
INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2017-2021

(Año 2018)



ENERO DE 2019

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
Gerencia de Planeamiento Corporativo



CONTENIDO

I. PRESENTACIÓN	3
II. RESUMEN EJECUTIVO	4
III. MARCO ESTRATÉGICO	5
IV. RESULTADO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR CADA INDICADOR PROGRAMADO, DE ACUERDO A LA UNIDAD DE MEDIDA ESTABLECIDA.....	6
V. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	22
VI. PRINCIPALES DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	25
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
VIII. DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA.....	31
ANEXOS.....	32





I. PRESENTACIÓN

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

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

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

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

Con Carta N° 3208-GCPP-ESSALUD-2018 de fecha 6 de agosto de 2018, se remitió el **Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, correspondiente al primer semestre de 2018** a la Gerencia General de ESSALUD.

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

En ese sentido, en el marco de la normatividad vigente, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, presenta el **Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, correspondiente al año 2018**.



II. RESUMEN EJECUTIVO

El Plan Estratégico Institucional 2017-2021 del Seguro Social de Salud-ESSALUD se aprobó con Acuerdo de Consejo Directivo N° 19-15-ESSALUD-2017, y conforme a la normativa institucional, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, a través de la Gerencia de Planeamiento Corporativo/ Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión, es responsable entre otras funciones del seguimiento, control y evaluación del Plan Estratégico.

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

Concluyendo que de los 26 indicadores aprobados en el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 de ESSALUD, para el presente informe han sido evaluados 25, debido que la ejecución de uno de los indicadores se prevé será en el 2019. En ese sentido, y según criterios de evaluación del presente informe 11 (44%) indicadores tienen la calificación de excelente, 5 (20%) indicadores tienen la calificación de buenos, 4 (16%) indicadores tienen la calificación de malo y 5 (20%) indicadores no tienen avance (3 indicadores corresponden a la Oficina de Integridad y 2 indicadores de la Gerencia Central de Gestión de las Personas).



III. MARCO ESTRATÉGICO

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

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

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

Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	• Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado. • Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud.
Desarrollar una gestión con excelencia operativa	• Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia • Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales
Brindar servicios sostenibles financieramente	• Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones
Promover una gestión con ética y transparencia	• Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio. • Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción.

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

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

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



3.2. Líneas de acción de la Alta Dirección

La Gerencia General de ESSALUD, mediante Carta Circular N° 022-GG-ESSALUD-2017 dio a conocer 8 “**Prioridades prestacionales de salud 2018**”¹, y con Resolución N° 340-PE-ESSALUD-2018, se aprobó el “**Plan de intervención para el mejoramiento del otorgamiento de prestaciones de salud, periodo 2018**”, que contiene 20 estrategias orientadas a mejorar los aspectos vinculados a las prestaciones de salud².

3.3. Estructura orgánica a diciembre de 2018

El Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud se aprobó mediante Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 (31.12.2014) y con Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015 (31.12.2015), se aprobó el texto actualizado y concordado. Posteriormente, se realizaron modificaciones con Resoluciones N° 141, 310, 328 y 394-PE-ESSALUD-2016, Resoluciones N° 055, 142, 347 y 539-PE-ESSALUD-2017, y con las Resoluciones N° 125 y 222-PE-ESSALUD-2018. Asimismo, con Resolución N° 1332-GG-ESSALUD-2018 (06.09.2018), se desactivaron plazas y cargos de los Hospitales Nacionales y Gerencias de Redes Desconcentradas Almenara, Rebagliati y Sabogal, y se activaron las plazas y cargos de las Redes Prestacionales Almenara, Rebagliati y Sabogal.

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

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

Tabla N° 02: Criterios de evaluación del nivel de avance de los Indicadores programados en el PEI 2017-2021

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

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

¹ 1) Enfermedades oncológicas, 2) Enfermedades cardiovasculares, 3) Enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, 4) Enfermedades materno perinatales, 5) Infecciones por VIH y tuberculosis, 6) Infecciones intrahospitalarias, 7) Anemia infantil, y 8) Desnutrición crónica infantil.

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

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

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

Tabla N° 03: Indicadores del Objetivo Estratégico 1 y Acciones Estratégicas 1.1 y 1.2

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

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

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

1. Índice de satisfacción general

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia Central del Asegurado, con Carta N° 53-GCAA-ESSALUD-2019 informa que el 27 y 28 de diciembre llevó a cabo una encuesta piloto de percepción de satisfacción a 50 pacientes atendidos³ en consulta externa de medicina general del H.I Aurelio Díaz Ufano y Peral, logrando obtener los siguientes resultados:

Tabla N° 04: Resultados obtenidos de la encuesta realizada el 27 y 28 de diciembre del año 2018

Preguntas	Insatisfecho	Satisfecho
¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la detección en consulta?	30	20
¿La atención en farmacia fue rápida?	18	32
¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	23	27
¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?	24	26
¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?	26	24
Promedio	24.2	25.8

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado

³ La muestra de la encuesta fue 132. Asimismo, en la encuesta se aplicó 05 preguntas.

En atención a la ficha de protocolo del indicador, se debe medir la satisfacción en todos los servicios que brinda EsSalud (establecimientos de salud, centros de medicina complementaria, oficinas de seguros y prestaciones económicas, centros del adulto mayor y centros de rehabilitación profesional), se considera como un avance la encuesta piloto, pero según criterios de evaluación de la citada ficha el indicador tiene un avance malo.

Por otro lado, la Gerencia Central de Atención al Asegurado tiene planificado realizar una encuesta nacional del 14 al 18 de enero de 2019, a pacientes atendidos⁴ en consulta externa durante el mes de diciembre de 2018.

2. Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia Central de Atención al Asegurado, con Carta N° 53-GCAA-ESSALUD-2019 informa haber obtenido el 89.08% de conclusión de solicitudes dentro del plazo durante el año 2018, lo cual representa el 92.79% de la meta del indicador, considerando como excelente el avance, según rango de criterios de evaluación.

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

Detalle	Año 2018
Solicitudes concluidas en plazo	154,168
Solicitudes registradas válidas	177,802
Solicitudes en trámite en plazo	4,727
% de conclusión de solicitudes dentro del plazo	89.08%
Meta del indicador (Año 2018)	96.00%
% de avance del indicador	92.79%

Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado

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

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia Central del Asegurado, con Carta N° 053-GCAA-ESSALUD-2019 informa que el indicador es obtenido a través de una encuesta, que realizó a finales del año 2018; del cual se concluye que en promedio 26 usuarios están satisfechos del servicio recibido y 24 están insatisfechos; sin embargo, la citada gerencia central no informa el número de usuarios que ha comunicado su insatisfacción a una plataforma de atención al usuario.



⁴ El tamaño de muestra es 2 816 pacientes atendidos.

En ese sentido, según ficha de protocolo del indicador y conforme a los criterios de evaluación se considera que el avance del indicador es malo.

4. Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo

• **Fórmula:**

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

• **Avance:**

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, con Carta N° 24-OGCyH-PE-ESSALUD-2019 informa que con Resolución N° 501-GG-ESSALUD-2012, se aprobó la Directiva N° 07-GG-ESSALUD-2012 "Lineamientos para la implementación de las comisiones de eventos centinela en los centros asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD"⁵.

En ese marco, durante el año 2018, se tuvo 79.31% de eventos centinela gestionados a tiempo⁶, lo cual representa el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

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

Detalle	Año 2018
N° de eventos centinela gestionados según directiva	23
N° de eventos centinela registrados	29
% de eventos centinela gestionados a tiempo	79.31%
Meta del indicador (Año 2018)	70.00%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

5. 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, con Carta N° 24-OGCyH-PE-ESSALUD-2019 informa que con Resolución N° 983-GG-ESSALUD-2013 se aprobó la Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013 "Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente", que establece el uso del brazalete de identificación del paciente, con la finalidad de mejorar el sistema de identificación del paciente durante el proceso de atención, que permita tener

⁵ Documento que define "evento centinela", como un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente o un cambio en estilo de vida del paciente y que está directamente asociado con la atención de salud. Un evento adverso sólo en ocasiones es un evento centinela; en cambio todo evento centinela es un evento adverso.

⁶ La OGCyH trabajó con información de 15 establecimientos de salud: 2 RP Sabogal, 3 RP Almenara, 2 RP Rebagliati, 2 RA Lambayeque, 1 RA La Libertad, 1 RA Arequipa, 1 RA Puno, 1 RA Madre de Dios, 1 RA Junín, 1 RA Huánuco.



la certeza que es la persona a quien va dirigido el procedimiento, el tratamiento, los cuidados, etc.

Asimismo, la citada oficina estableció precisiones para el registro, medición y reporte del indicador; llevando a cabo supervisiones en 14 IPRESS a nivel nacional (8 órganos desconcentrados⁷).

En ese sentido, durante el año 2018 se tuvo 88.77% de pacientes correctamente identificados según directiva vigente⁸, lo cual sobrepasa el 100% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

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

Detalle	Año 2018
N° de pacientes con brazaletes de identificación con datos correctos de acuerdo a Directiva en la UPSS hospitalización de los servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición	262,511
N° total de pacientes hospitalizados en servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición	295,727
% de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	88.77%
Meta del indicador (Año 2018)	20%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

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

• Fórmula:

$$A \times 1.1$$

Dónde:

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

• Avance:

La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, con Carta N° 42-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019, informa que a través de los 4 Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y 13 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), se logró integrar laboralmente a 1,806 personas con discapacidad, durante el año 2018, cantidad que representa el 89.94% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

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

Detalle	Año 2018
Total de asegurados con discapacidad que fueron integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional en CERPS y MBRPS	1,806
Meta del indicador (Año 2018)	2,008
% de avance del indicador	89.94%

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

⁷ 1 RA Arequipa, 1 RA La Libertad, 1 RA Junín, 1 RA Tarapoto, 1 RA Cusco, 3 RP Sabogal, 3 RP Almenara, 3 RP Rebagliati.

⁸ La OGCyH trabajó con información de 94 establecimientos de salud.

7. Adultos mayores beneficiados con atención integral

• Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de adultos mayores beneficiados con atención integral}}{\text{Nº de adultos mayores inscritos a los servicios de prestaciones sociales}} \times 100\%$$

• Avance:

La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, con Carta N° 42-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019, informa que se logró beneficiar con atención integral a 23.22% adultos mayores inscritos en los servicios de prestaciones sociales, cantidad que representa el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

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

Detalle	Año 2018
Nº de adultos mayores beneficiados con atención integral	20,838
Nº de adultos mayores inscritos a los servicios de prestaciones sociales	89,726
% de adultos mayores beneficiados con atención integral	23.22%
Meta del indicador (Año 2018) "1.1 x Basal"	10.76%
% de avance del indicador	100.00%

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

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

• Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado}}{\text{Nº total de consultas médicas realizadas}} \times 100\%$$

• Avance:

La Gerencia Central de Operaciones, con Carta N° 33-GOPTE-GCOP-ESSALUD-2019 informa que se tuvo 20,854,274 consultas médicas realizadas en el año 2018, de las cuales 8,590,963 (41.19%) corresponden al primer nivel de atención, cantidad que representa el 82.39% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

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

Detalle	Año 2018
Nº de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado	8,590,963
Nº total de consultas médicas realizadas	20,854,274
Grado de resolutivez del primer nivel	41.19%
Meta del indicador (Año 2018)	50%
% de avance del indicador	82.39

Fuente: Gerencia Central de Operaciones



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

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, con Carta N° 134-GCPS-ESSALUD-2018 informa que en el año 2018 registró en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) 455,976 egresos hospitalarios, de los cuales 10,625 (2.33%) egresos corresponden a hospitalizaciones seleccionadas como condiciones evitables⁹, cantidad que representa el 96.57% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

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

Detalle	Año 2018
N° de hospitalizaciones evitables por diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas del corazón, TBC y enfermedades inmunoprevenibles en un periodo	10,625
N° de egresos	455,976
% de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	2.33%
Basal año 2017	2.27%
Meta del indicador (Año 2018) "0.99 x Basal"	2.25%
% de avance del indicador	96.57%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Del total de hospitalizaciones evitables, 39% fueron por diabetes, 29% por enfermedades isquémicas, 26% por hipertensión arterial, 5% por TBC y 1% por enfermedades inmunoprevenibles.

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

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

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

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

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

⁹ Diabetes, hipertensión, enfermedades isquémicas del corazón, tuberculosis y enfermedades inmunoprevenibles.

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

1. Estancia hospitalaria

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia Central de Operaciones, con Carta N° 33-GOPTE-GCOP-ESSALUD-2019 informa que se tuvo 5.47 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio, durante el año 2018. Cantidad que representa el 76.78% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 13: Estancia hospitalaria en ESSALUD durante el año 2018

Detalle	Año 2018
Días de estancia en hospitalización	2,903,587
Egresos de hospitalización	531,343
Estancia hospitalaria	5.47
Meta del indicador (Año 2018)	4.2
% de avance del indicador	76.78%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

2. Diferimiento de citas de consulta externa

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia Central de Operaciones, con Carta N° 33-GOPTE-GCOP-ESSALUD-2019 informa que el valor del indicador durante el año 2018 fue 15.19, cantidad que representa el 86.96% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

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

Detalle	Año 2018
Días calendario transcurrido entre la fecha de cita indicada para ser atendido en consulta externa y la fecha para la cual es asignada la cita	176,938,077
Total citas otorgadas	15,389,100
Diferimiento de citas de consulta externa	11.50
Meta del indicador (Año 2018)	10
% de avance del indicador	86.96%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones



3. Tiempo de espera quirúrgico

• **Fórmula:**

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

$$\frac{\text{Fecha de cirugía} - \text{Fecha de aptitud}}{\text{Número de pacientes}} \times 100$$

• **Avance:**

La Gerencia Central de Operaciones, con Carta N° 33-GOPTE-GCOP-ESSALUD-2019 informa que la formula aprobada en el PEI 2017-2021 genera un resultado distorsionado que no se relaciona con la definición operacional. Asimismo, indica que la base de datos donde se efectúa el análisis se actualiza de manera mensual y los días de espera quirúrgica se contabilizan al corte de evaluación (último día del mes).

En ese sentido, la citada gerencia central informa que durante el año 2018 se tuvo 98 días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos, cantidad que representa el 76.53% de la meta del indicador, considerando como bueno, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 15: Tiempo de espera quirúrgico durante el año 2018

Detalle	Año 2018
Promedio de días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos	98
Meta del indicador (Año 2018)	75
% de avance del indicador	76.53%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones

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

• **Fórmula:**

$$\frac{\text{Horas disponibles} - \text{Horas inoperativas}}{\text{Horas disponibles}} \times 100$$

• **Avance:**

La Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI), con Carta N° 1324-GCPI-ESSALUD-2018 informó para la evaluación al primer semestre del año 2018, que por error se incluyó en el indicador "disponibilidad de equipos médicos electromecánicos y vehículos", la medida de disponibilidad de vehículos, lo cual según lo reportado por la citada Gerencia Central no es función de la Subgerencia de Mantenimiento conforme al Reglamento de Organización y Funciones vigente. Sin embargo, la citada Subgerencia se planteó ejecutar 5 acciones estratégicas¹⁰ con sus respectivos indicadores, para obtener información coherente y fiable del citado indicador.

¹⁰ 1) Contar con información en tiempo real, 2) Estandarizar los campos de información inherente al mantenimiento de equipos, 3) Contar con la relación real de equipos, 4) Implementar acciones para el cumplimiento del mantenimiento preventivo, 5) Implementar acciones para el cumplimiento del mantenimiento correctivo.



Para la evaluación anual del indicador, remitió la Carta N° 189-GCPI-ESSALUD-2019, a través del cual reporta información sobre "disponibilidad de equipos médicos y electromecánicos", aplicando para ello la siguiente fórmula:

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

Donde:

Horas disponibles = 8,112

Horas inoperativas = horas de mantenimiento correctivo + horas de mantenimiento preventivo + horas de espera
(68.14) (72) (288)

En ese sentido, la disponibilidad de equipos médicos y electromecánicos, durante el año 2018, fue 94.72%. Por otro lado, según ficha de protocolo del indicador aprobado en el PEI 2017-2021, también se considera disponibilidad de vehículos; sin embargo, lo reportado por la GCPI, que sólo contempla equipos médicos y electromecánicos, representa el 100.00% de cumplimiento de la meta del indicador, considerado como excelente el avance, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 16: Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos durante el año 2018

Detalle	Año 2018
Horas disponibles (*)	8,112
Horas inoperativas (*)	428.14
% de disponibilidad de equipos biomédicos y electromecánicos	94.72%
Meta del indicador (Año 2018)	40%
% de avance del indicador (*)	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión.

Nota: (*) El valor no incluye disponibilidad de vehículos

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, con Carta N° 526-GCGP-ESSALUD-2019 informa que durante el año 2018 se tuvo 98.16% de porcentaje de cobertura de plazas activas a nivel nacional, cantidad que sobrepasa el 100% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 17: Porcentaje de cobertura de plazas activas a nivel nacional en ESSALUD durante el año 2018

Detalle	Año 2018
N° de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional cubiertos	57,341
Total de las plazas 276, 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional activas	58,415
% de cobertura de plazas activas a nivel nacional	98.16%
Meta del indicador (Año 2018)	96%
% de avance del indicador	100.00%

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas

Planilla única de pagos del mes de diciembre 2018 - Subgerencia de Compensaciones - GAP



Asimismo, informa que en cumplimiento a la Ley N° 30555, en el año 2018 pasaron 3,000 trabajadores CAS al D.L. N° 728.

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

• Fórmula:

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

• Avance:

La Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos, con Carta N° 301-CEABE-ESSALUD-2019 informa que durante el II semestre del año 2018, se tuvo 264 ítems con cobertura menor a 30 días y 7,404 ítems totales solicitados, es decir que el valor del indicador fue < 3.57%.

Considerando que a través del presente informe se realiza la evaluación anual del PEI 2017-2021 periodo 2018, y al no disponer de información sobre el número de ítems con cobertura menor a 30 días y el número de ítems totales solicitados durante el año 2018 (CEABE no informó la evaluación de este indicador al I semestre 2018), se considerará lo reportado en el II semestre 2018 (< 3.57%), cantidad que sobrepasa el 100% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación. Cabe indicar que el nivel de cumplimiento alcanzado podría modificarse de contar con la información de todo el año.

7. Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, con Carta N° 162-GCTIC-ESSALUD-2019 informa que hay 22 sistemas claves¹¹ en la institución, siendo 13 sistemas integrables, y 9 sistemas son considerados sistemas BASAL (que no corresponde integrarlos).

Del total de sistemas integrables, durante el año 2018 se integraron 3 sistemas: Sistema de Aseguramiento (SAS), Sistema Integrado de Aseguramiento (SIA), Sistema Integral de Administración Documentaria (SIAD). En ese sentido, se alcanzó el 13.64% de sistemas integrados de gestión institucional, cantidad que sobrepasa el 100% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.



¹¹ PEI 2017-2021, Ficha de protocolo del indicador, lo define como el aplicativo que tiene alto impacto en las operaciones actuales, hacen que todo el proceso productivo sea más eficiente. No se puede prescindir de ellas porque son críticas para la operación.

Tabla N° 18: Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional en ESSALUD en el año 2018

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

Fuente: Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones

4.3. Objetivo Estratégico 3: Brindar servicios sostenibles financieramente

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

Tabla N° 19: Indicadores del Objetivo Estratégico 3 y Acción Estratégica 3.1

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

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

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

1. Gastos operativos/ ingresos

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia de Presupuesto, con Carta N° 41-GP-GCPP-ESSALUD-2019 informa que durante el año 2018 obtuvo menores gastos operativos (principalmente servicios prestados por terceros), en relación a los ingresos percibidos. En ese sentido, la razón de gastos operativos/ ingresos fue 96.71%, cantidad que representa el 100.00% de la meta del indicador, considerando como excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 20: Gastos operativos/ ingresos en ESSALUD durante el año 2018

Detalle	Año 2018
Egresos + Transferencias netas	10,816,794,827
Ingresos de todas las fuentes	11,187,019,523
Gastos operativos/ ingresos	96.71%
Meta del indicador (Año 2018)	97%
% de avance del indicador	100.00%

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

2. Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado

• Fórmula:

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

$$\text{Total de establecimientos de salud propios}$$



• **Avance:**

La Gerencia de Presupuesto, con Carta N° 41-GP-GCPP-ESSALUD-2019 informa que, durante el año 2018, según cronograma de cierre del Sistema de Costos NSISCOS, se registraron en promedio 277 establecimientos de salud que cuentan con costo unitario, además desarrolló un plan piloto en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y otros 7 establecimientos de salud, que cuentan con sistema de costo por actividad médica, realizando 790 procedimientos ejecutados hasta el momento.

En ese sentido, obtuvo el 2.13% de establecimientos de salud con nuevo sistema de costos implementada, cantidad que representa el 14.2% de la meta del indicador, considerando como malo, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 21: Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado en ESSALUD durante el año 2018

Detalle	Año 2018
Establecimientos de salud propios con sistemas de costos implementados	8
Total de establecimientos de salud propios	376
% de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	2.13%
Meta del indicador (Año 2018)	15%
% de avance del indicador	14.20%

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

3. Porcentaje de déficit del presupuesto institucional

• **Fórmula:**

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

• **Avance:**

Según ficha de protocolo contenido en el PEI 2017-2021, el indicador es decreciente, cuya justificación se sustenta en que los egresos de la institución serían mayores a los ingresos, lo cual generaría déficit en el presupuesto que sería cubierto con saldos de balance de años previos. Al respecto, la Gerencia de Presupuesto, con Carta N° 41-GP-GCPP-ESSALUD-2019 informa que durante el año 2018 se obtuvo el - 0.11% de déficit del presupuesto institucional, porque los egresos fueron S/ 12.6 MM menos que los ingresos, por lo cual se considera que el nivel de avance del indicador es excelente, según rango de criterios de evaluación.

Tabla N° 22: Porcentaje de déficit del presupuesto institucional en ESSALUD durante el año 2018

Detalle	Año 2018
Todos los egresos	11,174,420,080
Todos los ingresos	11,187,019,523
% de déficit del presupuesto institucional	- 0.11%
Meta del indicador (Año 2018)	3.5%
% 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

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

Tabla N° 23: Indicadores del Objetivo Estratégico 4 y Acciones Estratégicas 4.1 y 4.2

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

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021

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

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 a través del correo institucional¹², ha informado que se encuentra dentro del ámbito de la acción estratégica 4.2., siendo 02 los indicadores a ser evaluados (Índice de prevención de la corrupción¹³ e Índice de respuesta frente a la corrupción¹⁴); asimismo, sustenta la necesidad de reformular los citados indicadores y variables aplicadas, para la evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018, conforme a lo siguiente:

- Las fórmulas determinadas para el cálculo de los índices antes descritos, no se ajustan a las acciones que efectivamente realiza la Oficina de Integridad, por tanto, no se pueden medir o cuantificar.
- Las metas planteadas por año de cada indicador apenas son del 15%. Las fórmulas consignadas para obtener estos indicadores no tienen relación con las metas previstas.
- El índice promedio como META para el periodo 2018 es del 94%, porcentaje que resulta imposible alcanzar, considerando que la meta anual por cada índice es sólo del 15%.



¹² externo.macevedo@essalud.gob.pe, de fecha 25.01.2019.

¹³ El indicador busca medir y realizar el seguimiento del desarrollo de herramientas del modelo de prevención que permitan instaurar una cultura de integridad y cumplimiento en el Seguro Social de Salud – EsSalud. Este indicador resume la existencia de instrumentos formales de la transparencia y la prevención de la corrupción en la entidad.

¹⁴ Busca medir la eficacia en la respuesta del Seguro Social de Salud – EsSalud frente a los actos de corrupción.



En ese sentido, concluye que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018. En ese sentido, según rango de criterios de evaluación se considera como sin avance el nivel de cumplimiento del indicador.

2. Porcentaje de ausentismo laboral

• Fórmula:

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

• Avance:

La Gerencia Central de Gestión de las Personas, con Carta N° 526-GCGP-ESSALUD-2019 informó que durante el año 2018 se tuvo 16.69% de ausentismo laboral a nivel nacional, que es el promedio de ausentismo de colaboradores CAS (19.71%) y colaboradores de los regímenes N° 728 y 276 (13.66%).

Según ficha de protocolo del indicador aprobado en el PEI 2017-2021, se debió establecer el basal de la meta del indicador el año 2017, pero hasta la fecha el órgano responsable no ha informado el valor; asimismo, no ha informado el número de horas de ausentismo del periodo 2018 y el número de horas laborales programadas del citado periodo de evaluación. En ese sentido, aplicando la fórmula o método de cálculo del indicador, se considera malo, según criterios de evaluación.

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

• Fórmula:

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

• Avance:

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

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

• Fórmula:

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

• Avance:

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



5. Índice de prevención de la corrupción

• Fórmula:

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

Dónde:

V1: Respuesta oportuna a solicitudes de acceso a la información

V2: Respuesta brindada por el funcionario responsable y facultado

V3: Cumplimiento de la actualización del portal de transparencia.

• Avance:

La Oficina de Integridad a través del correo institucional¹⁵, ha informado que el indicador debe ser reformulado; asimismo, concluye que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018. En ese sentido, según rango de criterios de evaluación se considera como sin avance el nivel de cumplimiento del indicador.

6. Índice de respuesta frente a la corrupción

• Fórmula:

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

Dónde:

V1: Atención de denuncias vinculadas a presuntos hechos de corrupción

V2: Seguimiento de denuncias derivadas para atención

V3: Acciones de información al denunciante sobre el estado de denuncia presentada

• Avance:

La Oficina de Integridad a través del correo institucional¹⁶, ha informado que el indicador debe ser reformulado; asimismo, concluye que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018. En ese sentido, según rango de criterios de evaluación se considera como sin avance el nivel de cumplimiento del indicador.



¹⁵ externo.macevedo@essalud.gob.pe, de fecha 25.01.2019.

¹⁶ externo.macevedo@essalud.gob.pe, de fecha 25.01.2019.



V. PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Tabla N° 24: Principales logros por cada indicador de los Objetivos Estratégicos del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2018

Objetivo Estratégico	Indicador	Logros
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	- Se llevó a cabo una encuesta piloto a 50 pacientes atendidos en consulta externa, de los cuales 25.8 se encuentra satisfecho y 24.2 está insatisfecho.
	Estancia Hospitalaria Diferimiento de citas de consulta externa	- 5.47 días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio, durante el año 2018. - El valor del indicador ha mejorado considerablemente de 12.04 en el primer semestre de 2018 a 11.5 para todo el año 2018.
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa	Tiempo de espera quirúrgico	- 7 actas de compromiso suscritas con las gerencias quirúrgicas de los hospitales nacionales para la movilización de recursos asistenciales y priorización de cirugías ambulatorias. - 15 actas de compromiso suscrito con las Redes Asistenciales para el cumplimiento de las normas de gestión quirúrgica. - La GCOP llevó a cabo 02 capacitaciones a todas las redes asistenciales de Lima y Callao; asimismo, efectuó planes de intervención presencial a los hospitales nacionales de Lima y Callao.
	Gastos Operativos / Ingresos	- El resultado económico en el año 2018 fue positivo (S/ 12.6 MM), debido a los mayores ingresos operativos, principalmente en la recaudación de aportaciones y por la devolución de la recaudación que no fue transferida a EsSalud, y a la cancelación por la Dirección General del Tesoro Público del 2do. tramo de adeudos por aportaciones con deducciones (Ley N° 30880).
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente		
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	- La Oficina de Integridad concluye que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018 ¹⁷ .

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

¹⁷ externo macevedo@essalud gob pe, de fecha 25 01 2019.



Tabla N° 25: Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2018

Acción Estratégica	Indicador	Logros	
		Indicador	Logros
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo		- 53 establecimientos de salud lograron un porcentaje de conclusión superior al 96%.
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio		- La GCAA llevó a cabo una encuesta piloto a 50 pacientes atendidos en consulta externa, de los cuales 25.8 se encuentra satisfecho y 24.2 está insatisfecho.
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo		- 73% de las IPRESS de oferta institucional cuentan con usuarios activos de REGINCIAD, se ha extendido la identificación y registro de los eventos centinela al personal asistencial en general y no solamente al personal de la Oficina de Calidad, a fin de implementar una cultura de prevención del riesgo en todo el personal asistencial.
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente		- 79.31% de los eventos centinela registrados en el 2018, han sido gestionados.
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente		- El Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC) fue implementado en el 100% de las IPRESS con servicio de hospitalización. - La OGcyH capacitó en prácticas seguras (identificación correcta de pacientes) a los siguientes órganos desconcentrados: RA Ayacucho, RA Lambayeque, HNGAI, RA Junín, RA Pasco, RA Ucayali, RA Piura, RP Rebagliati. - 1,422 familias capacitadas en el Programa de Escuela de Familias y Discapacidad. - 2,005 asegurados con discapacidad capacitados por EsSalud en coordinación con Instituciones Educativas Superiores. - La GCPAMyPCD llevó a cabo 184 ferias de exposición y ventas de productos; asimismo, realizó 11 encuentros laborales y de selección de personal a nivel nacional. - La GCPAMyPCD conformó la red de empresas amigas de las personas con discapacidad, integrada por Mi Banco, MAPFRE, Sodimac, Baronei, Sagen Outsourcing Group SAC, Toitus, Empresa Callo Salud SAC y Villa María del Triunfo Salud SAC, Promart, Unicom. - 96% de asegurados con discapacidad encuestados están satisfechos con la atención recibida en los CERPS y MBRPS y lo recomendarían a otra persona; asimismo, 92% refirió que fueron atendidos de forma rápida, con gentileza y calidez.
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Adultos mayores beneficiados con atención integral		- La GCPAMyPCD desarrolló jornadas de atención integral para las personas adultas mayores, en las 3 Redes Prestacionales de Lima y Callao, (9,659 beneficiados) y en 13 Redes Asistenciales de provincia (11,179 beneficiados). - La GCPAMyPCD realizó telegerontología en el CAM Concepción - RA Junín.
	Grado de Resolución del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)		- 41.19% del total de consultas médicas realizadas durante el año 2018, corresponde al primer nivel de atención.
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel		- 19 redes asistenciales (Piura, La Libertad, Loreto, Ucayali, Tacna, Tarapoto, Madre de Dios, Arequipa, Pasco, Huancavelica, Moyobamba, Ancash, Cusco, Huaraz, Tumbes, Cajamarca, Apurímac, Moquegua y Junín), lograron obtener valores menores al basal del año 2017 (de 2.1% al 1%).

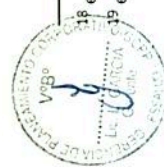
Fuente: Información de los diferentes órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021

Tabla N° 25: Principales logros por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2018

Acción Estratégica	Indicador	Logros	
		Indicador	Logros
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos		- La GCPI logró determinar el valor del indicador a través de los datos con los que cuenta el programa PCOMAN y estimaciones tomadas de otros indicadores de gestión de mantenimiento.
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional		- 98.16% de cobertura de plazas activas a nivel nacional.

	Items de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional	- CEABE dispone de un equipo de monitoreo, que realiza el seguimiento permanente para el abastecimiento de diferentes establecimientos de salud a nivel nacional. - GCTIC realizó la integración de 3 sistemas (SAS, SIAD, SIA), lo cual reduce la documentación administrativa, colas y tiempo de evaluación de los expedientes del subsidio lactancia a pago de 72 horas de recibido la solicitud. - Durante los meses de noviembre y diciembre de 2018, GCTIC realizó la integración de la aplicación institucional SGSS con la aplicación SOL del operador logístico SALOG dentro del marco de la Resolución N° 340-PE-ESSALUD-2018 (26.04.2018). - GCTIC realizó mejoras al Sistema Informático de Administración de Documentos (SIAD), el cual permite realizar la trazabilidad de los documentos internos y gestión de flujos de trabajo propios de la institución.
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	- 135 analistas de costos de los principales hospitales nacionales recibieron asistencia técnica del Sistema de Costos Integrado NSISCOS. - La GP-GCOP, diseñó aplicativos (web y Excel) para implementar el Sistema de Costos NSISCOS, que ha facilitado el proceso de capacitación del personal.
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	- El resultado económico en el año 2018 fue positivo (S/ 12.6 MM).
	Ausentismo laboral	- 16.69% de ausentismo laboral a nivel nacional durante el año 2018.
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	- El área responsable del indicador no ha informado.
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por los colaboradores las que luego de ser evaluadas, serán seleccionadas y se les brindará el apoyo para su implementación	- El área responsable del indicador no ha informado.
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	- La Oficina de Integridad concluye que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018¹⁸.
	Índice de respuesta frente a la corrupción	- La Oficina de Integridad concluye que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018¹⁹.

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



externo macevedo@essalud gob pe, de fecha 25.01.2019.
externo macevedo@essalud gob pe, de fecha 25.01.2019.





VI. PRINCIPALES DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N° 26: Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de los Objetivos Estratégicos del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2018

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	- Financiamiento parcial para cumplir las actividades relacionadas con el indicador - Inexistencia de perfiles técnicos de atención al público (plataforma de atención).	- Gestionar oportunamente los recursos económicos necesarios para el cumplimiento de lo programado anualmente. - Gestionar la inclusión en el manual de perfiles y puestos, el perfil idóneo para el personal de atención al público (plataforma de atención).
	Estancia Hospitalaria	- 25% de los pacientes hospitalizados de larga estancia son adultos mayores pluriatológicos con enfermedades crónicas degenerativas.	- Gestionar la modificación de los indicadores de análisis del indicador; asimismo, considerar la estancia hospitalaria por niveles de atención y grado de complejidad.
	Diferimiento de citas de consulta externa	- Las especialidades médicas y no médicas, no se encuentran estandarizadas por niveles de atención en todas las IPRESS situación que genera un gran diferimiento, especialmente en las IPRESS de mayor complejidad.	- Proponer e implementar estrategias que permita disminuir el número de días calendario transcurrido entre la fecha de la cita indicada para ser atendido en consulta externa y la fecha para la cual es asignada la cita.
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Tiempo de espera quirúrgico	- La fórmula del indicador aprobada en el PEI 2017-2021, genera un resultado distorsionado que no se relaciona con la definición operacional.	- Gestionar, sincerar y actualizar la definición operacional del indicador, así como la fórmula para su cálculo.
	Gastos Operativos / Ingresos	- Limitado coordinación entre las áreas de presupuesto, logística y planeamiento, a nivel desconcentrado, lo cual incide desfavorablemente en la programación del presupuesto asignable (presupuesto a liberar) de manera trimestral, desagregado por fondos financieros, centros gestores y posiciones presupuestales.	- Optimizar los procesos presupuestales en el módulo de presupuesto / SAP-FM, con el fin de hacer más eficiente la gestión presupuestal. La optimización se ha iniciado con la implementación de la "Certificación Presupuestal". - Implementar la Directiva "Normas para la programación del presupuesto asignable o liberado y la certificación presupuestal del Seguro Social de Salud (ESSALUD)". - Implementar la Directiva "Medidas de Austeridad, Racionalidad, Disciplina y Calidad del Gasto del Seguro Social de Salud (EsSalud) para el Año Fiscal 2018".
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	- La Oficina de Integridad considera que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018²⁰.	- La Oficina de Integridad concluye que hay necesidad de reformular los indicadores y variables aplicadas para la evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018²¹.

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



²⁰ externo macevedo@essalud.gob.pe, de fecha 25.01.2019.

²¹ externo macevedo@essalud.gob.pe, de fecha 25.01.2019.



Tabla N° 27: Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2018

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD		OPORTUNIDAD DE MEJORA	
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo.	- Inexistencia de perfiles técnicos de atención al público para el personal de las plataformas de atención.		- Gestionar la inclusión en el manual de perfiles y puestos, el perfil idóneo para el personal de atención al público (plataforma de atención).	
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	- Financiamiento parcial para cumplir las actividades relacionadas con el indicador - Inexistencia de perfiles técnicos de atención al público (plataforma de atención).		- Gestionar oportunamente los recursos económicos necesarios para el cumplimiento de lo programado. - Gestionar que se incluya en el manual de perfiles y puestos, el perfil idóneo para el personal de atención al público (plataforma de atención).	
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo.	- Incipiente cultura de gestión del riesgo en la institución, así como el poco compromiso de los jefes de departamento, servicio y dirección de las IPRESS por la mejora continua. - El sistema REGINCIAD está desactualizado, lo cual limita realizar un mejor registro de la información, para sistematizar la gestión de riesgos, relacionados a la provisión de prestaciones de salud.		- Brindar asistencia técnica y capacitaciones a diversos órganos de la institución, sobre el REGINCIAD y la metodología de gestión de riesgos que se debe seguir para una adecuada identificación, análisis y gestión de los eventos centinela. - Realizar coordinaciones con la GCTIC para mejorar el sistema REGINCIAD y hacerlo más amigable en el uso.	
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	- Alta deserción laboral del personal que administra el SGIC.		- Seguir brindando la asistencia técnica al personal que administra el SGIC y supervisar a las IPRESS que considere relevantes. - Evaluar la posibilidad de actualizar la directiva "Prácticas seguras y gestión del riesgo para la identificación correcta del paciente", para mejorar su implementación.	
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	- Limitado número de personal especializado en los CERPS y MBRPS, a nivel nacional. - Limitadas oportunidades laborales para las personas con discapacidad. - Limitada derivación de asegurados con discapacidad desde los establecimientos de salud, hacia los CERPS y MBRPS, para su rehabilitación profesional y social.		- Gestionar la adecuada dotación de profesionales especializados para los CERPS y MBRPS. - Seguir contribuyendo en la integración laboral de las personas con discapacidad usuarios de los CERPS y MBRPS. - Coordinar con los establecimientos de salud, para que los asegurados con discapacidad sean derivados a los CERPS y MBRPS de manera oportuna.	
	Adultos mayores beneficiados con atención integral	- Profesional que dirigen los CAM han trabajado solo el aspecto social de la atención del asegurado adulto mayor. - Se tiene mayor interés en las atenciones recuperativas.		- Realizar acciones para ampliar la atención integral de los asegurados adultos mayores sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales. - Gestionar se desarrolle prestaciones preventivo - promocional fortaleciendo la atención primaria de salud, a través de diversas estrategias (jornadas integrales, consultas integrales, etc.).	

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





Tabla N° 27: Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2018

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	- Limitada capacidad resolutoria del primer nivel de atención.	- Gestionar la estandarización de especialidades médicas y no médicas, especialmente en las IPRESS el primer nivel de atención.
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	- Se dispone de un Sistema de Gestión Hospitalaria fragmentado y con errores en los registros.	- Realizar el control de calidad previo de la información del Sistema de Gestión Hospitalaria, a fin de emitir una estimación confiable.
	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	- El programa PCOMAN no considera el tiempo de parada del equipo por mantenimiento preventivo, tampoco considera el tiempo desde que se detecta la falla hasta que inicia la ejecución de mantenimiento correctivo. Es decir, el indicador obtenido mediante el programa se encuentra sobre estimado.	- Realizar acciones y/o coordinaciones con las instancias que estime pertinente, para estandarizar los campos inherentes al mantenimiento de equipos biomédicos y electromecánicos; asimismo, llevar un inventario con nomenclatura y definiciones estandarizadas.
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.	- Limitado conocimiento del personal sobre las normas vigentes relacionadas a gestión de recursos humanos.	- Llevar a cabo capacitaciones presenciales y virtuales, orientadas a informar al personal involucrado en recursos humanos, sobre las normas vigentes.
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	- Normas institucionales desactualizadas. - Constantes observaciones de especificaciones técnicas de dispositivos médicos que en su mayoría son derivadas al IETSI para su absorción. - Bloqueo de códigos en el sistema SAP. 2	- Actualizar y reformular las normas vigentes relacionadas a su competencia. - Articular las diferentes áreas para la gestión eficiente en la cadena de suministro de dispositivo médico y productos farmacéuticos. - Gestionar la habilitación de usuarios SAP para los analistas.
	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional.	- Lentitud en los tiempos de respuesta de la página web institucional. - El ancho de banda no está dimensionado con relación a la concurrencia de usuarios en las épocas de alta demanda en procesos de selección soportados por el SISEP.	- Evaluar la restructuración del portal web institucional utilizando metodologías de usabilidad que facilite la lectura y ubicación de los enlaces que se vinculan con las diferentes aplicaciones. - Gestionar la adecuada dotación de personal para el desarrollo y mantenimiento de nuevos aplicativos administrativos.
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	- Personal que administra el sistema de costos de ESSALUD, tiene un limitado conocimiento en tecnologías de la información y ofimática. - No se dispone de la cartera de servicios de Salud actualizada y clasificada por niveles de atención, así como del documento técnico que establezca la utilización de los recursos de manera estándar para determinar costo por actividad médica.	- Asistir técnicamente a las diferentes dependencias de la institución; asimismo, supervisar y monitorear su desempeño relacionado al indicador. - Gestionar la actualización del Software del NSISCOS. - Desarrollar de manera inicial un plan piloto de sistemas de costos por actividad médica.

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



Tabla N° 27: Principales dificultades y oportunidades de mejora por cada indicador de las Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021 correspondiente al año 2018

ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	PRINCIPAL DIFICULTAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	Limitado coordinación entre las áreas de presupuesto, logística y planeamiento, a nivel desconcentrado, lo cual incide desfavorablemente en la programación del presupuesto asignable (presupuesto a liberar) de manera trimestral, desagregado por fondos financieros, centros gestores y posiciones presupuestales.	- Optimizar los procesos presupuestales en el módulo de presupuesto / SAP-FM, con el fin de hacer más eficiente la gestión presupuestal. La optimización se ha iniciado con la implementación de la "Certificación Presupuestal". - Implementar la Directiva "Normas para la programación del presupuesto asignable o liberado y la certificación presupuestal del Seguro Social de Salud (ESSALUD)". - Implementar la Directiva "Medidas de Austeridad, Racionalidad, Disciplina y Calidad del Gasto del Seguro Social de Salud (EsSalud) para el Año Fiscal 2018".
	Ausentismo laboral Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	- No se cuenta con indicadores programados. - El área responsable del indicador no ha informado.	- El área responsable del indicador no ha informado. - El área responsable del indicador no ha informado.
AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por los colaboradores las que luego de ser evaluadas, serán seleccionadas y se les brindará el apoyo para su implementación	El área responsable del indicador no ha informado.	El área responsable del indicador no ha informado.
	Índice de prevención de la corrupción	La Oficina de Integridad considera que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018²².	La Oficina de Integridad concluye que hay necesidad de reformular los indicadores y variables aplicadas para la evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018²³.
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de respuesta frente a la corrupción	La Oficina de Integridad considera que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018²⁴.	La Oficina de Integridad concluye que hay necesidad de reformular los indicadores y variables aplicadas para la evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018²⁵.

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



22 externo macevedo@essalud gob pe, de fecha 25.01.2019.
23 externo macevedo@essalud gob pe, de fecha 25.01.2019.
24 externo macevedo@essalud gob pe, de fecha 25.01.2019.
25 externo macevedo@essalud gob pe, de fecha 25.01.2019.



VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- Según criterios de evaluación del presente informe, 11 (44%) indicadores tienen la calificación de excelente, 5 (20%) indicadores tienen la calificación de buenos, 4 (16%) indicadores tienen la calificación de malo y 5 (20%) indicadores no tienen avance (3 indicadores corresponden a la Oficina de Integridad y 2 indicadores de la Gerencia Central de Gestión de las Personas).
- En el proceso de elaboración del presente informe se ha identificado que varios órganos de la institución manifiestan inconformidad sobre la ficha de protocolo de algunos indicadores (Nombre y definición del indicador, fórmula o método de cálculo, programación de las metas, otros.).
- Con Carta Circular N° 047-GCPP-ESSALUD-2018 (07.12.2018), se solicitó información a 11 órganos de la institución para elaborar el informe de evaluación a ser enviado a la Gerencia General, estableciendo como fecha límite el 15.01.2019. Cinco (05) órganos de la institución enviaron información fuera del plazo establecido (Oficina de Integridad, Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Operaciones, CEABE y la Gerencia de Presupuesto-GCPP), lo cual no ha permitido hacer entrega del informe de evaluación a Gerencia General oportunamente, según normativa vigente.
- Sobre el indicador "Índice de satisfacción general" la Gerencia Central de Atención al Asegurado informó que realizó una encuesta piloto a 50 pacientes atendidos en consulta externa, pero tiene planificado realizar una encuesta nacional en enero del año 2019.
- La Gerencia Central de Operaciones informa que la fórmula aprobada en el PEI 2017-2021 del indicador "tiempo de espera quirúrgico", genera un resultado distorsionado que no se relaciona con la definición operacional. Sin embargo, presenta el promedio de días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos durante el año 2018, valor que ha permitido evaluar al indicador para el citado periodo.
- La Gerencia Central de Proyectos de Inversión, responsable del cumplimiento del indicador "Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículo", para la presente evaluación informa que puede evaluar la disponibilidad de equipos médicos y electromecánicos, y no la disponibilidad de vehículos, porque no le corresponde. Sin embargo, con la información facilitada por la citada gerencia central el porcentaje de cumplimiento de las dos variables precitadas alcanzó el nivel de avance excelente, según criterios de evaluación, esa connotación podría estar distorsionada si se evalúa todo el año 2018.
- Tomando en consideración que la evaluación del presente informe corresponde a todo el año 2018, la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos, ha remitido información solo del II semestre del año 2018; sin embargo, con la información facilitada se evaluó el indicador, llegando a excelente el nivel de avance, según criterios de evaluación. Sin embargo, esa categoría podría modificarse si se evalúa todo el año 2018.
- De 376 establecimientos de salud, solo 8 tienen sistema de costos implementado.
- Respecto al indicador "Porcentaje de déficit del presupuesto institucional", no se presentó déficit presupuestal debido a los mayores ingresos y menores gastos de capital, los cuales arrojaron un resultado económico positivo de S/12.6 MM.
- La Oficina de Integridad, informa la necesidad de reformular los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021 que están bajo su responsabilidad ("Índice de integridad institucional", "Índice de prevención de la corrupción", "Índice de



respuesta frente a la corrupción”), concluyendo que no resulta viable realizar una evaluación del periodo 2018.

- La Gerencia Central de Gestión de las Personas informa que en el año 2018 se tuvo 16.69% de ausentismo laboral a nivel nacional, pero según ficha de protocolo del indicador “Porcentaje de ausentismo laboral”, no ha remitido información sobre el valor basal (año 2017), ni información según la fórmula aprobada en la citada ficha. Entonces, se ha considerado como malo el nivel de avance del indicador según criterios de evaluación.

Por otro lado, la Gerencia Central de Gestión de las Personas no ha remitido información sobre dos (02) indicadores “Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño” y “Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos”.

7.2. Recomendaciones

- Los órganos de la institución responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2017-2021, deben revisar y evaluar la ficha de protocolo del indicador bajo su responsabilidad, y de encontrar debilidades y/o errores en su contenido, deberán presentar su propuesta de modificación a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, con el debido sustento técnico conforme a lo establecido en el ítem 4.5 de la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 “Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del seguro Social de Salud - ESSALUD”, acción que permitirá gestionar su modificación y posterior aprobación por Consejo Directivo, de ser necesario. En tal sentido, mientras no se disponga del documento modificado aprobado por Consejo Directivo, la evaluación deberá seguir realizándose conforme al PEI 2017-2021 de ESSALUD vigente.
- Conforme a la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 “Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional del seguro Social de Salud - ESSALUD”, la evaluación del PEI 2017-2021 se realiza al 30 de junio (evaluación del primer semestre) y 31 de diciembre (evaluación del periodo anual). Para lo cual cada órgano responsable del cumplimiento de los indicadores aprobados en el citado documento de gestión deberá remitir información a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto a los diez (10) días hábiles posteriores al cierre de cada periodo, debido que el informe semestral será enviado por la citada gerencia central a la Gerencia General dentro de los treinta (30) días calendarios posteriores al cierre de cada semestre.
- Sobre los indicadores “índice de satisfacción general” y “porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio”, se recomienda a la Gerencia Central de Atención al Asegurado en el cumplimiento de sus funciones, gestionar diligentemente el cumplimiento de dichos indicadores, con la finalidad de conocer el nivel de satisfacción en todos los servicios que se brinda a nivel nacional, lo cual contribuirá a una adecuada toma de decisiones de la Alta Dirección.
- Con respecto al indicador “Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado en EsSalud”, se recomienda a la Gerencia de Presupuesto gestionar diligentemente el cumplimiento del indicador, implementado estrategias y/o realizar coordinaciones con los diferentes órganos de la institución involucrados.





VIII. DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA



ANEXOS



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

Objetivo Estratégico	Indicador	Meta				% de avance del Indicador Año 2018	Fuente de datos	Fuente de verificación	Responsable
		Programado		Ejecutado					
		Año 2017	Año 2018	Año 2017*	Año 2018				
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	78.00%	81.00%	0.00%	0.00%	0.00%	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Carta N° 53-GCAA-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Estancia Hospitalaria	4.7	4.2	5.39	5.47	76.78%	Sistema Estadístico de Salud (SES)	Carta N° 33-GOPTE-GCOP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Operaciones
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Diferimiento de citas de consulta externa	11	10	13	11.50	86.96%	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS), Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SISCAP)	Carta N° 33-GOPTE-GCOP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Operaciones
	Tiempo de espera quirúrgico	80	75	60.95	98	76.53%	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS)	Carta N° 33-GOPTE-GCOP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Operaciones
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	99%	97%	97.70%	96.71%	100.00%	SAP	Carta N° 41-GP-GCPP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional	90%	94%	45%	Sin avance	Sin avance	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción	extemo.macevedo@essalud.gob.pe (25.01.2019)	Oficina de Integridad**

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

Nota:
 * Valores obtenidos del Informe de Evaluación del PEI 2017-2021, correspondiente al año 2017
 ** Se actualizó el Órgano responsable, según funciones consignadas en la Resolución N° 539-PE-ESSALUD-2017 (14.08.2017)



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

ANEXO N° 01: Matriz de Monitoreo y Seguimiento de Resultados Estratégicos									
Acción Estratégica	Indicador	Meta				% de avance del Indicador Año 2018	Fuente de datos	Fuente de verificación	Responsable
		Programado		Ejecutado					
		Año 2017	Año 2018	Año 2017*	Año 2018				
AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo	95%	96%	87.82%	89.08%	92.79%	Sistema de información de atención al asegurado	Carta N° 53-GCAA-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio	15%	16%	0.00%	0.00%	0.00%	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Carta N° 53-GCAA-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo.	60%	70%	13%	79.31%	100.00%	Sistema de registro, notificación y procesamiento de incidentes y eventos adversos (REGINCIAD)	Carta N° 24-OGCyH-PE-ESSALUD-2019	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente	Implementación	20%	90%	88.77%	100.00%	Sistema de gestión de indicadores de calidad	Carta N° 24-OGCyH-PE-ESSALUD-2019	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	1,825	2,008	1,561	1,806	89.94%	Reporte mensual de CERPS y MBRPS	Carta N° 42-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
	Adultos mayores beneficiados con atención integral	9.78%	10.76%	9.78%	23.22%	100.00%	Reportes estadísticos de cada Red consolidados por la Gerencia de la Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales	Carta N° 42-GCPAMyPCD-ESSALUD-2019	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

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

Nota:

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



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

Acción Estratégica	Indicador	Meta				% de avance del indicador Año 2018	Fuente de datos	Fuente de verificación	Responsable
		Programado		Ejecutado					
		Año 2017	Año 2018	Año 2017*	Año 2018				
AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolución del Primer Nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)	42%	50%	41.31%	41.19%	82.39%	Sistema Estadístico de Salud (SES)	Carta N° 33-GOPTE-GCOP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Operaciones
	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel	2.27%	2.25%	2.27%	2.33%	96.57%	Registros transaccionales del Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), Sistema de Gestión de Servicios de Salud (SGSS), Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SISCAP)	Carta N° 134-GCPS-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos	20%	40%	0%	94.72%	100.00%	Física: OTMs (Orden de trabajo de mantenimiento) con información parcial	Carta N° 189-GCPI-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Proyectos de Inversión
	Porcentaje de cobertura de plazas (puestos laborales) activas a nivel nacional.	95%	96%	95.29%	98.16%	100.00%	Sistema de Consulta de Planillas, Sistema de Administración de Personal y el Sistema de Selección de Personal (SISEP)	Carta N° 526-GCGP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Ítems de bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes	<10%	<6%	Sin Información	< 3.57%	100.00%	Sistema SAP	Carta N° 301-CEABE-ESSALUD-2019	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos

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

Dónde:

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



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

Acción estratégica	Indicador	Meta				% de avance del indicador Año 2018	Fuente de Datos	Fuente de Verificación	Responsable
		Programado		Ejecutado					
		Año 2017	Año 2018	Año 2017*	Año 2018				
AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional.	5.00%	10.00%	9.09%	13.64%	100.00%	Inventario de Sistemas de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones	Carta N° 162-GCTIC-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	5%	15%	0.26%	2.13%	14.20%	SISCOS	Carta N° 41-GP-GCPP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional	5.0%	3.5%	0.58%	-0.11%	100.00%	SAP	Carta N° 41-GP-GCPP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Porcentaje de ausentismo laboral	Basal	0.90 x Basal	S.I.	16.69%	0.00%	Reporte de asistencia de las oficinas de personal de los órganos desconcentrados, órgano prestador nacional y órgano central	Carta N° 526-GCGP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	Modelos, normas de aplicación y formatos	3%	0%	Sin información	0.00%	Fichas de evaluación de desempeño	Carta N° 526-GCGP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Gestión de las Personas
	Iniciativas de proyectos de mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos	Diseño del Programa	2	0%	Sin información	0.00%	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentaria a nivel nacional. Relación de mejoras implementadas en las diferentes dependencias	Carta N° 526-GCGP-ESSALUD-2019	Gerencia Central de Gestión de las Personas

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

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



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

Acción Estratégica	Indicador	Meta				% de avance del indicador Año 2018	Fuente de Datos	Fuente de Verificación	Responsable
		Programado		Ejecutado					
		Año 2017	Año 2018	Año 2017*	Año 2018				
AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción	10.00%	15.00%	87.10%	Sin avance	Sin avance	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción	externo macevedo@essalud.gob.pe (25.01.2019)	Oficina de Integridad**
	Índice de respuesta frente a la corrupción	10.00%	15.00%	3.00%	Sin avance	Sin avance	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción	externo macevedo@essalud.gob.pe (25.01.2019)	Oficina de Integridad**

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

Nota:

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

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



CARTA N° 53 -GCAA-ESSALUD-2019

Lima,

08 ENE 2019

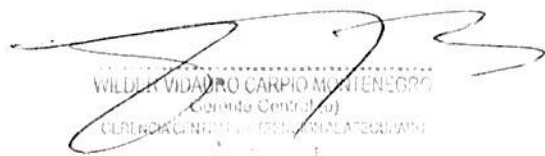
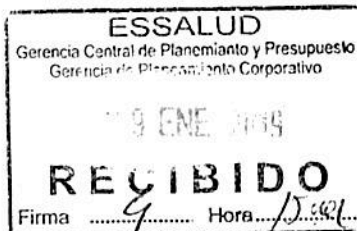
Señor

WILLIAM CUBA ARANAGerente Central de Planeamiento y Presupuesto
Presente.-**Asunto:** Remito Informe sobre Acciones Estratégicas del PEI 2017-2021.**Referencia:** Carta Múltiple N° 107-GCPP-ESSALUD-2018

Es grato dirigirme a su Despacho con relación al documento de la referencia, para hacerle llegar el informe sobre las acciones estratégicas del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2021 correspondiente a la Gerencia Central de Atención al Asegurado, de acuerdo a lo solicitado con el documento de la referencia.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,


WILDER VIDAR CARPIO MONTENEGRO
Gerente Central (a)
Gerencia Central de Atención al Asegurado

WCM/JTE/lmc

Folios (16)

NIT	178	2018	46534
-----	-----	------	-------



Año de la lucha contra la corrupción e impunidad

CARTA N° 33 GOTPE -GCOP - ESSALUD- 2019

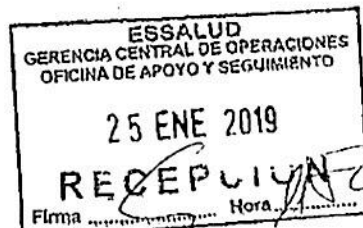
Lima, 25 ENE 2019

Señor.

MANUEL SANTIAGO HUAMAN MIRANDA

Jefe de la Oficina de Apoyo y Seguimiento

Presente.-



Asunto : Evaluación del Plan estratégico Institucional (PEI) 2017-2021, correspondiente al periodo 2018

Referencia : Circular N° 03 - GCOP-ESSALUD-2019

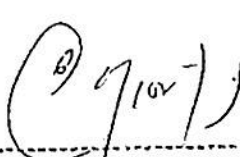


Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en atención al asunto remitirle el informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de salud - EsSalud 2017 - 2021, correspondiente al periodo 2018.

En tal sentido, adjunto el Anexo N° 1, conteniendo los ítems solicitados, en relación a los indicadores de evaluación, conforme a nuestras competencias.

Atentamente,




EDGARD LINDON MIGUEL SICCHA
GERENTE DE OPERACIONES TERRITORIALES
GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES
EsSalud

CARTA N° 41 -GP-GCPP-ESSALUD-2019

Lima, 23 ENE. 2019

Licenciada
LIZETH GARCIA OLIVARES
Gerente de la Planeamiento Corporativo
Presente. -

Asunto : Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2017 – 2021,
correspondiente al periodo 2018

Referencia : Carta Circular N° 047-GCPP-ESSALUD-2018

Me dirijo a usted, en atención al documento de la referencia, mediante el cual solicita el informe de evaluación anual 2018 del Plan Estratégico Institucional 2017 – 2021.

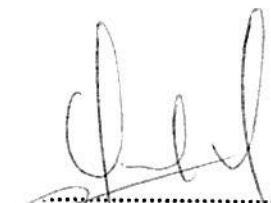
Al respecto, en atención a lo solicitado, se remite lo correspondiente a los siguientes indicadores:

1. Gastos Operativos / Ingresos
2. Porcentaje de déficit del presupuesto institucional
3. Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado

Finalmente, precisamos que los indicadores al correspondientes a la Sub Gerencia de Proceso Presupuestal, requieren de la información presupuestal al cierre del periodo 2018, la cual estará disponible en el mes de marzo del presente año, según Directiva de Gestión Empresarial de FONAFE.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



CPC MARCO MORENO INFANTE
GERENTE DE PRESUPUESTO
GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
ESSALUD

MMI/EYCH/rrq
c.c. Gerencia de Presupuesto

Milagros Ramos Bazan

De: Acevedo Palomino Maria Cecilia <externo.macevedo@essalud.gob.pe>

Enviado el: viernes, 25 de enero de 2019 20:03

Para: maria.bustamante@essalud.gob.pe; milagros.ramosb@essalud.gob.pe

CC: Mendieta Barrera Tatiana

Asunto: PEI 2017-2021 - Evaluación Periodo 2018 - OFIN

Importancia: Alta

Estimadas Maria y Milagros

La Oficina de Integridad, se encuentra dentro del ámbito de la acción estratégica 4.2. "Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción" y los indicadores a ser evaluados son los siguientes:

- Índice de prevención de la corrupción; este indicador busca medir y realizar el seguimiento del desarrollo de herramientas del modelo de prevención que permitan instaurar una cultura de integridad y cumplimiento en el Seguro Social de Salud – EsSalud. Este indicador resume la existencia de instrumentos formales de la transparencia y la prevención de la corrupción en la entidad.

- Índice de respuesta frente a la corrupción; busca medir la eficacia en la respuesta del Seguro Social de Salud – EsSalud frente a los actos de corrupción.

En la reunión sostenida el día de hoy, viernes 25 de enero, en el despacho de la Gerente de Planeamiento Corporativo de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Lizeth García, en la que sustentamos la necesidad de reformular los indicadores y variables aplicadas para la evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018, exponiendo lo siguiente:

- Las fórmulas determinadas para el cálculo de los índices antes descritos, no se ajustan a las acciones que efectivamente realiza esta Oficina, por tanto no se pueden medir o cuantificar.
- Las metas planteadas por año para cada indicador apenas son del 15%. Las fórmulas consignadas para obtener estos indicadores no tienen relación con las metas previstas.
- El índice promedio como META para el periodo 2018 es del 94%, porcentaje que resulta imposible alcanzar, considerando que la meta anual por cada índice es sólo del 15%

En tal sentido, de acuerdo a lo expuesto, se acordó que no resulta viable realizar una evaluación del PEI 2017-2021, periodo 2018.

Por tanto, éste despacho estará remitiendo un informe con el debido sustento técnico el día Lunes 28.

Saludos Cordiales,

CPC. Cecilia Acevedo Palomino

Administradora
Oficina de Integridad

Essalud

Teléfono: (51 -1) 265-6000 Anexo: 1145

Email: externo.macevedo@essalud.gob.pe

CARTA N° 24 -OGCyH-PE-ESSALUD-2019

Lima, 07 ENE. 2019

Señor:

WILLIAM JESÚS CUBA ARANA

Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto
Presente.-Asunto : Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017 – 2021
correspondiente al periodo 2018

Referencia : Carta Circular N° 047-GCPP-ESSALUD-2018

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente en atención al documento de la referencia, con el que solicita remitir la información referida al cumplimiento de los indicadores del PEI 2017 – 2021 de EsSalud, para el informe de evaluación que realizará su Gerencia Central correspondiente al periodo 2018.

Al respecto, corresponde a mi oficina efectuar la medición y análisis de cumplimiento de dos indicadores: **Eventos centinela gestionados a tiempo** y **Pacientes correctamente identificados según directiva vigente**, por tanto, atendiendo lo solicitado, adjunto al presente los siguientes documentos emitidos por la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención, que dan cuenta del cumplimiento de los referidos indicadores:



- Informe N° 001-GSPHA-OGCYH-PE-ESSALUD-2019, sobre la evaluación anual 2018 correspondiente al indicador **"Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente"**, que señala haber alcanzado el 89% de cumplimiento de esta práctica segura.
- Informe N° 002-GSPHA-OGCYH-PE-ESSALUD-2019, sobre la evaluación anual 2018 correspondiente al indicador **"Porcentaje de eventos centinela gestionados a tiempo"**, que señala haber alcanzado el 79% de cumplimiento de este indicador.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


PATRICIA ROSARIO PIMENTEL ALVAREZ
Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (e)
Presidencia Ejecutiva
ESSALUD



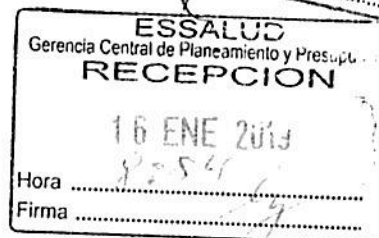
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



CARTA N° 92 -GCPAMyPCD-ESSALUD-2019

Lima, 16 ENE. 2019

Señor
WILLIAM CUBA ARANA
Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto
Presente.-



Asunto : Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2021 correspondiente al período 2018

Referencia : Carta Circular N° 047-GCPP-ESSALUD-2018

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente, y en atención al documento de la referencia, remitir a su Despacho, el expediente de Evaluación del Plan Estratégico Institucional PEI 2017-2021, correspondiente al período 2018, que contempla el nivel de cumplimiento de la Acción Estratégica AE 1.1 "Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado", a través de los siguientes indicadores:



- Personas con Discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.
- Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral

Cabe mencionar, que se ha remitido previamente, la información solicitada de manera digital a los siguientes correos electrónicos:



- maria.bustamantes@essalud.gob.pe
- milagros.ramosb@essalud.gob.pe

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente.

Dr. LUIS QUIROZ AVILES

Gerente Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
ESSALUD

LQA/SGM/VVS
NIT 104-2018-067

CAR. PROJ., 92 OAS-GCPAMyPCD-2019

www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
Tel.: 265-6000 / 265-7000

CARTA N° 134 -GCPS-ESSALUD-2019

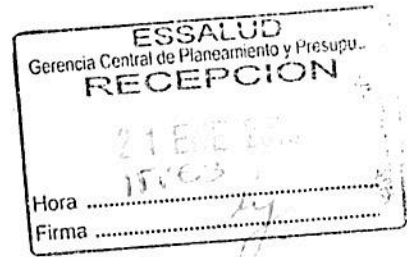
Lima,

21 ENE 2019

Ingeniero

WILLIAM CUBA ARANA

Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

Presente.

Asunto: Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2021, correspondiente al período 2018.

Referencia: a) CARTA CIRCULAR N°47-GCPP-ESSALUD-2018
b) CARTA N°1394-GCPS-ESSALUD-2018
c) Correo electrónico

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y remitirle a su despacho la Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017 – 2021, correspondiente al período 2018, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, en la acción estratégica AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención de salud con el indicador: Porcentaje de hospitalización evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel.

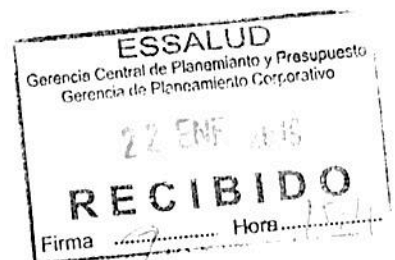
Así mismo precisar que esta información se remitió a los correos de maria.bustamantes@essalud.gob.pe y milagros.ramosb@essalud.gob.pe.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, quedo de ustedes.

Atentamente,



Dr. CESAR E. CARREÑO DIAZ
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD



CECD/RJRT/YSU/ddm
NIT: 104-2018-067
Pry. 12 OIIS
Fol. 11

CARTA N° 189 -GCPI-ESSALUD-2019

Lima, 13 ENE 2019

Ing. WILLIAM JESÚS CUBA ARANA
Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto
Presente. -

ASUNTO : Evaluación del cumplimiento del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017 – 2021, correspondiente al periodo 2018.

REFERENCIA : a) Carta Circular N°047-GCPP-ESSALUD-2018
b) Carta N° 94-GEP-GCPI-ESSALUD-2019

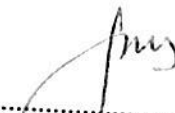
Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y en atención a su carta circular indicada en la referencia a), mediante la cual la Gerencia Central a su cargo solicita remitir la evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud – ESSALUD 2017- 2021, correspondiente al 2018.

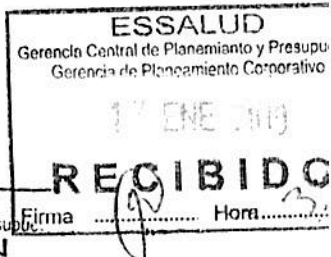
Al respecto, considerando lo informado por la Gerencia de Ejecución de Proyectos mediante documento de la referencia b), se remite adjunto un cuadro con la evaluación del cumplimiento del PEI 2017 -2021, periodo 2018, en lo que se refiere al indicador "Porcentaje de Disponibilidad de Equipos Médicos, Electromecánicos y Vehículos" elaborado por la Subgerencia de Mantenimiento, área responsable de su ejecución.

Asimismo, cabe indicar que la información fue remitida vía correo electrónico el día 15.01.2019, el mismo que se adjunta a la presente.

Sin otro particular, quedo de usted.

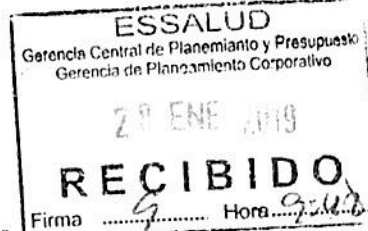
Atentamente,


JUAN JOSE BOBADILLA AGUILAR
Gerente Central de Proyectos de Inversión
EsSalud





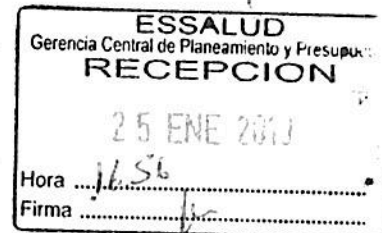
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"



Carta N° 526 -GCGP-ESSALUD-2019

Lima,

Señor
WILLIAM JESUS CUBA ARANA
Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto
Presente. -



- Asunto : Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017 - 2021 correspondiente al periodo 2018.
- Referencia : a. Memorándum Múltiple N° 051-GG-ESSALUD -2018
b. Carta Circular N° 047-GCPP-ESSALUD-2018
c. Carta N° 56-SGPRH-GPORH-GCGP-ESSALUD-2019
d. Carta N° 59-SGGI-GPORH-GCGP-ESSALUD-2019



Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y, con relación a los documentos de la referencia remitir a su despacho la Evaluación de los cuatro indicadores aprobados para el periodo 2018 en el Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021 de la Gerencia Central de Gestión de las Personas.

Asimismo, el mencionado informe, se ha remitido vía correo electrónico a las direcciones indicadas en el documento de referencia (b).

Atentamente,



JORGE PERLACIOS VELASQUEZ
GERENTE CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS
ESSALUD

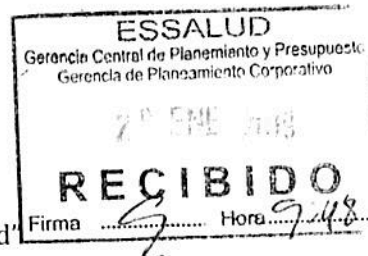
JPV/eeam
C.c. OAyCG

NIT: 104-2018-067

F: 22



"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"



Carta N° 301 -CEABE-ESSALUD-2019

Lima,

25 ENE 2019



Ing.

WILLIAM CUBA ARANA

Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto - Essalud

Presente. -

Asunto: Remisión de Información por Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017- 2021 – II Semestre 2018

Referencia: a) Carta Circular N° 047-GCPP-ESSALUD-2018
b) Carta N° 196-OA-CEABE-ESSALUD-2018
c) Carta N° 232-GECBE-CEABE-ESSALUD-2019

Es grato dirigirme a usted a fin de saludarlo cordialmente y al mismo tiempo indicarle que con documento de la referencia a), vuestro despacho solicito al CEABE "La evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI- 201 II Semestre 2018).

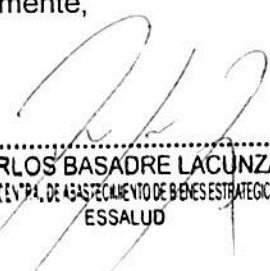
En virtud a lo expuesto en el párrafo anterior la Oficina de Administración a mi cargo con documento de la referencia b), solicitó a la Gerencia de Estimación y Control de Bienes Estratégicos cumpla con remitir la información del 2do semestre 2018 del PEI en lo que corresponde al CEABE producto de lo cual se recibió:

- La carta de la referencia c), la misma que contiene los ítems de bienes estratégicos (dispositivos médicos y productos farmacéuticos) con cobertura menor a 30 días.

Por lo expuesto cumplimos con remitir la información contenida en la carta de la referencia c) para los fines que el caso amerita.

Agradeciendo la atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,


CARLOS BASADRE LACUNZA
GERENTE CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DE BIENES ESTRATEGICOS (G) ESSALUD

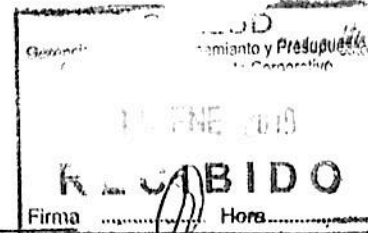
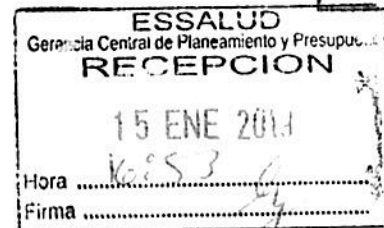
CBL/APR/rab
NIT: 104-2013-67
Pag. 19 OA

"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

Carta No. **162** -GCTIC-ESSALUD-2019

Lima, **15 ENE. 2019**

Señor
WILLIAM JESUS CUBA ARANA
Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto
Presente.



Asunto: Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017 – 2021, correspondiente al periodo 2018.

Referencia: Carta Circular N° 047-GCPP-ESSALUD-2018

Me dirijo a usted saludándolo cordialmente, para remitir adjunto la información solicitada mediante documento de la referencia, a través del cual, indica que en el presente mes su Despacho elaborará el Informe de Evaluación del PEI 2017 -2021 a fin de remitir a Gerencia General.

Al respecto, dando cumplimiento a lo indicado en el asunto se está alcanzando la información que compete a la Gerencia Central de Tecnología de Información y Comunicaciones, dicha información también se ha enviado vía digital a las cuentas maria.bustamantes@essalud.gob.pe y milagros.ramosb@essalud.gob.pe.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



JAP/EGR/ss
NIT: 104-2018-067
Folios (**22**)



Ing. JAVIER ALFARO PIZARRO
Gerente Central
Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
ESSALUD