

---

# **INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2017-2021 (Al II semestre de 2019)**

---



**GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO**  
**Gerencia de Planeamiento Corporativo**

**CONTENIDO**

I. PRESENTACIÓN.....	3
II. RESUMEN EJECUTIVO.....	4
III. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL .....	12
IV. RESULTADO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR CADA INDICADOR PROGRAMADO, DE ACUERDO A LA UNIDAD DE MEDIDA ESTABLECIDA .....	14
V. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS .....	29
VI. PRINCIPALES DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	33
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	38
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.

Mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 19-15-ESSALUD-2017, se aprobó el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2021 del Seguro Social de Salud-ESSALUD, documento que constituye el marco estratégico institucional, y contiene la visión y misión, 04 objetivos estratégicos, 07 acciones estratégicas y un total de 26 indicadores, que son evaluados semestralmente, con información facilitada por las dependencias responsables.

En ese sentido, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto en el marco de sus funciones, con Carta Múltiple N° 123-GCPP-ESSALUD-2019 de fecha 18 de diciembre de 2019, solicitó a 11 dependencias de la institución, información sobre el nivel de cumplimiento de las metas de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021, correspondiente al ejercicio económico 2019, a fin de poder elaborar el informe de evaluación y remitirlo a la Gerencia General de EsSalud.

El "Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, correspondiente al año 2019", contiene 8 capítulos: **I. Presentación**, **II. Resumen Ejecutivo**, donde se da a conocer de manera resumida los resultados de la evaluación, **III. Marco Estratégico Institucional**, con información relevante del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, tal como: visión, misión, objetivos y acciones estratégicas, políticas del estado relacionada a la Seguridad Social en Salud y 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**, donde se presenta la fórmula de la ficha técnica aprobada y el nivel de cumplimiento de cada meta de indicador de acuerdo a su unidad de medida; así como, el % de avance en el cumplimiento del indicador, **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 **Anexos**, con la matriz de nivel de cumplimiento de las metas contenidas en los objetivos y acciones estratégicas.

Finalmente, según criterios de evaluación del presente informe, se ha identificado que, de los 26 indicadores evaluados, 07 indicadores tienen la calificación de excelente, 04 indicadores tienen la calificación de bueno, 01 indicador tiene la calificación de regular, 02 indicador tiene la calificación de malo y 12 indicadores no tienen avance. Es preciso indicar que, de estos 12 indicadores, 04 no fueron evaluados por no haber recibido el informe de la Gerencia Central de Gestión de las Personas, y 08 no fueron evaluados por en algunos casos el área técnica vio necesario hacer modificaciones a la metodología de evaluación y fórmula de cálculo, requiriendo modificaciones al indicador y en otros casos, porque fueron evaluados con criterios distintos a los aprobados en las fichas técnicas, razón por la cual se han considerado sin 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, dicho documento de gestión constituye el marco estratégico institucional del Seguro Social de Salud-ESSALUD, y en el marco de 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 las dependencias responsables de las metas de indicadores.

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 PEI. En cumplimiento a dichas funciones la GCPP remitió la Carta Múltiple N° 123-GCPP-ESSALUD-2019 de fecha 18 de diciembre del 2019, solicitó a 10 Gerencias Centrales y Oficinas de la institución, información sobre el nivel de cumplimiento de las metas de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021 correspondiente, al ejercicio económico 2019, a fin de poder elaborar el informe de evaluación y remitirlo a la Gerencia General de EsSalud.

Respecto a la entrega de información de las 10 dependencias, para elaborar el presente informe de evaluación, 03 dependencias brindaron información dentro del plazo establecido (Gerencia Central de Atención al Asegurado, Gerencia Central de Proyectos de Inversión y la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad), 06 dependencias dieron respuesta fuera del plazo establecido (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Oficina de Integridad, Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, Gerencia Central de Operaciones y Gerencia Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos) y 01 dependencia no ha remitido respuesta (Gerencia Central de Gestión de las Personas). Esta coyuntura y las "ajustes" que algunas Gerencias Centrales realizaron a las fórmulas de cálculo o metodología de evaluación, ha limitado la elaboración de un informe que refleje fehacientemente el nivel de cumplimiento de las 26 metas programadas para el año 2019 y ha generado retrasos en la elaboración del mismo.

Cabe indicar que, el nivel de cumplimiento de los indicadores es calculado por las dependencias responsables de cada indicador, según "Ficha del Indicador del PEI 2017 - 2021 aprobado", y la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto evalúa el nivel de cumplimiento según criterios de evaluación<sup>1</sup>: excelente, bueno, regular, malo y sin avance. A continuación, se presenta un resumen del nivel de cumplimiento de los 26 indicadores distribuidos por objetivo estratégico:



<sup>1</sup> Excelente "> 90%"; bueno "< 90% y > 75%"; regular "< 75% y > 60 %"; malo "< 60% y > 1%"; y sin avance "0".

**OBJETIVO ESTRATÉGICO 1:**

Tabla N° 01: Nivel de cumplimiento de las metas de indicadores relacionados al objetivo estratégico 1, acciones estratégicas 1.1 y 1.2, del periodo 2017-2019

Objetivo Estratégico (OE)	Indicador	Meta			Acción Estratégica (AE)	Indicador	Meta			Ejecutado		
		2017	2018	2019			2017	2018	2019	2017	2018	2019
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	78%	81%	84%	AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	95%	96%	97%	87.82%	89.08%	83.9%
	Años de vida saludable perdidos por 1,000 habitantes			73	AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Porcentaje de eventos gestionados a tiempo	15%	16%	17%	0%	0%	0%
						Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	30%	70%	80%	13%	79.31%	74.51%
						Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	Implementación	20%	40%	90%	88.77%	0%
						Adultos mayores beneficiados con atención integral	1,825	2,008	2,209	1,561	1,806	1,743
						Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	Basal 9.78%	1.10xbasal 10.76%	1.20xbasal 11.74%	9.78%	23.22%	27.99%
						Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	42%	50%	52%	41.31%	41.19%	41.50%
							Basal 2.27%	0.99xbasal 2.25%	0.97xbasal 2.20%	2.27%	2.33%	2.37%

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

Del total de los 10 indicadores, para la evaluación de los niveles de cumplimiento de las metas de indicadores al II semestre 2019, 03 indicadores tienen la calificación de excelente ("porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo", "adultos mayores beneficiados con atención integral" y "porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel"), 03 indicadores tienen la calificación de bueno ("porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo", "personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente" y "grado de resolutividad del primer nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)"), y 04 indicadores no tienen avance ("índice de satisfacción general", "años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes", "porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio" y "porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente")



Respecto a los indicadores sin avance, es importante indicar lo siguiente:

- ✓ El "índice de satisfacción general" ha sido evaluado durante el 2019, con cuatro metodologías distintas y cuatro muestras distintas, por lo que los resultados son parciales y no es posible a partir de ellos, hacer un cálculo general.
- ✓ El indicador "años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes" cuenta a la fecha con la estimación del primer componente (AVP) de AVISA, en base a las defunciones registradas en el año 2018, calculando una pérdida de 248,369 AVP en la población asegurada, sin embargo, el cálculo de AVISA ha sido reprogramado para evaluar el año 2020.
- ✓ Respecto al indicador "porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio" se informó que debido a la implementación del Sistema de Gestión de Servicios de Salud (ESSI) de EsSalud, los nuevos lineamientos y normas emitidas por SUSALUD, la Gerencia Central de Atención al Asegurado (responsable del indicador) analizó la fórmula o método de cálculo del indicador aprobado en el PEI 2017-2021, proponiendo una nueva "Ficha de protocolo" del citado indicador, para ser medido durante el periodo 2020-2024, razón por la cual no remite información de cumplimiento de metas al 2019.
- ✓ Por último, el indicador "*porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente*" ha sido evaluado con una variable del indicador diferente a la que se aprobó en la ficha técnica, por lo que no es posible considerarlo como resultado de evaluación del indicador del PEI 2017 – 2021.

#### **Principales logros alineados al objetivo estratégico 1:**

- ✓ La Gerencia Central de Atención al Asegurado, llevó a cabo 04 encuestas para medir el nivel de satisfacción de los asegurados con respecto a las prestaciones de salud y económicas, pero utilizando diferentes metodologías y muestras.
- ✓ La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, logró estimar el primer componente (AVP) de AVISA, en base a las defunciones registradas en el año 2018, calculando una pérdida de 248,369 AVP en la población asegurada.
- ✓ Se ha logrado el 83.90% de conclusión de solicitudes de dentro del plazo (30 días hábiles).
- ✓ 1,743 asegurados con discapacidad fueron integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional en CERPS y MBRPS. De ellos, el 47% corresponde a los usuarios de CERPS y MBRPS de Lima y Callao, y el 53% son de los CERPS y MBRPS de provincia.
- ✓ La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, informó que 288 IPRESS de la oferta institucional, cuentan con usuario activo del Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de Incidentes y Eventos Adversos - REGINCIAD.
- ✓ La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, llevó a cabo 182 ferias de exposición y venta de productos, para el fomento del emprendimiento de las personas con discapacidad, a nivel nacional, como opción de empleo; asimismo, hizo entrega de 123 quioscos saludables a nivel nacional, como parte del Programa Emprendedores y Coches Saludables en EsSalud, para el expendio de alimentos nutritivos y libres de octógonos.
- ✓ 16,630 personas adultas mayores fueron beneficiadas con atención integral en las Redes Asistenciales a nivel nacional y 8,885 en las Redes Prestaciones de Lima y Callao.



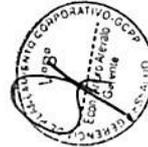
## OBJETIVO ESTRATÉGICO 2:

Tabla N° 02: Nivel de cumplimiento de las metas de indicadores relacionados al objetivo estratégico 2, acciones estratégicas 2.1 y 2.2, del periodo 2017-2019

Objetivo Estratégico (OE)	Indicador	Meta			Ejecutado			Indicador	Meta			Ejecutado						
		2017	2018	2019	2017	2018	2019		2017	2018	2019	2017	2018	2019				
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa	Estancia hospitalaria	4.7	4.2	3.7	5.39	5.47	5.60	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	20%	40%	60%	95%	97%	99%	94.72%	93.24%	Sin respuesta
	Diferimiento de citas de consulta externa	11	10	9	13	11.50	10.4	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	< 10%	< 6%	< 4%	< 10%	< 4%	< 3.57%	< 3.57%	< 3.57%	0
	Tiempo de espera quirúrgica	80	75	60	60.95	98	123.55		Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional	5%	10%	30%	5%	10%	30%	13.64%	38.10%	

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

De los 07 indicadores correspondientes al objetivo estratégico institucional N° 2, evaluados al II semestre 2019, 02 indicadores tienen la calificación de excelente ("porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos" y "porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional"), 01 indicador tiene la calificación de regular ("estancia Hospitalaria"), 01 indicador tiene calificación buena ("diferimiento de citas de consulta externa"), 01 indicador tiene la calificación de malo ("tiempo de espera quirúrgica"), y 02 indicadores se califican sin avance ("porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional" e "Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes").



Respecto a los indicadores sin avance, es preciso indicar que:

- ✓ El indicador "*Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional*", no ha sido evaluado debido a que la Gerencia Central de Gestión de las Personas no entregó el informe de evaluación solicitado.
- ✓ El indicador "*Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes*" no ha podido ser evaluado, debido a que la CEABE, remitió su informe de manera extemporánea y en dicho informe se brinda dos cifras: 3.15% para dispositivos médicos y 3.41% para productos farmacéuticos de la cartilla centralizada, siendo necesario definir una cifra, de acuerdo a la ficha técnica del indicador. Adicionalmente, no se entregó información que sustente los resultados obtenidos.

#### Principales logros alineados al objetivo estratégico 2.

- ✓ Se ha logrado tener un promedio de 5.60 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio, durante el año 2019.
- ✓ La GCOP ha podido identificar los establecimientos que concentran los promedios de espera quirúrgica prolongados como; HN Almenara (83 días) HN Sabogal (65 días), el H.III Grau (71 días), el Hill Angamos (87 días). En provincias: HN Alberto Segúin (129 días), el HN Adolfo Guevara (90 días) y Victor Lazarte (84 días).
- ✓ La Gerencia Central de Proyectos de Inversión, logró establecer una metodología que permite estimar de manera más exacta el valor de disponibilidad utilizando la información registrada en el SISMAC.



### OBJETIVO ESTRATÉGICO 3:

Tabla N° 03: Nivel de cumplimiento de las metas de indicadores relacionados al objetivo estratégico 3 y acción estratégica 3.1, del periodo 2017-2019

Objetivo Estratégico (OE)	Indicador	Meta			Ejecutado	Indicador	Meta			Ejecutado					
		2017	2018	2019			2017	2018	2019						
OE 3: Brindar servicios sostenibles financieramente	Gastos operativos/ ingresos	99%	97%	95%	97.70%	96.71%	95.87%	AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	5%	15%	40%	0.26%	2.13%	0.27% <sup>(1)</sup>
									Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	5%	3.5%	1.5%	0.58%	-0.11%	-1.24%

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

Nota: <sup>(1)</sup> Reporte de la GP-GCPP, al mes de noviembre de 2019.

Del total de indicadores del objetivo estratégico institucional N° 3, al II semestre 2019 se tiene que, 02 indicadores tienen la calificación de excelente ("Gastos Operativos/Ingresos" y "porcentaje de déficit del presupuesto institucional") y 01 indicador tiene la calificación de malo ("porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado"). Cabe indicar que, en el caso de este indicador, una de sus variables (el sistema de costos unitarios) tiene un avance al 73% de establecimientos, pero la segunda variable (costos por actividad médica) sólo se ha implementado en un establecimiento, y está programada para implementarse en más establecimientos el año 2020.

#### Principales logros alineados al objetivo estratégico 3:

- ✓ Al II semestre de 2019, se alcanzó un resultado económico positivo de S/ 151.2 MM.
- ✓ La Gerencia de Presupuesto-GCPP, desarrolló un plan piloto del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que cuenta con sistema de costos unitarios y sistema de costos por actividad médica, realizando 571 procedimientos ejecutados.
- ✓ A noviembre de 2019, 73% IPRESS cuentan con reporte de costos unitarios promedio.





**OBJETIVO ESTRATÉGICO 4:**

Tabla N° 04: Nivel de cumplimiento de las metas de indicadores relacionados al objetivo estratégico 4, acciones estratégicas 4.1 y 4.2, del periodo 2017-2019

Objetivo Estratégico (OE)	Indicador	Meta			Ejecutado			Acción Estratégica (AE)	Indicador	Meta			Ejecutado		
		2017	2018	2019	2017	2018	2019			2017	2018	2019	2017	2018	2019
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia	Índice de integridad institucional	90%	94%	96%				AE 4.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	Basal	0.9xbasal	15.76%	Sin información	16.69%	0%
		90%	94%	96%	45%	0%	0%	AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	Modelos, normas de aplicación y formatos	3%	7%	0%	Sin información	0%
												Diseño del programa	?	3	0%
								Índice de respuesta frente a la corrupción	10%	15%	25%	87.10%	0%	0%	
									10%	15%	25%	3%	0%	0%	

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

Nota: (\*) Reporte de la GP-GCPP, al mes de noviembre de 2019.

Los 06 indicadores del Objetivo Estratégico Institucional N° 4 no han podido ser evaluados debido a que tanto la Oficina de Integridad como la Gerencia Central de Gestión de las Personas, no remitieron información de evaluación de los indicadores bajo su responsabilidad, tal como se muestra en el Cuadro N° 04.



Respecto a los indicadores del OEI N° 4, es preciso indicar que:

- ✓ Los indicadores "*Índice de integridad institucional*", "*Índice de prevención de la corrupción*" e "*Índice de respuesta frente a la corrupción*" no han sido evaluados debido a que la Oficina de Integridad, responsable de dichos indicadores, advierte la inconsistencia entre las metas del indicador de objetivo estratégico y las metas de acciones estratégicas. En ese sentido propone que se modifiquen los indicadores relacionados a la integridad y lucha contra la corrupción en EsSalud.
- ✓ Los indicadores "*Porcentaje de ausentismo laboral*", "*Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño*" e "*Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos*", no han sido evaluados debido a que la Gerencia Central de Gestión de las Personas no remitió el informe de evaluación solicitado.



### III. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

El marco estratégico institucional de ESSALUD, a diciembre 2019, ha estado enmarcado en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021, 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, 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° 05  
Articulación de Objetivos Estratégicos y Acción Estratégica

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

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

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

- a. Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y el Decreto Supremo N° 009-97-SA que aprueba su Reglamento.
- b. 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.
- c. Ley N° 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- d. 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 Financiación de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por FONAFE.



- e. Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud-SUSALUD.
- f. Decreto de Urgencia N° 007-2019, Decreto de urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.
- g. Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud.
- h. Decreto de Urgencia N° 028-2019, Decreto de urgencia que dispone medidas extraordinarias para el sostenimiento y equilibrio financiero del Seguro Social de Salud. EsSalud para garantizar el derecho fundamental a la salud de los asegurados.
- i. Decreto de Urgencia N° 037-2019, Decreto de urgencia que dispone medidas extraordinarias para garantizar el derecho fundamental a la salud, a través de la recuperación de las deudas por aportaciones al Seguro Social de Salud - EsSalud.

### 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 salud<sup>2</sup>. Posteriormente con Resolución N° 1222-GG-ESSALUD-2018 aprobó el documento técnico "Indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud"<sup>3</sup>, 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, el 2019 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*<sup>4</sup>, 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. La actualización de indicadores se aprueba a través de la Resolución de Gerencia General N° 1037-GG-ESSALUD-2019 precisando 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.

### 3.3. Estructura orgánica de EsSalud

La estructura orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – EsSalud, se aprobó mediante Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 de fecha 31 de diciembre de 2014 y con Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015 del 31 de diciembre de 2015, se aprueba el texto actualizado y concordado. Posteriormente se han efectuado



<sup>2</sup> 1) Implementación del pago de bono por cumplimiento de metas e indicadores, 2) Recuperación de la producción asistencial, 3) Implementación de mecanismos de pago basados en rendimientos, 4) Optimización de la atención domiciliaria en Lima, 5) Optimización de la brecha de capacidad instalada vs población adscrita, 6) Fortalecimiento de "Alta Hospitalaria Precoz", 7) Implementación del tercer turno de la consulta externa, 8) Fortalecimiento de equipos médicos de contingencia, 9) Incremento de cirugías ambulatoria, 10) Implementación de quimioterapia ambulatoria, 11) Reactivación de la emergencia del Hospital Rebagliati y mejora de los servicios de emergencia institucionales, 12) Implementación de servicios de rehabilitación en Hospitales Nacionales, 13) Fortalecimiento de ESSALUD en línea, 14) Fortalecimiento de Hospital Perú, 15) Implementación de un sistema de control prestacional, 16) Prestaciones adicionales en Hospital APP o bajo costo, 17) Despliegue del sistema de gestión de servicios de salud en los tres niveles de atención, 18) Actualización de indicadores de las IPRESS contratadas ligados a impacto, 19) Implementación de central única de autorización de referencias en Lima y Centro de monitoreo, y 20) Implementación de la Torre Trecca.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

modificaciones con Resoluciones N° 141, 310, 328 y 394-PE-ESSALUD-2016 y Resoluciones N° 055,142, 347 Y 539-PE-ESSALUD-2017. La última modificación se realizó con Resolución N° 125-PE-ESSALUD-2018 de fecha 16 de febrero de 2018.

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

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

Tabla N° 06

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 > 1%	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° 07

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 los 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 (GCAA), durante el año 2019 llevó a cabo 04 encuestas orientadas a medir el nivel de satisfacción de los asegurados con respecto a las prestaciones de salud y económicas, haciendo uso de diferentes metodologías:

- Del 25 al 29 de enero del 2019, llevó a cabo la encuesta de percepción de satisfacción a pacientes que fueron atendidos durante el mes de diciembre de 2018, en el servicio de consulta externa de 159 IPRESS, dicha encuesta se realizó de manera telefónica.

El tamaño de la muestra fue 2,645 llamadas, de los cuales 1,078 (40.76%) llamadas exitosas y 1,567 (59.24%) llamadas no exitosas, de las llamadas exitosas 667 (61.87%) encuestados satisfechos.

- Durante el primer semestre del 2019 también llevó a cabo 169,541 encuestas a los asegurados de 17 OSPE (Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas), 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.
- Del 05 al 14 de agosto del 2019, la empresa IMASEN (Información Inteligente de Alta Calidad) llevó a cabo la "Evaluación de la percepción sobre la performance de las IPRESS en EsSalud", a 600 asegurados mayores de 18 años que hayan concluido con su atención, en 06 IPRESS (Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Hospital III Suarez Angamos, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Hospital III de Emergencias Grau, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren y Hospital II Luis Negreiros Vega).

El resultado de dicha encuesta dio como promedio general que el 71.83% de usuarios de servicios de salud se encuentran satisfechos con la atención recibida.

- La GCAA llevó a cabo la "Encuesta de satisfacción a los usuarios externos, pacientes y acompañantes, atendidos durante el periodo enero a octubre del 2019 en las áreas de consulta externa, hospitalización y UCCA (unidad de cuidado cardiaco agudo) del INCOR". El tamaño de la muestra fue 225 personas de los cuales el 73%, 57% y 80% estuvieron satisfechos por los servicios recibidos en consulta externa, hospitalización y UCCA respectivamente.

Sin perjuicio de lo antes mencionado, el indicador "índice de satisfacción general" aprobado en el PEI 2017-2021, busca medir el nivel de satisfacción en todos los servicios que brinda EsSalud (prestaciones de salud, económicas y sociales). Asimismo, la evaluación realizada por la GCAA se ha realizado con diferentes metodologías y muestras, resultando imposible calcular un valor al II semestre de 2019. En ese sentido la GCAA indica que desde el 2020 en adelante, empleará el instrumento de medición "Servqual Modificado", el cual está validado y aprobado por el MINSA, que permitirá comparar los resultados con otras organizaciones del mismo rubro.

Por lo expuesto y según criterios de evaluación aprobados, se considera sin avance el nivel de cumplimiento del indicador.

#### 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 (GCPS), con correo electrónico yovanna.seclen@essalud.gob.pe de fecha 16 de enero del 2020, informó que el indicador "Años de vida saludables perdidos" 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 GCPS, ha elaborado hasta la fecha 04 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 AVISA. Este indicador cuantifica la pérdida de salud de la población y permite conocer el impacto de una intervención al evitar la mortalidad o la discapacidad.

A pesar que en el PEI 2017-2021, hay una meta del indicador programada y aprobada para los años 2019 (meta 73 de AVISA por 1,000 habitantes) y 2021 (meta 61 de AVISA por 1,000 habitantes), para la presente evaluación la GCPS informa que el último "Estudio de carga de enfermedad y lesiones del 2014", brinda información para establecer las prioridades sanitarias institucionales para el quinquenio 2015-2019, por lo cual el estudio para el próximo quinquenio ha sido reprogramado por la GCPS para el año 2020. Sin embargo, no ha sido modificado en el PEI 2017-2021, de acuerdo a lo establecido por la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - ESSALUD"

Asimismo, dicha Gerencia Central informó haber realizado la estimación del primer componente (AVP) de AVISA, en base a las defunciones registradas en el año 2018, calculando una pérdida de 248,369 AVP en la población asegurada. En ese sentido, a pesar de lo reportado, y en el marco de la 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 (GCAA), mediante Memorando N° 216-GCAA-ESSALUD-2020, informa haber obtenido el 83.90% de conclusión de solicitudes al II semestre 2019, lo cual representa el 86.49% de la meta del indicador, considerándolo como bueno, según rango de criterios de evaluación.

**Tabla N° 08**

Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo en ESSALUD al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
Solicitudes concluidas en plazo	129,673
Solicitudes registradas válidas	158,713
Solicitudes en trámite en plazo	4,157
<b>% de conclusión de solicitudes dentro del plazo</b>	<b>83.90%</b>
<b>Meta del indicador (Año 2019)</b>	<b>97.00%</b>
<b>% de avance del indicador</b>	<b>86.49%</b>

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado



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

- **Fórmula:**

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

- **Avance:**

La Gerencia Central de Atención al Asegurado (GCAA), mediante Memorando N° 216-GCAA-ESSALUD-2020, concluye que debido al Sistema de Gestión de Servicios de Salud (ESSI) de EsSalud, los nuevos lineamientos y normas emitidas por SUSALUD, analizó la fórmula o método de cálculo del indicador "porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio" aprobado en el PEI 2017-2021, proponiendo una nueva "Ficha de protocolo del citado indicador" para ser medido durante el periodo 2020-2024; el que precisa tanto en el numerador como en el denominador, que las insatisfacciones y el registro de las mismas sean respecto al mismo servicio solicitado o recibido.

Nueva fórmula o método de cálculo del indicador  
"Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio"  
(propuesto por la GCAA)

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

En ese sentido, al no tener evaluación del indicador aprobado, al II semestre 2019, se considera sin avance el nivel de cumplimiento de la meta del indicador, según rango de criterios de evaluación.

#### 4.1.5. Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo

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

- **Avance:**

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCyH), mediante Memorando N° 34-OGCYH-PE-ESSALUD-2020, 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, al II semestre 2019 la OGCyH informa tener 51 eventos centinela registrados y 38 eventos centinela gestionados según Directiva N° 07-GG-ESSALUD-2012. Es decir, 74.51%



de los eventos centinela han sido gestionados a tiempo, lo cual representa el 93.14% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 09

Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo en ESSALUD, al II semestre de 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
N° de eventos centinela gestionados según directiva	38
N° de eventos centinela registrados	51
<b>% de eventos centinela gestionados a tiempo</b>	<b>74.51%</b>
<b>Meta del indicador (Año 2019)</b>	<b>80.00%</b>
<b>% de avance del indicador</b>	<b>93.14%</b>

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

#### 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:**

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCyH), mediante Memorando N° 34-OGCYH-PE-ESSALUD-2020, informa que con Resolución N° 983-GG-ESSALUD-2013 se aprobó la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013 "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente", 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:

$$\frac{\text{N° de paciente con pulseras de identificación con datos correctos según protocolo}}{\text{Total, de pacientes evaluados en el mismo periodo}} \times 100$$

Como se puede apreciar, la fórmula de la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013 difiere a lo aprobado en el PEI 2017-2021, puesto que esta especifica los servicios de medicina, pediatría y cirugía. Asimismo, la OGCyH indica que la aplicación del denominador establecido en la fórmula del PEI 2017-2021 no es compatible para valorar el indicador propuesto, toda vez que la evaluación no se realiza en la totalidad de pacientes sino en una muestra, por lo que no podría señalarse que los pacientes estén correctamente identificados en todo el universo si no se ha evaluado al mismo.

De esa manera, la OGCyH manifiesta que ha existido un error al transcribir el indicador de "identificación correcta de pacientes", razón por la cual dicha oficina ha remitido información a la GCPP, empleando la fórmula de la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013, argumentando que la denominación del indicador aprobado en el PEI 2017-2021, tiene por nombre "*porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente*".

En ese sentido, a pesar que la OGCyH informó que en el año 2019 obtuvo 92.28% de "pacientes correctamente identificados según directiva vigente", realizando el cálculo según fórmula de la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013, se observa que dicha fórmula es distinta a la fórmula aprobada en el PEI 2017-2021, motivo por el cual no es posible tener una evaluación según los criterios aprobados en la ficha de indicador del PEI 2017.2021, considerando como sin avance el nivel de cumplimiento del indicador.



#### 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 (GCPAMyPCD), con Memorando N° 47-GCPAMyPCD-ESSALUD-2020, informa que a través de los 04 Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y 13 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), logró integrar laboralmente a 1,743 personas con discapacidad, al término del 2019, cantidad que representa el 78.90% de la meta del indicador, que alcanza la categoría bueno, según rango de criterios de evaluación.

**Tabla N° 10**

Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
Total de asegurados con discapacidad que fueron integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional en CERPS y MBRPS	1,743
<b>Meta del indicador (Año 2019)</b>	<b>2,209</b>
<b>% de avance del indicador</b>	<b>78.90%</b>

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

Del total de las colocaciones laborales, el 47% corresponde a los usuarios de CERPS y MBRPS de Lima y Callao, y el 53% son de los CERPS y MBRPS de provincia.

#### 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 (GCPAMyPCD), con Memorando N° 47-GCPAMyPCD-ESSALUD-2020, informa que logró beneficiar con atención integral a 27.99% adultos mayores inscritos en los servicios de prestaciones sociales a nivel nacional, cantidad que supera el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

**Tabla N° 11**

Adultos mayores beneficiados con atención integral en ESSALUD, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
N° de adultos mayores beneficiados con atención integral	25,515
N° de adultos mayores inscritos a los servicios de prestaciones sociales	91,143
% de adultos mayores beneficiados con atención integral	27.99%
<b>Meta del indicador (Año 2019) "1.2 x Basal"</b>	<b>11.74%</b>
<b>% de avance del indicador</b>	<b>100.00%</b>

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

Dónde: (\*) Basal es 9.78% (Año 2017).



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

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

- Avance:**

La Gerencia Central de Operaciones (GCOP), con Memorando N° 317-GCOP-ESSALUD-2020, informa que se tuvo 23,041,223 consultas médicas realizadas al II semestre de 2019, de las cuales 9,561,897 (41.50%) corresponden al primer nivel de atención, cantidad que representa el 79.81% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 12  
Grado de resolutiveidad del primer nivel en ESSALUD, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
N° de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado	9,561,897
N° total de consultas médicas realizadas	23,041,223
<b>Grado de resolutiveidad del primer nivel</b>	<b>41.50%</b>
<b>Meta del indicador (Año 2019)</b>	<b>52.00%</b>
<b>% de avance del indicador</b>	<b>79.81%</b>

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

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

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

- Avance:**

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS), con correo electrónico yovanna.seclen@essalud.gob.pe de fecha 16 de enero del 2020, informa que al II semestre 2019 se registró en los Sistemas de Gestión de EsSalud (SIGC-ESSI) un total de 514,045 egresos hospitalarios, de los cuales 12,196 (2.37%) egresos corresponden a hospitalizaciones seleccionadas como condiciones evitables (diabetes, hipertensión, enfermedades isquémicas del corazón, tuberculosis y enfermedades inmunoprevenibles), cantidad que representa el 92.83% de la meta del indicador, considerándolo como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 13  
Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel en ESSALUD, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
N° de hospitalizaciones evitables por diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas del corazón, TBC y enfermedades inmunoprevenibles en un periodo	12,196
N° de egresos	514,045
<b>% de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel</b>	<b>2.37%</b>
<b>Meta del indicador (Año 2019) "0.97 x Basal"</b>	<b>2.20%</b>
<b>% de avance del indicador</b>	<b>92.83%</b>

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud  
Dónde: (\*) Basal es 2.27% (Año 2017).



La distribución de las 12,196 hospitalización evitable presentadas en la anterior tabla, es la siguiente: 58.17% por diabetes, 22.5% por enfermedad isquémica del corazón, 14.6% por hipertensión arterial, 4.7% por tuberculosis y 0.03% por enfermedades inmunoprevenibles.

El promedio de edad de hospitalización evitable, fue de 63 años para diabetes, 65 años para hipertensión arterial, 66 años para enfermedad isquémica del corazón, 53 años para tuberculosis y 23 años para enfermedades inmunoprevenibles (secuela de polio).

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

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

Tabla N° 14  
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) activos 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 (GCOP), con Memorando N° 317-GCOP-ESSALUD-2020, informó que al II semestre 2019 registró como promedio 5.6 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio, cantidad que representa el 66.07% de la meta del indicador, considerando como regular, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 15  
Estancia hospitalaria en ESSALUD, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
Días de estancia en hospitalización	2,978,985
Egresos de hospitalización	532,331
Estancia hospitalaria	5.60
Meta del indicador (Año 2019)	3.7
% de avance del indicador	66.07%

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 Memorando N° 680-GCOP-ESSALUD-2020, informó que al II semestre 2019 “se obtuvo *un promedio de diferimiento de consulta externa atendida de 10.4 días*”, lo que equivale a 86.54% de cumplimiento de la meta prevista para el año 2019 (60 días) considerando que es un indicador de reducción. En ese sentido, según criterios de evaluación se califica en categoría Bueno.

Por otro lado, la citada gerencia central, menciona que el cálculo toma como fuente de datos el módulo de consulta externa del Sistema SGSS, del que se considera todos los registros, incluyendo esperas de cero días. Asimismo, menciona que por la implementación de este sistema a partir de marzo 2019 (el ESSI), el registro de enero es parcial.

#### 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 (GCOP), con Memorando N° 680-GCOP-ESSALUD-2020, informó que, para estimar el valor del indicador al II semestre 2019, utilizó la fórmula de cálculo aprobada en el Plan Estratégico Institucional (PEI 2017-2021).

En ese sentido, la GCOP informó haber obtenido 123.55 días de espera quirúrgico al mes de diciembre de 2019, obteniendo un 48.56% de la meta del indicador para el 2019. Con ello, se califica el resultado como Malo, según criterios de evaluación.

Es preciso mencionar que este indicador fue observado por la GCOP al indicar que no se relaciona con la definición operacional y genera un resultado distorsionado, considerando que la base de datos se actualiza mensualmente y los días se contabilizan al corte de la evaluación. Al respecto, la GCOP sugiere sincerar y actualizar la definición operacional del indicador, así como su fórmula de cálculo.

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

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

- **Avance:**

La Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI), con Memorando N° 149-GCPI-ESSALUD-2020, remite el Informe N° 11-SGM-GEP-GCPI-ESSALUD-2020, a través del cual la Subgerencia de mantenimiento/ GEP/ GCPI, solicitó a la GCPP modificar el nombre del indicador “porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículo”, por “disponibilidad de equipos médicos y electromecánicos”, debido que en el marco de sus competencias es responsable del equipamiento biomédico y electromecánico, y la Gerencia Central de Logística es responsable de la gestión de vehículos.

La GCPP les remitió respuesta, con Carta N° 2137-GCPP-ESSALUD-2019, concluyendo que por competencia a la GCPI no le corresponde evaluar la disponibilidad de vehículos, por lo que, considerará la modificación del referido indicador en la formulación del nuevo PEI.

De esa manera, la GCPI en el marco de sus competencias, realizó la evaluación del indicador al II semestre 2019, concluyendo haber obtenido 93.24%, cantidad que supera el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.



**Tabla N° 16**

Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
Horas disponibles <sup>(1)</sup>	141,936,480
Horas inoperativas <sup>(2)</sup>	9,600,170 <sup>(**)</sup>
<b>% de disponibilidad de equipos biomédicos y electromecánicos</b>	<b>93.24%</b>
<b>Meta del indicador (Año 2019)</b>	<b>60.00%</b>
<b>% de avance del indicador<sup>(*)</sup></b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión.

 Nota: <sup>(1)</sup> El valor no incluye disponibilidad de vehículos.

<sup>(\*\*)</sup> Incluye cant. Tot. Horas no disp. (8,994,160). + cant. Tot. Horas mantto (706,010).

**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 (GCGP), no ha remitido información sobre el nivel de cumplimiento de la meta del indicador al II semestre 2019. Motivo por el cual, 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 (CEABE), con Memorando N° 271-CEABE-ESSALUD-2020, informó que es la dependencia encargada de controlar y evaluar la disponibilidad de bienes estratégicos a nivel nacional sobre los ítems determinados y aprobados mediante resolución en la cartilla centralizada, así como ejecutar acciones necesarias para prevenir el desabastecimiento y/o sobre stock de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.

Asimismo, según ficha de protocolo del indicador del PEI 2017-2021, "ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes", CEABE deberá tener cobertura óptima de stock (30 días de inventario) mínima en todos los almacenes a nivel nacional para el abastecimiento de bienes estratégicos.

En ese sentido, CEABE informó haber realizado el análisis técnico respectivo estableciendo 1,316 ítems totales solicitados (558 ítems como cartilla centralizada de dispositivos médicos y 758 ítems de productos farmacéuticos), de los cuales hace un monitoreo permanente de su disponibilidad, tanto de manera nacional como por órganos desconcentrados.

Tal es así que durante el II semestre 2019, CEABE evidenció la disponibilidad de dispositivos médicos a nivel nacional en promedio de 3.15% y de productos farmacéuticos a nivel nacional en promedio de 3.41% con cobertura menor a 01 mes del total de ítems solicitados y aprobados en la cartilla centralizada. Sin embargo, en la tabla N° 01 del Memorando N° 271-CEABE-ESSALUD-2020, CEABE indica que la ejecución para el periodo de evaluación es: dispositivos médicos < 2.5% y productos farmacéuticos < 1.3%.



En ese sentido, visto el avance de la meta del indicador, que remite CEABE para la presente evaluación, no hace uso de la fórmula aprobada en el PEI 2017-2021, por lo cual se considera sin avance, según rango de criterios de evaluación.

Por otro lado, es relevante mencionar que, el abastecimiento de los bienes de uso común y de alta rotación en las diferentes dependencias de EsSalud son suministrados de manera centralizada, teniendo como herramienta la "cartilla centralizada", siendo CEABE la dependencia que emite la resolución para el uso de la citada cartilla. Los ítems que no figuran en dicho documento, son de compra local y de responsabilidad de cada red para su abastecimiento oportuno.

#### 4.2.7. Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional

• **Fórmula:** 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sistemas claves integrados}}{\text{Total de sistemas claves de la institución}} \times 100\%$$

• **Avance:**

La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC), mediante Memorandum N° 211-GCTIC-ESSALUD-2020, informó que de los 21 sistemas clave, 16 sistemas son integrables y 5 son considerados como sistemas BASAL, puesto que contaban con un nivel de integración, antes de iniciar la medición del 2017.

Asimismo, GCTIC informó que al II semestre 2019 se tienen 08 sistemas clave integrados: 1) Sistema de referencias y contrareferencias (SIRyC), 2) Sistema móvil para el asegurado (EsSalud MOBILE), 3) Sistema integrado de gestión de incapacidades (SIGI), 4) Sistema de anatomía patológica (ANATPAT), 5) Sistema de información gerencial de las prestaciones sociales de EsSalud (SIGPS), 6) Ventanilla integrada virtual al asegurado (VIVA), 7) Sistema de facturación electrónica (SFE), y 8) SAP 6.07 HANA con módulos FI, CO, FM, MM y HCM-Nómina (SAP 6.07). Obteniendo así, el 38.10% de sistemas integrados de gestión institucional, cantidad que sobrepasa el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 17

Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional en ESSALUD, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
N° de sistemas claves integrados	8
Total de sistemas claves de la institución	21
% de sistemas integrados de gestión institucional	38.10%
Meta del indicador (Año 2019)	30.00%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones



#### 4.3. Objetivo Estratégico 3: Brindar servicios sostenibles financieramente

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

Tabla N° 18

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 Memorando N° 14-GP-GCPP-ESSALUD-2020, informa que, al II semestre 2019, el total de egresos operativos más egresos por transferencias representaron el 95.87% del total de ingresos institucionales, cantidad que representa el 99.09% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

**Tabla N° 19**  
Gastos operativos / ingresos en ESSALUD, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
Egresos + Transferencias netas	11,647,643,462
Ingresos de todas las fuentes	12,148,353,188
Gastos operativos/ ingresos	95.87%
Meta del indicador (Año 2019)	95.00%
% de avance del indicador	99.09%

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

#### 4.3.2 Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado

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

- **Avance:**

La Gerencia de Presupuesto, con Memorando N° 14-GP-GCPP-ESSALUD-2019, informa que, al mes de noviembre de 2019, 73% de las IPRESS en promedio han reportado su costo unitario de servicios de salud. Además del desarrollo de un plan piloto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, que cuenta con sistema de costo por actividad médica, realizando 571 procedimientos ejecutados hasta el momento y de manera general se han actualizado los procedimientos de imágenes: mamografías, tomografías, resonancias magnéticas para 23 redes asistenciales establecidas para el intercambio prestacional.

En ese sentido, obtuvo el 0.27% 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° 20**

Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado en ESSALUD, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019*
Establecimientos de salud propios con sistemas de costos implementados	1
Total de establecimientos de salud propios	376**
% de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado (*)	0.27%
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 de la GP-GCPP, al mes de noviembre de 2019.

(\*\*) Información facilitada por la GP-GCPP.



#### 4.3.3 Porcentaje de déficit del presupuesto institucional

- **Fórmula:** 
$$\frac{\text{Todos los egresos}}{\text{Todos los ingresos}} - 1$$

- **Avance:**

La Gerencia de Presupuesto, con Memorando N° 14-GP-GCPP-ESSALUD-2019, informa que, al II semestre de 2019, los egresos institucionales representaron el 98.8% de los ingresos institucionales, lo que significó un resultado económico positivo de S/ 151.2 MM. por tanto, este indicador no presentó déficit presupuestal.

En ese sentido, aplicando la fórmula de la ficha de protocolo del indicador se obtuvo el -1.24% 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° 21**  
Porcentaje de déficit del presupuesto institucional en ESSALUD, al II semestre 2019

Detalle	Ejecutado al II Semestre 2019
Todos los egresos	11,997,191,906
Todos los ingresos	12,148,353,188
% de déficit del presupuesto institucional	-1.24%
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° 22**  
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
		AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos
			Índice de prevención de la corrupción
			Índice de respuesta frente a la corrupción

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

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

##### 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 (OFIN), con Memorando N° 82-OFIN-PE-ESSALUD-2020, informó que resulta inviable medir el indicador "Índice de integridad institucional" según fórmula aprobada en el PEI 2017-2021, porque tiene como meta para el año 2019 el 96% de índice de integridad



institucional; sin embargo, la meta programada de sus 02 componentes (índice de prevención de la corrupción e índice de respuesta frente a la corrupción) para el año 2019, es 25% respectivamente.

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

Por otro lado, la citada dependencia, remitió una propuesta de ficha de protocolo del indicador "índice de declaraciones juradas en conflicto de interés revisado", a fin que se tome en cuenta para un próximo Plan Estratégico Institucional (PEI). Revisada dicha ficha, se evidencia que la propuesta es un indicador operativo, y no un indicador estratégico para ser incluido en una nueva propuesta de PEI.

#### 4.4.2. Porcentaje de ausentismo laboral

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

La Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP), no ha remitido información sobre el nivel de cumplimiento de la meta del indicador al II semestre 2019. Motivo por el cual, 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:** 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores participantes en el proceso de evaluación de desempeño con calificación alta y muy alta}}{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores participantes del proceso de evaluación de desempeño}} \times 100\%$$
- **Avance:**

La Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP), no ha remitido información sobre el nivel de cumplimiento de la meta del indicador al II semestre 2019. Motivo por el cual, se considera sin avance, según rango de criterios de evaluación.

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

- **Fórmula:** 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de iniciativas de proyecto de mejora presentadas}}{\text{Total de colaboradores}} \times 100\%$$
- **Avance:**

La Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP), no ha remitido información sobre el nivel de cumplimiento de la meta del indicador al II semestre 2019. Motivo por el cual, se considera sin avance, según rango de criterios de evaluación.

#### 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 (OFIN), no ha remitido información sobre el nivel de cumplimiento de la meta del indicador al II semestre 2019. Motivo por el cual, se considera sin avance, según rango de criterios de evaluación.

#### 4.4.6. Índice de respuesta frente a la corrupción

- **Fórmula:**  $\sum_{n=1}^V / \#$  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 (OFIN), no ha remitido información sobre el nivel de cumplimiento de la meta del indicador al II semestre 2019. Motivo por el cual, se considera sin avance, según rango de criterios de evaluación.



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

Tabla N° 23  
Principales logros por cada indicador de los Objetivos Estratégicos del PEI 2017-2021, al II semestre 2019

Objetivo Estratégico	Indicador	Logros
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCAA llevó a cabo una encuesta de satisfacción en dos IPRESS de cada Red Prestacional de Lima y Callao, cuya adscripción es aproximadamente el 48% de la población asegurada a nivel nacional.</li> </ul>
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCPS realizó la estimación del primer componente AVP en base a las defunciones registradas en el año 2018, calculando una pérdida de 248,369 AVP en la población asegurada, en promedio se pierde 7.8 años por asegurado y el 75% de los AVP se deben a enfermedades no transmisibles.</li> </ul>
	Estancia Hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCOP registró 5.60 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio, durante el año 2019.</li> </ul>
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa	Diferimiento de citas de consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se logró en promedio 10.4 días de diferimiento. Para calcular el indicador la GCOP, hace uso del módulo de consulta externa del sistema SGSS, del cual considera todos los registros, incluyendo esperas de cero días.</li> </ul>
	Tiempo de espera quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pese a haber obtenido 123.55 días de espera quirúrgico para el año 2019, la GCOP ha podido identificar los establecimientos que concentran los promedios de espera prolongados como: HN Almenara (83 días) HN Sabogal (65 días), el Hill Grau (71 días), el Hill Angamos (87 días). En provincias: HN Alberto Seguí (129 días), el HN Adolfo Guevara (90 días) y Víctor Lazarte (84 días).</li> </ul>
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al II semestre de 2019, alcanzó un resultado económico positivo de S/ 151.2 MM.</li> </ul>
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con Resolución N° 179-PE-ESSALUD-2019, se aprobó el "Plan de integridad y lucha contra la corrupción para el período 2019-2021".</li> </ul>

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





Tabla N° 24

Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021, al II semestre 2019

Acción Estratégica	Indicador	Logros
	<p>Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo</p> <p>Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>83.90% (129,673) de solicitudes han sido atendidos dentro del plazo de 30 días hábiles, durante el año 2019.</li> <li>En enero de 2019, la GCAA llevó a cabo una encuesta nacional a 159 IPRESS, logrando encuestar a 600 pacientes atendidos en consulta externa, de los cuales 22.5% comunicaron su insatisfacción a una PAU de la institución.</li> </ul>
	<p>Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La OGCyH logró capacitar a 76 trabajadores de las Redes Prestacionales de Lima y Callao, INCOR, CNSR y CEDHI, sobre "Herramientas de la Calidad para la mejora de procesos" realizado por el Instituto para la Calidad de la PUCP los días 11, 12, 14 y 15 de junio de 2019.</li> <li>La OGCyH brindó capacitaciones y asistencias técnicas a 7 Redes Asistenciales INCOR y la Red Prestacional Rebagliati, sobre el manejo del aplicativo en línea del sistema REGINCIAD, para la notificación y gestión de incidentes, eventos adversos y eventos centinela.</li> <li>La OGCyH en coordinación con la GCTIC realizó la depuración de registros erróneos y casos registrado por duplicación en la plataforma web del REGINCIAD.</li> <li>La OGCyH informó que 288 IPRESS de la oferta institucional, cuentan con usuario activo del REGINCIAD.</li> </ul>
<p>AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado</p>	<p>Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La OGCyH informó que 93 IPRESS (100%) han cumplido con registrar los resultados de la verificación del cumplimiento de la práctica segura "identificación correcta del paciente en el sistema de Gestión de Indicadores de Calidad", en por lo menos una oportunidad, durante el año 2019.</li> <li>La OGCyH llevó a cabo acciones de supervisión orientadas a valorar el cumplimiento de la práctica segura (identificación correcta de pacientes) en los hospitales nacionales de Lima y Callao, asimismo, realizó acciones de supervisión orientadas a valorar el cumplimiento de la totalidad de prácticas seguras, incluyendo lo correspondiente a la identificación correcta de pacientes en las siguientes IPRESS: Hospital Nacional Carlos Alberto Seguín Escobedo, Hospital Nacional Almirante Aguirreaga Asejo, Hospital Nacional "Adolfo Guevara Velasco", Hospital IV "Victor Lazarte Echegaray", Hospital de alta Complejidad "Virgen de la Puerta", Hospital III Juliaca y en el Hospital Base III Puno, Hospital II Abancay, Hospital II Huamanga "Carlos Tupiza García Gotos", Hospital I "Victor Alfredo Lazo Peralta" y Hospital I "Carlos Alberto Cortez Jimenez".</li> </ul>
	<p>Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente</p> <p>Adultos mayores beneficiados con atención integral</p> <p>Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)</p> <p>Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCPAMyPCD, llevó a cabo 182 ferias de exposición y venta de productos, para el fomento del emprendimiento de las personas con discapacidad, a nivel nacional, como opción de empleo. Asimismo, hizo entrega de 123 quioscos saludables a nivel nacional, como parte del Programa Emprendedores y Coches Saludables en EsSalud, para el expendio de alimentos nutritivos y libres de octógonos.</li> <li>La GCPAMyPCD, obtuvo el Premio Especial en la categoría "Acción que integra el enfoque de género, discapacidad y/o interculturalidadE, en el Premio de Buenas Prácticas de Renuvea EsSalud en su primera edición, por el proceso de rehabilitación profesional.</li> <li>168 asegurados con discapacidad, graduados de instituciones educativas de formación técnica/profesional, universidades.</li> <li>8,885 personas adultas mayores fueron beneficiadas con atención integral en los CAM de las Redes Prestacionales de Lima y Callao.</li> <li>16,630 personas adultas mayores fueron beneficiadas con atención integral en las diferentes Redes Asistenciales a nivel nacional.</li> <li>41.50% de grado de resolutividad en el primer nivel de atención.</li> <li>80% de las hospitalizaciones evitables presentadas por la GCOP se concentran en 11 Redes Asistenciales y/o Prestacionales: Almenara (19.3%), Rebagliati (12.1%), Lambayeque (7.6%), Arequipa (7.3%), Loreto (7.0%), Sabogal (6.8%), Tacna (6.0%), La Libertad (4.2%), Juliaca (4.0%), Puno (2.9%) y Ancash (2.8%).</li> </ul>
<p>AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud</p>		<p>Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021</p>



Tabla N° 24

Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021, al II semestre 2019

Acción Estratégica	Indicador	Logros
<p>AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.</p>	<p>Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCPI logró establecer una metodología que permite estimar de manera más exacta el valor de disponibilidad utilizando la información registrada en el SISMAC.</li> <li>La GCPI desde el 01.08.2019, logró implementar en los C.O.DD. el software de mantenimiento institucional SISMAC.</li> </ul> <p>(*)</p>
<p>AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.</p>	<p>Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CEABE informó haber gestionado compras centralizadas con proyección de abastecimiento para 24 meses, las cuales se encuentran en firma de contrato, adjudicados, convocatoria o actos preparatorios respectivamente.</li> <li>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.</li> <li>GCTIC logró tener a diciembre de 2019, 08 sistemas claves integrados: 1) Sistema de referencias y contrataciones (SIRyC), 2) Sistema móvil para el asegurado (EsSalud MOBILE), 3) Sistema de referencias y contrataciones (SIGI), 4) Sistema de anatomía patológica (ANATPAT), 5) Sistema de información gerencial de las prestaciones sociales de EsSalud (SIGPS), 6) Ventanilla integrada virtual al asegurado (VIVA), 7) Sistema de facturación electrónica (SFE), y 8) SAP 6.07 HANA con módulos FI, CO, FM, MM y HCM-Nómina (SAP 6.07).</li> </ul>
<p>AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones</p>	<p>Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado Porcentaje de déficit del presupuesto institucional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GP-GCPP, desarrolló un plan piloto del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que cuenta con sistema de costos por actividad médica, realizando 571 procedimientos ejecutados.</li> <li>A noviembre de 2019, 73% IPRESS cuentan con reporte de costos unitarios, promedio.</li> <li>El resultado económico al II semestre de 2019 fue positivo (S/ 151 2 MM).</li> </ul>

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

(\*) La Gerencia Central de Gestión de las Personas no ha informado los avances en el cumplimiento del indicador



Tabla N° 24  
Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021, al II semestre 2019

Acción Estratégica	Indicador	Logros
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Ausentismo laboral Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño 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	(*) (*) (*)
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Oficina de Integridad no ha remitido información de logros vinculados al indicador para la evaluación al II semestre de 2019.</li> <li>• La Oficina de Integridad no ha remitido información de logros vinculados al indicador para la evaluación al II semestre de 2019.</li> </ul>

Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021  
(\*) La Gerencia Central de Gestión de las Personas no ha informado los avances en el cumplimiento del indicador





## VI. PRINCIPALES DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N° 25  
Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de los Objetivos Estratégicos del PEI 2017-2021, al II semestre 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCAA, ha informado la ausencia de un sistema de información que permita articular las 03 prestaciones que otorga EsSalud, lo cual limita medir el nivel de satisfacción de los usuarios bajo una metodología estándar, según ficha de protocolo del indicador aprobado en el PEI 2017-2021.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCAA, viene mejorando las fuentes de recopilación de información, para medir la satisfacción del usuario, con respecto a las 3 prestaciones que otorga EsSalud (prestaciones de salud, económicas y sociales).</li> <li>Con la implementación del ESSI y la unidad de análisis de Información y Datos, la GPCS puede empezar a homogenizar las bases de datos de las prestaciones de salud de las IPRESS, para obtener información objetiva y confiable que permita realizar las estimaciones requeridas para la AVISA.</li> <li>La Gerencia Central de Operaciones, considera como oportunidad reformular el indicador, expresándolo por niveles de atención y grado de complejidad: así como para pacientes con edad igual o menor a 60 años.</li> <li>La Gerencia Central de Operaciones, en el marco de sus funciones, realizar acciones para fortalecer el PADOMI general y especializado, a fin de dar atención oportuna y adecuada a los asegurados adultos mayores.</li> <li>La Gerencia Central de Operaciones, considera como oportunidad reformular el indicador, considerando los días transcurridos desde la solicitud de cita por el paciente hasta el otorgamiento de la misma.</li> <li>Priorizar y redirigir a los pacientes adultos mayores hacia el programa de pacientes crónicos.</li> <li>La Gerencia Central de Operaciones, considera como oportunidad reformular el indicador, considerando a los pacientes con tiempo de espera quirúrgica a partir del día siguiente de la meta a alcanzar.</li> </ul>
	Años de vida saludable perdidos por 1,000 habitantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base de datos de prestaciones de salud, no homogéneas que limita procesar información para estimar los AVISA.</li> </ul>	
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>La dificultad para reducir los días de estancia se concentra en un 25% de los pacientes hospitalizados, son adultos mayores pluripatológicos con enfermedades crónicas degenerativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Gerencia Central de Operaciones, considera como oportunidad reformular el indicador, considerando los días transcurridos desde la solicitud de cita por el paciente hasta el otorgamiento de la misma.</li> <li>Priorizar y redirigir a los pacientes adultos mayores hacia el programa de pacientes crónicos.</li> <li>La Gerencia Central de Operaciones, considera como oportunidad reformular el indicador, considerando a los pacientes con tiempo de espera quirúrgica a partir del día siguiente de la meta a alcanzar.</li> </ul>
	Diferimiento de citas de consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las consultas médicas por especialistas son las que causan mayor diferimiento a nivel de hospitales nacionales y hospitales base de las Redes Asistenciales.</li> <li>El 45.4% de la demanda lo constituyen los pacientes de 60 a más años.</li> </ul>	
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Tiempo de espera quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los hospitales de mediana y alta complejidad concentran los promedios de espera prolongados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por lo tanto, con Oficio N° 346-GG-ESSALUD-2019 (03.09.2019), EsSalud remitió a FONAFE una nueva propuesta de modificación presupuestal 2019, considerando las observaciones de dicha entidad. Con Oficio N° 142-2019/GPC-FONAFE (02.12.2019), FONAFE comunicó la modificación presupuestal 2019 de EsSalud.</li> <li>Con Resolución N° 001-ESSALUD-2019, aprobó el presupuesto asignable para la compra local de bienes y servicios a nivel de órganos desconcentrados y centro asistencial de EsSalud.</li> <li>Con Resolución N° 006-ESSALUD-2019, 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.</li> </ul>
	Gastos Operativos / Ingresos	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 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 (producto básicamente de los mayores gastos que se proponen atender al cierre del año 2019, como la implementación de la nueva escala salarial, contratación de nuevos CAS asistenciales, adquisición de material estratégico, etc.). Sin embargo, con Oficio N° 086-2019/GPC-FONAFE, la citada entidad realizó observaciones a la propuesta, principalmente, en lo correspondiente a los ingresos institucionales, gastos de capital y gastos de personal, solicitando se actualicen las proyecciones con la información real de ejecución presupuestal al cierre del II trimestre 2019.</li> </ul>	
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Oficina de Integridad concluye que resulta inviable realizar una evaluación del indicador debido a la inconsistencia de las metas de acciones estratégicas y la del objetivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar indicadores que permitan cuantificar y monitorear los resultados de las acciones de promoción de una gestión con ética y transparencia en la institución.</li> </ul>





Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021  
**Tabla N° 25**

**Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021, al II semestre 2019**

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado</b></p>	<p>Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inexistencia de perfiles técnicos de atención al público para el personal de las plataformas de atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCAA gestionará la inclusión en el manual de perfiles y puestos, el perfil idóneo para el personal de atención al público (plataforma de atención).</li> </ul>
	<p>Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar y fortalecer las capacidades de los colaboradores de EsSalud, que tienen trato directo con los asegurados, a fin que se realice el registro de la insatisfacción del servicio recibido, para su respectiva atención.</li> </ul>
	<p>Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desconocimiento de las ventajas del REGINCIAD, que conlleva al sub registro de los eventos relacionados a la seguridad del paciente (incidentes, eventos adversos y eventos centinela), limitando su adecuada notificación, proceso y análisis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La OGCyH debe 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.</li> <li>Instar a las dependencias involucradas en eventos centinela, hacer uso del REGINCIAD, para contribuir a la mejora de la cultura de seguridad en la institución.</li> </ul>
	<p>Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausencia de un formato de brazalete a nivel institucional estandarizado, lo cual genera discrecionalidad en el uso por parte de las IPRESS.</li> <li>Inadecuada programación anual, de las necesidades de brazaletes de identificación, además de falta de monitoreo de consumos e insuficiente supervisión, originando en algunas IPRESS el desabastecimiento de los mismos.</li> <li>Alta deserción laboral del personal que administra el Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La OGCyH realizará una revisión de los términos de referencia, presentados por cada Red Asistencial y/o IPRESS para la adquisición de brazaletes impresos, a fin de elaborar una ficha estandarizada para la adquisición del servicio de brazaletes impresos.</li> <li>Que las IPRESS presenten su necesidad de brazaletes de identificación (bien o servicio) según sus metas físicas (número de egresos), con anticipación y que las jefaturas de admisión garanticen su inclusión en las mismas y realicen el seguimiento del abastecimiento de este insumo.</li> <li>Cada Dirección de Red/IPRESS, debe cumplir con la implementación de un procedimiento de entrega y recepción de cargo para funcionarios y servidores, que incluya la entrega de los últimos resultados obtenidos en los indicadores de calidad, además de la inducción y habilitación del nuevo responsable de calidad, en los diferentes aplicativos informáticos que tiene implementada la institución.</li> </ul>
<p>Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solo el 27% de los asegurados con discapacidad son derivados desde las IPRESS, hacia los CERPS y MBRPS, para su rehabilitación profesional y social.</li> <li>Limitada oferta de puestos de trabajo en el sector público y privado han reducido las oportunidades laborales para las personas con discapacidad en edad productiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCFAMyPCD, viene mejorando su gestión a fin que las IPRESS deriven a los asegurados con discapacidad y en riesgo de padecerla, a los CERPS y MBRPS, para una atención oportuna y de calidad.</li> <li>Promoción de Ferias de Empleo que permitan colocar mayor número de personas con discapacidad en edad productiva.</li> </ul>	

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



Tabla N° 26 Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021, al II semestre 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitado número de asegurados adultos mayores que son derivados desde las IPRESS, hacia los CAM o CIRAM, para recibir prestaciones sociales.</li> <li>Algunas Redes Asistenciales brindan mayor interés a las atenciones recuperativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar la atención integral del adulto mayor, que considere aspectos biológicos, psicológicos y sociales</li> <li>Coordinar con las IPRESS, para que los asegurados adultos mayores sean derivados a los CAM o CIRAM de manera oportuna, según corresponda.</li> <li>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.</li> </ul>
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratar médicos de medicina familiar/ integral para mejorar el grado de resolutividad en el primer nivel de atención.</li> </ul>
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCGP administra un sistema de gestión hospitalaria fragmentado y con errores en el registro de información, que limita monitorear de manera oportuna el indicador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un previo control de calidad de la información ingresada al sistema de gestión hospitalaria, a fin de emitir una estimación confiable del indicador.</li> </ul>
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	<ul style="list-style-type: none"> <li>El software SISMAC, presenta limitaciones para procesar la información, porque solo calcula las horas de parada debido a la ejecución efectiva del mantenimiento, no considera el tiempo de parada del equipo desde que se detectó la falla hasta que se inició la ejecución del mantenimiento correctivo.</li> <li>El software de mantenimiento institucional SISMAC, aún no ha sido concluido e implementado por la GCTIC en todos los OO.DD., lo cual limita obtener de manera directa el valor del indicador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Subgerencia de mantenimiento/ GEP/ GCGP, ha propuesto implementar en el software SISMAC, el módulo de mantenimiento correctivo como actividad prioritaria en el POI 2020, para medir y evaluar la disponibilidad del equipamiento hospitalario de manera directa.</li> <li>La GCGP ha propuesto como actividad en el POI 2020, implementar 02 módulos en el SISMAC, actividad que una vez aprobada contará con los recursos presupuestales para que puedan contratar los servicios de un profesional programador a cargo de la Subgerencia de mantenimiento y supervisado por la GCTIC.</li> </ul>
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCGP, no ha remitido información al II semestre de 2019.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>CEABE, manifiesta que los lineamientos y directivas relacionadas al indicador, no se encuentran actualizadas; asimismo, hay constantes observaciones de especificaciones técnicas de dispositivos médicos que en su gran mayoría son derivadas del IETSI para su absorción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CEABE en el marco de sus funciones deberá realizar acciones que permitan la actualización y reformulación de las directivas vigentes. Asimismo, deberá articular acciones de sus diversas áreas, para la gestión eficiente en la cadena de suministro de dispositivos médicos y productos farmacéuticos.</li> </ul>

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





Tabla N° 26

Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021, al II semestre 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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitados recursos para la integración de los sistemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GCTIC, deberá gestionar de manera adecuada y oportuna la dotación de recursos, a fin de dar cumplimiento al indicador aprobado en el PEI 2017-2021.</li> </ul>
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>El 73% de IPRESS cuentan con reportes de costos unitarios promedio (cierre noviembre 2019).</li> <li>Ausencia de una cartera de servicios de salud actualizada y clasificada por niveles de atención, así como documento técnico que establezca el uso de los recursos de manera estándar para determinar el costo por actividad médica.</li> <li>El sistema de gestión hospitalaria, que brinda información al sistema de costos, carece de la configuración adecuada y actualizada.</li> <li>Brecha de recursos humanos en la Subgerencia de Costos, para avanzar con la segunda fase del sistema de costos por actividad económica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar la metodología de costo estándar en las IPRESS de EsSalud, como iniciativa de gestión para los próximos ejercicios económicos.</li> <li>Efectuar la configuración de los sistemas de gestión hospitalaria, para que brinde información de calidad al sistema de costos.</li> <li>Cierre de brecha de recursos humanos en la subgerencia de Costos.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>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 (producto básicamente de los mayores gastos que se proponen atender al cierre del año 2019, como la implementación de la nueva escala salarial, contratación de nuevos CAS asistenciales, adquisición de material estratégico, etc.). Sin embargo, con Oficio N° 086-2019/GPC-FONAFE, la citada entidad realizó observaciones a la propuesta, principalmente, en lo correspondiente a los ingresos institucionales, gastos de capital y gastos de personal, solicitando se actualicen las proyecciones con la información real de ejecución presupuestal al cierre del II trimestre 2019.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por lo tanto, con Oficio N° 346-GG-ESSALUD-2019 (03.09.2019), EsSalud remitió a FONAFE una nueva propuesta de modificación presupuestal 2019, considerando las observaciones de dicha entidad. Con Oficio N° 142-2019/GPC-FONAFE (02.12.2019), FONAFE comunicó la modificación presupuestal 2019 de EsSalud.</li> <li>Con Resolución N° 001-ESSALUD-2019, aprobó el presupuesto asignable para la compra local de bienes y servicios a nivel de órganos desconcentrados y centro asistencial de EsSalud.</li> <li>Con Resolución N° 006-ESSALUD-2019, 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.</li> </ul>

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



**Tabla N° 26**  
Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021, al II semestre 2019

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Ausentismo laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCGP, no ha remitido información al II semestre de 2019.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
	Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCGP, no ha remitido información al II semestre de 2019.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>La GCGP, no ha remitido información al II semestre de 2019.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Oficina de Integridad no ha remitido información al II semestre de 2019.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
	Índice de respuesta frente a la corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Oficina de Integridad no ha remitido información al II semestre de 2019.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>

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

- a. El 18 de diciembre de 2019, se solicitó información a 10 dependencias para realizar la evaluación del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2019, estableciendo como fecha límite para remitir respuesta a la GCPP hasta el 15 de enero de 2020. Al respecto solo 03 dependencias brindaron información dentro del plazo establecido, 06 dependencias dieron respuesta fuera del plazo establecido y 01 dependencia no ha remitido respuesta, situación que limita poder presentar un informe de evaluación institucional que refleje fehacientemente el nivel de cumplimiento de las 26 metas de indicadores programados para el año 2019.
- b. La Gerencia Central de Atención al Asegurado, a fin de medir el índice de satisfacción general, ha realizado varias encuestas, pero con diferente metodología, lo cual distorsiona el valor final de satisfacción de los asegurados con respecto a las prestaciones que EsSalud otorga. En ese sentido, los resultados generales obtenidos no permitirían una adecuada toma de decisiones de la Alta Dirección.
- c. La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, tenía como meta institucional para el año 2019, obtener 73 AVISA (Años de Vida Saludable Perdidos) por 1,000 habitantes; sin embargo, al periodo indicado para la presente evaluación sólo ha obtenido el estimado de 248,269 Años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) para el año 2018, que es uno de los componentes del indicador AVISA. Culminará el proceso de evaluación del indicador, el año 2020.
- d. La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, informa que el Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC), no les permite medir el indicador "porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente" aprobado en el PEI 2017-2021; sin embargo, el citado sistema si les permite medir el indicador "Porcentaje de pacientes con pulsera de identificación con datos correctos según protocolo", de la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013 "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente".
- e. La Gerencia Central de Operaciones, indica que el grado de resolutivez del primer nivel de atención para el año 2019 fue 41.50%; asimismo, refiere que el personal asistencial de dicho nivel de atención llega a un reducido grado de resolutivez siendo la mayoría de sus actividades son de índole preventivo promocional.
- f. La Gerencia Central de Operaciones, informó que en el año 2019 se tuvo un promedio de 5.6 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio. Asimismo, indicó que el 25% de los pacientes hospitalizados son adultos mayores pluripatológicos con enfermedades crónicas degenerativas, lo que genera más días de hospitalización. Al respecto la GCOP concluyendo que debería reformularse el indicador para los pacientes con edad igual o menor a 60 años.
- g. La Gerencia Central de Operaciones presentó el nivel de cumplimiento de la meta del indicador "diferimiento de citas de consulta externa" para el año 2019, en 10.4 días promedio. Sin embargo, plantea mejorar el indicador para que su medición sea por tipo de consultante y se pueda identificar con mayor precisión los puntos críticos de diferimiento.
- h. La Gerencia Central de Operaciones presentó el nivel de cumplimiento de la meta del indicador "tiempo de espera quirúrgico" para el año 2019, alcanzando el promedio de 123.55 días, sin embargo, hace la precisión que es necesario modificar el indicador considerando las definiciones y variables de la Directiva N° 015-GG-EsSalud-2015 "Normas para la Gestión de la Oportunidad Quirúrgica en el Seguro Social de Salud – EsSalud".



- i. La Gerencia Central de Gestión de las Personas (responsable de 4 indicadores) no ha remitido información sobre el nivel de cumplimiento de las metas de indicadores aprobados en el PEI 2017-2021, para la presente evaluación y la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (responsable de 1 indicador) envió su informe de evaluación de manera extemporánea y no se precisa una cifra como resultado del indicador, de acuerdo a la ficha técnica aprobada.
- j. Las modificaciones en las fórmulas utilizadas para el cálculo de metas de indicadores, así como el uso de metodologías distintas, genera inconsistencia en los resultados obtenidos, razón por la cual se ha considerado dichos indicadores como no evaluados.

## 7.2. Recomendaciones

- a. Todas las dependencias responsables del cumplimiento de las metas de los indicadores aprobados en el Plan Estratégico Institucional, deben dar cumplimiento a lo dispuesto en la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - EsSalud", numeral 2.3 "...evaluación del Plan Estratégico Institucional..." relacionado al contenido y plazos para remitir información a la GCPP.
- b. A fin de conocer el nivel de satisfacción de los asegurados en las 3 prestaciones que otorga EsSalud (prestaciones de salud, económicas y sociales), bajo una misma metodología, es necesario que la Gerencia Central de Atención al Asegurado, establezca la metodología, los criterios y parámetros para realizar una medición representativa a nivel nacional sobre dichas prestaciones, que permita asegurar la confiabilidad de la información, para una adecuada y eficiente toma de decisiones en beneficio de los asegurados.
- c. Resaltando la importancia del indicador Años de vida saludable perdidos - AVISA, que permite medir la magnitud del daño que producen las enfermedades o lesiones a los asegurados y establecer estrategias de gestión en salud en beneficio de los asegurados, se recomienda a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, priorizar su medición con el soporte técnico que se requiera, optimizando los recursos del ESSI y la UIAD, dando cumplimiento a lo aprobado en el PEI 2017-2021.
- d. A fin de evitar situaciones de riesgo durante los procesos de atención de salud en hospitalización, es relevante que la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, de seguimiento al cumplimiento del indicador "porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente" aprobado en el PEI 2017-2021, para lo cual requiere el compromiso de las Redes Asistenciales y Prestacionales y la disponibilidad de recursos para garantizar el uso de brazaletes a los pacientes hospitalizados, con prioridad en los servicios de medicina, pediatría y cirugía, tal como fue planteado en el indicador del PEI vigente a la fecha de la evaluación.
- e. Siendo necesario reducir el nivel de atención de baja complejidad que se realizan en los niveles II y III de atención, para evitar saturar los servicios que se otorgan en dichos niveles de atención, el incremento en la lista de espera de las consultas médicas e insatisfacción de los asegurados por no ser atendido de manera oportuna, se recomienda a la Gerencia Central de Operaciones, en el cumplimiento de sus funciones, supervisar y controlar la gestión de las Redes Asistenciales y Redes Prestacionales, a fin de continuar fortaleciendo la capacidad resolutive del primer nivel de atención.
- f. Considerando que el 25% de los pacientes hospitalizados son adultos mayores pluripatológicos con enfermedades crónicas degenerativas, se recomienda a la



Gerencia Central de Operaciones, en el marco de sus funciones, medir la eficiencia en el servicio de hospitalización, para reducir el riesgo y costo del alta del paciente, del citado grupo poblacional, información que permitirá redirigir acciones y estrategias para mejorar la atención a los asegurados a nivel nacional. Asimismo, es importante seguir fortaleciendo el PADOMI, a fin de dar continuidad a la atención de los adultos mayores pluripatológicos, egresados de hospitalización.

- g. Debido a que la Gerencia Central de Operaciones presentó el nivel de cumplimiento de la meta del indicador "diferimiento de citas de consulta externa" y "tiempo de espera quirúrgico" para el año 2019, haciendo observaciones a la metodología utilizada en la programación, se recomienda evaluar dichos indicadores y proponer las modificaciones que correspondan para los documentos de gestión que se aprueben desde el año 2020 estandarizando la fórmula o metodología de evaluación, que permita una adecuada toma de decisiones en beneficio de los asegurados.
- h. Los órganos de la institución responsables de los indicadores aprobados en el PEI, deben evaluar el nivel de cumplimiento de las metas de los indicadores según la "ficha de protocolo de cada indicador", y de encontrar debilidades y/o errores en su contenido, deberán presentar su propuesta para actualizar y/o modificar dicho indicador con el debido sustento técnico, a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, según se indica en la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - EsSalud", numeral 4.5 "... El Plan Estratégico Institucional se elaborará para un periodo de cinco (5) años, el mismo que podrá ser actualizado y/o modificado, en las siguientes situaciones:
- Por cambios en el entorno o eventos no previstos.
  - En caso que las estrategias no logren los resultados esperados.
  - Por decisiones de gobierno para asumir nuevas responsabilidades.
  - Por procesos de reorganización.
  - Por adecuación para el logro de nuevos objetivos.

Para lo cual, se deberá actualizar de corresponder los objetivos estratégicos, indicadores, metas y acciones estratégicas, cumpliendo con lo indicado en el numeral 2.2 de la citada Directiva".

Cabe precisar que la propuesta será evaluada por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - Gerencia de Planeamiento Corporativo, para su posible inclusión (de encontrarlo conforme), en el marco de las Políticas Institucionales plasmadas en el Libro Blanco de EsSalud.

- i. Es relevante que todas las dependencias responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021, remitan información de manera oportuna en plazos y según criterios aprobados en cada ficha de protocolo de indicador, para las evaluaciones semestrales de dicho documento de gestión que son entregados a la Alta Dirección, a fin que pueda disponer de un documento que refleje la realidad y coyuntura institucional, y sirva para una adecuada toma de decisiones en beneficio de los asegurados; así como, para conocimiento del personal que labora en la institución, buscando contribuir en mejorar la imagen institucional del Seguro Social de Salud - EsSalud, que con el pasar de los años, se ve más vulnerada.



**VIII. DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA**
**Tabla N° 27: Documentación sustentatoria para el presente informe de evaluación**

Objetivo Estratégico	Indicador	Documento
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	Memorando N° 216-GCAA-ESSALUD-2020
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	Correo electrónico yovanna.seclen@essalud.gob.pe de fecha 16 de enero del 2020
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	Memorando N° 317-GCOP-ESSALUD-2020 y Memorando N° 680-GCOP-ESSALUD-2020 (06.02.2020)
	Diferimiento de citas de consulta externa	
	Tiempo de espera quirúrgico	
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	Memorando N° 14-GP-GCPP-ESSALUD-2019
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	Memorando N° 82-OFIN-PE-ESSALUD-2020
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo	Memorando N° 216-GCAA-ESSALUD-2020
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo	Memorando N° 34-OGCYH-PE-ESSALUD-2020
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	Memorando N° 47-GCPAMyPCD-ESSALUD-2020
	Adultos mayores beneficiados con atención integral	
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)	Memorando N° 317-GCOP-ESSALUD-2020
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	Correo electrónico yovanna.seclen@essalud.gob.pe de fecha 16 de enero del 2020
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	Memorando N° 149-GCPI-ESSALUD-2020
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional.	Sin respuesta de la GCGP
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	Memorando N° 271-CEABE-ESSALUD-2020
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional	Memorando N° 211-GCTIC-ESSALUD-2020
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	Memorando N° 14-GP-GCPP-ESSALUD-2019
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Porcentaje de ausentismo laboral	Sin respuesta de la GCGP
	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	Sin respuesta de la GCGP
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos	Sin respuesta de la GCGP
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	Memorando N° 82-OFIN-PE-ESSALUD-2020
	Índice de respuesta frente a la corrupción	Memorando N° 82-OFIN-PE-ESSALUD-2020

Elaboración: Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión - GPC - GCPP



# ANEXOS



Matriz de nivel de cumplimiento de metas de Objetivos Estratégicos

Objetivo Estratégico	Indicador	Meta Programada Año 2019	Ejecutado al II semestre 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%	0.00%	0.00%	Sin avance	Memorando N° 216-GCAA-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	73	0.00%	0.00%	Sin avance	Correo electrónico yovanna.secien@essalud.gob.pe de fecha 16 de enero del 2020	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	3.7	5.60	66.07%	Regular	Memorando N° 317-GCOP-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Operaciones
	Diferimiento de citas de consulta externa	9	10.4	85.54%	Buena	Memorando N° 680-GCOP-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Operaciones
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Tiempo de espera quirúrgico	60	123.55	48.56%	Malo	Memorando N° 680-GCOP-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Operaciones
	Gastos Operativos / Ingresos	95.00%	95.87%	99.09%	Excelente	Memorando N° 14-GP-GCPP-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	96.00%	0.00%	0.00%	Sin avance	Memorando N° 82-OFIN-PE-ESSALUD-2020	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)



Matriz de nivel de cumplimiento de Acciones Estratégicas

Acción Estratégica	Indicador	Meta Programada Año 2019	Ejecutado al II semestre 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%	83.90%	86.49%	Bueno	Memorando N° 216-GCAA-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	17.00%	0.00%	0.00%	Sin avance	Memorando N° 216-GCAA-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo	80.00%	74.51%	93.14%	Excelente	Memorando N° 34-OGCYH-PE-ESSALUD-2020	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	40.00%	0.00%	0.00%	Sin avance	Memorando N° 34-OGCYH-PE-ESSALUD-2020	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente	2,209	1,743	78.90%	Bueno	Memorando N° 47-GCPAMYPCD-ESSALUD-2020	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%	27.99%	100.00%	Excelente	Memorando N° 47-GCPAMYPCD-ESSALUD-2020	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%	41.50%	79.81%	Bueno	Memorando N° 317-GCOP-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Operaciones
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	2.20%	2.37%	92.83%	Excelente	Correo electrónico yovanna.sucien@essalud.gob.pe de fecha 16 de enero del 2020	Gerencia Central de Prestaciones de Salud

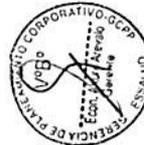
Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021



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

Acción Estratégica	Indicador	Meta Programada Año 2019	Ejecutado al II semestre 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%	93.24%	100.00%	Excelente	Memorando N° 149-GCPI-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Proyectos de Inversión
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional	97.00%	Sin respuesta	0.00%	Sin Avance	-	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	< 4%	Sin respuesta	0.00%	Sin Avance	Memorando N° 271-CEABE-ESSALUD-2020	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%	38.10%	100.00%	Excelente	Memorando N° 211-GCTIC-ESSALUD-2020	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%	0.27% (*)	0.01%	Malo	Memorando N° 14-GP-GCPP-ESSALUD-2020	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	1.5%	-1.24%	100.00%	Excelente	Memorando N° 14-GP-GCPP-ESSALUD-2020	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  
Nota: (\*) Reporte de la GP-GCPP, al mes de noviembre de 2019.



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

Acción Estratégica	Indicador	Meta Programada Año 2019	Ejecución al II semestre 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%	0%	0.00%	Sin Avance	--	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	7.00%	0%	0.00%	Sin Avance	--	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos	3	0	0.00%	Sin Avance	--	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%	0%	0.00%	Sin avance	Memorando N° 82- OFIN-PE-ESSALUD-2020	Oficina de Integridad*
	Índice de respuesta frente a la corrupción	25.00%	0%	0.00%	Sin avance	Memorando N° 87- OFIN-PE-ESSALUD-2020	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)

