, la cual fue remitida el 11 de enero del presente periodo fiscal. • Aún no se ha integrado el "Sistema de notificación, registro, análisis y procesamiento de incidentes y eventos adversos-REGINCIAD", a otros programas de monitoreo como el programa de farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia, vigilancia epidemiológica o vigilancia de muerte materna; que podrían contribuir a consolidar los eventos adversos que ocurra en la Institución.	
AE 2.3: Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	2.3.A. Porcentaje de referencia no pertinentes	• La GCOP, no ha reportado limitaciones para el cumplimiento del indicador.	La GCOP plantea como mejora continua lo siguiente: • Continuar fortaleciendo las capacidades de los responsables de la Oficina de Referencias, mediante capacitaciones y asistencias técnicas, de la norma de referencias y contrarreferencias, de tal manera, se contribuirá en evitar y/o disminuir, el número de casos de referencias no pertinentes.
	2.3.B. Porcentaje de contrarreferencias[14]	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • En la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2015 "Normas para el proceso de referencia y contrarreferencias de ESSALUD", no se contemplaba la contrarreferencia administrativa. • El proceso de la transferencia de medicamentos, de la IPRESS que contrarrefiere a la IPRESS de origen, no estaba bien delimitada en la Directiva N°014-GGESSALUD-2015.	La GCOP reporta las siguientes medidas correctivas: • Mediante Resolución de Gerencia General N° 1828-GG-ESSALUD-2023 (21/12/2023), se deja sin efecto la Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015, que aprobó la Directiva N° 14-GG-ESSALUD-2015; asimismo, se aprueba la Directiva N° 15-GCPS-ESSALUD-2023 "Norma para la referencia y contrarreferencia en el Seguro Social de Salud - ESSALUD". Asimismo, recomienda: • Monitorear y supervisar el cumplimiento de la Directiva N° 15-GCPS-ESSALUD-2023, la cual, dentro de sus alcances, contempla las contrarreferencias médicas, farmacológicas y administrativas. • Brindar asistencia a las Redes y OPN, según se requiera.
AE 2.4: Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y	2.4.B. Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía.	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Oferta limitada de equipamiento y recurso humano especializado, a nivel nacional.	La GCOP plantea como medidas correctivas lo siguiente: • Apoyo descentralizado para realizar actividades de desembalse, con desplazamiento de equipamiento y recurso humano por parte de Hospital Perú.

[14] Promedio institucional (2019: H. I: 80.6%, H. II: 75.6%, H.III:57.9%, H.IV: 100%, H.N: 60.4%, Institutos: 99.5%).

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
calidad a los asegurados		• Equipos en mal estado de conservación. • Demora en la adquisición de equipos nuevos y por reposición.	• Impulsar convenios de intercambio prestacional en zonas identificadas con oferta de salud limitada. • Compra de servicios para el desembalse clínico. • Monitoreo, seguimiento y supervisión de la programación asistencial, así como, de la subutilización de espacios físicos en consultorios externos.
	2.4.C. Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio	La GCPI mediante Informe Nº 00000010-2024-SGM/ESSALUD remitido con Memorando N° 00000585-2024-GCPI/ESSALUD de fecha 22.02.2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Retrasos en la contratación de los servicios de mantenimiento preventivo y/o correctivo del equipamiento crítico (por motivos logísticos y presupuestales por parte de los órganos desconcentrados). • Alta rotación del personal encargado de las áreas de ingeniería hospitalaria, quienes desconocen la norma vigente de mantenimiento. • Alto porcentaje de equipos fuera de su vida útil (mayor al 60%), y en su mayoría pendientes de reponer; los cuales presentan fallas continuas por tener partes desgastadas o deterioradas, o existe discontinuidad de sus repuestos. Asimismo, se tiene 10.4% del total del equipamiento estratégico con un estado inoperativo para baja, siendo dificultoso su reparación debido a que además de haber superado ampliamente su vida útil, son equipos obsoletos tecnológicamente y requieren una reparación de costo oneroso (mayor al 50% del valor de un equipo nuevo), siendo prioritario en estos casos la reposición inmediata para mejorar el índice de operatividad de equipos estratégicos.	La GCPI informa que como medida correctiva realizó lo siguiente: • Gestionó: - Apoyo del fondo financiero de la GCPI (FF003706) para el mantenimiento correctivo del equipamiento hospitalario de las IPRESS de ESSALUD, previa presentación del sustento respectivo conforme a lo indicado en el Instructivo de mantenimiento por encargo vigente. - El apoyo presupuestal a la Red Prestacional Rebagliati para el servicio de mantenimiento correctivo de una autoclave del Policlínico Pablo Bermúdez y la adquisición de bienes para equipos diversos del citado policlínico, por el monto total de S/ 25,708. - La adquisición de bienes para el mantenimiento del sistema de vacío del Hospital Nacional Alberto Sabogal por el monto de S/ 39,218.93. - Previsión presupuestal para la adquisición de repuestos para el mantenimiento del tomógrafo simulador de la Red Asistencial La Libertad, por el monto de S/ 326,000. - La adquisición de bienes para el mantenimiento del tomógrafo computarizado del Hospital II Abancay de la Red Asistencial Apurímac por el monto de S/ 345,000. Asimismo, como oportunidad de mejora recomienda: • Continuar realizando el asesoramiento al personal de mantenimiento de los órganos desconcentrados y la realización de talleres virtuales, en gestión de mantenimiento del equipamiento hospitalario y el manejo del SISMAC. De tal manera, en el mes de noviembre, se realizó un taller virtual dirigido al personal de las Oficinas de Ingeniería Hospitalaria, sobre al apoyo presupuestal del Fondo Financiero

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
			003706 de la GCPI, para los requerimientos de mantenimiento por los efectos del fenómeno del niño. • Mediante los informes de cumplimiento de los planes anuales de mantenimiento de equipos, elaborados por los profesionales de la Sub Gerencia de mantenimiento a su cargo, se han podido identificar el porcentaje de equipamiento en estado inoperativo para baja, recomendándose a los Órganos Desconcentrados iniciar las gestiones de reposición y baja de dicho equipamiento, con el objetivo de mejorar el funcionamiento de los servicios asistenciales y aumentar los índices de operatividad del equipamiento existente en ESSALUD.
AE 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	2.5.A. Porcentaje de personal evaluado	La GCGP con Memorando Nº 00000008-2024-GDP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Alta rotación del personal directivo, que desempeña un rol importante como evaluador, y en muchos casos no reportan el estado situacional del avance del cumplimiento de metas personales y de su personal, en la entrega de cargo formal. • Desplazamientos de personal que no se realizan de acuerdo a la normativa vigente, o cambios de funciones ante cambios de gestión, los mismos que repercuten en el cumplimiento de las metas establecidas en la primera etapa. • Desactualización de la planilla del personal, dicha información es el insumo para elaborar la Matriz de Participantes del Plan de Implementación, y posteriormente, facilita en monitorear el número de participantes por cada etapa. • Actualmente la GCGP tiene personal de planta con dedicación parcial para la implementación del subsistema, por lo que, se recurre a la contratación de servicios no personales para garantizar la continuidad del desarrollo de las actividades del cronograma aprobado. • Disminución del presupuesto para la contratación de servicios no personales para el desarrollo de las	La GCGP propone como oportunidad de mejora, lo siguiente: • Realizar asistencias técnicas constantes de parte de los sectoristas de Gestión del Rendimiento sobre la metodología y el correcto despliegue de las acciones. • Capacitar al personal designado como coordinadores de Gestión del Rendimiento, de cada unidad orgánica, para facilitar la comunicación y el despliegue de las diversas acciones de implementación, teniendo en cuenta que cada año se calcula la gradualidad y alcance del ciclo de evaluación. • Implementación de un aplicativo de Gestión de Rendimiento que permita contar con la información al alcance de todos los evaluados y permita un rápido y oportuno seguimiento a las evidencias disminuyendo así la carga operativa del Equipo Implementador de Gestión del Rendimiento.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		acciones especializadas propias del Sub Sistema, lo que pone en riesgo el desarrollo del mismo.	
	2.5.B. Ratio de médicos x 10000 asegurados	La GCOP con Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Limitada cantidad de recurso humano especializado. • Limitada asignación de presupuesto operativo para las redes. • Restricciones para la contratación de recurso humano.	La GCOP propone lo siguiente: • Que GCGP y GCPP evalúen la pertinencia de requerir mayor número de plazas a nivel nacional, a fin de cubrir la falta de recurso humano médico. • Que GCGP y GCPP evalúen la pertinencia de activar plazas sin presupuesto asignado.
	2.5.C. Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)	La GCGP con Informe N° 014-CyPL-SGGP-GAP-ESSALUD-2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Cambios constantes en la programación de la asistencia. • Manifestación de enfermedades secundarias, relacionadas con la COVID-19. • Retraso en la emisión de descansos médicos.	La GCGP sugiere como oportunidad de mejora, lo siguiente: • Realizar visitas inopinadas para la ejecución de permanencias, a nivel nacional. • Realizar coordinaciones con Seguridad y Salud en el Trabajo, con respecto a la situación del trabajador tanto en Lima como en Provincia, a fin que se programe chequeo preventivo a los trabajadores de Lima y Provincia, para tener un enfoque proactivo hacia la prevención y el cuidado de la salud laboral.
AE 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	2.6.A. Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos	ODN con Memorando N° 00000017-2024-ODN/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Limitado nivel de compromiso de los gestores que no valoran la evaluación del ISH, para implementar mejoras y/o subsanar observaciones en sus IPRESS de mayor vulnerabilidad.	ODN propone lo siguiente: • Continuar monitoreando y haciendo seguimiento al cumplimiento del indicador. • Coordinar con el personal capacitado en ISH a nivel de Redes Asistenciales y Prestacionales, a fin de que realicen las evaluaciones en su jurisdicción. • Coordinar con los gestores de cada Red, para el cumplimiento del indicador. • La ODN ha previsto la contratación (locación de servicios) de especialistas en Ingeniería y Arquitectura para iniciar la reevaluación de IPRESS con ISH vencido y la asesoría técnica en el marco de sus competencias.
OE 3: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	3.A. Porcentaje de sistemas clave interoperables	La GCTIC con Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Cambios tecnológicos del sector, que tienen como referencia las nuevas formas de uso, reglamentaciones, infraestructura y nuevos productos derivados de las necesidades institucionales.	La GCTIC informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Debido a los nuevos lineamientos institucionales y considerando la obsolescencia tecnológica de varios de los sistemas institucionales, la medición del indicador, debería estar centrada en los sistema CORE de la institución, es decir, se debe buscar medir: "Sistemas core interoperables", considerando inicialmente la Integración ESSI-SAP, dispuesta por la Gerencia

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		• La tecnología y prioridad de los proyectos tecnológicos, continúan cambiando con el tiempo; creándose nuevos productos con enfoques de interoperabilidad y desestimándose el uso de otros, como el Sistemas de Vigilancia Perinatal, el Sistema de Registro de Cáncer, y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, los mismos que se encuentran dentro de un proceso de migración.	General mediante Memorando Nº 161-GG-ESSALUD-2022 y ratificada mediante Memorando Múltiple N° 130-GG-ESSALUD-2023; estrategia que se encuentra enmarcada en el Plan para sistematizar los distintos procesos que intervienen en la cadena de suministros de bienes estratégicos.
	3.B. Porcentaje de aplicativos implementados en nube	La GCTIC con Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, las mismas limitaciones identificadas en el indicador precedente: • Se producen cambios tecnológicos del sector, los mismos que tienen como referencia las nuevas formas de uso, reglamentaciones, infraestructura y nuevos productos derivados de las necesidades institucionales • La tecnología y prioridad de los proyectos tecnológicos continúan cambiando con el tiempo; creándose nuevos productos con enfoques de interoperabilidad y desestimándose el uso de otros, como el Sistemas de Vigilancia Perinatal, el Sistema de Registro de Cáncer, y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, los mismos que se encuentran dentro de un proceso de migración.	La GCTIC propone lo siguiente: • La lista de las aplicaciones que constituyen el universo que pueden utilizase en plataforma nube, debe ser ajustada por lo menos anualmente debido a diferentes factores como: Tecnológico, condiciones de Servicios externos, presupuestales, recursos de personal, procesos, normas legales, entre otros. • Se debe considerar el fortalecimiento con más y mejores funcionalidades de los sistemas que se tienen en nube, y no sólo que éstos, estén alojados en la nube o en servicios hosting u on premise.
AE 3.1.: Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	3.1.A.: Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones	La Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP con Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • De acuerdo a lo señalado en el Artículo 45° del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, la Gerencia de Organización y Procesos es responsable de diseño y rediseño de procesos; así como, elaborar, implementar, evaluar y proponer los lineamientos, normas, metodologías y procedimientos relacionados con el diseño organizacional, que comprende estructura, funciones y procesos; mas no de la implementación de procesos en los órganos y/o unidades orgánicas de ESSALUD, los responsables de dicha implementación son los dueños de los procesos.	La Gerencia de Organización y Procesos recomendó actualizar los indicadores del Plan Estratégico Institucional 2020 - 2024 del Seguro Social de Salud -ESSALUD, enmarcadas dentro de las competencias de la Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
AE 3.2: Implementación de sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución.	3.2.A.: Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables	La Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP con Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Como en el caso anterior y de acuerdo a lo establecido en el ROF, la Gerencia de Organización y Procesos no tiene la competencia en temas relacionados con "sistemas clave interoperables"	La Gerencia de Organización y Procesos recomendó actualizar los indicadores del Plan Estratégico Institucional 2020 - 2024 del Seguro Social de Salud -ESSALUD, enmarcadas dentro de las competencias de la Gerencia de Organización y Procesos de la GCPP.
AE 3.3: Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	3.3.A.: Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte	La Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, mediante Informe N° 00000049-2024-GSIT-GCTIC/ESSALUD-GEOVANNI.CHIARELLA remitido con Memorando N° 00000550-2024-GCTIC/ESSALUD de fecha 15.03.2024, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • No se cuenta con la información solicitada debido a desactivación de la UGAD, y la suspensión de todos los servicios de contrato de locadores, de licencias de Power BI, así como no contar con la plataforma y hardware.	La Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones plantea lo siguiente: • Para establecer que los algoritmos se encuentran automatizados, se debe contar con los siguientes factores, los cuales no presentan las herramientas reportadas: Ingeniería: Procesos de extracción, transformación y carga (ETL) de datos con actualización continua. Analítica: Programación automática de las actualizaciones en la herramienta Power BI Debe existir registro a través de documentos técnicos como diccionarios o manuales, que permitan mejoras en el proceso automatizado. • Se recomienda realizar la reformulación del indicador de la UGAD y/o precisar con mayor detalle el alcance de dicho indicador, así como determinar el área responsable de realizar la evaluación del cumplimiento del mismo.
AE 3.4: Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	3.4.A.: Índice de percepción de buen trato en los servicios	La GCAA con Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD, informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • Limitada e inoportuna disponibilidad de información (datos del asegurado), para la implementación de encuestas.	La GCAA informó que como oportunidad de mejora viene coordinando de manera directa con la GCOP, gerencia central que le provee de la información de los asegurados a encuestar.
	3.4.B. Índice de clima laboral	La GCGP con Memorando N° 20-2024-SGRHS/ESSALUD informó al II Semestre de 2023, lo siguiente: • No se tuvo la disponibilidad presupuestal para la para la "Contratación de una empresa consultora especializada en análisis, interpretación de resultados y plan de mejora de cultura y clima	La GCGP propone las siguientes oportunidades de mejora: • Gestionar la contratación de servicios para el análisis e interpretación de los resultados; así como la formulación del Plan de mejora de cultura y clima laboral en la Sede Central, CNSR, INCOR, redes prestacionales y redes asistenciales a nivel nacional.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Principales limitaciones	Oportunidades de mejora
		organizacional en las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales a nivel nacional, Sede Central, CNSR e INCOR".	• Retomar la programación de actividades del Programa de Cultura y Clima Organizacional 2023.

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

De la elaboración del informe

- De acuerdo a las responsabilidades establecidas en el Plan Estratégico Institucional 2020-2024, aprobado mediante Acuerdo de Consejo Directivo Nº 4-3-ESSALUD-2020 de fecha 06.02.2020, se solicitó información a 12 dependencias del nivel central, con el fin de evaluar 28 indicadores con programación de metas para el año 2023. Cabe señalar que a nivel del Objetivo Estratégico N° 2, el indicador "Reducción de Carga de Enfermedad" tiene una única meta programada para el año 2024.

- Respecto a las Fichas de Indicadores del Plan Estratégico Institucional 2020-2024 de ESSALUD, es importante mencionar que estas no fueron aprobadas como parte del documento de gestión; no obstante, el PEI cuenta con la Matriz resumen de objetivos y acciones estratégicas, donde se aprobó la programación de metas anuales, fuentes de verificación y órganos responsables, que permiten realizar la evaluación periódica, según la Directiva vigente.

- El informe ha sido elaborado con información recibida de las dependencias responsables del monitoreo y evaluación de los indicadores, tomando en cuenta que la información de cumplimiento de algunos indicadores fue remitida hasta el 15.03.2024.

- De tal manera, según criterios de evaluación de la GPC-GCPP, de los 28 indicadores evaluados quince (15) lograron un nivel de cumplimiento superior al 90% de sus metas, tres (3) indicadores lograron un cumplimiento dentro del rango de 60% a 75%, seis (6) cumplieron por debajo del 60% de sus metas y cuatro (4) indicadores se registraron sin avance debido a que las áreas a cargo sustentaron desde el año 2020 la imposibilidad de medirlos por falta de sistema de datos o por deficiencias en el diseño de los indicadores.

- Respecto a los indicadores sin avance:

  - i) **"Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)"** y ii) "**Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido"**; son indicadores que no han tenido evaluaciones a lo largo de la vigencia del PEI 2020-2024. Al respecto, la dependencia a cargo ha manifestado que dichos indicadores no son factibles de ser medidos, por lo cual solicitó con antelación la incorporación de nuevos indicadores y modificación del PEI 2020-2024 de ESSALUD. Por otro lado, viene actualizando la cartera de servicios del primer nivel de atención, donde considerará un nuevo indicador para ser propuesto en el PEI de ESSALUD.

  - iii) **"Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones"** y iv) **"Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables"**. Ambos indicadores registran Sin Avance durante todo el periodo de vigencia del PEI 2020-2024, con excepción del año 2021 donde se reportó avance en el indicador "Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables". Sin embargo, es importante considerar que la Gerencia de Organización y Procesos ha sustentado en reiteradas oportunidades no ser responsable en la implementación de los procesos y los sistemas informáticos que puedan requerir. No obstante, comunicó haber realizado la reestructuración y revisión del mapa de procesos

vigente, obteniendo como resultado la propuesta de actualización del Mapa de Procesos de nivel 0 y 1 de ESSALUD, donde se contempla los procesos estratégicos, misionales y de soporte, el mismo, que está enmarcado en la normativa vigente, definiendo los procesos del Rol Asegurador y Rol Prestador, dicha propuesta está pendiente de ser aprobada por Resolución de Gerencia General.

De los resultados por objetivos estratégicos institucionales

- **Respecto al Objetivo Estratégico Institucional N° 1 "Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos".**

  El cumplimiento de este objetivo estratégico institucional se mide en función de dos indicadores: 1.A. **"Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas"** y 1.B. **"Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito"**. Al respecto, los resultados de la evaluación muestran que ambos indicadores lograron el 100% de ejecución respecto a su meta programada. Sin embargo, es necesario precisar que, para el caso del indicador de siniestralidad, que alcanzó el 99.5% de gastos respecto a ingresos, se está considerando información preliminar de cierre contable. Asimismo, precisar que, ante la limitación de no contar con datos por tipo de seguro para este tipo de indicador, la GCSYPE propuso la denominación ***Índice de siniestralidad del seguro regular*** con la fórmula: gasto operativo de las prestaciones / ingresos por aportaciones. El objetivo estratégico institucional de protección financiera no puede ser evaluado, puesto que los indicadores han evidenciado limitaciones en su formulación y en el acceso a datos que permitan medir adecuadamente la sostenibilidad financiera.

  Por otro lado, se muestra que la deuda de aportaciones ha disminuido y el retorno de las inversiones ha superado la meta respecto a lo obtenido el año 2022.

- **Respecto al Objetivo Estratégico Institucional N° 2 "Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades".**

  El cumplimiento de este objetivo estratégico institucional se mide en base a cuatro indicadores: **2.A**. **Satisfacción del usuario**; **2.B. Reducción de la carga de enfermedades**; **2.C. Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)** y **2.D. Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V**; sin embargo, el indicador de reducción de carga de enfermedad recién será evaluado al cierre del año 2024 y el indicador de reducción de complicaciones en Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, SIDA y Tuberculosis, no ha tenido seguimiento ni evaluación por carecer de sistemas de información que permitan medirlos.

  Al respecto, se tiene un nivel de satisfacción de 66% en una muestra de 31,187 usuarios de prestaciones de salud en Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización de 11 Redes Prestacionales y Asistenciales.

  Por otro lado, respecto disponibilidad de servicios, se ha logrado contar con 94% del total de equipos de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo y endoscopio, operativos. Sin embargo, respecto a la oportunidad de citas para procedimientos de ayuda al diagnóstico, la ejecución ha sido mala al obtener el 27% de la meta esperada, al registrar un diferimiento de 25.7 para estas citas.

  Una de las limitaciones más importantes es no haber podido medir los indicadores de "porcentaje cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o

protocolo establecido" y "Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)", debido a que desde el año 2020 la Gerencia Central de Prestaciones de Salud concluyó en que estos indicadores no eran factibles de ser medidos.

- **Respecto al Objetivo Estratégico Institucional N° 3: "Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución".**

  El cumplimiento de este objetivo estratégico institucional se mide a través de dos indicadores: **3.A. Porcentaje de sistemas clave interoperables** y **3.B. Porcentaje de aplicativos implementados en nube**. Respecto a la interoperabilidad de los sistemas, se han desarrollado interfaces para cumplir con este objetivo, evitar la manipulación de la información y brindar las medidas de seguridad correspondiente, logrando que de 21 de los sistemas clave presentados, 17 son interoperables y 4 son aplicativos que no comparten información, que representa el 70.6% de ejecución y el 88% de lo que se esperaba para el 2023. Por otro lado, la implementación en nube si ha logrado un cumplimiento del 100% de la meta con la implementación de la Ventanilla Integrada Virtual al Asegurado (VIVA), el Sistema de Gestión Documental (SGD), el aplicativo DONDE ME ATIENDO, que brinda al asegurado información de su centro de atención de salud y vigencia del seguro; y SOMOS ESSALUD, que es un canal de comunicación interna para publicaciones, trámites y consultas, dirigida a los trabajadores de ESSALUD.

  Sin embargo, respecto a la gestión para resultados, que de acuerdo a las acciones estratégicas aprobadas se relaciona con la implementación de procesos en el marco de la separación de funciones y con procesos que son soportados por sistemas clave interoperables; no se ha podido evaluar avances debido a que dependencia asignada como responsable, ha sustentado no tener competencia para medir los citados indicadores.

RECOMENDACIONES

- Es importante considerar que el Plan Estratégico 2020 – 2024 fue formulado antes de la pandemia, evento disruptivo que generó cambios significativos en la organización, funcionamiento, prioridades y orientación estratégica de ESSALUD. Este evento ha generado un cambio significativo del contexto nacional, así como cambios en las demandas de la población asegurada, por lo que es necesario que se realice un análisis detallado de la realidad interna y externa con el fin de establecer la orientación estratégica para los siguientes años.

- Se recomienda formular indicadores de resultado y el desarrollo de sus respectivas Fichas Técnicas a nivel de objetivos estratégicos institucionales y acciones estratégicas institucionales.

- Se recomienda dar inicio a la formulación del nuevo Plan Estratégico Institucional de ESSALUD, en el marco de la normativa vigente, el mismo que debe implementarse a partir del año 2025.

IX. ANEXOS

9.1. Documentación sustentatoria

Tabla N° 35

Documentación sustentatoria para la evaluación del PEI 2020-2024, al año 2023

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y/o Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Documentación sustentatoria
OE 1: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas	Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD de fecha 28/02/2024
	Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024
AE 1.1: Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales.	Ratio de deuda respecto al presupuesto.	Memorando N° 00000288-2024-GCGF/ESSALUD y correo institucional (lucy.alvarado@essalud.gob.pe) de fecha 15.03.2024
	Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior.	
AE 1.2: Manejo eficiente de los gastos institucionales.	Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud.	Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD de fecha 28/02/2024
	Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total.	Memorando N° 00000051-2024-GP-GCPP/ESSALUD
OE 2: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	Satisfacción del usuario	Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD
	Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)	Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD
	Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	Memorando N° 00000004-2024-GGI/ESSALUD
AE 2.1: Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido.	MEMORANDO N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD
AE 2.2: Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados	Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido	Memorando N° 00000014-2024-IETSI/ESSALUD
	Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024
	Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	Memorando N° 19-2024-OGCYH/ESSALUD y Memorando N° 24-2024-OGCYH/ESSALUD
AE 2.3: Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	Porcentaje de referencia no pertinentes	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024
	Porcentaje de contrarreferencias[15]	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024
AE 2.4: Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados	2.4.B. Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía.	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024
	2.4.C. Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio.	Informe Nº 00000010-2024-SGM/ESSALUD remitido con Memorando N° 00000585-2024-GCPI/ESSALUD de fecha 22.02.2024
AE 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	2.5.A. Porcentaje de personal evaluado	Memorando Nº 00000008-2024-GDP/ESSALUD y Memorando N° 0059-2024-SGEDYC-GDP-GCGP
	2.5.B. Ratio de médicos x 10000 asegurados	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional

[15] Promedio institucional (2019: H.I: 80.6%, H.II: 75.6%, H.III:57.9%, H.IV: 100%, H.N: 60.4%, Institutos: 99.5%).

Objetivo Estratégico Institucional (OEI) y/o Acción Estratégica Institucional (AEI)	Indicador	Documentación sustentatoria
		(allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024
	2.5.D. Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)	Informe N° 014-CyPL-SGGP-GAP-ESSALUD-2024
AE 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	2.6.A. Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos	Memorando N° 00000017-2024-ODN/ESSALUD
OE 3: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	3.A. Porcentaje de sistemas clave interoperables	Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD
	3.B. Porcentaje de aplicativos implementados en nube	
AE 3.1.: Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	3.1.A.: Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones	Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD
AE 3.2: Implementación de sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución.	3.2.A.: Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables	Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD
AE 3.3: Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	3.3.A.: Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte	Informe N° 00000049-2024-GSIT-GCTIC/ESSALUD-GEOVANNI.CHIARELLA, remitido mediante Memorando N° 00000550-2024-GCTIC/ESSALUD de fecha 15.03.2024
AE 3.4: Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	3.4.A.: Índice de percepción de buen trato en los servicios	Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD
	3.4.B.: Índice de clima laboral	Memorando N° 20-2024-SGRHS/ESSALUD

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024

9.2. Matriz de cumplimiento de metas de objetivos y acciones estratégicas institucionales

Anexo 01: Matriz de cumplimiento de las metas de los objetivos estratégicos institucionales del PEI

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (OEI)	INDICADOR	Unidad de medida	META								% de cumplimiento 2023	Fuente de verificación	Responsables
			PROGRAMACIÓN				EJECUCIÓN						
			2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023			
OE 1: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	1.A. Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas	%	100%	100%	100%	100%	106.00%	96.30%	96.42%	99.5%	99.5%	Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD de fecha 28/02/2024	GCSPE
	1.B. Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito	%	88%	92%	96%	100%	88.25%	97%	92.06%	91.5%.	91.5%	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024	GCOP
OE 2: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	2.A. Satisfacción del usuario	%	65%	68%	71%	73%	S.A.	81.20%	62.42%	66.1%	90.6%	Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD	GCAA
	2.C. Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)	%	7.50%	6%	5.70%	5.2%	S.A.	S.A.	S.A.	S.A.	0%	Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD	GCPS
	2.D. Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	%	15%	13%	11%	10%	45.10%	47.90%	47.72%	38.2%	26.2%	Memorando N° 00000004-2024-GGI/ESSALUD	GCPP
OE 3: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	3.A. Porcentaje de sistemas clave interoperables	%	20%	40%	60%	80%	42.86%	58.82%	64.71%	70.6%	88.3%	Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD	GCTIC
	3.B. Porcentaje de aplicativos implementados en nube	%	10%	30%	50%	70%	25.00%	50%	50%	100%	100%	Memorando N° 00000044-2024-GCTIC/ESSALUD	GCTIC

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024
Nota: S.A. = Sin Avance

Anexo 02: Matriz del cumplimiento de las metas de las acciones estratégicas del PEI

Objetivo Estratégico (OE)	Acción Estratégica (AE)	Indicador	Unidad de medida	Meta								% de cumplimiento 2023	Fuente de verificación	Responsables
				Programación				Ejecución						
				2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023			
OE 1: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	**AE 1.1:** Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales	1.1.A. Ratio de deuda respecto al presupuesto	%	29.90%	27.00%	23.00%	20%	34.16%	40.50%	22.18%.	18.13	111%	Memorando N° 00000288-2024-GCGF/ESSALUD y correo institucional (lucy.alvarado@essalud.gob.pe) de fecha 15.03.2024	GCGF
		1.1.B. Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior	%	6.40%	6.40%	6.40%	6.4%	5.71%	0.41%	2.66 %	9.30%	145%	Memorando N° 00000288-2024-GCGF/ESSALUD y correo institucional (lucy.alvarado@essalud.gob.pe) de fecha 15.03.2024	GCGF
	AE 1.2: Manejo eficiente de los gastos institucionales	1.2.A. Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud	%	4.00%	3.55	3%	1%	S.A.	0.0087%	0.02%	0.07%	100%	Memorando N° 00000448-2024-GCSPE/ESSALUD de fecha 28/02/2024	GCSPE
		1.2.B. Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total	%	10.00%	9.50%	9.00%	8.5%	9.40%	5.7%	6.55%	6.3%.	100%	Memorando N° 00000051-2024-GP-GCPP/ESSALUD	GCPP
OE 2: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	**AE 2.1:** Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	2.1.A. Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido	%	70.00%	75.00%	80.00%	90%	S.A.	S.A.	S.A.	S.A.	0%	Memorando N° 00000035-2024-GCPS/ESSALUD	GCPS
	AE 2.2: Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados	2.2.A. Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido	%	8.0%	10.0%	20.0%	33%	S.A.	15.40%	21.2%	30%	90.9%	Memorando N° 00000014-2024-IETSI/ESSALUD	IETSI
		2.2.B. Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel	Días	4 días	3 días	3 días	3 días	5.2 días	7 días	9.56 días	11.1 días	27.0%	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024	GCOP
		2.2.C. Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	%	100.0%	100.0%	100.0%	100%	9.15%	17.80%	23.33%	46.7%	46.7%	Memorando N° 19-2024-OGCYH/ESSALUD y Memorando N° 24-2024-OGCYH/ESSALUD	OGCYH
	AE 2.3: Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	2.3.A. Porcentaje de referencia no pertinentes	%	Nivel I: 4.80% Nivel II: 5.30%	Nivel I: 4.30% Nivel II: 4.30%	Nivel I: 3.50% Nivel II: 3.30%	Nivel I: 2% Nivel II: 2.3%	Nivel I: 10.64% Nivel II: 13.10%	Nivel I: 10.30% Nivel II: 14.00%	Nivel I: 3.52% Nivel II: 6.93%	Nivel I: 0.2% Nivel II: 0.2%	Nivel I: Excelente Nivel II: Excelente Total = Excelente	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aquije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024	GCOP
		2.3.B. Porcentaje de contrarreferencias	%	70.00%	72.00%	74.00%	76%	100.0%	86.60%	56.41%	55%	72.4%	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional	GCOP

Objetivo Estratégico (OE)	Acción Estratégica (AE)	Indicador	Unidad de medida	Meta								% de cumplimiento 2023	Fuente de verificación	Responsables
				Programación				Ejecución						
				2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023			
													(allen.aguije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024	
	AE 2.4: Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados	2.4.B. Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía.	Días	12 días	10 días	8 días	7 días	7.6 días	17 días	22.95 días	25.7 días	27.2%	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aguije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024	GCOP
		2.4.C. Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio	%	95.60%	95.80%	96.00%	96.20%	96.51%	96.73%	93.45%	94.20%	97.9%	Informe N° 0000010-2024-SGM/ESSALUD, remitido mediante Memorando N° 00000585-2024-GCPI/ESSALUD de fecha 22.02.2024	GCPI
	AE 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	2.5.A. Porcentaje de personal evaluado	%	50.00%	55.00%	60.00%	62.00%	66.67%	92.72%	85.32%	84.60%.	136.5%%	Memorando Nº 00000008-2024-GDP/ESSALUD y Memorando N° 0059-2024-SGEDYC-GDP-GCGP	GCGP
		2.5.B. Ratio de médicos x 10000 asegurados	%	11	11.5	12.2	13.5	12	11.91	12.43	11.9	88.2%	Memorando N° 00000231-2024-GCOP/ESSALUD y correo institucional (allen.aguije@essalud.gob.pe) de fecha 05/02/2024	GCOP
		2.5.D. Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)	%	0.80%	0.75%	0.70%	0.65%	S.A.	S.A.	0.95%	0.80%	81.3%	Informe N° 014-CyPL-SGGP-GAP-ESSALUD-2024	GCGP
	AE 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	2.6.A. Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos	%	5%	10%	20%	25%	2%	7%	35.16%	28.1%	100%	Memorando N° 00000017-2024-ODN/ESSALUD	ODN
OE 3: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	**AE 3.1.:** Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	3.1.A.: Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones	%	45%	70%	100%	100%	S.A.	S.A.	S.A.	S.A.	0%	Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD	GCPP
	AE 3.2: Implementación de sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución.	3.2.A.: Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables	%	5.50%	11.10%	16.67%	27.78%	S.A.	9.44%	S.A.	S.A.	0%	Memorando N° 00000003-2024-GOP/ESSALUD	GCPP
	AE 3.3: Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	3.3.A.: Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte	%	20.00%	40.00%	60.00%	80%	25%	50%	60%	70%	87.5%	Informe N° 00000049-2024-GSIT-GCTIC/ESSALUD-GEOVANNI.CHIARELLA de fecha 15.03.2024	GCPP
	AE 3.4: Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	3.4.A.: Índice de percepción de buen trato en los servicios	%	68.00%	71.00%	73.00%	75%	79.83%	86.80%	66.52%	68.7%	91.6%	Memorando N° 00000015-2024-GCAA/ESSALUD	GCAA
		3.4.B.: Índice de clima laboral	%		70%		75%		S.A.		72%	96.0%	Memorando N° 20-2024-SGRHS/ESSALUD	GCGP

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2020-2024
Nota: S.A. = Sin Avance

Anexo 03: Matriz del cumplimiento de las metas de los objetivos y acciones estratégicas institucionales del PEI, año 2023

OEI / AEI	Descripción	Indicador	Unidad de medida	Sentido esperado	Meta	Ejecutado	% de avance
OEI 1	Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	1.A. Índice de siniestralidad por tipo de seguro regular (salud, educación y CAS), agrario y pensionistas	%	Estable	100%	99.5%	99.5%
		1.B. Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito	%	Ascendente	100%	91.5%	91.5%
AEI 1.1.	Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales	1.1.A. Ratio de deuda respecto al presupuesto	%	Descendente	20%	18.13	111%
		1.1.B. Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior	%	Estable	6.4%	9.30%	145%
AEI 1.2.	Manejo eficiente de los gastos institucionales	1.2.A. Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud	%	Descendente	1%	0.07%	100%
		1.2.B. Porcentaje de gasto administrativo respecto al presupuesto total	%	Descendente	8.5%	6.3%	100%
OEI 2	Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	2.A. Satisfacción del usuario	%	Ascendente	73%	66.1%	90.6%
		2.B. Reducción de la carga de enfermedades	Años de vida perdidos	Descendente	0	0	0
		2.C. Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)	%	Descendente	5.2%	Sin avance	0.0%
		2.D. Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	%	Descendente	10%	38.2%	26.2%
AEI 2.1.	Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	2.1.A. Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo establecido	%	Ascendente	90%	Sin avance	0.0%
AEI 2.2.	Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados	2.2.A. Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido	%	Ascendente	33%	30%	90.9%
		2.2.B. Diferimiento en consulta externa en centros asistenciales del primer nivel	Días	Descendente	3 días	11.1 días	27.0%
		2.2.C. Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	%	Ascendente	100%	46.7%	46.7%
AEI 2.3.	Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	2.3.A. Porcentaje de referencia no pertinentes	%	Descendente	Nivel I: 2% Nivel II: 2.3%	Nivel I: 0.2% Nivel II: 0.2%	Nivel I: 100% Nivel II: 100%
		2.3.B. Porcentaje de contrarreferencias[16]	%	Ascendente	76%	55%	72.4%
AEI 2.4.	Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados	2.4.A. Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía.	Días	Descendente	7 días	25.7 días	27.2%
		2.4.B. Porcentaje de equipamiento operativo, de resonador, tomógrafo, equipo de rayos X, ecógrafo, endoscopio	%	Ascendente	96.2%	94.2%	97.9%
AEI 2.5.	Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	2.5.A. Porcentaje de personal evaluado	%	Ascendente	62%	84.60%.	136.5%%
		2.5.B. Ratio de médicos x 10000 asegurados	%	Ascendente	13.5	11.9	88.2%
		2.5.C. Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)	%	Descendente	0.65%	0.80%	81.3%
A.E.I. 2.6.	Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	2.6.A. Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos	%	Ascendente	25%	28.1%	100%
OEI 3	Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los	3.A. Porcentaje de sistemas clave interoperables	%	Ascendente	80%	70.6%	88.3%

[16] Promedio institucional (2019: H. I: 80.6%, H. II: 75.6%, H.III:57.9%, H.IV: 100%, H.N: 60.4%, Institutos: 99.5%).

OEI / AEI	Descripción	Indicador	Unidad de medida	Sentido esperado	Meta	Ejecutado	% de avance
	asegurados logrando modernizar la institución.	3.B. Porcentaje de aplicativos implementados en nube	%	Ascendente	70%	100%	100%
AEI 3.1.	Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	3.1.A.: Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones	%	Ascendente	100%	Sin avance	0.0%
AEI 3.2.	Implementación de sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución.	3.2.A.: Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables	%	Ascendente	27.78%	Sin avance	0.0%
AEI 3.3.	Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	3.3.A.: Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: procesos misionales y de soporte	%	Ascendente	80%	70%	87.5%
AEI 3.4.	Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	3.4.A.: Índice de percepción de buen trato en los servicios	%	Ascendente	75%	68.7%	91.6%
		3.4.B.: Índice de clima laboral	%	Ascendente	75%	72%	96%