



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
"Año de la prevención y del fortalecimiento de la atención primaria en EsSalud"

INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2017-2021



PRIMER SEMESTRE DE 2018



AGOSTO DE 2018
GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
Gerencia de Planeamiento Corporativo



CONTENIDO

I. Presentación..... 3

II. Resumen Ejecutivo..... 3

III. Marco Estratégico Institucional 4

IV. Resultado del nivel de cumplimiento por cada indicador programado..... 7

de acuerdo a la unidad de medida establecida..... 7

V. Principales logros por cada indicador de los objetivos estratégicos 7

VI. Principales dificultades y oportunidades de mejora 24

VII. Conclusiones y recomendaciones 26

VIII. Documentación sustentatoria 30

ANEXOS



I. PRESENTACIÓN

El Seguro Social de Salud-ESSALUD, fue creado mediante Ley N° 27056 como un organismo público descentralizado, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, encargada de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales, las cuales corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud.

Con Resolución N° 1351-GG-ESSALUD-2016 se aprobó la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016, "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud-ESSALUD", a través del cual se norma los procesos de formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional, con la finalidad de contribuir a que los recursos se asignen y gestionen con eficiencia y eficacia, para obtener resultados dirigidos al bienestar de los asegurados.

Con Resolución N° 696-GG-ESSALUD-2017, se conformó la Comisión de Planeamiento Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud-ESSALUD, encargada de la validación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021.

Mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 19-15-ESSALUD-2017, se aprobó el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 del Seguro Social de Salud-ESSALUD, documento de gestión, que constituye el marco estratégico institucional y contiene la visión y misión, cuatro objetivos estratégicos y siete acciones estratégicas con sus respectivos indicadores y metas, que garantizan su desarrollo sostenible.

Con Carta N° 340-GCPP-ESSALUD-2018 de fecha 6 de febrero de 2018, se remitió el Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, correspondiente al año 2017 a la Gerencia General de ESSALUD.

Para determinar el nivel de cumplimiento de los indicadores programados en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021, y de acuerdo a la normativa vigente se consolidó los avances reportados por los diversos órganos de la institución, durante el primer semestre de 2018.

En el marco de la normatividad vigente, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, presenta el Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, correspondiente al primer semestre de 2018.





II. RESUMEN EJECUTIVO

Habiéndose aprobado el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 del Seguro Social de Salud-ESSALUD mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 19-15-ESSALUD-2017, y conforme al Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD vigente a la fecha, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, a través de la Gerencia de Planeamiento Corporativo/ Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión, es responsable entre otras funciones del seguimiento, control y evaluación del Plan Estratégico.

Considerando que el citado documento de gestión constituye el marco estratégico institucional del Seguro Social de Salud-ESSALUD, y de acuerdo a la "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - ESSALUD", se presenta el Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, correspondiente al primer semestre de 2018, cuyo contenido es el siguiente: I. Presentación, II. Resumen Ejecutivo, III. Marco Estratégico Institucional, IV. Resultado del nivel de cumplimiento por cada indicador programado, de acuerdo a la unidad de medida establecida, V. Principales logros por cada indicador de los objetivos estratégicos, VI. Principales dificultades y oportunidades de mejora, VII. Conclusiones y recomendaciones, VIII. Documentación sustentatoria, y Anexos.

Concluyendo que de los 26 indicadores programadas en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 de ESSALUD, para el presente informe han sido evaluadas 25, debido que la ejecución de uno de los indicadores se prevé será en el 2019. En ese sentido, y según criterios de evaluación del presente informe 8 indicadores tienen la calificación de excelente, 4 indicadores tienen la calificación de buenos, 5 indicadores tienen la calificación de malo, 8 indicadores no tienen avance, de las cuales 4 indicadores no han sido reportados a esta Gerencia Central (3 indicadores corresponden a la Gerencia Central de Gestión de las Personas y 1 indicador a la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos).





III. MARCO ESTRATÉGICO

El marco estratégico institucional de ESSALUD lo constituye el Plan Estratégico Institucional 2017-2021.

- a. **Visión:** Ser líder en Seguridad Social de Salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleados en la protección de su salud y siendo reconocida por su buen trato, con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación.
- b. **Misión:** Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el aseguramiento universal en salud.

Tabla N° 01: Articulación de Objetivos Estratégicos y Acción Estratégica

Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado. • Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud.
Desarrollar una gestión con excelencia operativa	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia • Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales
Brindar servicios sostenibles financieramente	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones
Promover una gestión con ética y transparencia	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio. • Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción.

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

3.1. Políticas de Estado relacionada a la Seguridad Social en Salud

- Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y el Decreto Supremo N° 009-97-SA que aprueba su Reglamento.
- Ley N° 27056 - Ley de Creación del Seguro Social de Salud ESSALUD, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (28.01.199) y el Decreto Supremo N° 002-99-TR que aprueba su Reglamento.
- Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29626 – Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2011, quincuagésima quinta disposición complementaria final, donde se establece que ESSALUD se incorpore al ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por FONAFE.
- Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud-SUSALUD.





3.2. Lineamientos de Política Institucional emitidas por la Alta Dirección

La Gerencia General de ESSALUD, mediante Carta Circular N° 022-GG-ESSALUD-2017 dio a conocer 8 "Prioridades prestacionales de salud 2018": 1) Enfermedades oncológicas, 2) Enfermedades cardiovasculares, 3) Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, 4) Enfermedades materno perinatales, 5) Infecciones por VIH y tuberculosis, 6) Infecciones intrahospitalarias, 7) Anemia infantil, y 8) Desnutrición crónica infantil.

Con Resolución N° 340-PE-ESSALUD-2018, se aprobó el "Plan de intervención para el mejoramiento del otorgamiento de prestaciones de salud, periodo 2018", que contiene 20 estrategias orientadas a mejorar los aspectos vinculados a las prestaciones de salud: 1) Implementación del pago de bono por cumplimiento de metas e indicadores, 2) Recuperación de la producción asistencial, 3) Implementación de mecanismos de pago basados en rendimientos, 4) Optimización de la atención domiciliaria en Lima, 5) Optimización de la brecha de capacidad instalada vs población adscrita, 6) Fortalecimiento de "Alta Hospitalaria Precoz", 7) Implementación del tercer turno de la consulta externa, 8) Fortalecimiento de equipos médicos de contingencia, 9) Incremento de cirugías ambulatoria, 10) Implementación de quimioterapia ambulatoria, 11) Reactivación de la emergencia del Hospital Rebagliati y mejora de los servicios de emergencia institucionales, 12) Implementación de servicios de rehabilitación en Hospitales Nacionales, 13) Fortalecimiento de ESSALUD en línea, 14) Fortalecimiento de Hospital Perú, 15) Implementación de un sistema de control prestacional, 16) Prestaciones adicionales en Hospital APP o bajo costo. 17) Despliegue del sistema de gestión de servicios de salud en los tres niveles de atención, 18) Actualización de indicadores de las IPRESS contratadas ligados a impacto, 19) Implementación de central única de autorización de referencias en Lima y Centro de monitoreo, y 20) Implementación de la Torre Trecca.

3.3. Cambios en la estructura orgánica durante el primer semestre de 2018

El Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (Texto actualizado y concordado), aprobado con Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 y modificado por Resoluciones N° 767-PE-ESSALUD-2015, N° 141-PE-ESSALUD-2016, N° 310-PE-ESSALUD-2016, N° 328-PE-ESSALUD-2016, N° 394-PE-ESSALUD-2016, N° 055, 142, 347 y 539-PE-ESSALUD-2017 y N° 125-PE-ESSALUD-2018.

Durante el primer semestre de 2018, se realizaron las siguientes modificaciones:

Tabla N° 02: Modificaciones a la Estructura Orgánica de ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Documento	Fecha	Descripción
Resolución N° 125-PE-ESSALUD-2018	16.02.2018	Modifica la estructura orgánica y el texto actualizado y concordado del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de EsSalud, aprobado con Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015 y respectivas modificatorias, relacionado a la naturaleza de la Red Prestacional, entre otros. Asimismo, aprueba el ROF de la Red Prestacional Rebagliati, Almenara y Sabogal. Dispone la implementación de las Redes Prestacionales de Lima y Callao, entre otros.
Resolución N° 222-PE-ESSALUD-2018	22.03.2018	Dispone la precisión y modificación de algunos numerales de la Resolución N° 125-PE-ESSALUD-2018.

Fuente: Gerencia de Organización y Procesos – Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto





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

Para efectos de medir el nivel de avance de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021, se ha establecido criterios y valores de cumplimiento, que se presenta en la siguiente tabla:

Tabla N° 03: Criterios de evaluación del nivel de avance de los Indicadores programados en el PEI 2017-2021

Criterio	Valor de cumplimiento	Observación
Excelente	> = 90%	Metas cumplidas.
Bueno	< 90% y >= 75%	Metas que al realizar el informe se encontraban en proceso no concluidas, con significativo avance.
Regular	< 75% y > = 60 %	Metas que al realizar el informe estaban en proceso, con avance regular.
Malo	< = 60% y > 0%	Metas que al realizar el informe estaban en proceso de ejecución con avance no significativo.
Sin avance	0	Metas que no registran avance.

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión

4.1. Objetivo Estratégico 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados

El objetivo estratégico 1 (OE1) disgrega en dos (02) acciones estratégicas, y 10 indicadores.

Tabla N° 04: Indicadores del Objetivo Estratégico 1 y Acciones Estratégicas 1.1 y 1.2

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo. Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo. Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente. Adultos mayores beneficiados con atención integral
	Años de vida saludable perdidos por 1,000 habitantes	AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel) Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

A continuación, se detalla el nivel de cumplimiento de cada uno de los indicadores:

1. Índice de satisfacción general

• Fórmula:

$$\frac{\text{Encuestas con calificación "muy satisfecho" y "satisfecho"}}{\text{Total encuestas realizadas}} \times 100\%$$





• **Avance:**

La Gerencia Central del Asegurado, responsable del cumplimiento del indicador, ha informado que obtendrá el valor del indicador a través de encuestas, que serán realizadas en el 2018 a los asegurados y usuarios de los servicios que brinda ESSALUD, en algunos establecimientos de salud, con la finalidad de obtener basales del índice e iniciar la medición del indicador en el 2019.

Sin embargo, durante el primer semestre de 2018 se ha incluido en el Plan Anual de Contrataciones 2018, contratar el servicio especializado para realizar la medición de la satisfacción cuyo valor referencia es S/ 283,000. Se prevé que el servicio se adjudique en agosto de 2018, posterior a ello la empresa especializada tendrá 60 días calendario para realizar el servicio.

En ese sentido, a pesar de las acciones realizadas, según criterios de evaluación, se considera que el indicador no registra avance en el periodo de evaluación.

2. Años de vida saludable perdidos por 1,000 habitantes

• **Fórmula:**

$$AVD + AVP = AVISA$$

Dónde:

- AVD** : Años de vida perdidos por discapacidad.
AVP : Años de vida perdidos por muerte prematura.
AVISA : Años de vida saludable perdidos.

• **Avance:**

Con la finalidad de conocer de manera precisa la realidad sanitaria en ESSALUD, que permita obtener los elementos necesarios para definir las prioridades sanitarias orientadas a lograr una mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos institucionales, se viene desarrollando desde el 2004 diversas mediciones que permitan evaluar estos impactos, entre los que destacan los estudios de Carga de Enfermedad, que se realizan en un periodo no menor de cinco (05) años.

En ese contexto, para presentar resultados cuantificables de la AVISA en el 2019, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, viene depurando y consolidando la información.

Sin perjuicio de ello, se precisa que el citado órgano de la institución, en el marco de sus funciones elaboró y presentó en el 2016¹, el Estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones – Estimación de años de vida saludables perdidos 2014, donde se concluye haber obtenido 935,619 de AVISA, 16% menos que en el anterior estudio del año 2010 (1,113,364 de AVISA).

3. Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{Solicitudes concluidas en plazo}}{\text{Solicitudes registradas válidas} - \text{Solicitudes en trámite en plazo}} \times 100\%$$

¹ http://www.essalud.gob.pe/noticias/estimacion_carga_enfermedad.pdf



• Avance:

La Gerencia Central de Atención al Asegurado, informó haber obtenido el 88.92% de conclusión de solicitudes dentro del plazo durante el primer semestre de 2018, lo cual representa el 92.63% de la meta del indicador, considerando como excelente el avance, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 05: Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre de 2018
Solicitudes concluidas en plazo	73,284
Solicitudes registradas válidas	84,165
Solicitudes en trámite en plazo	1,753
% de conclusión de solicitudes dentro del plazo	88.92%
Meta del indicador (Año 2018)	96.00%
% de avance del indicador	92.63%

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado

Asimismo, durante el primer semestre de 2018, 24 establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención², obtuvieron un porcentaje de conclusión de solicitudes de atención del 100%.

4. Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio

• Fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados que manifestaron haber tenido una insatisfacción y la comunicación a una PAU de la institución}}{\text{N}^\circ \text{ de usuarios encuestados que manifestaron haber tenido una insatisfacción en el servicio solicitado o recibido}} \times 100\%$$

• Avance:

El nivel de avance del indicador es similar a lo obtenido en el indicador "Índice de satisfacción general", debido que el resultado está sujeto a realizar encuestas, y según lo informado por la Gerencia Central del Asegurado (responsable del cumplimiento del indicador), se encuentra en un proceso logístico, proyectándose obtener resultados de la encuesta en el 2018, y tener basales del índice para iniciar la medición del indicador en el 2019.

En ese sentido, a pesar de las acciones realizadas, según criterios de evaluación, se considera que el indicador no registra avance en el periodo de evaluación.

5. Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo

• Fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de eventos centinela gestionados según directiva}}{\text{N}^\circ \text{ de eventos centinela registrados}} \times 100\%$$

• Avance:

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, informa que mediante Resolución N° 501-GG-ESSALUD-2012, se aprobó la Directiva N° 07-GG-



² 22 establecimientos de salud del nivel I (01 Red Asistencial Apurímac, 01 Ayacucho, 01 Cusco, 02 Huancavelica, 04 Ica, 01 Juliaca, 01 Junín, 05 Loreto, 01 Piura, 03 Tumbes y 02 Ucayali), 2 establecimientos de salud del nivel II (01 Red Asistencial La Libertad y 01 Tarapoto).



ESSALUD-2012 "Lineamientos para la implementación de las comisiones de eventos centinela en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD", define al "evento centinela", como un tipo de evento adverso³ que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y requiere tratamiento permanente o cambio en estilo de vida. Un evento adverso sólo en ocasiones es un evento centinela; en cambio todo evento centinela es un evento adverso.

Según ficha de protocolo del indicador, contenido en el PEI 2017-2021, se menciona que la fuente de datos del indicador es el Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos (REGINCIAD), aplicativo web que, desde mayo de 2014, permite registrar la notificación, procesamiento y el análisis de los eventos adversos.

Durante el primer semestre de 2018, se tuvo 15.38% de eventos centinela gestionados a tiempo⁴, lo cual representa el 21.97% de la meta del indicador, considerando como malo, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 06: Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre de 2018
N° de eventos centinela gestionados según directiva	2
N° de eventos centinela registrados	13
% de eventos centinela gestionados a tiempo	15.38%
Meta del indicador (Año 2018)	70%
% de avance del indicador	21.97%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

6. Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente

• Fórmula:

$$\frac{\text{N° de pacientes con brazaletes de identificación con datos correctos de acuerdo a Directiva en la UPSS hospitalización de los servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición}}{\text{N° total de pacientes hospitalizados en servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición}} \times 100\%$$

• Avance:

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, informa que con Resolución N° 983-GG-ESSALUD-2013 se aprobó la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013 "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente", que implementa el uso del brazaletes de identificación del paciente, con la finalidad de mejorar el sistema de identificación de los pacientes durante el proceso de atención, que permita tener la certeza que es la persona a quien va dirigido el procedimiento, el tratamiento, los cuidados, etc.

Habiéndose dispuesto precisiones para el registro, medición y reporte del indicador mediante Carta Circular N° 11-OGCyH-ESSALUD-2018, y conforme a la Directiva antes mencionada, durante el primer semestre de 2018 se tuvo

³ Según Directiva N° 07-GG-ESSALUD-2012, evento adverso, es un incidente o efecto adverso indeseado que puede afectar la salud del paciente; está estrechamente asociado con la atención recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño, el efecto adverso si afecta la salud del paciente.

⁴ La OGCyH trabajó con información de 9 establecimientos de salud: H.I. Marino Molina Scippa, H.III. Hospital de Emergencias Grau, H. II. Ramón Castilla, H.N. Edgardo Rebagliati Martins, H.III. Suarez-Angamos, H. IV. Almanzor Aguinaga Asenjo, H. II. Luis Heysen Inchaustegui, H. IV. Hospital de Alta Complejidad de la Libertad Virgen de la Puerta, H.N. Ramiro Priale Priale.



91.01% de pacientes correctamente identificados según directiva vigente⁵, lo cual sobrepasa el 100% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 07: Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre de 2018
N° de pacientes con brazaletes de identificación con datos correctos de acuerdo a Directiva en la UPSS hospitalización de los servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición	145,167
N° total de pacientes hospitalizados en servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición	159,511
% de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	91.01%
Meta del indicador (Año 2018)	20%
% de avance del indicador	108.00%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

7. Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente

• Fórmula:

$$A \times 1.1$$

Dónde:

A: Total de asegurados con discapacidad que fueron integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional en CERPS y MBRPS, del año anterior a la medición.

• Avance:

Con la participación de 300 interesados y 20 empresas reconocidas a nivel nacional, el 30 de mayo de 2018 la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad llevó a cabo el encuentro laboral y selección de personal con discapacidad 2018 "Reclutando talento", obteniendo 907 entrevistas laborales.

Asimismo, la citada Gerencia Central ha informado que a través de los 4 Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y 13 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS) que se tiene a nivel nacional, durante el primer semestre de 2018, se han identificado 807 asegurados con discapacidad, los cuales fueron integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional en los CERPS y MBRPS, cantidad que representa el 40.19% de la meta del indicador, considerando como malo, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 08: Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre de 2018
Total de asegurados con discapacidad que fueron integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional en CERPS y MBRPS	807
Meta del indicador (Año 2018)	2,008
% de avance del indicador	40.19%

Fuente: Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad



⁵ La O:3CyH trabajó con información de 94 establecimientos de salud (5 del Nivel I, 80 del Nivel II y 9 del Nivel III).



8. Adultos mayores beneficiados con atención integral

• Fórmula:

(N° de adultos mayores beneficiados con atención integral / N° de adultos mayores inscritos a los servicios de prestaciones) x 100%

• Avance:

La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, informó que, durante el primer semestre de 2018, a través de 126 establecimientos de salud, benefició con atención integral a 8,779 adultos mayores asegurados de ESSALUD, cantidad que representa el 93.66% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 09: Adultos mayores beneficiados con atención integral en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Table with 2 columns: Detalle and I semestre de 2018. Rows include: N° de adultos mayores beneficiados con atención integral (8,779), N° de adultos mayores inscritos a los servicios de prestaciones sociales (87,126), % de adultos mayores beneficiados con atención integral (10.08%), Meta del indicador (Año 2018) "1.1 x Basal" (10.76%), % de avance del indicador (93.66%).

Fuente: Subgerencia de Protección al Adulto Mayor - Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor

9. Grado de resolutivez del primer nivel (consultas externas médicas en primer nivel)

• Fórmula:

(N° de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado / N° total de consultas médicas realizadas) x 100%

• Avance:

Conforme a la información remitida por la Gerencia Central de Operaciones, durante el primer semestre de 2018 se tuvo un total de 9,428,750 consultas médicas, de las cuales 4,231,619 (44.88%) corresponden al primer nivel de atención, cantidad que representa el 89.76% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 10: Grado de resolutivez del primer nivel en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Table with 2 columns: Detalle and I semestre de 2018. Rows include: N° de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado (4,231,619), N° total de consultas médicas realizadas (9,428,750), Grado de resolutivez del primer nivel (44.88%), Meta del indicador (Año 2018) (50%), % de avance del indicador (89.76%).

Fuente: Gerencia Central de Operaciones



10. Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hospitalizaciones evitables por diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas del corazón, TBC y enfermedades inmunoprevenibles en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos}} \times 100\%$$

• **Avance:**

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud informa que el término hospitalizaciones evitables, está definido como un conjunto de patologías en que unos cuidados ambulatorios efectivos, prestados a tiempo reducirían significativamente o evitarían la hospitalización. Precizando que la tasa elevada de hospitalización evitable en una población significa una atención ambulatoria no óptima o inadecuada.

Asimismo, el citado órgano de la institución informa que, durante el primer semestre de 2018, se han registrado en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) un total de 244,225 egresos hospitalarios, de los cuales 5,412 (2.22%) son egresos que corresponden a hospitalizaciones seleccionadas como condiciones evitables, cantidad que representa el 98.67% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 11: Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre de 2018
N° de hospitalizaciones evitables por diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas del corazón, TBC y enfermedades inmunoprevenibles en un período	5,412
N° de egresos	244,225
% de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	2.22%
Basal año 2017	2.27%
Meta del indicador (Año 2018) "0.99 x Basal"	2.25%
% de avance del indicador	98.67%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Es relevante mencionar que, del total de hospitalizaciones evitables, 39% fueron por diabetes, 29% por enfermedades isquémicas, 26% por hipertensión arterial, 5% por TBC y 1% por enfermedades inmunoprevenibles.

4.2. Objetivo Estratégico 2: Desarrollar una gestión con experiencia operativa

El objetivo estratégico 2 (OE2) disgrega en dos (02) acciones estratégicas, y 7 indicadores.





Tabla N° 12: Indicadores del Objetivo Estratégico 2 y Acciones Estratégicas 2.1 y 2.2

OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	ACCION ESTRATEGICA	INDICADOR
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos.
	Diferimiento de citas de consulta externa		Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional.
	Tiempo de espera quirúrgico	AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Items de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes
			Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional.

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

A continuación, se detalla el nivel de cumplimiento de cada uno de los indicadores:

1. Estancia hospitalaria

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{Sumatoria de los días de estancia en hospitalización en un periodo}}{\text{Egresos de hospitalización en el mismo periodo}}$$

• **Avance:**

Considerando que los días de estancia hospitalaria, es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado por más de 24 horas para diagnóstico y/o tratamiento médico o quirúrgico, en servicios de hospitalización (medicina, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría), e incluye los días de estancia de pacientes fallecidos y de altas hospitalarias de UCI (Unidad de cuidados intensivos), UCIN (Unidad de cuidados intermedios) y UCIN (Unidad de vigilancia intensiva).

En ese sentido, la Gerencia Central de Operaciones ha informado que durante el primer semestre de 2018 se obtuvo 5.44 días que un paciente permaneció hospitalizado hasta el alta del servicio en promedio, sin diferenciar el nivel de complejidad. Es decir 77.21% de avance de la meta programada para el 2018, considerándolo como bueno, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 13: Estancia hospitalaria en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre 2018
Días de estancia en hospitalización	1,439,445
Egresos de hospitalización	264,549
Estancia hospitalaria	5.44
Meta del indicador (Año 2018)	4.2
% de avance del indicador	77.21%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

Asimismo, la citada Gerencia Central, ha informado que para obtener la estancia hospitalaria ha excluido las admisiones de un día.

2. Diferimiento de citas de consulta externa

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{Sumatorio total de los días calendario transcurridos entre la fecha de cita indicada para ser atendido en la consulta externa y la fecha para la cual es asignada la cita}}{\text{Total citas otorgadas}}$$



• **Avance:**

De la información almacenada en los tres sistemas de gestión hospitalaria institucional (SGH, SGSSS y SISCAP), durante el primer semestre de 2018 la Gerencia Central de Operaciones informó haber obtenido 12.04 días de diferimiento de citas, es decir, 83.08% de avance de la meta programada, considerándolo como bueno, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 14: Diferimiento de citas de consulta externa en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	1 semestre 2018
Días calendario transcurrido entre la fecha de cita indicada para ser atendido en consulta externa y la fecha para la cual es asignada la cita	30.462,226
Total citas otorgadas	2.530.779
Diferimiento de citas de consulta externa	12.04
Meta del indicador (Año 2018)	10
% de avance del indicador	83.08%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

3. Tiempo de espera quirúrgico

• **Fórmula:**

Promedio de días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos.

$$\text{Fecha de cirugía} - \text{Fecha de aptitud}$$

• **Avance:**

La Gerencia Central de Operaciones ha informado que la fórmula o método de cálculo para el indicador, genera un resultado que no refleja el tiempo de espera para una intervención quirúrgica, y que no guarda correspondencia con la percepción del asegurado sobre la calidad del servicio.

Sin embargo, comunica que, durante el primer semestre de 2018 de las 152,112 intervenciones quirúrgicas realizadas, se tuvo 34,111 pacientes con fecha de aptitud (obtenido de la lista de espera quirúrgico). En ese sentido, el tiempo promedio de espera de registros con fecha de aptitud (días) entre la fecha de operación y fecha de aptitud (primer semestre 2018) es 64.37 días, lo cual representa el 85.83% de la meta del indicador, considerado como bueno el avance, según rango de criterios de evaluación.

4. Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículo

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{Horas disponibles} - \text{Horas inoperativas}}{\text{Horas disponibles}}$$

• **Avance:**

La Gerencia Central de Proyectos de Inversión, ha informado que por error se incluyó en el indicador "disponibilidad de equipos médicos electromecánicos y vehículos", lo cual según lo reportado por la Gerencia Central no es función de





la Subgerencia de Mantenimiento conforme al Reglamento de Organización y Funciones vigente.

Por otro lado, la citada Subgerencia se ha planteado ejecutar 5 acciones estratégicas con sus respectivos indicadores, para obtener información coherente y fiable del indicador aprobado en el PEI 2017-2021:

- a. Contar con información en tiempo real.
- b. Estandarizar los campos de información inherente al mantenimiento de equipos.
- c. Contar con la relación real de equipos.
- d. Implementar acciones para el cumplimiento del mantenimiento preventivo.
- e. Implementar acciones para el cumplimiento del mantenimiento correctivo.

Sin perjuicio del trabajo que viene realizando la Gerencia Central de Proyectos de Inversión, la evaluación del PEI 2017-2018 correspondiente al primer semestre de 2018, se realiza según ficha de protocolo del indicador contenido en el mencionado documento de gestión. En ese sentido, durante el primer semestre de 2018, se tiene 0% de la meta del indicador, considerando como sin avance, según rango de criterios de evaluación.

5. Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional

• Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional cubiertos}}{\text{Total de las plazas 273, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional activas}} \times 100\%$$

• Avance:

La Gerencia Central de Gestión de las Personas ha informado que se dispuso la suspensión de autorización y convocatoria de procesos de selección de personal, porque de acuerdo con las delegaciones otorgadas, éstas no debían exceder de 56,003 trabajadores, considerando a los tres regímenes laborales (Decretos Legislativos N° 276,728 y 1057), posterior a ello exceptuó del mencionado grupo los casos de desplazamiento que cuenten con transferencia de plazas autorizadas con Resolución de Gerencia Central, y también exceptuó a las contrataciones por suplencia para los cargos de naturaleza asistencial. Es así que la mencionada Gerencia Central, viene efectuando los procesos de autorización y contratación de personal según lo dispuesto, priorizando necesidades de cada red asistencial acorde al marco presupuestado para el presente periodo.

Sobre la fórmula o método de cálculo, la citada Gerencia Central precisa que el término plaza cubierta, es aquella que tiene un trabajador asignado, y el término plaza activa, es aquella que se encuentra presupuestada.

En ese sentido, al primer semestre de 2018, se obtuvo 97.83% de cobertura de plazas activas a nivel nacional, cantidad que sobrepasa el 100% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.



Tabla N° 15: Porcentaje de cobertura de plazas activas a nivel nacional en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre 2018
N° de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional cubiertos	57,145
Total de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional activas	58,415
% de cobertura de plazas activas a nivel nacional	97.83%
Meta del indicador (Año 2018)	96%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas
Planilla única de pagos del mes de junio 2018 – Subgerencia de Compensaciones.

Por otro lado, es relevante mencionar que, en el cumplimiento a la Ley N° 30555 - Ley que incorpora al Régimen Laboral del Decreto Legislativo 728 a los trabajadores profesionales, no profesionales, asistenciales y administrativos de ESSALUD que se encuentran bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios, para el presente año está programado el pase de 3,000 trabajadores CAS al régimen laboral D.L. 728.

6. Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{Ítems con cobertura menor a 30 días}}{\text{Ítems totales solicitados}}$$

• **Avance:**

La Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos, responsable del cumplimiento del indicador no ha remitido respuesta para el presente informe de evaluación. En ese sentido, se considera sin avance, según criterios de evaluación.

7. Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{N° de sistemas claves integrados}}{\text{Total de sistemas claves de la institución}} \times 100\%$$

• **Avance:**

La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones informó que hay 22 sistemas claves⁶ en la institución, siendo 13 sistemas integrables, y los 9 sistemas restantes son considerados sistemas BASAL, por lo que no corresponde integrarlos.

Del total de sistemas integrables, durante el primer semestre de 2018 se integraron 3 sistemas. En ese sentido, se alcanzó el 13.64% de sistemas integrados de gestión institucional, cantidad que sobrepasa el 100% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.



⁶ PEI 2017-20121, Ficha de protocolo del indicador, lo define como el aplicativo que tiene alto impacto en las operaciones actuales, hacen que todo el proceso productivo sea más eficiente. No se puede prescindir de ellas porque son críticas para la operación.



Tabla N° 16: Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional en ESSALUD en el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre 2018
N° de sistemas claves integrados	3
Total de sistemas claves de la institución	22
% de sistemas integrados de gestión institucional	13.64%
Meta del indicador (Año 2018)	10%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

4.3. Objetivo Estratégico 3: Brindar servicios sostenibles financieramente

El objetivo estratégico 3 (OE3) disgrega en una (01) acción estratégica, y 03 indicadores.

Tabla N° 17: Indicadores del Objetivo Estratégico 3 y Acción Estratégica 3.1

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR
OE 3: Brindar servicios sostenibles financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado
			Porcentaje de déficit del presupuesto institucional

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

A continuación, se detalla el nivel de cumplimiento de cada uno de los indicadores:

1. Gastos operativos/ ingresos

• **Fórmula:**

$$\frac{(\text{Egresos} + \text{Transferencias netas})}{\text{Ingresos de todas las fuentes}}$$

• **Avance:**

La Gerencia de Presupuesto informa que, al primer semestre de 2018, se tuvo menores gastos operativos y transferencias netas, en relación a los ingresos.

En ese sentido, la razón de gastos operativos/ ingresos fue 88.11%, cantidad que representa el 90.84% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 18: Gastos operativos/ ingresos en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre 2018
Egresos + Transferencias netas	4,924,541,361
Ingresos de todas las fuentes	5,588,962,794
Gastos operativos/ ingresos	88.11%
Meta del indicador (Año 2018)	97%
% de avance del indicador	90.84%

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

2. Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{Establecimientos de salud propios con sistemas de costos implementados} (\text{Costo unitario promedio} + \text{costos por actividad médica})}{\text{Total de establecimientos de salud propios}}$$





• Avance:

Para el presente informe, la Gerencia de Presupuesto ha informado que al 30 de junio de 2018 según cronograma de cierre del Sistema de Costos NSISCOS, se registraron 269 establecimientos de salud de la oferta institucional, que cuentan con costo unitario promedio; sin embargo, se tiene un establecimiento de salud (Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen) que ha procesado costos por actividad médica.

En ese sentido, al primer semestre de 2018 se obtuvo el 0.26% de establecimientos de salud con nuevo sistema de costos implementada, cantidad que representa el 1.73% de la meta del indicador, considerando como malo, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 19: Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre 2018
Establecimientos de salud propios con sistemas de costos implementados	1
Total de establecimientos de salud propios	385
% de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	0.26%
Meta del indicador (Año 2018)	15%
% de avance del indicador	1.73%

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

Asimismo, la Gerencia de Presupuesto viene desarrollando un Plan piloto del Hospital Nacional Almenara, que cuenta con sistema de costo por actividad médica, que comprende 571 procedimientos ejecutados.

3. Porcentaje de déficit del presupuesto institucional

• Fórmula:

$$\left[\frac{\text{Todos los egresos}}{\text{Todos los ingresos}} \right] - 1$$

• Avance:

La Gerencia de Presupuesto, según fórmula o método de cálculo, obtuvo el -9.98% de déficit del presupuesto institucional, cantidad que representa el 0% de la meta del indicador, considerando como sin avance, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 20: Porcentaje de déficit del presupuesto institucional en ESSALUD durante el primer semestre de 2018

Detalle	I semestre 2018
Todos los egresos	5,031,024,148
Todos los ingresos	5,588,962,794
% de déficit del presupuesto institucional	- 9.98%
Meta del indicador (Año 2018)	3.5%
% de avance del indicador	0%

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

Asimismo, se precisa que el valor obtenido como déficit presupuestario institucional, es producto de un resultado económico positivo de S/ 557.9 miles





de millones, debido a los menores egresos totales al primer semestre de 2018, así como los menores gastos de capital.

4.4. Objetivo Estratégico 4: Promover una gestión con ética y transparencia

El objetivo estratégico 4 (OE4) disgrega en dos (02) acciones estratégicas, y 06 indicadores.

Tabla N° 21: Indicadores del Objetivo Estratégico 4 y Acciones Estratégicas 4.1 y 4.2

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	ACCION ESTRATÉGICA	INDICADOR
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de Integridad Institucional	AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Porcentaje de ausentismo laboral
			Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño
		AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos
			Índice de prevención de la corrupción
			Índice de respuesta frente a la corrupción

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

A continuación, se detalla el nivel de cumplimiento de cada uno de los indicadores:

1. Índice de integridad institucional

• Fórmula:

Promedio de (IPC, IRC)

Dónde:

IPC: Índice de prevención de la corrupción.

IRC: Índice de respuesta frente a la corrupción.

• Avance:

La Oficina de Integridad ha informado que durante el primer semestre de 2018 se alcanzó el 39.51% de índice de integridad institucional, el cual es un promedio del índice de prevención de la corrupción y el índice de respuesta frente a la corrupción.

En ese sentido, el valor obtenido representa el 42.03% de la meta del indicador, considerando como malo, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 22: Índice de integridad institucional en ESSALUD durante el primer semestre 2018

Detalle	I semestre 2018
IPC	72.73%
IRC	6.29%
Índice de integridad institucional	39.51%
Meta del indicador (Año 2018)	94%
% de avance del indicador	42.03%

Fuente: Oficina de Integridad

2. Porcentaje de ausentismo laboral

• Fórmula:

$\frac{N^{\circ} \text{ de horas de ausentismo}}{N^{\circ} \text{ de horas laborales programadas}} \times 100\%$





• Avance:

La Gerencia Central de Gestión de las Personas, responsable del cumplimiento del indicador no ha remitido respuesta para el presente informe de evaluación. En ese sentido, se considera sin avance, según criterios de evaluación.

3. Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño

• Fórmula:

$$\frac{\text{N° de trabajadores participantes en el proceso de evaluación de desempeño con calificación alta y muy alta}}{\text{N° de trabajadores participantes del proceso de evaluación de desempeño}} \times 100\%$$

• Avance:

La Gerencia Central de Gestión de las Personas, responsable del cumplimiento del indicador no ha remitido respuesta para el presente informe de evaluación. En ese sentido, se considera sin avance, según criterios de evaluación.

4. Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos

• Fórmula:

$$\frac{\text{N° de iniciativas de proyecto de mejora presentadas}}{\text{Total de colaboradores}} \times 100\%$$

• Avance:

La Gerencia Central de Gestión de las Personas, responsable del cumplimiento del indicador no ha remitido respuesta para el presente informe de evaluación. En ese sentido, se considera sin avance, según criterios de evaluación.

5. Índice de prevención de la corrupción

• Fórmula:

$$\sum_{n=1}^v \text{/# de variables } V1 + V2 + V3 / n$$

Dónde:

- V1: Respuesta oportuna a solicitudes de acceso a la información
- V2: Respuesta brindada por el funcionario responsable y facultado
- V3: Cumplimiento de la actualización del portal de transparencia.

• Avance:

Sobre la variable V1 (respuesta oportuna a solicitudes de acceso a la información), la Oficina de Integridad ha informado que, durante el primer semestre de 2018, de un total de 91 órganos institucionales, se tuvo 70 (76.92%) órganos institucionales que han implementado la respuesta oportuna a solicitudes de acceso a la información.

Con respecto a la variable V2 (respuesta brindada por el funcionario responsable y facultado), de un total de 91 órganos institucionales, se tuvo 78





(85.71%) órganos institucionales que han implementado la respuesta brindada por el funcionario responsable y facultado.

Y finalmente sobre la variable V3 (cumplimiento de la actualización del portal de transparencia), la Oficina de Integridad ha informado que, de un total de 9 órganos de la institución, ha coordinado con 5 (55.56%) órganos de la institución, los cuales se encargan de mantener actualizado la información que se publica en el Portal de Transparencia Estándar del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

En ese sentido, durante el primer semestre de 2017 se alcanzó el 72.73% de Índice de prevención de la corrupción, cantidad que sobrepasa el 100% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 23: Índice de prevención de la corrupción en ESSALUD durante el primer semestre 2018

Detalle	I semestre 2018
V1	76.92%
V2	85.71%
V3	55.56%
Índice de prevención de la corrupción	72.73%
Meta del indicador (Año 2018)	15%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Oficina de Integridad

6. Índice de respuesta frente a la corrupción

• Fórmula:

$$\sum_{n=1}^v \text{/# de variables } V1 + V2 + V3 / n$$

Dónde:

- V1: Atención de denuncias vinculadas a presuntos hechos de corrupción
- V2: Seguimiento de denuncias derivadas para atención
- V3: Acciones de información al denunciante sobre el estado de denuncia presentada

• Avance:

Sobre la variable V1 (atención de denuncias vinculadas a presuntos hechos de corrupción), la Oficina de Integridad ha informado que, durante el primer semestre de 2018, se tuvo 3,737 denuncias ingresadas, de las cuales 130 (3.48%) fueron procesadas.

Con respecto a la variable V2 (seguimiento de denuncias derivadas para atención), de un total de 972 denuncias derivadas, se realizó 142 (14.61%) acciones de seguimiento.

Y finalmente sobre la variable V3 (acciones de información al denunciante sobre el estado de denuncia presentada), la Oficina de Integridad ha informado que, de un total de 130 denuncias atendidas, se ha tenido 1 (0.77%) comunicación remitida al denunciante.



En ese sentido, durante el primer semestre de 2017 se alcanzó el 6.29% Índice de respuesta frente a la corrupción, cantidad que representa el 41.93% de la meta del indicador, considerando como malo, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 24: Índice de respuesta frente a la corrupción en ESSALUD en el primer semestre 2018

Detalle	I semestre 2018
V1	3.48%
V2	14.61%
V3	0.77%
Índice de respuesta frente a la corrupción	6.29%
Meta del indicador (Año 2018)	15%
% de avance del indicador	41.93%

Fuente: Oficina de Integridad

Asimismo, la Oficina de Integridad informó haber puesto a disponibilidad de los usuarios y los ciudadanos, 3 medios mediante los cuales pueden presentar sus denuncias por presuntos actos de corrupción. Los medios son los siguientes:

- Botón de denuncias, sobre presuntos actos de corrupción. Disponible a través del siguiente enlace <http://www.essalud.gob.pe/formulario-anticorruptcion/>
- Mesa de partes del Seguro Social de Salud – ESSALUD, ubicado en el segundo piso del Edificio Lima.
- De manera directa a través del despacho de la Oficina de Integridad, ubicado en la Av. Arenales 1302 - Oficina 105 Jesús María.





V. Principales logros por cada indicador de los objetivos estratégicos

Tabla N° 25: Principales logros por cada indicador de los Objetivos Estratégicos del PEI 2017-2021 correspondiente al primer semestre de 2018

Objetivo Estratégico	Indicador	Logros
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general.	- En el Plan Anual de Contrataciones 2018 se incluyó el servicio especializado para realizar la medición de la satisfacción en los centros asistenciales seleccionados a nivel nacional.
	Estancia Hospitalaria	- 16 órganos de la institución alcanzaron los días promedio de estancia hospitalaria menor al estándar propuesto según meta del indicador para el 2018, y 14 órganos de la institución, han superado la meta del indicador.
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa	Diferimiento de citas de consulta externa	- 21 órganos de la institución presentaron valores de diferimiento de citas por debajo de la meta del indicador para el 2018, y 10 órganos de la institución han superado la meta del indicador.
	Tiempo de espera quirúrgico	- No se tiene identificado logros del indicador, debido que la fórmula del cálculo no refleja el tiempo de espera para una intervención quirúrgica.
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	- Al primer semestre de 2018, se alcanzó un resultado económico positivo de S/ 557.9 miles de millones, el cual permitirá a ESSALUD cubrir las obligaciones en bienes y servicios que, al cierre del período evaluado, quedaron pendientes de ejecución por haberse ingresado en fecha posterior al cierre, así como pago de las gratificaciones del mes de julio por fiestas patrias del ejercicio de 2018.
	Índice de integridad institucional	- La Oficina de Integridad ha permitido a disponibilidad de los usuarios y ciudadanos, tres medios para que se presenten denuncias por presuntos actos de corrupción (botón de denuncias, mesa de partes y despacho de la Oficina de Integridad).

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

Tabla N° 26: Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al primer semestre de 2018

Acción Estratégica	Indicador	Logros
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo	- De un total de 385 establecimientos de salud que forman parte de la oferta institucional, 24 establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención obtuvieron un porcentaje de conclusión del 100%.
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	- En el Plan Anual de Contrataciones 2018 se incluyó el servicio especializado para realizar la medición de la satisfacción en los centros asistenciales seleccionados a nivel nacional.
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo	- De un total de 385 establecimientos de salud que forman parte de la oferta institucional, 281 establecimientos de salud tuvieron usuarios del REGINCIAD activos, los cuales identifican y registran los eventos centinela.
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	- El Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC) ha sido implementado en el 100% de las IPRESS con hospitalización, los cuales forman parte de la oferta institucional.
Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente	- 153 asegurados inscritos en los CERPS y MBRPS, lograron implementar un negocio propio, bajo asesoría de ESSALUD. - Con la participación de 667 personas, se llevó a cabo a nivel nacional 81 expo ferias "Manos productivas".
	Adultos mayores beneficiados con atención integral	- Se brindó atenciónes preventivo-promocionales a los asegurados adultos mayores, logrando operationalizar la articulación socio sanitaria en 10 CAM a nivel nacional, asimismo se realizó 5 jornadas de atención integral en coordinación con Hospital Perú, en 6 CAM de Lima. - Previa coordinación con el Centro Nacional de Telemedicina (CENATE), se realizó la verificación de conectividad en los CAM de Lima, lográndose implementar el equipo correspondiente para el desarrollo del Programa de Telegerontología en el CAM Independencia.

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021



Tabla N° 26: Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al primer semestre de 2018

Acción Estratégica	Indicador	Logros
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	<ul style="list-style-type: none"> - 44.86% del total de consultas médicas realizadas durante el primer semestre de 2018, corresponde al primer nivel de atención. - Solo 2 órganos de la institución (Red Prestacional Sabogal y Red Asistencial Ancash), sobrepasaron la meta del indicado, programado para el año 2018.
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> - Durante el primer semestre de 2018, se logró disminuir en 0,05% las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel, lo cual se considera como un logro al tener una atención ambulatoria más óptima.
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	<ul style="list-style-type: none"> - No se tiene identificado logros del indicador, debido que la GCPI informa que el 26.02.2018 ha comunicado que por error se irrobó en el indicador la medida de disponibilidad de vehículos, lo cual, según lo establece el ROF institucional no es función de la Subgerencia de Mantenimiento.
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional	<ul style="list-style-type: none"> - 97.83% de cobertura de plazas activas a nivel nacional.
AE 4.2: Promover una gestión basada en la integridad y lucha contra la corrupción	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizó la integración de sistema SISCAP con la aplicación SOL del operador logístico SALOG, dentro del marco de implementación de contrato de Asociación Público Privada, en 2 establecimientos de salud (C.M. Casapalca y P.M. Construcción Civil).
	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	<ul style="list-style-type: none"> - 135 analistas de costos de los principales hospitales nacionales recibieron asistencia técnica del Sistema de Costos Integrado NSISCOS, lo cual ha permitido mejorar los conocimientos y manejo del citado sistema a nivel nacional de los analistas, que permite un mejor manejo de los costos institucionales.
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Resultado económico positivo de S/ 557.9 miles de millones, debido a los menores egresos totales al primer semestre de 2018, así como los menores gastos de capital
	Índice de prevención de la corrupción	<ul style="list-style-type: none"> - 72.73% de índice de la corrupción durante el primer semestre de 2018.
	Índice de respuesta frente a la corrupción	<ul style="list-style-type: none"> - 6.29% de índice de respuesta frente a la corrupción.

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021



VI. Principales dificultades y oportunidades de mejora

Tabla N° 27: Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de los Objetivos Estratégicos del PEI 2017-2021 correspondiente al primer semestre de 2018

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	<ul style="list-style-type: none"> - El valor del indicador es obtenido a través de encuestas de satisfacción, las cuales serán realizadas a los asegurados y usuarios de los servicios de ESSALUD a nivel nacional. En ese sentido, por la complejidad del indicador, a junio de 2018 no se tiene información basal para medir el avance del indicador. 	<ul style="list-style-type: none"> - El servicio especializado fue incluido en el PAC 2018 de ESSALUD, el mismo que se prevé será adjudicado durante el mes de agosto 2018 y se otorgará 60 días a la empresa adjudicada para realizar el servicio. - La Gerencia Central de Atención al Asegurado, ha previsto obtener la línea base del indicador en el 2018, e iniciar su cumplimiento en el 2019. - Asimismo la citada gerencia central solicitó se evalúe la posibilidad de considerar de manera referencial el Índice de Insatisfacción de prestaciones de salud
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> - La información para obtener el indicador, no diversifica los valores por nivel de complejidad de las IPRESS y Redes Asistenciales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reajuste de estándares de estancia hospitalaria por niveles de complejidad. - Implementación y seguimiento de la normalidad vigente de hospitalización, supervisión a los Comités de Hospitalización en las IPRESS.
	Diferimiento de citas de consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> - 21 órganos de la institución presentaron valores de diferimiento de citas por debajo de la meta del indicador, y 10 órganos de la institución han superado la meta del indicador en el 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y control de la programación asistencial. - Mejora de procesos de interconsulta entre especialidades. - Disminuir el tiempo de entrega de resultados de laboratorio o imagenología.
	Tiempo de espera quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> - El método de cálculo del indicador, se enfoca en el tiempo de espera de pacientes que ya fueron intervenidos quirúrgicamente, sin tomar en cuenta a los pacientes que se encuentran registrados en la Lista Única de Oportunidad Quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Con la finalidad de sincerar la información del indicador, es oportuno realizar el monitoreo del tiempo de espera quirúrgico por nivel de complejidad (Nivel II y III).
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> - El resultado económico fue positivo, debido al diferimiento de la verificación de facturas en función a las obligaciones efectivamente pagadas, así como del registro de las rendiciones de fondo fijo, viáticos por comisión y anticipos por los gastos efectivamente ejecutados al primer semestre 2018, cuyo registro es realizado tardíamente por los Órganos Desconcentrados en los últimos meses del año. 	<ul style="list-style-type: none"> - La Gerencia de Presupuesto ha puesto en marcha la optimización de procesos presupuestales en el módulo de presupuesto / SAP-FM, con el fin de hacer más eficiente la gestión presupuestal. La optimización se ha iniciado con la implementación de la "Certificación Presupuestal". - Se elaboró la Directiva "Normas para la programación del presupuesto asignable o liberado y la certificación presupuestal del Seguro Social de Salud (ESSALUD)". - Mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 583-PE-ESSALUD-2018, se aprobó la Directiva "Medidas de Austeridad, Racionalidad, Disciplina y Calidad del Gasto del Seguro Social de Salud (Essalud) para el Año Fiscal 2018".
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado número de personal para el adecuado desempeño de las funciones de la Oficina de Integridad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Siendo la Oficina de Integridad un órgano relativamente nuevo, tiene facilidades para incorporar procedimientos internos propios, conforme al Reglamento de Organización y Funciones.

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021



Tabla N° 28: Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al primer semestre de 2018

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado número de personal en las Oficinas de Atención al Asegurado, para el adecuado desempeño de las funciones. - Inadecuadas herramientas y aplicativos de gestión, que limitan el adecuado cumplimiento de las metas programáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incluir en el manual de perfiles y puestos, el perfil idóneo para el personal de atención de plataforma, y se utilice en el proceso de contratación del nuevo personal. - La base de datos que ha permitido el monitoreo del indicador, es de las plataformas de atención al usuario, en los establecimientos de salud.
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	<ul style="list-style-type: none"> - El valor del indicador es obtenido a través de encuestas de satisfacción, las cuales serán realizadas a los asegurados y usuarios de los servicios de ESSALUD a nivel nacional. - En ese sentido, por la complejidad del indicador, a junio de 2018 no se tiene información basal para medir el avance del indicador. 	<ul style="list-style-type: none"> - El servicio especializado fue incluido en el PAC 2018 de ESSALUD, el mismo que se prevé será adjudicado durante el mes de agosto 2018, y se otorgará 60 días a la empresa adjudicada para realizar el servicio. - La Gerencia Central de Atención al Asegurado, ha previsto obtener la línea base del indicador en el 2018, e iniciar su cumplimiento en el 2019. - Asimismo la citada gerencia central solicitó se evalúe la posibilidad de considerar de manera referencial el índice de insatisfacción de prestaciones de salud
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> - Incipiente cultura de gestión del riesgo en la institución, así como el sub registro de los eventos centinela, por parte de las IPRESS, lo cual limita su gestión y, por ende, la prevención de los mismos. - El aplicativo web REGINCIAD, es la única fuente de datos para monitorear el cumplimiento del indicador, y está desactualizado, lo cual limita realizar un mejor registro de la información. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia técnica y capacitaciones a diversos órganos de la institución, sobre el REGINCIAD y la metodología de gestión de riesgos que se debe seguir para una adecuada identificación, análisis y gestión de los eventos centinela. - La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización viene realizando coordinaciones con la Gerencia de Tecnologías de Información y Comunicaciones, para mejorar el aplicativo web REGINCIAD.
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	<ul style="list-style-type: none"> - Alta deserción laboral del personal que administra el SGIC. 	<ul style="list-style-type: none"> - La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, seguirá brindando la asistencia técnica al personal que administra el SGIC.
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado número de personal especializado en los CERPS y MBRPS, a nivel nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, brinda de manera consecuente, soporte a los profesionales especializados de los CERPS y MBRPS.
	Adultos mayores beneficiados con atención integral	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado conocimiento del personal que asiste a los adultos mayores, sobre la relación de prestaciones preventivo-promocionales, y las diversas estrategias de difusión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se tiene aliados estratégicos (CENATE, Hospital Peru), que, de acuerdo a sus funciones, contribuyen en el bienestar de las personas adultas mayores.

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

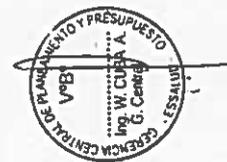


Tabla N° 28: Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al primer semestre de 2018

ACCION ESTRATEGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	<ul style="list-style-type: none"> No hay un sistema que permita integrar información de atención en consulta externa que se realizan a través de mecanismos como intercambio prestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, deben priorizar la dotación de recurso humano asistencial. Reposición y dotación de equipamiento que de soporte a las especialidades ofrecidas en el primer nivel de atención e incrementen la capacidad resolutiva de este.
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> Se dispone de un Sistema de Gestión Hospitalaria fragmentado y con errores en los registros. Existe problemas de acceso y capacidad resolutiva del primer nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Sobre el Sistema de Gestión Hospitalaria, es necesario realizar el control de calidad previo, a fin de emitir una estimación confiable. Fortalecer la capacidad técnica y operativa de las Redes Asistenciales que tienen mayor porcentaje de hospitalizaciones evitables.
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electrónicos y vehículos	<ul style="list-style-type: none"> La Gerencia Central de Proyectos de Inversión informa que por error se incluyó en el indicador, la medida de disponibilidad de vehículos. 	<ul style="list-style-type: none"> La Gerencia Central de Proyectos de Inversión, se ha planteado ejecutar 5 acciones estratégicas con sus respectivos indicadores, para obtener información coherente y confiable del indicador.
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Limitado conocimiento del personal sobre las normas vigentes relacionadas a gestión de recursos humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> La Gerencia Central de Gestión de las Personas, lleva a cabo capacitaciones presenciales y virtuales, orientadas a informar al personal involucrado en recursos humanos, sobre las normas vigentes.
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional.	<ul style="list-style-type: none"> Lentitud en los tiempos de respuesta de las interfaces entre los sistemas, motivada por la demanda del ancho de banda en lugares alejados de las principales ciudades del país. 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad oportuna de información del asegurado, que origina procesos alternos de verificación de los datos del asegurado.
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	<ul style="list-style-type: none"> Personal que administra el sistema de costos de ESSALUD, tiene un limitado conocimiento en tecnologías de la información y ofimática. No se dispone de la cartera de servicios de Salud actualizada y clasificada por niveles de atención, así como del documento técnico que establezca la utilización de los recursos de manera estándar para determinar costo por actividad médica. 	<ul style="list-style-type: none"> Efectuar asistencia técnica in situ, así como la supervisión, manejo y monitoreo que permita cumplir con el indicador del objetivo estratégico ante mencionado. En base a los nuevos requerimientos funcionales obtenidos del proceso de la implementación y evaluación de los resultados, se requiere diseñar la actualización del Software del NSISCOS.

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

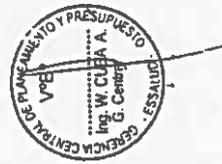




Tabla N° 28: Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al primer semestre de 2018

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p>AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones</p>	<p>Porcentaje de déficit del presupuesto institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> Limitadas coordinaciones a nivel interno de los Órganos Desconcentrados, entre las áreas de presupuesto, logística y planeamiento, a fin de definir la programación del presupuesto asignable (presupuesto a liberar) de manera trimestral, desagregado por fondos financieros, centros gestores y posiciones presupuestales, cuya adecuada coordinación contribuiría a priorizar las actividades operativas conducentes al logro de los objetivos estratégicos. 	<ul style="list-style-type: none"> La Gerencia de Presupuesto ha puesto en marcha la optimización de procesos presupuestales en el módulo de presupuesto / SAP-FM, con el fin de hacer más eficiente la gestión presupuestal. La optimización se ha iniciado con la implementación de la "Certificación Presupuestal". Se elaboró la Directiva "Normas para la programación del presupuesto asignable o liberado y la certificación presupuestal del Seguro Social de Salud (ESSALUD)". Mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 583-PE-ESSALUD-2018, se aprobó la Directiva "Medidas de Austeridad, Racionalidad, Disciplina y Calidad del Gasto del Seguro Social de Salud (Essalud) para el Año Fiscal 2018".
<p>AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción</p>	<p>Índice de prevención de la corrupción</p> <p>Índice de respuesta frente a la corrupción</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad de medir el indicador, conforme a la fórmula o método de cálculo de la ficha de protocolo del indicador, debido a que los componentes asignados a las variables de medición no son recomendables para evaluar el cumplimiento del objetivo establecido. Dificultad de medir el indicador, conforme a la fórmula o método de cálculo de la ficha de protocolo del indicador, debido a que los componentes asignados a las variables de medición no son recomendables para evaluar el cumplimiento del objetivo establecido. 	<ul style="list-style-type: none"> Siendo la Oficina de Integridad un órgano relativamente nuevo, tiene facilidades para incorporar procedimientos internos propios, en el marco del Reglamento de Organización y Funciones, que permita el cumplimiento del indicador aprobado en el PEI 2017-2021. Siendo la Oficina de Integridad un órgano relativamente nuevo, tiene facilidades para incorporar procedimientos internos propios, en el marco del Reglamento de Organización y Funciones, que permita el cumplimiento del indicador aprobado en el PEI 2017-2021.

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021





VII. Conclusiones y recomendaciones

7.1. Conclusiones

- Según criterios de evaluación del presente informe, 8 indicadores tienen la calificación de excelente, 4 indicadores tienen la calificación de buenos, 5 indicadores tienen la calificación de malo, 8 indicadores no tienen avance, de los cuales 4 indicadores no han sido reportados a esta Gerencia Central durante el primer semestre de 2018 (3 indicadores corresponden a la Gerencia Central de Gestión de las Personas y 1 indicador a la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos).
- En el proceso de elaboración del presente informe se ha identificado que varios órganos de la institución manifiestan inconformidad sobre la fórmula o método de cálculo de los indicadores, así como la programación de las metas.
- Sobre los indicadores "Índice de satisfacción general" y "porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio", la Gerencia Central de Atención al Asegurado ha comunicado que no se tiene información basal para medir el avance de los indicadores. En ese sentido, ha solicitado considerar referentemente el índice de insatisfacción de prestaciones de salud, proponiendo medir ambos indicadores, a partir del año 2019 al 2021.
- La Gerencia Central de Operaciones ha informado que el método de cálculo del indicador "tiempo de espera quirúrgico", genera un resultado que no refleja el tiempo de espera para una intervención quirúrgica, y que no guarda correspondencia con la percepción del asegurado sobre la calidad del servicio.
- la Gerencia Central de Operaciones ha precisado que a través del método de cálculo del indicador "estancia hospitalaria", se obtiene un valor único, que no permite evidenciar valores de estancia hospitalaria por nivel de complejidad de las IPRESS y Redes Asistenciales.
- Siendo el REGINCIAD la única fuente de datos para el indicador "porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo", y debido al alto sub registro de información, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, considera necesario agregar algunas fuentes de datos como: subsistema de vigilancia de morbilidad materna, subsistema de vigilancia morbilidad neonatal y el subsistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias, para verificar la información, ya que éstas corresponden a un tipo de vigilancia activa de eventos adversos y consideran dentro de su base de datos, eventos centinela no anonimizados.
- La Gerencia Central de Proyectos de Inversión ha manifestado que por error se ha incluido la medida de disponibilidad de vehículos, en el indicador "Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos"; sin embargo, se ha planteado ejecutar 5 acciones estratégicas con sus respectivos indicadores, para obtener información coherente y confiable del indicador.



7.2. Recomendaciones

- Si algún órgano de la institución considere relevante se realice la modificación de la fórmula o método de cálculo de algún indicador aprobado en el PEI 2017-2021, así como la meta institucional, deberá remitir a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto el sustento técnico conforme a lo establecido en el ítem 4.5 de la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del seguro Social de Salud - ESSALUD", para que se gestione, de ser pertinente, la modificación y posterior aprobación por Consejo Directivo.



En tal sentido, mientras no se disponga del documento modificado aprobado por Consejo Directivo, la evaluación deberá seguir realizándose conforme al PEI 2017-2021 de ESSALUD vigente.

- Sobre los indicadores "Índice de satisfacción general" y "porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio", se recomienda a la Gerencia Central de Atención al Asegurado en el cumplimiento de sus funciones, gestionar diligentemente el cumplimiento de dichos indicadores, con la finalidad de conocer el nivel de satisfacción en todos los servicios que se brinda a nivel nacional, lo cual contribuirá a una adecuada toma de decisiones de la Alta Dirección.
- Sobre el indicador "porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo", se recomienda a la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, implementar acciones estratégicas para evitar el sub registro de eventos centinela.
- La Gerencia de Presupuesto, deberá de coordinar de manera diligente con las diferentes dependencias de la institución, para obtener por lo menos el 91% de gastos operativos/ ingresos, durante el periodo 2018-2021. Asimismo, la citada Gerencia deberá realizar acciones que permitan implementar un nuevo sistema de costos en el 100% de los establecimientos de salud de la oferta institucional, con la finalidad de monitorear los costos de las prestaciones que se brinda y los gastos administrativos.
- Con la finalidad de elaborar y remitir el informe de evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021 a la Gerencia General, dentro de los plazos estipulados, se recomienda a todos los órganos de la institución, responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021, enviar información sobre el nivel de cumplimiento de los indicadores, de manera adecuada y oportuna, a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, conforme se establece en la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - ESSALUD".
- Producto de la evaluación realizada sobre el nivel de cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021 durante el primer semestre de 2018, se ha evidenciado que, según criterios de evaluación, de los 25 indicadores, el 48% (12 indicadores) tiene la condición de excelente y bueno, mientras que el 52% (13 indicadores) tienen la condición de malo o sin avance. Dicho comportamiento no difiere de lo reportado en el Informe de Evaluación del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2017. En ese sentido, esta Gerencia Central en el marco de sus funciones, evaluará la oportunidad y posibilidad de reformular los indicadores programados en el documento de gestión, bajo coordinación con los órganos responsables, toda vez que dicho documento brinda el marco estratégico de la institución en un horizonte de 5 años, y permite a su vez que todo documento institucional se oriente de la visión, misión, objetivos y acciones estratégicas, que permitan contribuir en la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integridad, eficiencia y buen gobierno corporativo.



VIII. Documentación sustentatoria



ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de nivel de cumplimiento de metas de Objetivos Estratégicos

Objetivo Estratégico	Indicador	Meta		Ejecutado		% de avance del indicador	Fuente de datos	Fuente de verificación	Responsable
		Programado		Año	I Sem.				
		Año 2017	Año 2018	Año 2017*	I Sem. 2018				
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	78.00%	81.00%	0.00%	0.00%	0.00%	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Carta N° 1772-GCAA-GG-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Atención al Asegurado
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	4.7	4.2	5.39	5.44	77.21%	Sistema Estadístico de Salud (SES)	Carta N° 3649-GCOP-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Operaciones
	Diferimiento de citas de consulta externa	11	10	13	12.04	83.08%	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS), Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SISCAP)	Carta N° 3649-GCOP-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Operaciones
	Tiempo de espera quirúrgico	80	75	60.95	4.37	85.83%	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS)	Carta N° 3588-GCOP-ESSALUD-2018 Carta N° 3649-GCOP-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Operaciones
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	99%	97%	97.70%	88.11%	90.84%	SAP	Carta N° 2998-GCPP-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de Integridad institucional	90%	94%	45%	39.51%	42.03%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción	Carta N° 585-OFIN-PE-ESSALUD-2018	Oficina de Integridad**

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

Nota:

* Valores obtenidos del Informe de Evaluación del PEI 2017-2021, correspondiente al año 2017

** Se actualizó el Órgano responsable, según funciones consignadas en la Resolución N° 539-PE-ESSALUD-2017 (14.08.2017)



Anexo N° 02: Matriz de nivel de cumplimiento de Acciones Estratégicas

Acción Estratégica	Indicador	Meta				% de avance del indicador I Sem. 2018	Fuente de datos	Fuente de verificación	Responsable
		Programado		Ejecutado					
		Año 2017	Año 2018	Año 2017*	Sem. 2018				
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo.	95%	96%	87.82%	88.92%	92.63%	Sistema de información de atención al asegurado	Carta N° 1772-GCAA-GG-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	15%	16%	0.00%	0.00%	0.00%	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Carta N° 1772-GCAA-GG-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo.	60%	70%	13%	15.38%	21.97%	Sistema de registro, notificación y procesamiento de incidentes y eventos adversos (REGINCIAD)	Carta N° 375-OGCyH-PE-ESSALUD-2018	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	Implementación	20%	90%	91.01%	100.00%	Sistema de gestión de indicadores de calidad	Carta N° 375-OGCyH-PE-ESSALUD-2018	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	1,825	2,008	1,561	807	40.19%	Reporte mensual de CERPS y MBRPS	Carta N° 748-GCPAMyPCD-ESSALUD-2018	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
	Adultos mayores beneficiados con atención integral	9.78%	10.76%	9.78%	10.08%	93.66%	Reportes estadísticos de cada Red consolidados por la Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales	Carta N° 748-GCPAMyPCD-ESSALUD-2018	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

Nota:

* Valores obtenidos del Informe de Evaluación del PEI 2017-2021, correspondiente al año 2017



Anexo N° 02: Matriz de nivel de cumplimiento de Acciones Estratégicas

Acción Estratégica	Indicador	Meta				% de avance del indicador	Fuente de datos	Fuente de verificación	Responsable
		Programado		Ejecutado					
		Año 2017	Año 2018	Año 2017	I Sem. 2018				
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	42%	50%	41.31%	44.88%	89.76%	Sistema Estadístico de Salud (SES)	Carta N° 3649-GCOP-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Operaciones
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	2.27%	2.25%	2.27%	2.22%	98.67%	Registros transaccionales del Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS), Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SISCAP)	Carta N° 1394-GCPS-ESSALUD-2018 Carta N° 1433-GCPS-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	20%	40%	0%	0%	0.00%	Física: OTMs (Orden de trabajo de mantenimiento) con información parcial	Carta N° 1324-GCPI-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Proyectos de Inversión
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional.	95%	96%	95.29%	97.83%	100.00%	Sistema de Consulta de Planillas, Sistema de Administración de Personal y el Sistema de Selección de Personal (SISEP)	Correo institucional de nancy.aylas@essalud.gob.pe	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	<10%	<6%	S.I.	S.I.	0.00%	Sistema SAP	S.I.	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

Dónde: S.I. es sin información (no reportada por el órgano de la institución).

* Valores obtenidos del Informe de Evaluación del PEI 2017-2021, correspondiente al año 2017



Anexo N° 02: Matriz de nivel de cumplimiento de Acciones Estratégicas

Acción estratégica	Indicador	Meta				% de avance del indicador I Sem. 2018	Fuente de Datos	Fuente de Verificación	Responsable
		Programado Año 2017	Programado Año 2018	Ejecutado Año 2017	Ejecutado I Sem. 2018				
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional.	5.00%	10.00%	9.09%	13.64%	100.00%	Inventario de Sistemas de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones	Carta N° 1175-GCTIC-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	5%	15%	0.26%	0.26%	1.73%	SISCOS	Carta N° 2998-GCPP-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	5.0%	3.5%	0.58%	-9.98%	0.00%	SAP	Carta N° 2998-GCPP-ESSALUD-2018	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Porcentaje de ausentismo laboral	Basal	0.90 x Basal	S.I.	S.I.	0.00%	Reporte de asistencia de las oficinas de personal de los órganos desconcentrados, órgano prestador nacional y órgano central	S.I.	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	Modelos, normas de aplicación y formatos	3%	0%	S.I.	0.00%	Fichas de evaluación de desempeño	S.I.	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos	Diseño del Programa	2	0%	S.I.	S.I.	0.00%	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentaria a nivel nacional. Relación de mejoras implementadas en las diferentes dependencias	S.I.

Fuente: Información de los diferentes órganos de la Institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

Dónde: S.I. es sin información (no reportada por el órgano de la Institución).

* Valores obtenidos del Informe de Evaluación del PEI 2017-2021, correspondiente al año 2017



Anexo N° 02: Matriz de nivel de cumplimiento de Acciones Estratégicas

Acción Estratégica	Indicador	Meta				% de avance del indicador I Sem. 2018	Fuente de Datos	Fuente de Verificación	Responsable
		Programado		Ejecutado					
		Año 2017	Año 2018	Año 2017*	I Sem. 2018				
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	10.00%	15.00%	87.10%	72.73%	100.00%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción	Carta N° 585-OFIN-PE-ESSALUD-2018	Oficina de Integridad**
	Índice de respuesta frente a la corrupción	10.00%	15.00%	3.00%	6.29%	41.93%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción	Carta N° 585-OFIN-PE-ESSALUD-2018	Oficina de Integridad**

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

Nota:

* Valores obtenidos del Informe de Evaluación del PEI 2017-2021, correspondiente al año 2017

** Se actualizó el Órgano responsable, según funciones consignadas en la Resolución N° 539-PE-ESSALUD-2017 (14.08.2017)

