



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la Lucha contra la Corrupción e Impunidad”

INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2017-2021

(1er. Semestre del 2019)



AGOSTO DE 2019

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
Gerencia de Planeamiento Corporativo



CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN	3
II. RESUMEN EJECUTIVO	4
III. MARCO ESTRATÉGICO	11
IV. RESULTADO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR CADA INDICADOR PROGRAMADO, DE ACUERDO A LA UNIDAD DE MEDIDA ESTABLECIDA.....	13
V. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	30
VI. PRINCIPALES DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	33
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
VIII. DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA.....	41
ANEXOS.....	42



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, encargado 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.

El 09 de agosto de 2017 se aprobó el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 del Seguro Social de Salud-ESSALUD, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 19-15-ESSALUD-2017, 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 son evaluados semestralmente.

Tanto los objetivos estratégicos como las acciones estratégicas orientan el accionar de la institución desde cuatro perspectivas: la perspectiva del usuario, la perspectiva de los procesos internos, la perspectiva financiera y la perspectiva del crecimiento y aprendizaje. Para ello se definieron indicadores, los que están bajo responsabilidad de los órganos centrales, según su competencia y funciones.

Para determinar el nivel de avance en el cumplimiento de los indicadores programados en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021, y de acuerdo a la normativa vigente se solicitó información a los órganos centrales responsables de los indicadores institucionales y se elaboró el informe consolidado en base a los avances reportados.

En ese sentido, 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 del 2019, contenido en 8 capítulos: **I. Presentación**, **II. Resumen Ejecutivo**, donde se da a conocer de manera resumida y clara la consistencia del informe, **III. Marco Estratégico Institucional**, se menciona información relevante del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, tales como: visión, misión, objetivos y acciones estratégicas, políticas del estado relacionada a la Seguridad Social en Salud; asimismo, se cita las líneas de acción de la Alta Dirección e información sobre la estructura orgánica del periodo evaluado, **IV. Resultado del nivel de cumplimiento por cada indicador programado**, se presenta la fórmula y el nivel de cumplimiento de cada meta e indicador de acuerdo a su unidad de medida; así como, el % de avance, **V. Principales logros por cada indicador de los objetivos estratégicos**, se detalla información a nivel de objetivos y acciones estratégicas, **VI. Principales dificultades y oportunidades de mejora**, se detalla información a nivel de objetivos y acciones estratégicas, **VII. Conclusiones y recomendaciones**, **VIII. Documentación sustentatoria**, y finalmente se muestra los **Anexos**, dando a conocer la matriz de nivel de cumplimiento de las metas contenidas en los objetivos y acciones estratégicas.

De esa manera, durante el periodo evaluado se ha identificado que de los 26 indicadores aprobados en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021, y según criterios de evaluación del presente informe de evaluación, 10 indicadores tienen la calificación de excelente, 3 indicadores tienen la calificación de buenos, 2 indicadores tienen la calificación de regular, 5 indicadores tienen la calificación de malo y 6 indicadores no tienen avance.



II. RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2021 del Seguro Social de Salud-ESSALUD, fue aprobado con Acuerdo de Consejo Directivo N° 19-15-ESSALUD-2017 de fecha 09 de agosto de 2017. Este documento de gestión constituye el marco estratégico institucional del Seguro Social de Salud-ESSALUD, y de acuerdo a la Resolución de Gerencia General N° 1351-GG-ESSALUD-2016 de fecha 29 de diciembre del 2016, que aprueba la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - ESSALUD", la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP), consolida y eleva un informe de evaluación semestral a la Gerencia General, dentro de los 30 días calendario posteriores al cierre de cada semestre, conteniendo los avances reportados por los órganos centrales responsables de las metas de indicadores de los objetivos estratégicos del Plan Estratégico Institucional.

Conforme al Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, 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 Institucional. En cumplimiento a sus funciones la GCPP remitió la Carta Múltiple N° 080-GCPP-ESSALUD-2019 de fecha 03 de julio del 2019, solicitando información a las 11 dependencias responsables del cumplimiento de las metas de los indicadores aprobados en el PEI vigente, a fin de poder elaborar el informe de evaluación del primer semestre de 2019 y elevar dicho documento a la Gerencia General.

Dando cumplimiento a la norma vigente¹, 04 gerencias centrales² brindaron información dentro del plazo establecido³ y 07 dependencias⁴ lo hicieron fuera del plazo establecido, esta situación ha limitado el poder elaborar y remitir a Gerencia General el informe de evaluación de manera oportuna.

En ese sentido, en el presente informe se menciona el marco estratégico de la institución, dando a conocer la visión, misión, objetivos y acciones estratégicas; así como, los resultados obtenidos respecto a los avances de las metas de los indicadores aprobados, agrupados por objetivos estratégicos.

Estos resultados son calculados por los órganos centrales responsables de cada indicador, y su cálculo se realiza en función a lo establecido en la Ficha del Indicador del PEI 2017 – 2021 aprobado. Tal es así, que de los 26 indicadores aprobados en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 de ESSALUD, y según criterios de evaluación del presente informe 10 indicadores tienen la calificación de excelente, 3 indicadores tienen la calificación de buenos, 2 indicadores tienen la calificación de regular, 5 indicadores tienen la calificación de malo y 6 indicadores no tienen avance.



¹ Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - ESSALUD", establece en el numeral 2.3.1 "Los órganos que correspondan, en base a sus funciones y competencias, deberán elaborar un informe de evaluación del Plan Estratégico Institucional, al 30 de junio y 31 de diciembre de cada periodo anual, los mismos que serán presentados hasta los diez (10) días hábiles posteriores al cierre y de acuerdo a una estructura". El plazo máximo para remitir información fue el 12 de julio de 2019.

² Gerencia Central de Atención al Asegurado, Gerencia Central de Tecnologías de Información, Gerencia Central de Proyectos de Inversión y la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad.

³ 12 de julio de 2019.

⁴ Oficina de Integridad, Oficina de Gestión de la calidad y Humanización, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Central de Operaciones, Gerencia Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos y la Gerencia Central de Presupuesto.





Resultado de cumplimiento de metas

El PEI 2017-2021, a nivel de Objetivos Estratégicos, tiene en total 7 indicadores, de los cuales los indicadores *"gastos operativos / ingresos"*, *"estancia hospitalaria"* e *"índice de satisfacción general"*, según criterios de evaluación han obtenido un nivel de ejecución excelente, bueno y regular respectivamente.

En el caso de los gastos operativos / ingresos ha logrado un buen nivel de cumplimiento debido a los mayores ingresos operativos, principalmente en la recaudación de aportaciones y por la devolución de la recaudación que fue acreditada por la SUNAT en la cuenta de detracciones de la Dirección General del Tesoro Público, y que correspondían al pago de aportaciones a EsSalud.

En el caso de Estancia Hospitalaria, se presenta mayor cantidad de días de estancia en los establecimientos de mayor complejidad, así como un 25% aproximadamente de adultos mayores pluripatológicos hospitalizados, lo que al promediar genera un sesgo, que no permite reflejar las mejoras por nivel de atención.

Respecto al indicador Índice de Satisfacción, se realizó una encuesta vía teléfono a nivel nacional, obteniendo que el 61.87% se encuentra satisfecho con la atención recibida.

A diferencia de los avances logrados en los anteriores indicadores, los indicadores *"diferimiento de citas"* y *"tiempo de espera quirúrgico"* lograron un nivel de cumplimiento de matas malo. En el caso de Diferimiento de Citas, se observó que el diferimiento es mayor en Hospitales Base y Hospitales Nacionales, agravado en algunos casos por el reducido cumplimiento de las normas de programación. Respecto a Tiempo de Espera Quirúrgica, el mayor tiempo de espera se concentra en Hospitales de Mediana y Alta Complejidad que tienen mayor demanda.

En relación al indicador *"años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes"* la Gerencia Central de Prestaciones de Salud señala que, el último estudio realizado el año 2014, brinda la información para establecer las prioridades sanitarias institucionales para el quinquenio 2015 – 2019, por lo cual el estudio para el próximo quinquenio está programado para el 2020, por lo cual este año 2019 se ha programado elaborar la fase preparatoria a fin de actualizar el estudio de carga de enfermedad y lesiones de EsSalud.

Sobre el indicador *"índice de integridad institucional"* la Oficina de Integridad después de analizar las formulas y métodos de cálculo concluye que resulta inviable realizar una evaluación del citado indicador, por lo que planteará nuevos indicadores.

El objetivo estratégico 1, tiene 8 indicadores de acciones estratégicas, de los cuales el avance de 4 indicadores tienen la calificación de excelente: *"Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio"*, *"porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente"*, *"grado de resolutivez del primer nivel (consultas externas médicas en primer nivel)"* y *"porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel"*, lo que demuestra que se está avanzando en seguridad del paciente y mejoras en la contención del primer nivel de atención para evitar complicaciones o saturación de los niveles II y III.

El avance de 2 indicadores ha sido considerado como bueno: *"porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo"* y *"adultos mayores beneficiados con atención integral"*, lo que se muestra una respuesta más oportuna de la Institución ante las solicitudes de los asegurados y la preocupación por brindar atención integral y preferente al adulto mayor.



Por otro lado, el avance del indicador "Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente", ha sido considerado como malo, debido a la baja tasa de asegurados derivados desde las IPRESS y la disminución de ofertas laborales para las personas con discapacidad.

El **objetivo estratégico 2**, tiene **4 indicadores de acciones estratégicas**, de los cuales el avance de 3 indicadores tiene la calificación de excelente: "porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos", "ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes" y "porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional", con lo que se contribuye a mejorar la calidad de la atención. Finalmente 1 indicador no tiene avance: "porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional", debido a que el resultado de su medición es relativo (a nivel de Sede Central), siendo necesario identificar las plazas activas a nivel nacional.

El **objetivo estratégico 3**, tiene **2 indicadores de acciones estratégicas**, de los cuales el avance del indicador "porcentaje de déficit del presupuesto institucional" tiene la calificación de excelente, debido a los mayores ingresos operativos, principalmente en la recaudación que fue acreditada por SUNAT en la cuenta de detracciones de la Dirección general del tesoro Público y que correspondía al pago de aportaciones a EsSalud, así mismo se muestra mejoras en la capacidad de gestión presupuestal dentro del marco presupuestal aprobado. El avance del indicador "porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado" tiene un nivel de desempeño malo a pesar de que existe 60% de establecimientos que cuentan con reportes de costos, pero sólo uno ha procesado costos por actividad médica la que ha sido incorporada como segunda fase del sistema.

El **objetivo estratégico 4**, tiene **5 indicadores de acciones estratégicas**, de los cuales el avance del indicador "iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos" es excelente, con la presentación de 274 acciones innovadoras en el marco del concurso Renueva EsSalud. Por otro lado, el avance del indicador "porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño" es malo, debido a que recién se aprobó la implementación del subsistema de gestión de rendimiento - evaluación de desempeño en EsSalud, según el marco metodológico y normativo de SERVIR. Dicha implementación se viene realizando de manera gradual y progresiva, iniciándose con 224 colaboradores de la Gerencia Central de Gestión de las Personas. Por último, no se tiene avance de cumplimiento de la meta de 3 indicadores: "porcentaje de ausentismo laboral", "Índice de prevención de la corrupción" e "Índice de respuesta frente a la corrupción". En el caso de ausentismo laboral, se debe a que no se ha realizado la medición del indicador en el ámbito nacional y en los otros dos indicadores porque la Oficina de Integridad considera que resulta inviable realizar una evaluación del indicador, porque las variables utilizadas no guardan relación con las funciones atribuidas a dicha oficina, por lo que propondrán nuevos indicadores.

Asimismo, entre los principales logros obtenidos por Objetivos Estratégicos se menciona los siguientes:

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 1 Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

Atención al Asegurado

- Se llevó a cabo una encuesta a nivel nacional ha permitido identificar que el 25.42% se encuentra insatisfecho con la atención recibida, 12.71% se muestra indiferente y 61.87% está satisfecho.



- 87 IPRESS lograron un porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo superior al 97%.

Calidad de la atención en salud

- Se llevó a cabo un proceso de actualización de usuarios del REGINCIAD a nivel de órganos desconcentrados, producto de ello se identificó a un total de 1 897 servidores que debían ser usuarios en el REGINCIAD.
- 286 IPRESS de la oferta institucional cuentan con usuario activo en el REGINCIAD.
- 100% de las 94 IPRESS obligadas al registro, han cumplido con registrar los resultados de la verificación de cumplimiento de la práctica segura identificación correcta del paciente en el SGIC, en por lo menos una oportunidad, durante el periodo de evaluación.
- 61.85% de grado de resolutiveidad en el primer nivel de atención, producto de haber implementado estrategias como producción por modalidad de pago PCT y el tercer turno; sin embargo, se ha identificado una alta tasa de deserción y el limitado cumplimiento de las normas de la programación asistencial.
- Se ha obtenido el 2.2% de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel.

Prestaciones sociales a Personas con Discapacidad y Personas Adultas Mayores

- 794 asegurados con discapacidad integrados laboralmente, de los cuales 344 fueron de Lima y Callao, y 450 de provincia.
- 824 asegurados usuarios de los CERPS y MBRPS fueron capacitados para el trabajo.
- Se hizo el relanzamiento del programa emprendedores y coches saludables en EsSalud, el cual promueve la alimentación saludable mediante el expendio de alimentos nutritivos y libre de octógonos.
- Se obtuvo un premio especial en la categoría "Acción que integra el enfoque de género, discapacidad y/o interculturalidad", en el Premio de Buenas Prácticas Renueva EsSalud en su 1era. edición, por el proceso de rehabilitación profesional.
- 655 asegurados adultos mayores fueron beneficiados por las jornadas de atención integral realizados en 8 CAM de las Redes Prestacionales de Lima y Callao.
- 7 246 personas beneficiadas con atención integral en los CAM de Lima y Callao.

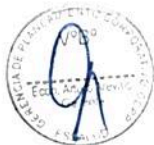
OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 2 Desarrollar una gestión con excelencia operativa

Estancia Hospitalaria

- Se ha registrado un promedio de 4.59 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio, durante el Primer Semestre de 2019.

Equipamiento y Bienes Estratégicos

- Se logró concluir la implementación del nuevo software de mantenimiento institucional denominado "SISMAC", a través del cual se podrá obtener con mayor exactitud el valor de disponibilidad ya que el software tiene información unificada del equipamiento a nivel nacional en un servidor dedicado.
- Se logró estandarizar y ordenar el inventario del equipamiento hospitalario a nivel nacional, trabajando coordinadamente con los órganos desconcentrados en EsSalud.
- Con Resolución N° 270-CEABE-ESSALUD-2019 se aprueba la inclusión de 63 productos farmacéuticos a la "Cartilla de suministros centralizado de bienes estratégicos, periodo 2019", con ello se actualiza a 1 320 la cantidad de bienes estratégicos.
- Asimismo, IETSI realizó modificaciones a las especificaciones técnicas de algunos bienes estratégicos, dando como resultado la exclusión o inclusión de los mismos del petitorio farmacológico de EsSalud, y por consiguiente a la precitada cartilla.



Tecnología

- Se actualizó el listado de sistemas clave de EsSalud, tal es así que se incorporó el nuevo sistema móvil para los asegurados "EsSalud Mobile", el sistema de anatomía patológica (ANATPAT), el sistema de información gerencial de las prestaciones sociales (SIGPS) y el nuevo sistema de facturación electrónica (SFE), procediendo el registro del sistema de gestión hospitalaria (SGH) y SINAPREV, y rediseñando otros sistemas (SUBLAC, SUBMAT, SUBSET y SISCAP).
- Con Resolución N° 285-GG-ESSALUD-2019 se aprobó la "Directiva para la implementación del sistema de gestión de servicios de salud en las IPRESS de los tres niveles de atención en EsSalud", disponiéndose el despliegue para su implementación como sistema institucional único para el registro de las actividades vinculadas a las prestaciones asistenciales de los asegurados en todos los órganos desconcentrados de EsSalud e IPRESS extra institucionales. Asimismo, se procedió al retiro del sistema SGH y reestructuración del SISCAP, como módulo interconectado al ESSI.
- Se realizó la integración de SAP 6.07 HANA con el sistema SALOG, a través de interfaces de SAP, el cual permite la actualización de los consumos con su base de datos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 3 Brindar Servicios Sostenibles Financieramente

Gestión del presupuesto

- El resultado económico en el primer semestre de 2019 fue positivo (S/ 20.9 MM), debido a los mayores ingresos operativos, principalmente en la recaudación de aportaciones y por la devolución de la recaudación que fue acreditada por la SUNAT en la cuenta de detracciones de la Dirección General del Tesoro Público, y que correspondían al pago de aportaciones a EsSalud.
- Con Resolución N° 001-ESSALUD-2019, se aprobó el presupuesto asignable para la compra local de bienes y servicios a nivel de órganos desconcentrados y centro asistencial de EsSalud.
- Con Resolución N° 006-ESSALUD-2019, se aprobó las fases II y III del presupuesto asignable para la compra local de bienes y servicios a nivel de órganos desconcentrados y centro asistencial de EsSalud.
- Se desarrolló un plan piloto del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que cuenta con sistema de costos por actividad médica, realizando 571 procedimientos ejecutados.

OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 4 Promover una gestión con ética y transparencia

Integridad

- Con Resolución N° 179-PE-ESSALUD-2019, se aprobó el "Plan de integridad y lucha contra la corrupción para el periodo 2019-2021".
- Según lo registrado en el RSAIP, en el periodo de evaluación se tiene 886 solicitudes de acceso a la información pública ingresadas, de las cuales 850 fueron atendidas, 36 no fueron atendidas porque: el solicitante no cumple con pagar la tasa del costo de reproducción (14), falta de infraestructura y carencia de recursos para reproducir la información (16) y la información no es producida ni generada por la entidad (6).
- La Oficina de Integridad a través del Sistema de Gestión de Denuncias (SGD), lleva un control de las denuncias recibidas por presuntos actos de corrupción que son de su competencia.

Recursos Humanos

- Se suscribió un nuevo convenio de colaboración interinstitucional con SERVIR, para implementar cursos de formación y capacitación de sus funcionarios, directores y servidores de las áreas administrativas y asistenciales.



- Con Resolución N° 704-GG-ESSALUD-2019, se aprobó la implementación del subsistema de gestión de rendimiento - evaluación de desempeño en EsSalud, según el marco metodológico y normativo de SERVIR.
- Se llevó a cabo la primera edición del Programa Renueva EsSalud, contando con la participación de 389 equipos con sus respectivos proyectos, de los cuales 274 proyectos cumplieron el requerimiento de las bases, pasando a la etapa de evaluación por un Comité Técnico.

También es relevante citar las principales dificultades y oportunidades de mejora, que han sido identificadas para este informe de evaluación:



Tabla N° 01
Principales dificultades y oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del Plan
Estratégico Institucional 2017-2021, correspondiente al 1^{er} semestre de 2019

Dificultades	Oportunidades de mejora
➤ 25% de los pacientes hospitalizados de larga estancia son adultos mayores pluripatológicos con enfermedades crónicas degenerativas	➤ Reformular el indicador expresándolo por niveles de atención y grado de complejidad. ➤ Fortalecer PADOMI general y especializado ➤ Redirigir a los pacientes adultos mayores a establecimientos con hospitalización de larga estancia propios o contratados.
➤ Las consultas médicas por especialistas son las que causan mayor diferimiento a nivel de hospitales nacionales y hospitales base de las Redes Asistenciales. ➤ El 45.4% de la demanda de consulta externa lo constituyen los pacientes de 60 a más años.	➤ Priorizar y redirigir los pacientes adultos mayores hacia el programa de pacientes crónicos.
➤ Los hospitales de mediana y alta complejidad concentran los promedios de espera quirúrgica más prolongados.	➤ Que las Redes Asistenciales y Redes Prestacionales, continúen desarrollando campañas quirúrgicas.
➤ El personal asistencial en el primer nivel de atención llega a un reducido grado de resolutivez siendo la mayoría de sus actividades de índole preventivo promocional.	➤ Contratar médicos de medicina familiar/integral para mejorar el grado de resolutivez en el primer nivel de atención. ➤ Reorientar esfuerzos a fin de fortalecer el primer nivel de atención, implementando estrategias sanitarias, convenios de intercambio prestacional, y capacitaciones a los profesionales de salud.
➤ Se tiene un sistema de gestión hospitalaria fragmentado y con errores en los registros.	➤ Realizar el control de calidad previo de la información del sistema de gestión hospitalaria, a fin de emitir una estimación confiable. ➤ Fortalecer la capacidad técnica y operativa de las Redes Asistenciales que tienen mayor % de hospitalización evitable: Redes Asistenciales de Tarapoto, Lambayeque e Ica; así como, las Redes Prestacionales de Almenara y Rebagliati.
➤ Debido a la antigüedad del software de mantenimiento institucional – PCOMAN, el valor del indicador tiene que ser ajustado, ya que no considera el tiempo de parada del equipo por mantenimiento preventivo, ni el tiempo de espera del equipo desde que se detectó la falla hasta que se inició la ejecución del mantenimiento correctivo. ➤ Asimismo, el software no permite obtener valores en tiempo real y generar reportes de gestión con información oportuna que contribuya a facilitar la toma de decisiones estratégicas.	➤ Realizar acciones y/o coordinaciones con las instancias que estime pertinente, para estandarizar los campos inherentes al mantenimiento de equipos biomédicos y electromecánicos; asimismo, llevar un inventario con nomenclatura y definiciones estandarizadas. ➤ Evaluar la pertinencia de implementar un nuevo software de mantenimiento institucional a fin de determinar el valor exacto de disponibilidad de equipamiento, en beneficio de los asegurados.
➤ La Gerencia Central de Gestión de las Personas, ha reportado información solo a nivel de la sede central de EsSalud, cuando debería de haberse remitido información a nivel nacional. ➤ No todos los candidatos resultantes aptos de un proceso de selección y/o evaluación, firman contrato laboral que los vincula a EsSalud. ➤ Limitado conocimiento del marco normativo relacionado a selección de personal y cobertura de cargo ejecutivo, dado la alta rotación de funcionarios de recursos humanos a nivel nacional.	➤ Coordinar la remisión de información relacionada al indicador de manera oportuna, a fin de monitorear su ejecución y para una adecuada toma de decisiones. ➤ Brindar capacitaciones presenciales y virtuales sobre el marco normativo relacionado a selección de personal y cobertura de cargo ejecutivo.
➤ Normas institucionales desactualizadas. ➤ Constantes observaciones de especificaciones técnicas de dispositivos médicos que en su mayoría son derivadas al IETSI para su absolución. ➤ Bloqueo de códigos en el sistema SAP. ➤ Actualización constante de las fichas técnicas por parte de Perú Compras.	➤ Actualizar y reformular las normas vigentes relacionadas a su competencia. ➤ Articular las diferentes áreas para la gestión eficiente en la cadena de suministro de dispositivo médico y productos farmacéuticos. ➤ Gestionar la habilitación de usuarios SAP para los analistas.
➤ El ausentismo laboral en la sede central representa la tercera parte de su personal.	➤ Supervisar la pertinencia de los descansos médicos a nivel nacional.
➤ La Oficina de Integridad concluye que resulta inviable realizar la evaluación de sus indicadores. ➤ Durante el periodo de evaluación, el 4.25% de solicitudes de acceso a la información pública ingresadas no han sido atendidas, debido a la carencia de personal permanente para su atención.	➤ Identificar indicadores que permita cuantificar y monitorear la promoción de una gestión con ética y transparencia en la institución. ➤ Mantener actualizado la relación del personal de EsSalud, dedicado a la atención de acceso a la información pública.
➤ Al 22 de julio del presente año, se tiene identificado 346 denuncias por presuntos actos de corrupción: 60 (17.34%) denuncias archivadas, 180 (52.02%) denuncias en trámite, y 106 (30.64%) denuncias derivadas.	➤ Gestionar y monitorear con diligencia la atención de las denuncias por presuntos actos de corrupción.

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

III. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

El marco estratégico institucional de ESSALUD lo constituye el Plan Estratégico Institucional 2017-2021, el que orienta las acciones institucionales desde cuatro perspectivas: la perspectiva del usuario, la perspectiva de los procesos internos, la perspectiva financiera y la perspectiva del crecimiento y aprendizaje y se sintetiza de la siguiente manera:

- a. **Visión:** Ser líder en Seguridad Social de Salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores 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° 02
Articulación de Objetivos Estratégicos y Acción Estratégica

<u>Objetivo Estratégico</u>	<u>Acción Estratégica</u>
Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	• 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	• 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	• Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones
Promover una gestión con ética y transparencia	• 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 (28.01.1999) 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. Líneas de acción de la Alta Dirección

La Gerencia General de ESSALUD, mediante Resolución N° 340-PE-ESSALUD-2018 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 salud⁵, y con Resolución N° 1222-GG-ESSALUD-2018 aprobó el documento técnico **“Indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud”**⁶, para establecer indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de las estrategias vinculadas a la atención integral de la salud; y la eficiencia y eficacia en la gestión sanitaria de la IPRESS institucional, para optimizar la oferta de servicios asistenciales en los tres niveles de atención.

Por otro lado, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud identificó la necesidad de hacer un mejor control de los **indicadores de gestión para poder realizar la evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención en salud**⁷, lo que hace que se planteen nuevos indicadores, y se modifiquen o mejoren los que ya se venían midiendo para dar o entregar servicios de calidad dirigidos a los asegurados y mejorar el control y toma de decisiones de la gestión.

También ha dado a conocer que, con la implementación del ESSI (Sistema de Salud Inteligente) se tiene la oportunidad de analizar datos más precisos y realizar estadísticas de mejor calidad, pudiendo medir con oportunidad indicadores en tiempo real. En ese sentido, se viene gestionando la aprobación de dichos indicadores.

3.3. Estructura orgánica al primer semestre de 2019

La última actualización y/o modificación al Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud aprobado mediante Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 (31.12.2014), fue la Resolución N° 222-PE-ESSALUD-2018 (22.03.2018) a través de la cual se realizó varias disposiciones relacionadas a Resolución N° 125-PE-ESSALUD-2018.



⁵ 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 domiciliar 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.

⁶ 10 indicadores de consulta externa, 4 indicadores de hospitalización, 5 indicadores de cirugía, 1 indicador de emergencia, 6 indicadores de atención primaria, 8 indicadores de indicadores complementarios.

⁷ 5 indicadores de consulta externa, 6 indicadores de oportunidad de atención en hospitalización, 5 indicadores de oportunidad de atención en cirugía, 6 indicadores de oportunidad de recursos, 5 indicadores de cobertura preventiva, 5 indicadores de producción de otros profesionales, 4 indicadores de gestión financiera y presupuestal, 6 indicadores de oportunidad de abastecimiento, 5 indicadores de calidad, 6 indicadores sanitarios prioritarios.

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 las metas de Indicadores programados en el PEI 2017-2021

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

Este objetivo estratégico tiene 02 acciones estratégicas y 10 indicadores en total.

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 una de las metas de indicadores:

4.1.1. Índice de satisfacción general

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

- Avance:**

La Gerencia Central de Atención al Asegurado, con Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019 informa haber llevado a cabo una encuesta nacional, vía teléfono, de percepción de satisfacción a pacientes que fueron atendidos durante el mes de diciembre de 2018 en el servicio de consulta externa en 159 IPRESS. Dicha encuesta se realizó del 25 al 29 de



enero del año 2019, tomando como referencia la R.M. N° 527-2011/MINSA de fecha 11 de julio del 2011⁸.

El tamaño de la muestra fue 2 645 llamadas, de los cuales se tuvo 1 078 (40.76%) llamadas exitosas y 1567 (59.24%) llamadas no exitosas⁹. Sobre las llamadas exitosas, se tiene los siguientes resultados:

Tabla N° 05
Resultados Obtenidos de la Encuesta Nacional

Pregunta	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la detección en consulta?	302	145	631
¿La atención en farmacia fue rápida?	267	146	665
¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	243	121	714
¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?	238	149	691
¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?	322	124	632
Promedio	274	137	667

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado

Entre las 10 IPRESS con mejores resultados de satisfacción tenemos: CAP III Metropolitano de Puno (R.A. Puno), H.I. Agustín Arbulú Neyra, Pol. Agustín Gavidia Salcedo (R.A. Lambayeque), INCOR, CAP II Nazca (R.A. Ica), IPRESS Hogar Clínica San Juan de Dios, IPRESS Gamarra (R.P. Almenara), Pol. IPRESS San Bartolomé, CAP II Sayán (R.P. Sabogal) y H II Cerro de Pasco (R.A. Pasco). Entre las que obtuvieron menor valoración de satisfacción tenemos: Pol. Santa Cruz (R.P. Rebagliati), CAP II Puquio, CAP I San Clemente (R.A. Ica), Pol. Juliaca (R.A. Juliaca), H.I. Sicuani (R.A. Cusco), H III Cayetano Heredia (R.A. Piura), H II Lima Norte - Callao - Luis Negreiros Vega, CAP III Huaral (R.P. Sabogal), CAP III Alto Selva Alegre (R.A. Arequipa), H N. Ramiro Prialé Prialé (R.A. Junín).

Por otro lado, la GCAA, durante el primer semestre 2019 también llevó a cabo 169 541 encuestas a los asegurados de 17 OSPE, a fin de medir el nivel de satisfacción por la atención recibida en las plataformas de atención al asegurado (front), de los cuales 164 816 (97.21%) manifestaron estar satisfechos por la atención recibida.

En atención a la ficha de protocolo del indicador, se debe medir la satisfacción en todos los servicios que brinda EsSalud (establecimientos de salud, centros de medicina complementaria, oficinas de seguros y prestaciones económicas, centros del adulto mayor y centros de rehabilitación profesional), motivo por el cual se considerará los valores obtenidos por la encuesta nacional de satisfacción aplicada a asegurados atendidos en IPRESS, debido a su mayor cobertura en comparación a la encuesta sobre la satisfacción recibida en las plataformas de atención al asegurado en las OSPE. En ese sentido, el índice de satisfacción general es 61.87%, lo cual representa el 73.65% de la meta del indicador, considerando como regular el avance, según rango de criterios de evaluación.



⁸ "Guía técnica para la evaluación de satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo".

⁹ Motivos: Equivocado, no existe, no participó, no respondió, ocupado.

Tabla N° 06
Índice de satisfacción general durante el primer semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
Encuestas con calificación "muy satisfecho" y "satisfecho"	667
Total encuestas realizadas	1 078
Índice de satisfacción general	61.87%
Meta del indicador (Año 2019)	84.00%
% de avance del indicador	73.65%

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado

4.1.2. 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 saludables perdidos.

- **Avance:**

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, con Carta N° 1656-GCPS-ESSALUD-2019 informa que el indicador fue adoptado por EsSalud en el año 2003, aplicando la metodología de medición de carga de enfermedad y lesiones para determinar las prioridades sanitarias institucionales y medir el impacto de las intervenciones sanitarias.

De esa manera, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, ha elaborado hasta el momento 4 estudios de carga de enfermedad (2004, 2006, 2010 y 2014) y en cada uno de ellos ha incorporado mejoras en la aplicación en la metodología, teniendo en cuenta que esta depende de la calidad de la información sanitaria y del modelamiento de indicadores epidemiológicos para la elaboración de indicadores sanitarios sintéticos o de resumen, como los AVISA¹⁰.

Para el presente año, dicha Gerencia Central se ha propuesto elaborar la fase preparatoria para actualizar el Estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones de EsSalud, a realizarse para el año 2020, tal es así que al primer semestre de 2019 ha formulado el proyecto para la ejecución del mencionado estudio. Sin embargo, según ficha de protocolo del indicador la meta para este año es 73 AVISA por 1 000 habitantes, por lo cual se considera como sin avance, según rango de criterios de evaluación.

4.1.3. Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo

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

- **Avance:**

La Gerencia Central de Atención al Asegurado, con Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019 informa haber obtenido el 85.40% de conclusión de solicitudes dentro del plazo durante el primer semestre de 2019, lo cual representa el 88.04% de la meta del indicador, considerándolo como bueno, según rango de criterios de evaluación.

¹⁰ El indicador cuantifica la pérdida de salud de la población y permite conocer cuánto se gana por una intervención al evitar la mortalidad o la discapacidad.

Tabla N° 07

Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo en ESSALUD durante el primer semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
Solicitudes concluidas en plazo	66 956
Solicitudes registradas válidas	82 714
Solicitudes en trámite en plazo	4 307
% de conclusión de solicitudes dentro del plazo	85.40%
Meta del indicador (Año 2019)	97.00%
% de avance del indicador	88.04%

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado

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

- Fórmula:**

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

- Avance:**

La Gerencia Central de Atención al Asegurado, con Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019 informa que en la encuesta nacional realizada a 159 IPRESS para el servicio de consulta externa, realizada del 25 al 29 de enero de 2019, se incluyó 01 pregunta para evaluar si los usuarios comunicaron su insatisfacción a una PAUS de la institución.

En ese sentido, obtuvo el 22.5% de usuarios que comunican un problema en el servicio durante el primer semestre de 2019, lo cual representa el 100.00% de la meta del indicador, considerando el avance como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 08

Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio durante el 1er. semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
N° de usuarios encuestados que manifestaron haber tenido una insatisfacción y la comunicación a una PAU de la institución	135
N° de usuarios encuestados que manifestaron haber tenido una insatisfacción en el servicio solicitado o recibido	600
% de usuarios que comunican un problema en el servicio	22.50%
Meta del indicador (Año 2019)	17.00%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado

4.1.5. Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo

- Fórmula:**
$$\frac{\text{N° de eventos centinela gestionados según directiva}}{\text{N° de eventos centinela registrados}} \times 100\%$$

- Avance:**

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, con Carta N° 608-OGCyH-PE-ESSALUD-2019 informa que con Resolución N° 501-GG-ESSALUD-2012, se aprobó la Directiva N° 07-GG-ESSALUD-2012 "Lineamientos para la implementación de las comisiones de eventos centinela en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD", documento en el cual se define a "evento centinela", como un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter



permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida. Este tipo de eventos son catastróficos para el paciente y como consecuencia para la institución por producir gran pérdida económica y daño irreparable a la imagen institucional.

Con la finalidad de sistematizar la gestión de riesgos relacionados a la provisión de prestaciones de salud y por ende a los eventos centinela, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización cuenta desde mayo de 2014 con el aplicativo web "Sistema de registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos - REGINCIAD".

En ese marco, durante el primer semestre de 2019, se tuvo 20 eventos centinela registrados, de los cuales 11 tienen la calificación de terminados "gestionados", 3 están pendiente de verificación y 6 están pendiente de análisis. Es decir, 55.0% de los eventos centinela han sido gestionados a tiempo¹¹, lo cual representa el 68.75% de la meta del indicador, considerando como regular, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 09

Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo en ESSALUD durante el primer semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
N° de eventos centinela gestionados según directiva	11
N° de eventos centinela registrados	20
% de eventos centinela gestionados a tiempo	55.00%
Meta del indicador (Año 2019)	80.00%
% de avance del indicador	68.75%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

Durante el primer semestre 2019 se observa el incremento de registros de eventos centinelas respecto a lo registrado el 2018: Al finalizar el año 2018 se registró 29 eventos centinelas y durante el primer semestre del 2019, se han registrado 20 eventos centinelas. Asimismo, se ha logrado que para el primer semestre del 2019 se gestione a tiempo 11 eventos centinelas, mientras que durante todo el año 2018 se gestionaron 23.

4.1.6. 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:**

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", cuyo objetivo es implementar el uso de brazaletes de identificación del paciente como mecanismo que otorgue seguridad tanto al paciente como al prestador durante todo el proceso de atención de salud. En dicho documento, se establece el indicador "Porcentaje de pacientes con pulsera de identificación con datos correctos según protocolo", cuya fórmula es: (N° de paciente con pulseras de identificación con datos correctos según protocolo x 100) / Total de pacientes evaluados en el mismo periodo.



¹¹ La OGCyH trabajó con información de 15 establecimientos de salud: 2 RP Sabogal, 3 RP Almenara, 2 RP Rebagliati, 2 RA Lambayeque, 1 RA La Libertad, 1 RA Arequipa, 1 RA Puno, 1 RA Madre de Dios, 1 RA Junín, 1 RA Huánuco.

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, con Carta N° 607-OGCyH-PE-ESSALUD-2019 informa haber obtenido el 92.10% de ejecución del indicador aplicando la fórmula de la directiva; sin embargo, dicha fórmula difiere a la fórmula del indicador aprobado en el PEI 2017-2021. En ese sentido, para evaluar el nivel de cumplimiento de la meta del indicador se tomará algunos valores remitidos por la OGCyH, de esa manera se tiene el 48.29% de pacientes correctamente identificados según directiva vigente, lo cual sobrepasa la meta esperada del indicador, considerándolo como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 10
Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente en ESSALUD durante el primer semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
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	83 268 ^(*)
N° total de pacientes hospitalizados en servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición	172 436 ^(**)
% de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	48.29%
Meta del indicador (Año 2019)	40.00%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

Dónde: (*) Información remitida por la OGCyH, (**) Información facilitada por la GGI-GCPP, cantidad al 30.06.2019. Se considera 1 brazalete por paciente, por lo cual se trabaja con egresos hospitalarios, en los servicios de medicina (63 623), cirugía (71 876) y pediatría (36 937).

Cabe precisar que la OGCyH realizó el seguimiento mensual a los registros realizados al Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC), por parte de la 94 IPRESS con internamiento; asimismo, realizó supervisiones a 08 IPRESS a nivel nacional.

4.1.7. 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:**

La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, con Carta N° 648-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019, informa que a través de los 4 Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y 13 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), se logró integrar laboralmente a 794 personas con discapacidad, durante el primer semestre de 2019, cantidad que representa el 35.94% de la meta del indicador, que alcanza la categoría malo, según rango de criterios de evaluación.



Tabla N° 11

Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente durante el primer semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
Total de asegurados con discapacidad que fueron integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional en CERPS y MBRPS	794
Meta del indicador (Año 2019)	2 209
% de avance del indicador	35.94%

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

Del total de las colocaciones laborales, el 25% son emprendedores que iniciaron un negocio propio.

4.1.8. Adultos mayores beneficiados con atención integral

- **Fórmula:**
$$\frac{\text{N° de adultos mayores beneficiados con atención integral}}{\text{N° de adultos mayores inscritos a los servicios de prestaciones sociales}} \times 100\%$$

- **Avance:**

La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, con Carta N° 648-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019, informa que se logró beneficiar con atención integral a 8.86% adultos mayores inscritos en los servicios de prestaciones sociales a nivel nacional, cantidad que representa el 75.47% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 12

Adultos mayores beneficiados con atención integral en ESSALUD durante el primer semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
N° de adultos mayores beneficiados con atención integral	7 901
N° de adultos mayores inscritos a los servicios de prestaciones sociales	89,137
% de adultos mayores beneficiados con atención integral	8.86%
Meta del indicador (Año 2019) "1.2 x Basal"	11.74%
% de avance del indicador	75.47%

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

Dónde: ⁽¹⁾ Basal es 9.78%.

Durante el I trimestre del año 2019 se desarrollaron actividades de atención socio sanitaria, en las diferentes Redes a nivel nacional haciendo uso de diferentes estrategias de acuerdo a la realidad regional, con atenciones preventivo – promocionales, jornadas integrales, entre otras actividades.

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

- **Fórmula:**
$$\frac{\text{N° de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado}}{\text{N° total de consultas médicas realizadas}} \times 100\%$$

- **Avance:**

La Gerencia Central de Operaciones, con Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019 informa que se tuvo 10 451 695 consultas médicas realizadas en el Primer Semestre de 2019, de las cuales 6 464 796 (61.85%) corresponden al primer nivel de atención, cantidad que



supera el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 13

Grado de resolutivez del primer nivel en ESSALUD durante el Primer Semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
N° de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado	6 464 796
N° total de consultas médicas realizadas	10 451 695
Grado de resolutivez del primer nivel	61.85%
Meta del indicador (Año 2018)	52.00%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

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

- Fórmula:**

$$\frac{\text{N° de hospitalizaciones evitables por diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas del corazón, TBC y enfermedades inmunoprevenibles en un periodo}}{\text{N° de egresos}} \times 100\%$$
- Avance:**

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, con Carta N° 1656-GCPS-ESSALUD-2019 informa que en el Primer Semestre de 2019 registró en los Sistemas de Gestión de EsSalud (SIGC-ESSI) un total de 231 306 egresos hospitalarios, de los cuales 5 036 (2.18%) egresos corresponden a hospitalizaciones seleccionadas como condiciones evitables¹², cantidad que supera el 100.00% de la meta del indicador, considerándolo como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 14

Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel en ESSALUD durante el Primer Semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
N° de hospitalizaciones evitables por diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas del corazón, TBC y enfermedades inmunoprevenibles en un periodo	5 036
N° de egresos	231 306
% de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	2.18%
Meta del indicador (Año 2019) "0.97 x Basal"	2.20%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Dónde: (*) Basal es 2.27%.

El promedio de edad de hospitalización evitable según causa, fue de 61 años para diabetes, 69 años para hipertensión arterial, 66 años para enfermedad isquémica del corazón, 46 años para tuberculosis y 26 años para enfermedades inmunoprevenibles.

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

Este objetivo estratégico tiene 02 acciones estratégicas y 7 indicadores en total.



¹² Diabetes, hipertensión, enfermedades isquémicas del corazón, tuberculosis y enfermedades inmunoprevenibles.

Tabla N° 15
Indicadores del Objetivo Estratégico 2 y Acciones Estratégicas 2.1 y 2.2

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	ACCIÓN ESTRATÉGICA	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.	Ítems 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 una de las metas de indicadores:

4.2.1. 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:**

La Gerencia Central de Operaciones, con Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019 ha facilitado información para el presente informe de evaluación, producto de ello se muestra que durante el primer semestre se tuvo 4.59 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio, cantidad que representa el 80.61% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 16
Estancia hospitalaria en ESSALUD durante el Primer Semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
Días de estancia en hospitalización	1 221 921
Egresos de hospitalización	265 963
Estancia hospitalaria	4.59
Meta del indicador (Año 2019)	3.7
% de avance del indicador	80.61%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

4.2.2. 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:**

La Gerencia Central de Operaciones, con Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019 ha facilitado información para el presente informe de evaluación, producto de ello se concluye que, durante el Primer Semestre de 2019, el valor del indicador fue 40.77, cantidad que representa el 22.08% de la meta del indicador, considerándolo como malo, según rango de criterios de evaluación.



Tabla N° 17

Diferimiento de citas de consulta externa en ESSALUD durante el 1er. Semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
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	4 261 442
Total citas otorgadas	10 451 695
Diferimiento de citas de consulta externa	40.77
Meta del indicador (Año 2019)	9
% de avance del indicador	22.08%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

4.2.3. Tiempo de espera quirúrgico

- Fórmula:**

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

Fecha de cirugía - Fecha de aptitud

- Avance:**

La Gerencia Central de Operaciones, con Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019 ha facilitado información para el presente informe de evaluación, producto de ello se concluye que, durante el Primer Semestre de 2019, se tuvo 23 561 pacientes aptos para una intervención quirúrgica y 128 días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos, concentrándose este promedio en los hospitales de mediana y alta complejidad.

En ese sentido, se tuvo 128 días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos, cantidad que representa el 46.88% de la meta del indicador, considerando como malo, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 18

Tiempo de espera quirúrgico durante el 1er. Semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
Promedio de días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos	128
Meta del indicador (Año 2019)	60
% de avance del indicador	46.88%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

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

- Fórmula:**
$$\frac{\text{Horas disponibles} - \text{Horas inoperativas}}{\text{Horas disponibles}}$$

- Avance:**

Visto la Carta N° 776-GCPI-ESSALUD-2019 del 11 de marzo de 2019, través del cual la Gerencia Central de Proyectos de Inversión solicitó la corrección del indicador "porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículo" por "porcentaje de disponibilidad de equipos médicos y electromecánicos", sustentado en el ámbito de competencia de la Gerencia Central de Proyectos de Inversión establecido en el ROF de EsSalud.

Al respecto, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto con Carta N° 2137-GCPP-ESSALUD-2019 del 27 de marzo de 2019, concluyó que considerará la solicitud en la formulación del nuevo Plan Estratégico Institucional.



En ese sentido, con Carta N° 2142-GCPI-ESSALUD-2019 la Gerencia Central de Proyectos de Inversión, informó que al Primer Semestre de 2019 el valor del indicador fue 94.71% cantidad que supera el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 19
Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos durante el 1er. Semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
Horas disponibles ^(*)	8 640
Horas inoperativas ^(*)	428.14 ^(**)
% de disponibilidad de equipos biomédicos y electromecánicos	94.72%
Meta del indicador (Año 2019)	60.00%
% de avance del indicador^(*)	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión.

Nota: ^(*) El valor no incluye disponibilidad de vehículos, ^(**) Incluye horas de mantenimiento correctivo (145.15), horas de mantenimiento preventivo (24), horas de espera (288)

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

- Fórmula:**

$$\frac{\text{N° de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional cubiertos}}{\text{Total de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional activas}} \times 100\%$$

- Avance:**

La Gerencia Central de Gestión de las Personas ha informado mediante Carta N° 4568-GCGP-ESSALUD-2019 que, durante el Primer Semestre de 2019, tuvo 87.62%¹³ de porcentaje de cobertura de plazas activas a nivel de la Sede Central de EsSalud; sin embargo, según ficha de protocolo del indicador se debe contar con información a nivel nacional, por lo que es necesario tener la cifra del denominador que corresponde a Total de plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional activas.

En vista de que no se cuenta con el dato del Total de plazas activas a nivel nacional, es imposible evaluar el nivel de cumplimiento y se considera sin avance, según rango de criterios de evaluación.

4.2.6. 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, con Carta N° 2301-CEABE-ESSALUD-2019 informa que la "Cartilla de suministros centralizado de bienes estratégicos, periodo 2019", fue aprobado en el año 2018 con 1 257 bienes estratégicos; sin embargo, en el año 2019 se incluyeron 63 productos farmacéuticos. Posterior a ello IETSI realizó varias modificaciones a las especificaciones técnicas de algunos bienes estratégicos, dando como resultado la exclusión o inclusión de los mismos al petitorio farmacológico de EsSalud.



¹³ 4 177 N° de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel de Sede Central cubiertos, y 4 767 Total de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel de Sede Central activas.

Producto de ello en la citada cartilla para el primer semestre de 2019, se tuvo 1 314 ítems totales solicitados (556 ítems de dispositivos médicos y 758 ítems de productos farmacéuticos), de los cuales CEABE realiza un monitoreo permanente de su disponibilidad a nivel institucional.

En ese sentido, EsSalud tuvo el 1.83% de ítems con cobertura menor a 30 días durante el Primer Semestre de 2019, cantidad que supera el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 20

Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes durante el 1er. Semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
Ítems con cobertura menor a 30 días	24 ^(*)
Ítems totales solicitados	1314
Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	1.83%
Meta del indicador (Año 2019)	< 4%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos

Dónde: ^(*) 10 ítems son productos farmacéuticos y 14 ítems son dispositivos médicos e insumos de laboratorio.

4.2.7. 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, con Carta N° 1723-GCTIC-ESSALUD-2019 informa haber realizado interfaces para cumplir el indicador, tal es así que de 21 sistemas clave, 16 son integrables y 5 son considerados como sistemas BASAL, puesto que contaban con un nivel de integración, antes de iniciar la medición del 2017. En ese sentido, se alcanzó el 28.57% de sistemas integrados de gestión institucional, cantidad que representa el 95.23% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 21

Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional en ESSALUD durante el Primer Semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
N° de sistemas claves integrados	6
Total de sistemas claves de la institución	21
% de sistemas integrados de gestión institucional	28.57%
Meta del indicador (Año 2019)	30.00%
% de avance del indicador	95.23%

Fuente: Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

4.3. Objetivo Estratégico 3: Brindar servicios sostenibles financieramente

Este objetivo estratégico tiene 01 acción estratégica y 03 indicadores en total.



Tabla N° 22
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:

4.3.1 Gastos operativos/ ingresos

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

- **Avance:**

La Gerencia de Presupuesto, con Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019 informa que durante el primer semestre de 2019 la razón de gastos operativos / ingresos fue 97.05%, cantidad que representa el 97.89% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 23
Gastos operativos / ingresos en ESSALUD durante el Primer Semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
Egresos + Transferencias netas	5 626 580 371
Ingresos de todas las fuentes	5 797 713 843
Gastos operativos/ ingresos	97.05%
Meta del indicador (Año 2019)	95.00%
% de avance del indicador	97.89%

Fuente: Gerencia de Presupuesto - Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
Nota: Información presupuestaria del sistema SAP

4.3.2 Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado

- **Fórmula:**
$$\frac{\text{Establecimientos de salud propios con sistemas de costos implementados}}{(\text{Costo unitario promedio} + \text{costos por actividad médica})}$$

Total de establecimientos de salud propios

- **Avance:**

La Gerencia de Presupuesto, con Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019 informa que, durante el primer semestre de 2019, 60% de las IPRESS en promedio han reportado su costo unitario, además desarrollaron un plan piloto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, realizando 571 procedimientos ejecutados.

En ese sentido, obtuvo el 0.26% de establecimientos de salud con nuevo sistema de costos implementado, cantidad que representa el 0.01% de la meta del indicador, considerando como malo, según rango de criterios de evaluación.



Tabla N° 24

Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado en ESSALUD durante el Primer Semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
Establecimientos de salud propios con sistemas de costos implementados	1
Total de establecimientos de salud propios	390
% de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado (*)	0.26%
Meta del indicador (Año 2019)	40.00%
% de avance del indicador	0.01%

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

Nota: (*) Reporte al mes de mayo de 2019, según cronograma de cierre del sistema NSISCOS.

4.3.3 Porcentaje de déficit del presupuesto institucional

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

• **Avance:**

La Gerencia de Presupuesto, con Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019 informa que, durante el primer semestre de 2019, no se presentó déficit presupuestal debido a mayores ingresos y menores gastos de capital, los cuales arrojaron un resultado económico positivo de S/ 20.9 MM.

En ese sentido, aplicando la fórmula de la ficha de protocolo del indicador se obtuvo el - 0.36% de déficit del presupuesto institucional, cantidad que representa el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 25

Porcentaje de déficit del presupuesto institucional en ESSALUD durante el Primer Semestre de 2019

Detalle	Primer Semestre 2019
Todos los egresos	5 776 853 419
Todos los ingresos	5 797 713 843
% de déficit del presupuesto institucional	-0.36%
Meta del indicador (Año 2019)	1.5%
% de avance del indicador	100.00%

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

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

Este objetivo estratégico tiene 02 acciones estratégicas y 06 indicadores en total.

Tabla N° 2

Indicadores del Objetivo Estratégico 4 y Acciones Estratégicas 4.1 y 4.2

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	ACCIÓN 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
			Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos
		AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	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:

4.4.1. 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, con Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019 ha facilitado información para el presente documento, comunicando que el órgano responsable de formular el indicador fue la Secretaría General; durante el año 2017. Sin embargo, habiéndose dispuesto la creación de la Oficina de Integridad mediante Resolución N° 539-PE-ESSALUD-2017, en fecha posterior a la aprobación del PEI 2017-2021, las competencias y funciones enmarcadas en el objetivo estratégico 4, se encuentran bajo responsabilidad de dicha oficina por lo que se le asignó la responsabilidad de los indicadores de integridad. Asimismo, la OFIN analiza las fórmulas y métodos de cálculo concluyendo que resulta inviable realizar una evaluación del indicador, por lo siguiente:

- El promedio del IPC (25%) y el IRC (25%), no permite alcanzar la meta anual programada para el índice de integridad institucional (96%).
- La Oficina de Integridad no tiene competencia sobre algunos componentes de las variables de los indicadores "índice de prevención de la corrupción"¹⁴ y el "índice de respuesta frente a la corrupción"¹⁵, por lo cual considera inviable hacer uso de las fórmulas para medir dichos indicadores.

En ese sentido, la OFIN no reporta resultados respecto al indicador, lo que, según rango de criterios de evaluación se considera como sin avance a nivel de cumplimiento del indicador.

4.4.2. Porcentaje de ausentismo laboral

- **Fórmula:**
$$\frac{\text{N° de horas de ausentismo}}{\text{N° de horas laborales programadas}} \times 100\%$$

- **Avance:**

Previo coordinación con la Gerencia Central de Gestión de las Personas¹⁶, se concluye que el valor basal del indicador, que debió establecerse en el año 2017, es 18.54%. En ese sentido, para el presente año correspondería como meta por alcanzar el valor de "15.76%".

De esa manera, se tiene identificado que durante el Primer Semestre de 2019 se tuvo a nivel de la sede central de EsSalud, 3 041 colaboradores activos de los cuales 2 603 colaboradores son del régimen laboral D.L. N° 728 y D.L. 276, y 438 son del régimen laboral D.L. N° 1057. El promedio de ausentismo del primer grupo (DL 728 y DL 276) en el periodo de evaluación fue 39.65% y 36.16% para el segundo grupo de colaboradores, obteniendo en promedio 37.91% de ausentismo laboral a nivel de Sede central.

¹⁴ V3: A la Oficina de Integridad no le corresponde evaluar la cantidad de procesos de compra para realizar la verificación del cumplimiento de la actualización del portal de transparencia.

¹⁵ V3: A la Oficina de Integridad no le corresponde emitir comunicaciones al denunciante.

¹⁶ Sr. Edwin Alarcon Mundaca (edwin.alarcon@essalud.gob.pe) el 19.07.2019

En vista de que el indicador requiere ser evaluado en el ámbito nacional, no es posible obtener un resultado de cumplimiento de meta, por lo que se considera sin avance, según rango de criterios de evaluación.

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

- Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº de trabajadores participantes en el proceso de evaluación de desempeño con calificación alta y muy alta}}{\text{Nº de trabajadores participantes del proceso de evaluación de desempeño}} \times 100\%$$
- Avance:**

La Gerencia Central de Gestión de las Personas ha informado¹⁷ que, durante el Primer Semestre de 2019 EsSalud logró suscribir un nuevo convenio de colaboración interinstitucional con SERVIR, para implementar cursos de formación y capacitación de sus funcionarios, directores y servidores de las áreas administrativas y asistenciales, con la finalidad de mejorar su desempeño a través del cierre de brechas y desarrollo de competencias y conocimientos, para fortalecer sus capacidades y alcanzar el logro de los objetivos institucionales. Dichas capacitaciones vienen realizándose en la Escuela Nacional de Administración Pública.

Por otro lado, dicha Gerencia Central también informa que mediante Resolución N° 704-GG-ESSALUD-2019¹⁸, se aprobó la implementación del subsistema de gestión de rendimiento - evaluación de desempeño en EsSalud, según el marco metodológico y normativo de SERVIR, dicha implementación se viene realizando de manera gradual y progresiva, iniciándose con 224 colaboradores de la Gerencia Central de Gestión de las Personas.

Finalmente, a pesar de los esfuerzos realizados por la Gerencia Central de Gestión de las Personas, aún no se puede cuantificar un avance del indicador, según lo establece la ficha de protocolo aprobado en el PEI 2017-2021, motivo por el cual, se considera como malo su avance, según criterios de evaluación.

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

- Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº de iniciativas de proyecto de mejora presentadas}}{\text{Total de colaboradores}} \times 100\%$$
- Avance:**

La Gerencia Central de Gestión de las Personas ha informado que, a fin de dar cumplimiento al presente indicador, llevó a cabo el Programa Renueva EsSalud que contemplaba 04 categorías, orientadas al buen trato al asegurado, uso eficiente de los recursos, mejora de la práctica en el trabajo y promoción de la salud.

Al programa se presentaron 389 equipos con sus respectivos proyectos, de los cuales 274 proyectos cumplieron el requerimiento de las bases, pasando a la etapa de evaluación por un Comité Técnico. Finalmente, se premiaron a 13 equipos por sus proyectos innovadores, de ellos 3 obtuvieron el 1^{er} puesto en la categoría que concursaron.

En ese sentido, aplicando la fórmula de la ficha de protocolo del indicador se obtuvo 4.84 como iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1 000 colaboradores

¹⁷ Carta N° 4568-GCGP-ESSALUD-2019

¹⁸ Dicho documento, también aprobó el cronograma institucional del ciclo de gestión de rendimiento 2019-2020 de EsSalud.

internos, cantidad que sobrepasa el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 27

Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1 000 colaboradores internos durante el 1er. Semestre de 2019

Detalle	1er. Semestre de 2019
N° de iniciativas de proyecto de mejora presentadas	274
Total de colaboradores	56 622
Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1 000 colaboradores internos	4.84
Meta del indicador (Año 2019)	3
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas

4.4.5. 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:**

La Oficina de Integridad, con Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019 ha facilitado información para el presente documento, concluyendo que resulta inviable realizar una evaluación del indicador, porque para calcular la variable "V3: cumplimiento de la actualización del portal de transparencia" se tiene que obtener el "# de procesos de compra con V3 x 100/ N° total de procesos de compra", lo cual no guarda relación con las funciones atribuidas a dicha oficina.

En ese sentido, según rango de criterios de evaluación se considera como sin avance el nivel de cumplimiento del indicador.

4.4.6. 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:**

La Oficina de Integridad, con Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019 ha facilitado información para el presente documento, concluyendo que resulta inviable realizar una evaluación del indicador, porque la variable "acciones de información al denunciante sobre el estado de denuncia presentada", no guarda relación con las funciones atribuidas a dicha oficina.

En ese sentido, según rango de criterios de evaluación se considera como sin avance el nivel de cumplimiento del indicador.

Sin embargo, a través del Sistema de Gestión de Denuncias (SGD) la Oficina de Integridad lleva un control de las denuncias recibidas por presuntos actos de corrupción, tal es así que al 22 de julio del presente año, tiene: 60 denuncias archivadas 180 denuncias en trámite, y 106 denuncias derivadas.



V. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Tabla N° 28
Principales logros por cada indicador de los Objetivos Estratégicos del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2018

Objetivo Estratégico	Indicador	Logros
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	- Se llevó a cabo una encuesta a nivel nacional ha permitido identificar que el 25.42% se encuentra insatisfecho con la atención recibida, 12.71% se muestra indiferente y 61.87% está satisfecho. - Se dispone información sobre satisfacción en general, por red de atención, nivel e IPRESS.
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	SE elaboró el proyecto de estudio de estimación de carga de enfermedad y lesiones en la población asegurada 2019.
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa	Estancia Hospitalaria	Se ha registrado un promedio de 4.59 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio, durante el 1er. Semestre de 2019.
	Diferimiento de citas de consulta externa	Se llevaron a cabo supervisiones a las Redes Asistenciales y Redes Prestacionales, a fin de monitorear el cumplimiento del indicador.
	Tiempo de espera quirúrgico	Para el primer semestre de 2019, se tuvo en promedio 128 días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos.
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	- El resultado económico en el 1er semestre de 2019 fue positivo (S/ 20.9 MM), debido a los mayores ingresos operativos, principalmente en la recaudación de aportaciones y por la devolución de la recaudación que fue acreditada por la SUNAT en la cuenta de detracciones de la Dirección General del Tesoro Público, y que correspondían al pago de aportaciones a EsSalud. - Con Resolución N° 001-ESSALUD-2019, se aprobó el presupuesto asignable para la compra local de bienes y servicios a nivel de órganos desconcentrados y centro asistencial de EsSalud. - Con Resolución N° 006-ESSALUD-2019, se aprobó las fases II y III del presupuesto asignable para la compra local de bienes y servicios a nivel de órganos desconcentrados y centro asistencial de EsSalud.
	Índice de integridad institucional	Con Resolución N° 179-PE-ESSALUD-2019, se aprobó el "Plan de integridad y lucha contra la corrupción para el periodo 2019-2021".

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

Tabla N° 29

Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al 1er semestre de 2019

Acción Estratégica	Indicador	Logros
	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo	87 IPRESS lograron un porcentaje de conclusión superior al 97%.
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	La GCAA llevó a cabo una encuesta a 600 pacientes atendidos en consulta externa, de los cuales 22.5% comunicaron su insatisfacción a una PAUS de la institución.
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo	- Se llevó a cabo un proceso de actualización de usuarios del REGINCIAD a nivel de órganos desconcentrados, producto de ello se identificó a un total de 1 897 servidores que debían ser usuarios en el REGINCIAD. 286 IPRESS de la oferta institucional cuentan con usuario activo en el REGINCIAD. - Se realizó el curso - taller, "Herramientas de la calidad para la mejora de procesos" del 11 al 15 de junio, a fin de fortalecer el conocimiento y aplicación de las herramientas de calidad en la gestión de eventos adversos. Tuvo la participación de 76 profesionales, de las 3 Redes Prestacionales de Lima y Callao, INCOR y CNSR. - Se realizó asistencia técnica a la Red Asistencial Loreto sobre "Manejo del REGINCIAD".
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	- Se llevó a cabo supervisiones a 08 IPRESS a nivel nacional (HNSAA, HNGAI, HNCASE, HNAAA, H II Huamanga Carlos Tupiza García Godos, HN Hospital de Alta Complejidad de La Libertad Virgen de la Puerta y H IV Víctor Lazarte Echegaray), sobre la práctica segura de identificación correcta de pacientes conforme está establecido en la Directiva "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente". 100% de las 94 IPRESS obligadas al registro, han cumplido con registrar los resultados de la verificación de cumplimiento de la práctica segura identificación correcta del paciente en el SGIC, en por lo menos una oportunidad, durante el periodo de evaluación.
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente	794 asegurados con discapacidad integradas laboralmente, de los cuales 344 fueron de Lima y Callao, y 450 de provincias. 824 asegurados usuarios de los CERPS y MBRPS fueron capacitados para el trabajo. - Se llevó a cabo 21 talleres productivos y de formación para el trabajo, con certificación a nombre de la nación. Entre los talleres dictados se encuentran: los de informática, computación, desarrollo empresarial, marketing personal, venta y atención al cliente, confección textil, tejido, elaboración de productos artesanales, gastronomía/ repostería saludable, entre otros. - Se hizo el relanzamiento del programa emprendedores y coches saludables en EsSalud, el cual promueve la alimentación saludable mediante el expendio de alimentos nutritivos y libre de octógenos. - Se obtuvo un premio especial en la categoría "Acción que integra el enfoque de género, discapacidad y/o interculturalidad", en el Premio de Buenas Prácticas Renuvea EsSalud en su 1ª edición, por el proceso de rehabilitación profesional.
	Adultos mayores beneficiados con atención integral	655 asegurados adultos mayores fueron beneficiados por las jornadas de atención integral realizadas en 8 CAM de las Redes Prestacionales de Lima y Callao. 7 246 personas beneficiadas con atención integral en los CAM de Lima y Callao.
	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	61.85% de grado de resolutividad en el primer nivel de atención, producto de haber implementado estrategias como producción por modalidad de pago PCT y el tercer turno, sin embargo, se ha identificado una alta tasa de deserción y el limitado cumplimiento de las normas de la programación asistencial.
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	2.2% de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel. 29 Redes Asistenciales han remitido información para cuantificar el indicador.

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

Tabla N° 29

Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al 1º semestre de 2019

Acción Estratégica	Indicador	Logros
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	- La GCPI ha logrado establecer una fórmula matemática que permite acercar de manera más exacta su valor a la realidad del mantenimiento del equipamiento hospitalario en EsSalud. - Se logró concluir la implementación del nuevo software de mantenimiento institucional denominado "SISMAC" a través del cual se podrá obtener con mayor exactitud el valor de disponibilidad ya que el software tiene información unificada del equipamiento a nivel nacional en un servidor dedicado. - Se logró estandarizar y ordenar el inventario del equipamiento hospitalario a nivel nacional, trabajando coordinadamente con los órganos desconcentrados en EsSalud.
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional	Se registra el 87.62% de cobertura de plazas activas a nivel de la sede central de EsSalud.
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	- Con Resolución N° 270-CEABE-ESSALUD-2019 se aprueba la inclusión de 63 productos farmacéuticos a la "Cartilla de suministros centralizado de bienes estratégicos, periodo 2019", con ello se actualiza a 1 320 la cantidad de bienes estratégicos. - Asimismo, IETSI realizó modificaciones a las especificaciones técnicas de algunos bienes estratégicos, dando como resultado la exclusión o inclusión de los mismos del petitorio farmacológico de EsSalud, y por consiguiente a la precitada cartilla.
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional	- Se actualizó el listado de sistemas clave de EsSalud, tal es así que se incorporó el nuevo sistema móvil para los asegurados "EsSalud Mobile", el sistema de anatomía patológica (ANATPAT), el sistema de información gerencial de las prestaciones sociales (SIGPS) y el nuevo sistema de facturación electrónica (SFE), procediendo el registro del sistema de gestión hospitalaria (SGH) y SINAPREV, y rediseñando otros sistemas (SUBLAC, SUBMAT, SUBSET y SISCAP). - Con Resolución N° 285-GG-ESSALUD-2019 se aprobó la "Directiva para la implementación del sistema de gestión de servicios de salud en las IPRESS de los tres niveles de atención en EsSalud", disponiéndose el despliegue para su implementación como sistema institucional único para el registro de las actividades vinculadas a las prestaciones asistenciales de los asegurados en todos los órganos desconcentrados de EsSalud e IPRESS extra institucionales. Asimismo, se procedió al retiro del sistema SGH y reestructuración del SISCAP, como módulo interconectado al ESSI. - Se realizó la integración de SAP 6.07 HANA con el sistema SALOG, a través de interfaces de SAP, el cual permite la actualización de los consumos con su base de datos.
	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	Se desarrolló un plan piloto del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen que cuenta con sistema de costos por actividad médica, realizando 571 procedimientos ejecutados.
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	El resultado económico en el 1º semestre de 2019 fue positivo (S/ 20.9 MM).

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

Tabla N° 29
Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al 1er semestre de 2019

Acción Estratégica	Indicador	Logros	
		Logros	
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Ausentismo laboral	- La GCGP no reporta logros en este indicador. - Se suscribió un nuevo convenio de colaboración interinstitucional con SERVIR, para implementar cursos de formación y capacitación de sus funcionarios, directores y servidores de las áreas administrativas y asistenciales. - Con Resolución N° 704-GG-ESSALUD-2019, se aprobó la implementación del subsistema de gestión de rendimiento - evaluación de desempeño en EsSalud, según el marco metodológico y normativo de SERVIR. - Con Resolución N° 538-GG-ESSALUD-2019, se aprobó el "Plan de Desarrollo de la Personas de EsSalud 2019". - Con Resolución N° 591-GG-ESSALUD-2019, se aprobó la "Guía metodológica para la planificación, ejecución y evaluación del Plan de Desarrollo de la Personas de EsSalud".	
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por los colaboradores las que luego de ser evaluadas, serán seleccionadas y se les brindará el apoyo para su implementación	Se llevó a cabo la primera edición del Programa Renueva EsSalud, contando con la participación de 389 equipos con sus respectivos proyectos, de los cuales 274 proyectos cumplieron el requerimiento de las bases, pasando a la etapa de evaluación por un Comité Técnico.	
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	- La Oficina de Integridad supervisa de manera permanente la atención de las solicitudes de acceso a la información pública (RSAIP), en constante coordinación con los funcionarios responsables y sus respectivos coordinadores. - Según lo registrado en el RSAIP, en el periodo de evaluación se tiene 886 solicitudes de acceso a la información pública ingresadas, de las cuales 850 fueron atendidas, 36 no fueron atendidas porque: el solicitante no cumple con pagar la tasa del costo de reproducción (14), falta de infraestructura y carencia de recursos para reproducir la información (16) y la información no es producida ni generada por la entidad (6).	
	Índice de respuesta frente a la corrupción	La Oficina de Integridad a través del Sistema de Gestión de Denuncias (SGD), lleva un control de las denuncias recibidas por presuntos actos de corrupción que son de su competencia.	

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° 30

Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de los Objetivos Estratégicos del PEI 2017-2021 correspondiente al 1er semestre de 2019

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	Inexistencia de perfiles técnicos de atención al público (plataforma de atención).	Gestionar oportunamente los recursos económicos necesarios para el cumplimiento de lo programado anualmente.
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	Cambio del sistema de gestión institucional.	Homogenizar las bases de datos de las prestaciones de salud de las IPRES, para obtener información objetiva y confiable para las estimaciones requeridas en el presente estudio.
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	25% de los pacientes hospitalizados de larga estancia son adultos mayores pluripatológicos con enfermedades crónicas degenerativas.	- Reformular el indicador expresándolo por niveles de atención y grado de complejidad. - Fortalecer PADOMI general y especializado - Redirigir a los pacientes adultos mayores a establecimientos con hospitalización de larga estancia propios o contratados.
	Diferimiento de citas de consulta externa	- Las consultas médicas por especialistas son las que causan mayor diferimiento a nivel de hospitales nacionales y hospitales base de las Redes Asistenciales. - El 45,4% de la demanda lo constituyen los pacientes de 60 a más años.	Priorizar y redirigir los pacientes adultos mayores hacia el programa de pacientes crónicos.
	Tiempo de espera quirúrgico	Los hospitales de mediana y alta complejidad concentran los promedios de espera prolongados.	Que las Redes Asistenciales y Redes Prestacionales, continúen desarrollando campañas quirúrgicas.
	Gastos Operativos / Ingresos	Consejo Directivo de EsSalud aprobó el proyecto de modificación presupuestal para el ejercicio económico 2019 con Acuerdo N° 11-09-ESSALUD-2019 (08.05.2019) que considera un resultado económico negativo de - S/ 439.1 MM; sin embargo, con Oficio N° 086-2019/GPC-FONAFE, la citada entidad realizó observaciones a la propuesta remitida, solicitando actualizar las proyecciones con información real de ejecución presupuestal al cierre del 1er semestre de 2019.	Volver a remitir a FONAFE el proyecto de modificación presupuestal para el ejercicio económico 2019.
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	La Oficina de Integridad concluye que resulta inviable realizar una evaluación del indicador.	- Identificar indicadores que permita cuantificar y monitorear la promoción de una gestión con ética y transparencia en la institución. - Priorizar las acciones preventivas de los actos de corrupción.

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



Tabla N° 31

Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al 1er semestre de 2019

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	Inexistencia de perfiles técnicos de atención al público para el personal de las plataformas de atención.	Gestionar la inclusión en el manual de perfiles y puestos, el perfil idóneo para el personal de atención al público (plataforma de atención).
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	- Diversificación de motivos de reclamos contemplados en el Registro de Información de Atención al Asegurado, que dificulta un adecuado registro y por ende su atención. - Existe un sub registro de los motivos de insatisfacción de los usuarios durante su atención en EsSalud, que no es comunicado a las Oficinas de Atención al Asegurado.	- Actualizar técnica y operativamente, el Registro de Información de Atención al Asegurado, a fin de optimizar el registro y gestión de los reclamos. - Fortalecer las capacidades de los colaboradores que tienen trato directo con los asegurados que presentan la insatisfacción a algún servicio de EsSalud, a fin de canalizarlos adecuadamente para su atención.
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo.	- El sistema REGINCIAD está desactualizado, lo cual limita realizar un mejor registro de la información, para sistematizar la gestión de riesgos, relacionados a la provisión de prestaciones de salud. - Solo 126 IPRESS, de las 286 IPRESS que cuentan con usuario activo en el REGINCIAD, hacen uso del sistema; sin embargo, varias IPRESS realizan el sub registro de eventos adversos, debido a la incipiente cultura de seguridad del paciente en la institución. - Desconocimiento de las ventajas del REGINCIAD, para el registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos.	- Realizar coordinaciones con la GCTIC para mejorar el sistema REGINCIAD y hacerlo más amigable en el uso; asimismo, proponer otra alternativa de sistema que facilite prevenir y mitigar los eventos adversos y eventos centinela. - Brindar asistencia técnica y capacitaciones a los diversos órganos de la institución, sobre la metodología de gestión de riesgos que se debe seguir para una adecuada identificación, análisis y gestión de los eventos centinela. - Instalar a las dependencias involucradas en eventos centinela, hacer uso del REGINCIAD, para contribuir a la mejora de la cultura de seguridad en la institución.
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	25 IPRESS obligadas a realizar el registro de resultados de la verificación, realizan los reportes de manera irregular, incumpliendo con lo establecido en la ficha técnica de la directiva, que a su vez difiere a lo aprobado en el PEI 2017-2021. - Inadecuada programación anual, de las necesidades de brazaletes de identificación, originando en algunas IPRESS el desabastecimiento de los mismos. - No se ha estandarizado el formato de brazalete a nivel institucional, generando discrecionalidad en el uso por parte de las IPRESS. - Alta deserción laboral del personal que administra el SGIC. - Inadecuada supervisión del cumplimiento del proceso de identificación del paciente, generando errores en la consignación de datos, deterioro del brazalete o retiro de este por parte de los pacientes.	- Llevar a cabo asistencia técnica y supervisiones a las IPRESS a nivel nacional, relacionadas a la práctica segura denominada identificación correcta de pacientes. - Que las IPRESS presenten su necesidad de brazaletes de identificación, según sus metas físicas; asimismo, realizar el seguimiento de abastecimiento. - Elaborar una ficha estandarizada para la adquisición del servicio de brazaletes impresos. - Seguir brindando la asistencia técnica al personal que administra el SGIC y supervisar a las IPRESS que considere relevantes. - Los jefes de departamento y servicios médicos, deben cumplir el desarrollo de acciones de monitoreo y supervisión.
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	- Solo el 24% de los asegurados con discapacidad son derivados desde las IPRESS, hacia los CERPS y MBRPS, para su rehabilitación profesional y social. - Limitadas ofertas laborales para las personas con discapacidad, que no permite integrar más personas en edad productiva.	- Coordinar con las IPRESS, para que los asegurados con discapacidad sean derivados a los CERPS y MBRPS de manera oportuna. - Identificar nuevos grupos empresariales que permitan incrementar la oferta laboral para las personas con discapacidad. - Coordinar con la OISS para llevar a cabo el "IV Foro de empresas iberoamericanas", a fin de promover la responsabilidad social en el sector público y social.

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

Tabla N° 31

Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al 1er semestre de 2019

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Adultos mayores beneficiados con atención integral	- Limitada complejidad en la atención integral del adulto mayor. - Limitado número de asegurados adultos mayores de provincia que son derivados desde las IPRESS, hacia los CAM para recibir prestaciones sociales. - Varias Redes Asistenciales brindan mayor interés a las atenciones recuperativas.	- Ampliar la atención integral del adulto mayor, que considere aspectos biológicos, psicológicos y sociales. - Coordinar con las IPRESS, para que los asegurados adultos mayores sean derivados a los CAM o CIRAM de manera oportuna, según corresponda. - Las Redes Asistenciales deben priorizar su atención al primer nivel de atención, lo cual incidiría en un mayor impacto en la salud de las personas.
	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	El personal asistencial en el primer nivel de atención llega a un reducido grado de resolutividad siendo la mayoría de sus actividades de índole preventivo promocional.	- Contratar médicos de medicina familiar/ integral para mejorar el grado de resolutividad en el primer nivel de atención. - Reorientar esfuerzos a fin de fortalecer el primer nivel de atención, implementando estrategias sanitarias, convenios de intercambio prestacional, y capacitaciones a los profesionales de salud.
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	Se tiene un sistema de gestión hospitalaria fragmentado y con errores en los registros.	- Realizar el control de calidad previo de la información del sistema de gestión hospitalaria, a fin de emitir una estimación confiable. - Fortalecer la capacidad técnica y operativa de las Redes Asistenciales que tienen mayor % de hospitalización evitable: Redes Asistenciales de Tarapoto, Lambayeque e Ica; así como, las Redes Prestacionales de Almenara y Rebagliati.
	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	- Debido a la antigüedad del software de mantenimiento institucional – PCOMAN, el valor del indicador tiene que ser ajustado, ya que no considera el tiempo de parada del equipo por mantenimiento preventivo, ni el tiempo de espera del equipo desde que se detectó la falla hasta que se inició la ejecución del mantenimiento correctivo. - Asimismo, el software no permite obtener valores en tiempo real y generar reportes de gestión con información oportuna que contribuya a facilitar la toma de decisiones estratégicas.	- Realizar acciones y/o coordinaciones con las instancias que estime pertinente, para estandarizar los campos inherentes al mantenimiento de equipos biomédicos y electromecánicos; asimismo, llevar un inventario con nomenclatura y definiciones estandarizadas. - Evaluar la pertinencia de implementar un nuevo software de mantenimiento institucional a fin de determinar el valor exacto de disponibilidad de equipamiento, en beneficio de los asegurados.
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional.	- La Gerencia Central de Gestión de las Personas, ha reportado información solo a nivel de la sede central de EsSalud, cuando debería de haberse remitido información a nivel nacional. - No todos los candidatos resultantes aptos de un proceso de selección y/o evaluación, firman contrato laboral que los vincula a EsSalud. - Limitado conocimiento del marco normativo relacionado a selección de personal y cobertura de cargo ejecutivo, dado la alta rotación de funcionarios de recursos humanos a nivel nacional.	- Coordinar la remisión de información relacionada al indicador de manera oportuna, a fin de monitorear su ejecución y para una adecuada toma de decisiones. - Brindar capacitaciones presenciales y virtuales sobre el marco normativo relacionado a selección de personal y cobertura de cargo ejecutivo.
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	- Normas institucionales desactualizadas. - Constantes observaciones de especificaciones técnicas de dispositivos médicos que en su mayoría son derivadas al IETSI para su absorción. - Bloqueo de códigos en el sistema SAP. - Actualización constante de las fichas técnicas por parte de Perú Compras	- Actualizar y reformular las normas vigentes relacionadas a su competencia. - Articular las diferentes áreas para la gestión eficiente en la cadena de suministro de dispositivo médico y productos farmacéuticos. - Gestionar la habilitación de usuarios SAP para los analistas.

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

Tabla N° 31
Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al 1er semestre de 2019

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional.	Limitados recursos para la integración de los sistemas.	Gestionar de manera adecuada y oportuna la dotación de recursos, a fin de dar cumplimiento del indicador.
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	- Solo el 60% de IPRESS de oferta institucional en promedio reportan su costo unitario. - En la fórmula del indicador se tiene "costos por actividad médica" que es la segunda fase del sistema de costos integrados NSISCOS. - Ausencia de cartera de servicios de salud actualizada y clasificada por niveles de atención, así como un documento técnico que establezca la utilización de los recursos de manera estándar para determinar los costos por actividad médica.	- Actualmente se viene realizando mejoras al sistema y dando soporte a los analistas de costos a nivel nacional. Asimismo, en base a los nuevos requerimientos funcionales obtenidos del proceso de capacitación, se requiere actualizar el software NSISCOS. - Fortalecer el equipo de analistas de costos "Comité de Costos", a fin de realizar propuestas de mejora al sistema de costos de EsSalud, dada la complejidad de los procesos en la atención de las IPRESS. - Desarrollar un plan piloto del sistema de costos por actividad médica en otras IPRESS a nivel nacional. - Contar con la cartera de servicios de salud actualizada y clasificada por niveles de atención, así como un documento técnico que establezca el uso de los recursos de manera estándar para determinar costos por actividad médica.
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	Consejo Directivo de EsSalud aprobó el proyecto de modificación presupuestal para el ejercicio económico 2019 con Acuerdo N° 11-09-ESSALUD-2019 (08.05.2019) que considera un resultado económico negativo de - S/ 439.1 MM; sin embargo, con Oficio N° 086-2019/GPC-FONAFE, la citada entidad realizó observaciones a la propuesta remitida, solicitando actualizar las proyecciones con información real de ejecución presupuestal al cierre del 1er semestre de 2019.	Volver a remitir a FONAFE el proyecto de modificación presupuestal para el ejercicio económico 2019.

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



Tabla N° 31

Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al 1er semestre de 2019

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Ausentismo laboral	El ausentismo laboral en la sede central representa la tercera parte de su personal.	Supervisar la pertinencia de los descansos médicos a nivel nacional.
	Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	Limitado apoyo de parte de SERVIR en la implementación del subsistema de gestión de rendimiento.	Realizar capacitaciones con la participación de SERVIR, al personal involucrado al indicador, sobre el ABC de gestión del rendimiento, marco metodológico y normativo del sub sistema de gestión de rendimiento.
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por los colaboradores las que luego de ser evaluadas, serán seleccionadas y se les brindará el apoyo para su implementación	El programa Renueva EsSalud, inicialmente disponía de una limitada asignación presupuestal.	Fortalecer el programa Renueva EsSalud, porque contribuye en mejorar el clima organizacional, a través del reconocimiento de los colaboradores por los proyectos y/o acciones que presentan, a fin de mejorar el servicio que otorga EsSalud a la población asegurada.
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	- La Oficina de Integridad concluye que resulta inviable realizar una evaluación del indicador. - Durante el periodo de evaluación, el 4.25% de solicitudes de acceso a la información pública ingresadas no han sido atendidas, debido a la carencia de personal permanente para su atención.	- Identificar indicadores que permita cuantificar y monitorear la promoción de una gestión con ética y transparencia en la institución. - Mantener actualizado la relación del personal de EsSalud, dedicado a la atención de acceso a la información pública.
	Índice de respuesta frente a la corrupción	- La Oficina de Integridad concluye que resulta inviable realizar una evaluación del indicador. - Al 22 de julio del presente año, se tiene identificado 346 denuncias por presuntos actos de corrupción: 60 (17.34%) denuncias archivadas, 180 (52.02%) denuncias en trámite, y 106 (30.64%) denuncias derivadas.	- Identificar indicadores que permita cuantificar y monitorear la promoción de una gestión con ética y transparencia en la institución. - Gestionar y monitorear con diligencia la atención de las denuncias por presuntos actos de corrupción.

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

- Con Carta Múltiple N° 080-GCPP-ESSALUD-2018, se solicitó información a 11 órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021, para elaborar el presente documento.
- En el proceso de elaboración del presente informe se ha identificado que varios órganos de la institución manifiestan inconformidad sobre la ficha de protocolo de algunos indicadores (nombre y definición del indicador, fórmula o método de cálculo, programación de las metas, entre otros.).
- Varias dependencias responsables del cumplimiento de los indicadores, han indicado que se ha identificado varias falencias y debilidades en el PEI 2017-2021, así como en las fichas de protocolo de indicador, entre otros, ya sea en la presentación de variables de medición, fórmula y programación de metas, por lo cual, al momento de medir y/o cuantificar un avance en el cumplimiento de las metas; han distorsionado lo aprobado en el documento de gestión vigente.
- En ese marco y conforme a las normas de planeamiento estratégico y del sector salud, EsSalud viene llevando a cabo el proceso de formulación del nuevo Plan Estratégico Institucional 2020-2024, que reemplazará al actual documento institucional, para lo cual se está realizando talleres y reuniones de trabajo en coordinación con las diferentes dependencias estratégicas de la institución.
- Según criterios de evaluación del presente informe, de los 26 indicadores aprobados en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 de ESSALUD, y según criterios de evaluación del presente informe 10 indicadores tienen la calificación de excelente, 3 indicadores tienen la calificación de buenos, 2 indicadores tienen la calificación de regular, 5 indicadores tienen la calificación de malo y 6 indicadores no tienen avance.
- La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, concluye que el sistema de notificación, registro, análisis y procesamiento de incidentes y eventos adversos (REGINCIAD), presenta dificultades para realizar el registro, notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos; así como la dificultad de poder descargar una base de datos que facilite el seguimiento de los eventos registrados, imposibilidad de integrar el sistema con el programa de farmacovigilancia, tecno vigilancia, hemovigilancia, vigilancia epidemiológica, y vigilancia de muerte materna, que pueda contribuir a consolidar los eventos adversos que ocurra en la institución.
- La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, concluye que la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013 "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente", debe ser actualizada; asimismo, se debe elaborar una ficha técnica estandarizada para la adquisición del servicio de brazaletes impresos.
- La Gerencia Central de Prestaciones de Salud se ha propuesto para este año, elaborar la fase preparatoria para actualizar el Estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones EsSalud a realizarse para el año 2020; lo cual difiere según lo aprobado en el PEI 2017-2021.



- En relación al indicador “estancia hospitalaria”, la Gerencia Central de Operaciones concluye que se debe incrementar la oferta asistencial y priorizar la demanda de los adultos mayores. Con respecto al indicador “diferimiento de citas de consulta externa” considera como una oportunidad de mejora reformular el indicador, considerando los días transcurridos desde la solicitud de cita por el paciente hasta el otorgamiento de la misma.
- Sobre los indicadores “porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional” y “porcentaje de ausentismo laboral”, la Gerencia Central de Gestión de las Personas, ha reportado información solo a nivel de la sede central de EsSalud, cuando debería de haberse remitido información a nivel nacional, según ficha de protocolo del indicador, aprobado en el PEI 2017-2021.

7.2. Recomendaciones

- Los órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021, deben revisar y evaluar la ficha de protocolo del indicador bajo su responsabilidad, y de encontrar debilidades y/o errores en su contenido, deberán presentar su propuesta de indicadores a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, con el debido sustento técnico, acción que permitirá gestionar su posible inclusión en el nuevo Plan Estratégico Institucional que se viene elaborando, cuya vigencia se proyecta que será durante el periodo 2020-2024.
- Sin perjuicio de ello, y mientras no se disponga de un nuevo Plan Estratégico Institucional, sigue vigente el PEI 2017-2021. En ese sentido, conforme a la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 “Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del seguro Social de Salud - ESSALUD”, la evaluación del PEI 2017-2021 se realiza al 30 de junio (evaluación del primer semestre) y 31 de diciembre (evaluación del periodo anual). Para lo cual cada órgano responsable del cumplimiento de los indicadores aprobados en el citado documento de gestión deberá remitir información a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto a los diez (10) días hábiles posteriores al cierre de cada periodo, debido que el informe semestral será enviado por la citada gerencia central a la Gerencia General dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores al cierre de cada semestre. Para cumplir con lo dispuesto, las dependencias deben solicitar información a las redes asistenciales, redes prestacionales y órganos prestadores nacionales, con suficiente anticipación.



VIII. DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA

Objetivo Estratégico	Indicador	Documento
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	Carta N° 1656-GCPS-ESSALUD-2019
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019
	Diferimiento de citas de consulta externa	Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019
	Tiempo de espera quirúrgico	Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo	Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo	Carta N° 608-OGCyH-PE-ESSALUD-2019
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	Carta N° 607-OGCyH-PE-ESSALUD-2019
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	Carta N° 648-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019
	Adultos mayores beneficiados con atención integral	Carta N° 648-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019
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)	Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	Carta N° 1656-GCPS-ESSALUD-2019
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	Carta N° 2142-GCPI-ESSALUD-2019
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional.	Carta N° - GCGP-ESSALUD-2019
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	Carta N° 2301-CEABE-ESSALUD-2019
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional.	Carta N° 1723-GCTIC-ESSALUD-2019
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Porcentaje de ausentismo laboral	Carta N° 4568-GCGP-ESSALUD-2019
	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	Carta N° 4568-GCGP-ESSALUD-2019
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos	Carta N° 4568-GCGP-ESSALUD-2019
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019
	Índice de respuesta frente a la corrupción	Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019



ANEXOS



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

Objetivo Estratégico	Indicador	Meta Programada Año 2019	Ejecutado en el 1º semestre del año 2019	% de avance de la meta del indicador	Calificación según criterio de evaluación	Fuente de verificación	Responsable
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	84.00%	61.87%	73.65%	Regular	Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	73	Avance cualitativo	0.00%	Sin avance	Carta N° 1656-GCPS-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	3.7	4.59	80.61%	Bueno	Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Operaciones
	Diferimiento de citas de consulta externa	9	40.77	22.08%	Malo	Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Operaciones
	Tiempo de espera quirúrgico	60	128	46.88%	Malo	Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Operaciones
OE 3: Brindar Servicios Sostentables Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	95.00%	97.05%	97.89%	Excelente	Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	96.00%	Inviabile evaluar	0.00%	Sin avance	Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019	Oficina de Integridad*

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

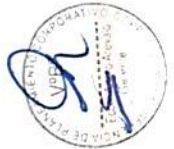
Nota: * Se actualizó el Órgano responsable, según funciones consignadas en la Resolución N° 539-PE-ESSALUD-2017 (14.08.2017)



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

Acción Estratégica	Indicador	Meta Programada Año 2019	Ejecutado en el 1er. semestre del año 2019	% de avance de la meta del indicador	Calificación según criterio de evaluación	Fuente de verificación	Responsable
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo	97.00%	85.40%	88.04%	Bueno	Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	17.00%	22.50%	100.00%	Excelente	Carta N° 1904-GCAA-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo	80.00%	55.00%	68.75%	Regular	Carta N° 608-OGCyH-PE-ESSALUD-2019	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	40.00%	48.29%	100.00%	Excelente	Carta N° 607-OGCyH-PE-ESSALUD-2019	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	2 209	794	35.94%	Malo	Carta N° 648-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Adultos mayores beneficiados con atención integral	11.74%	8.86%	75.47%	Bueno	Carta N° 648-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	52.00%	61.85%	100.00%	Excelente	Carta N° 4139-GCOP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Operaciones
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	2.20%	2.18%	100.00%	Excelente	Carta N° 1656-GCPS-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Prestaciones de Salud

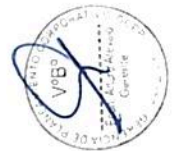
Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021



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

Acción Estratégica	Indicador	Meta Programada Año 2019	Ejecutado en el 1er semestre del año 2019	% de avance de la meta del indicador	Calificación según criterio de evaluación	Fuente de verificación	Responsable
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	60.00%	94.72%	100.00%	Excelente	Carta N° 2142-GCPI-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Proyectos de Inversión
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional	97.00%	Avance solo Sede Central	0.00%	Sin Avance	Carta N° - GCGP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	< 4%	1.83%	100.00%	Excelente	Carta N° 2301-CEABE-ESSALUD-2019	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional	30.00%	28.57%	95.23%	Excelente	Carta N° 1723-GCTIC-ESSALUD-2019	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	40.00%	0.26%	0.01%	Malo	Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	1.5%	-0.36%	100.00%	Excelente	Carta N° 397-GP-GCPP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

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

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

Acción Estratégica	Indicador	Meta Programada Año 2019	Ejecutado en el 1er. semestre del año 2019	% de avance de la meta del indicador	Calificación según criterio de evaluación	Fuente de verificación	Responsable
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Porcentaje de ausentismo laboral	15.76%	Avance solo Sede Central	0.00%	Sin Avance	Carta N° 4568-GCGP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	7.00%	Avance cualitativo	0.00%	Malo	Carta N° 4568-GCGP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos	3	4.84	100.00%	Excelente	Carta N° 4568-GCGP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Gestión de las Personas
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	25.00%	Inviabile evaluar	0.00%	Sin avance	Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019	Oficina de Integridad*
	Índice de respuesta frente a la corrupción	25.00%	Inviabile evaluar	0.00%	Sin avance	Carta N° 1629-OFIN-ESSALUD-2019	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: * Se actualizó el Órgano responsable, según funciones consignadas en la Resolución N° 539-PE-ESSALUD-2017 (14.08.2017)



Página. ____

NIT: 104-2019-072
Importante:
Mantener esta hoja de ruta como carátula del documento y utilizar el código de la acción solicitada

Nº	FECHA	REMITENTE	ACCION	DETALLE DE ACCION	DESTINO
1	12.08.2019		1	Carta: -GCPP-2019 INFORME DE EVALUACION DEL PEI 2017-2021 AL I SEMESTRE 2019	GCPP
2	15 AGO 2019		07	C-5652-GCPP-19	G.G.
3					
4					
5					
6					
7					

Cod. Acción solicitada:

Cod. Acción solicitada:

1. ATENCION

2. OPINIÓN

3. INFORME

4. PREPARAR RESPUESTA

5. COORDINAR

6. SUPERVISAR

7. CONOCIMIENTO Y FINES

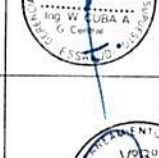
8. VISAR

9. ARCHIVO

10. OTROS - ESPECIFICAR

Página. ____

NIT: 104-2019-072
Importante:
Mantener esta hoja de ruta como carátula del documento y utilizar el código de la acción solicitada

Nº	FECHA	REMITENTE	ACCION	DETALLE DE ACCION	DESTINO
1	12.08.2019		1	Carta: -GCPP-2019 INFORME DE EVALUACION DEL PEI 2017-2021 AL I SEMESTRE 2019	GCPP
2	15 AGO 2019		07	C-5652-GCPP-19	G.G.
3	23 AGO 2019			Memo. 1706- GG	GCPP.
4	26 AGO. 2019		1/4	PROV. 8108	GPC
5	26 AGO. 2019		1.	Memo 1706- GG.	SGC y EG.
6	27 AGO. 2019		1	Memo 1706- G-2019.	Milagros Ramos
7					

Cod. Acción solicitada:

Cod. Acción solicitada:

1. ATENCION

2. OPINIÓN

3. INFORME

4. PREPARAR RESPUESTA

5. COORDINAR

6. SUPERVISAR

7. CONOCIMIENTO Y FINES

8. VISAR

9. ARCHIVO

10. OTROS - ESPECIFICAR