



**INFORME DE EVALUACIÓN
DEL PLAN ESTRATÉGICO
INSTITUCIONAL (PEI)
2012-2016**

(AL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2014)

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO

MAYO 2015



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud



EsSalud

Seguridad Social para todos

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

- CAPÍTULO I.** **Direccionamiento Estratégico del Seguro Social de Salud - EsSalud**
- CAPÍTULO II.** **Resultados de los Indicadores de Medición del Desempeño a nivel de objetivos.**
- CAPÍTULO III.** **Principales Normas que incidieron en el desempeño institucional y cambios en la estructura orgánica.**
- CAPÍTULO IV.** **Conclusiones**
- CAPÍTULO V.** **Recomendaciones**
- ANEXO** **Propuestas Legislativas de EsSalud, para mejorar los ingresos institucionales.**





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud



EsSalud

Seguridad Social para todos

PRESENTACIÓN

El Seguro Social de Salud – EsSalud, es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social.

El Plan Estratégico Institucional de EsSalud, es un documento de gestión que define la visión y misión de EsSalud, así como los objetivos estratégicos, indicadores y metas que garantizan su desarrollo sostenible cuyo propósito es orientar el accionar de toda institución hacia la transparencia en la gestión pública.

Mediante **Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012** de fecha 31 de mayo de 2012, se aprobó el **Plan Estratégico Institucional 2012-2016**, documento de gestión que determina la orientación que deben seguir los Órganos Desconcentrados y los Órganos Centrales de EsSalud, en el marco de la "Directiva de Formulación y Evaluación del **Plan Estratégico 2012-2016** y de los Planes Anuales de Gestión Institucional" aprobada con **Resolución N° 1397-GG-ESSALUD-2011** de fecha 20 de setiembre del 2011.

Con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de las metas programadas del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, de acuerdo a la normativa vigente se consolidó los avances reportados por los Órganos de la Institución al 31 de diciembre de 2014.

Con **Carta N° 1922-OCPD-ESSALUD-2014** de fecha 31 de octubre de 2014, se remitió el **Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, al primer semestre del año 2014** a la Gerencia General de EsSalud.

Considerando que el 31 de diciembre del año 2014 se aprobó la nueva estructura orgánica y reglamento de organización y funciones de los órganos centrales, el presente informe muestra los avances y actividades desarrolladas por diversas unidades con la denominación que tenían hasta el cierre del ejercicio 2014.

En el marco de la normatividad vigente, la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo (antes Oficina Central de Planificación y Desarrollo), presenta el **Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, al cierre del año 2014**.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

EsSalud

Seguridad Social para todos

CAPÍTULO I. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

El Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016, establece la visión, misión de EsSalud, así como los objetivos estratégicos, objetivos específicos, indicadores y metas que dirigen actualmente a la institución:

- **Visión:** “Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.
- **Misión:** “Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.
- **Objetivos estratégicos:**
 1. Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales.
 2. Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo–promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS.
 3. Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.
 4. Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.

Cuadro N° 1: Direccionamiento Estratégico

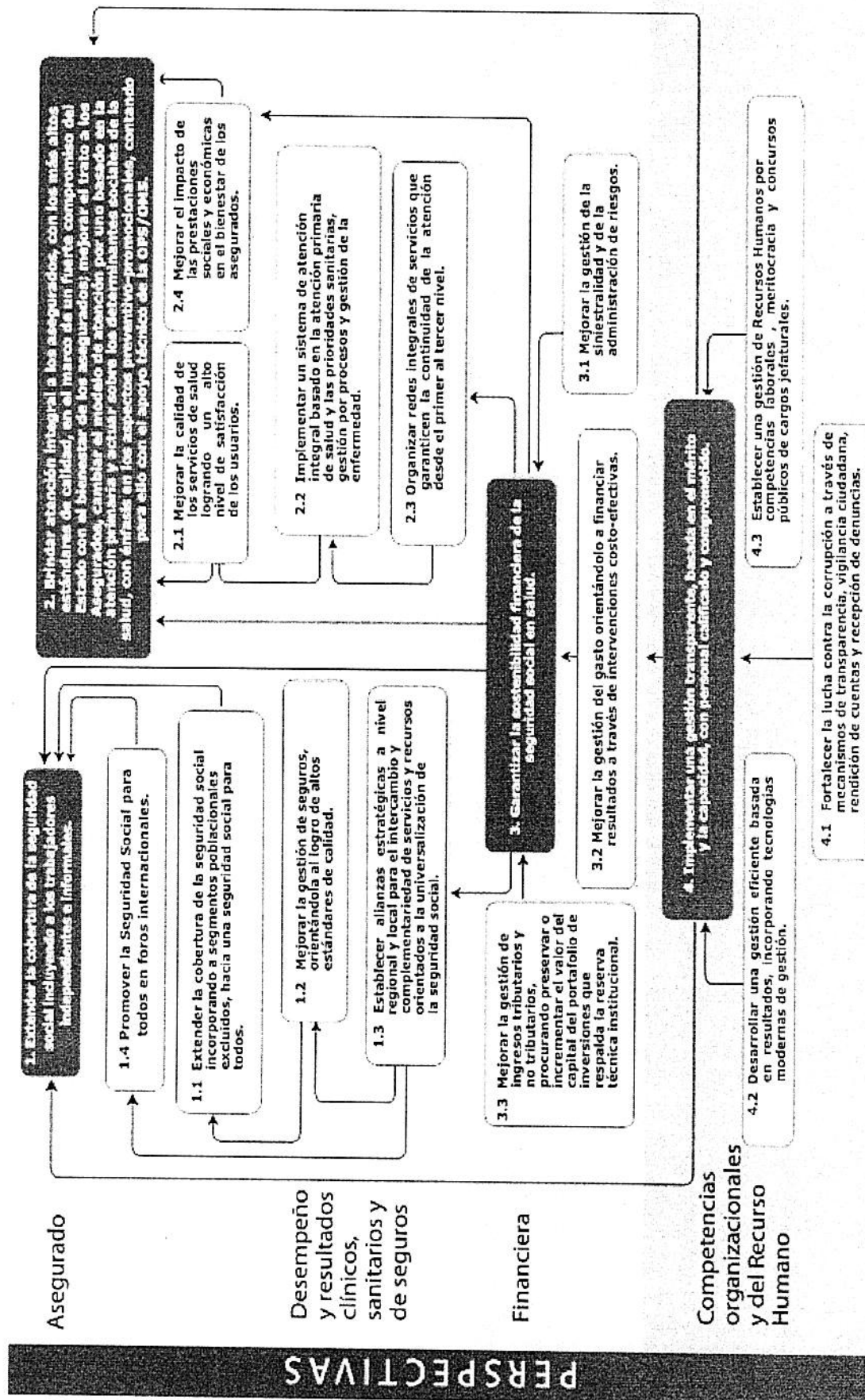
Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Indicadores	Metas
1	4	4	4
2	4	14	17
3	3	5	6
4	4	6	6
TOTAL	15	29	33

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2012-2016

- **Lineamientos institucionales, priorizados por la Alta Dirección de EsSalud a partir del 21 de setiembre del 2012, son:**
 1. Brindar servicios integrales con altos estándares de calidad y seguridad.
 2. Fortalecer la atención a la población más vulnerable.
 3. Humanizar la atención.
 4. Desarrollar la gestión con transparencia, eficiencia, compromiso, rendición de cuentas y aplicación de prácticas de buen gobierno corporativo.
 5. Recuperar la confianza de: los asegurados, empresas, trabajadores de EsSalud, proveedores y agentes participantes del sistema logístico, socios estratégicos (MINSA, SUNAT, SUSALUD, SIS, Contraloría General de la República y Organismos Internacionales).



Gráfico N° 1: Mapa Estratégico Institucional 2012-2016



Fuente: Plan Estratégico Institucional 2012-2016



CAPÍTULO II. RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO A NIVEL DE OBJETIVOS

En cuanto al cumplimiento de las metas de los indicadores que permiten el logro de los objetivos estratégicos, se muestra a continuación el nivel de avance del cumplimiento de las metas programadas al año 2016 y en otros casos los problemas que han limitado su avance:

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1:

Extender la cobertura de la Seguridad Social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales. En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informales, así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales, responsabilidad social compartida de empresas y trabajadores.

Cuadro N° 2: Nivel de Avance de las Metas Aprobadas Objetivo Estratégico 1 - Diciembre 2014

Objetivo Estratégico	Indicadores	Unidad de Medida	Metas			Responsable de la Meta
			Programación a Dic. 2016	Nivel de Avance	Estado	
Objetivo Estratégico 1: Extender la cobertura de la Seguridad Social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales.	1.1.1. Extensión de la cobertura de seguros.	%	a. 40% de la población nacional con cobertura de seguro por EsSalud.	34.54%	En proceso	GCAS
	1.2.1 Número de Oficinas y Agencias de Seguros con Sistema de Gestión de la Calidad con certificación ISO 9001:2008	Unidad	a. 6 Oficinas y 8 Agencias de Seguros certificadas	3 Oficinas y 6 Agencias de Seguros certificadas	En proceso	GCAS
	1.3.1. Alianzas Estratégicas expresadas en convenios y Planes Interinstitucionales.	Unidad	a. Convenios de Intercambio y Complementariedad de Servicios de Salud firmados por no menos del 60% de las Redes Asistenciales.	27 Redes Asistenciales han suscrito Convenio Específicos de Cooperación con los Gobiernos Regionales y el SIS (93.10%)	En proceso *	GCAS
	1.4.1. Reuniones o foros internacionales sobre la Seguridad Social para Todos organizados por EsSalud.	Unidad	a. Foro Internacional sobre Universalización de la Seguridad Social realizado.	Foro Regional de la Seguridad Social para las Américas 2012 (1)	Cumplió	GCAS

Fuente: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

* Se considera en proceso, ya que el 93.1% de nivel de cumplimiento debe ser sostenible hasta el 2016, debiéndose actualizar los convenios suscritos a la nueva estructura establecida en el Acuerdo N° 17-18-ESSALUD-2014.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
ESSALUD



EsSalud

Seguridad Social para todos

1.1.1. **Indicador:** Extensión de la cobertura de seguros

a. **Meta:** 40% de la población nacional con cobertura de seguro por EsSalud

De acuerdo a la Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que estableció el marco normativo del aseguramiento universal en salud y otras normativas, la OIT¹ y EsSalud suscribieron el 8 de julio de 2011 un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional con el objeto de “... establecer y desarrollar instrumentos de mutua colaboración y cooperación técnica especializada para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura de aseguramiento en salud y establecer mecanismos eficientes que garanticen la sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo del sistema de seguridad social en salud”. En tal sentido, para evaluar la sostenibilidad financiera de los seguros contributivos administrados por el Seguro Social de Salud, identificando los factores que influyen en el equilibrio entre los ingresos y egresos de la institución, en el año 2012 en el marco del precitado convenio con la OIT, se culminó el estudio financiero y actuarial de EsSalud², concluyendo entre otros puntos en lo siguiente:

- Mantener los aportes sobre las gratificaciones.
- Fortalecer los mecanismos para la cobranza coactiva de la deuda tributaria.
- Adoptar nuevas estrategias de aseguramiento en salud que a través de la integración con otras IAFAS, permitan especializar las funciones de EsSalud en el régimen contributivo de aseguramiento, transfiriendo a los asegurados con primas subsidiadas y semisubsidiadas para el SIS, que se encargaría del régimen subsidiado y semisubsidiado.
- Equiparar las primas pagadas por todos los afiliados a un valor equivalente al 9%, como medio para eliminar los subsidios cruzados que existen entre los distintos tipos de seguro de EsSalud y periódicamente revisar las tasas de aportación a través de proyecciones actuariales y análisis de sensibilidad.
- Impulsar acciones para financiar los perjuicios económicos ocasionados por la inexistencia de una pensión mínima en el Sistema Privado de Pensiones.
- Promover la exoneración del pago del Impuesto General a las Ventas por las compras realizadas por EsSalud y la efectiva recuperación de los créditos fiscales contabilizados a la actualidad.
- Implementar un sistema de costos vinculados a los procesos prestacionales como instrumento clave de gestión.
- Crear un listado de procedimientos de alto costo y alta complejidad (a través de las IPRESS propias o contratadas por EsSalud) financiados a través del FISSAL.
- Evitar extender la cobertura del seguro a población con escasa capacidad contributiva sin que previamente se realicen estudios actuariales necesarios para compatibilizar el acceso a los servicios de salud y la sostenibilidad del sistema.



¹ La Organización Internacional del Trabajo (OIT).

² De acuerdo al Decreto Legislativo N° 1171 (Decreto Legislativo que modifica la Ley N° 26790-Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y establecer la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, la creación de un Seguro de Salud específico a cargo de ESSALUD o las exoneraciones, incentivos, beneficios o exclusiones de la base imponible respecto de las aportaciones al Seguro Social de Salud – ESSALUD), de fecha 6 de diciembre de 2013, EsSalud debe realizar al menos cada dos años Estudios Financieros y Actuariales, el mismo que tiene por objetivo entre otros, establecer la incorporación de trabajadores independientes al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud.



- La realización de estudios actuariales generales y específicos, en convenio con organismos internacionales.
- Elaborar estudios para el desarrollo y mejora de los productos de Seguros y Planes de Salud que garanticen su sostenibilidad financiera.
- Elaborar estudios para mejorar el sistema de funcionamiento del SCTR, de forma costo-efectiva, incluyendo la posibilidad de que el subsidio por incapacidad temporal otorgado a los afiliados a este seguro por accidente de trabajo o enfermedad profesional, sea asumido por la entidad donde el empleador paga las aportaciones para las pensiones.

El 22 de diciembre del año 2014 se suscribió un nuevo convenio específico de Cooperación Interinstitucional entre la OIT y el Seguro Social de Salud EsSalud, con la finalidad de establecer mecanismos de colaboración y cooperación técnica especializada por parte de la OIT para la ejecución del proyecto "Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud (EsSalud)". A la fecha se viene elaborando el estudio actuarial de los seguros regular y agrario al 2015-2025.

Uno de los factores que ha influenciado en el crecimiento económico y por ende en el empleo, ha sido y es el rubro de las exportaciones de minerales y petróleo (que representan alrededor del 70%).

La informalidad laboral es un desafío importante, es por ello que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo viene implementando diversas estrategias, entre ellas la implementación de la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral (SUNAFIL), con el fin de incrementar los índices de formalización laboral, en coordinación con EsSalud viene realizando operativos para detectar empresas omisas que vienen sub declarando a trabajadores.

Por lo tanto, el crecimiento progresivo en la cobertura de la Seguridad Social de Salud - EsSalud y por ende el incremento de la población asegurada, se debe primordialmente al crecimiento del empleo, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3: Población Asegurada de EsSalud/ Población Nacional, periodo 2012-2014

Detalle	Periodo de Evaluación		
	2012	2013	2014
Población Asegurada de EsSalud	9,786,864	10,285,389	10,644,593
Población Nacional	30,135,875	30,475,144	30,814,175
Indicador de cobertura de Salud	32.48%	33.75%	34.54%

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

1.2.1. **Indicador:** Número de Oficinas y Agencias de Seguros con Sistema de Gestión de Calidad con Certificación ISO 9001: 2008

a. **Meta:** 6 Oficinas y 8 Agencias de Seguros certificadas

En el marco de la Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, EsSalud para mejorar la satisfacción del asegurado, en base a los principios de gestión de calidad y la aplicación de la metodología de "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008, viene implementando la mejoras en el trabajo operativo y en la cultura organizacional. Esta certificación se basa en 8 criterios de evaluación: Recursos humanos, Control de Registros,





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguro Social de Salud
EsSalud

EsSalud

Seguridad Social para todos

Provisión de recursos, Infraestructura, Calidad de los servicios, Realización del producto, Seguridad y Comunicación

Actualmente EsSalud tiene **11 Agencias de Seguros en Lima**, (San Isidro, Jesús María, Corporativa, Salamanca, San Miguel, San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho, Huacho, Cañete, Comas, Agencia en el Centro MAC) en Lima y Callao, **2 Agencias de Seguros en provincia** (Juliaca y Moyobamba), así como **23 Oficinas de Seguros** (Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes y Ucayali).

A diciembre del año 2014, EsSalud tiene **3 Oficinas de Seguros** (Rebagliati, Almenara y Sabogal) y **6 Agencias de Seguros, certificadas** (San Miguel, Corporativa, Comas, San Juan de Lurigancho, Jesús María, San Isidro), lo cual representa el 64.29% (3 oficinas y 6 agencias de seguros certificadas) de cumplimiento de la meta programada.

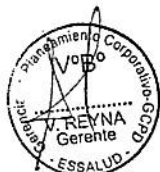
El impacto que ha representado la certificación ISO 9001:2008, en las Oficinas y Agencias de EsSalud, se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4: Comparación entre el antes y después de la certificación ISO 9001: 2008

Antes	Después
Se manejaban criterios distintos	Se han unificado los criterios
Enfoque por áreas	Enfoque por procesos
Se existía la documentación	Se ha minimizado este riesgo
No se contaba con objetivos claros	Los objetivos están definidos
Antes las responsabilidades no estaban claras	Las responsabilidades están claras
No se usaban los procesos	Se cuenta con indicadores y metas
No se mide la satisfacción	Se mide la satisfacción
No se realizan capacitaciones	Se realizan capacitaciones permanentes: semanales-quincenales.

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Del mismo modo, el impacto de la certificación se puede evidenciar a través del control de colas para las atenciones sin citas, en las 6 Agencias de seguros de EsSalud, así como la implementación de la Ventanilla Única durante el año 2014³, tal como se puede apreciar a continuación:



³ Agencia de Seguro San Miguel, Agencia de Seguro Comas, Agencia de Seguro San Juan de Lurigancho, Agencia de Seguros Corporativa, Agencia de Seguros Jesús María, Agencia de Seguro San Isidro.



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguridad Social de Salud
EsSalud

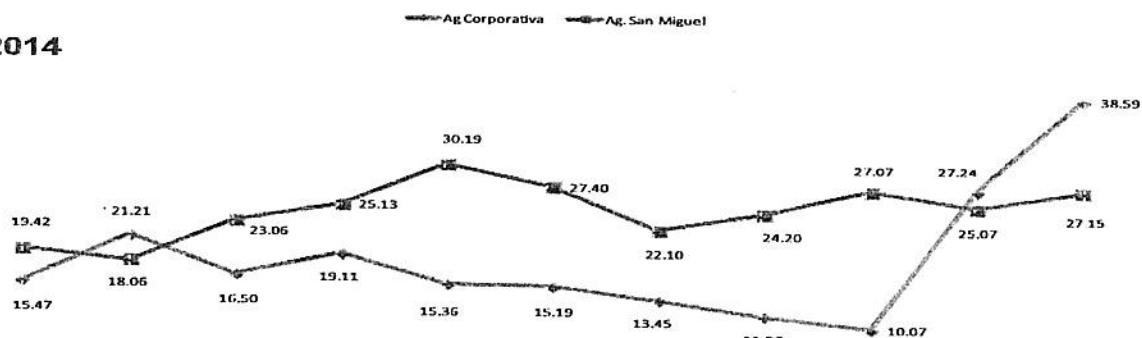


EsSalud

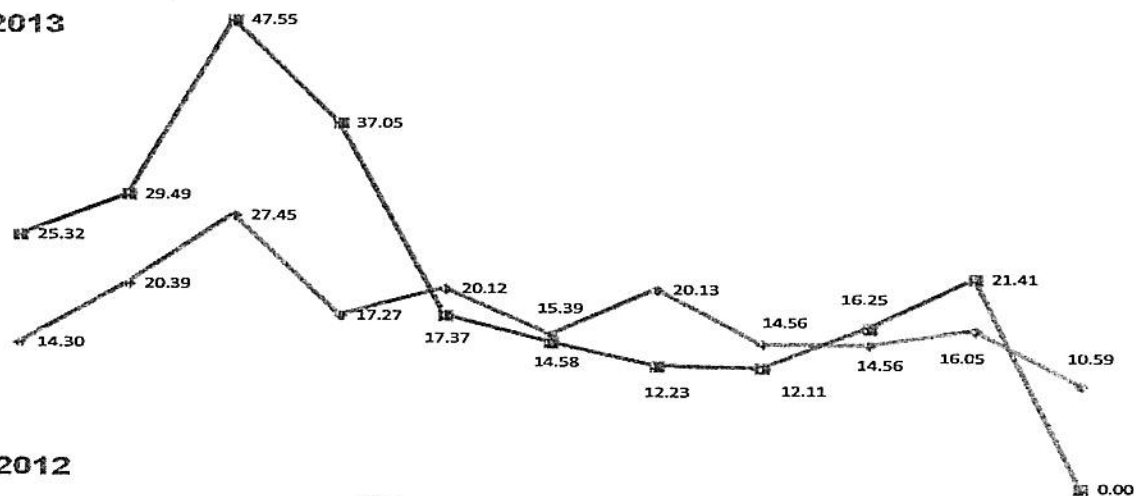
Seguridad Social para todos

Gráfico N° 2: Control de Colas por minutos para las Atenciones sin citas Resultado 2012-2013-2014

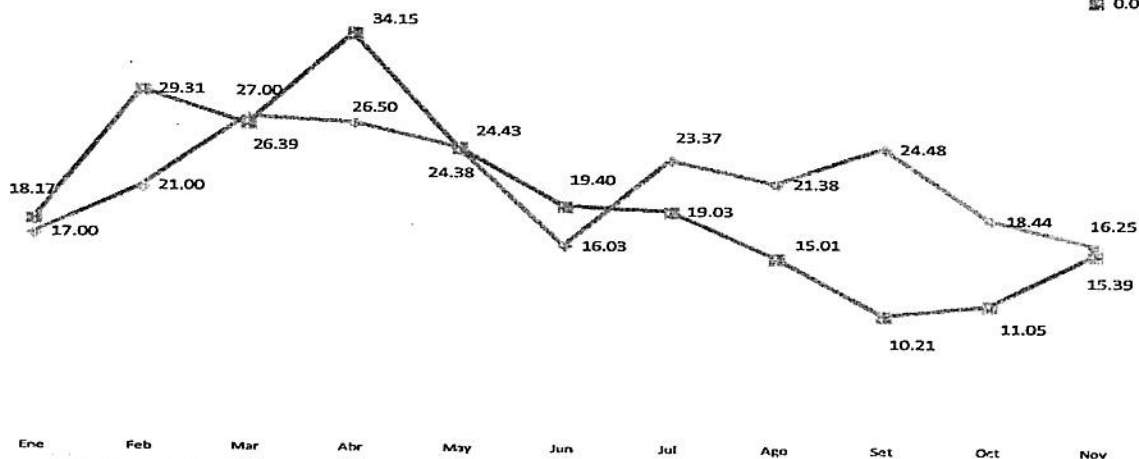
2014



2013



2012



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento





Gráfico N° 3: Control de Colas por minutos para las Atenciones sin citas Resultado 2013-2014

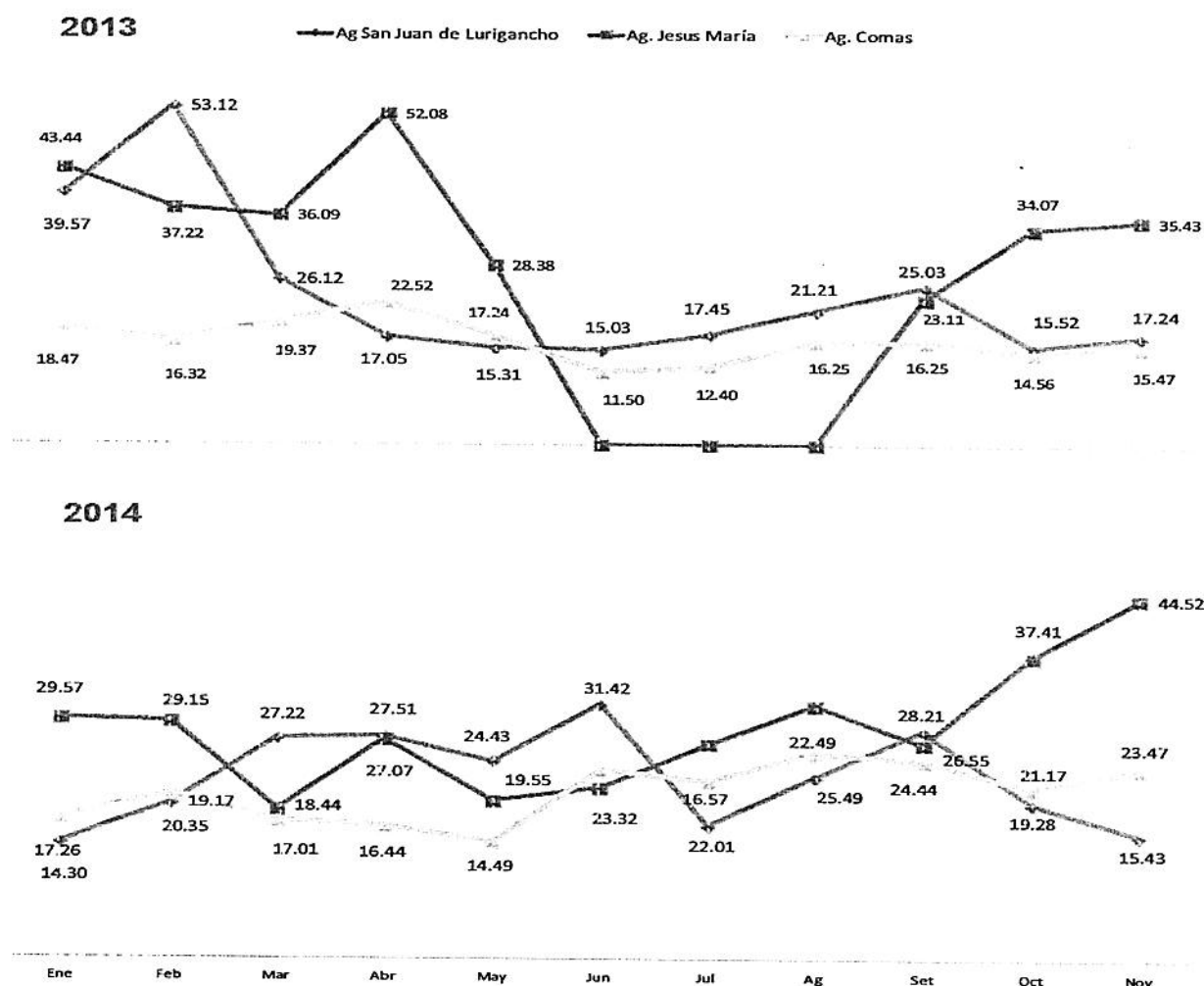
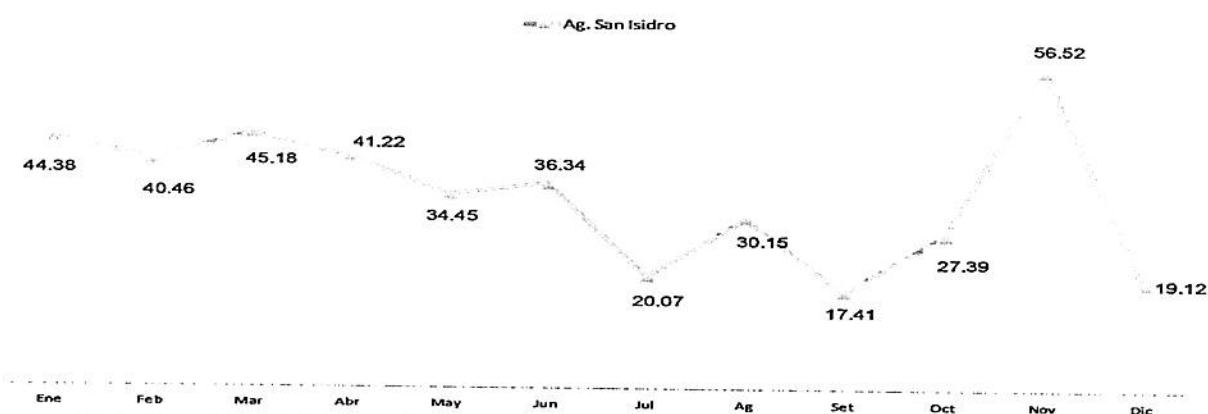


Gráfico N° 4: Control de Colas por minutos para las Atenciones sin citas Resultado 2014



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento





Asimismo, la Gerencia Central de Aseguramiento viene gestionando la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en las Oficinas de Aseguramiento sucursales Arequipa, Cusco, La Libertad, Lambayeque y Piura, para mejorar la imagen de la institución, así como la competitividad de los colaboradores.

1.3.1. Indicador: Alianzas estratégicas expresadas en convenios y Planes Interinstitucionales

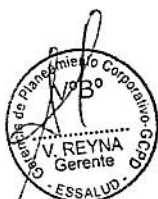
- a. **Meta:** Convenios de Intercambio y Complementariedad de Servicios de Salud firmados por no menos del 60% de las Redes Asistenciales.

En el marco del **Decreto Legislativo N° 1158**, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, tiene como función regular⁴ los contratos y convenios suscritos con las IPRESS; así como la oportunidad de pago a sus proveedores y prestadores.

Asimismo de acuerdo a la **Resolución de Superintendencia N° 080-2014-Superintendencia Nacional de Salud**, se aprobó las condiciones mínimas de los convenios o contratos suscritos entre IAFAS e IPRESS y mediante **Decreto Supremo N° 005-2012-SA**, se aprueba las Disposiciones Complementarias relativas al incremento prestacional, entre los establecimientos de salud financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social de Salud (EsSalud).

A diciembre de 2014, EsSalud tuvo 27 Redes Asistenciales que han suscrito Convenios Específicos de Cooperación con los Gobiernos Regionales y el SIS, lo que constituye el 93.10% de las Redes Asistenciales. Estos convenios tienen como vigencia 2 años con renovación automática, pero para dar cumplimiento a lo establecido en el **Acuerdo N° 17-18-ESSALUD-2014**⁵, la Gerencia Central de Aseguramiento viene coordinando⁶ con las diferentes Redes Asistenciales para poder actualizar los precitados convenios, en beneficio de la población asegurada.

Es preciso indicar, que el 10 de diciembre de 2014, se suscribió el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Seguro Social de Salud EsSalud-Red Asistencial Sabogal⁷ y la Unidad de Gestión de IPRESS Municipalidad Distrital de los Olivos, bajo la nueva estructura.



⁴ La regulación considera los siguientes aspectos: auditoría médica, guías de diagnóstico y tratamiento, códigos y estándares de información y solución de controversias.

⁵ Es así que a través, del **Acuerdo de Consejo Directivo N° 32-7-ESSALUD-2011**, se aprobó el modelo del Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y los Gobiernos Regionales (Adicionalmente con el **Acuerdo de Consejo Directivo N° 43-10-ESSALUD-2011**, se estableció que previo a la suscripción del Convenio Específico que se generen a raíz de los Convenios Marcos de Cooperación Institucional entre las Municipalidades Distritales y EsSalud, las Municipalidades que tienen deudas pendientes ante EsSalud, deberán amortizarlas o suscribir acuerdos de financiamiento de pago o consolidar la deuda existente, esta condición se deja sin efecto por no constituirse un requisito establecido en el Decreto legislativo N° 1159), el cual es dejado sin efecto por el **Acuerdo N° 17-18-ESSALUD-2014** de fecha 12 de noviembre de 2014, mediante el cual se aprobó el modelo de Convenio de Cooperación interinstitucional entre el Seguro Social de EsSalud (como IAFAS) con IPRESS o Unidades de Gestión de IPRESS públicas y el Modelo de Convenio de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud (como Unidad de Gestión de IPRESS) y las IAFAS públicas, en el marco de la **Resolución N° 80-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**.

⁶ Carta Circular N° 001-GCAS-ESSALUD-2015.

⁷ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 606-PE-ESSALUD-2014, de fecha 5 de diciembre de 2014 se desconcentra en los Gerentes de las Redes Asistenciales y en los Directores de las Redes Asistenciales o quienes hagan sus veces, la suscripción de los Convenios de Cooperación Interinstitucional aprobado por el Consejo Directivo y sus respectivas Adendas con las IPRESS Públicas o Unidades de Gestión de IPRESS públicas, en el ámbito regional o ámbito geográfico de sus competencias en materia de salud.





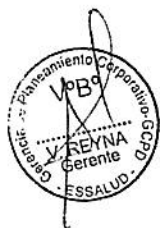
PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Sistema de Seguro Social
EsSalud

 **EsSalud**
Seguridad Social para todos

- El SIS pagó a EsSalud, en el año 2013 S/. 223,213.96, correspondiente a las atenciones realizadas a pacientes SIS en las Redes Asistenciales (Huancavelica, Ucayali, Rebagliati y Huánuco) y en el año 2014 pagó a EsSalud S/. 29,258.26 a las Redes Asistenciales de Huánuco, Loreto, Apurímac, Ayacucho, Puno y Tumbes.
- De acuerdo a los reportes informáticos del SIS (ARFSIS), al mes de agosto de 2014, los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales han brindado 16,418 atenciones a los asegurados EsSalud.
- Según información de las unidades desconcentradas regionales al 30 de setiembre de 2014, EsSalud ha pagado a la Unidades Ejecutoras de las DIRESAS el monto de S/. 69,083.17.



1.4.1. **Indicador:** Reuniones o foros internacionales sobre la Seguridad Social para Todos organizados por EsSalud.

a. **Meta:** Foro Internacional sobre Universalización de la Seguridad Social realizado.

En función a la estrategia considerada para el cumplimiento de esta meta, EsSalud como miembro de la AISS (Asociación Internacional de Investigación de la Seguridad Social) fue uno de los organizadores del **II Foro Regional de la Seguridad Social en las Américas** realizado del 05 al 07 de diciembre de 2012 en la ciudad de Lima, considerándose como meta cumplida.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguridad Social de Salud
ESSALUD

EsSalud

Seguridad Social para todos

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2:

Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo- promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

Cuadro N° 5: Nivel de Avance de las Metas Aprobadas Objetivo Estratégico 2 - Diciembre 2014

Objetivos Específicos	Indicadores	Unidad de Medida	Proyección a Dic-2016	Metas		Responsable de la Información
				Nivel de Avance	Condición	
2.1. Mejorar la calidad de los servicios de salud logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	2.1.1. Intervenciones costo efectivas implementadas para las 5 principales prioridades sanitarias	%	a. Reducción de 16% de la carga de enfermedad al 2016.	Se redujo en 4.08% la carga de enfermedad en promedio, en el año 2012 respecto al año 2010.	En proceso	GCPs
	2.1.2. Registro de eventos adversos operando en CAS con servicios de hospitalización e intervenciones de prevención y control.	%	a. 60% de CAS con servicios de hospitalización con registros de eventos adversos e intervenciones para su prevención y control.	A junio de 2014 el proyecto "Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos" paso a fase de producción.	En proceso	DA
	2.1.3. Cumplimiento de las Metas del Plan de Buen Trato al Asegurado.	%	a. 80 % de los CAS cumplen con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen Trato.	Resolución N° 753-PE-ESSALUD-2013, se deja sin efecto la conformación del Comité de Buen trato.	No aplicable	DA
		%	b. 90% de los asegurados encuestados en CAS satisfechos con el trato recibido.	A diciembre de 2014, se evaluó a los establecimientos de salud en los servicios de consulta externa, hospitalización y emergencia.	En proceso	DA
	2.1.4. Grupos de vigilancia ciudadana implementados en los centros asistenciales a través de un programa de garantes del buen trato.	%	a. 80% de servicios de consulta externa y 30% de hospitalización de CAS cuentan con garantes del buen trato vigilando las prestaciones otorgadas a los asegurados.	Resolución N° 695-PE-ESSALUD-2013, se aprobó el "Plan Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente 2013 - 2014", documento en el cual no incluyen la estrategia garantes del buen trato.	No aplicable	DA
	2.1.5. Cumplimiento del Plan Multianual de Inversión.	%	a. 80% de estudios de pre inversión programados viabilizados.	29.31% de proyectos de inversión pública programados viabilizados.	En proceso	OCPD
		%	b. 80% de CAS ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento.	Aprobó Directiva N° 001-GCI-ESSALUD-2014 "Ecoeficiencia Hospitalaria para nuevos centros hospitalarios de EsSalud".	En proceso	GCI
		%	c. 80% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación.	99.77% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y puestos en operación.	En proceso	GCL/ GCI





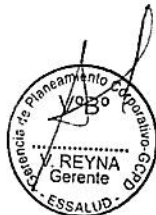
PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguro Social de Salud
ESSALUD

EsSalud

Seguridad Social para todos

Objetivo Estratégico	Indicadores	Unidad de Medida	Programación a Dic. 2016	Metas a diciembre 2015		Responsable de la información
				Nivel de Avance	Condición	
Implementación de acciones de atención primaria en las Redes Asistenciales de Atención Primaria	2.2.1 Centros Asistenciales del primer nivel que aplican intervenciones de atención primaria.	%	a. 50% de CAS del primer nivel, aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria.	100% de CAS de 1° Nivel aplican 95% de atenciones primarias.	En proceso*	GCPS
	2.2.2 Guías clínicas institucionales con Intervenciones para prevenir y controlar las prioridades sanitarias.	%	a. 50% de CAS aplican Guías Clínicas institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias.	GCPS viene gestionado la actualización de las Guías de Práctica Clínica, para que la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente – DA evalúe la correcta aplicación.	En proceso	DA
	2.2.3 Porcentaje del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica.	%	a. No menos del 70% del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica al 2016.	De acuerdo a Carta N° 1324-GCPS-ESSALUD-2015, GCPS informa que no le corresponde realizar acciones sobre la meta	No cumplió	GCPS
	2.3.1 Asegurados de Redes Asistenciales incorporados a Centros de Excelencia (gestión de la enfermedad).	%	a. No menos del 60% de asegurados de las 8 mayores Redes Asistenciales incorporados a 3 Centros de Excelencia priorizados e implementados.	Desde el inicio de la presente gestión, no se ha priorizado la implementación de Centros de Excelencia	No aplicable	GCPS
	2.3.2 Proporción del presupuesto de las Redes Asistenciales asignados al primer nivel de atención.	%	a. No menos del 80% de las Redes Asistenciales tienen no menos del 30% de su presupuesto asignado al primer nivel de atención.	Año 2012 (Ninguna red asistencial tiene no menos del 30% de su presupuesto al primer nivel de atención). Año 2013 (3.7% de las Redes Asistenciales tienen no menos del 31% de su presupuesto al primer nivel de atención). Año 2014 (100% de las Redes Asistenciales tiene asignado en promedio el 14% de su presupuesto al primer nivel de atención).	En proceso	GCF





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguro Social en Salud
EsSalud

EsSalud

Seguridad Social para todos

Objetivo estratégico	Indicadores	Unidad de Medida	Programación a Dic. 2018	Meta		Responsable
				Nivel de Avance	Indicador	
Mejorar la atención y el acceso a los servicios de salud	2.4.1 Centros del Adulto Mayor de la Red Nacional de Prestaciones Sociales que aplican el Modelo Gerontológico Social sistematizado.	%	a. 80% de los Centros del Adulto Mayor aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado.	Año 2012 (12.20% de CAM aplican el modelo gerontológico Sistematizado). Año 2013 (66.39% de CAM aplican el modelo gerontológico Sistematizado). Año 2014 (100% de CAM aplican el modelo gerontológico Sistematizado).	En proceso*	GCPEYS
	2.4.2 Porcentaje de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional.	%	a. 80% de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional en relación al valor base-año 2011.	Año 2012 (18.05% de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional en relación al valor base-año 2011). Año 2013 (35.22% de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional en relación al valor base-año 2011). Año 2014 (28.17% de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional en relación al valor base-año 2011).	En proceso	GCPEYS
	2.4.3 Proyecto de intervención social costo efectiva dirigido a segmentos poblacionales priorizados.	%	a. 25% de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados.	57% de los departamentos a nivel nacional cuentan con proyectos implementados.	En proceso*	GCPEYS
	2.4.4 Porcentaje de Expedientes de Prestaciones Económicas previas al pago con verificación de acreditación del derecho y validadas.	%	a. No menos de 90% de expedientes de Prestaciones Económicas cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas.	En promedio 96.67% de expedientes de Prestaciones Económicas cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas	En proceso*	GCPEYS

Fuente: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

* Se considera esa situación, porque debe ser sostenible durante la vigencia del PEI 2012-2016.

2.1.1. **Indicador:** Intervenciones costo efectivas implementadas para las 5 principales prioridades sanitarias

2.1.1. **Meta:** Reducción de 16% de la carga de enfermedad al 2016

De acuerdo a la metodología estimada para determinar la carga de enfermedad y lesiones en la población asegurada, el impacto del estudio debe medirse en un periodo no menor de 5 años, por lo que para lograr el porcentaje de reducción planteado para el año 2016, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud viene monitoreando cada año las intervenciones realizadas en las 5 prioridades sanitarias institucionales⁸.

⁸ La cinco (05) prioridades sanitarias son: Enfermedades osteomusculares y tejido conectivo, Tumores malignos, Enfermedades cardiovasculares, Condiciones perinatales y Órganos de los sentidos. Enfermedades que generan mayor pérdida de salud en la población asegurada.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguridad Social (EsSalud)
EsSalud



EsSalud

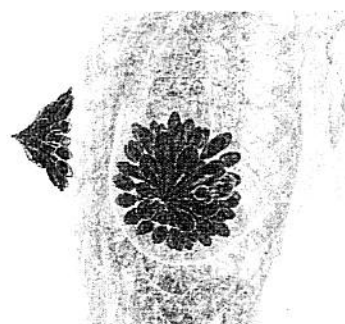
Seguridad Social para todos

El último estudio de carga de enfermedad y lesiones de la población asegurada que realizó EsSalud fue en el año 2010, y de los valores obtenidos en la carga de enfermedad en el año 2012, representó el 4.08% de reducción con respecto al año 2010. Para monitorear el resultado del año 2013, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud durante el año 2014, viene depurando y consolidando la información, estimando concluir el primer semestre del año 2015.

De esta manera se considera como nivel de avance en el cumplimiento de la meta a diciembre de 2014, lo reportado para el año 2012.

Sin embargo es preciso indicar que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud viene desarrollando varias líneas de acción para atender las principales prioridades sanitarias según la carga de enfermedad, tal como se muestra a continuación:

PRIORIDADES SANITARIAS SEGÚN CARGA DE ENFERMEDAD



1.

Tumores Malignos

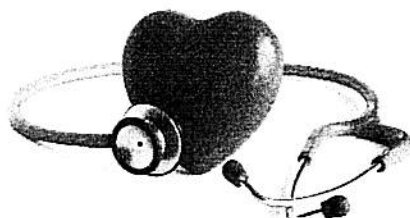
LINEAS DE ACCIÓN

- ✓ Completar la información del registro de los casos de cáncer (morbilidad y mortalidad, incidencia, prevalencia, sexo y grupo étnico) con información actualizada hasta el 2013.
- ✓ Detección temprana de cáncer priorizados (cuello uterino, mama, estómago, colon, recto y próstata)
- ✓ Realizar trasplantes de Medula Ósea no emparentados (leucemia), con lo cual se ahorraría en gastos de viajes al exterior por este problema en Salud.
- ✓ Incremento de la capacidad resolutoria en el I Nivel de atención para garantizar la detección temprana.
- ✓ Conformación de Redes Funcionales de especialidades para fortalecer la capacidad resolutoria del I nivel de atención. Creación de Centros Médicos de especialidades en el I nivel de atención.
- ✓ Fortalecer el trabajo en Equipo inter y multidisciplinario en los EESS.
- ✓ Referenda oportuna al III nivel de atención a pacientes que requieran tratamiento médico/quirúrgico/radioterapéutico.
- ✓ Intercambio prestacional y complementariedad de servicios.
- ✓ Emisión e implementación de la norma de cuidados paliativos





PRIORIDADES SANITARIAS SEGÚN CARGA DE ENFERMEDAD



2.

Enf. cardiovasculares

LINEAS DE ACCIÓN

- ✓ Actualizar el registro de pacientes con diagnóstico de hipertensión, diabetes y sus complicaciones (Enfermedad Vascular Cerebral, Pie diabético, insuficiencia renal crónica).
- ✓ Detección temprana de Síndrome Metabólico.
- ✓ Incremento de la capacidad resolutive en el I Nivel de atención para garantizar la detección temprana.
- ✓ Conformación de las Redes Funcionales de especialidades para fortalecer la capacidad resolutive del I nivel de atención. Creación de Centros Médicos de especialidades en el I nivel de atención con equipamiento (Mapa, Holter, Electrocardiograma, Cinta ergométrica)
- ✓ Fortalecer el trabajo en Equipo Inter y transdisciplinario en los EESS.
- ✓ Referencia oportuna al III nivel de atención a pacientes que requieran pruebas especializadas y tratamiento médico / quirúrgico de mayor complejidad.

PRIORIDADES SANITARIAS SEGÚN CARGA DE ENFERMEDAD



3.

Condiciones
perinatales

LINEAS DE ACCIÓN

Implantación y Verificación del cumplimiento de la Guía de Clave Roja y Clave azul a nivel nacional.

Supervisión conjunta del médico ginecólogo y neonatólogo a los servicios de ginecobstetricia y neonatología a nivel nacional.

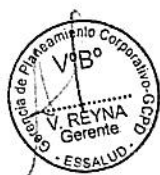
Estrategias para disminuir el Embarazo adolescente. Iniciar coordinaciones con el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de la Mujer.

Fortalecimiento de los servicios del II y III nivel que atienden prematuros.

Incremento de la capacidad resolutive en el I Nivel de atención para disminuir la morbi mortalidad perinatal.

Fortalecer el programa de salud sexual y reproductiva

Referencia oportuna al III nivel de atención a pacientes que requieran pruebas especializadas y tratamiento médico / quirúrgico de mayor complejidad.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoEquipo Salud de Salud
ESSALUD

EsSalud

Seguridad Social para todos

PRIORIDADES SANITARIAS SEGÚN CARGA DE ENFERMEDAD	LINEAS DE ACCIÓN
4. Enf. Osteomusculares	Promover la actividad física saludable. Detección temprana de defectos posturales (xifosis, lordosis, escoliosis y otros). Detección temprana de pacientes con riesgo de discapacidad en los servicios de rehabilitación. Fortalecimiento de los servicios de rehabilitación con los recursos necesarios. Incremento de la capacidad resolutive en el I Nivel de atención privilegiando la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) Conformación de Redes Funcionales de Rehabilitación para mejorar el acceso de las personas con discapacidad o riesgo de padecerlas. Fortalecer la capacidad resolutive del I nivel de atención. Creación de Centros Médicos de especialidades en el I nivel de atención. Fortalecer el trabajo en Equipo Inter y transdisciplinario en los EESS. Referencia oportuna al III nivel de atención a pacientes que lo requieran Intercambio prestacional y complementariedad de servicios.

PRIORIDADES SANITARIAS SEGÚN CARGA DE ENFERMEDAD	LINEAS DE ACCIÓN
5. Enf. Órganos de los sentidos (Cataratas)	✓ Atención oftalmológica oportuna para su resolución. ✓ Referencia oportuna a pacientes que requieran tratamiento quirúrgico ✓ Fortalecimiento del Plan Confianza fase II, a través de contratos y convenios con IPRESS extrainstitucionales. ✓ Incremento de la capacidad resolutive del I y II nivel de atención. ✓ Conformación de Redes Funcionales de especialidades para fortalecer la capacidad resolutive del II nivel de atención. ✓ Fortalecer el trabajo en Equipo Inter y transdisciplinario en los EESS. ✓ Intercambio prestacional y complementariedad de servicios.





2.1.2. **Indicador:** Registro de eventos adversos operando en los establecimientos de salud con servicios de hospitalización e intervenciones de prevención y control.

- a. **Meta:** 60% de CAS con servicios de hospitalización con registros de eventos adversos e intervenciones para su prevención y control

Como avance se debe informar que mediante **carta N° 908-OCTIC-ESSALUD-2014** de fecha 10 de junio de 2014, la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, informó a la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Defensoría del Asegurado, sobre el proyecto "**Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos**", que mediante formato único de pase de producción N° 050, se atendió el requerimiento y que los nuevos requerimientos surgidos como producto de la validación del sistema vienen siendo evaluados para una segunda versión, previa coordinación.

La Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Defensoría del Asegurado, informó que existen 1,400 usuarios registrados para el uso del mencionado sistema informático, pero no está siendo utilizado, asimismo se tiene previsto gestionar la aprobación de una resolución que permita la implementación del mencionado sistema para el año 2015. En tal sentido al mes de diciembre de 2014, se considera en proceso el cumplimiento de la meta.

2.1.3. **Indicador:** Cumplimiento de las Metas del Plan de Buen Trato al Asegurado

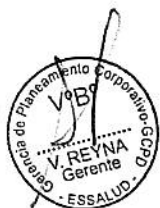
- a. **Meta:** 80 % de los establecimientos de salud cumplen con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen Trato

Mediante **Resolución N° 753-PE-ESSALUD-2013**, de fecha 27 de setiembre de 2013, se deja sin efecto la conformación del Comité de Buen Trato. En tal sentido no se ha logrado concretar la meta establecida, debido que el documento que la sustentaba no se encuentra vigente. Considerándose esta meta en condición de no aplicable.

- b. **Meta:** 90% de los asegurados encuestados en los establecimientos de salud satisfechos con el trato recibido.

Con la aprobación de los Acuerdos de Gestión 2014, se estableció como indicador "**Porcentaje de Satisfacción del Paciente**", donde la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente de la Defensoría del Asegurado consideró que la evaluación del indicador de satisfacción del usuario se realice semestralmente.

Se consideró evaluar el nivel de satisfacción de los asegurados por el trato recibido en 3 servicios: Consulta externa, hospitalización y emergencia, resultados que se detalla a continuación:





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguridad Social
EsSalud

EsSalud

Seguridad Social para todos

Cuadro N° 6: Usuarios Satisfechos por el servicio de Consulta Externa

Red Asistencial	Usuarios Satisfechos por el servicio		
	Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
Algarrobo	65.9	65.0	45.5
Amazonas	88.8	90.3	85.3
Andahuay	64.3	81.9	53.5
Apurimac	67.1	0.0	27.8
Arequipa	47.8	60.6	49.3
Ayacucho	72.6	72.0	50.0
Callao	0.0	87.8	0.0
Cusco	51.8	0.0	0.0
Huancavelica	69.6	60.8	58.6
Huancayo	63.6	46.7	26.0
Ica	0.0	76.2	0.0
Ica	63.6	73.6	59.2
Jirón	64.4	65.3	45.0
La Libertad	0.0	0.0	0.0
La Libertad	85.9	90.7	87.0
Lambayeque	46.1	39.5	47.2
León	72.4	82.9	79.0
Madre de Dios	76.8	72.2	48.5
Moravia	69.6	63.1	50.7
Moyobamba	70.1	51.4	31.3
Pasco	26.6	0.0	25.7
Piura	83.5	86.9	72.8
Puno	87.7	100.0	100.0
Rebagliati	77.1	75.0	58.0
Sacreda	97.8	0.0	100.0
Tarma	0.0	0.0	0.0
Tarapoto	34.4	63.9	23.8
Tumbes	49.6	68.1	0.0
Ucayali	88.2	89.3	86.1

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Es preciso indicar, que no todos los establecimientos de salud realizaron encuestas de satisfacción en el año 2014, situación que deberá contemplarse en el proceso de evaluación del año 2015.

2.1.4. **Indicador:** Grupos de vigilancia ciudadana implementados en los centros asistenciales a través de un programa de garantes del buen trato

a. **Meta:** 80% de servicios de consulta externa y 30% de hospitalización de CAS cuentan con garantes del buen trato vigilando las prestaciones otorgadas a los asegurados.

Mediante Resolución N° 695-PE-ESSALUD-2013 de fecha 27 de agosto de 2013, se aprobó el "Plan Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente 2013-2014", documento en el cual no incluyen la estrategia - garantes del buen trato.

De esta manera no se tiene un nivel de cumplimiento ya que el marco normativo institucional que lo respaldaba quedo sin efecto, considerándose como meta no aplicable.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguridad Social y Salud
EsSalud

2.1.5. Indicador: Cumplimiento del Plan Multianual de Inversión

a. Meta: 80% de estudios de pre inversión programados viabilizados

Desde el año 2011, EsSalud fue incorporado al **Sistema Nacional de Inversión Pública**, con facultades delegadas por **OPI FONAFE** mediante **Acuerdo de Directorio N° 007-2011/013-FONAFE**⁹. Según Oficio N° 059-2013/DE-FONAFE, de fecha 05 de febrero de 2013, donde se comunicó que habiéndose cumplido el punto N° 1 del Acuerdo de Directorio 002-2013/001-FONAFE, procede la delegación de facultades referidas en los puntos 1.1¹⁰ y 1.2¹¹ del referido Acuerdo.

Al mes de diciembre del año 2014, EsSalud tiene 6 Unidades Formuladoras, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 7: Unidades Formuladoras de EsSalud – Diciembre 2014

Unidad Formuladora	Of. GC / Of. DD.	Sustento de Registro
Gerencia de Pre Inversión	Gerencia Central de Infraestructura	Oficio N° 034-2011/OPI-FONAFE (06.05.11)
Oficina de Gestión y Desarrollo	Sabogal	Oficio N° 036-2011/OPI-FONAFE (11.05.11)
Oficina de Gestión y Desarrollo	Rebagliati	Oficio N° 038-2011/OPI-FONAFE (20.05.11)
Oficina de Gestión y Desarrollo	Almenara	Oficio N° 039-2011/OPI-FONAFE (20.05.11)
Oficina de Gestión y Desarrollo	Lambayeque	Oficio N° 017-2014/OPI-FONAFE (29.04.14)
Oficina de Gestión y Desarrollo	Arequipa	Oficio N° 024-2014/OPI-FONAFE (10.07.14)

Fuente: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

Durante el periodo 2012 – 2014, se programó formular 116 Proyectos de Inversión Pública (PIP), de los cuales 34 fueron declarados viables y 5 aprobados. Obteniéndose así el 29.31% de proyectos de inversión pública programados viabilizados.

Cuadro N° 8: Proyectos Programados, Aprobados y declarados viables, periodo 2012-2014

Detalle	Año			Total
	2012	2013	2014	
PIP Programados	52	23	41	116
PIP Aprobados		4	1	5
Declarados Viables	18	11	5	34
PIP Menores	9	5		14
Peru	9	6	5	20
% de estudios programados viabilizados	34.62%	47.83%	12.20%	29.31%

Fuente: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

Con la finalidad de fortalecer las capacidades de las Unidades Formuladoras, la Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones, el 04 y 05 de diciembre del año 2014 llevó a cabo la Reunión Técnica "Implementación del Sistema de Planeamiento de Inversiones de EsSalud" en el auditorio de INCOR.

⁹ Se faculta a EsSalud, evaluar y declarar la viabilidad de los proyectos de inversión pública enmarcados en la función salud hasta por un monto de inversión de S/.10'000,000.00 (Diez millones de nuevos soles).

¹⁰ La facultad para evaluar y declarar la viabilidad de todos sus proyectos de inversión pública que se encuentren en la fase de preinversión del ciclo del proyecto, de acuerdo a lo establecido en el numeral 11.1 del artículo 11 de la Ley N° 27293 Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, modificado por las Ley N° 28522 y N° 28802, el Decreto Legislativo N° 1005 y N° 1091.

¹¹ La facultad para autorizar la fase de inversión del ciclo del proyecto y en consecuencia la elaboración de expedientes técnicos o estudios definitivos y la ejecución de proyectos de inversión pública, de acuerdo a lo establecido en el literal d) del numeral 6.1 del artículo 6° del Nuevo Reglamento del Sistema Nacional de Inversión Pública.





- b. **Meta:** 80% de CAS ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento

La Ley N° 27345 – Ley de promoción del uso eficiente de la energía del 08 de setiembre del año 2000 y la Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA del 01 de setiembre de 2014 que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01, “Infraestructura y Equipamiento de los establecimientos de salud del Segundo Nivel de Atención”, en el ítem 6.2.7 del diseño de ecoeficiencia del numeral VI, disposiciones específicas, se establece condiciones para el diseño ecoeficiente de los establecimientos de salud y el Decreto Supremo N° 009-2009-MINAM, que aprueba medidas de ecoeficiencia en el sector público y sus modificatorias.

La Gerencia Central de Infraestructura, mediante Resolución N° 017-GCI-ESSALUD-2014, de fecha 01 de diciembre de 2014, aprobó la Directiva N° 001-GCI-ESSALUD-2014 “Ecoeficiencia Hospitalaria para nuevos centros hospitalarios de EsSalud”, para determinar el marco de aplicación de los criterios de ecoeficiencia en las edificaciones asistenciales del Seguro Social de Salud – EsSalud y lograr la ecoeficiencia hospitalaria.

Esta directiva viene siendo incorporada en los proyectos de inversión que en la actualidad se encuentran en la etapa de inversión o de preinversión¹², con la finalidad de lograr un manejo más eficiente de los recursos y un ahorro en el gasto de EsSalud.

En tal sentido, se considera en proceso el cumplimiento de esta meta.

- c. **Meta:** 80% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación

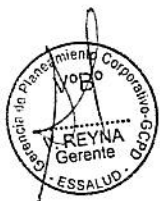
De acuerdo a lo informado por la Gerencia Central de Logística mediante Carta N° 1000-GCL-ESSALUD-2014 y por la Gerencia Central de Proyectos de Inversión mediante Carta N° 067-GEP-GCPI-ESSALUD-2015, durante el periodo 2012 – 2014, EsSalud adquirió 2,155 equipos biomédicos, de los cuales al mes de diciembre de 2014 se encuentran instalados y puestos en operación 2,150 equipos biomédicos, cantidad que representa el 99.77% del total de equipos.

2.2.1. **Indicador:** Establecimientos de Salud del primer nivel que aplican intervenciones de atención primaria.

- a. **Meta:** 50% de los establecimientos de salud del primer nivel, aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria

Las intervenciones de atención primaria están relacionadas con las prestaciones de salud de la Cartera de Servicios, la cual a su vez está alineado a las estrategias sanitarias establecidas en EsSalud.

El desarrollo de dichas intervenciones depende de la disponibilidad de recursos humanos, infraestructura y equipamiento de cada establecimiento de salud.



¹² Carta N° 426-GCI-ESSALUD-2015.



Al mes de diciembre de 2014, EsSalud tiene 302 establecimientos de salud del primer nivel de atención (288 establecimientos de salud oferta institucional y 14 establecimientos de salud de oferta extra institucional)¹³.

En tal sentido, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, a través de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias sustenta que en el periodo de evaluación, el 100% de los establecimientos de salud del primer nivel, aplican por lo menos un 95% de las intervenciones de atención primaria, considerando un margen de error del 5%¹⁴.

2.2.2. Indicador: Guías clínicas institucionales con Intervenciones para prevenir y controlar las prioridades sanitarias

- a. **Meta:** 50% de los CAS aplican Guías Clínicas institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, en cumplimiento de sus funciones viene elaborando y proponiendo intervenciones y actividades de la Cartera de Servicios, Guías de Práctica Clínica y Planes de Salud en el ámbito de la consulta ambulatoria y hospitalización con criterios de costo – efectividad, basadas en evidencias y acorde con las prioridades sanitarias.

Con la finalidad de actualizar las 131 Guías de Práctica Clínica (GPC) aprobadas por diferentes Órganos Institucionales y de acuerdo a la **Directiva N° 190-GDP-ESSALUD-2004** "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia" y la **N.T. N° 027-MINSA-DGSP-V.01** "Norma Técnicas para la elaboración de Guías de Práctica Clínica"-2005, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud ha programado actividades de acuerdo a un cronograma de trabajo, estimando que en el periodo setiembre - diciembre del año 2014, se debe de disponer de la versión final de la GPC para ser aprobadas mediante Resolución y su posterior publicación y difusión.

Asimismo, para el cumplimiento de la meta programada, la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, dio conformidad al servicio prestado por la empresa Assurance & Management for Business S.A.C. por realizar el servicio de medición de adherencia a guías de práctica clínica y garantías explícitas en 8 establecimientos de salud a nivel nacional¹⁵, durante el I Trimestre del año 2014.

En tal sentido, se considera que al mes de diciembre de 2014, el nivel de cumplimiento de la mencionada meta está en proceso de ejecución.

¹³ En los últimos años, la demanda de servicios de salud en los establecimientos de salud del primer nivel, no solamente están concentrados en atenciones de baja complejidad, si no que por el perfil de la población asegurada de EsSalud, requieren de atenciones especializadas y de procedimientos especializados ambulatorios que son generalmente referidos a Hospitales, creando una gran congestión y tiempos de espera prolongados para la atención de los asegurados y derechohabientes. En tal sentido a diciembre de 2014, EsSalud ha suscrito 5 convenios con nuevas IPRESS (Suiza Lab S.A.C., Clínica Universitaria S.A.C., Medical Imágenes S.A.C., Gestores Médicos S.A.C., Clínica San Miguel Arcángel S.A.C.).

¹⁴ Valor sujeto a los recursos del establecimiento.

¹⁵ Hospital III Suarez Angamos, Hospital de Emergencia Grau, CAP III Luis Negreiros, H.N. Carlos Seguí Escobedo, Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray, H.N. Almanzor Aguinaga Asenjo, H.N. Ramiro Prialé Prialé y Hospital IV Augusto Hernández Mendoza





2.2.3. Indicador: Porcentaje del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica

- a. **Meta:** No menos del 70% del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica al 2016

A diciembre de 2014, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud a través de la **Carta N° 1324-GCPS-ESSALUD-2015**, informa que no corresponde a su representada realizar acciones que permitan el cumplimiento de la precitada meta, aprobada en el Plan Estratégico Institucional 2012-2016.

En tal sentido, se considera que esta meta no ha sido implementada y por lo tanto no cumplida.

2.3.1. Indicador: Asegurados de las Redes Asistenciales incorporados a Centros de Excelencia (gestión de la enfermedad)

- a. **Meta:** No menos del 60% de asegurados de las 8 mayores Redes Asistenciales incorporados a 3 Centros de Excelencia priorizados e implementados

Desde el inicio de la presente gestión, no se ha priorizado la implementación de Centros de Excelencia, por lo cual se considera como meta no aplicable.

2.3.2. Indicador: Proporción del presupuesto de las Redes Asistenciales asignados al primer nivel de atención

- a. **Meta:** No menos del 80% de las Redes Asistenciales tienen no menos del 30% de su presupuesto asignado al primer nivel de atención

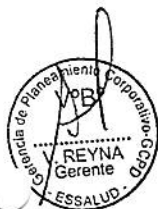
De acuerdo a la **Carta N° 36-GCGF-ESSALUD-2015**, la Gerencia Central de Gestión Financiera informó que el 100% de las Redes Asistenciales tiene asignado en promedio el 14% de su presupuesto en los establecimientos de salud catalogados como primer nivel de atención de acuerdo al cierre de ejecución 2014.

2.4.1. Indicador: Centros del Adulto Mayor de la Red Nacional de Prestaciones Sociales que aplican el Modelo Gerontológico Social sistematizado

- a. **Meta:** 80% de los Centros del Adulto Mayor aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado

El Modelo Gerontológico Social Sistematizado, es el desarrollo de actividades que contribuye en mejorar la calidad de vida de los adultos a través del aprendizaje de nuevos conocimientos para el desarrollo integral y personal.

Con, **Resolución N° 087-GCPEyS-Essalud-2014**, se aprobó la "*Cartera de Servicios Gerontológicos Sociales para la Persona Adulta Mayor – EsSalud*", mediante la cual se estableció el desarrollo de los Ejes Temáticos de la cartera de servicios gerontológicos sociales: Programa de Derechos Humanos de la Persona adulta mayor, Programa de envejecimiento activo: que se desarrollan en los círculos del





adulto mayor (CIRAM¹⁶), Programa de autocuidado y el Programa de solidaridad Intergeneracional y familia.

En el marco de la precitada cartera, la Gerencia de Prestaciones Sociales actualizó el nivel de cumplimiento de la meta¹⁷, al mes de diciembre del año 2014 el 100%¹⁸ de los Centros del Adulto Mayor (CAM) aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 9: Centros del Adulto Mayor aplican el Modelo gerontológico Social Sistematizado

Metas al 2015	Ejecución		
	2012	2013	2014
80% de los centros del adulto mayor aplican el modelo gerontológico social sistematizado	31.15%	66.39%	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales

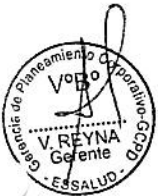
2.4.2. Indicador: Porcentaje de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional

- a. **Meta:** 80% de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional en relación al valor base-año 2011

Con la finalidad de incrementar la cobertura a nuevos segmentos de población con discapacidad, en las unidades operativas de rehabilitación profesional¹⁹, la Gerencia de Prestaciones Sociales, mediante **Resolución N° 137-GCPEyS-ESSALUD-2014**, de fecha 30 de diciembre de 2014, aprobó la **Directiva N° 02-GCPEyS-ESSALUD-2014 "Cartera de Servicios de Rehabilitación Profesional y Social a aplicarse en las Unidades Operativas de Rehabilitación Profesional de EsSalud: Centros de Rehabilitación Profesional (CERP) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP)"**, en el precitado documento se estableció un catálogo de prestaciones de servicios sociales relacionado con los problemas de las personas con discapacidad y necesidades de los asegurados; que se utiliza para la gestión del trabajo de los profesionales.

Cabe precisar que la rehabilitación profesional²⁰, está constituida por tres fases flexibles e interrelacionadas:

1. **Evaluación de las capacidades para el trabajo**, que consiste en la estimación y medición de las potencialidades totales de la persona con discapacidad.
2. **Formación profesional**, que tiene por finalidad satisfacer las necesidades de capacitación de la persona con discapacidad a través del descubrimiento de sus aptitudes, habilidades y destrezas, que faciliten desarrollar una vida activa, productiva de acuerdo a las condiciones existentes en el mercado laboral, previo proceso de adaptación y del mejoramiento de las condiciones de su personalidad y hábito para el trabajo.
3. **Integración socio laboral**, cuyo propósito es que la persona con discapacidad obtenga, conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo.



¹⁶ Círculo del Adulto Mayor (CIRAM).

¹⁷ Informe N° 01-GPS-GPEyS-ESSALUD-2015 y correo electrónico nancy.mendoza@essalud.gob.pe (17.03.2015).

¹⁸ A diciembre de 2014, EsSalud tiene 122 CAM.

¹⁹ Proceso de integración socio laboral que EsSalud desarrolla para las personas con discapacidad física o mental que se encuentran en desventaja social, así como para prevención de la discapacidad física o mental en edad productiva.

²⁰ Proceso a través del cual la persona logra compensar en el mayor grado posible las ventajas originales en una deficiencia o una discapacidad, que afectan su desempeño laboral, dificultando o impidiéndole la integración socio-laboral mediante la consecución, el mantenimiento y la promoción de una actividad productiva.



En tal sentido, el nivel de avance en el cumplimiento de la precitada meta durante el periodo de evaluación se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 10: Evolución de Atenciones en las Unidades Operativas de Rehabilitación Profesional 2011-2014

Unidades Operativas de Rehabilitación Profesional		Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional											Total	
Chile	Perú	Arequipa	Piura	Ancash	Cusco	La Libertad	Junín	Lambayeque	Puno	La Libertad	Loreto	Ucayali	N° de Atenciones	Cobertura (%)
461	474	192	233	57	85	59	54	29	85				1729	100.00%
508	508	258	272	53	84	68	75	53	77	52	33		2041	118.05%
537	579	273	269	74	91	64	118	54	96	131	52		2338	135.22%
454	678	212	281	63	64	66	45	35	105	74	57	82	2216	128.17%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales

2.4.3. **Indicador:** Proyecto de intervención social costo efectiva dirigido a segmentos poblacionales priorizados

- a. **Meta:** 25% de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados

En el Seguro Social de Salud – EsSalud, existe una fuerte presencia de los Centros del Adulto Mayor (CAM), Círculos del Adulto Mayor (CIRAM), Centros de Rehabilitación Profesional (CERP), Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP), en el ámbito nacional donde se desarrollan actividades de la Cartera de Servicios de Prestaciones Sociales y los proyectos de intervención social.

En tal sentido, el 57% de los departamentos a nivel nacional, cuentan con proyectos implementados, a diciembre del año 2014.

2.4.4. **Indicador:** Porcentaje de Expedientes de Prestaciones Económicas previas al pago con verificación de acreditación del derecho y validadas

- a. **Meta:** No menos de 90% de expedientes de Prestaciones Económicas cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas

Con la finalidad de mejorar los niveles de control del pago, optimizar y automatizar los procesos técnico-administrativos de las prestaciones económicas, EsSalud a través de la Gerencia de Prestaciones Económicas viene monitoreando el cumplimiento de la precitada meta, a través de la verificación y validez de las prestaciones económicas.

En tal sentido, durante el periodo de evaluación el 96.67% de expedientes de prestaciones económicas cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas.

El número de expedientes por tipo de subsidio y el monto de las prestaciones económicas se detalla en el siguiente cuadro:





Cuadro N° 11: Número de Expedientes por tipo de subsidio, periodo 2010 – 2014

Tipo de Subsidio	2012	2013	2014
Incapacidad temporal	131,986	136,082	135,848
Maternidad	42,019	43,757	44,397
Accidental	142,759	150,671	155,323
Suplenio	26,818	27,288	27,169
Total	343,582	357,798	362,737

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales

Cuadro N° 12: Monto de Prestaciones económicas por tipo de subsidio periodo 2012 – 2014

Rubro	2012	2013	2014
Incapacidad temporal	180,471,678	196,572,825	216,562,133
Maternidad	162,864,939	182,596,180	198,409,482
Accidental	117,061,663	123,550,220	127,364,143
Suplenio	54,976,580	55,970,742	55,770,685
Total	515,374,860	558,689,967	598,106,443

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales

Cabe precisar, que los expedientes han sido procesados por el personal de las 31 Unidades de Prestaciones Económicas que existe a nivel nacional (de manera manual y utilizando algunos aplicativos institucionales – ACREDITA, EXTRACTO DE PAGOS, SGH, entre otros).

Por otro lado los Jefes de las Unidades de Prestaciones Económicas a nivel nacional efectúan de manera obligatoria una revisión integral sobre la información y documentación que sustenta cada expediente a pagar en un porcentaje no menor del 15% del total de expedientes procesados en su unidad orgánica.

En tal sentido, la Gerencia de Prestaciones Económicas ha implantado dos cierres de expedientes de prestaciones económicas (los días miércoles y sábado), actualmente se pagan los subsidios en un plazo de 9 días calendarios contados desde la fecha de recepción de la solicitud.

Del mismo modo, en el mes de marzo de 2014 se implementó en la Agencia San Miguel (UPE Callao Cono Norte) la "Ventanilla Única de Atención al Asegurado", posterior a ello se implementó en las Unidades de prestaciones Económicas de Lima (Lima Oeste – Agencia Corporativa, Lima Sur – Agencia San Isidro, Lima Este – Agencia Salamanca y Lima Centro – Agencia Jesús María), desde el mes de octubre de 2014.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguro Social de Salud
ESSALUDEsSalud
Seguridad Social para todos**OBJETIVO ESTRATÉGICO 3:***Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.**En cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad de la seguridad social en salud, ampliando la base contributiva y tributaria, mediante la auditoría financiera internacional y el estudio financiero-actuarial hecho por la OIT.***Cuadro N° 13: % de Avance en Metas Programadas del Objetivo Estratégico 3 – Diciembre 2014**

Objetivo Estratégico	Indicadores	Unidad de Medida	Programación a Dic. 2016	Metas Ejecución a Dic. 2014	Condición	Responsable de la Información
3.1. Mejorar la gestión de la siniestralidad y de la administración de riesgos.	3.1.1. Siniestralidad Financiera a nivel institucional.	%	a. Siniestralidad menor de 90%.	Año 2012 (93.86% de siniestralidad financiera). Año 2013 (97.44% de siniestralidad financiera). Año 2014 (103.27% de siniestralidad financiera*)	En proceso	GCAS
	3.1.2. Tasa de personas que vulneran el sistema de afiliación y acreditación para obtener derecho.	Tasa	a. Tasa de vulneración de 4.22 por diez mil asegurados atendidos al 2016.	Año 2012 (Tasa de vulneración de 1.02 por diez mil asegurados atendidos al 2012). Año 2013 (Tasa de vulneración de 1.34 por diez mil asegurados atendidos al 2013). Año 2014 (Tasa de vulneración de 0.87 por diez mil asegurados al 2014).	En proceso	GCAS
3.2. Mejorar la gestión del 9850 garantizando y mejorando resultados e indicadores de productividad y costo.	3.2.1. Porcentaje de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados.	%	a. 80% de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados al 2016.	Año 2012 (No se priorizó su implementación). Año 2013 (GCF gestionó la contratación del servicio para desarrollar un sistema en tecnología web de programación y formulación presupuestal para EsSalud). Año 2014 (GCF fortaleció las competencias de los profesionales de la Sede Central).	En proceso	GCF
	3.3.1. Porcentaje de recuperación de la deuda pública y privada.	%	a. 30% de recuperación de deudas no contributiva y de terceros al 2016.	Año 2012 (22.44% de recuperación de deudas no contributiva y de terceros). Año 2013 (22.81% de recuperación de deudas no contributiva y de terceros). Año 2014 (24.22% de recuperación de deudas no contributiva y de terceros).	En proceso	GCF
3.3. Mejorar la gestión de ingresos, recursos y de inversiones, manteniendo presente el fortalecimiento al valor del capital de inversión, que respalda la reserva técnica institucional.	3.3.1. Porcentaje de recuperación de la deuda pública y privada.	%	b. 40% de recuperación de deuda contributiva pública y privada al 2016.	Año 2012 (10.87% de recuperación de deuda contributiva pública y privada). Año 2013 (10.87% de recuperación de deuda contributiva pública y privada). Año 2014 (11.86% de recuperación de deuda contributiva pública y privada).	En proceso	GCAS
	3.3.2. Tasa de retorno de inversiones financieras.	Tasa	a. Tasa de retorno que preserve el valor de los recursos invertidos por la entidad.	Año 2012 (7.69% de tasa de retorno). Año 2013 (-1.46% de tasa de retorno). Año 2014 (7.26% de tasa de retorno).	En proceso	GCF

Fuente: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

* Para el cálculo se ha realizado utilizando el balance preliminar diciembre 2014, sujeto a modificaciones por tratarse del cierre anual.

El detalle del nivel de cumplimiento de cada meta, se describe a continuación:





3.1.1. **Indicador:** Siniestralidad Financiera a nivel institucional

a. **Meta:** Siniestralidad menor de 90%

Durante el periodo 2012-2014, el indicador de siniestralidad financiera tuvo una tendencia creciente, el cual se sustenta por el incremento de los gastos de personal y servicios médicos encargados a terceros, tal como se parecía en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 14: Siniestralidad Financiera EsSalud, periodo 2012-2014

DESCRIPCIÓN	2012	2013	2014
Ingresos	7,217,782,892	8,088,335,873	8,601,225,299
Aportaciones Ley 26790 - Salud	7,092,124,381	7,958,151,407	8,457,563,087
Aportaciones D.L. 885 - Seguro Agrario	101,271,752	104,870,741	117,427,306
Aportaciones Seguro Prestativo	24,386,759	25,313,725	26,234,906
Costos y Gastos de Administración	6,774,682,176	7,881,244,624	8,882,493,262
Siniestralidad Financiera	93.86	97.44	103.27 (*)

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

(*) Para el cálculo se ha realizado utilizando el balance preliminar diciembre 2014, sujeto a modificaciones por tratarse del cierre anual.

En consecuencia, para contrarrestar estos efectos, la Gerencia Central de Aseguramiento, durante el año 2014 ha realizado propuestas legislativas dirigidas a incrementar los ingresos y disminuir los gastos de la institución; así como la implementación de un esquema de selección de casos (Sistema de Gestión de Riesgos) para la detección de afiliaciones indebidas, tal como se puede apreciar en el **ANEXO N° 1**, adjunto al presente informe.

3.1.2. **Indicador:** Tasa de personas que vulneran el sistema de afiliación y acreditación para obtener derecho

a. **Meta:** Tasa de vulneración de 4.22 por diez mil asegurados atendidos al 2016

El valor de esta tasa ha ido decreciendo durante el periodo 2012-2014, tal es así que en el año 2014, de cada diez mil atendidos aproximadamente una persona vulnera el sistema de afiliación y acreditación para obtener el derecho a su atención en EsSalud.

Para calcular el valor de la tasa no se ha considerado la resoluciones de baja emitidas y consentidas por la SUNAT, ni las que están en dicha condición en segunda instancia, solo se ha considerado información de competencia de la Subgerencia de Validación Prestacional y Auditoría de Seguros de la Gerencia de Auditoría de Aseguramiento – Gerencia Central de Aseguramiento.

Cuadro N° 15: Verificadores a Nivel Nacional

Región	Número de Verificadores
Almendra	3
Rebagliati	3
Sabogal	2
Amazayas	1
Arcadio	3
Apurimac	2
Arequipa	2
Ayacucho	1
Cusco	2
Huancavelica	1
Huanuco	1
Ica	1
Jurín	3
La Libertad	3
Lambayeque	3
Loreto	1
Madre de Dios	1
Moquegua	2
Pasco	1
Piura	3
Puno	2
Tarma	1
Tumbes	1
Trayall	1
Total	44

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguridad Social y Salud
EsSaludEsSalud
Seguridad Social para todos

Asimismo, con la finalidad de fortalecer las capacidades de los verificadores²¹ de EsSalud a nivel nacional, se llevó a cabo el taller "Problemática y solución de la Acción de Verificación en Aseguramiento", en las instalaciones de la Sede Central del 20 al 22 de octubre de 2014.

3.2.1. Indicador: Porcentaje de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados

- a. **Meta:** 80% de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados al 2016

Durante el año 2012, no se priorizó la implementación de esta meta, por lo cual no se registró un nivel de avance. Con respecto al año 2013, la Gerencia Central de Finanzas gestionó la contratación del servicio para desarrollar un sistema en tecnología web de programación y formulación presupuestal para EsSalud, enfocado a Programación por Resultados, para automatizar los procesos de programación y formulación presupuestal a fin de mejorar la efectividad y transferencia de la calidad del gasto en las Redes Asistenciales y en la Sede Central.

En el año 2014, la Gerencia Central de Gestión Financiera mediante Carta N° 036-GCGF-ESSALUD-2015, informa que esta meta se encuentra en proceso se ha considerado en el Plan Maestro 2013-2021 como una de las estrategias que debe impulsar la institución para ser más eficiente el uso de los recursos financieros. Asimismo, es preciso indicar que durante el año 2014, se fortaleció las capacidades de los profesionales de la Sede Central, desarrollando diversos cursos, tal como se muestran a continuación:

1. Del 15 al 27 de enero, se llevó a cabo el curso "Gestión Presupuestal por Resultados", dirigido al personal de la Subgerencia de Proceso Presupuestal.
2. 17, 18, 20 y 24 de noviembre de 2014, se llevó a cabo el curso "Taller: Formulación del Presupuesto Público", en las instalaciones de la Sede Central.
3. 05, 09 y 12 de diciembre, se llevó a cabo el curso "Ejecución y cierre del presupuesto público", en las instalaciones de la Sede Central.

3.3.1. Indicador: Porcentaje de recuperación de la deuda pública y privada

- a. **Meta:** 30% de recuperación de deudas no contributiva y de terceros al 2016

Con, Carta N° 036-GCGF-ESSALUD-2015 la Gerencia de Central de Gestión Financiera informa que durante el año 2014, se logró recaudar 24.22% de la deuda no contributiva y de terceros²², tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 16: Recuperación de deuda no contributiva y de terceros, 2012-2014

Periodo	Monto Recaudado S/. MM	Deuda no tributaria y de terceros al 31.12.2011 (S/. MM)	% de Recuperación de deuda
2012	49.91	222.45	22.44%
2013	50.74	222.45	22.81%
2014	53.87	222.45	24.22%

Fuente: Gerencia Central de Finanzas

²¹ A diciembre del año 2014, EsSalud tuvo 44 verificadores distribuidos en 24 Redes Asistenciales.

²² La Gerencia Central de Finanzas, estableció como periodo base al 31 de diciembre de 2011, cuando la deuda a EsSalud ascendía a S/. 222.45 millones.





b. **Meta:** 40% de recuperación de deuda contributiva pública y privada al 2016

De acuerdo a la información brindada por la Subgerencia de Control de Recaudación y Fiscalización – Gerencia de Auditoría de Aseguramiento – Gerencia Central de Aseguramiento, la deuda por contribuciones a EsSalud a diciembre de 2014 asciende a S/. 4,237,720,794, cifra superior en 8.05% a la registrada en similar fecha del año 2013 (S/. 3,922,076,664). El total del Stock de Deuda está constituido por adeudos provenientes del Sector Privado equivalentes a S/. 2,872.25 millones (67.78%) mientras que S/. 1,365.47 millones (32.22%) corresponden al Sector Público.

El monto recuperado por deuda generada acumulada al IV trimestre 2014 alcanza los S/. 502.50 millones, registrando un incremento de 17.91% respecto a similar periodo del año anterior.

Cuadro N° 17: Recuperación de deuda contributiva Pública y Privada, 2012 – Jun. 2014

Concepto	2012	2013	2014
Deuda Generada	3,431,878,922	3,922,076,664	4,237,720,794
Deuda Pública	1,307,626,473	1,450,334,775	1,365,468,763
Deuda Privada	2,124,252,449	2,471,741,889	2,872,252,031
Deuda Coactiva	2,617,917,374	2,853,273,801	2,773,696,388
Deuda de Difícil Recuperación (*)	1,049,186,170	1,171,474,720	1,337,213,940
Deuda Gestionable a valores actualizados	224,608,994	239,464,310	222,773,872
Número de Valores emitidos	314,068	290,867	302,793
Monto Recuperados	373,188,412	426,164,028	502,497,316
% de Recuperación de la Deuda Pública y Privada	10.87%	10.87%	11.86

(*) Agotamiento de acciones contempladas en el procedimiento de Cobranza Coactiva.
Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

En ese sentido, el porcentaje de recuperación de la deuda pública y privada al IV trimestre 2014 es de 11.86%.

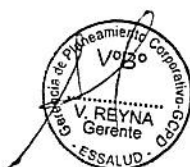
3.3.2. **Indicador:** Tasa de retorno de inversiones financieras

a. **Meta:** Tasa de retorno que preserve el valor de los recursos invertidos por la entidad

Este indicador está conformado por la **rentabilidad nominal anual** del Fondo Ley N° 26790 (compuesto por recursos técnicos + recursos de libre disponibilidad de tesorería) y la **tasa de inflación anual** determinada por el INEI.

Bajo este panorama, el portafolio al considerar cierto grado de riesgo deberá generar un rendimiento nominal anual superior a la tasa de inflación anual. En tal sentido, a diciembre del año 2014, la rentabilidad nominal expresada en Moneda Nacional del Fondo Salud Ley N° 26790 (acumulada durante los 12 últimos meses) fue de 7.26%, superior a la tasa de inflación anual de los últimos meses (Ene. 2014 – Dic. 2014), que se situó en 3.22%; y cuyo diferencial de tasas fue de 404 puntos porcentuales.

La Gerencia Central de Gestión Financiera, estima que el desempeño del portafolio ha permitido que los rendimientos nominales superen el nivel de inflación para el periodo analizado; lo que ha permitido preservar el valor de los recursos administrados.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSecretaría de Salud
EsSaludEsSalud
Seguridad Social para todos**OBJETIVO ESTRATÉGICO 4:**

Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.

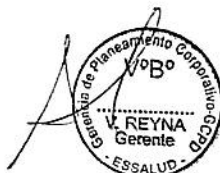
En consonancia con la actual política del Estado y con el compromiso en la lucha contra la corrupción, se implementará una gestión eficiente y transparente, basada en el mérito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.

Cuadro N° 18: % de Avance en Metas Programadas del Objetivo Estratégico 4 – Diciembre 2014

Objetivos Específicos	Indicadores	Unidad de Medida	Programación a Dic. 2016	Nivel de Cumplimiento		Responsable de la Información
				Año 2012	Año 2013-2014	
4.1. Promover la participación ciudadana en la lucha contra la corrupción.	4.1.1. Cumplimiento de Metas del Plan de Lucha contra la Corrupción.	%	a. Cumplimiento de no menos del 80% de las Metas del Plan de Lucha contra la Corrupción 2012-2016.	Año 2012 (13% de metas programadas fueron cumplidas), Años 2013-2014 (70% de acciones programadas fueron implementadas y 30% de las acciones programadas se encuentran en proceso de implementación)		SG
	4.1.2. Promover la organización de grupos de vigilancia ciudadana.	%	a. Grupos de vigilancia ciudadana organizados en no menos del 60% de Redes Asistenciales.	SG viene elaborando un Plan de trabajo orientado a organizar grupos de voluntarios organizados.		SG
4.2. Desarrollar una gestión eficiente basada en procesos, incorporando tecnologías modernas de gestión.	4.2.1. Porcentaje de Órganos Desconcentrados que cumplen con las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión.	%	a. 100% de Órganos Desconcentrados cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión.	Año 2012 y 2013 (GCPS no cumplió en informar). Año 2014 (35.48% de las Redes Asistenciales cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión).		GCPS
	4.2.2. Sistema de información integrado de procesos asistenciales y administrativos.	%	a. No menos del 70% de Redes Asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus CAS.	OCTIC, ha optado por fortalecer los sistemas core de la institución, buscando la estandarización y la integración de los procesos comunes.		OCTIC
4.3. Establecer un sistema de gestión de recursos humanos que incorpore indicadores de competencia y desempeño para los cargos jefaturales.	4.3.1. Porcentaje de personal incorporado a cargos jefaturales a través de concursos públicos en base a méritos y competencias.	%	a. 90% de cargos jefaturales seleccionados por concurso.	54.92% cargos jefaturales seleccionados por concurso.		GCGP
	4.3.2. Perfiles de Competencias Laborales para los Cargos.	%	a. 90% de Perfiles de Competencias Laborales para los Cargos de Ejecutivos, Profesionales, Técnicos y Auxiliares aprobados y en aplicación en las actividades de selección de personal.	10% de perfiles de competencia laborales para los cargos de Ejecutivos, Profesionales, Técnicos y Auxiliares aprobados y en aplicación en las actividades de selección de personal.		GCGP

Fuente: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

El detalle del nivel de cumplimiento de cada meta, se describe a continuación:





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Sistema Social de Salud
ESSALUD



EsSalud

Seguridad Social para todos

4.1.1. Indicador: Cumplimiento de Metas del Plan de Lucha contra la Corrupción

- a. **Meta**: Cumplimiento de no menos del 80% de las Metas del Plan de Lucha contra la Corrupción 2012-2016

Sobre la base del diagnóstico del Plan Nacional de Lucha contra la Corrupción 2008-2011 y teniendo en cuenta diversas fuentes que contienen políticas anticorrupción, mediante **Decreto Supremo N° 119-2012-PCM** de fecha 9 de diciembre de 2012, se aprobó el **Plan Nacional de Lucha contra la corrupción 2012-2016**, con el objetivo de ser un *estado transparente que promueva la probidad en el actuar público y privado; y garantizar la prevención, investigación, control y sanción efectiva de la corrupción en todos los niveles*.

En tal sentido, durante el periodo de evaluación, EsSalud en el marco del precitado plan elaboró y ejecutó 2 planes:

- **“Plan de Acción para la implementación del Plan Nacional de Lucha Contra la Corrupción en EsSalud 2012”**, aprobado mediante **Resolución N° 634-PE-ESSALUD-2012** de fecha 31 de julio de 2012, llegándose a cumplir el 13% de las metas programadas.
- **“Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en EsSalud 2013-2014”**, aprobado mediante **Resolución N° 421-PE-ESSALUD-2013** de fecha 22 de abril de 2013, a fin de fortalecer las acciones de la lucha contra la corrupción. A diciembre del año 2014, la Secretaría General²³ informa que el 70% de las acciones se encuentran implementadas y el 30% en proceso de implementación, considerándose entre las limitaciones para su cumplimiento, que algunas acciones aprobadas no contaban con respaldo presupuestal, las huelgas realizadas durante el año 2014, entre otros.

Para dar continuidad al cumplimiento de la precitada meta, Secretaría General viene coordinando la elaboración y posterior aprobación del **“Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en EsSalud 2015-2016”**²⁴, con los diferentes órganos centrales de la institución.

Asimismo, como parte de las acciones para implementar el Sistema de Control Interno mediante **Resolución N° 531-PE-ESSALUD-2014**, se modificó la conformación del comité de implementación del sistema de control interno del seguro social de salud-EsSalud, constituido por **Resolución N° 1092-PE-ESSALUD-2011** y modificado por **Resolución N° 376-PE-ESSALUD-2013**. Comité presidido por la Secretaría General.

Para monitorear el avance en el proceso de implementación del Sistema de Control Interno de la Sede Central de EsSalud, el Comité de Implementación del Sistema de Control Interno debe informar mensualmente a la Alta Dirección sobre las acciones que desarrolle sobre la materia.



²³ Carta N° 125-SG-ESSALUD-2015.

²⁴ Mediante Resolución N° 626-PE-ESSALUD-2014, de fecha 24 de diciembre de 2014 se conforma la Comisión de trabajo para el diseño del Plan de Lucha Contra la Corrupción en EsSalud 2015-2016.



4.1.2. Indicador: Promover la organización de grupos de vigilancia ciudadana

- a. **Meta:** Grupos de vigilancia ciudadana organizados en no menos del 60% de Redes Asistenciales

A diciembre del año 2014, la Secretaría General viene diseñando un Plan de Trabajo orientado a organizar grupos de voluntarios encargados de implementar acciones de control sobre el accionar de las redes asistenciales. En tal sentido, se considera en proceso el nivel de cumplimiento de la precitada meta.

4.2.1. Indicador: Porcentaje de los Órganos Desconcentrados que cumplen con las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión

- a. **Meta:** 100% de Órganos Desconcentrados cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, siendo el Órgano Central encargado de negociar, suscribir y controlar el cumplimiento de los diferentes Acuerdos de Gestión con las Redes Asistenciales, INCOR, Centro Nacional de Salud Renal²⁵, formuló los proyectos de Acuerdos de Gestión 2014²⁶, los mismos que fueron suscritos el 23 de noviembre del 2013 entre la Alta Dirección y los Órganos Desconcentrados, con la finalidad de lograr los objetivos institucionales aprobados por el Consejo Directivo y las metas anuales aprobadas en el Plan Operativo Institucional cuyos avances se reportan a FONAFE, con estos instrumentos de gestión se viene impulsando la mejora del desempeño institucional.

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, ha reportado que 11 Órganos Desconcentrados (9 Redes Asistenciales, CNSR e INCOR) han superado el 80% de las metas establecidas en el Acuerdo de Gestión 2014, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro:



²⁵ Resolución N° 366-PE-2010, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y su estructura orgánica- Artículo 7° literal i.

²⁶ El Acuerdo de Gestión 2014 considera 20 indicadores y 20 metas.



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoGerencia Central de Prestaciones de Salud
GCPD-ESSALUDEsSalud
Seguridad Social para todos

Cuadro N° 19: Nivel de Cumplimiento del Acuerdo de Gestión 2014

N°	Órgano Desconcentrado	Nivel de Cumplimiento
1	CNSR	96.43
2	Pasco	92.60
3	Huancavelica	87.62
4	Ucayali	86.83
5	Ancash	86.03
6	Puno	84.06
7	Amazonas	83.66
8	INCOR	83.54
9	Huánuco	83.49
10	Sabogal	80.40
11	Juliaca	80.15
12	Piura	79.14
13	La Libertad	79.02
14	Madre de Dios	77.55
15	Moquegua	76.15
16	Tarapoto	75.41
17	Lambayeque	75.13
18	Moyobamba	74.43
19	Ica	73.73
20	Tumbes	73.05
21	Arequipa	72.98
22	Ayacucho	71.02
23	Huaraz	70.75
24	Apurímac	70.57
25	Cusco	70.14
26	Loreto	69.53
27	Junín	68.04
28	Tacna	67.20
29	Almenara	66.51
30	Cajamarca	66.04
31	Rebagliati	65.25

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

En tal sentido, el 35.48% de los Órganos Desconcentrados cumplen por lo menos con el 80% de las metas establecidas en el Acuerdo de Gestión 2014.

4.2.2. **Indicador:** Sistema de información integrado de procesos asistenciales y administrativos

- a. **Meta:** No menos del 70% de Redes Asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus CAS

Esta meta tiene por objetivo desarrollar una plataforma de tecnologías de la información y comunicaciones que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos, asimismo que genere un impacto en el conjunto del sistema nacional de salud y seguridad social (Sistema unificado de información, Plan Nacional de Conectividad en todos los CAS, TelEsSalud).

Al respecto, a diciembre del año 2014 las Redes Asistenciales de EsSalud no han sido implementadas con un nuevo sistema de información, debido que los modelos de procesos de negocio y modelo de datos corporativo son inexistentes, asimismo tienen un limitado presupuesto para su desarrollo e implementación.

Sin embargo, la Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (OCTIC) ha optado por fortalecer los sistemas core de la institución, buscando la





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del EmpleoSeguro Popular de Salud
ESSALUD

estandarización y la integración de los procesos comunes como los que a continuación se detallan, en adición al desarrollo propio de cada uno de los sistemas:

- Sistema de Gestión de Servicios de Salud
- Sistema de citas web.
- Mejora en los procesos de identificación del asegurado.
- Asegurar la validez de la información registrada en los sistemas.
- Desarrollo de reportes de inteligencia de negocio.
- Mejoras tecnológicas.
- Despliegue de los sistemas informáticos de EsSalud en las APPs y desarrollo de Webservices para las referencias.
- Ventanilla única con calificación automatizada.

En tal sentido, la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, viene realizando esfuerzos para el desarrollo informático institucional, por lo cual se considera que esta meta está en proceso de cumplimiento.

A la fecha la institución no cuenta con un sistema integrado que articule los procesos administrativos y asistenciales.

4.3.1. Indicador: Porcentaje de personal incorporado a cargos jefaturales a través de concursos públicos en base a méritos y competencias

a. Meta: 90% de cargos jefaturales seleccionados por concurso

En mérito a la implementación de los Reglamentos de Concursos de jefaturas asistenciales vigentes aprobadas por la institución, se asignaron a 692 trabajadores en cargos jefaturales asistenciales, de los 1,260 convocados. Estos cargos son ejercidos por un periodo de 03 años.

En tal sentido el porcentaje de avance en el nivel de cumplimiento de la meta al 31 de diciembre de 2014 es 54.92%, tal como se precisa en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 20: Reglamentos de concurso aprobados por la institución para los profesionales en Enfermería y para los profesionales Médicos, Cirujanos Dentistas y químicos farmacéuticos.

Descripción	Cargos jefaturales convocados	Cargos jefaturales cubiertos	Cargos jefaturales no cubiertos
Proceso de concurso de jefaturas de departamento y servicio asistencial a ser cubierto por profesionales Médicos, Cirujanos Dentistas y Químicos Farmacéuticos en los Centros Asistenciales de EsSalud, por aplicación del Reglamento aprobado ²⁷	967	434	533
Proceso de concurso de jefaturas, supervisión y coordinación a ser cubiertos por profesionales de Enfermería, en los Centros Asistenciales de EsSalud, por aplicación del Reglamento aprobado ²⁸	293	258	35
Total	1,260	692	568

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas



²⁷ Resolución N° 237-PE-ESSALUD-2012 y Resolución N° 153-PE-ESSALUD-2013.

²⁸ Resolución N° 566-PE-ESSALUD-2012.



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro de Salud
ESSALUD



EsSalud

Seguridad Social para todos

4.3.2. Indicador: Perfiles de Competencias Laborales para los Cargos

- a. **Meta:** 90% de Perfiles de Competencias Laborales para los Cargos de Ejecutivos, Profesionales, Técnicos y Auxiliares aprobados y en aplicación en las actividades de selección de personal

La Gerencia Central de Gestión de las Personas²⁹, estima que el porcentaje de avance de la referida meta al 31 de diciembre de 2014 es de 10%, debido que viene desarrollando acciones correspondientes a efecto de contar con los servicios de una consultora que se encargará de elaborar el Manual de perfiles de los puestos, que complementará a la escala salarial vigente³⁰.



²⁹ Carta N° 502-GCGP-ESSALUD-2015.

³⁰ Resolución N° 666-GG-ESSALUD-2014.



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
ESSALUD



EsSalud
Seguridad Social para todos

CAPÍTULO III. PRINCIPALES NORMAS QUE INCIDIERON EN EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL Y CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

1. Resolución N° 107-GG-ESSALUD-2014 (21.01.2014), aprueba la Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
2. Resolución N° 487-GG-ESSALUD-2014 (09.05.2014), aprueba la Directiva N° 005-GG-ESSALUD-2014 "Cartera de Servicios de salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
3. Resolución N° 88-GCPS-ESSALUD-2014 (24.06.2014), aprueba la Directiva N° 05-GCPS-ESSALUD-2014 versión N° 2, para la atención integral de salud del/la adolescente en ESSALUD.
4. Resolución N° 684-GG-ESSALUD-2014 (08.07.2014), aprueba la Directiva N° 007-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la gestión de la atención quirúrgica en los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
5. Resolución N° 108-GCPS-ESSALUD-2014 (07.08.2014), aprueba la Directiva N° 08-GCPS-ESSALUD-2014 "Manual de ropa hospitalaria" para los Centros Asistenciales de ESSALUD.
6. Resolución N° 109-GCPS-ESSALUD-2014 (11.08.2014), aprueba la Directiva N° 009-GCPS-ESSALUD-2014 "Normas para el Monitoreo y Evaluación del Suministro de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos en los Órganos Desconcentrados de ESSALUD".
7. Resolución N° 121-GCPS-ESSALUD-2014 (29.08.2014), aprueba la Directiva N° 10-GCPS-ESSALUD-2014 "Normas y procedimientos para la Auditoría Médica de Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
8. Resolución N° 123-GCPS-ESSALUD-2014 (03.09.2014), aprueba la Directiva N° 11-GCPS-ESSALUD-2014 "Normas y procedimientos para la auditoría odontológica de Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
9. Resolución N° 1008-GG-ESSALUD-2014 (29.09.2014), aprueba la Directiva N° 012-GG-ESSALUD-2014 "Programación de las actividades asistenciales de los profesionales y no profesionales del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
10. Resolución N° 185-GCPS-ESSALUD-2014 (31.12.2014), aprueba la Directiva N° 12-GCPS-ESSALUD-2014 Directiva "Atención Integral de Salud mental en los establecimientos de Salud de EsSalud".
11. Resolución N° 1364-GG-ESSALUD-2014 (31.12.2014), aprueba la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2014 "Gestión e implementación de las unidades neonatales en los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud – ESSALUD".





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Ministerio de Salud



EsSalud
Seguridad Social para todos

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES

1. **Resolución N° 12-GCPEyS-ESSALUD-2014 (19.02.2014)**, aprueba los documentos vinculados con el mejoramiento de la gestión de la Subgerencia de Protección del Adulto Mayor de la Gerencia de Prestaciones Sociales.
2. **Resolución N° 37-GCPEyS-ESSALUD-2014 (09.04.2014)**, aprueba la Directiva N° 001-GCPEyS-ESSALUD-2014 que regula las "Normas para desarrollar la actividad de turismo social de las personas adultas mayores de los centros del adulto mayor de ESSALUD".
3. **Resolución N° 306-GG-ESSALUD-2014 (17.03.2014)** aprueba la creación de la ventanilla única de atención al usuario, asignándole la actividad de recepción en la Plataforma de Aseguramiento de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, de los expedientes generados en los procedimientos administrativos de prestaciones económicas, establecidos en el Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA de ESSALUD.
4. **Resolución N° 54-GCPEyS-ESSALUD-2014 (13.05.2014)**, modifica los incisos referidos a los "Indicadores por mejoramiento de la Gestión de la Gerencia de Prestaciones sociales" respecto al concepto de metas y formula cálculo. Así como la línea de base de nuevos asegurados colocados en los CERP y MBRP.
5. **Resolución N° 56-GCPEyS-ESSALUD-2014 (10.06.2014)**, se aprueba la guía para la supervisión de los Centros del Adulto Mayor – ESSALUD (CAM).
6. **Resolución N° 57-GCPEyS-ESSALUD-2014 (10.06.2014)**, aprueba la Cartera de Servicios Gerontológico Sociales – ESSALUD.
7. **Resolución N° 60-GCPEyS-ESSALUD-2014 (02.07.2014)**, aprueba el "Reglamento Interno sobre el uso de las piscinas de los centros especializados de rehabilitación profesional – CERP".
8. **Resolución N° 88-GCPEyS-ESSALUD-2014 (05.11.2014)**, aprueba el Reglamento de los Juegos Nacionales Paradeportivos ESSALUD 2014.
9. **Resolución N° 1311-GG-ESSALUD-2014 (23.12.2014)**, aprueba la Directiva N° 15-GG-ESSALUD-2014 "Normas y procedimientos para la emisión, registro y control de las certificaciones médicas por incapacidad y maternidad en ESSALUD".
10. **Resolución N° 137-GCPEyS-ESSALUD-2014 (30.12.2014)**, aprueba la Directiva N° 02-GCPEyS-ESSALUD-2014 "Cartera de servicios de rehabilitación profesional y social a aplicarse en los Centros de Rehabilitación Profesional (CERP) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP).



DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

1. **Resolución N° 11-DAE-PE-ESSALUD-2014 (16.04.2014)**, aprueba la modificación de la Directiva N° 02-DAE-PE-ESSALUD-2012 "Normas para la implementación, funcionamiento y Supervisión del libro de reclamaciones en el Seguro Social de Salud – ESSALUD" correspondiente al capítulo XI "Procedimiento de atención del libro de reclamaciones, numeral 6".





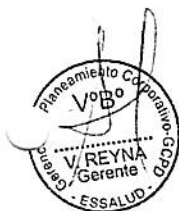
2. Resolución N° 13-DAE-PE-ESSALUD-2014 (02.06.2014), aprueba la Directiva N° 01-DAE-PE-ESSALUD-2014 "Principios rectores y reglas generales del Sistema Integrado de Atención al Asegurado" de la Defensoría del Asegurado – ESSALUD".
3. Resolución N° 385-PE-ESSALUD-2014 (08.08.2014), aprueba los lineamientos para la "Cruzada por la Humanización de la atención en salud – ESSALUD"
4. Resolución N° 17-DAE-PE-ESSALUD-2014 (11.09.2014), aprueba la "Directiva para la gestión de las intervenciones Defensoriales".
5. Resolución N° 20-DAE-PE-ESSALUD-2014 (16.09.2014), modifica "Directiva para la gestión de las intervenciones Defensoriales del Asegurado de ESSALUD", correspondiente al numeral IX e incorporar el numeral X disposiciones finales.

GERENCIA CENTRAL DE ASEGURAMIENTO

1. Resolución N° 001-GCAS-ESSALUD-2014 (16.01.2014), dispone que en el marco de los procedimientos de registro en el TUPA de ESSALUD, las solicitudes de cambio de adscripción que formulen los asegurados de los seguros que administra ESSALUD, se transmiten como actualización de datos de los procedimientos de registro. Deja sin efecto la Resolución N° 13-GCSEG-GDA-ESSALUD-2005 que regula el cambio de adscripción permanente para los asegurados regulares, agrarios y potestativos y el artículo 4° de la Resolución n° 12-GCASEG-ESSALUD-2009, que aprueba los criterios para la adscripción temporal de los asegurados al Seguro Social Agrario Independiente. Deja sin efecto el formato "solicitud de cambio de adscripción departamental" a que se refiere el numeral 7 del artículo primero de la Resolución N° 32-GCAS-ESSALUD-2012.
2. Resolución N° 005-GCAS-ESSALUD-2014 (18.03.2014), aprueba documentos del Sistema de Gestión de la Calidad y deja sin efecto otros documentos.
3. Resolución N° 19-GCAS-ESSALUD-2014 (07.08.2014), aprueba los formatos y formularios (versión 2) a ser utilizados en las Oficinas de Aseguramiento y Agencias de Seguros, los mismos que serán publicados en la página web de ESSALUD (Formulario 1022 – solicitud para el derecho especial de cobertura por desempleo y Formulario N° 1010 – Formulario único de registro).
4. Resolución N° 23-GCAS-ESSALUD-2014 (02.10.2014), aprueba los formatos como parte del procedimiento específico GPA. 01.08 "Supervisión y evaluación de la gestión y operatividad de las oficinas de aseguramiento, agencias y módulos de seguros".
5. Resolución N° 31-GCAS-ESSALUD-2014 (19.11.2014), modifica el anexo 1 del procedimiento de afiliación y baja de afiliación de Seguro Social Agrario para trabajadores independientes.
6. Resolución N° 33-GCAS-ESSALUD-2014 (31.12.2014), aprueba el Plan Anual de Verificación 2015 como instrumento técnico de gestión.

GERENCIA CENTRAL DE INFRAESTRUCTURA

1. Resolución N° 003-GCI-ESSALUD-2014 (14.01.2014), aprueba el "Manual de Procedimientos Técnicos de Mantenimiento Preventivo para Plantas de Tratamiento de Agua por Ósmosis Inversa para Hemodiálisis".





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
ESSALUD



EsSalud
Seguridad Social para todos

2. **Resolución N° 007-GCI-ESSALUD-2014 (16.04.2014)**, aprueba el "Instructivo para realizar mantenimiento de infraestructura y equipos por encargo en los establecimientos de salud de primer nivel de atención y hospitales Nivel I de ESSALUD.
3. **Resolución N° 017-GCI-ESSALUD-2014 (01.12.2014)**, aprueba la Directiva "Ecoeficiencia Hospitalaria para nuevos centros hospitalarios de ESSALUD".

OFICINA CENTRAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

1. **Resolución N° 038-PE-ESSALUD-2014 (14.01.2014)**, aprueba el reordenamiento de los cargos del Cuadro para Asignación de Personal del Seguro Social, aprobado por Resolución N° 547-PE-ESSALUD-2011, reordenado mediante Resoluciones de Presidencia Ejecutiva N° 388,669,687 Y 716-PE-ESSALUD-2012, con 43060 cargos.
2. **Resolución N° 116-GG-ESSALUD-2014 (23.01.2014)**, aprueba el Plan Anual de Inversiones Institucional para el ejercicio fiscal 2014, por un monto total de S/. 420, 023,900 nuevos soles.
3. **Resolución N° 599-GG-ESSALUD-2014 (11.06.2014)**, aprueba la Directiva N° 06-GG-ESSALUD-2014 "Seguimiento y evaluación del Plan Operativo Institucional 2014".
4. **Resolución N° 723-GG-ESSALUD-2014 (16.07.2014)**, aprueba la Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2014 "Programación, formulación y aprobación del Plan Operativo Institucional 2015".
5. **Resolución N° 368-PE-ESSALUD-2014 (16.07.2014)**, se crea el Hospital Nacional de Trujillo de la Red Asistencial La Libertad.
6. **Resolución N° 737-GG-ESSALUD-2014 (18.07.2014)**, aprueba la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014 "Lineamientos para la gestión por procesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD".
7. **Resolución N° 372-PE-ESSALUD-2014 (21.07.2014)**, modifica el Artículo 39°, 42° y 43° del ROF de INCOR (Resolución N° 828-PE-ESSALUD-2013), sobre la Dirección de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de ayuda al Diagnóstico y Tratamiento y el Servicio de Farmacia.
8. **Resolución N° 816-GG-ESSALUD-2014 (12.08.2014)**, aprueba la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la identificación, evaluación, registro y priorización de necesidades de inversión de ESSALUD".
9. **Resolución N° 001-OCPD-ESSALUD-2014 (27.08.2014)**, aprueba el "Glosario del Sistema Estadístico del Seguro Social de Salud".
10. **Resolución N° 620-PE-ESSALUD-2014 (15.12.2014)**, cambia la denominación del Hospital Nacional de Trujillo, por Hospital de Alta Complejidad de La Libertad Virgen de la Puerta, perteneciente a la Red Asistencial La Libertad y se aprueba el ROF del precitado Hospital.
11. **Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 (31.12.2014)**, aprueba la nueva estructura orgánica y el Reglamento de Organización del Seguro Social de Salud-EsSalud³¹.



³¹ Mediante esta resolución se modificó la estructura orgánica de EsSalud y el ROF de los Órganos Centrales, varios de ellos cambiaron su denominación y en otros casos se crearon nuevas unidades orgánicas.



OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES

1. **Resolución N° 421-GG-ESSALUD-2014 (16.04.2014)**, aprueba la estandarización de la herramienta de desarrollo Genexus en ESSALUD por periodo de tres años, precisándose que de variar las condiciones que determinaron dicha estandarización la presente aprobación quedará sin efecto, conforme a las disposiciones vigentes en materia de contratación pública.

OFICINA DE DEFENSA NACIONAL

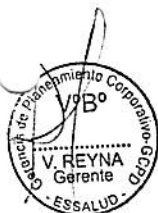
1. **Resolución N° 1-ODN-PE-ESSALUD-2014 (01.08.2014)**, aprueba la difusión del modelo base del Plan de Respuesta Hospitalario ante situaciones de Emergencia y Desastres en los Órganos Desconcentrados, en el ámbito nacional.
2. **Resolución N° 1027-GG-ESSALUD-2014 (06.10.2014)**, aprueba la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2014 "Lineamientos para la implementación y funcionamiento de los Centros de Operaciones de Emergencia del Seguro Social de Salud (ESSALUD).".
3. **Resolución N° 574-PE-ESSALUD-2014 (18.11.2014)**, modifica el gabinete de crisis conformado mediante Resolución N° 892-PE-ESSALUD-2011, modificada por Resolución N° 1051-PE-ESSALUD-2011 y rectificada mediante Resolución N° 1120-PE-ESSALUD-2011, por la de "Grupos de trabajo de gestión de Riesgo de Desastres (GTGRD) de ESSALUD. Aprueba la Directiva N° 02-PE-ESSALUD-2014 "Directiva para la conformación y funcionamiento de los grupos de trabajo de la gestión de riesgo de desastres (GTGRD) en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".

OFICINA DE RELACIONES INSTITUCIONALES

1. **Resolución N° 127-PE-ESSALUD-2014 (21.02.2014)**, aprueba el Plan de Comunicaciones 2014.
2. **Resolución N° 205-PE-ESSALUD-2014 (07.04.2014)**, aprueba el Plan de Estrategia Publicitaria de ESSALUD correspondiente al año 2014.

GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS

1. **Resolución N° 295-GG-ESSALUD-2014 (11.03.2014)**, modifica el numeral VI. 19 "Disposiciones generales" del texto único ordenado de la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2009 "Normas para elaborar la Programación Asistencial de los trabajadores de salud, profesionales y no profesionales, en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
2. **Resolución N° 772-GCGP-ESSALUD-2014 (16.05.2014)**, aprueba la Directiva N° 01-GCGP-ESSALUD-2014 "Normas sobre desplazamientos de Personal y el formulario de desplazamiento de personal".
3. **Resolución N° 1005-GCGP-ESSALUD-2014 (27.06.2014)**, aprueba los indicadores de rendimiento laboral de las principales actividades asistenciales del profesional de Obstetrix/ Obstetra en ESSALUD.

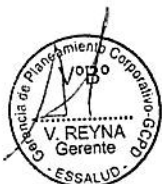




4. **Resolución N° 520-PE-ESSALUD-2014 (21.10.2014)**, modifica el Reglamento de Concurso para los Cargos de Jefatura de Departamento y Servicio Asistencial en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud (ESSALUD), aprobado por Resolución N° 237-PE-ESSALUD-2012 y modificado por Resolución N° 156-PE-ESSALUD-2013.

GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS

1. **Resolución N° 072-GG-ESSALUD-2014 (15.01.2014)**, delega a los Gerentes o Directores de Redes Asistenciales, Institutos o Centros Especializados de ESSALUD, la potestad de autorizar por escrito a los apoderados judiciales de ESSALUD circunscritos a su ámbito de competencia, las facultades para transigir un conflicto de intereses fuera de juicio y conciliar extrajudicialmente en caso de disposición de derechos. Aprobar el "procedimiento para el pago de prestaciones de servicios asistenciales realizadas sin contrato u orden de compra".
2. **Resolución N° 150-GG-ESSALUD-2014 (31.01.2014)**, aprueba el Presupuesto Desagregado de Fondos y Dependencias del Seguro Social de Salud – ESSALUD.
3. **Resolución N° 142-GG-ESSALUD-2014 (31.01.2014)**, aprueba la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2014 "Tratamiento financiero y contable de las contingencias judiciales y/o arbitrales en ESSALUD".
4. **Resolución N° 050-GCF-ESSALUD-2014 (03.02.2014)**, aprueba el Procedimiento para el registro contable de las operaciones contenidas en el "Contrato de Fideicomiso Matriz de Administración, Pago y Garantía y Contratos de Promoción de Inversión del Contrato de APP entre ESSALUD y las Sociedades Operativas hasta el año 2010, así como la Comisión de los Servicios de la Entidad Fiduciaria".
5. **Resolución N° 220-GG-ESSALUD-2014 (19.02.2014)**, autoriza a la GCF efectuar la habilitación presupuestal en el sistema SAP del monto total del presupuesto 2014 de los rubros bienes y servicios asignados a cada Órgano Desconcentrado, exceptuando lo correspondiente a la compra centralizada de material estratégico, en el marco del Presupuesto Desagregado por fondos y material estratégico. Disponer al Gerente o Director de Red Asistencial, así como el Jefe de la Oficina de Administración de la Red Asistencial, Instituto o Centro Especializado, bajo responsabilidad funcional y administrativa: ejecutar los egresos que guarden relación con la captación de ingresos, entre otros.
6. **Resolución N° 470-GG-ESSALUD-2014 (06.05.2014)**, modificar el numeral 1 y el segundo punto del numeral 2 de la Resolución N° 220-GG-ESSALUD-2014.
7. **Resolución N° 257-PE-ESSALUD-2014 (09.05.2014)**, aprueba la Directiva N° 01-PE-ESSALUD-2014 "Normas de austeridad, racionalidad, disciplina y calidad del gasto del Seguro Social de Salud (ESSALUD) para el ejercicio 2014".
8. **Resolución N° 166-GCF-ESSALUD-2014 (26.06.2014)**, aprueba la Directiva N° 001-GCF-ESSALUD-2014, "Normas y disposiciones específicas para la utilización de la habilitación presupuestal en los rubros de bienes y servicios del Presupuesto Operativo Anual asignado a los órganos Desconcentrados para el ejercicio 2014 en el SAP R/3.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
ESSALUD



EsSalud
Seguridad Social para todos

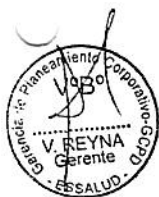
9. **Resolución N° 761-GG-ESSALUD-2014 (25.07.2014)**, aprueba el Presupuesto Desagregado pro fondos y dependencias de la primera modificación presupuestal del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
10. **Resolución N° 223-GCF-ESSALUD-2014 (08.09.2014)**, amplía la competencia territorial de los ejecutores coactivos y auxiliares coactivos del núcleo de acción de cobranza de Lima, además de los que tiene asignado, en las jurisdicciones.
11. **Resolución N° 329-GCF-ESSALUD-2014 (01.12.2014)**, aprueba la Directiva N° 003-GCF-ESSALUD-2014 "Normas para el cierre CONTABLE – Ejercicio 2014 del Seguro Social de Salud-EsSalud".
12. **Resolución N° 330-GCF-ESSALUD-2014 (05.12.2014)**, aprueba la Directiva N° 004-GCF-ESSALUD-2014 "Normas para el cierre presupuestario de ESSALUD ejercicio 2014".
13. **Resolución N° 331-GCF-ESSALUD-2014 (16.12.2014)**, aprueba el procedimiento de "Traslado de saldos contables del rubro de activo fijo de la red asistencial Ancash a la Red Asistencial Huaraz".

GERENCIA CENTRAL DE LOGÍSTICA

1. **Resolución N° 027-GCL-ESSALUD-2014 (24.01.2014)** aprueba el Plan Anual de Contrataciones correspondiente al ejercicio 2014.
2. **Resolución N° 190-GG-ESSALUD-2014 (14.02.2014)**, aprueba la Directiva N° 03-GG-ESSALUD-2014 "Lineamientos para realizar Estudios de las Posibilidades que ofrece el Mercado y Determinación de los Valores Referenciales en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
3. **Resolución N° 237-GG-ESSALUD-2014 (20.02.2014)**, aprueba la Directiva N° 004-GG-ESSALUD-2014 "Formulación, aprobación, modificación y evaluación del Plan Anual de Contrataciones de ESSALUD a nivel de Sede Central, Redes Asistenciales, Centros e Institutos Especializados".

SECRETARÍA GENERAL

1. **Resolución N° 115-PE-ESSALUD-2014 (12.02.2014)**, que aprueba el Plan Anual de Trabajo del Órgano de Administración de Archivos del Nivel Central del Seguro Social de Salud – ESSALUD correspondiente al ejercicio 2014.
2. **Resolución N° 001-SG-ESSALUD-2014 (26.03.2014)**, se aprueba el Plan Anual de trabajo del Centro de Documentación e Información del seguro Social de Salud (ESSALUD) correspondiente al 2014.
3. **Resolución N° 1255-GG-ESSALUD-2014 (11.12.2014)**, que aprueba la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2014 "Lineamientos para la Prevención y Recuperación de Siniestros en los Archivos del Seguro Social de Salud (ESSALUD)".
4. **Resolución N° 887-GG-ESSALUD-2014 (02.09.2014)**, que aprueba la Directiva N° 011-GG-ESSALUD-2014, "Normas para la Atención de Solicitudes de Acceso a la Información Pública del Seguro Social de Salud – EsSalud".





CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

1. La información contenida en el presente documento constituye el análisis y consolidación de la información remitida por los diferentes Órganos Centrales de EsSalud, el mismo que resulta de la aplicación de la metodología de evaluación establecida en la **Directiva N° 024-GG-ESSALUD-2011**.

El nivel de avance en el cumplimiento de las metas establecidas en el PEI 2012-2016, también se obtuvo a través de la evaluación del Plan Operativo Institucional, Memoria Anual e información de los diversos planes institucionales reportados por las unidades orgánicas.

2. Al mes de diciembre del año 2014, EsSalud tiene una (1) meta cumplida, veintiocho (28) metas que se encuentran en proceso de cumplimiento, una (1) meta que no fue ejecutada siendo reportada como meta no cumplida y tres (3) metas no han sido priorizadas considerándolas como no aplicables, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 21: Cuadro resumen del Cumplimiento de Metas por cada Objetivo Estratégico

Objetivo Estratégico	Número de Metas Programadas	Situación al Primer semestre del año 2014			
		En Proceso	Cumplido	No cumplido	No aplicable
Objetivo Estratégico N° 1	4	3	1	0	0
Objetivo Estratégico N° 2	17	13	0	1	3
Objetivo Estratégico N° 3	6	6	0	0	0
Objetivo Estratégico N° 4	6	6	0	0	0
Total	33	28	1	1	3

Fuente: Oficina Central de Planificación y Desarrollo

3. Durante el año 2014 se encontraba vigente la estructura orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-EsSalud aprobada mediante **Resolución N° 012-PE-ESSALUD-2007**, sin embargo el 31 de diciembre del año 2014 se aprobó la nueva estructura orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-EsSalud, resolviéndose entre otros que la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo en un plazo máximo de 30 días calendario presente el Plan de Implementación de aquellas acciones que impliquen la transferencia de recursos entre los Órganos Centrales y Desconcentrados, es por ello que el presente informe que detalla los avances de las metas en el periodo 2014 los órganos centrales son mencionados con la anterior denominación. A partir del año 2015 el informe referirá a las unidades orgánicas creadas en el Reglamento de Organización y Funciones vigente.





PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguro Social de Salud
EsSalud



EsSalud
Seguridad Social para todos

CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES

1. En el marco de la nueva estructura orgánica la Gerencia Central de Prestaciones de Salud debe continuar emitiendo las directrices para que las unidades operativas de nivel nacional implementen acciones para reducir la carga de enfermedad de las prioridades sanitarias institucionales, enfatizando en las cinco primeras de acuerdo a la meta establecida en el PEI 2012-2016. Asimismo, la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de la precitada Gerencia Central debe informar permanentemente a la Gerencia Central de Operaciones sobre los resultados en cuanto a la reducción de la carga de enfermedad o dar las alertas preventivas sobre el incremento de la misma, de tal forma que se puedan emitir medidas correctivas y dar las instrucciones a los Órganos Desconcentrados.
2. Con el fin de identificar los riesgos comunes en la atención a los pacientes y sobre todo tener la oportunidad de mejorar la seguridad del paciente es de vital importancia que la Oficina de Gestión de la Calidad realice el seguimiento correspondiente para que la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones culmine con las pruebas del sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos, con el fin que los establecimientos de salud registren su información. Asimismo, es importante que la Oficina de Gestión de la Calidad actualice la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos: Registro, Notificación, Procesamiento, Análisis y gestión de los eventos centinela, desarrolle Jornadas de Prevención de los Eventos Adversos a nivel nacional, impulse para que los establecimientos de salud elaboren sus Planes de Intervención sobre los resultados del "Estudio de Prevalencia de Eventos Adversos".
3. La Gerencia Central de Gestión Financiera deberá incrementar la asignación de los recursos financieros a los establecimientos del primer nivel de atención con el fin de que ellos puedan mejorar su capacidad resolutive y atender la demanda insatisfecha, para ello es importante que la Gerencia Central de Operaciones determine la real necesidad de los Órganos Desconcentrados que les permita cumplir con las metas de las actividades asistenciales programadas para el año 2015 y con las metas de los indicadores de los acuerdos de gestión y del Plan Operativo institucional 2015.
4. La Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo deberá culminar con el levantamiento de los procesos a nivel de actividades en el marco de la nueva estructura orgánica de EsSalud, con el fin que la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones cuente con este mapa de procesos y les sirva para determinar la mejor estrategia para automatizar y articular los procesos administrativos y asistenciales.
5. La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas deberá acelerar la implementación del sistema de subsidios en la Web, logrando con ello la calificación automatizada de las condiciones que otorgan el derecho a las prestaciones económicas, la generación automática de notificaciones a los asegurados y entidades empleadoras, entre otros.
6. Es indispensable que la Secretaria General gestione la aprobación y supervise la implementación del Plan Institucional de Lucha contra la Corrupción en EsSalud 2015-2016.





PERÚ

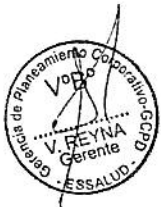
Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Seguridad Social de Salud
EsSalud



EsSalud
Seguridad Social para todos

7. La Gerencia Central de Operaciones deberá evaluar la operatividad de los convenios de intercambio prestacional suscritos y vigentes a la fecha, de tal forma que se identifiquen en que órganos desconcentrados se han presentado problemas que limitan su adecuada implementación con el fin de coordinar y gestionar ante los órganos centrales competentes la solución a estas deficiencias.
8. La Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), debe actualizar las Guías de Práctica Clínica existentes de acuerdo a la normatividad vigente, así como elaborar y proponer las nuevas con el fin de garantizar y mejorar la atención al asegurado, promover la excelencia clínica y garantizar la sostenibilidad financiera mejorando la asignación del gasto.
9. La Gerencia Central de Proyectos de Inversión deberá implementar un sistema a nivel institucional, que permita contar con información oportuna y permanente de la cantidad, descripción, establecimiento donde fue instalado y la situación de la operatividad (instalados y puestos en operación) de todos los equipos biomédicos adquiridos por EsSalud, con el fin de identificar la situación que ha conllevado a que algunos equipos no se encuentren en funcionamiento en los establecimientos de salud.
10. La Gerencia Central de Operaciones deberá supervisar que los Órganos Desconcentrados cumplan las metas de los indicadores de los Acuerdos de Gestión o precisen los factores que limitan su cumplimiento para proponer las medidas de solución correspondientes.
11. La Gerencia Central de Gestión de las Personas deberá culminar con la elaboración de los perfiles de competencias en el marco de la nueva estructura orgánica con el fin que la institución cuente con este documento de gestión para realizar de manera idónea la selección de personal, identificando también las necesidades de formación en los colaboradores de la institución.





PERÚ

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo



Seguridad Social para todos

Anexo N° 1: Propuestas Legislativas de EsSalud, para mejorar los Ingresos Institucionales

1. Reducir el porcentaje de la comisión pagada a SUNAT, 1.4% a 1% del a recaudación con la finalidad de reasumir las funciones de afiliación y acreditación, y a fin de facultar a ESSALUD a establecer anualmente las políticas y metas a las funciones transferidas a SUNAT	Se aprobó con el Decreto Legislativo N° 1160
2. Preservar los recursos de ESSALUD, en beneficio de toda la población asegurada, y evitar regímenes subsidiados. Dicho estudio permitirá establecer el aporte que debe efectuar el grupo poblacional que se propone incorporar.	Se aprobó con Decreto Legislativo N° 1171
3. Recuperar la operatividad de ESSALUD y sus posibilidades de expansión y mejora de servicios. Del 2010 al 2012 los ingresos han disminuido en S/. 2,083 millones y de continuar su vigencia los ingresos del 2013 al 2014 se verían disminuidos en S/. 1,666 millones.	En comisión, Congreso de La República
4. Recuperar las deudas que mantiene el Sector Público (GN, GR, GL) con ESSALUD, logrando disminuir las deudas, lo cual redundará en mayores ingresos que permitirán mejorar la calidad de las prestaciones que brinda ESSALUD.	En comisión Congreso de la República
5. Con dicha medida se estima recuperar 66% por deuda tributaria de los GR, GL y entidades públicas ascendente a la suma de S/. 1,273 millones; y el 70% de deuda no tributaria ascendente a la suma de S/. 406 millones.	
6. Ampliar el cobro de las deudas tributarias a los empleadores bajo la modalidad de pago en especies, permitiendo un mejor manejo en el fondo, evitando la afectación del principio de prudencia fiscal.	
7. Permitir a los GR y GL constituyan, con cargo a la deuda que mantienen con ESSALUD, un fideicomiso destinado a la ejecución de proyectos de inversión n en su propia jurisdicción.	Remitida por el Consejo Directivo de EsSalud al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
8. Permitir recuperara a ESSALUD un monto estimado de S/. 166 Millones por los aportes de CAS. A través de una base imponible, para trabajadores que se encuentran en este régimen laboral, sobre el íntegro de las remuneraciones afectas.	Remitida por el Consejo Directivo de EsSalud al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
9. Mantener y uniformizar que la base imponible mínima mensual evitando que sea inferior a la remuneración mínima vital vigente, conforme lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley N° 26790. Sincerando el valor real de las contribuciones que el Estado en su calidad de empleador otorga a sus trabajadores. Asimismo, se busca evitar un subsidio que finalmente quebranta el principio de solidaridad, en la medida que las aportaciones de un grupo poblacional financian las prestaciones que requiere otro grupo poblacional.	Remitida por el Consejo Directivo de EsSalud al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
10. Actualizar la tasa de aportación del Seguro Agrario acorde con la tasa del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, a fin de permitir el sostenibilidad financiera del fondo intangible de dicho Seguro.	Remitida por el Consejo Directivo de EsSalud al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
11. Recuperar, mediante crédito fiscal, un monto anual estimado de S/. 250 Millones, por pagos al IGV del 18%, en compras realizadas por ESSALUD en bienes y servicios de prestaciones de salud que realiza y/o contrata. La recuperación del crédito fiscal por el monto señalado permitirá mejorar las inversiones que sustenten su desarrollo.	Remitida por el Consejo Directivo de EsSalud al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

