

INFORME DE EVALUACIÓN AÑO 2017

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2017- 2021 DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD



FEBRERO 2018

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

CONTENIDO

Presentación

- I. Resumen Ejecutivo
- II. Marco Estratégico
- III. Resultados del Nivel de Cumplimiento de los indicadores
- IV. Principales logros por Objetivos Estratégicos Institucionales
- V. Principales Dificultades y Oportunidades de Mejora
- VI. Conclusiones
- VII. Recomendaciones
- VIII. Anexo



PRESENTACION

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

Con el propósito de orientar las acciones institucionales hacia la transparencia en la gestión pública, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 19-15-ESSALUD-2017 de fecha 09 de agosto de 2017, se aprobó el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 del Seguro Social de Salud - EsSalud, documento de gestión que establece para el citado horizonte temporal, la visión, misión, principios, objetivos estratégicos institucionales, así como las acciones estratégicas institucionales, indicadores y metas, que deben seguir los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados.

En el marco de la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016, "Directiva para la Formulación, Aprobación y Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021 del Seguro Social de Salud - EsSalud", numeral 2.3.2., aprobada con Resolución de Gerencia General N° 1352, de fecha 29 de diciembre de 2016, ésta Gerencia Central en el ámbito de las competencias y funciones, presenta el Informe de Evaluación correspondiente al año 2017 del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, en el cual se muestran los avances logrados en mérito a las metas de los indicadores de los objetivos estratégicos institucionales, así como de las acciones estratégicas contenidas en el documento de gestión.

Dicho informe contiene un resumen ejecutivo, el marco estratégico, resultados del nivel de cumplimiento por cada indicador consignado, principales logros por los objetivos estratégicos, dificultades y oportunidades de mejora, conclusiones y recomendaciones y anexos.



I. RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Estratégico Institucional 2017 – 2021 de EsSalud, aprobado con Acuerdo de Consejo Directivo N° 19-15-ESSALUD-2017, de fecha 09 de agosto de 2017, se formuló con la finalidad de orientar los recursos a través de una adecuada asignación para responder a las necesidades de la población asegurada de manera oportuna y eficiente, en el marco de un modelo de cuidado integral de la salud.

Con el propósito de conocer los avances alcanzados durante el año 2017, es necesario elaborar el informe de evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, correspondiente al año en mención, para lo cual se tomará como referencia la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 "Directiva para la Formulación, aprobación y Evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud - EsSalud", mediante el cual se describe el análisis del nivel de cumplimiento de los indicadores de los objetivos y de las acciones estratégicas, los logros alcanzados y las precisiones que se han obtenido como resultado de dicho análisis.

En términos generales, los resultados obtenidos del proceso de evaluación del cumplimiento de las metas de los indicadores de los objetivos y acciones estratégicas no son muy alentadores, en promedio se ha alcanzado sólo el 50 % de las metas programadas de los indicadores, lo que permite inferir en un primer momento, que al haberse aprobado el PEI recién en el mes de agosto del año 2017, no se pudo establecer las estrategias y mecanismos adecuados para el seguimiento y monitoreo de las áreas orgánicas responsables de reportar las metas de los mismos.

Asimismo, la información de los órganos centrales que han remitido con la data respectiva de los indicadores se puede evidenciar, en algunos casos que la forma de cálculo del indicador no es la más adecuada e incluso la meta que se ha programado no tiene la consistencia del caso al realizar el ejercicio por cada una de las redes asistenciales que contribuyen al logro de la meta del indicador. En otros casos se ha detectado que hay indicadores que no se corresponden con las acciones estratégicas consignadas en el Plan Estratégico por lo que es necesario que se puedan definir otras que si contribuyan al logro de las metas de los indicadores.

Es importante destacar, la necesidad de revisar las acciones estratégicas contenidas en los objetivos del Plan Estratégico, por cuanto algunas de ellas no recogen la dimensión del quehacer de EsSalud, que tiene por finalidad, la recepción, captación y gestión de los fondos de la seguridad social en salud para dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud;



prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

En dicho marco, de acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación anual del PEI 2017-2021, y a los comentarios y sugerencias vertidas por los órganos centrales de EsSalud, es necesario plantear la modificación del documento de gestión de mediano plazo, por lo que los suscentos se detallarán en el ítem referido a conclusiones y recomendaciones del presente informe.



II. MARCO ESTRATÉGICO

Los Sistemas de Salud de Alto Desempeño responden a la demanda de servicios por parte de los ciudadanos, brindando servicios de calidad y reduciendo las disparidades en salud, a partir de intervenciones en el primer nivel de atención y el desarrollo intensivo de innovaciones que permitan mejorar los resultados de la inversión en salud y crear valor en la sociedad, para lo cual es importante disponer de un conjunto de atributos orientados a lograr el acceso al mejor cuidado de la salud posible, por lo que EsSalud viene trabajando para constituirse en una organización de seguridad social de salud de alto desempeño, que sea capaz de responder a las demandas y expectativas de los asegurados.

EsSalud viene implementando un conjunto de estrategias para constituirse en una Organización de Seguridad Social de Salud de Alto Desempeño, como son: i) recuperación de estándares de atención y de condiciones de trabajo similares a las instituciones líderes en América Latina, ii) desarrollo de un sistema asistencial de economía de escala, que permita resultados y retornos en salud, satisfacción del usuario y eficiencia económica, iii) implementación de redes hospitalarias macro-regionales de prevención, cuidados, diagnóstico y tratamiento, que elimine barreras de acceso, iv) desarrollo de una gestión con excelencia operativa, con ética y transparencia, que permita el logro de resultados en salud a los asegurados y eficiencia técnica y financiera a la institución, de acuerdo a las mejores prácticas existentes, v) desarrollo de un sistema de tableros de control, que permitan disponer de la información apropiada para la toma de decisiones requeridas en los diversos niveles de la institución y vi) puesta en valor del máximo de las capacidades institucionales a partir de la innovación permanente.

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".

Misión

"Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tienen 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".



Los objetivos estratégicos de ESSALUD son los siguientes:

OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

Para medir el cumplimiento del objetivo estratégico se ha considerado los siguientes indicadores:

- Índice de satisfacción general
- Años de vida saludable perdidos por 1,000 habitantes

Este objetivo se orienta a desarrollar una gestión eficiente, a través de las siguientes acciones estratégicas:

| Nº | ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES |
|--------|---|
| AE 1.1 | Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado |
| AE 1.2 | Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud |

Estas acciones estratégicas se evaluarán con los siguientes indicadores:

- Conclusión de solicitudes dentro del plazo.
- Usuarios que comunican un problema en el servicio.
- Eventos centinela gestionados a tiempo.
- Pacientes correctamente identificados según directiva vigente
- Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.
- Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral
- Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas Médicas en Primer Nivel)
- Tasa de hospitalizaciones evitables

OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

Para medir el cumplimiento del objetivo estratégico se ha considerado los siguientes indicadores:

- Estancia Hospitalaria
- Diferimiento de Citas
- Tiempo de Espera Quirúrgico. (días)

Este objetivo se orienta a desarrollar una gestión eficiente, a través de las siguientes acciones estratégicas:

| Nº | ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES |
|--------|--|
| AE 2.1 | Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia. |
| AE 2.2 | Implementar tecnologías y sistemas de información moderna, adecuada a las necesidades institucionales. |



Estas acciones estratégicas se evaluarán con los siguientes indicadores:

- Disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos.
- Cobertura de puestos laborales activos a nivel nacional.
- Ítems de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes)
- Sistemas integrados de gestión institucional.

OE 3. Brindar servicios sostenibles financieramente

Para medir el cumplimiento del objetivo estratégico se ha considerado el siguiente indicador:

- El indicador es: Gastos Operativos / Ingresos

Este objetivo se orienta a desarrollar una gestión sostenible, a través de la siguiente acción estratégica:

| N° | ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL |
|--------|--|
| AE 3.1 | Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones. |

La acción estratégica institucional se evalúa con los siguientes indicadores:

- Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado
- Déficit del Presupuesto Institucional

OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia

Para medir el cumplimiento del objetivo estratégico se ha considerado el siguiente indicador:

- Índice de integridad institucional.

Este objetivo se orienta a desarrollar una gestión con ética y transparencia, a través de las siguientes acciones estratégicas:

| N° | ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES |
|--------|---|
| AE 4.1 | Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio. |
| AE 4.2 | Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción. |

La acción estratégica institucional se evalúa con los siguientes indicadores:

- Ausentismo Laboral
- Colaboradores con evaluación alta y/o muy alta de desempeño.
- 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.

Cabe precisar que en el Anexo 1 se presenta la ejecución presupuestal de los Proyectos de Inversión al 2017



III. RESULTADOS DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES

Para efectos de medir el nivel de avance de la meta programada de cada indicador se ha procedido a establecer parámetros para reflejar el nivel de avance dependiendo del tipo de indicador a evaluar, considerando la situación del cumplimiento de la meta en el momento de realizar el corte para evaluar.

Tabla N° 01 Criterios para evaluar el nivel de avance de las Metas de los Indicadores

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

A continuación, se muestra el avance de cada uno de los indicadores que se corresponden a los objetivos estratégicos institucionales:

Tabla N° 02 Metas de los Indicadores de los Objetivos Estratégicos Institucionales año 2017

| OBJETIVO ESTRATÉGICO | INDICADOR | LINEA BASE 2016 | META PROGRAMADA 2017 | EJECUTADO 2017 | % DE CUMPLIMIENTO | RESPONSABLES |
|--|-------------------------------------|-----------------|----------------------|----------------|--------------------|---|
| OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados. | Índice de satisfacción general | 75% | 78% | 0% | 0% | Gerencia Central de Atención al Asegurado |
| | Estancia Hospitalaria | 5.2 | 4.7 | 5.39 | No cumplió la meta | Gerencia Central de Operaciones |
| | Diferimiento de Citas | 12 | 11 | 13 | No cumplió la meta | Gerencia Central de Operaciones |
| | Tiempo de espera quirúrgico, (días) | 87 | 80 | 60.95 | 100% | Gerencia Central de Operaciones |
| OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente | Gastos Operativos / Ingresos | 96% | 99% | 97.70% | 100% | Gerencia de Presupuesto |
| OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia. | Índice de integridad institucional. | N.D. | 10% | 45% | 100% | Secretaría General |

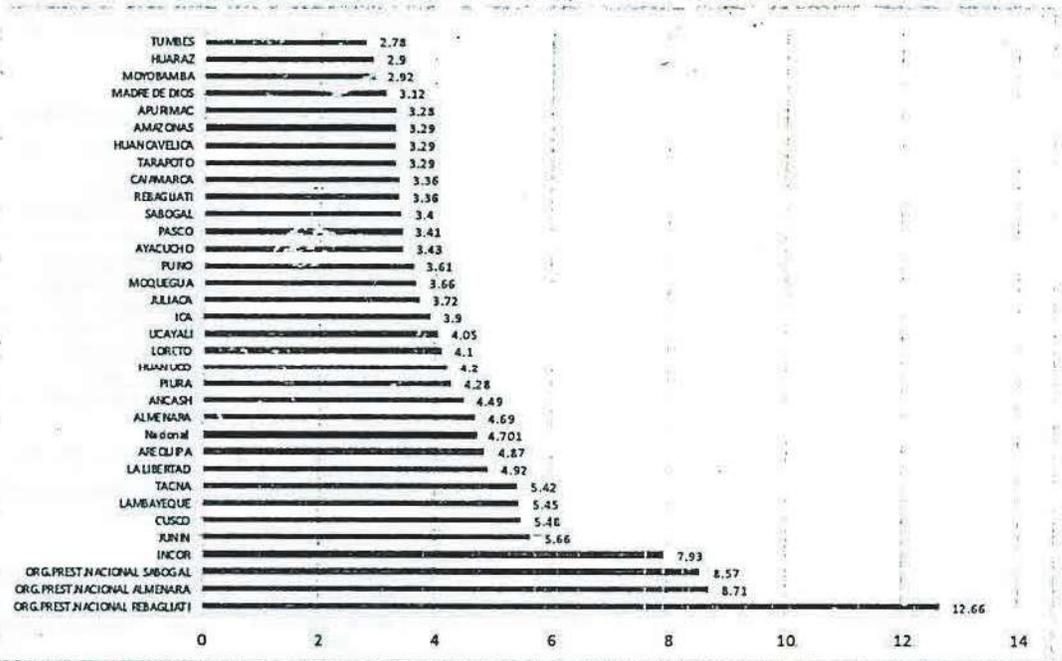
Fuente: Reportes de los responsables de cada uno de los Indicadores. Información consignada en el Informe

Como se puede apreciar en la tabla N° 2 no se ha reportado meta del indicador del Objetivo Estratégico 01; Índice de satisfacción general, por cuanto no se viene midiendo y para el año 2018 se ha previsto la aplicación de las Encuestas de Satisfacción a los asegurados y usuarios de las IPRESS de EsSalud, la misma que será usada para construir la línea basal sobre la que se medirá los resultados correspondientes al período 2019 – 2021.



Con respecto a los indicadores que se consignan en el objetivo estratégico 02, se debe mencionar que el indicador de Estancia Hospitalaria, no alcanzó la meta programada que era de 4.7 días y llegó a 5.39 días, sin embargo, al realizar el análisis por redes asistenciales se puede mostrar que un gran número de ellas, cumplió la meta tal como se muestra en la gráfica siguiente:

Gráfica N° 01 Días de Estancia Hospitalaria por Red Asistencial Año 2017



Fuente: Gerencia Central de Operaciones

De acuerdo a lo reportado por la Gerencia Central de Operaciones, sólo 23 redes asistenciales alcanzaron la meta en el indicador menor al estándar propuesto, sin embargo, las Redes Asistenciales con IPRESS de mayor nivel de complejidad, presentaron períodos de estancia mayores, resultados que ha sido observado por la misma Gerencia, por lo que consideran necesario reformular el estándar de Estancia Hospitalaria aprobado (valor único), atendiendo los niveles de complejidad de las IPRESS (valores acordes a los niveles de complejidad).

La información de la meta del indicador se corrobora con la producción de los egresos hospitalarios y la sumatoria de los días de estancia en hospitalización en el periodo de análisis, teniendo más días de estancia de los programados.

Tabla N° 03 Programación de los Días de Estancia hospitalaria

| Detalle | Programado a 2017 | Ejecutado a 2017 |
|--|-------------------|------------------|
| Egresos de Hospitalización en el mismo período (real) | 534,411 | 534,411 |
| Sumatoria de los días de estancia en hospitalización en un período | 2,511,733 | 2,832,380 |

Fuente: Gerencia Central de Operaciones (GCOP)



Con respecto al indicador, Diferimiento de Citas en consulta externa, no se cumplió con la meta programada que era de 11 días, a pesar del trabajo desplegado en las redes asistenciales se llegó a 13 días, lo cual amerita que se implementen estrategias para cumplir con la meta contenida en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021. Esta información de acuerdo a lo que se consigna en los informes recepcionados, es generada por el SICG (sólo 217 establecimientos con Sistema SGH) se detalla el tiempo de espera por establecimiento y a nivel nacional un promedio de 13 días.

En lo que se refiere al indicador, tiempo de espera quirúrgico, se alcanzó la meta con 60.95 días, superando el 100% de la meta programada, para ello el comportamiento de las variables que componen dicho indicador, alcanzaron valores considerables, precisando que se encuentran registrados únicamente 62 376 pacientes con aptitud (17.92%) de los cerca de 348 133 intervenciones quirúrgicas realizadas durante el año 2017. Esto se debe a una fragmentación de los sistemas informáticos y fallas en el registro de datos por parte del área operativa.

En lo que se refiere al objetivo estratégico 03, el indicador: Gastos operativos/ Ingresos, se logró alcanzar una meta de 97.7 %, en base a la información reportada por la Gerencia de Presupuesto. Los gastos operativos comprenden: combustibles, tarifas de servicios públicos, honorarios profesionales, publicidad y publicaciones, y seguros entre otros.



Tabla N° 04 Resultados del Indicador Gastos Operativos/ Ingresos

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|---|-----------------|----------------|
| Egresos Operativos + Transferencias Netas (S/. M.M) | 10,317,964,240 | 10,181,466,009 |
| Ingresos Totales (S/. MM) | 10,422,186,101 | 10,422,186,101 |
| Gastos operativos/Ingresos | 99% | 97.7% |
| % de cumplimiento de la meta | | 100% |

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – (GCPP).



Con respecto a los indicadores de las acciones estratégicas, a continuación, se señalan por cada objetivo:

Objetivo Estratégico Institucional 01: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados

Tabla N° 05 Resultados de los Indicadores de las Acciones Estratégicas Del Objetivo 01.

| ACCIÓN ESTRATÉGICA | INDICADOR | LÍNEA BASE | META PROGRAMADA | EJECUTADO | RESPONSABLES |
|--------------------|--|------------|-----------------|-----------|--|
| | | 2016 | 2017 | 2017 | |
| | Conclusión de solicitudes dentro del plazo. | 69.3% | 95% | 87.82% | Gerencia Central de Atención al Asegurado |
| | Usuarios que comunican un problema en el servicio | 11% | 15% | 0% | Gerencia Central de Atención al Asegurado |
| | Eventos centinela gestionados a tiempo. | N.D. | 60% | 13% | Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización |
| | Pacientes correctamente identificados según directiva vigente | N.D. | Implementación | 90% | Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización |
| | Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente. | 1,659 | 1,825 | 1561 | Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad |
| | Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral | N.D. | Basal | 9.78% | Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad |
| | Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas Médicas en Primer Nivel) | 41.4% | 42% | 41.31% | Gerencia Central de Operaciones |
| | Tasa de hospitalizaciones evitables | N.D. | Basal | 2.27% | Gerencia Central de Prestaciones de Salud |

Fuente: Reportes de los responsables de cada uno de los Indicadores. Información consignada en el Informe

Los indicadores consignados en las acciones del primer objetivo estratégico, siete de ellos muestran un avance siendo dos de ellos que tienen un avance significativo, sin embargo, las otras metas de los indicadores un avance regular, lo que significa que se deben establecer estrategias para la consecución de la meta programada.

Con relación al indicador Conclusión de solicitudes dentro del plazo, la reducción del tiempo promedio de atención del total de solicitudes pasó de 24.8 a 7.7 días hábiles, respecto al ejercicio 2016, lo que se sustenta en una reducción de tiempos en todos los tipos de atención, siendo las solicitudes de tipo "Requerimientos" las que evidencian una reducción mayor, pasando de 10.1 a 1.6 días hábiles, seguida de las "Consultas", que pasaron de ser atendidas de 9.1 a 2 días hábiles en promedio. El seguimiento que viene realizando la Gerencia Central de Atención al Asegurado para lograr un mejor desempeño de las IPRESS y OSPES, es que mensualmente emiten un informe sobre la situación y avances ejecutados.

Tabla N° 06: % de Conclusión de solicitudes dentro del plazo.

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|---|-----------------|----------------|
| Solicitudes concluidas en plazo | 152 080 | 126 874 |
| Solicitudes registradas válidas | 147 188 | 147 188 |
| Solicitudes en trámite en plazo | 2 712 | 2 712 |
| % de solicitudes concluidas en el plazo | 95% | 88% |
| % de cumplimiento de la meta | | 92.6% |

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado (GCAA)



Los establecimientos de salud del Primer Nivel que han obtenido el 100% de conclusión de las solicitudes registradas en el plazo establecido son los siguientes:

Tabla N° 07: Relación de establecimientos de salud que Registran 100% de conclusión de solicitudes dentro del plazo.

| Nombre de la Red Asistencial | Nombre del Centro |
|------------------------------|----------------------------------|
| Red Asistencial Apurímac | CAP II Chalhuanca |
| Red Asistencial Apurímac | CAP II Chinchero |
| Red Asistencial Ayacucho | PM Cangallo |
| Red Asistencial Ayacucho | CAP I Huancasancos |
| Red Asistencial Ayacucho | PM San Francisco |
| Red Asistencial Ayacucho | PM Vilcashuaman |
| Red Asistencial Cusco | CM Urcos |
| Red Asistencial Ica | CAP III Macacona |
| Red Asistencial Ica | PM San Clemente |
| Red Asistencial Juliaca | Policlínico Azángaro |
| Red Asistencial Loreto | CAP II Caballococha |
| Red Asistencial Loreto | CAP II Requena |
| Red Asistencial Loreto | CAP III Punchana |
| Red Asistencial Loreto | CAP II San Juan Bautista |
| Red Asistencial Loreto | PM San Antonio del Estrecho |
| Red Asistencia Piura | CAP III Castilla |
| Red Asistencial Piura | CM Leoncio Amaya Tume – La Unión |
| Red Asistencial Tumbes | PM La Cruz |
| Red Asistencial Tumbes | PM Zorritos |
| Red Asistencial Ucayali | PM Atalaya |
| Red Asistencial Ucayali | CAP I Manantay |

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado (GCAA)

El indicador Usuarios que comunican un problema en el servicio, no mostro avance durante el año 2017, sin embargo, de acuerdo a lo que manifiesta la Gerencia de Atención al Asegurado, para el año 2018, se elaborará la línea base a través de la aplicación de encuestas de satisfacción, aplicadas a los asegurados y usuarios de EsSalud, para luego medir su evolución para los años 2019 - 2021.

El indicador, Eventos centinela gestionados a tiempo, se realizaron oportunamente 14 eventos centinelas de los 106 eventos centinela registrados, lo que muestra una meta cumplida de sólo el 13% de ejecución. Para ello durante el año 2017 se realizaron capacitaciones a las redes asistenciales y órganos desconcentrados en gestión del riesgo, siendo las más importantes las reuniones macrorregionales. Entre los temas considerados estuvieron el uso del REGINCIAD y la metodología de gestión de riesgos a seguir.

Tabla N° 08: Reuniones macro regionales realizadas

| Macrorregional | Redes asistenciales y prestacionales | Fecha de realización | Número de participantes |
|----------------|---|---------------------------|-------------------------|
| LIMA | Lima, Huaraz, Ancash, Ica y Madre de Dios | 19-23 Junio del 2017 | 200 |
| CENTRO | Pasco, Junín, Huánuco, Huancavelica, Ayacucho | 15-19 mayo del 2017 | 91 |
| SUR | Moquegua, Arequipa, Tacna, Cusco, Puno, Juliaca, Apurímac | 22-26 de mayo del 2017 | 120 |
| ORIENTE | Tarapoto, Loreto, Moyobamba, Amazonas y Ucayali | 22-25 de agosto del 2017 | 100 |
| NORTE | Lambayeque, Tumbes, Piura, Cajamarca, Ancash, La Libertad | 10-13 de octubre del 2017 | 215 |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización



También se realizaron asistencias técnicas, especialmente dirigidas a subsanar el componente de acceso a la solución informática y al alta de nuevos usuarios.

Como estrategia para mejorar el registro y gestión de eventos adversos, se logró incrementar la base de usuarios (personal asistencial) para el registro de los eventos centinela; para dicho efecto en la sede central, se ha discriminado y reasignado la tarea referida a las altas y bajas de usuarios del REGINCIAD.

En cuanto al indicador, Pacientes correctamente identificados según directiva vigente, se alcanzó una meta de 67 338 pacientes mediante brazaletes, representando el 90% del total de pacientes hospitalizados en los servicios de medicina, pediatría y cirugía, todo esto se realizó en el marco de lo establecido en la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013 "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del paciente".

A fin de dar confiabilidad a la información extraída del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad, se solicitó la validación del gerente/director de cada Red Asistencial, Red Prestacional u Órganos Prestadores Nacionales responsable de producir dicha información, a través de su área operativa e ingresada al sistema por jefe del área de calidad.

A nivel de IPRESS aún existen siete (07) que no reportan el indicador "Pacientes correctamente identificados según directiva vigente" a través del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad, y a nivel de red, existen dos (02) de 32 redes asistencial que no reportaron.

El indicador, Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente, se llegó a 1 561 personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS, mencionando que a través de las Unidades Operativas de Rehabilitación Profesional en los 4 Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y los 13 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), se desarrollaron los procesos de rehabilitación profesional y rehabilitación social de carácter formativo integral, dirigido a la población asegurada con discapacidad, de 7 a 70 años de edad, con énfasis en el aspecto educativo, social y laboral; que les permita su integración, mantenimiento y promoción en un empleo dependiente e independiente. Cabe precisar que el proceso de rehabilitación profesional y social, tienen procesos interrelacionados entre sí, centrados en la persona, familia y entorno.

Se han realizado encuentros laborales, Apostando por tu talento, a través de convocatorias masivas de empresas de prestigio como CENCOSUD, enviando a los usuarios a que postulen. En estas acciones que se presentan a los usuarios, no hubo significativa inserción laboral.



Tabla N° 09: % de asegurados con discapacidad que fueron integrados laboralmente

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|---|-----------------|----------------|
| Número de asegurados con discapacidad integrados laboralmente (requerido en la meta). | 1825 | 1561 |
| % de asegurados integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional | 100% | No cumplió |
| % de cumplimiento de la meta | | 0% |

Fuente: Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad (GCPAMyPCD).

El indicador, Adultos Mayores beneficiados con atención integral se registra que cerca de 8 347 adultos mayores recibieron atención integral, información que es la línea basal con un 10% del total de adultos mayores inscritos (85 348), en el marco de la normativa de "Organización y Articulación de las Prestaciones sociales y Prestaciones Sanitarias para la Atención Integral Sanitaria de la Población Asegurada Vulnerable en EsSalud", aprobada con Resolución N° 397-GG-ESSALUD 2016, que beneficia y fortalece el primer nivel de atención. Para fortalecer las capacidades del personal asistencial, de esta manera se direcciona los esfuerzos en el cumplimiento del indicador, se desarrollaron las siguientes acciones: i) Taller nacional de implementación de la Directiva de articulación sociosanitaria, ii) Operativización de la articulación sociosanitaria y iii) Programa de Telegerontología.

El indicador Grado de resolutivez del primer nivel, alcanzo para el año 2017 fue de 41,3%, ello significa 0.7% inferior a la meta establecida.

Tabla N° 10: Grado de resolutivez del primer nivel de atención

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|---|-----------------|----------------|
| Número total de consultas médicas realizadas | 20,573,732 | 20,573,732 |
| Número de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado | 8,640,967 | 8,498,739 |
| % Grado de Resolutivez | 42% | 41,3% |
| % de cumplimiento de la meta | | 98% |

Fuente: Gerencia Central de Operaciones (GCOP).

El indicador, Tasa de hospitalizaciones evitables, a diciembre de 2017, alcanzó un valor de 2,27% considerando los diagnósticos de egresos de las condiciones priorizada. Se ha identificado 11 046 registros de hospitalizaciones bajo los diagnósticos considerados como evitables a nivel nacional.

Tabla N° 11: Tasa de hospitalizaciones evitables.

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|--|-----------------|----------------|
| N° de Egresos | — | 487,436 |
| N° de hospitalizaciones evitables por diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas del corazón, TBC y enfermedades inmunoprevenibles en un periodo | — | 11,046 |
| Tasa de hospitalizaciones evitables | Basal | 2,27% |
| % de cumplimiento de la meta | | 100% |

Fuente: Gerente de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.



Objetivo Estratégico Institucional 02: Desarrollar una gestión con excelencia operativa

Tabla N° 12 Resultados de los Indicadores de las Acciones Estratégicas Del Objetivo 02.

| ACCIÓN ESTRATÉGICA | INDICADOR | LINEA BASE | META PROGRAMADA | EJECUTADO | RESPONSABLES |
|--|--|------------|-----------------|-------------------------|---|
| | | 2016 | 2017 | 2017 | |
| | Disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos. | N.D. | 20% | 0.00% | Gerencia Central de Proyectos de Inversión |
| | Cobertura de puestos laborales activos a Nivel Nacional. | N.D. | 95% | 95.29% | Gerencia Central de Gestión de las Personas. |
| | Ítems de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) | < 10% | 10% | NO CONSIGNA INFORMACIÓN | Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos |
| AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales. | Sistemas integrados de gestión institucional. | 0% | 5% | 9.09% | Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones |

Fuente: Reportes de los responsables de cada uno de los indicadores. Información consignada en el Informe

El indicador, Disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos, no muestra avance, por cuanto se está en proceso de implementación de los mecanismos de medición de este indicador, por lo que la Gerencia Central de Proyectos de Inversión responsable, solicitará la reprogramación de la meta para el año 2018.

En cuanto al indicador Cobertura de puestos laborales a nivel nacional, se logró la cobertura de 57 013 (98.3%) de las plazas activas de los Regímenes Laborales 276, 728, residentes, serumistas, internistas, practicantes y CAS.

Tabla N° 13: Cobertura de puestos laborales a nivel nacional

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|---|-----------------|----------------|
| Número de plazas a nivel nacional cubiertas | 56 840 | 57 013 |
| Total de plazas a nivel nacional activas | 59 832 | 59 832 |
| % de cobertura de puestos laborales | 95% | 95.29% |
| % de cumplimiento de la meta | | 100% |

Fuente: Gerencia Central de las Personas (GCP)

Para el indicador, Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes), no se recibió información del área responsable.

El indicador, porcentaje de sistemas integrales de gestión institucional, sólo se ha implementado dos (2) Sistemas claves integrados de las 22 que tenemos en la institución, representando un avance del 9%.

Los procesos claves son aplicaciones que tienen alto impacto en las operaciones actuales, hacen que todo el proceso productivo sea más



eficiente, por lo que, en el mes de junio 2017, la Gerencia Central de Tecnología de la Información y Comunicaciones, clasificó el posicionamiento de los sistemas en Estratégicos Alto potencial y Claves que para este objetivo.

Tabla N° 14: Implementación de Sistemas Claves Integrados

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|---|-----------------|----------------|
| Total de Sistemas claves de la Institución | 22 | 22 |
| Sistemas claves Integrados Implementados | 1 | 2 |
| % de Sistemas integrados (cumplimiento de la meta) | 5 % | 9 % |
| % de cumplimiento de la meta | | 100% |

Fuente: Gerencia Central de Tecnologías de la Información - GCTIC

Objetivo Estratégico Institucional 03: Brindar servicios sostenibles financieramente.

Tabla N° 15 Resultados de los Indicadores de las Acciones Estratégicas Del Objetivo 03.

| ACCIÓN ESTRATÉGICA | INDICADOR | LINEA BASE | META PROGRAMADA | EJECUTADO | RESPONSABLES |
|--------------------|---|------------|-----------------|-----------|--|
| | | 2016 | 2017 | 2017 | |
| | Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado | N.D. | 5% | 0.26% | Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto |
| | Déficit del Presupuesto institucional | 1.23% | 5.00% | 0.58% | Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto |

Fuente: Reportes de cada uno de los Indicadores. Información consignada en el Informe

Con respecto al indicador, Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado, de acuerdo a los reportes establecidos, se implementó en un (1) establecimiento de salud el sistema de costos que contempla costos unitarios y costos por actividad médica, el cual representa el 0.26% de ejecución.

Tabla N° 16: Establecimientos de Salud propios con Sistema de Costos Implementado (C.U. + C.actv. médica)

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|---|-----------------|----------------|
| Número de Establecimientos propios con Sistema de Costos Implementado | 19 | 1 |
| Total de Establecimientos propios | 381 | 381 |
| % de Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado | 5.0% | 0.26% |
| % de cumplimiento de la meta | | 5% |

Fuente: Gerencia de Presupuesto – (GCPP).

El indicador, Porcentaje de déficit del presupuesto, el valor que informa la Gerencia de Presupuesto es que se alcanzó el 0.58%. El comportamiento de los Ingresos y Egresos totales de ESSALUD al cuarto trimestre 2017 arrojaron un déficit ascendente a S/ 60.8 MM, como resultado de la menor captación de ingresos (S/ -191.3 MM), así como por la menor ejecución de



gastos operativos programados (S/ -119.4 MM) y de gastos de capital (S/ -334.6 MM).

Tabla N° 17: Déficit del presupuesto

| Detalle | Programado 2017 | Ejecutado 2017 |
|---------------------------------------|-----------------|----------------|
| Egresos totales | 10 943 295 410 | 10 482 975 072 |
| Ingresos totales | 10 422 186 101 | 10 422 186 101 |
| Porcentaje de déficit del presupuesto | 5% | 0.58% |
| % de cumplimiento de la meta | | 100% |

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – (GCPP).

Objetivo Estratégico Institucional 04: Promover una gestión con ética y transparencia.

Tabla N° 18 Resultados de los Indicadores de las Acciones Estratégicas Del Objetivo 04.

| ACCIÓN ESTRATÉGICA | INDICADOR | LINEA BASE | META PROGRAMADA | EJECUTADO | RESPONSABLES |
|--------------------|--|------------|--|-------------------------|--|
| | | 2016 | 2017 | 2017 | |
| | Ausentismo laboral | N.D. | Basal | NO CONSIGNA INFORMACIÓN | Gerencia Central de Gestión de las Personas. |
| | Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño | N.D. | Modelos, normas de aplicación y formatos | 0% | Gerencia Central de Gestión de las Personas. |
| | Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1,000 Colaboradores Internos | N.D. | Diseño del Programa | 0% | Gerencia Central de Gestión de las Personas. |
| | Índice de Prevención de la corrupción | N.D. | 10% | 87.10% | Secretaría General |
| | Índice de Respuesta frente a la corrupción | N.D. | 10% | 3.00% | Secretaría General |

Fuente: Reportes de cada uno de los Indicadores. Información consignada en el Informe

Respecto al nivel de cumplimiento del indicador de Ausentismo laboral, el área responsable no envió información al respecto por lo que no se precisa el avance del mismo.

En lo relativo al indicador, Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño, el nivel de cumplimiento no registra información, por cuanto el área responsable envió información sobre las coordinaciones con SERVIR sobre un plan del trabajo para el 2018, pero todavía no se cuenta con los modelos y normas de aplicación.

Respecto al indicador, Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1 000 colaboradores internos, por el nivel de cumplimiento del indicador no han realizado ninguna actividad, por sobrecarga laboral, por lo que es cero su avance.



El indicador, Índice de prevención de la corrupción (IPC), cumplió con la meta programada, logrando una ejecución de 87.1% que es mayor de la meta programada Las Redes de Apurímac, Amazonas, Arequipa, Cusco, Huancavelica, Juliaca, Junín, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Pasco, Piura, Tacna y Ucayali no han implementado la respuesta oportuna a las solicitudes de acceso a la información recibidas. Por otro lado, las Gerencias Centrales de Asesoría Jurídica y de Gestión de las Personas presentan dificultades para mantener actualizado la publicación efectuada en el portal de transparencia.

El indicador, Índice de respuesta frente a la corrupción (IRC) en el año 2017, los órganos comprometidos en el logro de la meta, alcanzaron en promedio el 3%. En general, todos los órganos comprometidos no han logrado implementar los mecanismos de respuesta frente a la corrupción que se indican en las variables identificadas para este indicador; destacan los siguientes establecimientos de salud: HN Edgardo Rebagliati y las Redes Asistenciales de Cajamarca, Apurímac, Madre de Dios, Junín, Huánuco y Moyobamba.

IV. PRINCIPALES LOGROS POR OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

Objetivo Estratégico Institucional 01: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.



- Reducción del tiempo promedio de atención del total de solicitudes registradas, de 24.8 a 7.7 días hábiles, respecto al ejercicio 2016; siendo significativo en la atención de solicitudes de tipo "Requerimientos", de 10.1 a 1.6 días hábiles, seguida de las "Consultas", que se reduce de 9.1 a 2 días hábiles en promedio.



- Es importante conocer y registrar los eventos centinelas, utilizando de manera más eficiente los aplicativos como el REGINCIAD, se ha incrementado la base de usuarios habilitados y de registros efectuados; de 20 registros en el 2016, se logró incrementar hasta 106 en el 2017. Es un primer avance en la generación de una cultura de gestión del riesgo, pues la identificación, reconocimiento y sinceramiento de los eventos centinela son el primer paso hacia su superación.



- Se ha conseguido que el 60% de personas con discapacidad usuarios de CERPS y MBRPS se han integrado laboralmente, del 74% de los usuarios insertados laboralmente trabajan en una empresa y el 26% son emprendedores, 403 usuarios de los CERPS y MBRPS han iniciado un negocio propio en el 2017.
- Se han realizado acciones para articular las prestaciones sociales con las prestaciones sanitarias, por lo que ha desarrollado acciones de carácter preventivo –promocionales dentro de los CAM, cuyo resultado obtenido es del 10% de demanda de las personas adulta mayor.

Objetivo Estratégico Institucional 02: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

- Nuestra Institución preocupada por resolver tres problemas que aquejan año a año ha planteado el compromiso a través de sus diferentes Gerencias a Nivel Nacional, el de reducir la Estancia Hospitalaria, disminuir el Diferimiento de citas, así como el Tiempo de Espera Quirúrgico. Los tres indicadores están relacionados con la Capacidad Operativa, Resolutiva y el tener el suficiente número de especialistas médicos como también personal de diferentes grupos ocupacionales en los diferentes Establecimientos de Salud.
- Siendo conscientes que tenemos un sistema informático fragmentado, se ha realizado los esfuerzos para desarrollar el Sistema Integrado de Gestión de Incapacidades (SIGI) el cual se encuentra integrado al 100%, con el Sistema Integral de Administración Documentaria (SIAD), a través de la interface desarrollada para generar un Nit automático para que el asegurado pueda hacer seguimiento de su trámite.

Objetivo Estratégico Institucional 03: Brindar servicios sostenibles financieramente.

- Contar con una adecuada asignación de fondos, siendo pertinente que los diferentes establecimientos de salud tengan implementado el nuevo Sistema de Costos, a la fecha solo se ha desarrollado un Plan piloto del Hospital Nacional Almendra, que cuenta con sistema de costo por actividad médica, realizando 571 procedimientos ejecutados hasta el momento, además se ha diseñado módulos de aplicativos (Web, Excel) para la implementación del Sistema de Costos Integrado NSISCOS, a través del uso de estas herramientas para la capacitación del personal.
- Se realizó la asistencia técnica in situ, de acuerdo a requerimiento del Sistema de Costos Integrado NSISCOS a las Redes Asistenciales de Piura, Lambayeque, Ancash, Huaraz, Junín, Moquegua, Huancavelica, Ayacucho, Amazonas, Puno, Juliaca y Ucayali.
- Se elaboró y difundió el Presupuesto Desagregado por fondos financieros, rubros genéricos y específicos de gastos, para fines de una correcta ejecución de las Unidades Ejecutoras responsables, mediante Cartas Circulares N°s 011 y 012-GCPP-ESSALUD-2017.
- Inicio del proyecto en el que existe un módulo en el que se incluye un atributo adicional que es la "Certificación Presupuestal" al ciclo de compra, con este dato el área de Logística iniciará el proceso de compras de bienes y servicios, lo que permitirá perfeccionar el seguimiento del uso de los recursos presupuestales asignados a las unidades operativas centralizadas y descentralizadas.



Objetivo Estratégico Institucional 04: Promover una gestión con ética y transparencia.

- La Institución se ha comprometido en luchar contra la corrupción, fomentando los valores en sus colaboradores, en su componente principal como es su recurso humano. Para lo cual se ha designado a los funcionarios responsables¹ de atender las solicitudes de acceso a la información pública en el ámbito de competencia de los órganos del nivel central y desconcentrado.
En ese marco, la Oficina de Integridad, como administrador del aplicativo "Registro de Solicitudes de Acceso a la Información Pública – RSAIP", supervisa que los 91 órganos cumplan con la citada atención a través de los funcionarios responsables.
- Mantener informado a nuestros asegurados, se está haciendo el seguimiento a la actualización del Portal de Transparencia Estándar del Seguro Social de Salud – EsSalud, a través de la información que deben brindar por el web info de los nueve órganos encargados.
- Se ha incentivado la comunicación de las modalidades para presentar denuncias por presuntos actos de corrupción, que se pone a disposición de los usuarios y los ciudadanos, siendo los siguientes: i) a través del botón de denuncias sobre presuntos actos de corrupción, disponible en: <http://www.EsSalud.gob.pe/>, ii) a través de la Mesa de Partes del Seguro Social de Salud – EsSalud ubicado en el segundo piso del Edificio Lima y iii) en el Despacho de la Oficina de Integridad ubicado en el tercer piso del Edificio Lima.



¹ Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 328-PE-ESSALUD-2015 y su modificatoria con Resolución N° 400-PE-ESSALUD-2017

V. PRINCIPALES DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES

Objetivo Estratégico Institucional 01: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

Indicador: Índice de Satisfacción General

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|---|--|
| <p>Reclamos de los usuarios sobre manipulación de las Encuestas ubicadas en la plataforma (front office) de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas – OSPES.</p> <p>Disponibilidad de información estructurada de las atenciones en las OSPES</p> <p>Las actividades aprobadas en el Plan Operativo Institucional 2017 no son tomadas en cuenta durante el proceso presupuestal institucional; por lo que resultan sin presupuesto y sin inclusión en el PAC institucional.</p> <p>Ausencia de valores basales sobre medición de la satisfacción, porque no existen antecedentes de este tipo de encuestas realizada por EsSalud.</p> <p>Perfil del personal de atención al asegurado que no es idóneo.</p> | <p>Incorporar el Perfil de personal de atención al Asegurado en el Manual de Perfiles y Puestos, que considere como mínimo lo siguiente: empatía, conocimientos y experiencia en atención al público</p> |

Indicador: Eventos centinela gestionados a tiempo

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|--|
| <p>Ausencia de una norma institucional que sustente de manera permanente el funcionamiento del REGINCIAD, este aplicativo web se encuentra operativo en la institución desde junio del 2014 y se sustenta legalmente mediante Carta Circular N° 03-DA-ESSALUD-2011,</p> <p>Considerar al REGINCIAD como única fuente de información, la ficha técnica del indicador "Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo", se encontró que en el 2017 reportó 37 muertes de madres, entre gestantes y puérperas, aseguradas en ESSALUD, de las cuales sólo 8 estaban registradas en el REGINCIAD.</p> | <p>Incremento del nivel de eventos centinelas gestionados e ingresados al REGINCIAD, que, en el año 2017, el 13.2% del total de eventos centinela se reportaron a través de este aplicativo web. Las Redes deberán ir superando el 6% de notificaciones en el REGINCIAD respecto al total de sus egresos</p> |

Indicador: Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|--|
| <p>Inclusión prioritaria del insumo en el PAC institucional, tomando en cuentas las metas planteadas por las IPRESS y evitar generar desabastecimiento.</p> <p>Diferencias en la definición del indicador "porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente".</p> | <p>La Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención realice el seguimiento correspondiente.</p> <p>Modificar el indicador que está consignado en el PEI para lo cual se debe modificar el PEI.</p> <p>la directiva "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente", se requiere uniformizar definiciones, criterios de registro y reporte, para obtener datos válidos y confiables.</p> |



Indicador: Adultos mayores beneficiados con atención integral en los Centros de Adulto Mayor.

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|--|
| <p>Dificultad para comprender la metodología de la articulación del personal de las Redes Asistenciales. Poco interés de algunas Gerencias de las Redes Asistenciales en la operativización de la articulación socio-sanitaria, priorizando las atenciones hospital-céntricas.</p> | <p>Incorporación de especialistas en medicina familiar al equipo de trabajo de la Sub Gerencia de Protección del Adulto Mayor, con enfoque integral y centrado en las personas para apoyar el desarrollo de las atenciones socio-sanitarias dentro de los CAM.</p> <p>Interés de algunos Gerentes de Red (Arequipa, Cusco, Lambayeque, Tacna, Huaraz, Cajamarca, Huánuco, Almenara y Rebagliati) por desarrollar la articulación socio-sanitaria, en el marco del cumplimiento de los Objetivos Estratégicos Institucionales.</p> <p>Aliados estratégicos: Colegio Médico del Perú y CENATE, Hospital Perú, quienes, de acuerdo a sus objetivos.</p> |

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

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|---|
| <p>Falta de derivación de asegurados con discapacidad.</p> <p>Aprobación tardía del presupuesto.</p> <p>Fenómeno del Niño: Esto ha repercutido de forma negativa en la afluencia de los usuarios a estos Centros, como en la operatividad de las instalaciones.</p> <p>Baja certificación de discapacidad: No se cuenta con un proceso establecido a nivel institucional que permita la certificación de los usuarios.</p> <p>Falta de recursos humanos.</p> <p>Falta de material de evaluación psicológica.</p> | <p>Mejorar en la velocidad de los procesos de adquisiciones y ejecución de los presupuestos.</p> <p>Mejorar la ejecución de presupuestos destinados a la optimización de la infraestructura del MBRPS.</p> <p>Difusión y articulación de los acuerdos de gestión destinados a la derivación de las personas con discapacidad.</p> <p>Capacitación del Personal en formas alternativas de lenguaje y comunicación.</p> |



Indicador: Grado de Resolutividad del Primer Nivel de Atención

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|---|--|
| <p>Es necesario integrar la información de atenciones en consulta externa que se realizan a través de mecanismos como Intercambio Prestacional, mediante el cual nuestros asegurados acceden a atenciones en el primer nivel en IPRESS extra institucionales.</p> | <p>Dotación priorizada de personal asistencial a las IPRESS del Primer Nivel de Atención completando los equipos asistenciales básicos por la modalidad de SERUMS y contratación de personal por CAS (Convocatoria Nacional 2018).</p> <p>Dotación de equipamiento en relación a las especialidades con las que cuenta el primer nivel de atención a fin de disminuir las referencias innecesarias al segundo y tercer nivel.</p> <p>Mejorar la capacidad para atención de urgencias en el primer nivel de atención.</p> |



Indicador: Tasa de hospitalizaciones evitables.

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|--|
| <p>Debilidad del primer nivel de atención, por lo que es importante su fortalecimiento a fin de que permita un mejor acceso a los asegurados y permita incrementar la calidad a fin de minimizar y mitigar los daños agudos y prevenir las complicaciones de las enfermedades crónicas.</p> <p>Falta de articulación oportuna y efectiva entre el Primer Nivel de Atención y los siguientes niveles de mayor capacidad resolutoria (II y III Nivel).</p> | <p>Disminuir el diferimiento de citas puede constituir en una oportunidad para lograr el abordaje más temprano de los daños a los asegurados y derechohabientes.</p> <p>Las intervenciones de fortalecimiento del Primer nivel de Atención han demostrado ser costo-efectivas pues es la puerta de entrada al sistema de salud y es donde aún se puede fomentar hábitos de vida saludables y detectar los riesgos para la salud del asegurado y derechohabiente.</p> |

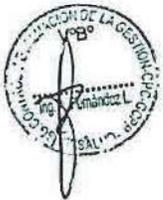
Objetivo Estratégico Institucional 02: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

Indicador: Estancia Hospitalaria

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|---|--|
| <p>Las Redes Asistenciales con IPRESS de mayor nivel de complejidad, presentaron períodos de estancia hospitalaria mayores.</p> | <p>Mejorar el abastecimiento de Bienes Estratégicos a las IPRESS de las Redes Prestacionales/ Asistenciales a nivel nacional.</p> <p>Gestionar eficientemente la dotación y programación de los recursos humanos para la ejecución de las prestaciones.</p> <p>Implementar y aplicar la normatividad vigente de Hospitalización y supervisar las acciones por parte de los Comités de Hospitalización en las IPRESS correspondientes.</p> <p>Cumplimiento del otorgamiento de altas e ingresos las 24 horas y de lunes a Domingo.</p> <p>Ampliación y/o habilitación en algunas IPRESS de camas hospitalarias.</p> |

Indicador: Diferimiento de citas

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|---|
| <p>No se respeta el cumplimiento de la programación asistencial, así mismo la falta de seguimiento y control por parte de la alta dirección.</p> | <p>Mejorar la programación asistencial, para lo cual se debe disminuir los casos de retraso en la entrega o pérdida de historias clínicas o documentación conexas.</p> <p>Mejorar los procesos de interconsulta a otras especialidades.</p> <p>Disminuir los tiempos de entrega de resultados de laboratorio o imagenología y garantizar el cumplimiento de los horarios de atención establecidos.</p> <p>Mejorar los flujos y procesos de atención a través de rutas o vías clínicas.</p> <p>Establecer oportunidad de citas según nivel de complejidad.</p> |



Indicador: Tiempo de Espera Quirúrgico

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|--|
| <p>Se enfoca sólo en el tiempo de espera de pacientes que ya han sido intervenidos quirúrgicamente,</p> <p>Al realizar la gestión de la Lista Única de Oportunidad Quirúrgica (LUOQx), se halló que un gran porcentaje de pacientes registrados en Centro Quirúrgico tenían una fecha de aptitud más próxima a su intervención que los pacientes registrados en la LUOQx.</p> <p>Fragmentación de los sistemas informáticos y fallas en el registro de datos por parte del área operativa.</p> <p>El tiempo de espera quirúrgico, de acuerdo a la Lista Única de Oportunidad Quirúrgica al 31 de diciembre del 2017, es de 89 días a nivel nacional. Al retirar a los Hospitales Nacionales (Almenara, Rebagliati y Sabogal), el tiempo de espera se reduce a 59 días.</p> | <p>Contabilizar a todos los pacientes que fueron operados, y sin discriminar a aquellos que, habiendo recibido la aptitud por parte de anestesiología, para saber realmente que tiempo continúan esperando su intervención quirúrgica.</p> <p>Revisar mediante protocolo el registro de las áreas usuarias, ya que al realizar los cruces de datos entre Centro Quirúrgico y MOPRI, se encuentra que menos del 20% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente tienen la aptitud anestesiológica registrada en el sistema informático.</p> <p>Cada centro asistencial a nivel nacional debería administrar de manera uniforme e integrada su sistema informático. Que exista un centro de consolidación de datos automatizado, por lo que toda la información debe ser enviada de manera manual a la sede central para su análisis</p> |

Indicador: Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional.

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|---|
| <p>La lentitud en los tiempos de respuesta de las interfaces de enlace entre los sistemas, motivada por la demanda del ancho de banda en lugares alejados de las ciudades principales de la República.</p> | <p>La disponibilidad oportuna de información del asegurado, que requiere procesos alternos de verificación.</p> |

Objetivo Estratégico Institucional 03: Brindar servicios sostenibles financieramente.

Indicador: Déficit del presupuesto institucional

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|---|
| <p>FONAFE no aprueba la Propuesta de PIM 2017 de ESSALUD.</p> <p>Oficio N° 123-2017/GPE- FONAFE de fecha 21 de diciembre de 2017. FONAFE comunica la no atención a la solicitud de modificación presupuestal de ESSALUD.</p> | <p>La Gerencia de Presupuesto ha puesto en marcha un proyecto para optimizar y potenciar los procesos presupuestales que se realizan en el Módulo de Presupuesto / SAP-FM,</p> <p>Mejora del control de disponibilidad presupuestal por tipo de compra de material estratégico.</p> <p>Mayor desagregación de fondos financieros para una mejor identificación de la compra de bienes estratégicos según modalidad.</p> <p>Optimización de procesos presupuestales en SAP-FM.</p> |



Indicador: Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado

| Principales dificultades | Oportunidades de Mejora |
|--|--|
| <p>Falta de conocimiento en tecnologías de la información y ofimática, haciendo más complicada la migración al nuevo sistema de costos.</p> <p>El ROF de las Redes tiene en su estructura orgánica a la Oficina de Contabilidad y Costos, debido a esto los analistas de costos, son designados para funciones de Contabilidad y Finanzas.</p> | <p>Manejo de un sistema de costos acorde con la tecnología.</p> <p>Modificación en el ROF.</p> |

VI. CONCLUSIONES

1. Al mes de diciembre de 2017, de las 25 metas aprobadas en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 del Seguro Social de Salud - EsSalud, se logró cumplir 12 metas (48%).
2. En términos generales, los órganos responsables de las metas que no alcanzaron los valores programados, manifiestan ciertas incongruencias en la forma de cálculo de los indicadores y realizan algunas precisiones:
 - a. Falta de articulación del Plan con el Presupuesto que asegure la inclusión, en el PAC institucional, de los insumos necesarios que asegure el cumplimiento de las actividades con sus respectivas metas.
 - b. Tardía aprobación del Presupuesto Institucional Modificado, que sumado a la lentitud de los procesos de compra puede transcurrir un semestre sin ejecutar las actividades. Situación que es sustento para la reprogramación de las metas e incluso los indicadores, por parte de la Gerencia Central de Atención al Asegurado y la Gerencia Central de Proyectos de Inversión.
 - c. Software que no reúnen las características necesarias para una mejor gestión de la información de todos los establecimientos y centros de EsSalud que permita la adecuada toma de decisiones, así como la validez y confiabilidad en el cumplimiento de las metas.
 - d. Revisión de los indicadores para contrastar que guarden relación con las directivas internas relacionadas a la recolección de información, así como de su intervención.
 - e. Actualización de documentos técnicos que articulen la labor de los órganos con enfoque de atención centrado en el paciente.
3. Se observa dificultad en el cumplimiento de las metas anuales relacionadas con el cumplimiento de la acción estratégica institucional N° 1: "Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado". Se tiene que han logrado avance excelente los indicadores relacionados con la conclusión de solicitudes dentro del plazo, pacientes correctamente identificados y adultos mayores beneficiados con atención integral (los dos últimos en elaboración de línea basal).





4. Implementar estrategias adecuadas para asegurar el cumplimiento de los indicadores relacionados con las acciones estratégicas, aunque algunas de ellas no recogen las actividades que los órganos de EsSalud realizan.
5. Proponer la modificación del PEI en cuanto a la revisión de las acciones estratégicas y los correspondientes indicadores, así como las metas de los mismos, por cuanto no se ajustan a las normas técnicas.

Anexo 1

Ejecución de los Proyectos de Inversión al 2017

Situación actual: Ejecución

| DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN | Costo Total del proyecto | Ejecutado al 2016 | Presupuesto programado 2017 | Ejecutado 2017 | % de ejecución del proyecto | % de ejecución del 2017 |
|---|--------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| CENTRO DE EMERGENCIA LIMA METROPOLITANA | 121,854,950 | 118,585,419 | 3,269,531 | 1,412,403 | 98% | 43% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL ÁREA PEDIÁTRICA DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR - INCOR, ESSALUD EN EL DISTRITO DE JESÚS MARÍA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 11,168,108 | 7,174,666 | 3,964,908 | 2,304,225 | 85% | 56% |
| AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, DISTRITO DE AREQUIPA, PROVINCIA DE AREQUIPA DEPARTAMENTO DE AREQUIPA | 1,317,279 | 384,053 | 100,000 | 0 | 29% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL POLICLÍNICO PABLO BERMÚDEZ EN LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI, DISTRITO DE JESÚS MARÍA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 322,298 | 2,454 | 260,000 | 346,240 | 108% | 133% |
| INSTALACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TOMOGRAFÍA EN LA UPSS AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HOSPITAL I VÍCTOR ALFREDO LAZO PERALTA DE ESSALUD - PUERTO MALDONADO, DISTRITO DE TAMBOPATA - PROVINCIA DE TAMBOPATA - DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS | 4,029,052 | 801,762 | 1,743,552 | 36,960 | 21% | 2% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE TOMOGRAFÍA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 5,339,041 | 54,852 | 4,845,642 | 257,403 | 6% | 5% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 10,878,657 | 91,715 | 9,092,751 | 3,955,615 | 37% | 44% |
| MEJORAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DEL EQUIPAMIENTO DEL CENTRO QUIRÚRGICO Y DEL SERVICIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ-HUANCAVO | 6,011,308 | 0 | 6,011,307 | 471,604 | 8% | 8% |
| MEJORAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DEL EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI M. - RAR-LIMA | 1,480,445 | 0 | 1,480,446 | 398,971 | 27% | 27% |
| MEJORAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DEL EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-RAA-ESSALUD-LIMA | 1,574,136 | 0 | 1,574,136 | 47,472 | 3% | 3% |
| CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE SANTA ANITA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 8,488,375 | 157,826 | 8,290,137 | 72,261 | 3% | 1% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL CHINCHEROS DE ESSALUD, DISTRITO DE CHINCHEROS, PROVINCIA DE CHINCHEROS Y DEPARTAMENTO DE APURÍMAC | 9,591,993 | 166,073 | 8,339,514 | 4,500 | 2% | 0% |
| CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 9,179,921 | 94,344 | 8,262,914 | 59,940 | 2% | 1% |
| MEJORAMIENTO DE LAS SALAS DE AISLAMIENTO RESPIRATORIO PARA PACIENTES BK POSITIVOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA N°1-INFECCIOLOGÍA Y VIH DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA-ESSALUD, DISTRITO LA VICTORIA | 1,501,646 | 5,000 | 1,436,982 | 25,553 | 2% | 2% |
| MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 9,087,768 | 0 | 9,031,768 | 16,000 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL POLICLÍNICO PABLO BERMÚDEZ EN LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI, DISTRITO DE JESÚS MARÍA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 1,098,453 | 60,000 | 579,084 | 0 | 5% | 0% |
| INSTALACIÓN DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS EN EL HOSPITAL I VÍCTOR ALFREDO LAZO PERALTA DE LA RED ASISTENCIAL MADRE DE DIOS - ESSALUD DE LA PROVINCIA DE TAMBOPATA, DISTRITO DE TAMBOPATA, DEPARTAMENTO MADRE DE DIOS | 1,556,713 | 53,500 | 1,556,713 | 18,900 | 5% | 1% |
| MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL II HUANCVELICA - RED ASISTENCIAL HUANCVELICA - DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA | 4,755,911 | 51,275 | 4,755,911 | 3,700 | 1% | 0% |
| IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL II MOQUEGUA- RED ASISTENCIAL MOQUEGUA - DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA | 3,715,517 | 0 | 3,715,517 | 0 | 0% | 0% |



| DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN | Costo Total del proyecto | Ejecutado al 2016 | Presupuesto programado 2017 | Ejecutado 2017 | % de ejecución del proyecto | % de ejecución del 2017 |
|--|--------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDICINA COMPLEMENTARIAS EN LAS REDES ASISTENCIALES DE ESSALUD, A NIVEL NACIONAL | 1,487,056 | 0 | 799,039 | 16,000 | 1% | 2% |
| NUEVOS HOSPITAL II HUACHO - RAS | 116,180,342 | 39,015,631 | 3,135,221 | 0 | 34% | 0% |
| AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD - ESSALUD - DISTRITO LA ESPERANZA - PROVINCIA TRUJILLO - DEPARTAMENTO LA LIBERTAD | 18,373,790 | 0 | 1,882,148 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DEL EQUIPAMIENTO DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DEL HNRPP - JUNIN | 4,136,491 | 0 | 253,024 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE DÍA DEL HOSPITAL I ULDARICO ROCCA FERNANDEZ, DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI, EN EL DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, PROVINCIA DE LIMA Y DEPARTAMENTO DE LIMA | 1,088,710 | 0 | 5,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA POSTA MÉDICA CASTROVIRREYNA DE LA RED ASISTENCIAL HUANCVELICA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE CASTROVIRREYNA, PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA, DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA | 1,075,972 | 45,061 | 1,029,241 | 13,150 | 5% | 1% |
| MEJORAMIENTO, AMPLIACIÓN DEL CERCO PERIMÉTRICO DE LA POSTA MÉDICA ZARUMILLA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE ZARUMILLA, PROVINCIA DE ZARUMILLA, DEPARTAMENTO DE TUMBES | 675,785 | 0 | 161,364 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL ÁREA DE TOMA DE MUESTRAS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL ALMENARA, DISTRITO LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO LIMA | 1,104,903 | 0 | 48,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO CLÍNICO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III PUENTE PIEDRA DE LA GERENCIA DE LA RED DESCONCENTRADA SABOGAL, DISTRITO PUENTE PIEDRA, PROVINCIA LIMA, DEPARTAMENTO LIMA | 611,348 | 0 | 580,664 | 2,933 | 0% | 1% |
| MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD DE MEZCLAS ONCOLÓGICAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO | 1,119,367 | 0 | 0 | 0 | 0% | 0% |

Fuente: Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones (Oficio 073-GG-ESSALUD-2017)

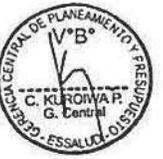


Situación actual: Formulación

| DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN | Costo Total del proyecto | Ejecutado al 2016 | Presupuesto programado 2017 | Ejecutado 2017 | % de ejecución del proyecto | % de ejecución del 2017 |
|--|--------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II PASCO DE LA RED ASISTENCIAL PASCO, EN EL DISTRITO DE FUNDACIÓN DE TINAHUARCO, PROVINCIA DE PASCO, DEPARTAMENTO DE PASCO | 366,805,173 | 0 | 0 | 0 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DEL ALTIPLANO DE LA REGIÓN PUNO - ESSALUD, EN EL DISTRITO DE PUNO, PROVINCIA DE PUNO, DEPARTAMENTO DE PUNO | 378,348,121 | 0 | 152,500 | 252,388 | 0% | 166% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LA SALA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III - IQUITOS - ESSALUD EN EL DISTRITO DE PUNCHANA, PROVINCIA DE MAYNAS, DEPARTAMENTO DE LORETO | 3,500,000 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE TRANSPLANTES DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICO DE DONANTE NO RELACIONADO EN EL HNERM - ESSALUD, DISTRITO DE JESÚS MARÍA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 11,396,455 | 0 | 0 | 169,535 | 1% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL CALCA DE ESSALUD, DISTRITO DE CALCA, PROVINCIA DE CALCA Y DEPARTAMENTO DE CUSCO | 20,000,000 | 0 | 0 | 14,250 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO MÉDICO URCOS DE LA RED ASISTENCIAL CUSCO, EN LA PROVINCIA DE QUISPICANCHIS, DISTRITO DE URCOS | 20,000,000 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL CENTRO MEDICO PAMPAS DE LA RED ASISTENCIAL HUANCVELICA, DISTRITO DE PAMPAS, PROVINCIA DE TAYACAJA, DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA | 34,000,000 | 0 | 200,000 | 27,250 | 0% | 14% |
| INSTALACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA EN EL HOSPITAL II DE PUCALLPA DE LA RED ASISTENCIAL UCAYALI EN EL DISTRITO DE CALLERIA, PROVINCIA CORONEL PORTILLO, DEPARTAMENTO DE UCAYALI | 19,112,455 | 0 | 110,900 | 0 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA DE LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA - ESSALUD, DISTRITO DE JACOBO HUNTER, PROVINCIA DE | 19,592,875 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |



| DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN | Costo Total del proyecto | Ejecutado al 2016 | Presupuesto programado 2017 | Ejecutado 2017 | % de ejecución del proyecto | % de ejecución del 2017 |
|--|--------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | | | | | | |
| MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| INSTALACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III MIRAFLORES DE ESSALUD, DISTRITO DE MIRAFLORES, PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE TAMIZAJE DE ANEMIA A NIÑOS DE 6 A 36 MESES EN LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE, DE LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL CAM SAN RAMON DE LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO DE SAN RAMON, PROVINCIA DE LA MERCED, DEPARTAMENTO DE JUNIN | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE DE LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE DE LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO DE JAUJA, PROVINCIA DE JAUJA, DEPARTAMENTO DE JUNIN | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL POLICLINICO METROPOLITANO HUANCAYO, RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL CENTRO MEDICO JUNIN EN LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO DE JUNIN, PROVINCIA DE JUNIN, DEPARTAMENTO DE JUNIN | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PUCARA, RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE - ESSALUD, DISTRITO DE PUCARA, PROVINCIA DE JAEN, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, PROVINCIA DE CHICLAYO, DISTRITO DE PIMENTEL | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LAS ATENCIONES DOMICILIARIAS DE LA RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL CAP III CARLOS CASTAÑEDA IPARRAGUIRRE DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE CHICLAYO, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO ASISTENCIAL CHONGOYAPE DE LA RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE, DISTRITO DE CHONGOYAPE, PROVINCIA DE CHICLAYO, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LAS ATENCIONES DEL HOSPITAL I CHEPEN DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO DE CHEPEN, PROVINCIA DE CHEPEN, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO CLINICO DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III HNA MARIA DONROSE DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA SABOGAL, DISTRITO DE VENTANILLA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO. | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO CLINICO DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III BELLAVISTA DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA SABOGAL, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO. | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO CLINICO DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III CARABAYLLO DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA SABOGAL, DISTRITO DE CARABAYLLO, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA. | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DE LA GERENCIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE UROLOGIA DE LA GERENCIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |



| DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN | Costo Total del proyecto | Ejecutado al 2016 | Presupuesto programado 2017 | Ejecutado 2017 | % de ejecución del proyecto | % de ejecución del 2017 |
|--|--------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| DEPARTAMENTO DE AREQUIPA | | | | | | |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL MANUEL DE TORRES DE MUÑOZ DE ESSALUD, DISTRITO DE MOLLENDO, PROVINCIA DE ISLAY, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA | 0 | 0 | 632,400 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III MELITON SALAS TEJADA DE ESSALUD, DISTRITO DE SOCABAYA, PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA | 0 | 0 | 200,553 | 0 | 0% | 0% |
| CREACION DEL HOSPITAL I LAMBAYEQUE DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA DE LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE | 0 | 0 | 479,720 | 42,525 | 0% | 9% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO MEDICO CUTERVO DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO Y PROVINCIA DE CUTERVO, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA | 0 | 0 | 483,300 | 42,210 | 0% | 9% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO Y PROVINCIA DE CHICLAYO, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE | 0 | 0 | 677,040 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LAS ATENCIONES DEL HOSPITAL NAYLAMP DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE - ESSALUD, PROVINCIA DE CHICLAYO, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE | 0 | 0 | 450,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL TERCER NIVEL DE ATENCION DE LA RED ASISTENCIAL SABOGAL, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA DEL CALLAO, DEPARTAMENTO DE LIMA | 0 | 0 | 539,047 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA DEL CALLAO, DEPARTAMENTO DE LIMA | 0 | 0 | 0 | 158,100 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y QUEMADOS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y CIRUGIA DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - ESSALUD, DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE CLINICA PEDIÁTRICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-ESSALUD-DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA - ESSALUD - LA VICTORIA - LIMA. COD SNIP | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HNGAI DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y SUMINISTROS DEL HNGAI DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE RESONANCIA NUCLEAR DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LAS UNIDADES DE APOYO DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS DE HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN: UNIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL Y VENTILOTERAPIA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LA ÁREAS DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA DE LA RED ASISTENCIA ALMENARA, DEPARTAMENTO DE LIMA, PROVINCIA DE LIMA Y DISTRITO DE LA VICTORIA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SISTEMA ELECTRICO DEL HOSPITAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ELECTROMECÁNICO DE LA TORRE DE CONSULTA EXTERNA DEL HNGAI | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE MANEJO DEL PACIENTE CON DESORDEN CEREBROVASCULAR DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA DE LA RED ASISTENCIA ALMENARA, DEPARTAMENTO DE LIMA, | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFIA DOPPLER A COLOR PARA USO INTRAOPERATORIO DEL SERVICIO DE PANCREAS, BAZO Y RETROPERITONEO DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA CADENA DE FRIO DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACION Y TERAPIA DEL DOLOR | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |



| DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN | Costo Total del proyecto | Ejecutado al 2016 | Presupuesto programado 2017 | Ejecutado 2017 | % de ejecución del proyecto | % de ejecución del 2017 |
|--|--------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| COMPLEJIDAD CRECIENTE DE ESSALUD EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, PROVINCIA DE LIMA Y DEPARTAMENTO DE LIMA | | | | | | |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL III JULIACA DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA, DISTRITO DE JULIACA, PROVINCIA DE SAN ROMAN, DEPARTAMENTO DE PUNO | 254,875,954 | | 654,090 | 77,940 | 0% | 12% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL POLICLINICO JUAN JOSE RODRIGUEZ LAZO DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA REBAGLIATI-ESSALUD DISTRITO DE CHORRILLOS, PROVINCIA LIMA, DEPARTAMENTO LIMA | 203,639,035 | | 481,140 | 0 | 0% | 0% |
| CREACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO EN LA RED ASISTENCIAL CAJAMARCA - ESSALUD, DISTRITO DE CAJAMARCA, PROVINCIA DE CAJAMARCA, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA (*) | 356,078,200 | | AD | 85,520 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I FLORENCIA DE MORA DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD - ESSALUD, DIST. DE FLORENCIA DE MORA, PROV. DE TRUJILLO, DEPTO. DE LA LIBERTAD | 150,555,757 | | 507,644 | 59,556 | 0% | 12% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION DE LA RED ASISTENCIAL TACNA, DISTRITO DE CALANA, PROVINCIA DE TACNA, DEPARTAMENTO DE TACNA | 290,263,901 | | 797,940 | 122,760 | 0% | 15% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I EL BUEN SAMARITANO DE LA RED ASISTENCIAL AMAZONAS - ESSALUD, DISTRITO DE BAGUA, PROVINCIA DE BAGUA, DEPARTAMENTO DE AMAZONAS | 90,000,000 | | 434,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD - ESSALUD, DIST. DE TRUJILLO, PROV. DE TRUJILLO, DEPTO. DE LA LIBERTAD | 250,000,000 | | 500,000 | 0 | 0% | 0% |
| CREACION DEL HOSPITAL GENERAL CHOTA DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE - ESSALUD, DISTRITO DE CHOTA, PROVINCIA DE CHOTA, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA | 57,534,935 | | 30,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA NASCA DE LA RED ASISTENCIAL ICA - ESSALUD, DISTRITO DE NASCA, PROVINCIA DE NASCA, DEPARTAMENTO DE ICA | 80,000,000 | | 70,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I RIOJA DE LA RED ASISTENCIAL MOYOBAMBA - ESSALUD, DISTRITO DE RIOJA, PROVINCIA DE RIOJA, DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN | 119,581,446 | | 573,996 | 83,633 | 0% | 15% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL YURIMAGUAS DE LA RED ASISTENCIAL LORETO - DISTRITO DE YURIMAGUAS, PROVINCIA DE ALTO AMAZONAS, DEPARTAMENTO DE LORETO | 40,000,000 | | 296,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL MOCHE DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, EN EL DISTRITO DE MOCHE, PROVINCIA DE TRUJILLO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD | 80,000,000 | | 20,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II MOQUEGUA DE LA RED ASISTENCIAL MOQUEGUA - DISTRITO DE MOQUEGUA, PROVINCIA DE MARISCAL NIETO, DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA | 210,000,000 | | 686,664 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL HOSPITAL II HUARAZ DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH - ESSALUD EN EL DISTRITO DE INDEPENDENCIA, PROVINCIA DE HUARAZ, DEPARTAMENTO DE ANCASH | 263,642,737 | | 473,152 | 56,993 | 0% | 12% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL DE LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA - ESSALUD, DISTRITO DE PAUCARPATA, PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA | 134,692,871 | | 343,951 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI - ESSALUD EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 213,214,947 | | 46,882 | 0 | 0% | 0% |
| CREACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MEDIANA ESTANCIA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI - ESSALUD, EN EL DISTRITO DE JESUS MARIA, PROVINCIA LIMA, DEPARTAMENTO LIMA | 129,780,558 | | AD | 0 | 0% | 0% |
| CREACION DEL INSTITUTO DE MEDICINA DE REHABILITACION Y DEL DEPORTE - ESSALUD, DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 100,000,000 | | 15,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD, DISTRITO DE YANAHUARA, PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA | 0 | 0 | 714,039 | 0 | 0% | 0% |
| AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I SAMUEL PASTOR DE ESSALUD, DISTRITO DE SAMUEL PASTOR, PROVINCIA DE CAMANA, | 0 | 0 | 544,000 | 0 | 0% | 0% |



| DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN | Costo Total del proyecto | Ejecutado al 2016 | Presupuesto programado 2017 | Ejecutado 2017 | % de ejecución del proyecto | % de ejecución del 2017 |
|--|--------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA DE LA RED ASISTENCIAL CUSCO - ESSALUD, DISTRITO DE WANCHAO, PROVINCIA DE CUSCO, DEPARTAMENTO DE CUSCO | 18,806,379 | | 0 | 9,200 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRALÉ PRALÉ PARA LA RED ONCOLÓGICA JUNÍN - ESSALUD, DISTRITO DE EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNÍN | 75,528,897 | | 80,900 | 0 | 0% | 0% |
| INSTALACIÓN DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO - RADIOTERAPIA EXTERNA Y QUIMIOTERAPIA - DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA - ESSALUD DISTRITO DE ICA - PROVINCIA DE ICA, DEPARTAMENTO DE ICA | 41,193,780 | | 82,000 | 0 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO DE LA RED ONCOLÓGICA CUSCO, EN EL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO DE LA RED ASISTENCIAL CUSCO - ESSALUD, EN EL DISTRITO DE WANCHAO, PROVINCIA DE CUSCO, DEPARTAMENTO DE CUSCO | 64,464,463 | | 100,000 | 0 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA - ESSALUD, DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 53,680,268 | | 120,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CAP II HUAMACHUCO DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, DISTRITO DE HUAMACHUCO, PROVINCIA DE SÁNCHEZ CARRIÓN, REGIÓN LA LIBERTAD. | 34,000,000 | | 210,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL ESPINAR DE LA RED ASISTENCIAL CUSCO, EN LA PROVINCIA DE ESPINAR, DISTRITO DE ESPINAR | 34,000,000 | | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL CAP II CABALLOCOCHA DE LA RED ASISTENCIAL LORETO - DISTRITO DE CABALLOCOCHA, PROVINCIA DE RAMON CASTILLA, DEPARTAMENTO DE LORETO | 14,000,000 | | 200,000 | 0 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL POLICLINICO DE COMPLEJIDAD CRECIENTE LA TINGUIÑA EN LA RED ASISTENCIAL ICA - ESSALUD DISTRITO DE LA TINGUIÑA, PROVINCIA DE ICA, DEPARTAMENTO DE ICA | 45,597,999 | | 100,000 | 13,000 | 0% | 13% |
| CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL CAP III JAÉN DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, EN EL DISTRITO DE JAÉN, PROVINCIA DE JAÉN, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA | 9,934,690 | | 80,000 | 9,660 | 0% | 12% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL CHOCOPE DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, EN EL DISTRITO DE CHOCOPE, PROVINCIA DE ASCOPE Y DEPARTAMENTO LA LIBERTAD | 220,000,000 | | 360,000 | 0 | 0% | 0% |
| RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL MARIE REICHE DE LA RED ASISTENCIAL ICA - ESSALUD, DISTRITO DE MARCONA, PROVINCIA DE NAZCA, DEPARTAMENTO DE ICA | 76,932,600 | | 511,135 | 247,748 | 0% | 48% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA - ESSALUD, EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 376,947,474 | | 225,000 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II TALARA DE ESSALUD EN EL DISTRITO DE PARIÑAS, PROVINCIA DE TALAPA, DEPARTAMENTO DE PIURA (*) | 271,817,187 | | 63,000 | 162,400 | 0% | 258% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II VITARTE DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA-ESSALUD, DISTRITO DE VITARTE, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | 370,689,532 | | 0 | 133,151 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH - ESSALUD EN EL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH | | | AD | 28,175 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PIURA DE LA RED ASISTENCIAL PIURA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE PIURA, PROVINCIA DE PIURA, DEPARTAMENTO DE PIURA | | | 53,900 | 21,350 | 0% | 40% |
| CREACIÓN DEL INSTITUTO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE DEL SEGURO SOCIAL - ESSALUD, EN EL DISTRITO DE JESÚS MARÍA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA | | | 53,900 | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II ILO DE LA RED ASISTENCIAL MOQUEGUA - ESSALUD, DISTRITO DE ILO, PROVINCIA DE ILO, DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA | 110,794,528 | | 275,114 | 39,932 | 0% | 15% |
| MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I JUANJUI DE LA RED ASISTENCIAL TARAPOTO, DISTRITO DE JUANJUI, PROVINCIA DE MARISCAL CACERES, DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN | 45,000,000 | | AD | 0 | 0% | 0% |
| CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE | 36,205,125 | | 340,000 | 0 | 0% | 0% |



| DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN | Costo Total del proyecto | Ejecutado al 2016 | Presupuesto programado 2017 | Ejecutado 2017 | % de ejecución del proyecto | % de ejecución del 2017 |
|---|--------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------------------------|
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DE LA GERENCIA CLINICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD DE DOSIS UNITARIA DEL SERVICIO DE FARMACOTECNIA DE LA GERENCIA DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE TERAPIA DE DOLOR DE LA GERENCIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LA COCINA Y COMEDOR DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |
| MEJORAMIENTO DE LAS FARMACIAS DEL SERVICIO DE FARMACOTECNIA DE LA GERENCIA DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO | 0 | 0 | AD | 0 | 0% | 0% |

Fuente: Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones (Oficio 073-CG-ESSALUD-2017)

