

INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2026-2030

(AL PRIMER SEMESTRE DEL 2026)

Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

Gerencia de Planeamiento Corporativo

Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión

CONTENIDO

1.	PRESENTACIÓN.....	3
2.	RESUMEN EJECUTIVO.....	7
3.	MARCO ESTRATÉGICO.....	9
4.	RESULTADO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR CADA INDICADOR PROGRAMADO, DE ACUERDO A LA UNIDAD DE MEDIDA ESTABLECIDA.....	11
5.	TENDENCIA RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR.....	100
6.	PRINCIPALES LOGROS POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	103
7.	PRINCIPALES LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA 116	
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	136
8.	ANEXO.....	141

INFORME DE EVALUACIÓN SEMESTRAL DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2026-2030 CORRESPONDIENTE AL I SEMESTRE DE 2026

I. PRESENTACIÓN

El Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026-2030 de EsSalud, correspondiente al I semestre de 2026, comprende el análisis del desempeño estratégico institucional orientado a determinar el nivel de avance alcanzado durante los primeros seis meses del ejercicio anual y a generar información útil para la toma de decisiones y la conducción de la gestión durante el segundo semestre.

La evaluación se realiza desde una perspectiva estrictamente estratégica; por tanto, el análisis no se circunscribe a verificar la ejecución de actividades o la generación de productos durante el semestre, sino que determina si la evidencia disponible permite acreditar, en cada caso, un resultado que cumpla las condiciones establecidas para el indicador. Cuando las acciones ejecutadas aún no configuran un resultado estratégico susceptible de medición, se reconocen como avances de gestión que contribuyen al OEI o AEI correspondiente, sin que ello implique atribuirles automáticamente el cumplimiento del indicador. Este criterio se aplica de manera uniforme en todo el informe: los avances operativos o preparatorios se consideran elementos explicativos del desempeño, pero no modifican el resultado estratégico mientras no reúnan las condiciones previstas en la respectiva ficha técnica.

Durante el proceso de cierre se incorporó la información correspondiente a cinco indicadores bajo responsabilidad de la Gerencia Central de Operaciones (GCOP): diferimiento de consulta externa médica y no médica, extensión de uso, atención oportuna de la población asegurada con diagnóstico de cáncer, espera para intervención quirúrgica y cumplimiento de indicadores para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud. Su incorporación permite una lectura más completa de las dimensiones de acceso, oportunidad y capacidad de respuesta de las prestaciones, sin perjuicio de las observaciones de consistencia y trazabilidad identificadas en determinados indicadores.

Esta lectura integral adquiere especial relevación ante la heterogeneidad de los indicadores que conforman el PEI 2026-2030. El Plan comprende 39 indicadores estratégicos: 4 correspondientes a los OEI y 35 a las AEI, de este total, 36 cuentan con metas programadas para el ejercicio 2026, mientras que 3 no presentan programación para dicho año. En este contexto, la evaluación permite diferenciar los indicadores con resultados favorables, aquellos que presentan brechas respecto de sus metas y aquellos en los que no fue posible acreditar avances al cierre del semestre, debido a la ausencia de resultados, falta de medición, insuficiencia de evidencias o la carencia de información disponible.

En ese sentido, el informe procura trascender una lectura exclusivamente cuantitativa del cumplimiento y ofrecer una visión articulada del desempeño estratégico de EsSalud. Para ello, relaciona los resultados alcanzados con los factores que incidieron en su comportamiento, los avances institucionales registrados, las principales limitaciones identificadas y las acciones requieren atención prioritaria de los órganos responsables durante el segundo semestre de 2026.

La evaluación se configura, así, como un instrumento de seguimiento, retroalimentación y mejora de la gestión estratégica, que permite reconocer los progresos alcanzados, identificar oportunamente las brechas existentes y orientar la toma de decisiones institucionales hacia el cumplimiento de las metas previstas para el cierre del ejercicio y, de manera progresiva, hacia la consecución de los resultados esperados del PEI 2026-2030.

I.1. Objeto del informe

El presente informe tiene por objeto evaluar el desempeño del Plan Estratégico Institucional 2026-2030 de EsSalud al cierre del primer semestre de 2026, mediante el análisis de los resultados y niveles de avance de los indicadores de los Objetivos Estratégicos Institucionales y de las Acciones Estratégicas Institucionales, respecto de las metas establecidas para el ejercicio 2026.

Para tal efecto, la evaluación incluye la verificación de la consistencia de los resultados reportados con las fichas técnicas del PEI y sus respectivos medios de verificación; el análisis de las acciones desarrolladas que contribuyen al logro de los OEI y AEI; la identificación de los principales logros y avances institucionales, así como de las limitaciones que incidieron en el desempeño o en la medición de los indicadores; y la formulación de medidas orientadas a reducir las brechas identificadas durante el segundo semestre.

En ese sentido, la evaluación no se limita a determinar porcentajes de cumplimiento, sino que procura explicar el desempeño estratégico observado y establecer elementos concretos para su mejora. Para ello, diferencia los resultados debidamente acreditados de las actividades, productos o avances preparatorios que contribuyen a la estrategia institucional, pero que aún no configuran, por sí mismos, el cumplimiento de un indicador.

I.2. Alcance

La evaluación abarca el periodo comprendido entre enero y junio de 2026 y considera el desempeño estratégico del PEI 2026-2030 de EsSalud durante al primer semestre del ejercicio.

El análisis comprende los Objetivos Estratégicos Institucionales y las Acciones Estratégicas Institucionales, a través de sus respectivos indicadores. Para la clasificación del desempeño, se consideran únicamente aquellos que cuentan con metas programada para el ejercicio 2026. El PEI contiene 39 indicadores —4 de OEI y 35 de AEI—, de los cuales 36 presentan programación para 2026 y constituyen el universo sujeto a clasificación en la presente evaluación, mientras que los 3 indicadores que no cuentan con programación para dicho ejercicio se mantienen identificados, pero no se incluyen en la determinación de los niveles de avance.

I.3. Base normativa

La evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026-2030, correspondiente al primer semestre de 2026, se realiza en el marco de las disposiciones institucionales que regulan la planificación estratégica, así como el seguimiento y la evaluación de su implementación en el Seguro Social de Salud – EsSalud.

La base normativa y documental principal considerada comprende:

1. Ley N.° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – EsSalud, y su Reglamento, que establece el marco institucional para el cumplimiento de las funciones de la entidad.
2. Ley N.° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y sus modificatorias, en cuanto constituye parte del marco general bajo el cual EsSalud desarrolla las prestaciones y funciones vinculadas con la seguridad social en salud.
3. Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026-2030 del Seguro Social de Salud – EsSalud, aprobado mediante Acuerdo N.° 11-12E-ESSALUD-2025, que establece los Objetivos Estratégicos Institucionales, las Acciones Estratégicas Institucionales, sus indicadores, metas y fichas técnicas para el periodo de planificación.
4. Directiva N.° 04-GG-ESSALUD-2023, “Disposiciones para la formulación, aprobación, evaluación y modificación del Plan Estratégico Institucional (PEI) de EsSalud”, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N.° 910-GG-ESSALUD-2023 y modificada por Resolución de Gerencia General N.° 2062-GG-ESSALUD-2024. La Directiva establece, entre otros aspectos, la estructura del Informe de Evaluación del PEI y sus Anexos 9, 10 y 11.
5. Memorando Múltiple N.° 000072-GCPP-ESSALUD-2026, de fecha 18 de junio de 2026, mediante el cual la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto solicitó a los órganos responsables la información actualizada, validada y sustentada para la evaluación de los indicadores y metas del PEI correspondiente al I semestre de 2026.
6. Fichas técnicas de los indicadores del PEI 2026-2030, que constituyen la referencia metodológica específica para la determinación de las variables, fórmulas de cálculo, sentido esperado, periodicidad, fuentes de información, responsables y metas de cada indicador.

II. RESUMEN EJECUTIVO

Al cierre del primer semestre de 2026, la evaluación del PEI 2026-2030 evidencia un desempeño estratégico heterogéneo. De los 36 indicadores con programación para 2026, 9 (25,00 %) alcanzan el nivel “Excelente”, 1 (2,78 %) se ubica en “Regular”, 9 (25,00 %) en “Malo” y 17 (47,22 %) permanecen “Sin avance”; no se registran indicadores en el nivel “Bueno”. El promedio aritmético simple de avance de los 36 indicadores es 36,34 %, correspondiente al nivel “Malo”. En consecuencia, 26 indicadores (72,22 %) se concentran en las categorías “Malo” o “Sin avance” y constituyen el principal foco de atención del II semestre.

Entre los resultados favorables destaca el OEI 1, cuyo indicador de satisfacción del asegurado alcanzó un valor de 69,85 % frente a una meta anual de 70 %, equivalente a 99,78 % de avance. Asimismo, se obtuvieron resultados favorables en la aprobación de Carteras de Servicios de Atención Primaria —64 IPRESS, superando la meta anual del indicador—; en prestaciones económicas, cuyo indicador alcanzó 89,21 % frente a una meta de 88 %; en madurez de innovación digital, con el cumplimiento de las 19 variables previstas para 2026; en gestión del rendimiento, con 98,7 %; y otros avances en equipamiento biomédico, inclusión laboral, prestaciones sociales, gobernanza de datos, integridad y gestión institucional. Estos resultados constituyen activos de gestión, pero deben sostenerse y ampliarse para que su efecto alcance de manera homogénea a las Redes e IPRESS.

El diferimiento de consulta médica alcanzó 94,54 % de avance y el no médico 100 %; la espera quirúrgica alcanzó 98,71 %; sin embargo, la extensión de uso alcanza un 64,82 % y el indicador de evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud un 30,30 %. En atención oncológica no se acredita aún un resultado conforme a ficha por limitaciones de trazabilidad y consistencia del universo reportado. Esta evidencia obliga a interpretar el favorable resultado de satisfacción del OEI 1 junto con las brechas de acceso, oportunidad y heterogeneidad territorial, especialmente en Redes de alto volumen.

El segundo frente crítico corresponde a la capacidad institucional para medir y conducir la estrategia. El OEI 2 continúa sin resultado acreditado por las brechas de información económico-financiera; el OEI 3, con los resultados actualizados de sus trece indicadores aplicables, alcanza 23,61 % y se mantiene en nivel “Malo”; y el OEI 4 no dispone aún de una medición validable de clima laboral. Por ello, la agenda del segundo semestre debe operar en dos planos simultáneos: recuperar el desempeño de los indicadores con brecha y cerrar las brechas de medición, calidad de datos y evidencia. Las medidas priorizadas en el informe deben ser tratadas como compromisos de gestión, con seguimiento ejecutivo, alertas tempranas y escalamiento oportuno de restricciones que requieran decisión de la Alta Dirección.

Aspecto	Resultado
OEI evaluados	4 OEI. OEI 1: 99,78 % – Excelente; OEI 2: 0 % – Sin avance; OEI 3: 23,61 % – Malo; OEI 4: 0 % – Sin avance.
AEI evaluadas	13 AEI, mediante 35 indicadores. Para 2026, 32 indicadores de AEI cuentan con programación y 3 no presentan meta. Distribución de los 32 programados: 8 Excelente, 1 Regular, 8 Malo y 15 Sin avance.
Indicadores en nivel Excelente	9 de 36 indicadores (25,00 %), clasificados en nivel Excelente.
Indicadores con brecha crítica	26 de 36 indicadores (72,22 %): 9 en nivel Malo y 17 Sin avance.
Avance global del PEI	36,34 % – nivel “Malo”, calculado como promedio aritmético simple de los porcentajes de avance de los 36 indicadores con programación para 2026.

III. MARCO ESTRATÉGICO

El marco estratégico de referencia para la presente evaluación corresponde al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026-2030 del Seguro Social de Salud – EsSalud, aprobado por el Consejo Directivo mediante Acuerdo N.º 11-12E-ESSALUD-2025. Este instrumento establece la visión y misión institucional, así como cuatro Objetivos Estratégicos Institucionales (OEI) y trece Acciones Estratégicas Institucionales (AEI), que orientan la gestión institucional de la entidad durante el horizonte 2026-2030.

Los cuatro OEI fueron formulados en articulación con los principales instrumentos de política y planeamiento al alcance sectorial y nacional. El PEI comprende un OEI de tipo I, de naturaleza misional y directamente orientado a las prestaciones que reciben los asegurados, y tres OEI de tipo II, relacionados con sostenibilidad financiera, modernización de la gestión y desarrollo del talento humano, que representan las capacidades institucionales necesarias para sustentar el logro del objetivo misional.

III.1. Visión institucional

“Al 2030, EsSalud será una entidad aseguradora y prestadora sostenible financieramente, centrada en el asegurado, que prioriza la atención primaria de salud con un primer nivel de atención fortalecido, reconocida por su excelencia, integridad, atención humanizada, alta especialización, investigación y docencia.”

III.2. Misión institucional

“Brindar aseguramiento y prestaciones de salud, económicas y sociales sostenibles para el cuidado integral de nuestros asegurados, con talento humano especializado y un enfoque de modernización, innovación y eficiencia de la gestión, que promueva la accesibilidad, la inclusión, la equidad, la oportunidad, la pertinencia y la calidad de los servicios, así como un trato humanizado con integridad.”

III.3. Objetivos Estratégicos Institucionales

El PEI 2026-2030 establece cuatro Objetivos Estratégicos Institucionales. El OEI 1 representa el resultado misional directamente relacionado con las prestaciones otorgadas a la población asegurada; los OEI 2, 3 y 4 fortalecen las condiciones financieras, institucionales y de talento humano que permiten sostener dicho resultado.

Código	Objetivo Estratégico Institucional
OEI 1	Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
OEI 2	Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional.
OEI 3	Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud.
OEI 4	Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional.

III.4. Acciones Estratégicas Institucionales

Las trece (13) AEI constituyen los medios estratégicos mediante los cuales EsSalud desarrolla los cuatro (04) OEI. Su formulación desagrega la estrategia en ámbitos específicos de intervención y permite vincular cada objetivo con indicadores que muestran avances, brechas y condiciones habilitantes para la obtención de resultados.

Código	Acción Estratégica Institucional	OEI vinculado
AEI 1.1	Carta de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.	OEI 1
AEI 1.2	Capacidad resolutoria fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad.	
AEI 1.3	Prestaciones económicas otorgadas oportunamente con validación del derecho al pago hacia los asegurados.	
AEI 1.4	Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad.	
AEI 2.1	Ingresos que garanticen el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.	OEI 2
AEI 2.2	Mecanismos de pago basados en un sistema de costos prestacionales estandarizado e implementado, que permitan una gestión eficiente y sostenible de los gastos en todos los niveles de atención.	
AEI 2.3	Sistema de auditoría de seguros que garantice la optimización de la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.	
AEI 3.1	Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la gestión por procesos y la gestión del conocimiento.	OEI 3
AEI 3.2	Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital.	
AEI 3.3	Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de mecanismos de integridad y gestión de riesgos.	
AEI 3.4	Inversiones hospitalarias de EsSalud para la mejora de la gestión institucional.	
AEI 3.5	Sistema de Monitoreo y Evaluación del desempeño Institucional fortalecido.	
AEI 4.1	Talento humano institucional con bienestar integral y satisfacción laboral fortalecidos.	OEI 4

IV. RESULTADO DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES PROGRAMADOS

La evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026–2030 de EsSalud, correspondiente al primer semestre de 2026, analiza el desempeño de los indicadores establecidos de los Objetivos Estratégicos Institucionales (OEI) y las Acciones Estratégicas Institucionales (AEI), con la finalidad de determinar sus resultados y niveles de avance respecto de las metas programadas para el ejercicio 2026.

El análisis se circunscribe en el ámbito estratégico del PEI y considera los resultados acreditados cada indicador, de conformidad con las condiciones establecidas en sus respectivas técnicas. Por tanto, la evaluación no se sustenta en la sola ejecución de actividades operativas o en la generación de productos, aunque dicha información se utiliza como elemento explicativo de los factores que incidieron en el desempeño de los indicadores.

Para valorar los resultados se aplicaron los rangos definidos en la metodología de evaluación institucional, mediante los cuales los indicadores se clasifican en las categorías Excelente, Bueno, Regular, Malo y Sin avance, según el porcentaje alcanzado respecto de la meta programada. Esta clasificación permite diferenciar los indicadores con desempeño favorable, aquellos que presentan avances parciales y aquellos para los cuales no se cuenta con un resultado estratégico acreditado al cierre del período. Sus resultados constituyen un insumo para orientar el seguimiento y la adopción de medidas de mejora durante el segundo semestre.

En el siguiente cuadro se presenta la semaforización utilizada:

Criterios para la evaluación del nivel de avance de las metas de indicadores del PEI 2026-2030 de EsSalud

Calificación	Rango de cumplimiento	Descripción
Excelente	> 90%	Meta del indicador cumplida.
Bueno	[75 - 90% >	Meta del indicador que al realizar el informe se encontraban en proceso no concluida o con un nivel significativo avance.
Regular	[60% - 75% >	Meta del indicador que al realizar el informe estaba en proceso o con un avance regular.
Malo	[0% - 60% >	Meta del indicador que al realizar el informe estaba en proceso de ejecución, con avance no significativo.
Sin avance	0%	Meta del indicador que no registra avance.

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

El PEI 2026–2030 comprende 39 indicadores estratégicos, de los cuales 4 corresponden a Objetivos Estratégicos Institucionales (OEI) y 35 a Acciones Estratégicas Institucionales (AEI). Para el ejercicio 2026, 36 indicadores cuentan con metas programadas y conforman el universo sujeto a clasificación en la presente evaluación, los 3 indicadores que no presentan programada para dicho año se mantienen identificados, pero no se incluyen en la determinación de los niveles de avance.

Cabe precisar que el IND. AEI 1.1.3 “Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada”, constituye un único indicador del PEI, pero comprende dos mediciones diferenciadas, el diferimiento de consulta médica y al diferimiento de consulta no médica, cada una con meta propia. Para determinar el universo institucional se contabiliza como un solo indicador, sin perjuicio de que ambas mediciones sean evaluadas individualmente en su análisis específico. Al I semestre, los componentes médico (94,54 %) y no médico (100,00 %) determinan un avance agregado de 97,27 % para este propósito.

Los 36 indicadores programados para el 2026 registran un promedio aritmético simple de 36,34 %, correspondiente al nivel “Malo”. Según el nivel de la cadena estratégica los 4 indicadores de OEI alcanzan un promedio de 30,85 %, mientras que los 32 indicadores programados de AEI registran 37,03 %. Ambos resultados se ubican en el nivel “Malo”, de acuerdo con los criterios aplicados.

La distribución por nivel de avance confirma esta lectura. De los 36 indicadores clasificados, 9 (25,00 %) alcanzan nivel “Excelente”, 1 (2,78 %) se ubica en “Regular”, 9 (25,00 %) en “Malo” y 17 (47,22 %) en “Sin avance”. No se registran indicadores en el nivel “Bueno”. En conjunto, 26 indicadores (72,22 %) permanecen en los niveles “Malo” o “Sin avance”, por lo que requieren seguimiento prioritario durante el II semestre.

La categoría “Sin avance” debe interpretarse de acuerdo con la situación particular de cada indicador. En algunos casos responde a la ausencia de un resultado alcanzado durante al periodo; en otros, a la falta de medición o de información remitida por el órgano responsable, o a la insuficiencia de evidencias para validar el resultado conforme a la respectiva ficha técnica. En consecuencia, la asignación de un avance de 0 % expresa que, al cierre del semestre, no se cuenta con un resultado estratégico debidamente acreditado, sin que ello implique necesariamente la inexistencia de actividades o acciones de gestión relacionadas con el OEI o la AEI correspondiente.

La distribución de los indicadores según sus niveles de avance se presenta en el cuadro siguiente:

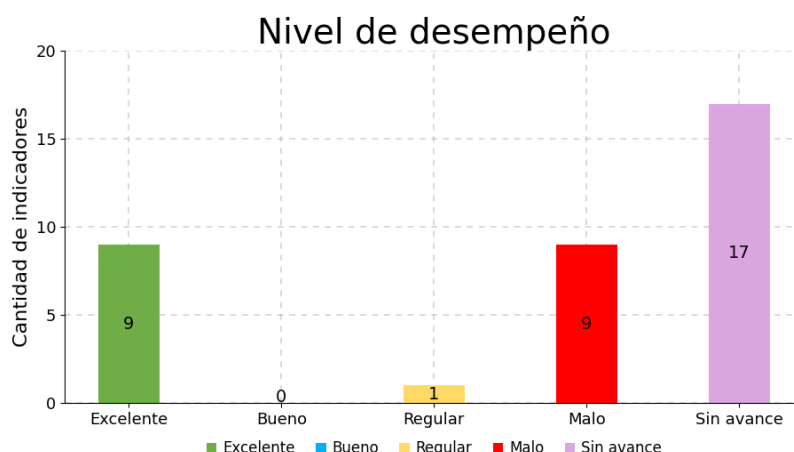
Distribución de indicadores según calificación del nivel de avance

Nivel de avance	Cantidad de indicadores	Porcentaje
Excelente	9	25,00 %
Bueno	0	0,00 %
Regular	1	2,78 %
Malo	9	25,00 %
Sin avance	17	47,22 %
Total	36	100,00 %

La distribución evidencia que una cuarta parte de los indicadores ya alcanza el nivel “Excelente” y que existe un indicador en nivel “Regular”; sin embargo, el 72,22 % permanece en “Malo” o “Sin avance”. El principal reto no es únicamente incrementar el promedio institucional, sino reducir simultáneamente las brechas de desempeño y el volumen de indicadores sin medición validada, de manera que el seguimiento del PEI refleje con mayor fidelidad la gestión y sus resultados.

La composición del desempeño se muestra de manera complementaria en gráfico siguiente:

Semaforización del nivel de avance de los indicadores del PEI, período anual 2026



El gráfico muestra que 9 indicadores se ubican en nivel “Excelente”, 1 en el nivel “Regular”, 9 en el nivel “Malo” y 17 en el nivel “Sin avance”. permitiendo visualizar de manera directa la proporción de intervenciones en cada nivel de desempeño. Esta composición conforma que las principales necesidades de atención se relacionan con los indicadores que presentan bajo avance o para los cuales no se cuenta con resultados estratégicos acreditados.

El análisis de los indicadores de los OEI permite advertir diferencias relevantes en el desempeño estratégico:

Avance de los indicadores del PEI por Objetivo



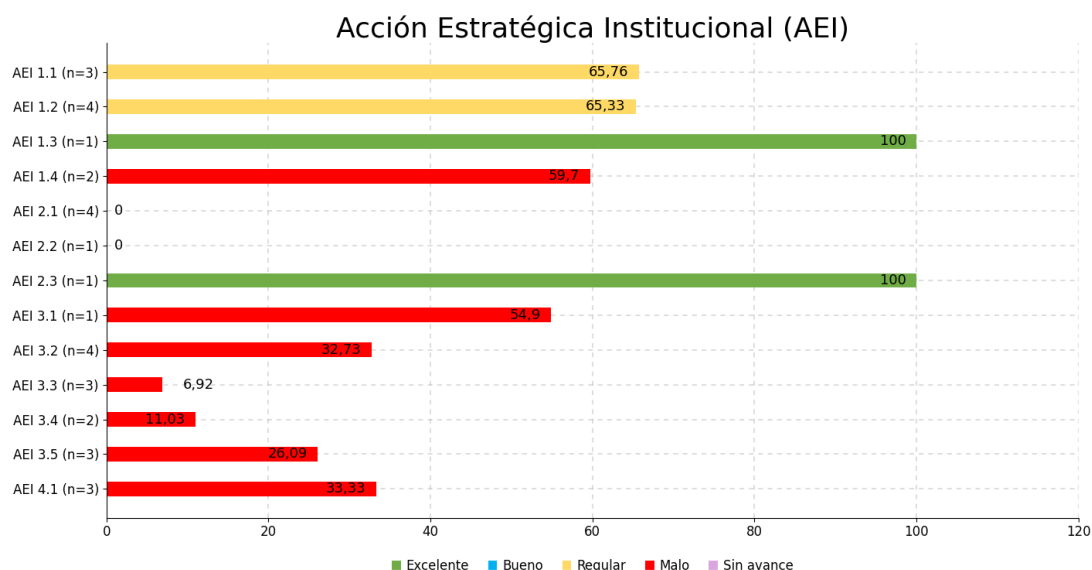
Como se observa, el indicador del OEI 1 registra el mayor nivel de avance, con 99,78 %, ubicándose en la categoría “Excelente”, lo que evidencia un desempeño favorable respecto de la meta prevista para 2026. Por su parte, el indicador del OEI 3 alcanza un avance de 26,61 %, correspondiente al nivel “Malo”, reflejando un resultado todavía limitado en el proceso de modernización de la gestión institucional.

Los indicadores de los OEI 2 y OEI 4 registran 0 % de avance y se clasifican como “Sin avance”. Esto significa que, al cierre del semestre, no se cuenta con resultados estratégicos relacionados, respectivamente, con la sostenibilidad económica y financiera y con el desarrollo del talento humano y el fortalecimiento de la cultura organizacional, cuya situación deberá ser atendida y objeto de seguimiento durante el segundo semestre de 2026.

En conjunto, los resultados por OEI muestran un desempeño heterogéneo: uno de los cuatro indicadores presenta un avance próximo al cumplimiento de su meta anual, los tres restantes mantienen brechas significativas, particularmente dos de ellos que no cuentan con resultados acreditados al cierre del semestre. Esta situación requiere focalizar el seguimiento y las medidas de mejora en los objetivos con menor desempeño, a fin de reducir las brechas identificadas y favorecer el cumplimiento de las metas programadas para el cierre del ejercicio.

A nivel de Acciones Estratégicas Institucionales (AEI), el análisis permite profundizar en el desempeño de los 32 indicadores programados para:

Avance de los indicadores del PEI por Acción Estratégica Institucional



El avance promedio de la AEI 1.1 se sitúa en 65,76 % y el de la AEI 1.2 en 65,33 %, ambos en nivel “Regular”, mientras que la AEI 3.5 alcanza 26,09 % y permanece en “Malo”. A la vez, continúan brechas críticas en las AEI vinculadas con sostenibilidad financiera, transformación digital, riesgos, inversiones y monitoreo institucional. El análisis detallado que sigue desarrolla cada indicador conforme a su ficha técnica y evidencia disponible.

OEI.1 MEJORAR LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A TRAVÉS DEL OTORGAMIENTO EFICIENTE, EQUITATIVO Y OPORTUNO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD, ECONÓMICAS Y SOCIALES PARA BENEFICIO DE LOS ASEGURADOS

El OEI 1 orienta la gestión institucional a garantizar que los asegurados reciban prestaciones de salud, económicas y sociales de manera eficiente, equitativa y oportuna, promoviendo su bienestar integral. Comprende el fortalecimiento de la atención primaria y de la capacidad resolutoria de los servicios especializados, la reducción de brechas de acceso y tiempos de espera, así como el otorgamiento oportuno de prestaciones económicas y sociales dirigidas a la población asegurada.

A continuación, corresponde evaluar el IND. OEI 1.1 – Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas, mediante el cual el PEI aproxima el resultado de este objetivo desde la percepción de los asegurados sobre las prestaciones recibidas.

IND. OEI 1.1 – Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas, con verificación de acreditación del derecho y validadas

OEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
OEI 1	OEI 1.1 - Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas	70 %	69,85 %	99,78 %	Ficha Técnica N.º 000001-2026-GTPEI; Informes N.º 000032 y N.º 000064-SGSGAA-GCAA-ESSALUD-2026; bases SGSGAA y tablero de control

Al I semestre de 2026 se registraron 14 035 asegurados satisfechos de un total de 20 094 asegurados encuestados dando una ejecución al I semestre de 69.85%. El resultado representa un avance de 99,78 % respecto de la meta anual y se ubica 0,15 puntos porcentuales por debajo del umbral de 70,0 % establecido en la ficha para considerar al asegurado como satisfecho.

La medición semestral se obtiene mediante la consolidación de las variables absolutas registradas en los dos primeros trimestres: 5 197 asegurados satisfechos de 7 135 encuestados en el I trimestre y 8 838 satisfechos de 12 959 encuestados en el II trimestre. En consecuencia, el resultado semestral se determina sobre el total acumulado del periodo y no mediante el promedio simple de los porcentajes trimestrales.

Respecto del alcance de la medición, la ficha técnica comprende prestaciones de salud, económicas y sociales y dispone que los informes semestrales y anuales presenten resultados diferenciados por tipo de prestación. Los sustentos revisados desarrollan de manera amplia la medición de prestaciones de salud mediante SERVQUAL y el Plan Institucional 2026 prevé pilotos para prestaciones económicas y sociales; sin embargo, el reporte semestral no presenta de forma explícita un resultado diferenciado para cada uno de los tres tipos de prestación. Esta situación no modifica el cálculo global reportado, pero constituye un aspecto a fortalecer para ampliar la trazabilidad y representatividad del indicador.

Las dimensiones Seguridad (73,68 %) y Empatía (73,66 %) registraron los mayores niveles de satisfacción en el II trimestre, evidenciando fortalezas en trato, confianza y comunicación durante la atención.

La dimensión Capacidad de Respuesta alcanzó 59,23 % en el II trimestre y concentró la principal brecha del periodo, asociada a tiempos de espera, disponibilidad de citas, oportunidad de atención, admisión, farmacia, servicios de apoyo diagnóstico y orientación al usuario.

La variabilidad observada entre Redes e IPRESS muestra que la experiencia del asegurado no es homogénea a nivel nacional, por lo que el resultado agregado combina desempeños favorables con ámbitos que requieren intervenciones focalizadas.

La reducción de 72,84 % en el I trimestre a 68,20 % en el II trimestre evidencia una pérdida de 4,64 puntos porcentuales dentro del semestre, lo que condicionó el resultado acumulado a 69,85 %.

Cobertura territorial de la medición y variabilidad de resultados:

Como evidencia complementaria del desempeño, el Informe N.º 000064-SGSGAA-GCAA-ESSALUD-2026 presenta resultados desagregados del II trimestre por Red e IPRESS. Este detalle permite visualizar la heterogeneidad territorial del indicador; no sustituye el resultado acumulado del I semestre de 69,85 % ni representa, por sí solo, la totalidad de la cobertura territorial de ambos trimestres.

Porcentaje de satisfacción por redes a nivel nacional al II trimestre del 2026

Red prestacional/asistencial	IPRESS con resultados reportados en el análisis detallado del II trimestre	Satisfacción promedio por Red
Red Asistencial Loreto	C.A.P. II San Juan Bautista	77.7 %
Red Asistencial Apurímac	C.A.P. II Chincheros	73.0 %
Red Asistencial Huaraz	Hospital II Huaraz	73.0 %
Red Asistencial Amazonas	Hospital I Higos Urco	72.2 %
Red Prestacional Rebagliati	C.A.P. III San Juan de Miraflores	71.9 %
Red Prestacional Sabogal	C.A.P. II Carabayllo	71.4 %
Red Asistencial Tacna	C.A.P. II Luis Palza Lévano; C.A.P. III Metropolitano de Tacna	71.4 %
Red Prestacional Almenara	C.A.P. III El Agustino; C.A.P. III Independencia; Policlínico Chosica	71.0 %
Red Asistencial Madre de Dios	Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta	69.9 %
Red Prestacional Lambayeque	Policlínico Chiclayo Oeste	68.7 %
Red Asistencial Jaén	Hospital II Jaén	66.8 %
Red Asistencial Arequipa	C.A.P. III Miraflores; Hospital III Yanahuara	65.5 %
Red Asistencial Junín	C.A.P. II Chilca; C.A.P. III Mantaro	64.5 %
Red Asistencial La Libertad	C.A.P. III Metropolitano de Trujillo; Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray	64.2 %
Red Asistencial Cusco	Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco; Policlínico San Sebastián	61.8 %

Fuente: Informe N.º 000064-SGSGAA-GCAA-ESSALUD-2026, Figuras 6, 7 y 8.

Elaborado propia de la SGSGAA con base en la Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo de EsSalud, II trimestre de 2026

Porcentaje de satisfacción por red – II trimestre del 2026

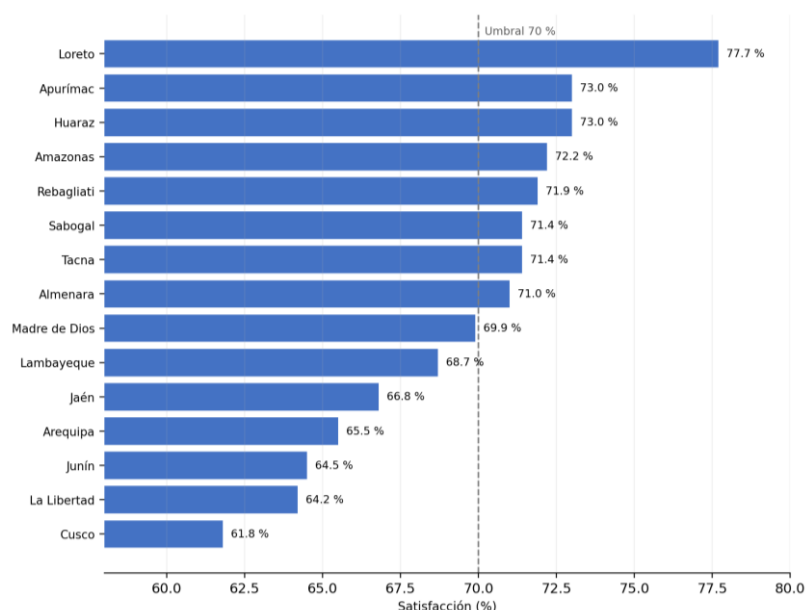


Gráfico. Porcentaje de satisfacción por Red – II trimestre de 2026. La línea discontinua representa el umbral institucional de 70 %.

Fuente: Informe N.º 000064-SGSGAA-GCAA-ESSALUD-2026.

AEI 1.1: Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados

La AEI 1.1 busca fortalecer la atención primaria mediante una cartera de servicios esenciales diferenciada por etapas de vida y con enfoque preventivo. Su implementación prioriza el acceso efectivo a las atenciones, el fortalecimiento del primer nivel, la adecuación de la cartera a la capacidad resolutoria de las IPRESS y la reducción del diferimiento de citas, contribuyendo a la continuidad y oportunidad de la atención.

En este marco se evalúan los indicadores AEI 1.1.1, AEI 1.1.2 y AEI 1.1.3, referidos a la cobertura de la cartera priorizada, su implementación en las IPRESS del primer nivel y el diferimiento de consulta externa médica y no médica.

IND AEI 1.1.1 - Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida priorizada

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.1.1	Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida priorizada	10 %	0 % *	0 % *	ESSI; Sistema de Aseguramiento; reporte de evaluación remitido por la GCPS

* Para efectos de la evaluación institucional se registra 0,00 % de resultado y 0,00 % de avance al no existir una medición validada conforme a la ficha técnica. Este registro no significa que la población adscrita sea 0,00 % ni debe interpretarse como cumplimiento del umbral 10 %.

Al cierre del I semestre de 2026, la GCPS informa que ESSI contiene registros de prestaciones ejecutadas mediante los Catálogos de Procedimientos Médicos y Sanitarios (CPMS) por curso de vida. No obstante, dichos registros permiten observar prestaciones

individuales, pero no verificar de manera integral si un mismo asegurado recibió todas las intervenciones que conforman el paquete priorizado correspondiente a su etapa de vida.

Asimismo, el área reporta registros incompletos de prestaciones en determinadas IPRESS, variabilidad en la calidad del registro y dificultades para completar los paquetes esenciales por curso de vida. Estas condiciones impiden determinar de manera verificable el numerador requerido por la ficha técnica y, por tanto, aplicar la fórmula del indicador.

En consecuencia, para efectos de la evaluación institucional, el resultado al I semestre de 2026 se registra en 0,00 % y el avance respecto de la meta anual de 10,0 % también en 0,00 %. Este resultado no implica ausencia de prestaciones preventivo-promocionales ni de acciones de implementación; refleja que la información remitida no permite acreditar qué proporción de la población adscrita completó la totalidad de prestaciones priorizadas de su curso de vida.

La frecuencia prevista en la ficha técnica es trimestral. Sin embargo, el sustento semestral no contiene una medición validable para el I o II trimestre; por ello, no corresponde estimar un resultado acumulado a partir de prestaciones parciales, actividades de seguimiento o apreciaciones cualitativas de avance.

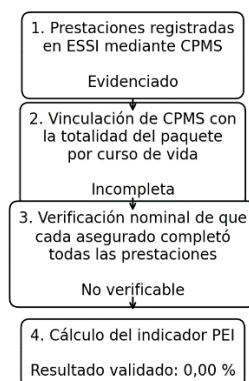
Aunque el resultado del indicador es 0,00 %, el reporte del área evidencia actuaciones y avances asociados directamente a la implementación y seguimiento de este indicador. Estos elementos se presentan separadamente del resultado PEI, porque no acreditan por sí mismos la cobertura integral exigida por la fórmula.

Avances reportados

Componente	Avance reportado al I semestre 2026	Lectura para la evaluación
Registro de prestaciones preventivo-promocionales	ESSI registra prestaciones ejecutadas mediante CPMS por curso de vida.	Evidencia prestación de servicios y genera información de base; no demuestra que cada asegurado haya completado el paquete integral.
Seguimiento y monitoreo	La GCPS reporta seguimiento continuo, monitoreo de avances y retroalimentación a Redes e IPRESS.	Permite identificar brechas de registro y de provisión de prestaciones y orientar medidas correctivas.
Implementación de la cartera por curso de vida	El área reporta un progreso inicial y una implementación aún incipiente, que requiere adecuación de establecimientos, organización de procesos asistenciales y articulación de equipos.	Existe implementación en curso, pero no se cuenta con un resultado cuantificable conforme a la fórmula del PEI.
Cumplimiento del paquete completo por asegurado	El reporte señala dificultades para completar las prestaciones esenciales por curso de vida.	Es la brecha sustantiva que impide acreditar el numerador del indicador.
Calidad y completitud del registro	Se identifican registros incompletos e inconsistentes en ESSI y variabilidad entre IPRESS.	Afecta la trazabilidad y puede subestimar el avance real, impidiendo una medición confiable.

Fuente: ficha técnica PEI e Informe semestral GCPS AEI 1.1.1. Elaboración para la evaluación institucional

Secuencia de medición del AEI 1.1.1 y punto pendiente al I Semestre 2026



Fuente: ficha técnica PEI e Informe semestral GCPS AEI 1.1.1. Elaboración para la evaluación institucional.

IND AEI 1.1.2 - Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuentan con la cartera de servicios de salud de atención primaria aprobada

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.1.2	Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuentan con la cartera de servicios de salud de atención primaria aprobada	10 %	21,05 %	100 %	64 actos resolutive de aprobación; registro institucional de 304 IPRESS del primer nivel con población adscrita

Al I semestre de 2026, 64 IPRESS del primer nivel de atención cuentan con Cartera de Servicios de Atención Primaria aprobada mediante acto resolutive, respecto de un total de 304 IPRESS del primer nivel con población adscrita. La aplicación de la fórmula establecida en la ficha técnica $(64/304 \times 100)$ determina un resultado de 21,05 %, por lo que el valor reportado se valida para la evaluación institucional.

El resultado evidencia un avance superior a la meta prevista para 2026 en la formalización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en las IPRESS del primer nivel. Su sostenibilidad requiere continuar ampliando la aprobación de carteras en las IPRESS pendientes y mantener actualizado el registro institucional que sustenta tanto el numerador como el denominador del indicador.

A pesar de que el resultado evidencia un desempeño favorable en la formalización de la cartera, su lectura no debe limitarse al cumplimiento de la meta. Las 64 IPRESS aprobadas se concentran en 11 de las 30 Redes Asistenciales y Prestacionales que remitieron información válida durante el periodo, equivalente a 36,67 % de las Redes. Por ello, pese a que la meta anual se encuentra superada, la adopción formal de la cartera aún presenta una cobertura institucional territorialmente parcial y requiere continuidad de implementación en las Redes restantes.

Condición	N.º de IPRESS	Participación sobre el universo
Con cartera aprobada mediante acto resolutivo	64	21.05 %
Pendientes de alcanzar la condición del indicador	240	78.95 %
Total de IPRESS del primer nivel con población adscrita	304	100,00 %

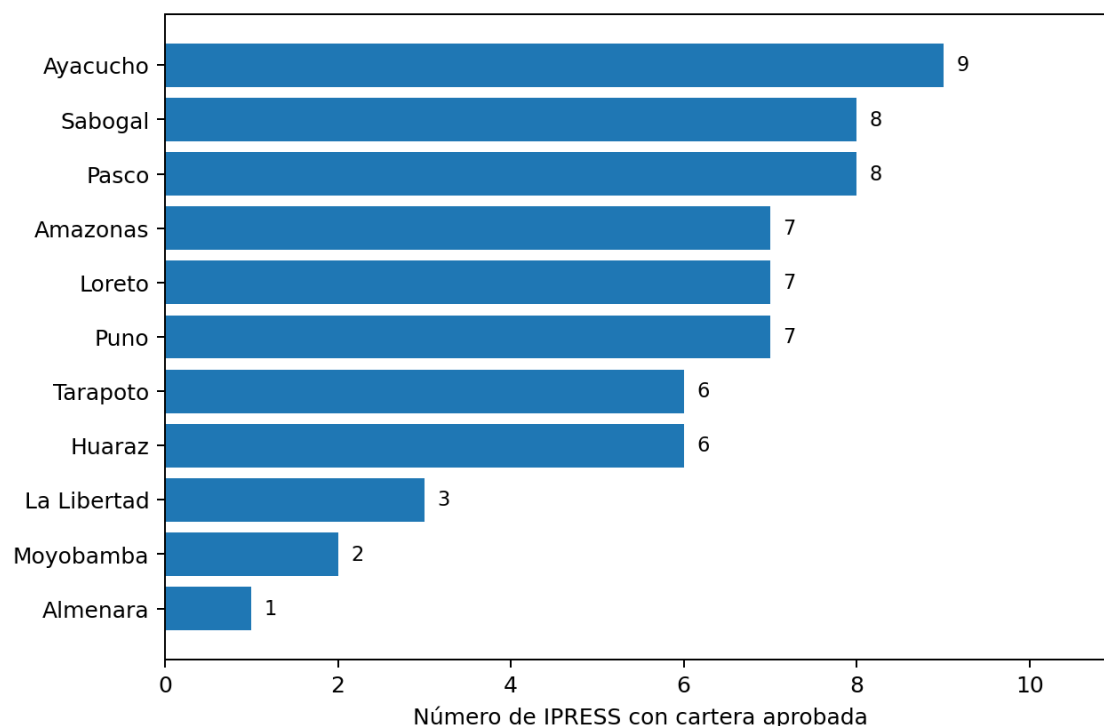
La superación de la meta anual se explica por la concentración de aprobaciones en determinadas Redes, especialmente Ayacucho, Pasco y Sabogal, además del avance registrado en Puno, Loreto, Amazonas, Huaraz y Tarapoto. Este patrón muestra capacidad de implementación en distintos ámbitos, aunque no permite calcular una tasa de cobertura por Red porque el sustento remitido no presenta el número total de IPRESS elegibles de cada Red.

Distribución de las IPRESS con cartera aprobada

Red	IPRESS con cartera aprobada	% de las 64 IPRESS aprobadas
Ayacucho	9	14.1 %
Pasco	8	12.5 %
Sabogal	8	12.5 %
Amazonas	7	10.9 %
Loreto	7	10.9 %
Puno	7	10.9 %
Huaraz	6	9.4 %
Tarapoto	6	9.4 %
La Libertad	3	4.7 %
Moyobamba	2	3.1 %
Almenara	1	1.6 %
TOTAL	64	

Fuente: ficha técnica PEI e Informe semestral GCPS AEI 1.1.2. Elaboración para la evaluación institucional

Número de IPRESS con Cartera de Servicios de Atención Primaria aprobada por Red



Fuente: ficha técnica PEI e Informe semestral GCPS AEI 1.1.2. Elaboración para la evaluación institucional

IND AEI 1.1.3 – Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.1.3	Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada	21.8	23.06 ¹	94.54%	ESSI / Informe N.º 000024-2026-OIO-GCOP-ESSALUD-2026
		19.7	19.04	100%	

La ficha técnica del PEI establece una medición diferenciada para la consulta externa médica y la consulta externa no médica. En ambos casos, el diferimiento corresponde al promedio de días transcurridos entre la solicitud de la cita y la fecha asignada por la IPRESS, calculado como la suma de días de diferimiento de las citas otorgadas acumuladas al periodo dividida entre el total de citas otorgadas acumuladas. El sentido esperado es decreciente y la frecuencia de medición es mensual.

Para 2026, las metas anuales establecidas en el PEI son 21,8 días para consulta médica y 19,7 días para consulta no médica. En consecuencia, la evaluación semestral debe mantener ambos resultados por separado; no corresponde obtener un promedio único del indicador ni sustituir las metas anuales por referencias operativas distintas.

Diferimiento de consulta externa médica

Al I semestre de 2026 la información acumulada registra 119 475 021 días de diferimiento asociados a 5 181 514 citas médicas otorgadas, La aplicación de la fórmula de la ficha técnica determina un resultado de 23,06 días.

Frente a la meta anual de 21,8 días, el resultado presenta una brecha desfavorable de 1,26 días, Considerando el sentido decreciente del indicador, el avance respecto de la meta anual es 94,54 %.

A nivel territorial, 20 de las 30 redes evaluadas (66,7 %) se ubicaron en o por debajo de la meta anual de 21,8 días y 10 redes la superaron. Los mayores diferimientos se registraron en Rebagliati (30,66 días), Almenara (30,32), Ucayali (29,24), Tumbes (28,51) y Piura (27,07); los menores correspondieron a Puno (9,52), Huancavelica (9,68) y La Libertad (10,68).

Diferimiento de consulta externa no médica

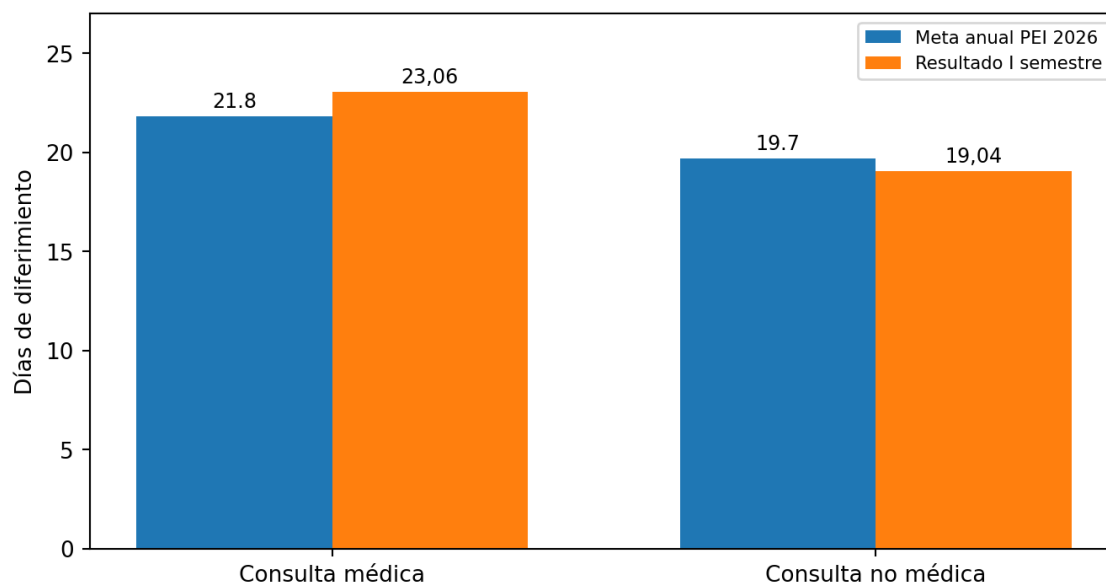
Para consulta no médica se registraron 46 922 492 días de diferimiento asociados a 2 464 725 citas otorgadas obteniéndose 19,04 días.

El resultado se ubica 0,66 días por debajo de la meta anual de 19,7 días; por tanto, el componente no médico alcanza el 100 % de cumplimiento, aplicando el tope institucional de 100 % para indicadores con sentido decreciente, En el texto del informe del área se menciona una meta de 20,7 días; no obstante, tanto la ficha PEI como la tabla consolidada de redes consignan 19,7 días, valor que se adopta para la evaluación institucional.

En la distribución territorial, 21 de las 30 redes (70,0 %) cumplieron la meta anual y 9 la superaron. Los mayores diferimientos se observaron en Apurímac (30,76 días), Tumbes (27,41), Ucayali (24,22), Rebagliati (24,01) y Sabogal (23,43); los menores correspondieron a Juliaca (4,96), Puno (6,22) y Tarapoto (7,29).

Componente	Numerador acumulado	Denominador acumulado	Resultado	Meta PEI 2026	Brecha	Avance
Consulta médica	119 475 021	5 181 514	23,06 días	21,8 días	+1,26 días	94,54 %
Consulta no médica	46 922 492	2 464 725	19,04 días	19,7 días	-0,66 días	100,00 %

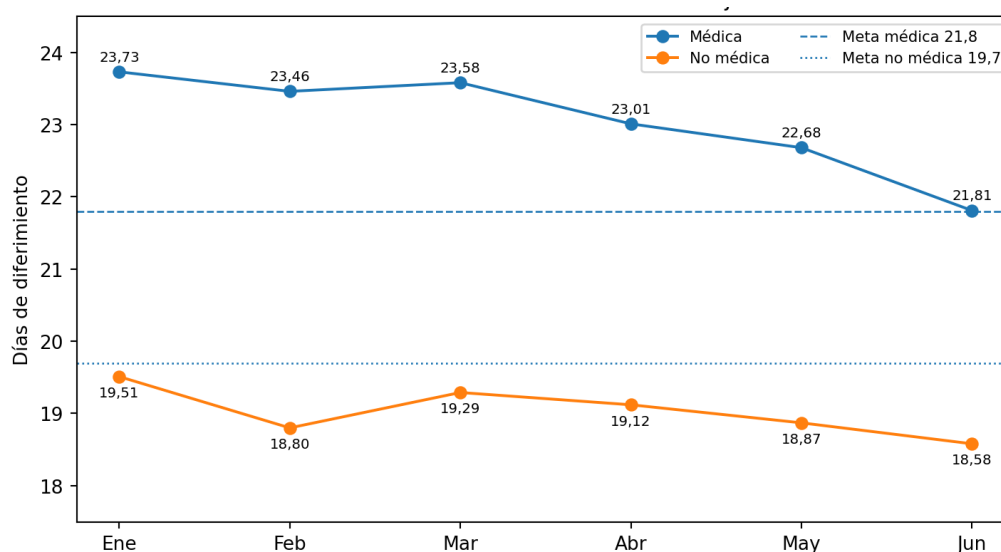
Resultado acumulado del I semestre frente a las metas anuales 2026 establecidas en la ficha técnica del PEI



La consulta médica muestra una trayectoria descendente durante el semestre: 23,73 días en enero, 23,46 en febrero, 23,58 en marzo, 23,01 en abril, 22,68 en mayo y 21,81 en junio. El comportamiento evidencia una mejora progresiva y una aproximación al umbral anual de 21,8 días; sin embargo, el resultado acumulado semestral permanece por encima de la meta.

En consulta no médica, el diferimiento se mantuvo durante todos los meses por debajo de la meta anual de 19,7 días: 19,51 en enero, 18,80 en febrero, 19,29 en marzo, 19,12 en abril, 18,87 en mayo y 18,58 en junio, que constituye el mejor resultado mensual del periodo.

Evolución mensual del diferimiento médico y no médico. Las líneas horizontales representan las metas anuales PEI 2026.



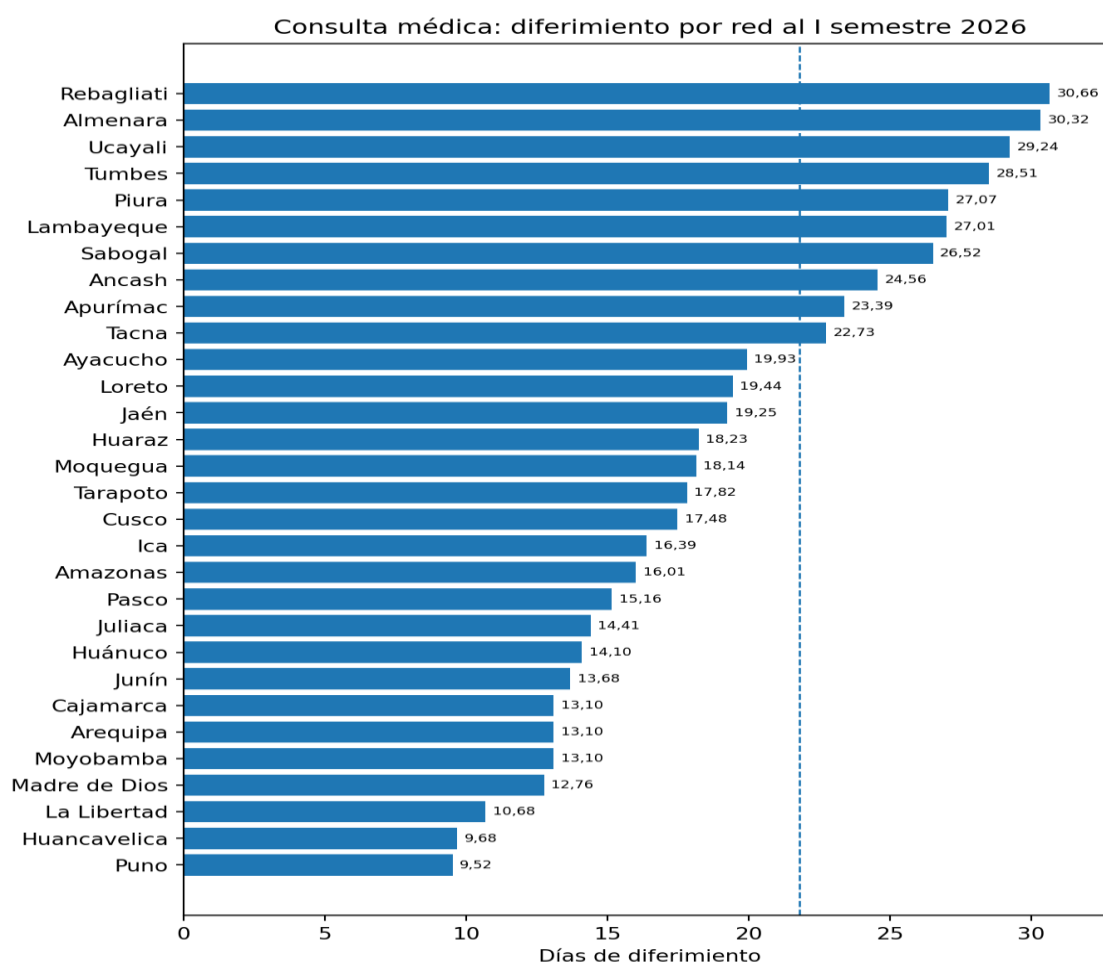
Análisis territorial por redes

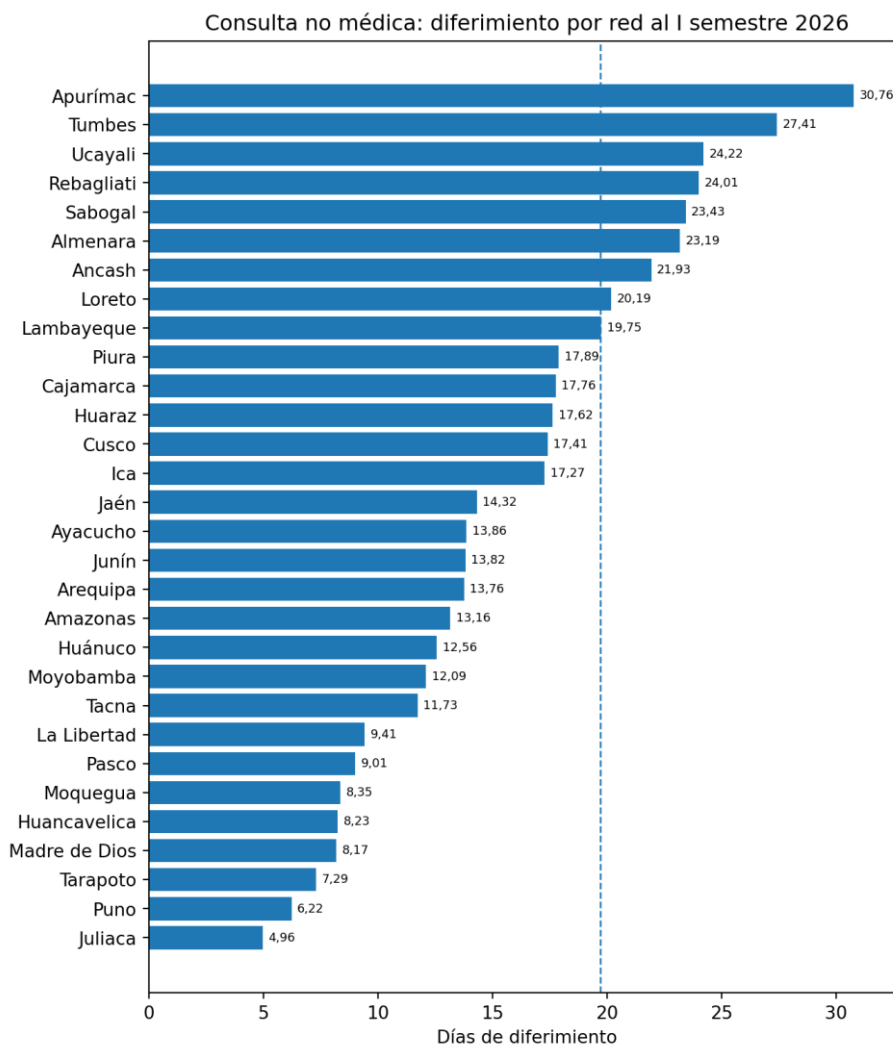
La evaluación territorial evidencia una heterogeneidad importante entre redes. En consulta médica, la diferencia entre la red con mayor diferimiento (Rebagliati, 30,66 días) y la de menor diferimiento (Puno, 9,52 días) alcanza 21,14 días. En consulta no médica, la brecha entre Apurímac (30,76 días) y Juliaca (4,96 días) alcanza 25,80 días.

Además, ocho redes incumplen simultáneamente las metas médica y no médica: Almenara, Ancash, Apurímac, Lambayeque, Rebagliati, Sabogal, Tumbes, Ucayali. Piura y Tacna incumplen únicamente la meta médica, mientras que Loreto incumple únicamente la meta no médica. Las 19 redes restantes cumplen ambos estándares al corte del semestre.

Red con incumplimiento simultáneo	Diferimiento médico	Meta médica	Diferimiento no médico	Meta no médica
Almenara	30,32	21,8	23,19	19,7
Ancash	24,56	21,8	21,93	19,7
Apurímac	23,39	21,8	30,76	19,7
Lambayeque	27,01	21,8	19,75	19,7
Rebagliati	30,66	21,8	24,01	19,7
Sabogal	26,52	21,8	23,43	19,7
Tumbes	28,51	21,8	27,41	19,7
Ucayali	29,24	21,8	24,22	19,7

Las redes Rebagliati, Almenara y Sabogal concentran aproximadamente el 33,9 % de las citas médicas y el 41,2 % de las citas no médicas incluidas en el cálculo nacional. Las tres presentan diferimientos superiores a las metas en ambos componentes, por lo que su desempeño tiene una incidencia relevante sobre el promedio institucional.





Factores que explican el desempeño

- La reducción progresiva del diferimiento médico durante el semestre muestra una mejora en la oportunidad de programación, aunque el resultado acumulado aún no alcanza el estándar anual.
- La consulta no médica mantiene un resultado nacional favorable durante los seis meses evaluados, con valores mensuales inferiores a la meta anual.
- La elevada concentración de citas en redes metropolitanas de gran volumen, particularmente Rebagliati, Almenara y Sabogal, incrementa el peso de sus resultados sobre los promedios nacionales.
- La persistencia de diferencias territoriales amplias indica que el desempeño nacional no es homogéneo y requiere una gestión diferenciada según red, volumen de citas y nivel de diferimiento.

AEI 1.2: Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a los servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad

La AEI 1.2 busca fortalecer la capacidad resolutive de las IPRESS para reducir las brechas de acceso a los servicios especializados y mejorar su disponibilidad, oportunidad y calidad. Para ello, comprende aspectos relacionados con el aprovechamiento de la capacidad instalada, la atención oportuna de patologías prioritarias, la reducción de la espera quirúrgica, la operatividad del equipamiento biomédico y la disponibilidad de bienes estratégicos.

Bajo esta acción se analizan los indicadores AEI 1.2.1 al AEI 1.2.6, que permiten evaluar las principales condiciones vinculadas con el acceso y la capacidad de respuesta de los servicios especializados.

IND AEI 1.2.1 – Porcentaje de extensión de uso

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.2.1	Porcentaje de extensión de uso	54.8%	35,52%	64,82%	PEI 2026-2030; Informe N.º 000024-OIO-GCOP-ESSALUD-2026; reporte consolidado por 30 Redes; ESSI

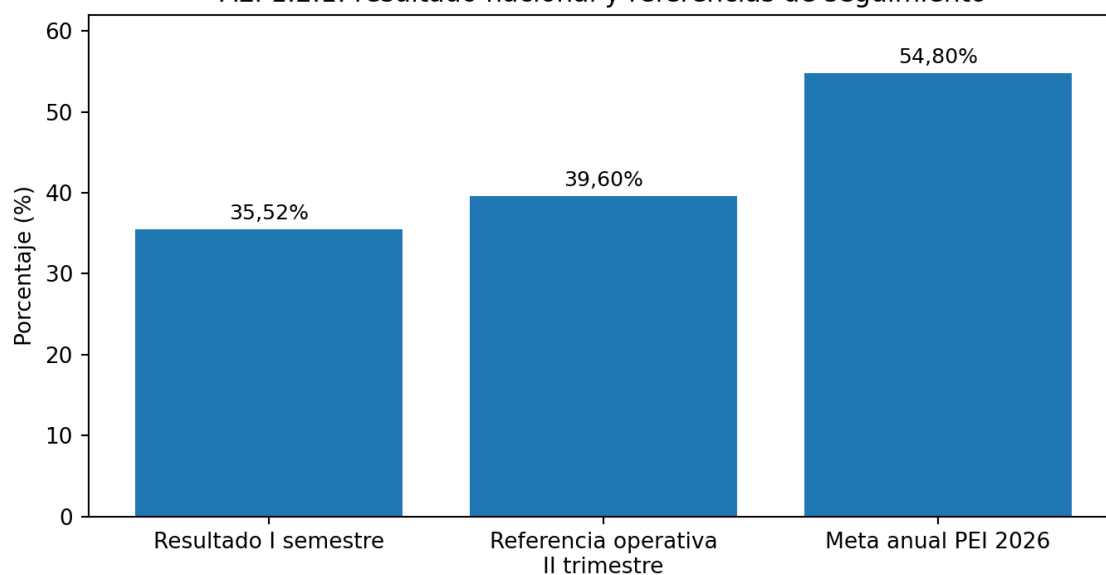
Al I semestre de 2026, el indicador alcanzó un resultado de 35,52 %, correspondiente a 4 103 459 asegurados acumulados que recibieron atención médica ambulatoria en su IPRESS, respecto de una población adscrita de 11 552 294 asegurados. El cálculo reproduce el método establecido en la ficha técnica del PEI: número de asegurados acumulados que recibieron atención médica ambulatoria por su IPRESS en el periodo de evaluación, dividido entre la población adscrita, multiplicado por 100.

Frente a la meta anual 2026 de 54,80 %, el resultado representa un avance de 64,82 % y una brecha de 19,28 puntos porcentuales. En consecuencia, el indicador se mantiene por debajo de la meta anual al cierre del semestre y, conforme a la escala utilizada en la evaluación institucional, se ubica en el nivel de avance Regular. Por su naturaleza acumulativa y sentido creciente, el valor puede incrementarse durante el segundo semestre conforme se incorporen asegurados adscritos que utilicen los servicios ambulatorios.

Variable / referencia	Valor	Lectura para la evaluación
Numerador observado al I semestre	4 103 459 asegurados	Asegurados acumulados con atención médica ambulatoria en su IPRESS.
Denominador observado al I semestre	11 552 294 asegurados	Población adscrita considerada en el reporte de GCOP.
Resultado del indicador	35,52 %	$4\,103\,459 / 11\,552\,294 \times 100$.
Meta anual PEI 2026	54,80 %	Meta oficial para determinar el avance estratégico.
Avance respecto de la meta anual	64,82 %	$35,52 / 54,80 \times 100$.
Brecha respecto de la meta anual	19,28 p.p.	Diferencia pendiente para alcanzar la meta 2026.

Los valores absolutos consignados en la ficha PEI para 2026 —7 157 574 asegurados en el numerador y 13 061 266 en el denominador— corresponden a la proyección utilizada para construir la meta anual de 54,80 %. Para la medición al corte se emplean los valores observados en ESSI y reportados por la GCOP, en concordancia con la fórmula que utiliza la población adscrita y los asegurados atendidos en el periodo de evaluación.

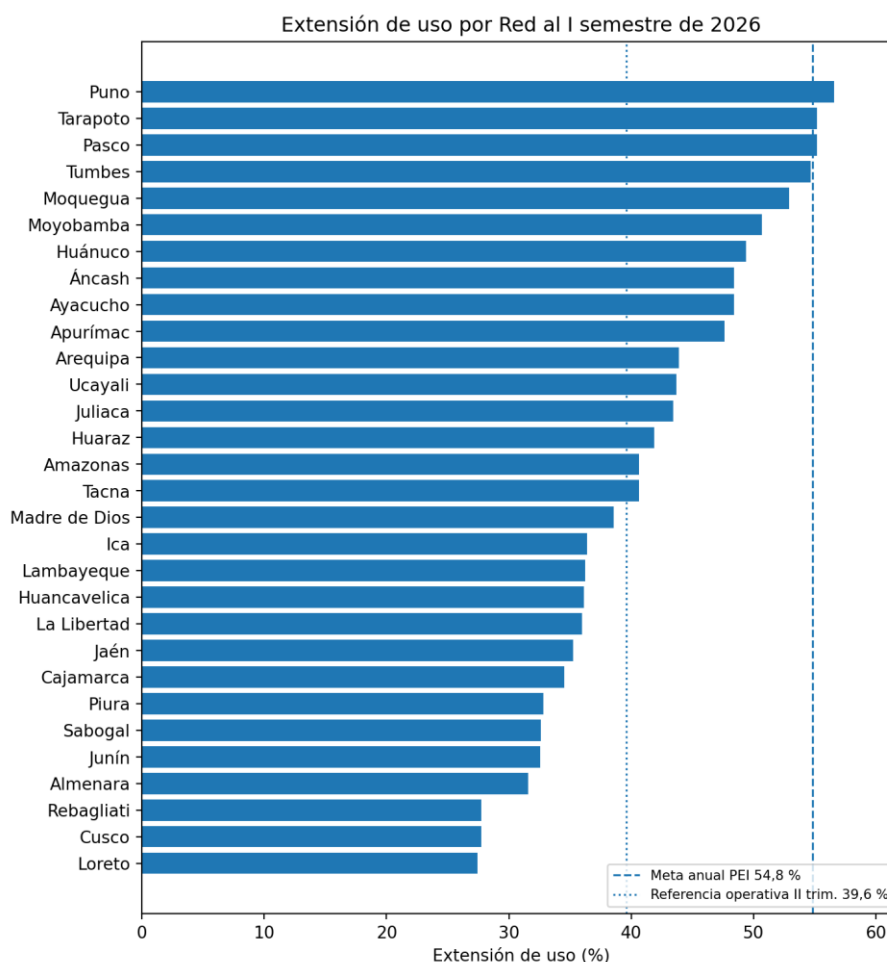
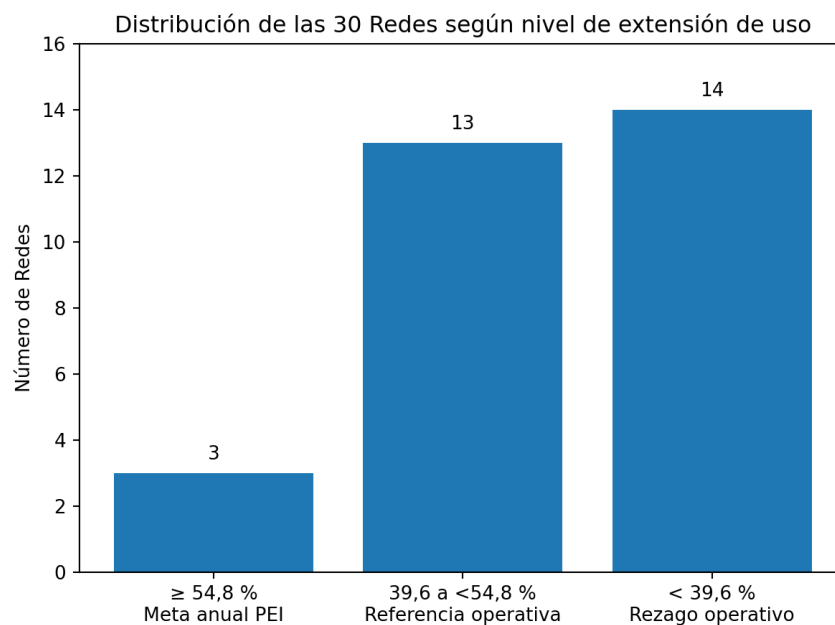
AEI 1.2.1: resultado nacional y referencias de seguimiento



Desempeño territorial del indicador

El análisis de las treinta (30) Redes evidencia una dispersión importante. Solo 3 Redes —Puno, Tarapoto y Pasco— alcanzan o superan al cierre del semestre la meta anual PEI de 54,80 %. Otras 13 Redes se sitúan entre la referencia operativa de 39,60 % y la meta anual, mientras 14 Redes permanecen por debajo de 39,60 %. En consecuencia, las dieciséis (16) Redes que la GCOP identifica como cumplidoras corresponden al umbral operativo del II trimestre y no al cumplimiento anticipado de la meta anual del PEI.

Grupo de desempeño	N.º de Redes	Redes / referencias principales
Alcanzan o superan meta anual PEI ($\geq 54,80$ %)	3	Puno 56,59 %; Tarapoto 55,18 %; Pasco 55,15 %.
Alcanzan referencia operativa II trim. pero aún no la meta anual (39,60 % a $< 54,80$ %)	13	Incluye Tumbes 54,64 %, Moquegua 52,90 %, Moyobamba 50,66 %, Huánuco 49,39 %, entre otras.
Por debajo de la referencia operativa ($< 39,60$ %)	14	Menores resultados: Loreto 27,45 %, Cusco 27,72 %, Rebagliati 27,75 % y Almenara 31,57 %.

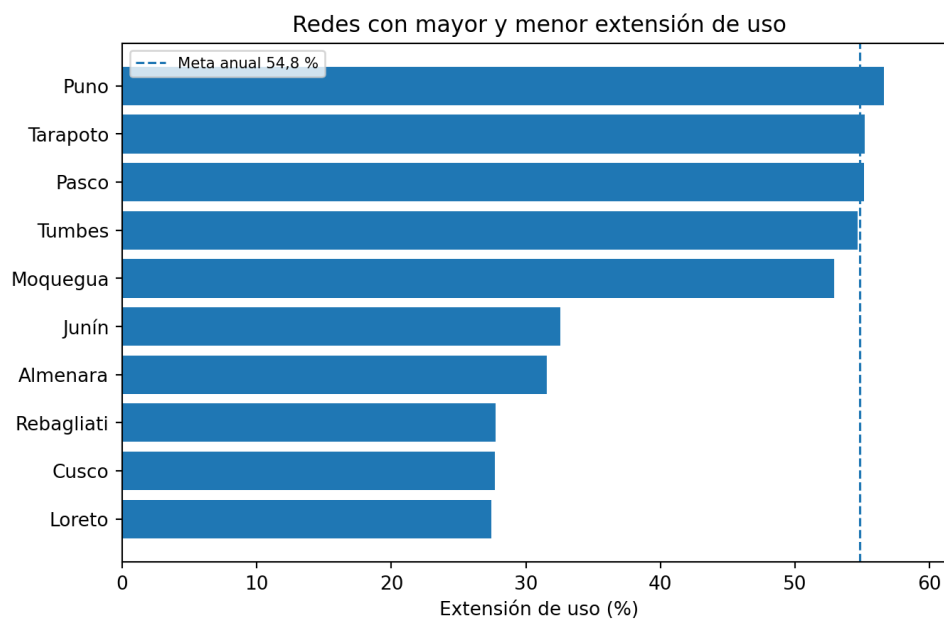
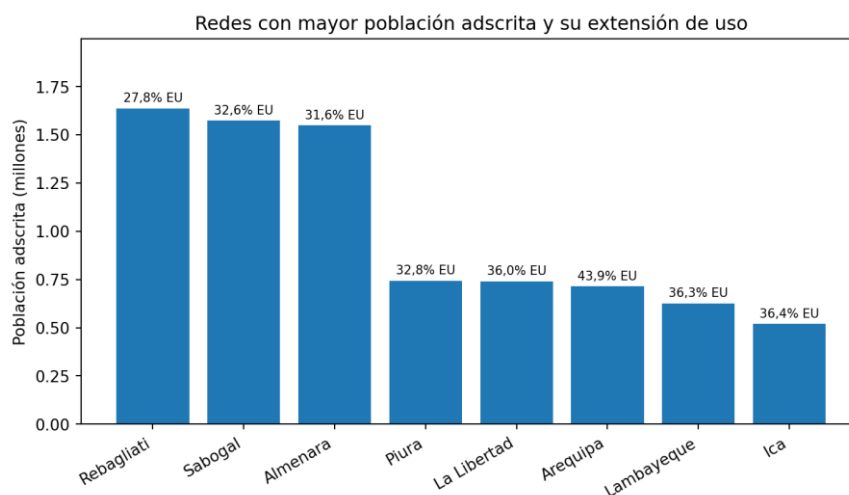


Incidencia de las Redes de mayor población adscrita

El resultado nacional está influido por el comportamiento de las Redes de mayor población adscrita, Rebagliati Sabogal y Almenara concentran conjuntamente 4 756 557 asegurados adscritos equivalentes al 41,17 % del denominador nacional, En conjunto registran una extensión de uso de 30,60 % por debajo tanto de la referencia operativa del II trimestre

como de la meta anual PEI, Debido a su peso poblacional la mejora de la captación en estas Redes tendría una incidencia relevante en el resultado nacional.

Red	Asegurados con atención ambulatoria	Población adscrita	Extensión de uso
Rebagliati	454 061	1 636 217	27,75 %
Sabogal	512 519	1 572 228	32,60 %
Almenara	488 706	1 548 112	31,57 %
Total / resultado conjunto	1 455 286	4 756 557	30,60 %



Factores que explican el desempeño

- El indicador registra 4,10 millones de asegurados adscritos que utilizaron atención médica ambulatoria durante el periodo, evidenciando una cobertura relevante, aunque insuficiente frente a la meta anual.
- Las Redes Puno, Tarapoto y Pasco ya superan la meta anual de 54,80 %, constituyendo referentes de desempeño para analizar prácticas de captación y uso de la oferta ambulatoria.

- La heterogeneidad territorial es elevada: los resultados oscilan entre 56,59 % y 27,45 %, lo que evidencia diferencias en la capacidad de incorporar población adscrita al uso efectivo de los servicios.
- Las Redes de mayor población adscrita presentan niveles de extensión de uso inferiores al promedio nacional o próximos a este; por su peso en el denominador, su desempeño condiciona significativamente el resultado agregado.
- El cierre de la brecha requiere fortalecer capacidad instalada y focalizar la atención preventiva, en línea con las acciones previstas en la ficha técnica del PEI.

IND AEI 1.2.2 – Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna.

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.2.2	Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna.	37.7%	0%	0%	Ficha técnica del PEI 2026-2030; Informe de Evaluación del POI 2026 Desagregado - I trimestre; ESSI / OIO-GCOP

Durante el I semestre de 2026 se evidenciaron acciones orientadas a mejorar la oportunidad de atención de la población asegurada con diagnóstico de cáncer, así como registros de atenciones efectuadas en las Redes Prestacionales y Asistenciales. La información remitida muestra resultados diferenciados entre redes y permite identificar avances en la atención de pacientes oncológicos, particularmente en Junín, Cusco y Almenara.

No obstante, la información disponible corresponde principalmente a reportes consolidados elaborados por las unidades responsables y no cuenta con una base nominal o reporte institucional extraído del ESSI que permita establecer, para cada asegurado, la correspondencia entre la fecha del diagnóstico y el inicio de la atención dentro del plazo de 30 días previsto en la ficha técnica. En tal sentido, los resultados reportados constituyen evidencia de avance operativo en la atención oncológica, pero no permiten determinar de manera verificable el resultado del indicador al I semestre.

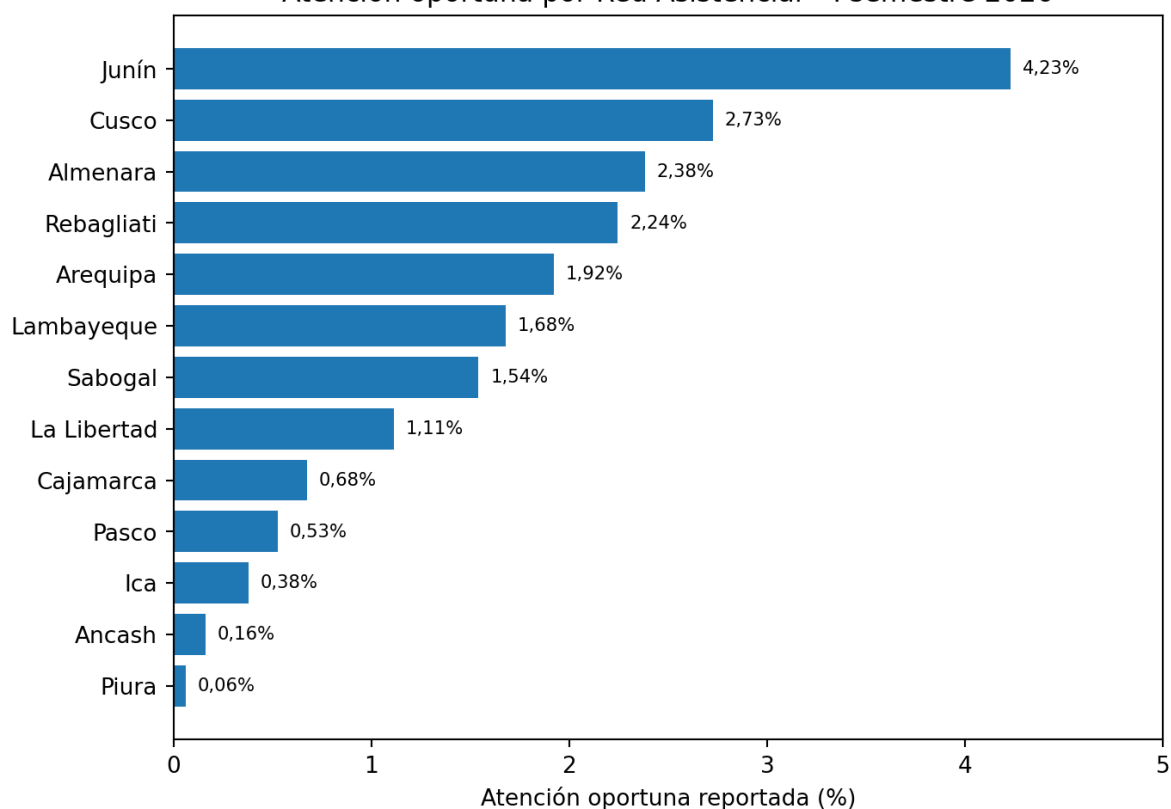
Avance identificado	Evidencia disponible	Lectura para la evaluación	Avance identificado
Atención de pacientes oncológicos durante el I semestre	Reportes consolidados remitidos por las redes/unidades responsables	Evidencia actividad asistencial y continuidad de la atención oncológica	Atención de pacientes oncológicos durante el I semestre
Resultados diferenciados entre redes	Junín 4,23 %, Cusco 2,72 % y Almenara 2,38 %, según información reportada	Permite identificar diferencias territoriales y redes con mejor desempeño relativo	Resultados diferenciados entre redes
Seguimiento de oportunidad de atención	Información consolidada sobre diagnósticos y atenciones	Constituye un avance de gestión, aunque no permite validar individualmente el plazo de 30 días	Seguimiento de oportunidad de atención
Trazabilidad requerida para el indicador	No se cuenta con reporte o base institucional ESSI que vincule diagnóstico e inicio de atención	Impide determinar un resultado verificable conforme a la ficha técnica	Trazabilidad requerida para el indicador

Análisis territorial del resultado reportado

El reporte comprende 13 Redes Asistenciales, las cuales coinciden con los ámbitos que cuentan con establecimientos de capacidad resolutive oncológica identificados en la ficha del PEI. Ninguna red alcanzó un resultado cercano a la meta anual de 37,70 %. Los mayores porcentajes reportados corresponden a Junín (4,23 %), Cusco (2,73 %) y Almenara (2,38 %), mientras que Piura (0,06 %), Ancash (0,16 %) e Ica (0,38 %) presentan los menores niveles.

Red Asistencial	Atención oportuna reportada	Diagnósticos reportados	% calculado	Participación en el denominador detallado
Junín	103	2 435	4,230 %	3,4 %
Cusco	67	2 457	2,727 %	3,4 %
Almenara	286	12 003	2,383 %	16,6 %
Rebagliati	464	20 670	2,245 %	28,5 %
Arequipa	132	6 874	1,920 %	9,5 %
Lambayeque	104	6 202	1,677 %	8,6 %
Sabogal	143	9 275	1,542 %	12,8 %
La Libertad	65	5 832	1,115 %	8,1 %
Cajamarca	6	887	0,676 %	1,2 %
Pasco	1	190	0,526 %	0,3 %
Ica	7	1 852	0,378 %	2,6 %
Ancash	1	617	0,162 %	0,9 %
Piura	2	3 132	0,064 %	4,3 %

Atención oportuna por Red Asistencial - I semestre 2026



Meta PEI 2026: 37,7 % (fuera de escala). Ninguna red alcanza 5 %.

El volumen de asegurados se concentra principalmente en Rebagliati, Almenara y Sabogal, que reúnen 41 948 de los 72 426 diagnósticos consignados en el detalle por redes, equivalentes al 57,9 %. Estas mismas redes reportan 893 de los 1 381 casos de atención oportuna. Debido a su peso en el universo informado, su desempeño tiene una incidencia sustantiva en el resultado nacional que reporte la entidad.

Consistencia del denominador del indicador

Se identifica una diferencia significativa entre el valor absoluto considerado en la ficha técnica del PEI y el denominador reportado para la medición del I semestre de 2026. La ficha técnica establece para 2026 un valor referencial de 11 524 asegurados con diagnóstico de cáncer para la variable B, mientras que la información remitida por la unidad responsable consigna 70 524 asegurados acumulados al periodo de medición.

Si bien los valores absolutos contenidos en la ficha técnica constituyen referencias de programación y, por tanto, el resultado observado puede diferir de la estimación inicial, la magnitud de la variación —el valor reportado representa aproximadamente seis veces el previsto en el PEI— amerita verificar la correspondencia conceptual y metodológica de ambas cifras. En particular, resulta necesario determinar si los 70 524 registros corresponden efectivamente a asegurados únicos con diagnóstico confirmado de cáncer, conforme a la definición operacional del indicador, o si comprenden episodios de atención, diagnósticos históricos, registros repetidos u otro universo de información.

Esta verificación adquiere mayor relevancia debido a que el denominador constituye una de las variables determinantes del resultado del indicador. Asimismo, se observa una diferencia entre el total general de 70 524 casos y la suma del detalle reportado por Redes Asistenciales, que asciende a 72 426, por lo que resulta necesario conciliar previamente ambas cifras y asegurar su trazabilidad con la fuente de información institucional antes de validar el resultado porcentual del indicador.

Factores que explican el desempeño reportado

- La GCOP identifica fragmentación de las rutas de referencia oncológica, déficit de subespecialistas y demoras en el tránsito desde el diagnóstico hacia el inicio del tratamiento.
- La concentración de pacientes en redes de alta complejidad y mayor volumen, especialmente Rebagliati, Almenara y Sabogal, incrementa la presión sobre la capacidad resolutive especializada.
- Los resultados reportados inferiores a 5 % en todas las redes evidencian que la brecha de oportunidad no se limita a un ámbito territorial específico.
- La inconsistencia entre el total nacional y la suma por redes, junto con la ausencia de una base de casos, limita la capacidad de determinar con precisión la magnitud del desempeño institucional.

IND AEI 1.2.3 – Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica.

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.2.3	Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica.	61.0 %	61,79%	98,71%	PEI 2026-2030; Informe N.º 000024-2026-OIO-GCOP-ESSALUD-2026; ESSI / OIO-GCOP

La ficha técnica del PEI establece que el indicador mide la proporción de pacientes aptos para intervención quirúrgica que, a la fecha de corte, acumulan más de 45 días de espera respecto del total de pacientes aptos registrados en la lista de espera quirúrgica. La medición es mensual, utiliza como fuente el sistema ESSI y presenta sentido esperado decreciente; por tanto, un menor resultado representa un mejor desempeño.

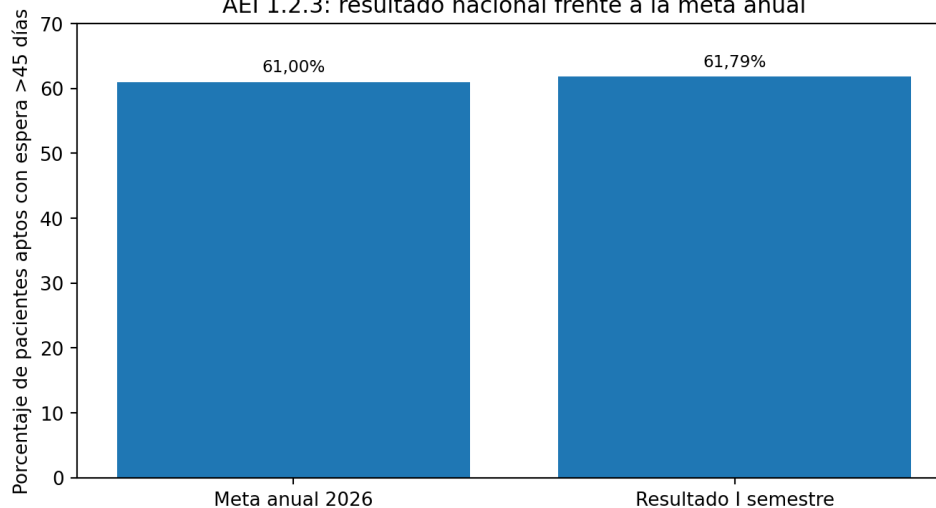
Al cierre del I semestre de 2026, la GCOP reportó 26 160 pacientes aptos con más de 45 días de espera, sobre un total de 42 334 pacientes aptos. La aplicación de la fórmula establecida en el PEI determina un resultado de 61,79 % ($26\,160 / 42\,334 \times 100$), por lo que el cálculo nacional se considera consistente con la ficha técnica.

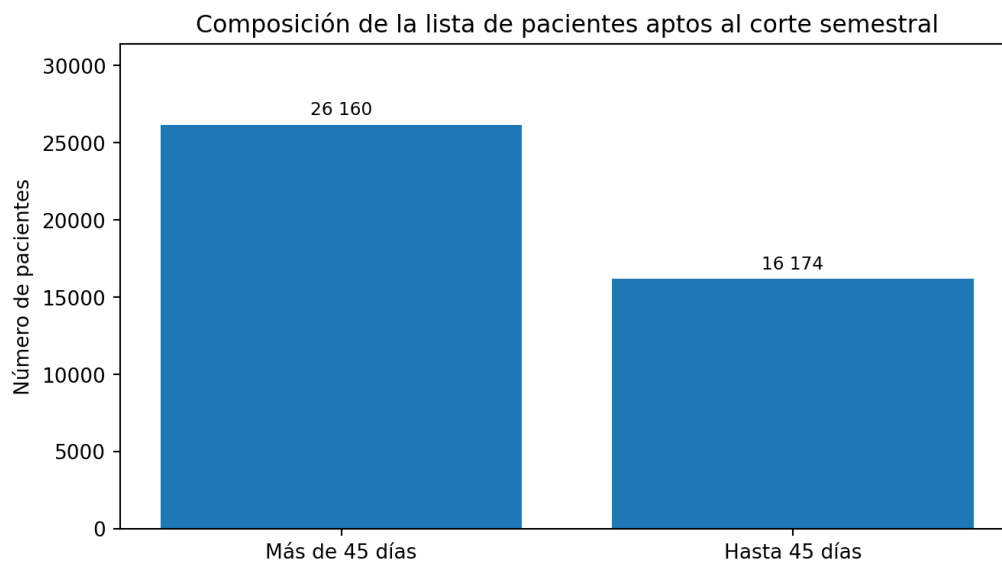
Frente a la meta anual de 61,00 %, el resultado se ubica 0,79 puntos porcentuales por encima del umbral previsto, situación desfavorable por tratarse de un indicador de sentido decreciente. Aplicando el criterio de avance para indicadores decrecientes, el nivel de avance respecto de la meta es 98,71 %. En consecuencia, el resultado se encuentra próximo a la meta, pero no alcanza todavía el valor objetivo establecido para 2026,

Con el volumen de pacientes observado al corte, para ubicarse en 61,00 % o menos el número de pacientes con más de 45 días de espera debería reducirse, como mínimo, de 26 160 a 25 823, equivalente a una disminución neta de 337 pacientes, manteniéndose constante el denominador. Esta referencia es únicamente gerencial, debido al carácter dinámico de la lista de espera quirúrgica, cuyos ingresos y egresos varían continuamente.

Variable	Valor I semestre 2026	Referencia PEI 2026	Evaluación
Pacientes aptos con más de 45 días de espera (A)	26 160	25 620	El valor observado supera en 540 pacientes la referencia absoluta prevista para la meta anual.
Total de pacientes aptos (B)	42 334	42 000	El universo observado supera en 334 pacientes la proyección utilizada en la ficha.
Resultado $A/B \times 100$	61,79 %	Meta: 61,00 %	Brecha desfavorable de 0,79 p.p.
Avance respecto de la meta	98,71 %	100 %	Resultado cercano al umbral, pero aún por encima de la meta decreciente.

AEI 1.2.3: resultado nacional frente a la meta anual

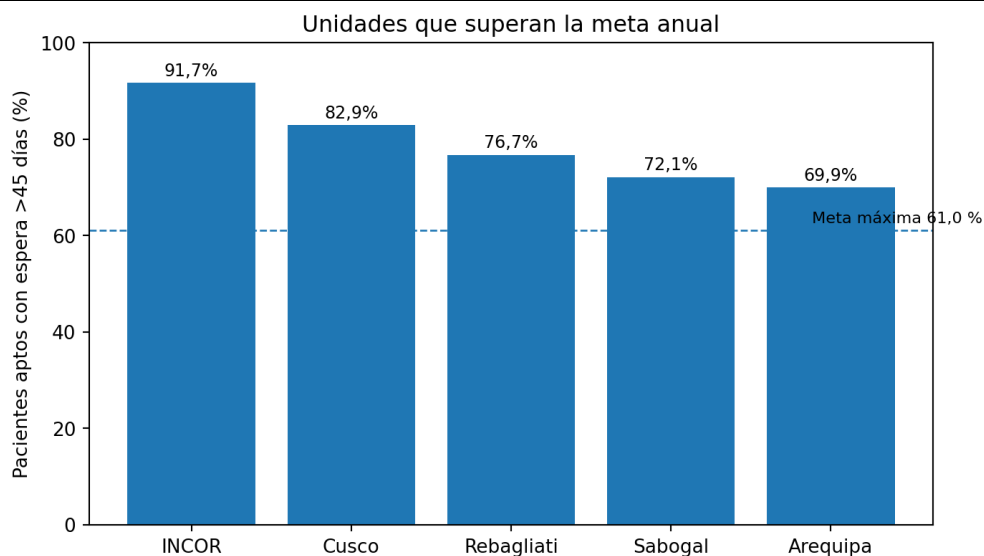


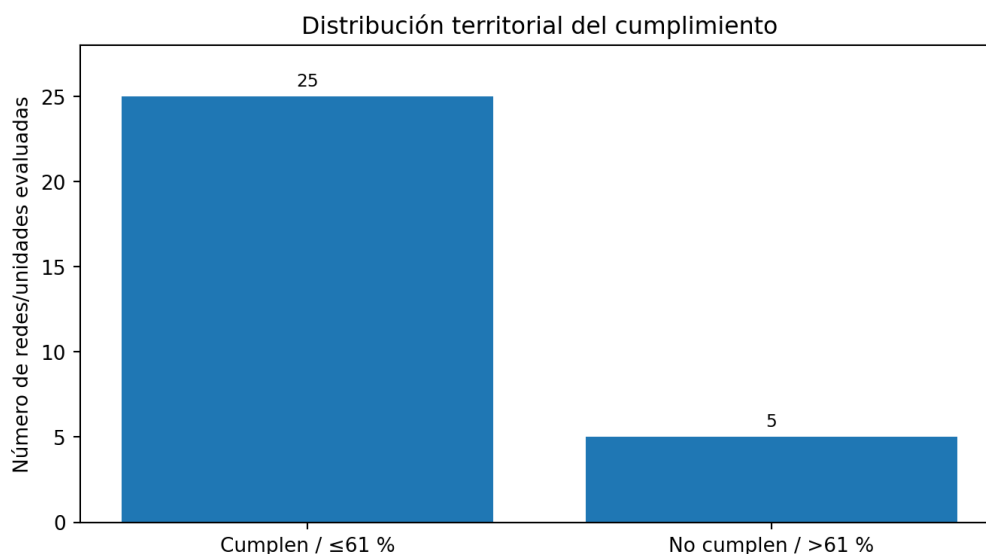


Análisis territorial del resultado

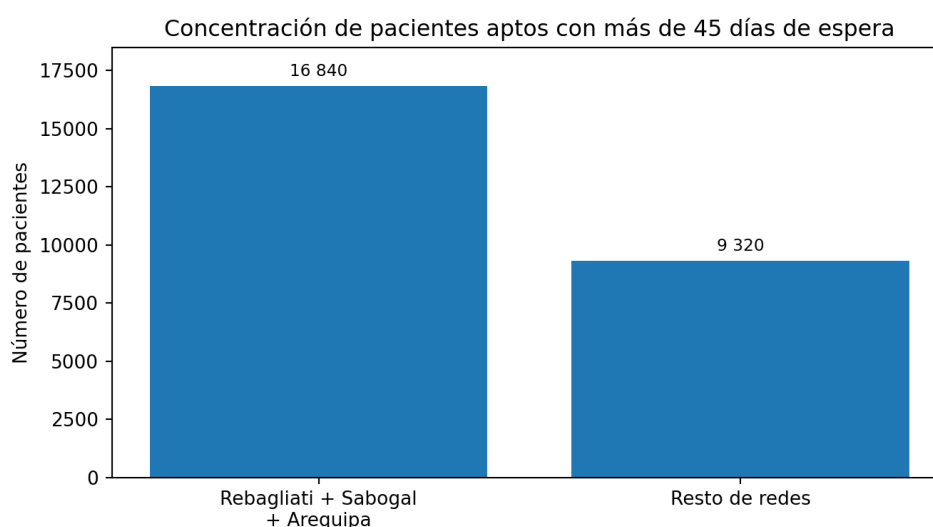
La desagregación territorial evidencia una situación heterogénea. De las veintinueve (29) redes consideradas y el INCOR, veinticinco (25) se ubicaron en el umbral de 61 % o por debajo de este, mientras cinco (5) unidades superaron la meta: INCOR, Cusco, Rebagliati, Sabogal y Arequipa. En estas unidades se concentra la principal brecha de oportunidad quirúrgica del periodo.

Red / unidad	Resultado	Brecha frente a 61 %	Situación
INCOR	91,7 %	+30,7 p.p.	Supera la meta
Cusco	82,9 %	+21,9 p.p.	Supera la meta
Rebagliati	76,7 %	+15,7 p.p.	Supera la meta
Sabogal	72,1 %	+11,1 p.p.	Supera la meta
Arequipa	69,9 %	+8,9 p.p.	Supera la meta





El análisis por volumen muestra una concentración adicional del riesgo, Rebagliati, Sabogal y Arequipa reúnen 16 840 pacientes aptos con más de 45 días de espera, equivalente a 64,4 % del numerador nacional, Por ello, aun cuando la mayoría de redes se ubica dentro del umbral, la evolución del resultado institucional depende de manera importante del desempeño de estas redes de gran volumen.

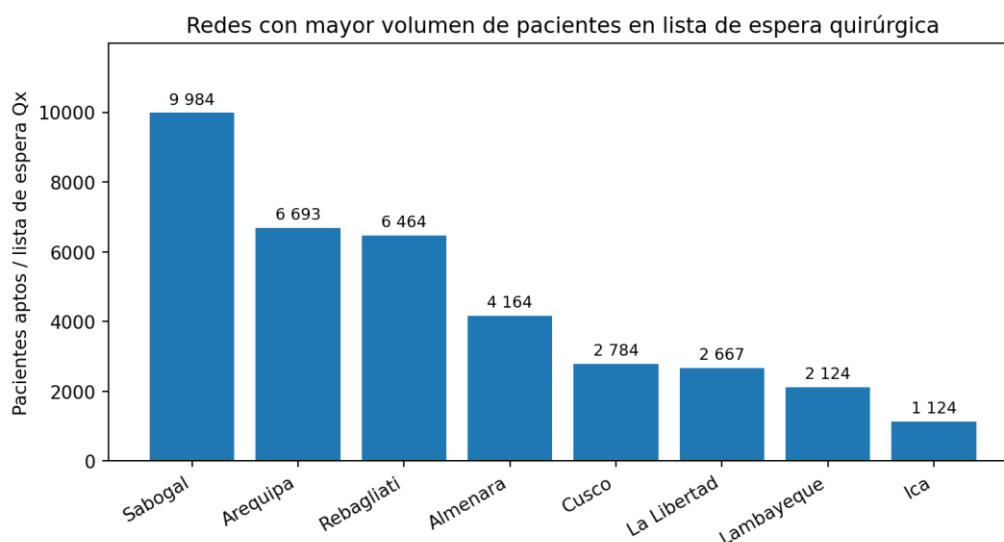


Como referencia de desempeño favorable, Apurímac registró 0,0 %, Madre de Dios 2,2 % y Moquegua 3,2 %, valores ampliamente inferiores al umbral. Estos resultados deben interpretarse conjuntamente con el tamaño de sus listas de espera, ya que el volumen asistencial difiere de manera importante entre redes.

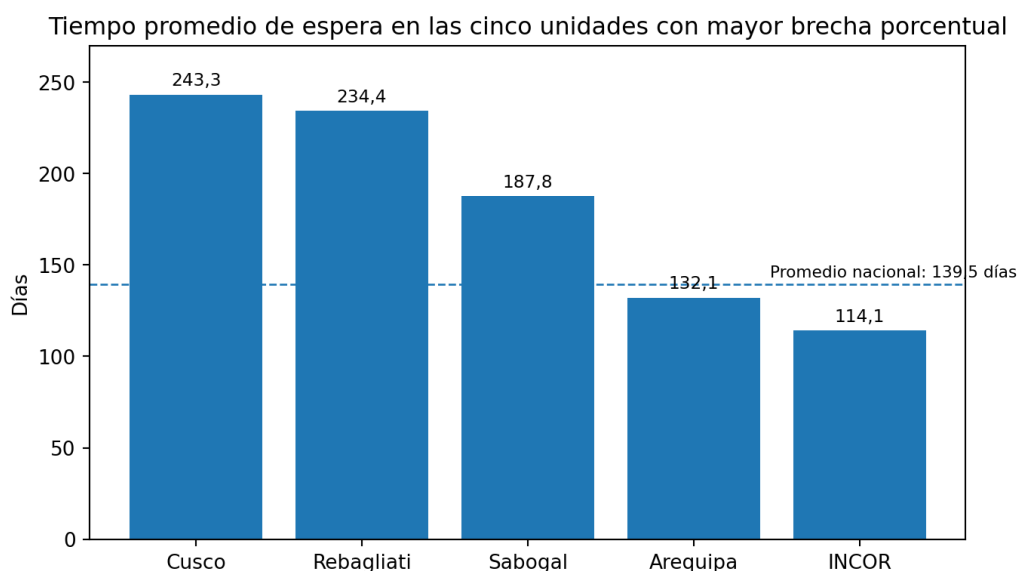
Red	Resultado del indicador	Volumen de lista de espera Qx	Lectura
Apurímac	0,0 %	60	Sin pacientes aptos con más de 45 días reportados; volumen reducido.
Madre de Dios	2,2 %	46	Resultado favorable con volumen reducido.
Moquegua	3,2 %	95	Resultado favorable con volumen reducido.

Volumen y presión de la lista de espera quirúrgica

El reporte operativo de la OIO registra una lista de espera quirúrgica nacional de 42 334 pacientes, coincidente con el denominador utilizado en el indicador, y un tiempo promedio de espera de 139,5 días. Los mayores volúmenes se concentran en Sabogal, Arequipa, Rebagliati, Almenara y Cusco, evidenciando que el análisis del porcentaje debe complementarse con la magnitud de la demanda que administra cada red.



La comparación de tiempos promedio también muestra diferencias relevantes. Cusco, Rebagliati y Sabogal registran promedios superiores al valor nacional de 139,5 días. Arequipa e INCOR presentan promedios inferiores al nacional, pero mantienen porcentajes elevados de pacientes con más de 45 días de espera; por ello, el tiempo promedio y el indicador AEI 1.2.3 deben analizarse como medidas complementarias y no equivalentes.



Factores que explican el desempeño

- La brecha nacional es reducida en términos porcentuales (+0,79 p.p.), pero se concentra en un conjunto limitado de redes con alta complejidad y elevado volumen de demanda quirúrgica.

- Rebagliati, Sabogal y Arequipa concentran aproximadamente 64 % de los pacientes con más de 45 días de espera, por lo que su comportamiento tiene una incidencia determinante en el resultado agregado.
- INCOR y Cusco presentan las mayores brechas relativas frente a la meta, con 91,7 % y 82,9 %, respectivamente, aunque sus volúmenes de lista de espera son diferentes.
- Los resultados favorables de redes de menor volumen contribuyen al desempeño territorial, pero no compensan totalmente el peso de las redes con mayor embalse quirúrgico.
- La lista de espera es dinámica; por ello, el seguimiento debe observar simultáneamente el porcentaje, los valores absolutos del numerador y denominador y el volumen de ingresos y egresos de pacientes

IND AEI 1.2.4 - Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.2.4	Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil	41,0 %	40,1 %	97,8 %	Reporte R1 del Software de Mantenimiento Institucional (SISMAC) al 30.06.2026

Al I semestre de 2026 el SISMAC registra 23,083 equipos operativos y dentro de su vida útil. de un total de 57,551 equipos de alta y mediana criticidad, La aplicación de la fórmula determina $23\,083/57\,551 \times 100 = 40,11 \%$. por lo que el resultado reportado de 40.1 % es consistente y se valida para la evaluación institucional, frente a la meta anual de 41.0 %. El avance alcanza 97,83 % con una brecha de 0,89 puntos porcentuales.

Los valores absolutos de 24 464 equipos para el numerador y 59 707 para el denominador consignados en la ficha técnica corresponden a referencias proyectadas para el cierre 2026; por ello, para la medición semestral corresponde utilizar el inventario efectivamente registrado en SISMAC al corte, siempre que se mantengan las definiciones técnicas de las variables.

El nivel agregado es cercano a la meta anual, pero el desempeño territorial es heterogéneo. La revisión del detalle por ODD/OPN muestra que 16 de las 33 unidades evaluadas alcanzan o superan el 41 %, mientras 17 se ubican por debajo. Esta distribución evidencia que el resultado nacional no expresa una condición homogénea de disponibilidad y vigencia tecnológica del equipamiento en toda la institución.

Desempeño por ODC/OPN

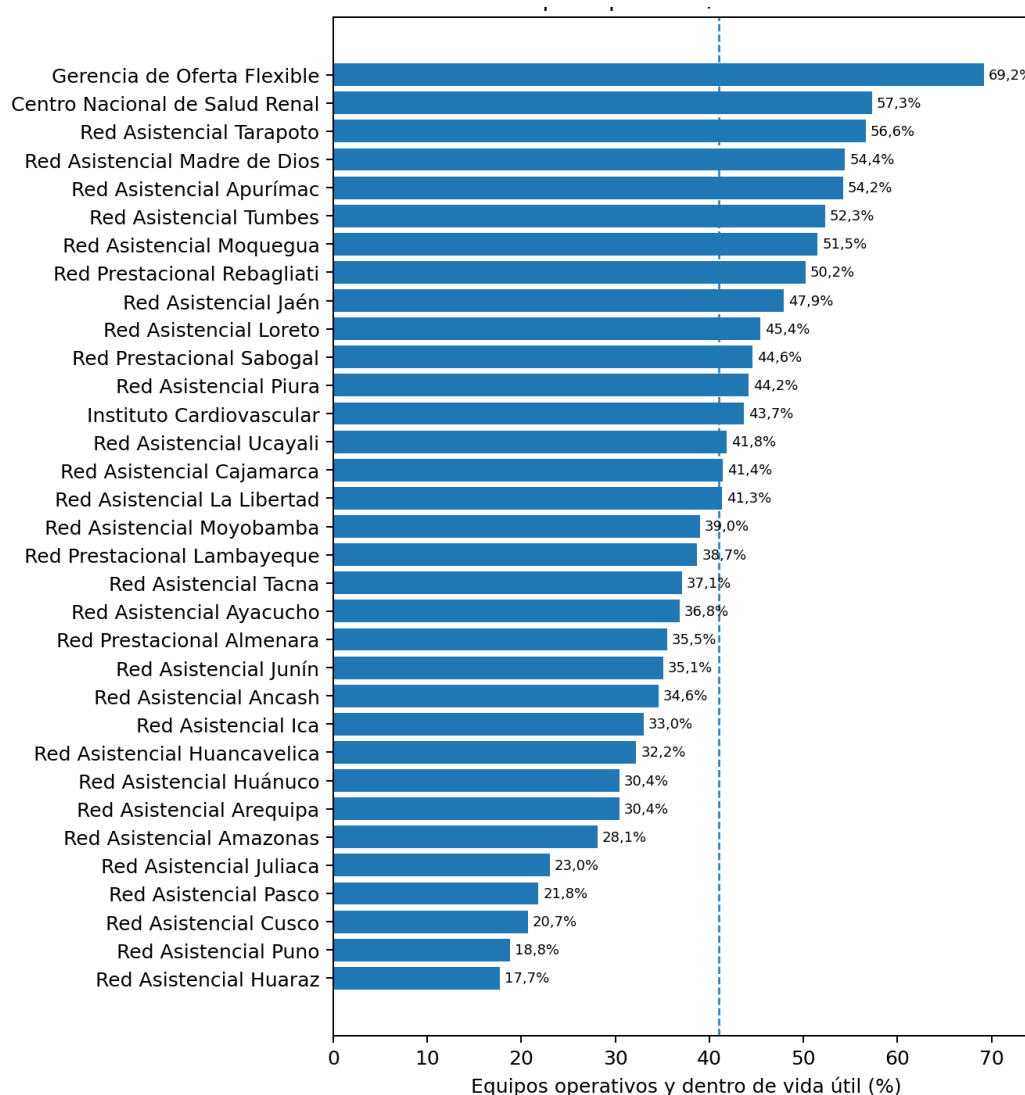
Grupo	ODC/OPN	Operativos y dentro de vida útil	Total alta/mediana criticidad	Resultado
Mayor resultado	Gerencia de Oferta Flexible	990	1 431	69,2 %
Mayor resultado	Centro Nacional de Salud Renal	137	239	57,3 %
Mayor resultado	Red Asistencial Tarapoto	657	1 161	56,6 %
Mayor resultado	Red Asistencial Madre de Dios	229	421	54,4 %
Mayor resultado	Red Asistencial Apurímac	632	1 165	54,2 %
Mayor resultado	Red Asistencial Tumbes	308	589	52,3 %
Menor resultado	Red Asistencial Huaraz	88	497	17,7 %

Grupo	ODC/OPN	Operativos y dentro de vida útil	Total alta/mediana criticidad	Resultado
Menor resultado	Red Asistencial Puno	120	639	18,8 %
Menor resultado	Red Asistencial Cusco	405	1 954	20,7 %
Menor resultado	Red Asistencial Pasco	210	964	21,8 %
Menor resultado	Red Asistencial Juliaca	177	769	23,0 %
Menor resultado	Red Asistencial Amazonas	235	835	28,1 %

Fuente: SISMAC

Los mayores resultados corresponden a la Gerencia de Oferta Flexible (69,2 %), Centro Nacional de Salud Renal (57,3 %), Tarapoto (56,6 %), Madre de Dios (54,4 %), Apurímac (54,2 %) y Tumbes (52,3 %). En el extremo inferior se encuentran Huaraz (17,7 %), Puno (18,8 %), Cusco (20,7 %), Pasco (21,8 %), Juliaca (23,0 %) y Amazonas (28,1 %). La amplitud entre el mayor y menor resultado es de 51,5 puntos porcentuales, confirmando una marcada heterogeneidad territorial.

Porcentaje de equipamiento operativo y dentro de su vida útil por ODC/OPN.



Fuente: SISMAC.

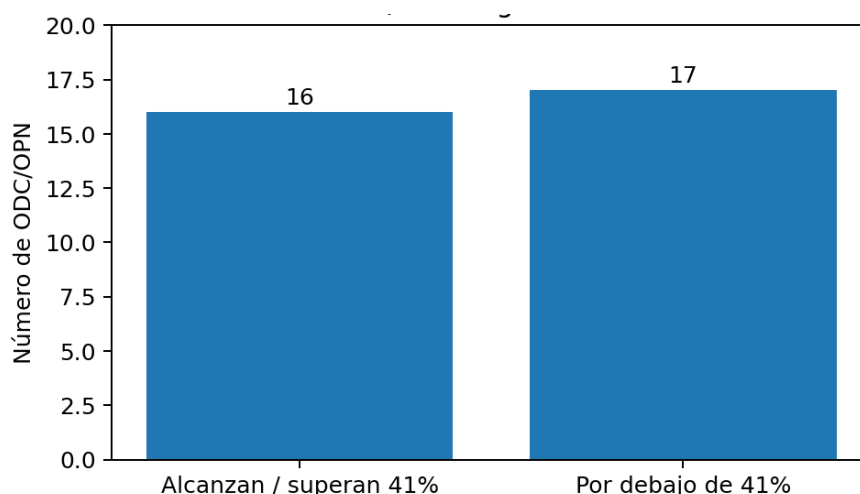
Nota: Vida Útil Promedio a considerar:

10 Años Para Equipos De Alta Tecnología

7 Años Para Equipos Biomédicos

20 Años Para Equipos Electromecánicos

Distribución de las 33 ODC/OPN según resultado respecto de la referencia de 41 %.



Fuente: SISMAC

La ejecución de los planes anuales de mantenimiento hospitalario y el seguimiento mensual efectuado por la Subgerencia de Mantenimiento contribuyeron a sostener la operatividad de parte relevante del parque tecnológico.

Las más de 20 visitas de supervisión in situ permitieron identificar equipos estratégicos inoperativos y formular recomendaciones técnico-administrativas para su reparación.

La GCPI gestionó apoyo presupuestal superior a S/ 3,17 millones para la reparación de equipos biomédicos estratégicos, incluyendo mamógrafos, equipos de rayos X y tomógrafos.

IND AEI 1.2.5 – Porcentaje de bienes estratégicos centralizados que mantienen una cobertura de stock entre dos y cuatro meses en las IPRESS.

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente verificación	de
AEI 1.2.5	Porcentaje de bienes estratégicos centralizados que mantienen una cobertura de stock entre dos y cuatro meses en las IPRESS.	Sin programación ¹	-	-		

1/ No presenta programación para el año 2026 según la ficha del indicador del PEI.

IND AEI 1.2.6 – Porcentaje de bienes estratégicos estimados no centralizados que mantienen una cobertura de stock de dos y cuatro meses en la IPRESS.

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente verificación	de
AEI 1.2.6	Porcentaje de bienes estratégicos estimados no centralizados que mantienen una cobertura de stock de dos y cuatro meses en la IPRESS	Sin programación ¹	-	-		

1/ No presenta programación para el año 2026 según la ficha del indicador del PEI.

AEI 1.3: Prestaciones económicas otorgadas oportunamente con validación del derecho al pago hacia los asegurados

La AEI 1.3 está orientada a garantizar el otorgamiento oportuno de las prestaciones económicas por sepelio, lactancia, maternidad e incapacidad temporal, verificando previamente el cumplimiento de las condiciones que acreditan el derecho al beneficio. Asimismo, busca fortalecer los mecanismos y sistemas que intervienen en la validación y pago de dichas prestaciones.

Su desempeño se evalúa mediante el IND. AEI 1.3.1 – Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas con verificación de acreditación del derecho y validadas.

IND AEI 1.3.1 – Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas, con verificación de acreditación del derecho y validadas

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución alcanzada	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.3.1	Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas, con verificación de acreditación del derecho y validadas	88 %	89,21 %	100 %*	Reportes SIA y SAP remitidos por la GCSPE; reportes institucionales de evaluación y pago de prestaciones económicas

* El avance bruto del resultado respecto de la meta anual es 101,37 %; para efectos de la evaluación institucional se presenta acotado a 100,00 %

Al cierre del I semestre de 2026 la GCSPE reportó S/ 475 593 444 como valor de prestaciones económicas cobradas y S/ 533 134 207 como valor utilizado para las prestaciones procesadas/aprobadas, La aplicación de la fórmula determina $475\,593\,444/533\,134\,207 \times 100 = 89,21 \%$, por lo que el resultado se valida aritméticamente y supera la meta anual de 88 00 % en 1,21 puntos porcentuales,

El desempeño favorable refleja que el monto efectivamente pagado durante el periodo representa una proporción elevada respecto del monto reportado como procesado/aprobado. No obstante, la lectura del indicador debe complementarse con la situación operativa de las solicitudes, debido a que el área mantiene un embalse histórico y reporta procesos manuales asociados a las limitaciones de la plataforma VIVA, factores que pueden afectar la sostenibilidad del resultado.

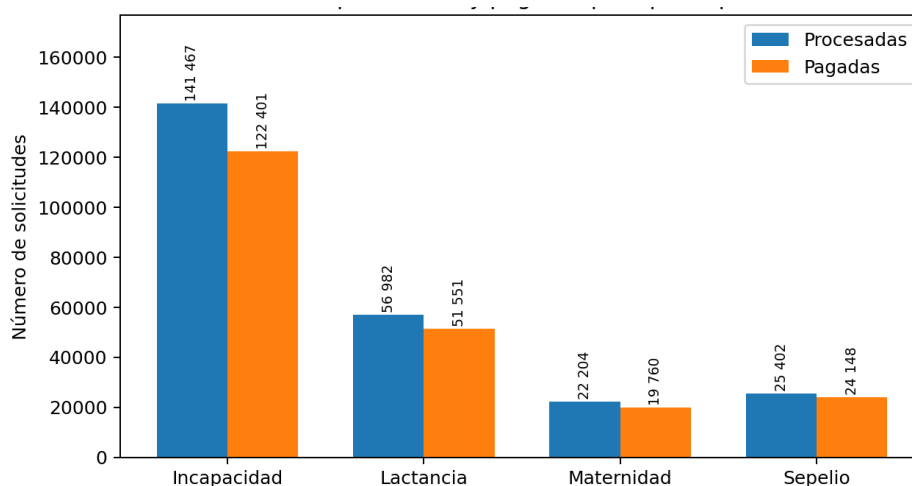
Desempeño operativo complementario

Tipo de prestación	Solicitudes procesadas	Solicitudes pagadas	Monto procesado (S/)	Monto pagado (S/)
Incapacidad	141 467	122 401	S/ 268 790 827	S/ 235 235 055
Lactancia	56 982	51 551	S/ 46 725 240	S/ 148 287 296
Maternidad	22 204	19 760	S/ 165 288 203	S/ 42 271 820
Sepelio	25 402	24 148	S/ 52 329 937	S/ 49 799 273
Total	246 055	217 860	S/ 533 134 207	S/ 475 593 444

Fuente: GCSPE; elaboración para la evaluación institucional

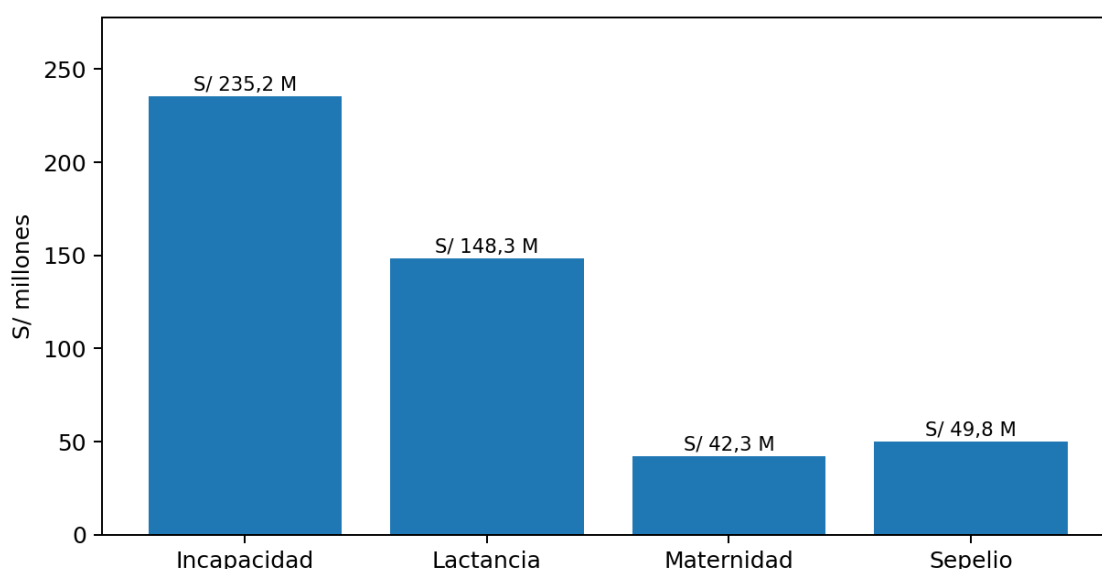
Durante el semestre se procesaron 246 055 solicitudes y se pagaron 217 860 beneficiando a 152 245 asegurados y derechohabientes, La relación operativa entre solicitudes pagadas y procesadas es 88,54 % dato que se presenta únicamente como referencia de flujo operativo y no como resultado del indicador debido a que la ficha PEI mide valores monetarios.

Solicitudes procesadas y pagadas por tipo de prestación



Fuente: GCSPE; elaboración para la evaluación institucional

Monto pagado por tipo de prestación económica



Fuente: SIA y SAP. Este gráfico describe el flujo operativo y no sustituye el cálculo del indicador.

La composición del pago muestra que la mayor erogación correspondió a incapacidad temporal, seguida de lactancia, sepelio y maternidad. La comparación por tipo entre montos procesados y pagados debe interpretarse con cautela, porque el reporte no acredita que ambos flujos correspondan exactamente a la misma cohorte de solicitudes dentro del semestre; por ello no se calculan porcentajes de cumplimiento por prestación.

AEI 1.4: Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y a la persona con discapacidad

La AEI 1.4 está orientada a fortalecer las prestaciones sociales dirigidas principalmente a personas adultas mayores y personas con discapacidad, promoviendo su autonomía, inclusión y bienestar. El PEI busca que estas intervenciones trasciendan el acceso al

servicio y contribuyan efectivamente a mejorar la calidad de vida, la inclusión laboral y el bienestar social de la población atendida.

En este ámbito se evalúan los indicadores AEI 1.4.1 y AEI 1.4.2, relacionados con la colocación laboral de personas con discapacidad atendidas en rehabilitación profesional y con el acceso y bienestar emocional de las personas adultas mayores

IND AEI 1.4.1 - Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de rehabilitación profesional colocadas laboralmente

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.4.1	Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de rehabilitación profesional colocadas laboralmente	28,5 %	17,00 %	59,65 %	Sistema de Rehabilitación Profesional y Social (SRPS); Nota N.º 000124-SGRSL-GPCD-GCPAMYPCD-ESSALUD-2026; Anexo de evaluación semestral

Para el cierre del I semestre, la documentación consolidada del área reporta 571 colocaciones laborales y un universo operativo de 3 366 usuarios vinculados al proceso, conformado por 779 nuevos usuarios incorporados y 2 587 personas atendidas integralmente. La relación $571/3\ 366 \times 100$ equivale a 16,96 %, que se presenta como 17,00 % en el reporte institucional. Respecto de la meta anual de 28,50 %, el valor relativo reportado representa un avance de 59,65 % y mantiene una brecha de 11,50 puntos porcentuales.

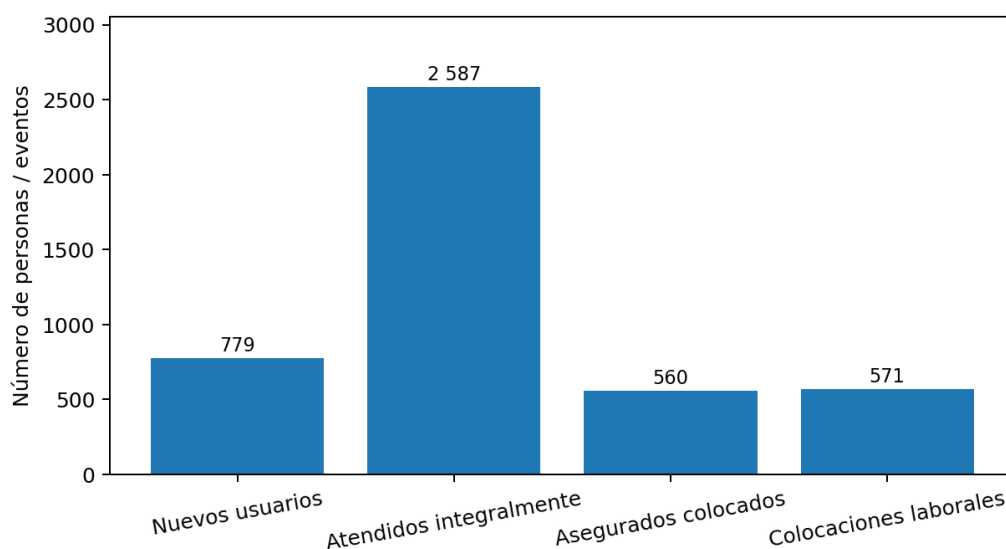
El resultado evidencia un avance parcial en inclusión laboral durante el semestre, acompañado por una actividad asistencial y de intermediación relevante. No obstante, la trazabilidad del cálculo requiere ser uniformizada: el reporte también identifica 560 asegurados únicos colocados y, en una matriz interna, utiliza el valor $449/2\ 587$ para reproducir 17 %. Dado que la ficha PEI mide personas colocadas y no eventos repetidos de colocación, para los siguientes cortes debe consolidarse una única variable nominal de personas colocadas y un denominador plenamente alineado con la definición de personas atendidas del PEI.

Avances operativos que acompañan el resultado

Resultado / producto	Valor al I semestre	Lectura para la evaluación
Colocaciones laborales	571	Eventos de colocación en modalidades de inserción, reincorporación, reubicación y reconversión laboral.
Asegurados colocados	560	Personas con discapacidad que obtuvieron un puesto de trabajo; 11 registraron más de una colocación durante el periodo.
Personas atendidas integralmente	2 587	Usuarios que recibieron atención en el Servicio de Rehabilitación Profesional Dependiente.
Nuevos usuarios incorporados	779	Nuevas inscripciones incorporadas al proceso de rehabilitación profesional.
Atenciones integrales acumuladas	20 358	Volumen de atenciones efectuadas; equivale aproximadamente a 7,9 atenciones por persona atendida.
Foros empresariales	16	Actividades descentralizadas de sensibilización y articulación con empleadores.
Empresas participantes	373	Empresas alcanzadas mediante los foros empresariales.

Fuente: GCPAMYPCD; elaboración para la evaluación institucional

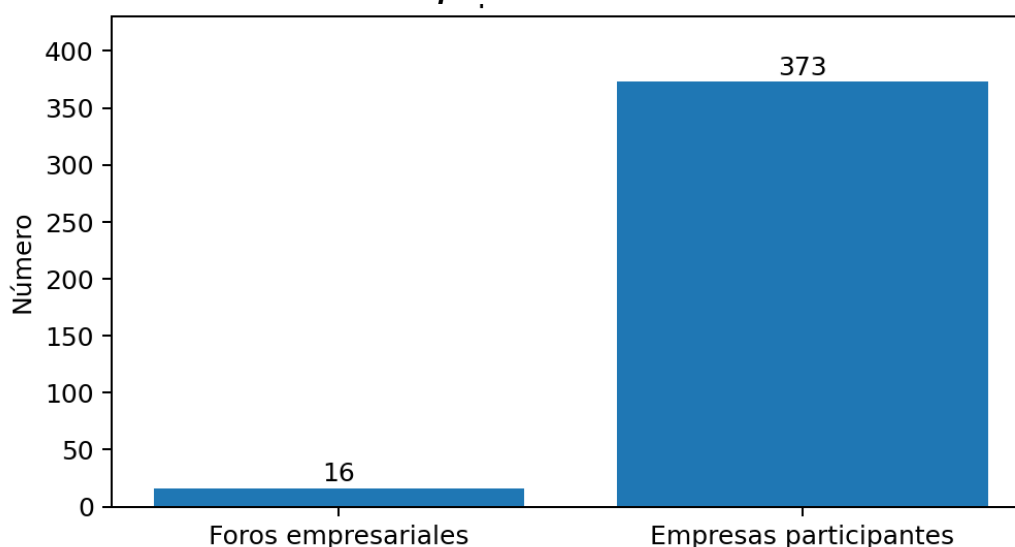
Principales volúmenes operativos



Fuente: GCPAMYPCD; elaboración para la evaluación institucional

Nota: Los valores describen productos y beneficiarios y no constituyen fórmulas alternativas del indicador.

Articulación con empleadores durante el I Semestre



Fuente: GCPAMYPCD; elaboración para la evaluación institucional.

Factores que explican el desempeño

- Búsqueda activa y reconocimiento de oportunidades laborales por parte de los equipos técnicos de los CERPS y MBRPS.
- Preparación y capacitación de usuarios orientada a los requerimientos del mercado laboral y a la sostenibilidad del empleo.
- Refuerzo de los equipos multidisciplinarios mediante la incorporación de 9 médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación y la contratación de 30 profesionales por locación de servicios.
- Realización de 16 foros empresariales con participación de 373 empresas, ampliando la sensibilización sobre inclusión laboral, barreras y ajustes razonables.

- El desempeño estuvo condicionado por contratos de corta duración y periodos de prueba, que generaron colocaciones repetidas y nuevas búsquedas laborales para algunos usuarios.

IND AEI 1.4.2 - Índice compuesto de extensión de uso y bienestar emocional de personas adultas mayores

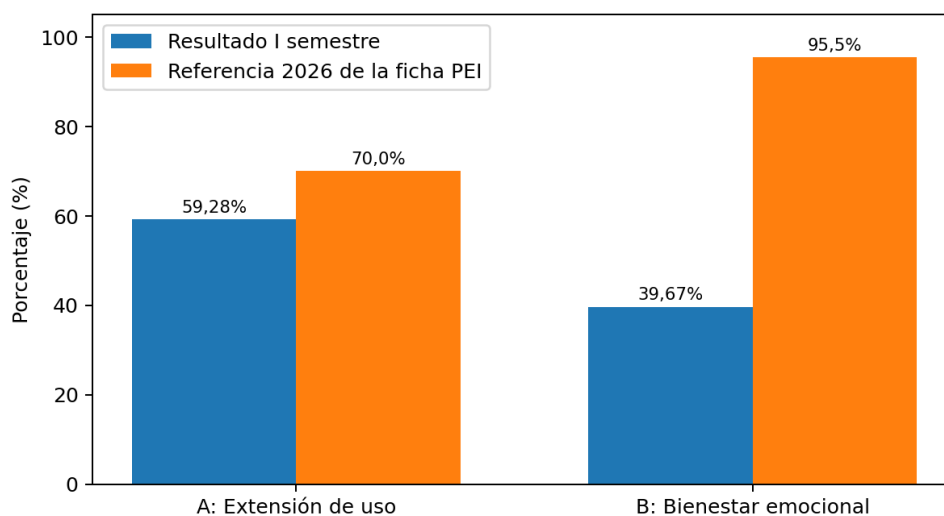
AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 1.4.2	Índice compuesto de extensión de uso y bienestar emocional de personas adultas mayores	82,8 %	49,47 %	59,75 %	Módulo PAM; base de participación en ≥ 4 prestaciones; base WEMWBS; Informe N.º 000070-SGPAM-GPAMYPS-GCPAMYPCD-ESSALUD-2026

Al I semestre de 2026, el indicador alcanzó un resultado de 49,47 %. La variable A -Extensión de Uso- registró 59,28 %, correspondiente a 28 284 personas adultas mayores que participaron en cuatro o más prestaciones sociales distintas respecto de 47 715 personas adultas mayores activas. La variable B -Bienestar Emocional- alcanzó 39,67 %, obtenida de 11 220 personas adultas mayores con cuatro o más prestaciones que lograron 43 o más puntos en la escala Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, en español Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo (WEMWBS), respecto de las 28 284 personas participantes en cuatro o más prestaciones.

Aplicando la fórmula establecida en la ficha técnica, $(0,5 \times 59,28 \%) + (0,5 \times 39,67 \%)$, el índice compuesto alcanza 49,47 %. Frente a la meta anual de 82,8 %, el nivel de avance es 59,75 %, con una brecha de 33,33 puntos porcentuales.

La extensión de uso evidencia una participación importante en múltiples prestaciones sociales, aunque aún se encuentra por debajo del valor previsto para 2026. La principal brecha se concentra en la variable de bienestar emocional, debido a la cobertura de aplicación de la escala WEMWBS. De las 28 284 personas adultas mayores que participaron en cuatro o más prestaciones, 11 524 respondieron la escala, equivalente al 40,74 %; entre quienes respondieron, 11 220 alcanzaron 43 o más puntos, lo que representa 97,36 %. Este último porcentaje evidencia un resultado favorable entre los participantes evaluados, pero no sustituye la variable B de la ficha técnica, cuyo denominador comprende a todas las personas que utilizaron cuatro o más prestaciones.

Desempeño de los componentes del índice



Fuente: GCPAMYPCD; elaboración para la evaluación institucional.

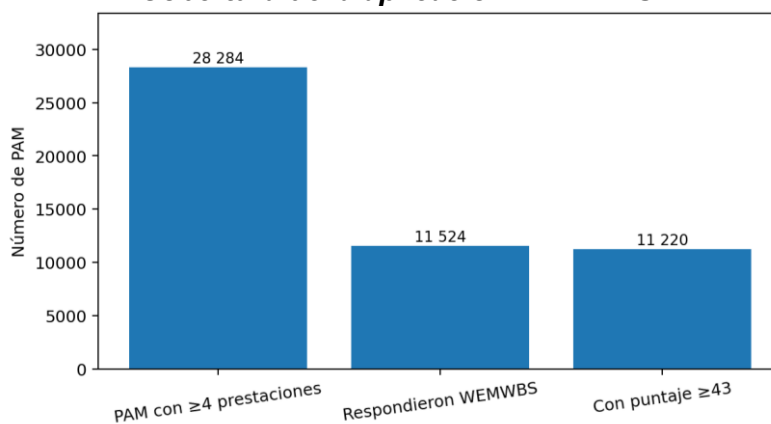
Cobertura y calidad de la medición WEMWBS

Elemento	Valor	Indicador complementario
PAM con cuatro o más prestaciones	28 284	Población objetivo del componente B
PAM que respondieron WEMWBS	11 524	40,74 % de la población objetivo
PAM con puntaje ≥ 43	11 220	39,67 % de la población objetivo / 97,36 % de quienes respondieron
PAM con puntaje < 43	304	2,64 % de quienes respondieron

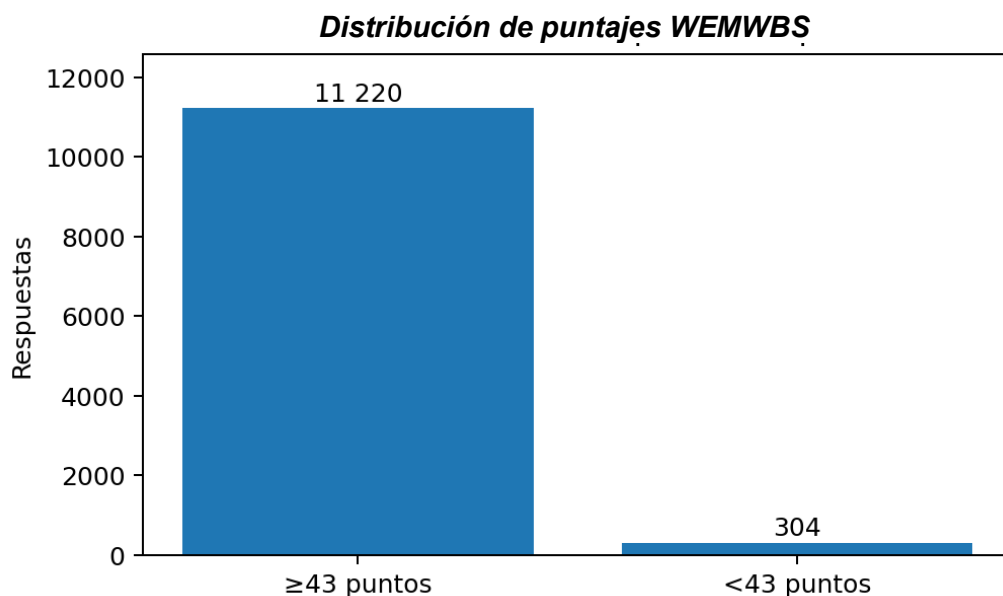
Fuente: GCPAMYPCD; elaboración para la evaluación institucional.

La base WEMWBS remitida permite verificar 11 524 respuestas, de las cuales 11 220 alcanzan 43 puntos o más y 304 se ubican por debajo del umbral. Por tanto, entre quienes respondieron la escala, 97,36 % presenta puntaje favorable; sin embargo, la tasa de respuesta respecto de las 28 284 PAM con cuatro o más prestaciones es 40,74 %. Esta diferencia es determinante: el 97,36 % describe la calidad de las respuestas obtenidas, mientras que el componente B del PEI es 39,67 % porque utiliza como denominador a toda la población con cuatro o más prestaciones.

Cobertura de la aplicación WEMWBS



Fuente: GCPAMYPCD; elaboración para la evaluación institucional.



Fuente: GCPAMYPCD; elaboración para la evaluación institucional.

Factores que explican el desempeño

- Operatividad del Módulo PAM, que permitió registrar la participación de las personas adultas mayores en las actividades de los CAM y CIRAM.
- Continuidad de talleres y actividades grupales mediante contratación de talleristas durante el I semestre, favoreciendo la participación intensiva en prestaciones sociales.
- Aplicación de la escala WEMWBS a personas adultas mayores usuarias de cuatro o más prestaciones y sistematización de los resultados para construir el componente de bienestar emocional.
- La baja cobertura de respuesta a la WEMWBS, asociada a barreras digitales, conectividad, manejo de tecnologías y motivación, redujo sustantivamente el valor del componente B.
- La ausencia de un canal institucional directo y estandarizado con las PAM obligó a canalizar la aplicación mediante profesionales de los centros y enlaces digitales, introduciendo riesgo de selección de participantes.

OEI 2: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA Y FINANCIERA EN EL MARCO DE LA GOBERNANZA INSTITUCIONAL

El OEI 2 busca preservar la sostenibilidad económica y financiera de EsSalud mediante una administración adecuada de los recursos que permita mantener la capacidad de respuesta institucional y financiar de manera sostenible las prestaciones. Para ello, el PEI prioriza la generación y recuperación de ingresos, la gestión de reservas, el desarrollo de costos prestacionales y mecanismos de pago, así como el fortalecimiento de la auditoría de seguros y del control de la cobertura.

El resultado del objetivo se mide mediante el IND. OEI 2.1 – Ratio de liquidez (prueba ácida), orientado a evaluar la capacidad institucional para afrontar sus obligaciones de corto plazo.

IND OEI 2.1 – Ratio de liquidez (prueba ácida).

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
OEI 2.1	Ratio de liquidez (prueba ácida).	1.2	0% ¹	0%	La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió el informe de evaluación

1/ La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió su informe de evaluación

AEI 2.1 Ingresos que garanticen el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados

La AEI 2.1 busca asegurar ingresos suficientes y sostenibles para financiar las prestaciones de EsSalud, considerando las aportaciones obligatorias, la recuperación de deuda tributaria y no tributaria, la rentabilidad de la reserva técnica y el comportamiento de la siniestralidad por tipo de seguro. Estos componentes permiten evaluar la suficiencia de los recursos para sostener la cobertura prestacional.

En este marco se evalúan los indicadores **AEI 2.1.1 al AEI 2.1.4**, vinculados con recaudación, recuperación de deuda, rentabilidad de reservas y siniestralidad.

IND AEI 2.1.1– Porcentaje de cumplimiento de la meta de recaudación anual por aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N.º 26790).

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 2.1.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de recaudación anual por aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N.º 26790).	100%	0% ¹	0%	La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió el informe de evaluación

1/ La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió su informe de evaluación

IND AEI 2.1.2– Porcentaje de recuperación de la deuda tributaria (contributivo) y no tributaria (reembolso).

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 2.1.2	Porcentaje de recuperación de la deuda tributaria (contributivo) y no tributaria (reembolso).	22.0 %	0% ¹	0%	La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió el informe de evaluación

1/ La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió su informe de evaluación

IND AEI 2.1.3– Rentabilidad de la reserva técnica obtenida.

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 2.1.3	Rentabilidad de la reserva técnica obtenida.	4.8 % - 6.0 %	0% ¹	0%	La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió el informe de evaluación

1/ La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió su informe de evaluación

IND AEI 2.1.4 – Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Resultado I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 2.1.4	Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro	≤ 85,00 %	0,00 %*	0,00 %*	Ficha técnica PEI; requerimientos a GCGF y GCTIC; Informe N.º 000065-OEGRS-GCSPE-ESSALUD-2026

* Para efectos de la evaluación institucional se registra 0,00 % de resultado y 0,00 % de avance al no existir una medición validada conforme a la ficha técnica. Este registro no significa que la siniestralidad real sea 0,00 % ni debe interpretarse como cumplimiento del umbral ≤ 85 %.

Al cierre de la evaluación, la GCSPE/OEGRS no contó con ninguno de los dos insumos primarios exigidos por la ficha: el reporte de ingresos por primas pagadas desagregado por seguro y el reporte ESSI de costos de prestaciones de salud por seguro. Los requerimientos fueron formulados el 17 de junio y reiterados el 25 de junio de 2026, permaneciendo pendientes de atención al momento del reporte. En estas condiciones no es posible reproducir el numerador, el denominador ni la desagregación requerida para calcular el indicador oficial.

El análisis complementario elaborado por la OEGRS depuró parcialmente la información disponible y obtuvo dos escenarios agregados de referencia: 72,19 % considerando costos hospitalarios asistenciales de los órganos desconcentrados y 78,57 % al incorporar servicios médicos de terceros. Ambos se ubican por debajo del umbral de 85 %; sin embargo, continúan sin utilizar los reportes primarios exigidos, no presentan desagregación por tipo de seguro y corresponden a un corte al 31 de mayo, no al cierre del I semestre. Por estas razones, no deben convertirse en el resultado del indicador PEI.

En consecuencia, para la evaluación institucional se mantiene un resultado de 0,00 % y un avance de 0,00 %. Este tratamiento refleja la ausencia de una medición validada, no un nivel

real de siniestralidad igual a cero. El desempeño económico-financiero del indicador permanece, por tanto, no determinado al corte.

Factores que explican la imposibilidad de medición

- Los datos disponibles en estados financieros y ejecución presupuestal están agregados y estructurados por naturaleza contable o centro asistencial, no por tipo de seguro, por lo que no reproducen las variables de la ficha.
- El flujo trimestral de provisión de datos entre GCGF, GCTIC y OEGRS no se encontraba formalizado con una estructura, periodicidad y responsable operativo de entrega claramente establecidos.
- Los requerimientos formales de información fueron cursados y reiterados, pero los reportes primarios continuaban pendientes al momento de la evaluación.
- La información alternativa disponible tenía corte al 31 de mayo de 2026, por lo que tampoco representaba íntegramente el cierre del I semestre.

AEI 2.2 Mecanismos de pago basados en un sistema de costos prestacionales estandarizado e implementado, que permitan una gestión eficiente y sostenible de los gastos en todos los niveles de atención

La AEI 2.2 busca fortalecer la gestión financiera mediante la implementación de un sistema estandarizado de costos prestacionales que sustente mecanismos de pago adecuados y permita mejorar la asignación y recuperación de recursos. Su aplicación constituye una herramienta para conocer los costos de los servicios, sustentar decisiones financieras y evaluar la eficiencia de la gestión prestacional.

Su avance se mide mediante el IND. AEI 2.2.1 – Porcentaje de procedimientos médicos y hospitalarios que cuentan con costo aprobado.

IND AEI 2.2.1 Porcentaje de procedimientos médicos y hospitalarios que cuentan con costo aprobado.

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 2.2.1	Porcentaje de procedimientos médicos y hospitalarios que cuentan con costo aprobado	42.8%	0% ¹	0%	La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió el informe de evaluación

1/ La Gerencia Central de Gestión Financiera no remitió su informe de evaluación

AEI 2.3 Sistema de auditoría de seguros que garantice la optimización de la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados

Esta acción estratégica está orientada a fortalecer los mecanismos de auditoría de seguros y de verificación de la condición del asegurado, a fin de prevenir afiliaciones o prestaciones otorgadas sin derecho y reducir riesgos que afecten al sistema de aseguramiento. Con ello se busca proteger los fondos institucionales y optimizar la cobertura de las prestaciones otorgadas.

La acción se evalúa mediante el IND. AEI 2.3.1 – Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento.

IND AEI 2.3.1 – Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución alcanzada	% avance	Fuente de verificación
AEI 2.3.1	Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento	63 %	28,50 %*	100 %*	PEI 2026-2030; Plan Nacional de Auditoría de Seguros 2026; Plan Anual de Verificación 2026; SIASE; SIMVECA; reporte GCSPE

* Resultado calculado con la información disponible al corte. El componente de auditoría de seguros incorpora ejecución hasta mayo de 2026. Dado el sentido decreciente del indicador, el resultado se ubica por debajo de la meta anual; sin embargo, esta lectura favorable es provisional por la falta del dato de junio.

Para 2026, los planes anuales aprobados programan 13 292 casos de auditoría de seguros y 2 274 casos de verificación de la condición del asegurado, determinándose un universo anual de 15 566 casos programados. Este total se utiliza como denominador del indicador, dado que la definición operacional remite expresamente a la programación contenida en los planes anuales y no establece un recorte del denominador al periodo semestral.

El numerador reportado por la GCSPE asciende a 4 437 casos y está compuesto por 4 192 auditorías de seguros con resultado “No Conforme” y 245 bajas de oficio que adquirieron la condición de firmes y consentidas. En el caso de estas últimas, el área precisa que algunos procedimientos pudieron haberse iniciado en años anteriores debido a la duración del procedimiento de verificación y a la posibilidad de recursos impugnatorios; para la medición se consideran aquellas que alcanzaron la condición firme y consentida durante 2026.

Con estas variables, el resultado es $4\,437 / 15\,566 \times 100 = 28,50 \%$, por lo que el 28,50 % informado por el área es aritméticamente reproducible y consistente con el método de cálculo de la ficha técnica, El valor se ubica por debajo de la meta anual de 63,00 %, lo que resulta favorable conforme al sentido decreciente del indicador,

No obstante, el resultado presenta una salvedad relevante para el cierre semestral: las 4 192 auditorías con resultado “No Conforme” corresponden a información disponible hasta mayo de 2026. Por ello, el numerador no incorpora todavía la ejecución de auditoría correspondiente a junio. En consecuencia, el 28,50 % debe considerarse un resultado provisional al I semestre y actualizarse cuando se cuente con el cierre de junio, a fin de asegurar que la medición semestral comprenda la totalidad del periodo evaluado.

Composición de las variables del indicador

Variable	Componente	Valor	Fuente / periodo	Lectura evaluativa
Numerador	Auditorías de seguros con resultado No Conforme	4 192	SIASE - información hasta mayo de 2026	Componente principal del numerador; falta incorporar el cierre de junio.
Numerador	Bajas de oficio firmes y consentidas	245	SIMVECA - I semestre 2026	Casos de verificación que alcanzaron condición firme y consentida durante el periodo reportado.
Numerador	Total casos identificados	4 437	Consolidación GCSPE	Numerador utilizado para el cálculo provisional.
Denominador	Casos programados de auditoría de seguros	13 292	Plan Nacional de Auditoría de Seguros 2026	Programación anual aprobada.
Denominador	Casos programados de verificación	2 274	Plan Anual de Verificación 2026	Programación anual aprobada.
Denominador	Total casos programados	15 566	Planes anuales aprobados	Denominador utilizado para el cálculo.

Fuente: GCSPE; elaboración para la evaluación institucional

Avances operativos observados

La información de auditoría permite identificar un avance operativo parcial del procedimiento: 2 474 auditorías con resultado No Conforme de 3 253 casos programados en el I trimestre (76,05 %) y 1 718 de 2 325 en el II trimestre, con corte a mayo (73,89 %). Estos porcentajes describen exclusivamente el componente de auditoría de seguros y no constituyen el AEI

2.3.1, cuya fórmula integra también el procedimiento de verificación de la condición del asegurado.

Factores que explican el desempeño operativo

- La aprobación del Plan Nacional de Auditoría de Seguros 2026 y del Plan Anual de Verificación 2026 proporciona una programación formal para ambos procedimientos y permite determinar el denominador anual del indicador.
- La ejecución de auditorías de seguros permitió identificar 4 192 casos con resultado No Conforme al corte disponible, constituyendo el principal componente de los casos detectados.
- Las 245 bajas de oficio firmes y consentidas evidencian culminación de procedimientos de verificación y habilitan acciones posteriores de recupero respecto de prestaciones indebidamente otorgadas.
- La capacidad de auditoría y verificación está condicionada por brechas de recurso humano, disponibilidad logística y presupuestal, así como por la necesidad de contar con información suficiente para focalizar perfiles de riesgo.
- La falta de incorporación del dato de junio en el componente de auditoría limita la lectura definitiva del resultado semestral.

OEI 3: MODERNIZAR LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD

El OEI 3 busca modernizar y fortalecer la gestión de EsSalud mediante la incorporación de la gestión por procesos, la gestión del conocimiento, la transformación digital, la innovación, la gobernanza de datos, la integridad y la gestión de riesgos. Asimismo, incorpora las inversiones hospitalarias y el fortalecimiento del monitoreo y evaluación institucional como habilitadores para mejorar la eficiencia, la transparencia, la toma de decisiones y la capacidad de respuesta de la entidad.

Su resultado se evalúa mediante el IND. OEI 3.1 – Porcentaje de avance de modernización de la gestión institucional, de naturaleza agregada respecto de los componentes que sustentan la modernización institucional

IND OEI 3.1 Porcentaje de avance de modernización de la gestión institucional

La ficha técnica establece que el IND. OEI 3.1 mide el grado de avance de EsSalud en la implementación efectiva de los componentes del proceso de modernización de la gestión institucional. El indicador se obtiene a partir de la sumatoria del nivel de cumplimiento de los indicadores de las acciones estratégicas consideradas, dividida entre el total de indicadores aplicables al periodo, y tiene una meta anual 2026 de 100,0 %.

Composición del resultado del OEI 3.1

Código	Nombre completo del indicador de AEI	Meta anual 2026	Resultado I semestre 2026	% de avance utilizado para el OEI
AEI 3.1.1	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de Separación de Funciones	100,0 %	54,90 %	54,90 %
AEI 3.2.1	Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital	100 % (6 de 6 proyectos)	0,00 %	0,00 %
AEI 3.2.2	Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (IMGCD-EsSalud)	1,94	0,60	30,93 %
AEI 3.2.3	Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital	49 % (19 de 39 variables)	49,00 % (19 de 39 variables)	100,00 %
AEI 3.2.4	Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional	15,0 %	0,00 %	0,00 %
AEI 3.3.1	Porcentaje de implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud - EsSalud	100,0 %	20,75 %	20,75 %
AEI 3.3.2	Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado	10,0 %	0,00 %	0,00 %
AEI 3.3.3	Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2	12,6 % (12 de 95 hospitales)	0,00 %	0,00 %
AEI 3.4.1	Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en EsSalud	2 obras	0 obras	0,00 %
AEI 3.4.2	Porcentaje de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK	90,0 %	19,85 %	22,06 %
AEI 3.5.1	Porcentaje de actividades operativas del Plan Operativo Institucional de las dependencias del nivel central con ejecución óptima	90,0 %	0,00 %	0,00 %
AEI 3.5.2	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud	90,0 %	27,27 %	30,30 %
AEI 3.5.3	Porcentaje de ejecución del presupuesto institucional	94,0 %	45,10 %	47,98 %
Sumatoria del porcentaje de avance de los 13 indicadores aplicables				306,92
IND. OEI 3.1 = 306,92 / 13				23,61 %

Fuente: Elaboración a partir de los resultados consignados en el Informe de Evaluación del PEI de EsSalud – I Semestre 2026 y de las fichas técnicas del PEI 2026-2030

Nota metodológica. Para el cálculo se consideran únicamente los indicadores de AEI que cuentan con meta para 2026. El indicador AEI 3.1.2 – Porcentaje de ejecución del Plan de Implementación de la Gestión del Conocimiento no se incorpora debido a que su ficha técnica consigna N/D para 2026. En los indicadores con meta 2026 en los que al corte no se acredita un resultado conforme a las condiciones de medición establecidas, se considera 0,00 % de avance para efectos de la evaluación. Los avances operativos o preparatorios que no reúnen las condiciones de la ficha se utilizan como información explicativa, pero no modifican el valor del indicador.

Al I semestre de 2026, el IND. OEI 3.1 alcanzó un resultado de 23,61 % respecto de la meta anual de 100,0 %, evidenciando un nivel de avance aún limitado en el proceso de modernización de la gestión institucional.

El resultado agregado presenta una marcada heterogeneidad entre los componentes que conforman el objetivo. De los trece indicadores aplicables en 2026, siete generan una contribución cuantificable al resultado, mientras que seis registran 0,00 % de avance para efectos de la evaluación. Esta composición evidencia que los progresos alcanzados todavía se encuentran concentrados en determinados ámbitos de la modernización y no se han extendido con similar intensidad al conjunto de componentes previstos en el OEI.

La mayor contribución proviene de los componentes vinculados con la madurez de innovación digital, la separación de funciones y la ejecución presupuestal institucional, seguidos por gobernanza y calidad de datos, integridad, indicadores para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud y ejecución del presupuesto de inversiones. En particular, el indicador de madurez de innovación digital alcanzó el 100,00 % de su meta anual; la separación de funciones registra 54,90 % y la ejecución presupuestal institucional 47,98 % de avance.

En términos de incidencia, los tres componentes con mayor avance —madurez de innovación digital, separación de funciones y ejecución presupuestal institucional— concentran aproximadamente el 66,10 % de la sumatoria que determina el OEI. Esta concentración explica por qué los avances observados en determinadas dimensiones no se traducen todavía en un nivel elevado del indicador general: el desempeño del OEI continúa dependiendo de un grupo reducido de componentes.

Asimismo, el 0,00 % registrado en algunos componentes no implica necesariamente ausencia de actividad institucional durante el semestre. La información evaluada acredita avances preparatorios, actividades parciales, evaluaciones técnicas y ejecución física que todavía no reúnen las condiciones establecidas en las fichas técnicas para convertirse en resultados computables. En consecuencia, la lectura institucional debe diferenciar el avance operativo de la ejecución reconocible para el indicador PEI.

En conjunto, el resultado refleja que la modernización institucional se encuentra en una fase de avance parcial, con capacidades y resultados consolidados en algunos componentes habilitadores, pero con brechas relevantes para transformar los avances preparatorios y operativos de otros ámbitos en resultados efectivamente computables. El principal desafío del segundo semestre consiste en ampliar la contribución hacia los distintos componentes que conforman la modernización institucional y reducir la concentración actual del resultado.

AEI 3.1: Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la gestión por procesos y la gestión del conocimiento

La AEI 3.1 busca fortalecer el diseño y funcionamiento institucional mediante la gestión por procesos y la gestión del conocimiento. El PEI plantea mejorar la definición de roles, responsabilidades y flujos de trabajo, fortalecer la separación de funciones y, paralelamente, capturar, sistematizar y transferir conocimiento crítico para favorecer decisiones sustentadas en evidencia y reducir los riesgos derivados de la pérdida de conocimiento institucional.

Su seguimiento se realiza mediante los indicadores AEI 3.1.1 y AEI 3.1.2, vinculados con la implementación de la separación de funciones y de la gestión del conocimiento

IND AEI 3.1.1 Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de Separación de Funciones

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Resultado I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.1.1	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de Separación de Funciones	100,0 %	54,9 %	54,9 %	Plan de Implementación; Informes N.° 000149-SGORG-GOP-GCPP-2026, N.° 000160-2026-SGORG-GOP-GCPP-ESSALUD-2026 e Informe N.° 000044-GOP-GCPP-ESSALUD-2026

Al I semestre de 2026, el indicador registra 62 ejecuciones documentadas respecto de 113 metas físicas programadas acumuladas, obteniéndose un resultado de 54,9 %. La medición semestral expresa el cumplimiento de la programación acumulada del periodo; la meta anual del PEI se mantiene en 100,0 %.

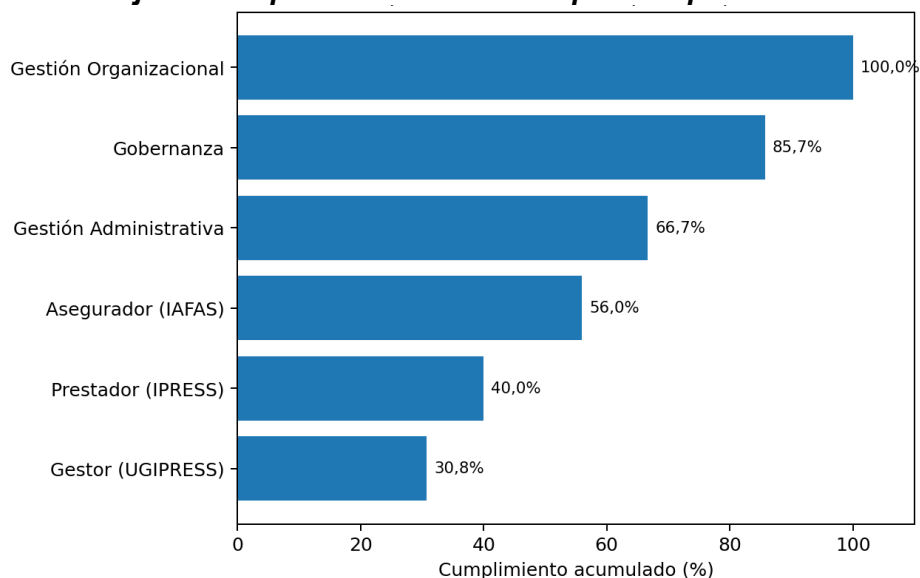
El desempeño es heterogéneo entre los seis componentes del Plan. Gestión Organizacional alcanzó 100,0 % y Gobernanza 85,7 %, evidenciando mayor avance en condiciones habilitantes vinculadas con organización, gestión por procesos, calidad y gobernanza. Gestión Administrativa alcanzó 66,7 % y el componente Asegurador 56,0 %. Las principales brechas se concentran en Gestor (UGIPRESS), con 30,8 %, y Prestador (IPRESS), con 40,0 %, componentes directamente vinculados con planes de producción, gestión de recursos, control, reorganización de servicios y gestión de riesgos.

La lectura institucional del resultado es de avance parcial. Durante el semestre se fortalecieron condiciones normativas y organizacionales necesarias para la separación de funciones; sin embargo, dichas condiciones todavía no se han trasladado con similar intensidad a los componentes operativos de gestión de redes y prestación de servicios.

Desempeño por componente

Componente	Programado I semestre	Ejecutado I semestre	Cumplimiento acumulado	Lectura del desempeño
Gobernanza	7	6	85,7 %	Avance alto; mantiene brecha acotada.
Gestión Organizacional	8	8	100,0 %	Cumplimiento completo de la programación acumulada.
Asegurador (IAFAS)	50	28	56,0 %	Avance intermedio; requiere completar actividades pendientes.
Gestor (UGIPRESS)	26	8	30,8 %	Avance bajo; concentra brechas sustantivas para la implementación.
Prestador (IPRESS)	10	4	40,0 %	Avance bajo; concentra brechas sustantivas para la implementación.
Gestión Administrativa	12	8	66,7 %	Avance intermedio; requiere completar actividades pendientes.
TOTAL	113	62	54,9 %	Cumplimiento parcial de la programación acumulada al I semestre.

Fuente: GCPP-GOP; elaboración para la evaluación institucional

Porcentaje de cumplimiento acumulado por componente del Plan


Fuente: GCPP-GOP; elaboración para la evaluación institucional

Factores que explican el desempeño

- La organización del Plan en seis componentes y su programación trimestral permite identificar responsabilidades y efectuar seguimiento diferenciado de las metas físicas.
- El mayor desarrollo de Gestión Organizacional y Gobernanza favoreció la generación de instrumentos y condiciones institucionales vinculadas con organización, gestión por procesos, gobernanza de datos, calidad y conducción del proceso.
- El componente Asegurador concentra la mayor carga de metas físicas del semestre; por ello, el avance parcial registrado en este componente condiciona de manera importante el resultado agregado.
- La menor ejecución de los componentes Gestor y Prestador limita que los avances organizacionales se traduzcan con igual intensidad en la operativización de la separación de funciones en las redes y servicios.
- La falta de presupuesto específico efectivamente asignado al Plan, la rotación de funcionarios y la necesidad de articulación entre múltiples órganos reducen la capacidad de cierre oportuno de actividades interdependientes.

IND AEI 3.1.2 – Porcentaje de ejecución del Plan de Implementación de la Gestión de Conocimiento.

AEI	Indicador	Meta 2026	anual	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente verificación	de
AEI 3.1.2	Porcentaje de ejecución del Plan de Implementación de la Gestión de Conocimiento	Sin programación ¹		-	-		

1/ No presenta programación para el año 2026 según la ficha del indicador del PEI.

AEI 3.2: Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital

Esta acción estratégica busca consolidar las capacidades de transformación digital e innovación de EsSalud, fortaleciendo la planificación de iniciativas digitales, la gobernanza y calidad de los datos, la seguridad de la información y una cultura institucional orientada a la innovación. Su propósito es que las soluciones tecnológicas y de innovación contribuyan efectivamente a mejorar los servicios y el desempeño institucional.

En este ámbito se evalúan los indicadores AEI 3.2.1 al AEI 3.2.4, relacionados con el Plan de Gobierno y Transformación Digital, gobernanza y calidad de datos, madurez de innovación digital y gestión de la innovación institucional

IND AEI 3.2.1 Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.2.1	Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital	100 % (6 de 6 proyectos)	0 %	0 %	PEI 2026-2030; reporte semestral de la GCTIC; Acta Sesión 03-2025-PE; documentación vinculada a la revisión y actualización del PGTD

Para 2026, el PEI establece una meta relativa de 100 %, equivalente a seis (6) proyectos implementados de seis (6) proyectos priorizados. La frecuencia de medición es trimestral y las fuentes previstas incluyen la matriz oficial y portafolio del PGTD, reportes de avance, actas de validación y evidencias documentadas de implementación.

La documentación remitida no acredita, al 30 de junio de 2026, proyectos priorizados del PGTD con entregable funcional aprobado, pase a producción, operación efectiva o hito final validado conforme a la definición de la ficha técnica. En consecuencia, el numerador del indicador es igual a cero.

Tomando como referencia la meta absoluta del PEI de seis proyectos para 2026, el cálculo es $0/6 \times 100 = 0\%$. Por tanto, se mantiene un resultado de 0 % y un avance de 0 % respecto de la meta anual. La ausencia de una relación formal de los seis proyectos priorizados y de su estado individual limita la trazabilidad del denominador, pero no modifica la conclusión del periodo, dado que no se presenta evidencia de proyecto alguno que cumpla las condiciones técnicas para incorporarse al numerador.

El resultado de 0 % no implica ausencia de actuaciones institucionales vinculadas con el PGTD. La documentación evidencia antecedentes y acciones de gestión orientadas a regularizar y viabilizar el instrumento; sin embargo, dichas actuaciones no cumplen por sí mismas la definición de "proyecto implementado" establecida en la ficha técnica y, por tanto, no generan ejecución porcentual del indicador.

Hito / actuación	Periodo	Situación evidenciada	Incidencia en el indicador
Aprobación inicial del PGTD y conformación del Comité de Gobierno y Transformación Digital	30.05.2025	Antecedente institucional consignado en el Acta Sesión 03-2025-PE	No computa como proyecto implementado en el I semestre 2026.
Remisión a la GCAJ de aspectos no considerados en la evaluación del Plan	2025	Generó observaciones/inconsistencias que condicionaron la continuidad del proceso de aprobación	Explica la necesidad de revisión del instrumento, pero no genera ejecución del numerador.
Coordinación con la GCPP para la continuidad del proceso de aprobación	I semestre 2026	En proceso	Constituye una acción habilitante para regularizar el PGTD.
Actualización del PGTD considerando la opinión de la GCAJ	I semestre 2026	En proceso	Permite adecuar el instrumento antes de su aprobación definitiva.
Implementación de proyectos priorizados con pase a producción	I semestre 2026	No acreditada: 0 de 6	Es la condición que determina el resultado de 0 %.

IND AEI 3.2.2 Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (IMGCD-EsSalud)

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Resultado I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.2.2	Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (IMGCD-EsSalud)	1,94	0,60	30,93 %	Matriz de 54 criterios; informes, memorandos, acta y proyecto de Plan de Gobierno de Datos

La evaluación vigente registra siete (7) criterios que sustentan el resultado al I semestre: seis (6) corresponden a condiciones reconocidas en el basal 2025 —cinco en Liderazgo y Estrategia y uno en Estructura y Roles— y un (1) criterio adicional corresponde a 2026, relacionado con la designación de un responsable de gobierno de datos. Con ello, Liderazgo y Estrategia acumula seis criterios de quince y Estructura y Roles uno de diez; las demás dimensiones no registran criterios con incidencia en la puntuación al corte.

La aplicación de la fórmula determina 0,50 puntos para Liderazgo y Estrategia y 0,10 para Estructura y Roles, obteniéndose un IMGCD de 0,60 puntos. En consecuencia, el resultado reportado es reproducible y se valida para la evaluación institucional. Frente a la meta anual de 1,94 puntos, representa un avance de 30,93 % y una brecha de 1,34 puntos.

Detalle del cálculo por dimensión

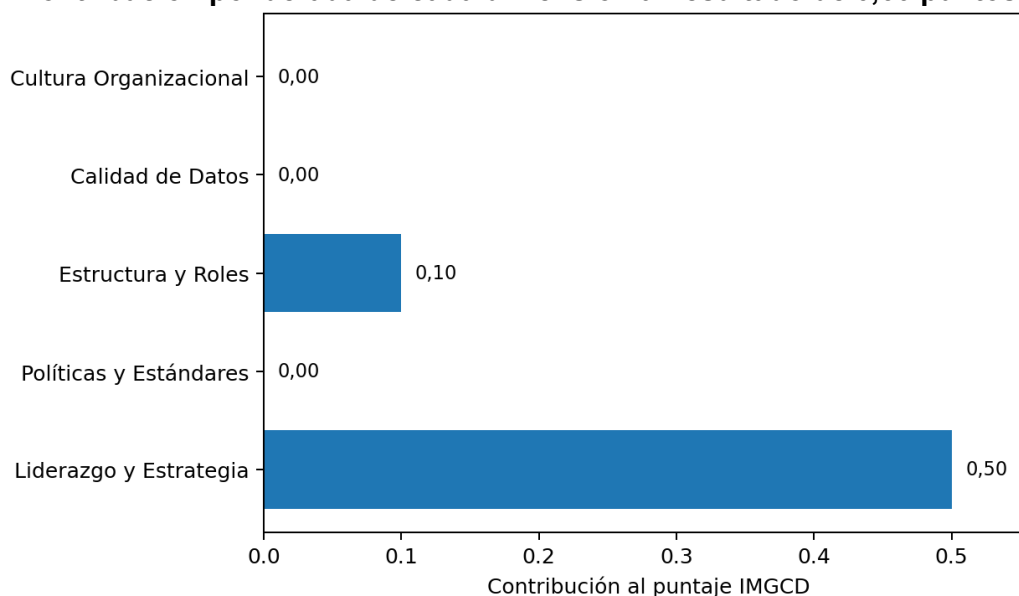
Dimensión	Peso	Total criterios	Criterios validados	Puntuación dimensión (0-5)	Contribución ponderada
Liderazgo y Estrategia	25 %	15	6	2,00	0,50
Políticas y Estándares	20 %	12	0	0,00	0,00
Estructura y Roles	20 %	10	1	0,50	0,10
Calidad de Datos	25 %	8	0	0,00	0,00
Cultura Organizacional	10 %	9	0	0,00	0,00
TOTAL	100 %	54	7	-	0,60

Fuente: GCPP-GGI; elaboración para la evaluación institucional

La composición evidencia que el nivel de madurez se encuentra concentrado en dos dimensiones. Liderazgo y Estrategia explica el 83,3 % del puntaje alcanzado (0,50 de 0,60), mientras que Estructura y Roles aporta el 16,7 % restante. Políticas y Estándares, Calidad de Datos y Cultura Organizacional no generan puntuación al corte, por lo que el avance

institucional aún presenta una base de madurez acotada y dependiente del cierre de brechas previsto para el segundo semestre.

Contribución ponderada de cada dimensión al resultado de 0,60 puntos.



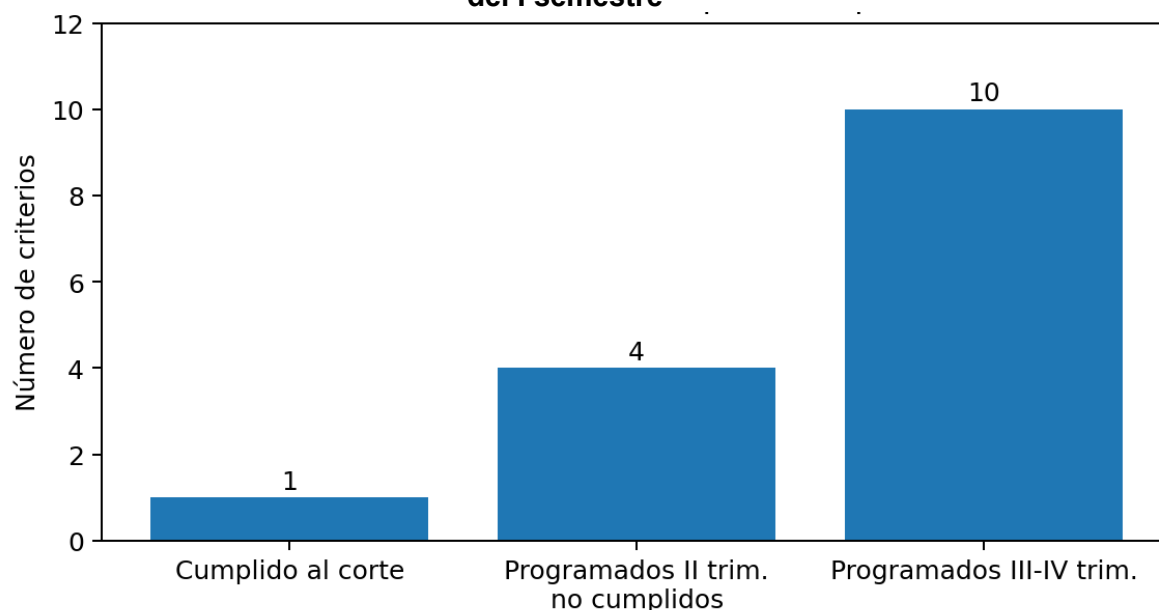
Fuente: GCPP-GGI; elaboración para la evaluación institucional

Programación y situación de los criterios correspondientes a 2026

El PEI prevé 21 criterios como valor absoluto de referencia para 2026. Considerando los seis criterios que conforman el basal, la matriz operativa identifica quince criterios adicionales vinculados con el ejercicio 2026. Al cierre del I semestre, uno se encuentra cumplido, cuatro criterios programados para el II trimestre figuran como no cumplidos y diez se encuentran programados para los trimestres III y IV.

Situación	N.º criterios	Contenido principal	Lectura para la evaluación
Cumplido al corte	1	Designación de responsable de gobierno de datos	Es el avance cuantificable incorporado al índice durante 2026 y eleva la puntuación de Liderazgo y Estrategia.
Programados para II trimestre - no cumplidos	4	Reconocimiento institucional del problema; presupuesto específico; área formal en el organigrama; jefe del área designado	Constituyen brechas vencidas al corte y condicionan la institucionalización del modelo.
Programados para III trimestre	4	Charter del área; mapa de ruta/Plan aprobado; Comité de Gobernanza; inventario de problemas de calidad	Su cumplimiento es crítico para ampliar el puntaje en Liderazgo, Estructura y Calidad de Datos.
Programados para IV trimestre	6	Política de seguridad; formatos; nomenclatura; metadatos; métricas de calidad; proceso de corrección	Concentran el desarrollo esperado en Políticas y Estándares y Calidad de Datos hacia el cierre anual.

Situación de los quince criterios incorporados en la programación 2026 al cierre del I semestre



Fuente: GCPP-GGI; elaboración para la evaluación institucional

Análisis de consistencia y trazabilidad

La trazabilidad del resultado se considera suficiente para reproducir el valor de 0,60, dado que la matriz identifica los criterios que sustentan la puntuación, su dimensión, año de referencia, medio de verificación y condición de cumplimiento. La documentación institucional disponible también acredita la designación formal del Oficial de Gobierno de Datos durante 2026, consistente con el criterio de Liderazgo y Estrategia referido a la designación de un responsable.

No obstante, la hoja de proyección del instrumento operativo conserva para 2026 un valor relativo de 2,0354 puntos, mientras que la ficha técnica aprobada del PEI establece una meta anual de 1,94 puntos. Para la evaluación institucional se utiliza la meta oficial de 1,94; corresponde que los instrumentos internos de seguimiento se alineen con esta referencia para evitar diferencias en el cálculo del avance.

Asimismo, el valor absoluto de 21 criterios constituye una referencia complementaria y no debe utilizarse como sustituto de la fórmula ponderada. Al corte se cuenta con siete criterios que sustentan el índice, equivalentes al 33,3 % de la referencia absoluta de 21; sin embargo, el avance oficial es 30,93 %, debido a que la puntuación depende de la distribución de los criterios entre dimensiones y de sus respectivos pesos.

Factores que explican el desempeño

- La existencia de una línea base y de una rúbrica de 54 criterios estructurada en cinco dimensiones permite identificar con mayor precisión las brechas de madurez y la evidencia requerida para su acreditación.
- La designación formal del responsable de gobierno de datos durante 2026 incorporó un criterio adicional en Liderazgo y Estrategia y explica el incremento del índice respecto del punto de partida.
- La coordinación técnica entre la GGI, la GCTIC y otras instancias permitió revisar criterios, responsabilidades y fuentes de evidencia, generando condiciones para continuar la validación en el segundo semestre.

- El desempeño permanece limitado por la falta de formalización orgánica del área de gobernanza, la ausencia de presupuesto específico y la falta de cierre de otros criterios programados para el II trimestre.
- La existencia de desarrollos técnicos de Data Warehouse, SIEST, integración ESSI-SES y reglas de calidad constituye una capacidad habilitante; sin embargo, dichos avances todavía no se traducen en puntuación de la dimensión Calidad de Datos mientras no se vinculen y validen contra los criterios específicos de la matriz.

IND AEI 3.2.3 - Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.2.3	Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital	49 % (19 de 39 variables)	49 % (19 de 39 variables)	100 %	Ficha PEI; informe semestral GCTIC; sustentos de las variables 01, 09, 11 y 26 referenciados por el área

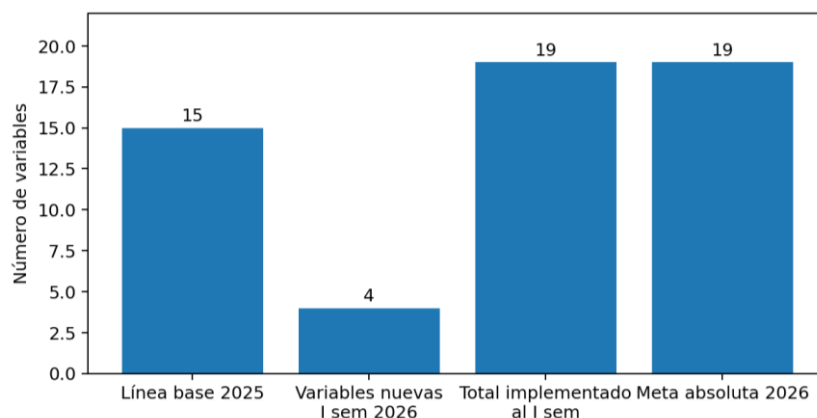
Para 2026, el PEI establece una meta relativa de 49 %, equivalente a 19 variables implementadas de un total de 39 variables aprobadas. La línea base 2025 registra 15 variables implementadas de 39, equivalente a 38 %.

La GCTIC reporta la implementación de cuatro variables durante el I semestre de 2026: Variable 01 - Desarrollo de competencias digitales; Variable 09 - Uso de herramientas digitales para trabajo en equipo; Variable 11 - Liderazgo formal; y Variable 26 - Uso de presupuesto. Al incorporarse estas cuatro variables a las 15 registradas en la línea base, el numerador acumulado alcanza 19 variables implementadas.

El cálculo reproducible es $19/39 \times 100 = 48,72 \%$, que redondeado al entero utilizado por la ficha técnica corresponde a 49 %. En consecuencia, el resultado reportado se considera consistente con la metodología del PEI y alcanza la meta anual 2026; por ello, el avance respecto de la meta anual es 100,0 %.

La evaluación diferencia el resultado del indicador del incremento ocurrido durante el semestre. El 49 % representa el nivel acumulado de madurez al corte, mientras que las cuatro variables incorporadas en 2026 representan el avance adicional que permitió pasar de 15 a 19 variables implementadas. Esta distinción evita interpretar el número cuatro como resultado porcentual del indicador.

Construcción del resultado acumulado



Fuente: GCTIC elaboración para la evaluación institucional

Variables incorporadas durante el I semestre de 2026

Variable	Contenido	Resultado reportado	Evidencia referenciada	Evaluación
01	Desarrollo de competencias digitales	Capacitación de 52 servidores en seguridad de la información y protección de datos personales.	Informe 01-Inf-140-2026-OSIN-Competencias Digitales	Se reconoce como variable incorporada al índice. El reporte utiliza de manera no uniforme "12 establecimientos" y "12 redes asistenciales/prestacionales"; debe uniformizarse la unidad territorial en la siguiente medición.
09	Uso de herramientas digitales para trabajo en equipo	Migración de 120 TB de información y activación de 30 800 licencias de Google Workspace Enterprise: 22 800 Starter y 8 000 Plus.	Nota 09-NOTA-000378-2026-GPROD-GCTIC - 1ra conformidad	Evidencia un despliegue institucional de herramientas colaborativas y constituye el resultado operativo de mayor escala cuantificable del periodo.
11	Liderazgo formal	Designación del Oficial de Gobierno de Datos.	Resolución 11-Res-468-2026-PE	Fortalece la gobernanza formal de datos y sustenta la incorporación de la variable de liderazgo.
26	Uso de presupuesto	Presentación del resultado de la Evaluación del POI 2026 correspondiente al I trimestre.	26-MC-088-2026-GG - Resultado Evaluación POI I trimestre	El área la reporta como variable implementada; el sustento presentado en el consolidado no cuantifica el monto o porcentaje de presupuesto asociado, por lo que el análisis se limita a la acreditación documental reportada.

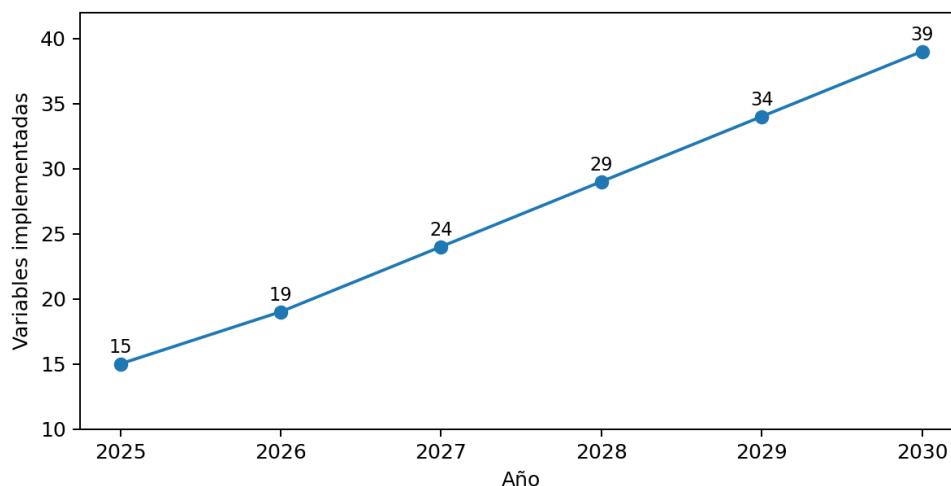
Fuente: GCTIC; elaboración para la evaluación institucional

El indicador alcanza anticipadamente la meta anual prevista para 2026. No obstante, el cumplimiento de 100 % respecto de la meta del año debe leerse conjuntamente con la posición que ocupa EsSalud dentro del universo completo del índice: al corte se encuentran implementadas 19 de 39 variables, por lo que permanecen 20 variables por desarrollar en el horizonte 2027-2030. En consecuencia, el resultado es favorable para el ejercicio 2026, pero representa una etapa intermedia del proceso de madurez digital institucional.

La trayectoria del PEI prevé incrementar progresivamente el número de variables implementadas a 24 en 2027, 29 en 2028, 34 en 2029 y 39 en 2030. Mantener el desempeño requerirá no solo

incorporar nuevas variables, sino asegurar la continuidad de las ya implementadas y conservar evidencia verificable de su vigencia.

Trayectoria absoluta del número de variables implementadas prevista en el PEI 2026-2030.



Fuente: GCTIC; elaboración para la evaluación institucional

Factores que explican el desempeño

- La existencia del Comité de Gobierno y Transformación Digital, responsable de definir y aprobar las variables del índice, proporciona un mecanismo institucional para su validación y seguimiento.
- La articulación de requerimientos y recursos permitió concretar cuatro variables de naturaleza diversa durante el semestre, vinculadas con competencias digitales, herramientas colaborativas, liderazgo de datos y uso de presupuesto.
- El despliegue de Google Workspace Enterprise y la migración de información institucional generaron un avance operativo de escala transversal, fortaleciendo capacidades de trabajo colaborativo digital.
- La designación formal del Oficial de Gobierno de Datos aportó una condición de gobernanza que complementa los avances tecnológicos con una responsabilidad institucional específica.
- La disponibilidad oportuna de la información depende de las unidades orgánicas que generan cada variable, por lo que el desempeño futuro requerirá mantener mecanismos de coordinación y evidencia homogéneos.

IND AEI 3.2.4 Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Resultado semestre I 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.2.4	Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional	15,0 %	0,0 %	0,0 %	PEI 2026-2030; reporte semestral de la GOP; Portafolio Institucional de Innovación Pública; Informes N.º 000030 y 000032 de la GOP/SGPRO

Al cierre del I semestre de 2026, el indicador registra un resultado de 0,0 %, equivalente a un 0,0 % de avance respecto de la meta anual de 15,0 %. Para efectos de la evaluación, no se reconoce avance computable debido a que el Plan de Gestión de Innovación Institucional (PGII), instrumento que debe establecer las actividades o hitos que conforman el numerador y denominador del indicador, no se encuentra formalmente aprobado.

Avances preparatorios y productos desarrollados durante el semestre

Durante el semestre se desarrollaron acciones preparatorias para institucionalizar la gestión de innovación. Entre ellas, se consolidó un primer Portafolio Institucional de Innovación Pública con 28 registros —20 iniciativas y 8 proyectos— provenientes de seis unidades de organización; se realizó un taller con participación de siete órganos; se avanzó en la formulación de una propuesta de PGII 2026-2027; se contó con asistencia técnica de la Secretaría de Gestión Pública de la PCM; y se identificaron unidades, actividades y actores vinculados con innovación. Estas acciones evidencian progreso en la generación de condiciones institucionales para la gestión de innovación; sin embargo, no constituyen actividades o hitos computables para el indicador PEI, al no formar parte todavía de una programación anual formalmente aprobada en el PGII.

Asimismo, se advierte que la ficha técnica establece una meta anual de 15,0 % para 2026 y, simultáneamente, señala que durante dicho año corresponde elaborar y aprobar el PGII, previendo su implementación para el periodo 2027-2030. Esta situación requiere ser precisada metodológicamente para asegurar consistencia entre la meta establecida y las condiciones previstas para su implementación

Fecha / periodo	Avance documentado	Resultado concreto	Lectura evaluativa
11-19 feb. 2026	Designación de representantes, convocatoria a capacitación y solicitud de información para el PIIP	Activación del proceso de articulación con unidades vinculadas a innovación	Avance preparatorio para organizar el levantamiento institucional
18 feb. 2026	Taller para la elaboración del Portafolio Institucional de Innovación Pública	Participación de 7 órganos de EsSalud	Fortalece capacidades y genera un espacio inicial de coordinación
Feb.-mar. 2026	Levantamiento y sistematización del PIIP	28 registros: 20 iniciativas y 8 proyectos, remitidos por 6 unidades	Constituye el principal producto tangible del semestre
Mar.-may. 2026	Análisis orgánico-funcional y revisión del POI 2026	8 unidades con funciones vinculadas a innovación; 13 actividades operativas con componente de innovación en 5 unidades	Permite identificar dispersión funcional y presupuestal
28 may. 2026	Asistencia técnica de la Secretaría de Gestión Pública de la PCM	Orientaciones para la formulación del instrumento institucional	Fortalece el sustento metodológico del proyecto de Plan
15 jun. 2026	Remisión del proyecto de PGII 2026-2027 a Planeamiento Corporativo	Proyecto de Plan formulado y sometido a revisión	Producto de gestión relevante, aún no aprobado

Fecha / periodo	Avance documentado	Resultado concreto	Lectura evaluativa
26 jun. 2026	Reunión de sensibilización con órganos involucrados	Presentación del proyecto y recopilación de retroalimentación	Prepara la validación previa a la aprobación formal

AEI 3.3: Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de mecanismos de integridad y gestión de riesgos

La AEI 3.3 busca consolidar una gestión institucional ética, transparente y resiliente mediante el fortalecimiento de la integridad y la gestión de riesgos. Comprende la prevención y respuesta frente a prácticas contrarias a la integridad, la gestión de riesgos operacionales en procesos críticos y la evaluación de la seguridad hospitalaria, con el propósito de reducir vulnerabilidades y fortalecer la confianza y sostenibilidad institucional.

Su desempeño se analiza mediante los indicadores AEI 3.3.1, AEI 3.3.2 y AEI 3.3.3, vinculados con el Programa de Integridad, la gestión de riesgos operacionales y el Índice de Seguridad Hospitalaria.

IND AEI 3.3.1 - Porcentaje de implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud – EsSalud

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
3.3.1	Porcentaje de implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud - EsSalud	100,0 %	20,75 % (11 de 53 acciones)	20,75 %	Ficha técnica PEI; Programa de Integridad 2026; Informes N.º 000058 y 000120-MAL-OFIN-ESSALUD-2026; Informes complementarios N.º 000119-MAL-OFIN-ESSALUD-2026 y N.º 000181-2026-SGPRH-GPORH-GCGP

Nota metodológica. Para la medición se considera como universo las 53 acciones contenidas en el Programa de Integridad 2026, por constituir la matriz anual vigente a la que remite el método de cálculo del indicador. La diferencia respecto de las 40 acciones consignadas como valor absoluto referencial en la ficha del PEI constituye un aspecto de consistencia entre instrumentos que deberá ser armonizado, sin afectar el cálculo correspondiente al Programa anual aprobado

La medición considera como implementadas aquellas acciones cuya ejecución cuenta con evidencia documental suficiente para el periodo evaluado, conforme al método de cálculo establecido en la ficha técnica del PEI. En este marco, once (11) acciones vinculadas con la identificación de contextos de riesgo y de riesgos de corrupción e inconducta funcional cuentan con sustento técnico que acredita el trabajo desarrollado durante el periodo; por su parte, la acción referida a la adecuación del CAP Provisional y del CPE a la Ley N.º 31419 no se incorpora al resultado, debido a que al cierre del semestre los instrumentos correspondientes se encontraban aún en proceso de adecuación y asistencia técnica, sin acreditarse la culminación del producto previsto.

En consecuencia, para la evaluación institucional del I semestre de 2026 se determina un resultado de:

$$11 \text{ acciones implementadas} / 53 \text{ acciones programadas} \times 100 = 20,75 \%$$

El resultado evidencia un avance parcial en la implementación del Programa de Integridad 2026, sustentado principalmente en acciones relacionadas con gestión de riesgos de integridad, mecanismos preventivos, transparencia, seguimiento y fortalecimiento del

Modelo de Integridad. Asimismo, la ejecución reportada durante ambos trimestres evidencia que existen acciones en desarrollo y acciones recurrentes cuya culminación se encuentra prevista para los siguientes periodos, por lo que su contribución al indicador se reflejará conforme alcancen la condición de implementadas establecida en la ficha técnica.

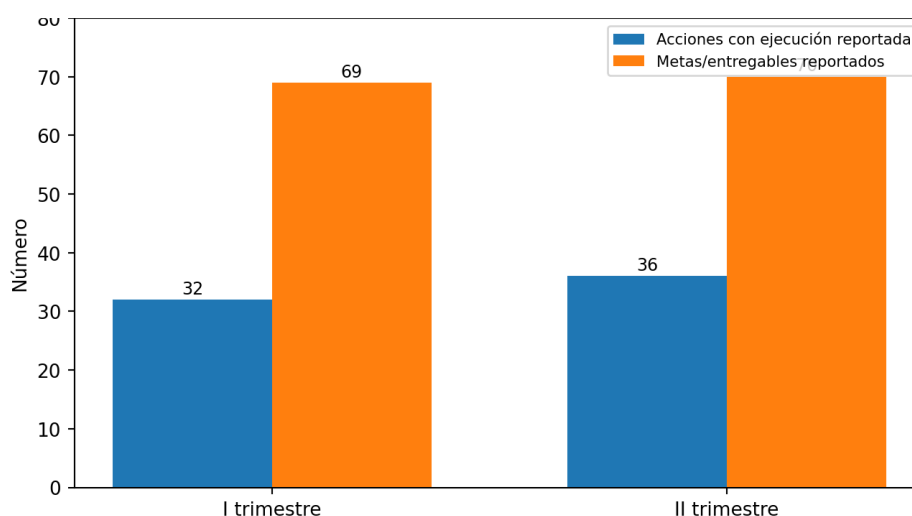
Acción	Contenido resumido	Situación de la evidencia	Evaluación
1	Presentar avances del Modelo ante la Alta Dirección	Acta de reunión de febrero de 2026.	Validada
3	Asignar roles conductor, técnico y consultivo para la gestión de riesgos	Memorando Múltiple N.° 000111-GG-ESSALUD-2026.	Validada
5	Identificar contextos de riesgos de corrupción/inconducta funcional	Informe N.° 000119-MAL-OFIN-ESSALUD-2026 documenta el trabajo técnico realizado.	Validada con observación de formalización posterior
6	Identificar riesgos de corrupción/inconducta funcional	Informe N.° 000119-MAL-OFIN-ESSALUD-2026 documenta identificación, evaluación y tratamiento.	Validada con observación de formalización posterior
17	Alinear CAP Provisional y CPE a la Ley N.° 31419	Los instrumentos permanecían en proceso de adecuación/asistencia técnica; no se acredita la resolución prevista.	No validada
27 y 28	Entregables del Sistema de Control Interno	Constancias de registro y envío correspondientes.	Validadas
37, 38 y 40	PDP, inducción y Plan de Comunicaciones con contenidos/acciones de integridad	Documentos institucionales reportados en los informes trimestrales.	Validadas
46 y 47	Seguimiento de recomendaciones de encuesta de integridad y evaluación de capacidad operativa OFIN	Informes emitidos dentro del periodo evaluado.	Validadas

Seguimiento operativo del Programa durante el semestre

Los informes trimestrales evidencian una carga operativa mayor que el numerador acumulado del indicador. En el I trimestre se reportaron 32 acciones distribuidas en 69 metas y en el II trimestre 36 acciones distribuidas en 70 metas, con 100 % de ejecución de la programación trimestral reportada. Esta información refleja continuidad en el despliegue del Programa, pero incluye acciones recurrentes cuya programación continúa en trimestres posteriores; por ello, no debe confundirse con el número de acciones anuales plenamente implementadas que integra el numerador del indicador.

Periodo	Acciones ejecución reportada	con Metas/entregables reportados	Lectura para la evaluación
I trimestre	32	69	Muestra la ejecución de la programación enero-marzo, incluyendo acciones recurrentes.
II trimestre	36	70	Muestra la ejecución operativa abril-junio; algunas evidencias fueron formalizadas después del cierre.
Resultado PEI acumulado	11 de 53	-	Corresponde a acciones anuales implementadas y acreditadas para el corte semestral.

Seguimiento operativo trimestral: acciones y metas/entregables reportados por la OFIN.



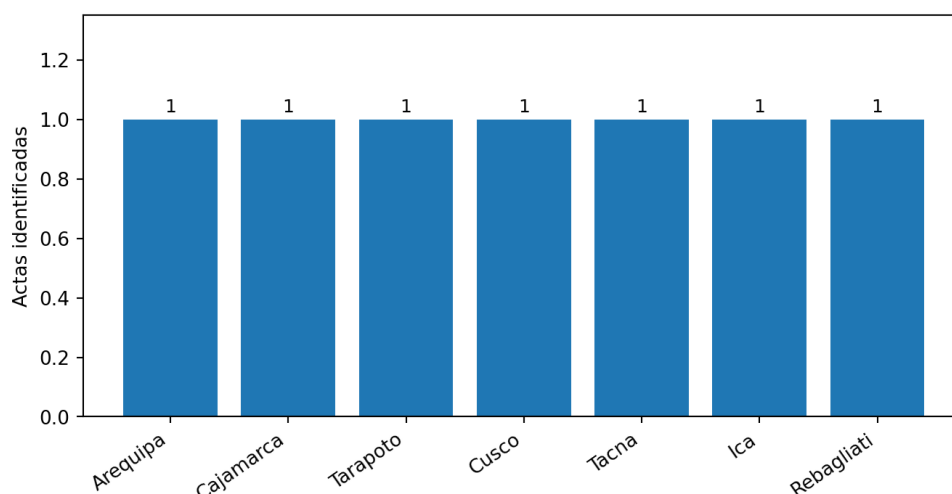
Fuente: OFIN; elaboración para la evaluación institucional

Alcance territorial y organizacional de los avances

Los sustentos permiten identificar actuaciones de alcance territorial y del nivel central. Para la acción 48, referida a reuniones de coordinación para el seguimiento del Modelo de Integridad, se cuenta con actas correspondientes a siete ámbitos durante el semestre: Arequipa, Cajamarca y Tarapoto en el I trimestre; y Cusco, Tacna, Ica y Rebagliati en el II trimestre. Esta desagregación representa los ámbitos con actas expresamente identificadas en los sustentos y no debe interpretarse como la totalidad de redes en las que se implementó el Programa.

Trimestre	Ámbitos con acta de coordinación	N.º
I trimestre	Arequipa, Cajamarca y Tarapoto	3
II trimestre	Cusco, Tacna, Ica y Rebagliati	4
Total I semestre	Siete ámbitos con evidencia documental	7

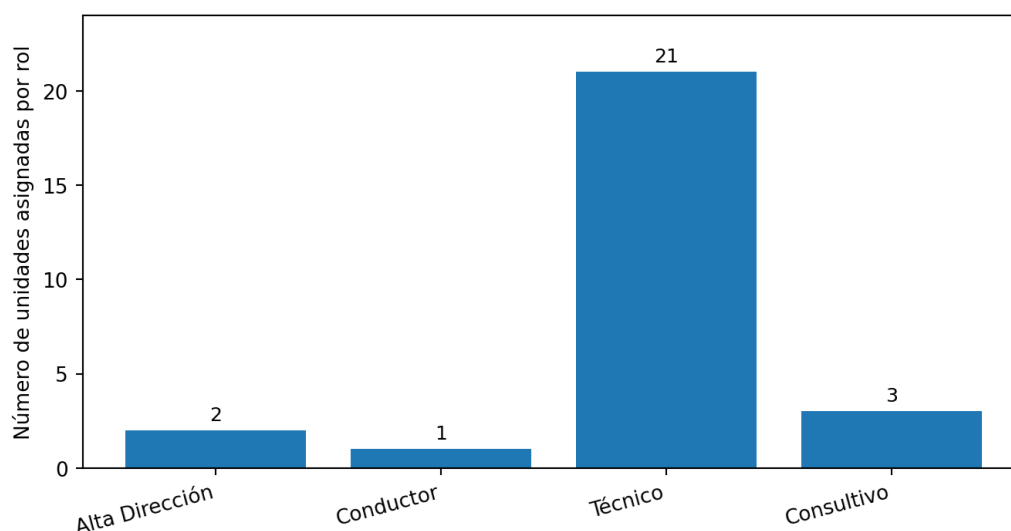
Ámbitos con actas de coordinación identificadas para la acción 48 durante el I semestre de 2026.



Fuente: OFIN; elaboración para la evaluación institucional

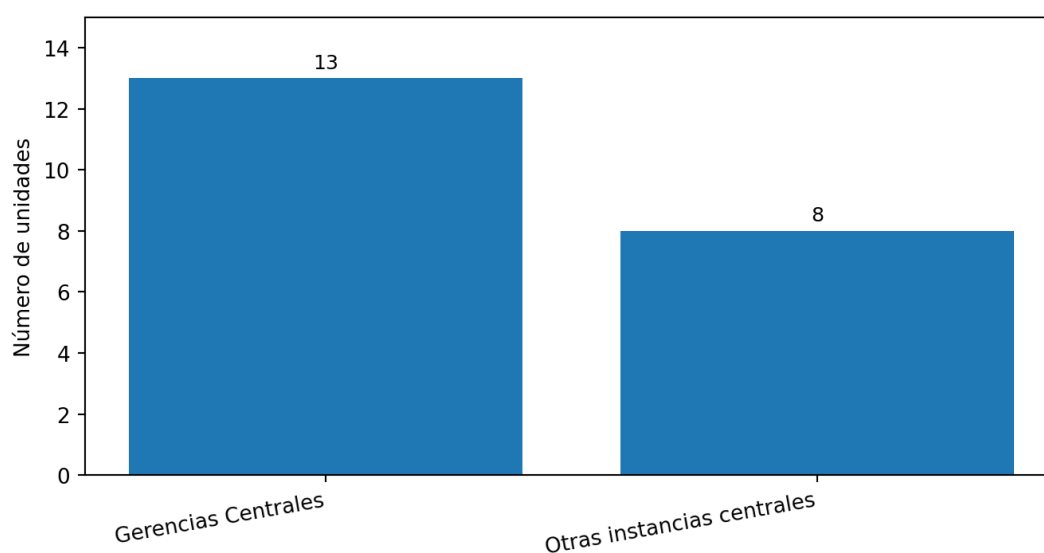
En materia de gestión de riesgos que afectan la integridad pública, el Memorando Múltiple N.º 000111-GG-ESSALUD-2026 formalizó la asignación de roles. El sustento identifica 2 unidades de Alta Dirección, 1 unidad conductora, 21 unidades con rol técnico y 3 unidades con rol consultivo. Las 21 unidades técnicas corresponden a órganos de la Sede Central: 13 Gerencias Centrales y 8 institutos, centrales, secretaría u oficinas especializadas. Los valores representan asignaciones por rol y no necesariamente unidades únicas, debido a que algunas instancias participan en más de un rol.

Unidades asignadas por rol para la gestión de riesgos que afectan la integridad pública.



Fuente: OFIN; elaboración para la evaluación institucional

Composición general de las 21 unidades de la Sede Central con rol técnico.



Fuente: OFIN; elaboración para la evaluación institucional

Asimismo, las acciones 9 y 10 permiten diferenciar el despliegue del control preventivo entre Sede Central y Redes a nivel nacional. En cada ámbito se emitieron tres informes en el I

trimestre y tres en el II trimestre sobre la verificación de las disposiciones de la Ley N.° 31564, acumulando seis reportes por ámbito durante el semestre.

IND AEI 3.3.2 Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Resultado I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.3.2	Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado	10,0 %	0,0 %	0,0 %	PEI 2026-2030; Informe N.° 000040-2026-SGPRO-GOP-GCPP; matrices de seguimiento de GCAA y GCSPE y sustentos complementarios

Al I semestre de 2026 se encuentran en ejecución acciones de gestión de riesgos en dos procesos críticos priorizados: Gestión de reclamos, a cargo de la Gerencia Central de Atención al Asegurado, y Calificación de la solicitud de la prestación económica, a cargo de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. Los sustentos reportan avances operativos de 50 % y 37,5 %, respectivamente; sin embargo, ninguno de los dos procesos ha culminado el ciclo anual exigido por la ficha técnica.

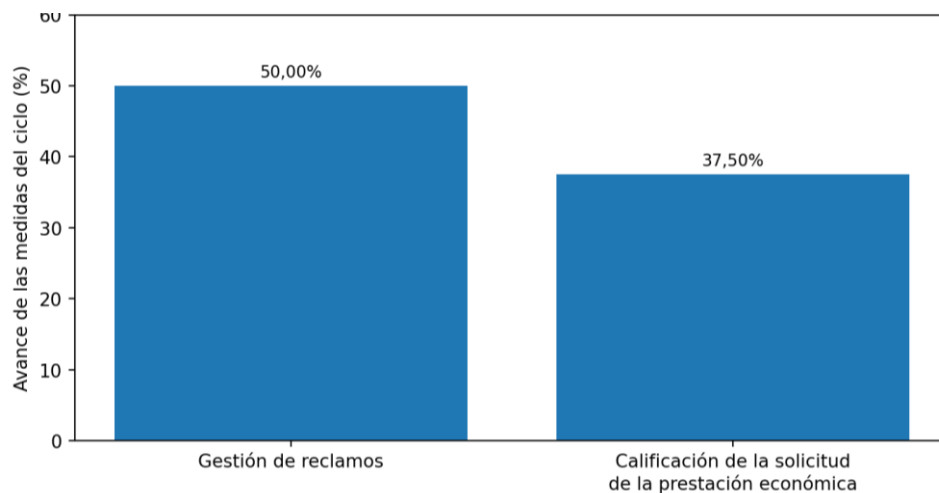
En consecuencia, para la evaluación institucional del I semestre el numerador del indicador es cero (0) procesos críticos con ciclo anual completamente implementado. Por tanto, el resultado del indicador es 0,00 % y el avance respecto de la meta anual de 10 % es 0,00 %. Esta valoración reconoce la ejecución de medidas de tratamiento y seguimiento durante el semestre, pero las mantiene diferenciadas del resultado estratégico hasta que cada proceso culmine y acredite la totalidad del ciclo anual.

La GOP reportó un avance de 4,375 %, obtenido al considerar un universo de veinte (20) procesos críticos, asignar a cada proceso priorizado un peso de 5 % y aplicar sobre dicho peso los avances operativos de 50 % y 37,5 %: $2,5 \% + 1,875 \% = 4,375 \%$. El cálculo es aritméticamente reproducible como una medida de progreso operativo; no obstante, no corresponde al método de cálculo aprobado en la ficha del PEI, que contabiliza procesos implementados y no fracciones de procesos en ejecución. Por ello, el 4,375 % se utiliza únicamente como información complementaria de seguimiento y no como resultado del indicador.

Elemento	Criterio de la ficha PEI	Situación al I semestre	Evaluación institucional
Numerador	Procesos críticos con el ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado.	Los dos procesos priorizados mantienen fases y actividades pendientes.	0 procesos implementados.
Denominador	Número total de procesos críticos de la entidad.	La GOP utiliza un universo de 20 procesos críticos para operacionalizar la medición.	El universo debe mantenerse trazable en el instrumento institucional que identifica los procesos críticos.
Meta 2026	10 %.	La programación 2026 prioriza dos procesos para desarrollar el ciclo anual.	La meta permanece vigente; su cumplimiento se determina con procesos plenamente implementados.

Elemento	Criterio de la ficha PEI	Situación al I semestre	Evaluación institucional
Avance operativo	No forma parte de la fórmula del indicador.	Gestión de reclamos: 50 %; Calificación de la solicitud de la prestación económica: 37,5 %.	Se presenta como información complementaria, no como ejecución del indicador.
Resultado PEI	Procesos implementados / total de procesos críticos × 100.	0 procesos concluyeron integralmente el ciclo anual.	0,00 %.

Progreso operativo reportado en los dos procesos críticos priorizados para 2026.



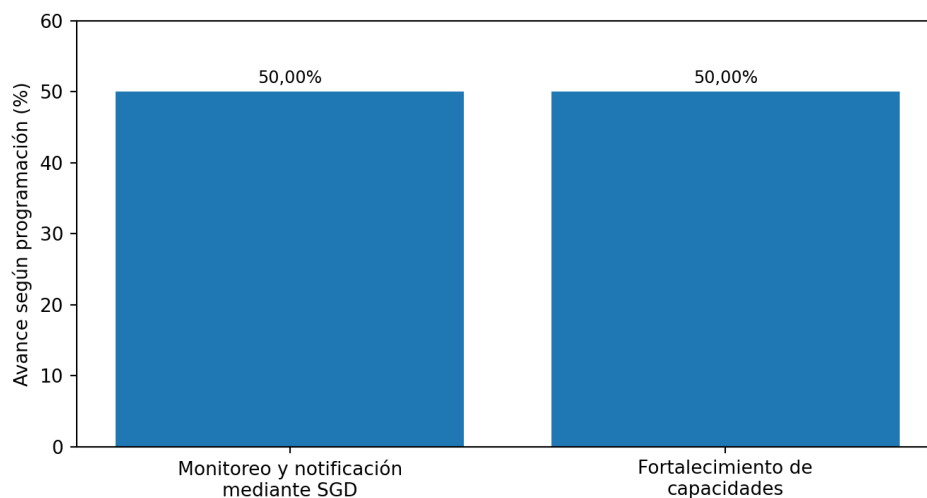
Fuente: GCPP-GOP; elaboración para la evaluación institucional

Avances operativos que sustentan la implementación en curso

a) Gestión de reclamos

El proceso presenta un riesgo alto asociado a la atención de reclamos fuera del plazo máximo de 30 días hábiles. Las medidas de tratamiento se orientan al monitoreo y notificación mediante el Sistema de Gestión Documental (SGD), con emisión de alertas previas al vencimiento, y al fortalecimiento de capacidades del personal responsable de la gestión de reclamos. Al II trimestre reporta 50 % de avance para ambas medidas.

Gestión de reclamos



Fuente: GCPP-GOP; elaboración para la evaluación institucional

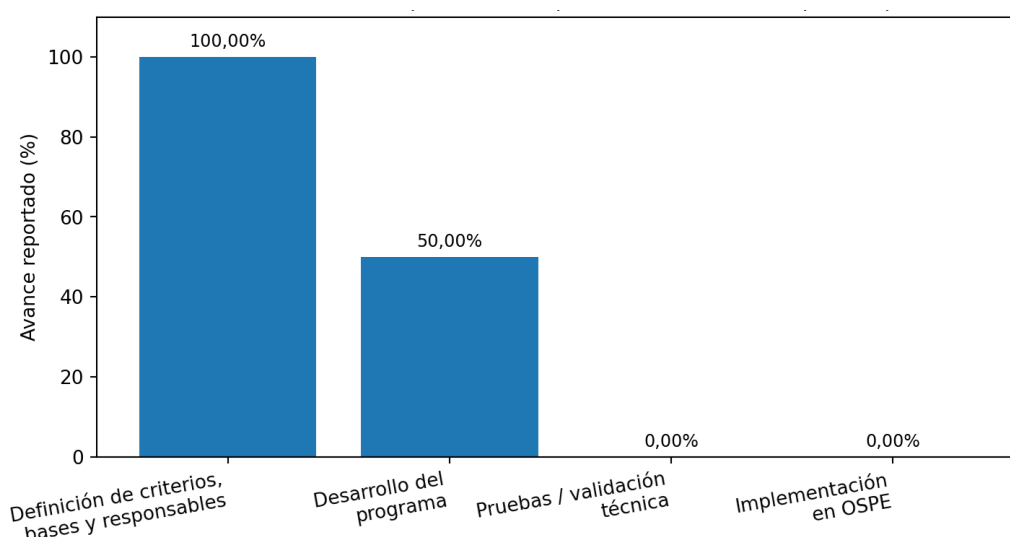
Durante el semestre se identifican cuatro actividades de capacitación sustentadas: dos en marzo, una en mayo y una en junio. Los registros consignan 29, 31, 189 y 288 participantes, respectivamente, acumulando 537 participaciones registradas. Este total corresponde a asistencias a las actividades y no necesariamente a personas únicas, dado que los sustentos no permiten descartar participación repetida. Las actividades de mayo y junio tuvieron alcance sobre unidades y sedes a nivel nacional, incluyendo redes prestacionales y asistenciales.

Fecha / modalidad	Participaciones registradas	Ámbito principal evidenciado
10 de marzo - virtual	29	GPAA, OSPE y CERP Callao.
18 de marzo - presencial	31	CEVIT, OSPE San Isidro, OSPE Jesús María, OSPE Corporativa, GCSPE y EsSalud en Línea.
20 de mayo - presencial/virtual	189	Unidades de la GCAA y delegados de redes prestacionales/asistenciales de Lima, Callao e interior del país.
24 de junio - virtual	288	Servidores de diversas sedes de EsSalud a nivel nacional.

b) Calificación de la solicitud de la prestación económica – Acreditación Complementaria por Latencia

El tratamiento del riesgo se concentra en la automatización de la Acreditación Complementaria por Latencia, con cuatro etapas sucesivas. Al I semestre se reporta concluida la definición de criterios, bases de datos, recursos y responsables (100 %) y un avance de 50 % en el desarrollo del programa. Las pruebas o validación técnica y la implementación en las OSPE permanecen pendientes, programadas para noviembre y diciembre, respectivamente. En consecuencia, la solución aún no se encuentra implementada en el ámbito operativo y el proceso no puede contabilizarse en el numerador del indicador.

Automatización de la Acreditación Complementaria por Latencia



Fuente: GCPP-GOP; elaboración para la evaluación institucional

Factores que explican el desempeño

- La priorización de dos procesos críticos permitió focalizar durante 2026 la implementación de medidas de gestión de riesgos en actividades

directamente vinculadas con la atención al asegurado y el otorgamiento de prestaciones económicas.

- El seguimiento trimestral institucional, mediante requerimientos de la GCPP y formatos de monitoreo, permitió disponer de evidencia sobre medidas de tratamiento y avances en ambos procesos priorizados.
- En Gestión de reclamos, el uso del SGD para el seguimiento y las acciones de fortalecimiento de capacidades han permitido sostener el tratamiento del riesgo durante el semestre.
- En Calificación de la solicitud de la prestación económica, el desarrollo progresivo de la automatización de la Acreditación Complementaria por Latencia constituye el principal mecanismo de tratamiento del riesgo identificado.
- El carácter anual del ciclo de gestión de riesgos determina que los avances parciales de las medidas no puedan convertirse en procesos implementados hasta que se completen las fases de seguimiento, revisión, reporte y cierre correspondientes.

IND AEI 3.3.3 - Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2

AEI	Indicador	Meta 2026	anual	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.3.3	Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2	12,6 % (12 de 95 hospitales)		0,00 %	0,00 %	PEI 2026-2030; Informe de Evaluación Semestral ODN; modelos matemáticos ISH v.2 de las 3 IPRESS evaluadas

La denominación del indicador alude a hospitales evaluados con el Índice de Seguridad Hospitalaria versión 2 (ISH v.2); sin embargo, la ficha técnica del PEI incorpora una condición adicional indispensable para el cálculo: el numerador está constituido por los hospitales que cuentan simultáneamente con una evaluación ISH v.2 vigente y con un Plan de Intervención aprobado. El denominador es el número total de hospitales de EsSalud. La ficha establece para 2026 una meta relativa de 12,6 %, equivalente a 12 hospitales en el numerador sobre un universo de 95 hospitales; la frecuencia de medición es anual.

De la documentación revisada acredita la realización de las evaluaciones ISH v.2 del H I Octavio Mongrut, H II Carlos Alcántara y H II-E San Isidro Labrador. No obstante, no se adjuntan evidencias de Planes de Intervención aprobados para dichas IPRESS; por el contrario, el propio reporte señala que los resultados de las evaluaciones orientan la formulación de los Planes de Intervención y que existe información post evaluación pendiente para su elaboración.

En consecuencia, con la información remitida no es posible determinar de manera verificable el numerador oficial del indicador al I semestre de 2026. Para efectos de la evaluación institucional se consigna un resultado de 0,00 % y un avance de 0,00 % respecto de la meta anual, manteniendo las tres evaluaciones realizadas como avance operativo relevante, pero diferenciándolas del resultado estratégico hasta que se acredite el cumplimiento integral de las condiciones establecidas en la ficha técnica.

Elemento	Ficha técnica PEI 2026-2030	Reporte ODN al I semestre	Evaluación institucional
Fórmula	Hospitales con ISH v.2 vigente y Plan de Intervención aprobado / total de hospitales × 100.	Se presenta 3 de 12 IPRESS evaluadas.	La medición reportada no reproduce la fórmula oficial.
Numerador 2026	Meta absoluta: 12 hospitales que cumplen ambas condiciones.	3 IPRESS con evaluación ISH v.2 realizada.	Las 3 evaluaciones no pueden incorporarse al numerador mientras no se acredite Plan de Intervención aprobado.
Denominador	95 hospitales.	No se utiliza en el cálculo reportado.	Debe utilizarse para la medición anual del indicador.
Meta relativa 2026	12,6 %.	Se reporta 12 IPRESS como meta anual.	12 es el valor absoluto del numerador objetivo; la meta del indicador es 12,6 %.
Frecuencia	Anual.	Se utiliza una meta semestral de 3 IPRESS.	La meta semestral puede emplearse para seguimiento operativo, pero no sustituye la meta anual de la ficha PEI.
Resultado semestral validado	Requiere conocer el stock de hospitales con ISH vigente y Plan aprobado.	No se presenta el stock institucional ni la aprobación de planes.	0,00 % para la evaluación semestral por falta de numerador verificable.

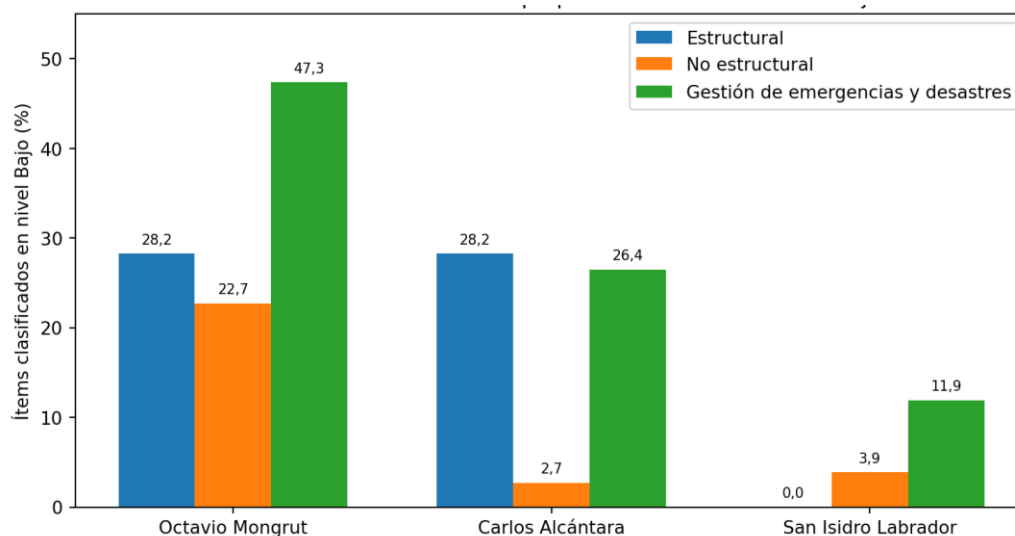
Resultados operativos de las evaluaciones ISH v.2 realizadas

Las tres evaluaciones efectuadas durante junio de 2026 constituyen un producto técnico verificable del periodo y permiten identificar el nivel de seguridad hospitalaria y las principales brechas por establecimiento. Los resultados son consistentes con los rangos de clasificación establecidos en la ficha técnica del PEI: Categoría A de 0,66 a 1; Categoría B de 0,36 a 0,65; y Categoría C de 0 a 0,35.

IPRESS	Fecha de evaluación	Índice ISH	Categoría	Lectura técnica
H I Octavio Mongrut	11/06/2026	0,35	C - Bajo	Se requieren intervenciones urgentes e inmediatas; presenta la mayor vulnerabilidad de las tres IPRESS evaluadas.
H II Carlos Alcántara	23/06/2026	0,56	B - Medio	Requiere medidas en el corto plazo para reducir riesgos que podrían afectar pacientes, personal y continuidad operativa.
H II-E San Isidro Labrador	16/06/2026	0,79	A - Alto	Presenta el mejor nivel de seguridad; corresponde mantener medidas preventivas y fortalecer la capacidad de respuesta.

El análisis de los componentes muestra perfiles de vulnerabilidad diferenciados. En el H I Octavio Mongrut, la mayor proporción de ítems clasificados en nivel Bajo se concentra en Gestión de Emergencias y Desastres (47,34 %), seguida del componente estructural (28,25 %) y no estructural (22,69 %). En el H II Carlos Alcántara se observan brechas relevantes en el componente estructural (28,25 %) y en Gestión de Emergencias y Desastres (26,45 %). El H II-E San Isidro Labrador presenta una menor proporción de ítems en nivel Bajo: 0,00 % en el componente estructural, 3,86 % en el no estructural y 11,89 % en Gestión de Emergencias y Desastres.

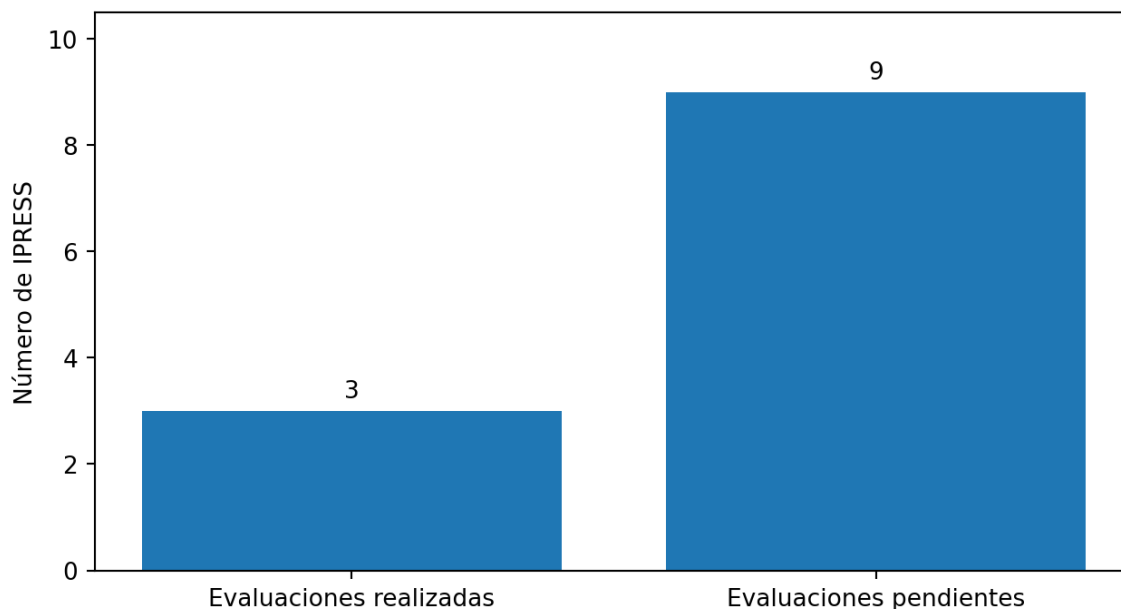
Proporción de ítems clasificados en nivel Bajo por componente de evaluación ISH v.2.



Fuente: ODN; elaboración para la evaluación institucional

La ODN señala que su programación operativa contempla doce evaluaciones durante 2026, de las cuales tres fueron ejecutadas al cierre del I semestre y nueve permanecen pendientes. Esta información es relevante para el seguimiento de actividades, pero debe mantenerse separada del cálculo del indicador estratégico, cuyo numerador exige evaluación vigente y Plan de Intervención aprobado.

Programación operativa reportada por la ODN



Fuente: ODN; elaboración para la evaluación institucional

Consistencia y trazabilidad de la medición

La ficha del PEI registra una línea de base 2025 de 7,4 %, equivalente a 7 hospitales de un total de 95, y una meta 2026 de 12,6 %, equivalente a 12 hospitales. Esto evidencia que el indicador está concebido como un stock institucional acumulado de hospitales que cumplen simultáneamente las condiciones de vigencia del ISH v.2 y aprobación del Plan de Intervención, y no como el número de nuevas evaluaciones ejecutadas durante el año.

Para reproducir la medición 2026 se requiere una matriz institucional que consolide, para los 95 hospitales, al menos: fecha de evaluación ISH v.2, índice y categoría obtenida, fecha de vencimiento de la evaluación, existencia del Plan de Intervención, acto o documento de aprobación del plan y condición vigente al cierre del periodo. La ausencia de esta trazabilidad impide establecer si los siete hospitales de la línea de base continúan vigentes y cuántos nuevos hospitales pueden incorporarse efectivamente al numerador.

Factores que explican el desempeño

- La coordinación entre la ODN, las Redes Prestacionales y las IPRESS permitió ejecutar tres evaluaciones ISH v.2 durante junio de 2026 y obtener diagnósticos diferenciados de seguridad hospitalaria.
- La participación de personal técnico capacitado de las Redes hizo posible desarrollar el componente no estructural, mientras que el equipo de la ODN asumió funciones especializadas para los demás componentes de la evaluación.
- La utilización del modelo matemático ISH v.2 permitió documentar de manera estandarizada los índices, categorías y vulnerabilidades por establecimiento.
- El desempeño del indicador no depende únicamente de ejecutar la evaluación ISH; requiere cerrar el proceso con la formulación y aprobación del Plan de Intervención, condición que no se encuentra acreditada en los sustentos revisados.
- La disponibilidad limitada de evaluadores acreditados, el presupuesto para desplazamientos y la remisión oportuna de información post evaluación condicionan la capacidad de ampliar la cobertura y cerrar oportunamente los productos requeridos.

AEI 3.4: Inversiones hospitalarias de EsSalud para la mejora de la gestión institucional

Esta acción estratégica busca fortalecer la infraestructura hospitalaria mediante la culminación y ejecución de inversiones que incrementen la capacidad operativa y mejoren las condiciones para una prestación segura y eficiente de los servicios de salud. El PEI reconoce la infraestructura hospitalaria como un habilitador para mejorar procesos, seguridad, capacidad de respuesta y continuidad de los servicios.

Su evaluación comprende los indicadores AEI 3.4.1 y AEI 3.4.2, correspondientes a la culminación de obras de infraestructura hospitalaria y a la ejecución del presupuesto de inversiones FBK.

IND. AEI 3.4.1: Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en EsSalud.

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.4.1	Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en EsSalud	2 obras	0 obras	0 %	Acta final de recepción de obra. Al 30.06.2026 no se registran obras que cumplan esta condición; se revisaron reportes y documentos de seguimiento de la GCPI.

Al I semestre de 2026 no se registraron obras de infraestructura hospitalaria que cumplieran la condición establecida en la ficha técnica para ser contabilizadas como culminadas, esto es, contar con el cierre integral del proceso constructivo y el Acta Final de Recepción de Obra. En consecuencia, el resultado del indicador es 0 obras y el avance respecto de la meta anual de dos obras es 0 %.

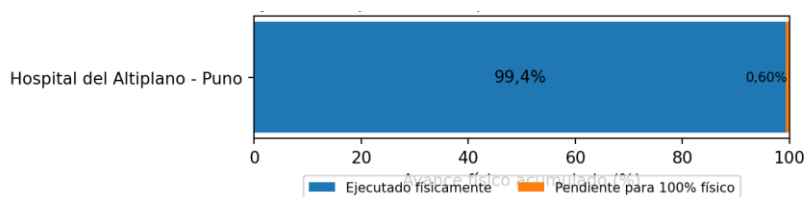
El resultado de 0 obras reportado por la GCPI es consistente con la evidencia revisada. El Proyecto de Inversión del Hospital del Altiplano de la región Puno (CUI N.° 2300016) alcanzó una ejecución física acumulada de 99,40 %, pero al cierre del semestre aún no había concluido el procedimiento de recepción final. Por su parte, el Hospital de Contingencia vinculado al proyecto del Hospital I Florencia de Mora (CUI N.° 2258772) permanecía en etapa de contratación, afectado por incidencias en los procedimientos de selección de la ejecución y la supervisión. En ambos casos, los avances registrados son relevantes para la gestión de los proyectos, pero no reúnen la condición requerida para contabilizar una obra culminada.

Proyecto / ámbito	Situación al 30.06.2026	Condición exigida por el PEI	¿Se incorpora al indicador?
Hospital del Altiplano - Puno CUI N.° 2300016	Ejecución física acumulada de 99,40 %. Obra en etapa final de ejecución; sin Acta Final de Recepción al corte.	Cierre integral del proceso constructivo y Acta Final de Recepción de Obra.	No
Hospital de Contingencia - Florencia de Mora, La Libertad CUI N.° 2258772	Procedimientos de selección de obra y supervisión aún no concluidos; al 19.06.2026 se gestionó la reconfirmación del Comité de Selección.	Obra ejecutada y culminada con Acta Final de Recepción.	No

Avances relevantes de los proyectos vinculados al indicador
Hospital del Altiplano - Puno:

Al cierre del I semestre, el proyecto registró 99,40 % de ejecución física acumulada, ubicándose próximo a la culminación material de la obra. No obstante, permanecían pendientes actuaciones posteriores necesarias para considerar la infraestructura culminada bajo el PEI, entre ellas la recepción y, de corresponder, el levantamiento de observaciones y demás formalidades contractuales.

Avance físico acumulado del Hospital del Altiplano al 30.06.2026.

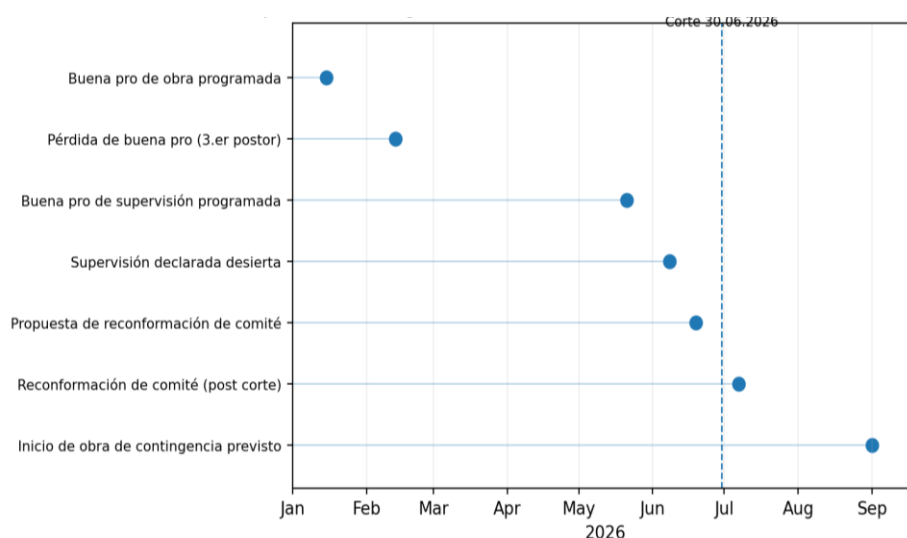


Fuente: GCPI; elaboración para la evaluación institucional

Hospital de Contingencia - Florencia de Mora, La Libertad:

El principal condicionante fue la continuidad de los procedimientos de selección. La programación contemplaba el otorgamiento de la buena pro para la ejecución de la obra el 15 de enero; posteriormente se produjo la pérdida de la buena pro del tercer postor adjudicado el 13 de febrero. En la contratación de la supervisión, cuyo otorgamiento estaba previsto para el 21 de mayo, el procedimiento fue declarado desierto el 8 de junio por falta de ofertas válidas. El 19 de junio la GCPI remitió a la Gerencia Central de Logística la propuesta de reconfirmación del Comité de Selección para la ejecución de la obra.

Principales hitos del procedimiento de contratación del Hospital de Contingencia de Florencia de Mora.



Fuente: GCPI; elaboración para la evaluación institucional

Factores que explican el desempeño

- La naturaleza del indicador exige la culminación integral de la obra y su recepción final; un elevado avance físico, por sí solo, no genera ejecución del indicador.
- En el Hospital del Altiplano, la obra se encontraba próxima al cierre físico, pero aún requería completar actuaciones técnicas y contractuales para su recepción.
- En Florencia de Mora, las incidencias en los procedimientos de selección de la obra y la supervisión retrasaron el inicio de la ejecución del Hospital de Contingencia.

- El cumplimiento depende de la coordinación entre la Gerencia Central de Proyectos de Inversión, la Gerencia Central de Logística, la Gerencia Central de Gestión Financiera, contratistas, supervisores y comités de recepción.
- La secuencia de hitos contractuales, la emisión oportuna de documentos y la atención de observaciones inciden directamente en la fecha en que una obra puede ser registrada como culminada.

AEI 3.4.2 - Porcentaje de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.4.2	Porcentaje de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK	90,0 %	19,85 %	22,06 %	SISFONAFE - Formato 8E; informes mensuales de seguimiento de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK

Al cierre del I semestre de 2026, la ejecución acumulada ascendió a S/ 119 315 430 respecto de un PIA de inversiones FBK de S/ 601 116 145. La aplicación de la fórmula determina un resultado de 19,85 %, que representa 22,06 % de avance frente a la meta anual. El nivel alcanzado evidencia una ejecución baja para la primera mitad del ejercicio y una brecha de S/ 481 800 715 respecto del presupuesto aprobado.

La ejecución presenta un comportamiento reducido en los dos componentes que conforman el FBK. Los proyectos de inversión registraron S/ 85 468 740 ejecutados de un PIA de S/ 396 718 150, equivalente a 21,54 %; mientras que los gastos de capital no ligados a proyectos alcanzaron S/ 33 846 690 de un PIA de S/ 204 397 995, equivalente a 16,56 %. Por tanto, la brecha de ejecución no se concentra en una única modalidad de inversión.

Dentro de los gastos de capital no ligados a proyectos, el equipamiento informático registró el mayor avance relativo (26,51 %), seguido del equipamiento asistencial (18,00 %); en contraste, el equipamiento administrativo alcanzó 9,59 % y otros gastos de capital priorizados 4,02 %. En la cartera de proyectos se observan situaciones diferenciadas: el Hospital del Altiplano - Puno (CUI N.º 2300016) alcanzó 99,40 % de ejecución física acumulada, mientras que el Hospital de Contingencia de Florencia de Mora - La Libertad (CUI N.º 2258772) presentó restricciones en los procedimientos de contratación para la ejecución y supervisión.

La información financiera disponible permite validar el resultado agregado del indicador y su composición por grandes componentes; sin embargo, no desagrega el devengado de los proyectos de inversión por CUI ni identifica individualmente las IOARR que explican la ejecución de los gastos de capital no ligados a proyectos. Esta condición no afecta el cálculo global de 19,85 %, pero limita el análisis de la contribución financiera de cada inversión específica.

Elemento de evaluación	Valor	Lectura institucional
PIA del Presupuesto de Inversiones FBK	S/ 601 116 145	Denominador utilizado por el indicador.
Ejecución acumulada al 30.06.2026	S/ 119 315 430	Numerador acumulado del indicador.
Resultado del indicador	19,85 %	$119\,315\,430 / 601\,116\,145 \times 100$.
Meta anual PEI 2026	90,00 %	Meta estratégica del ejercicio.
Avance respecto de la meta anual	22,06 %	$19,85 / 90,00 \times 100$.
Programación operativa enero-junio	S/ 196 077 990 (32,62 %)	Referencia de seguimiento del calendario de ejecución.
Cumplimiento frente a la programación operativa	60,85 %	Indicador operativo complementario; no sustituye el avance frente a la meta anual del PEI.

Composición de la ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK

La ejecución acumulada presenta resultados diferenciados entre sus dos grandes componentes. Los proyectos de inversión concentraron S/ 85 468 740 y alcanzaron 21,54 % de su PIA; los gastos de capital no ligados a proyectos registraron S/ 33 846 690 y alcanzaron 16,56 % de su PIA. Frente a la programación enero-junio, los proyectos de inversión ejecutaron 52,16 %, mientras que los gastos de capital no ligados a proyectos alcanzaron 105,01 %.

Componente FBK	PIA 2026	Programado ene-jun	Ejecutado I semestre	Cump. de programación	Ejecución sobre PIA
Proyectos de inversión	S/ 396 718 150	S/ 163 845 196	S/ 85 468 740	52,16 %	21,54 %
Gastos de capital no ligados a proyectos	S/ 204 397 995	S/ 32 232 794	S/ 33 846 690	105,01 %	16,56 %

La desagregación por tipo de inversión permite identificar una mayor heterogeneidad. En proyectos de inversión pública se ejecutó 22,36 % del PIA asignado, mientras que los proyectos APP alcanzaron 19,16 %. En los gastos no ligados a proyectos, el mayor avance anual relativo correspondió a otros gastos de capital prioritarios (39,27 %) y al equipamiento informático (26,51 %); el menor se registró en equipamiento administrativo (9,59 %).

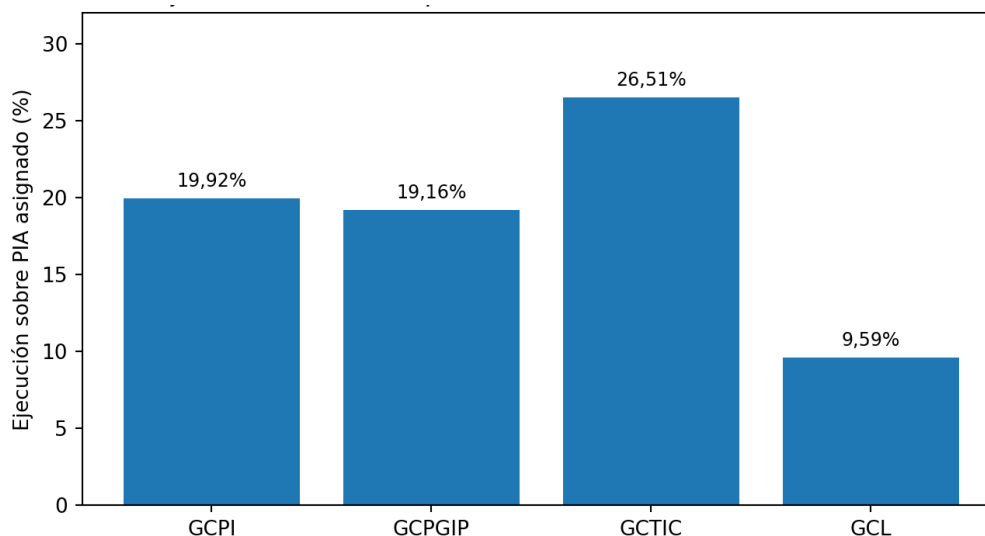
Componente	Admin	PIA 2026	Ejecutado I semestre	Cumpli de programación	Ejecución sobre PIA
Proyectos de inversión pública	GCPI	S/ 295 839 410	S/ 66 141 543	46,36 %	22,36 %
Proyectos APP	GCPGIP	S/ 100 878 740	S/ 19 327 197	91,27 %	19,16 %
Equipamiento asistencial	GCPI	S/ 162 269 205	S/ 20 125 417	79,46 %	12,40 %
Equipamiento informático	GCTIC	S/ 12 000 000	S/ 3 180 874	4408,15 %	26,51 %
Equipamiento administrativo	GCL	S/ 4 350 000	S/ 416 969	14,57 %	9,59 %
Otros gastos de capital prioritarios	GCPI	S/ 25 778 790	S/ 10 123 430	255,09 %	39,27 %

Lectura por administrador de fondo

A partir de la clasificación de los rubros del Formato 8E, la GCPI concentra la mayor participación del Presupuesto de Inversiones FBK y de la ejecución acumulada. Al I semestre, las categorías a su cargo representan S/ 96,39 millones ejecutados, equivalentes a 80,79 % de la ejecución total. La GCPGIP concentra S/ 19,33 millones, la GCTIC S/ 3,18 millones y la GCL S/ 0,42 millones. La comparación debe considerar el distinto tamaño presupuestal y naturaleza de las inversiones gestionadas por cada administrador.

Administrador	PIA asociado	Ejecutado semestre I	Ejecución sobre PIA	Participación en ejecución total
GCPI	S/ 483 887 405	S/ 96 390 390	19,92 %	80,79 %
GCPGIP	S/ 100 878 740	S/ 19 327 197	19,16 %	16,20 %
GCTIC	S/ 12 000 000	S/ 3 180 874	26,51 %	2,67 %
GCL	S/ 4 350 000	S/ 416 969	9,59 %	0,35 %

Tasa de ejecución acumulada sobre el PIA asociado a cada administrador de fondo, según la clasificación de rubros del Formato 8E.

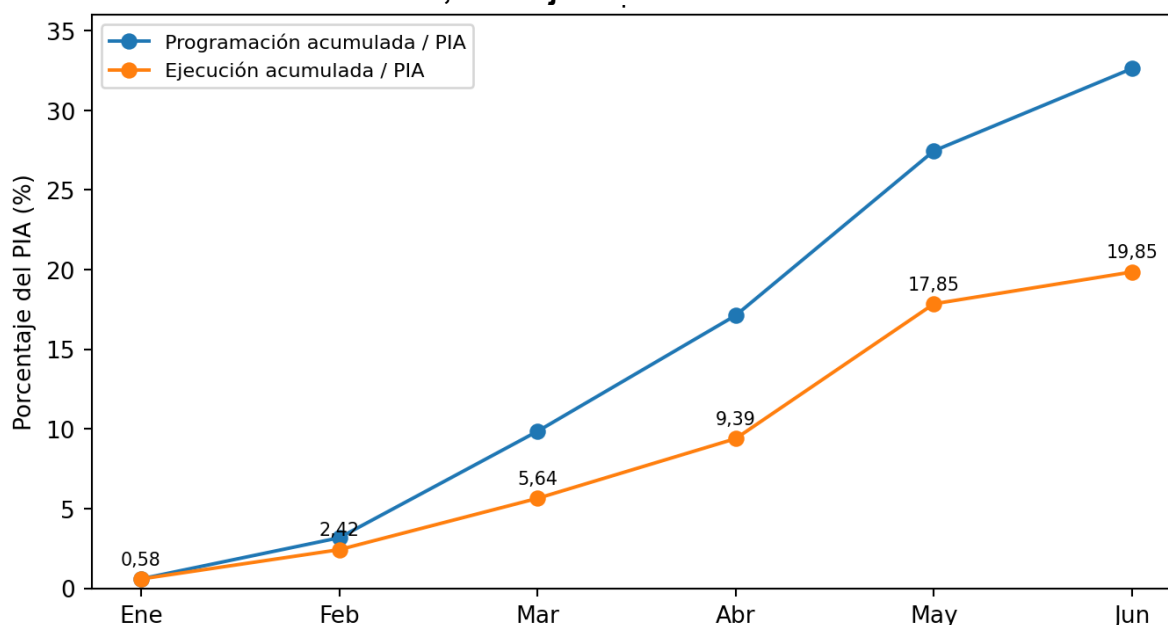


Fuente: GCPP-GPMGI; elaboración para la evaluación institucional

Evolución de la ejecución durante el semestre

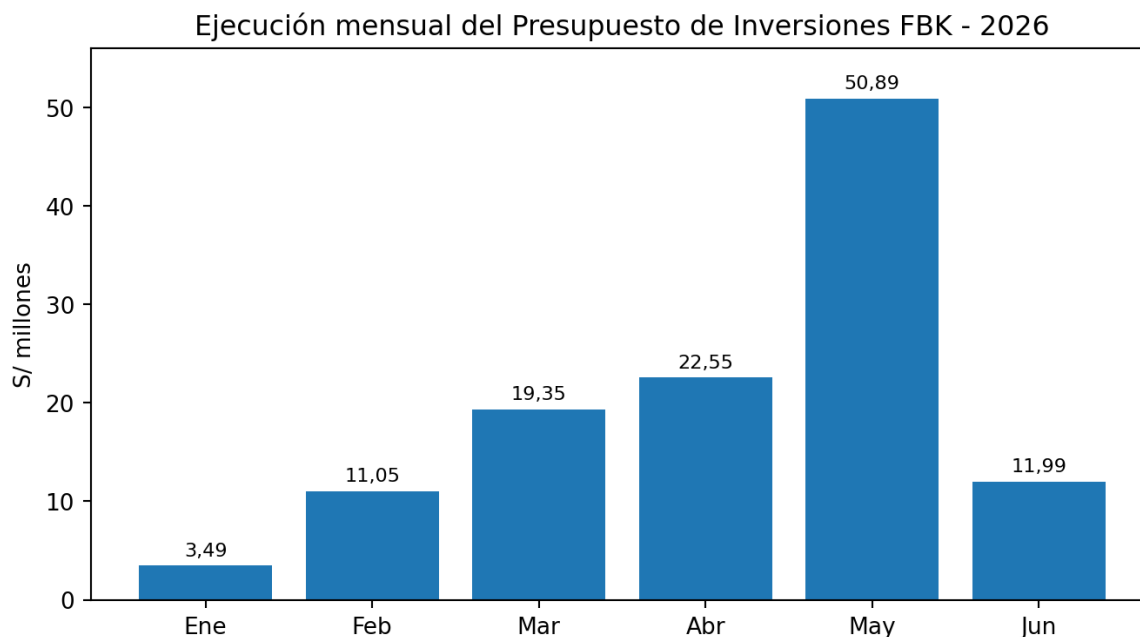
La trayectoria mensual evidencia una brecha creciente frente a la programación operativa acumulada a partir de marzo. Al cierre de junio, la programación representaba 32,62 % del PIA, mientras que la ejecución acumulada alcanzó 19,85 %, generándose una diferencia de 12,77 puntos porcentuales. La ejecución se concentró especialmente en mayo, con S/ 50,89 millones, mientras que en junio se ejecutaron S/ 11,99 millones, equivalentes a 38,60 % de la programación del mes.

Programación operativa acumulada y ejecución acumulada como porcentaje del PIA, enero-junio de 2026



Fuente: GCPP-GPMGI; elaboración para la evaluación institucional

Ejecución mensual del Presupuesto de Inversiones FBK durante el I semestre de 2026.



Fuente: GCPP-GPMGI; elaboración para la evaluación institucional

Para alcanzar la meta anual de 90,00 % con el PIA vigente, la ejecución acumulada al cierre de 2026 tendría que ascender aproximadamente a S/ 541 004 530. A partir del resultado al I semestre, ello supone ejecutar adicionalmente alrededor de S/ 421 689 100 durante el segundo semestre, lo que evidencia la magnitud de la aceleración requerida para el cierre del ejercicio.

Factores que explican el desempeño

- Los proyectos de inversión pública, que concentran la mayor parte del presupuesto de proyectos, alcanzaron 46,36 % de la programación enero-junio y 22,36 % de su PIA, condicionando de manera relevante el resultado agregado del indicador.
- Los proyectos APP mostraron un desempeño más próximo a su programación operativa, con 91,27 % de ejecución del monto programado al semestre; sin embargo, su peso presupuestal es menor que el de la cartera de inversión pública.
- Los gastos de capital no ligados a proyectos superaron en conjunto la programación del semestre (105,01 %), aunque su ejecución anual acumulada fue 16,56 % del PIA y presenta diferencias marcadas entre equipamiento asistencial, informático, administrativo y otros gastos prioritarios.
- La documentación de seguimiento identifica retrasos en valorizaciones, procesos de selección, contratación y otros hitos de inversiones públicas, lo que limita la oportunidad de materializar el gasto programado.
- La oportunidad del reporte depende de la información remitida por los administradores de fondos y del registro y actualización de las inversiones en el Banco de Inversiones, aspectos que inciden en la capacidad de seguimiento y respuesta temprana frente a desviaciones.

AEI 3.5: Sistema de monitoreo y evaluación del desempeño Institucional fortalecido

La AEI 3.5 está orientada a fortalecer el monitoreo y la evaluación como herramientas para conocer el progreso institucional, identificar desviaciones y sustentar decisiones de mejora. El PEI prevé articular el seguimiento de la ejecución del POI, el cumplimiento de indicadores vinculados a estrategias de atención de salud y la ejecución presupuestal, buscando fortalecer la coherencia entre la programación, los resultados estratégicos y el uso de los recursos.

En este ámbito se evalúan los indicadores AEI 3.5.1, AEI 3.5.2 y AEI 3.5.3, referidos al desempeño del POI del nivel central, al cumplimiento de indicadores de estrategias vinculadas a la atención de salud y a la ejecución del presupuesto institucional.

IND AEI 3.5.1 Porcentaje de actividades operativas del POI de las dependencias del nivel central con ejecución óptima

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Resultado semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.5.1	Porcentaje de actividades operativas del POI de las dependencias del nivel central con ejecución óptima	90,0 %	0,0 %	0,0 %	Ficha técnica PEI; SISPOI; reportes de seguimiento del POI 2026 y evidencia de ejecución física disponible

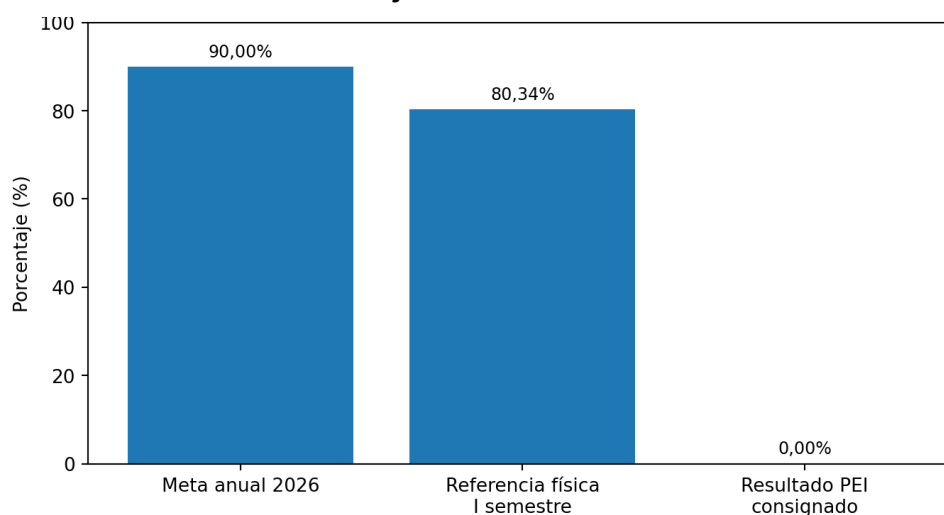
Al I semestre de 2026, la información de seguimiento permite verificar el componente físico de 412 actividades operativas del nivel central. De este universo, 331 actividades registraron una ejecución física igual o superior al 90 %, equivalente a 80,34 %. Sin embargo, no se dispone de una articulación formal de la programación y ejecución presupuestal con cada actividad operativa que permita verificar, de manera concurrente, cuáles de estas 331 actividades alcanzaron también una ejecución financiera igual o superior al 90 %.

En consecuencia, el numerador previsto en la ficha técnica no puede ser acreditado integralmente con la información disponible. Para efectos de la evaluación institucional del I semestre se consigna un resultado de 0,00 % y un avance de 0,00 % respecto de la meta anual de 90 %, manteniéndose el 80,34 % únicamente como referencia del desempeño físico. Esta consignación no implica que la ejecución presupuestal de las actividades haya sido nula, sino que no se cuenta con información desagregada y trazable que permita determinar la condición integral de ejecución óptima por actividad.

La distribución física evidencia, además, que 81 actividades (19,66 %) se ubicaron por debajo del umbral de 90 %: 18 entre 75 % y menos de 90 %, 17 entre 60 % y menos de 75 %, 30 entre más de 0 % y menos de 60 % y 16 sin avance. Las 46 actividades con ejecución física inferior al 60 % o sin avance constituyen el principal ámbito de seguimiento para el segundo semestre.

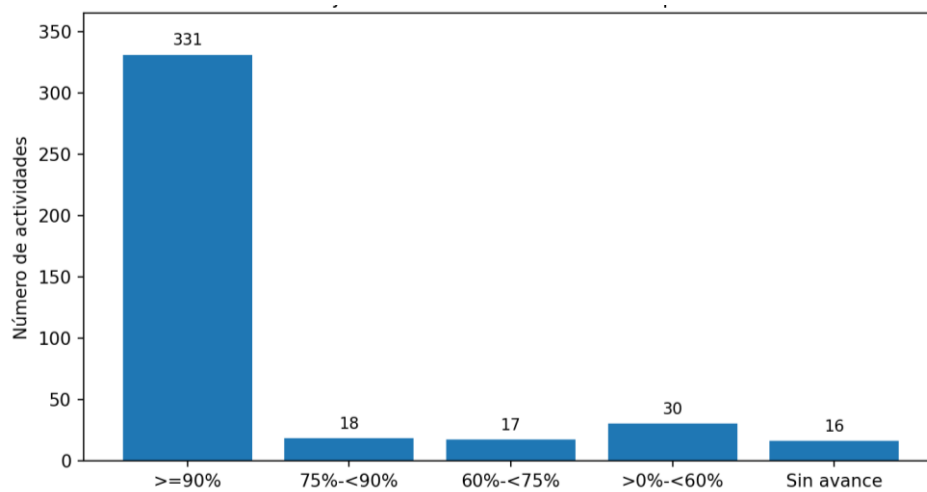
Aspecto	Criterio de la ficha PEI	Información disponible al I semestre	Evaluación institucional
Condición de ejecución óptima	Ejecución física ≥ 90 % y ejecución presupuestal ≥ 90 %, con evidencia válida.	Se dispone de ejecución física por actividad, pero no de ejecución financiera articulada a ese mismo nivel.	No es posible acreditar integralmente el numerador.
Componente físico	Actividad con cumplimiento físico ≥ 90 %.	331 de 412 actividades evaluadas: 80,34 %.	Referencia física; no constituye por sí sola el resultado PEI.
Componente presupuestal	Actividad con cumplimiento presupuestal ≥ 90 %.	No determinable a nivel de actividad operativa con la información disponible.	No se asume 0 % financiero; se considera información no acreditada.
Resultado del indicador	Actividades que cumplen concurrentemente ambos componentes / total de actividades del POI $\times 100$.	No se puede identificar cuántas actividades cumplen simultáneamente ambos criterios.	0,00 % consignado para la evaluación institucional por imposibilidad de validar la ejecución integral.
Meta anual	90 %.	Vigente para 2026.	Avance respecto de la meta: 0,00 %.

Ejecución física



Fuente: GCPP-GPC; elaboración para la evaluación institucional

Distribución de las 412 actividades operativas según nivel de ejecución física



Fuente: GCPP-GPC; elaboración para la evaluación institucional

Validación respecto del criterio de seguimiento operativo

El reporte del POI utiliza una escala de desempeño en la que la categoría “Excelente” comprende actividades con ejecución igual o superior al 90 %, mientras la categoría “Bueno” comprende niveles entre 75 % y menos de 90 %. Por ello, la agrupación operativa “Excelente + Bueno” no puede utilizarse como numerador del IND. AEI 3.5.1, dado que incorpora actividades que no alcanzan el umbral mínimo definido por la ficha técnica.

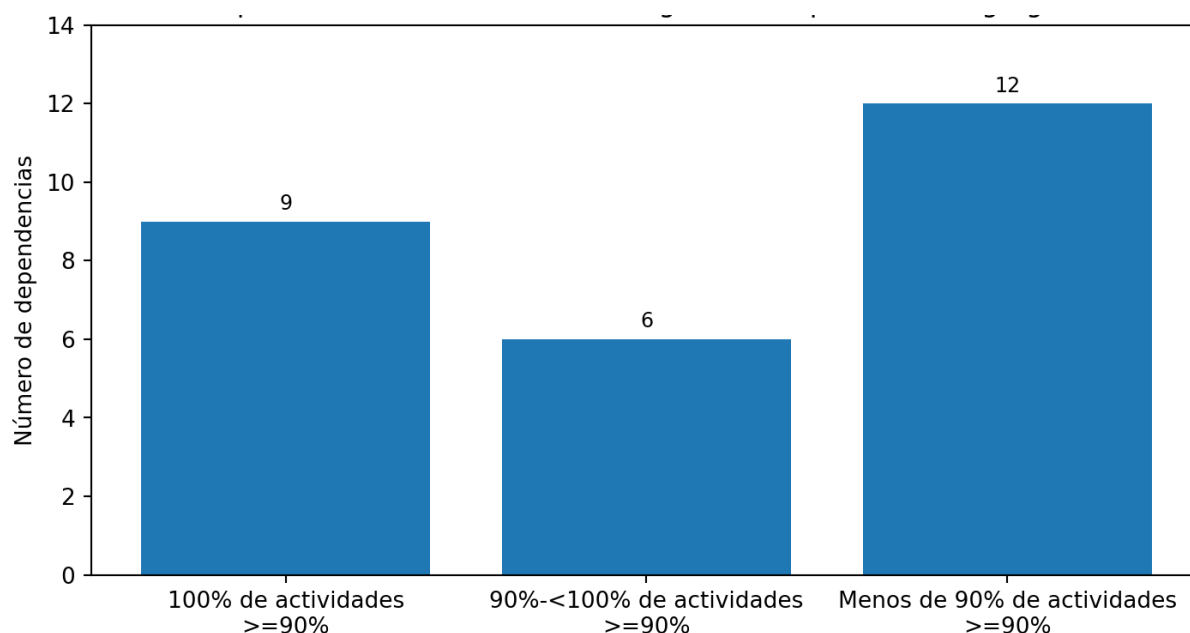
Esta diferencia se observa en el I trimestre de 2026: el reporte registró 314 actividades en las categorías Excelente + Bueno, equivalentes a 89,71 % de las 350 actividades evaluadas; sin embargo, solo 299 actividades se ubicaron en la categoría Excelente, es decir, alcanzaron una ejecución física igual o superior al 90 %. Aun este último valor constituye únicamente una referencia física, porque la ficha exige además verificar la ejecución presupuestal por actividad.

Periodo / criterio	Actividades	Porcentaje	Lectura para el indicador
I trimestre - Excelente + Bueno	314 de 350	89,71 %	Indicador operativo de desempeño satisfactorio; no corresponde al numerador PEI porque incluye actividades con ejecución física <90 %.
I trimestre - ejecución física >=90 %	299 de 350	85,42 % reportado	Referencia física compatible con el umbral PEI, pero sin validación del componente presupuestal.
I semestre - resultado PEI validable	No determinable con el sustento físico-financiero disponible	0,00 % consignado	Resultado institucional del corte conforme al criterio de validación de la evaluación.

Lectura por dependencias del nivel central

El seguimiento semestral comprende 27 dependencias. Quince registraron al menos 90 % de sus actividades con ejecución física igual o superior al 90 %; dentro de este grupo, nueve alcanzaron el 100 % de sus actividades en dicho umbral. Las doce dependencias restantes presentaron una proporción menor al 90 % de actividades en el rango físico esperado. La evidencia disponible permite identificar una mayor concentración de brechas, entre otras, en la Gerencia Central de Proyectos de Inversión y la Gerencia de Oferta Flexible; no obstante, para el indicador PEI esta lectura continúa siendo exclusivamente física hasta contar con el componente presupuestal por actividad.

Dependencias del nivel central agrupadas según la proporción de actividades que alcanzaron ejecución física $\geq 90\%$ al I semestre.



Fuente: GCPP-GPC; elaboración para la evaluación institucional

Factores que explican el desempeño

- El seguimiento periódico del POI permitió disponer de información física desagregada por actividad y dependencia, facilitando la identificación de actividades con mayor rezago.
- La mayor parte de las actividades evaluadas alcanzó un nivel físico igual o superior al 90 %, aunque persisten brechas concentradas en determinadas dependencias y actividades.
- La ausencia de articulación entre la programación y ejecución presupuestal y las actividades operativas limita la conversión del avance físico observado en un resultado verificable del indicador estratégico.
- Las modificaciones, reprogramaciones e incorporaciones del POI durante el ejercicio requieren mantener un control consistente del universo evaluado para evitar variaciones no explicadas en el denominador.
- Las actividades con ejecución física inferior al 60 % o sin avance concentran el mayor riesgo de afectar el desempeño del cierre anual y requieren seguimiento focalizado.

IND AEI 3.5.2 – Porcentaje de cumplimiento de indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.5.2	Porcentaje de cumplimiento de indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud	90%	27.27%	30.30%	Ficha técnica PEI 2026-2030; Informe N.º 000024-2026-OIO-GCOP-ESSALUD-2026; reporte consolidado remitido por GCOP

La ficha técnica del PEI establece que el indicador se determina mediante la relación entre el número de indicadores de evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud que alcanzan una evaluación satisfactoria y el total de indicadores considerados para dicha evaluación. Un indicador se clasifica como satisfactorio cuando el valor alcanzado cumple o supera la meta establecida; la meta institucional para 2026 es 90 % y la frecuencia de medición es mensual.

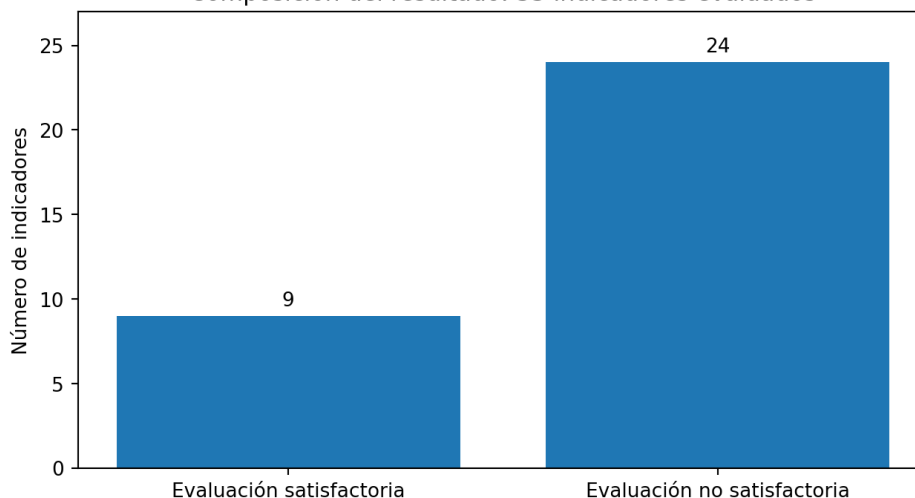
Al cierre del I semestre de 2026, la información consolidada de la GCOP identifica nueve (9) indicadores con evaluación satisfactoria de un total de treinta y tres (33) indicadores considerados, obteniéndose un resultado de 27,27 %. El cálculo es aritméticamente consistente con el método establecido en la ficha técnica: $9/33 \times 100 = 27,27 \%$. Respecto de la meta anual de 90 %, el resultado representa un avance de 30,30 % y una brecha de 62,73 puntos porcentuales.

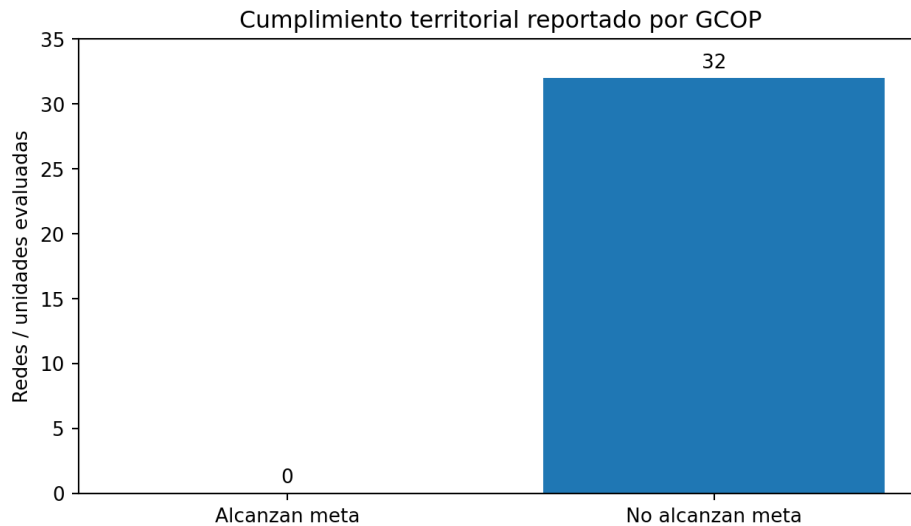
La GCOP presentó en su informe una referencia de 75 % para la evaluación del periodo y, sobre dicha base, consignó un nivel de cumplimiento aproximado de 36 %. No obstante, la ficha técnica vigente del PEI establece una meta de 90 % para 2026 y no contiene una meta semestral diferenciada. En consecuencia, para la evaluación institucional se utiliza la meta oficial de 90 %, por lo que el avance respecto de la meta se determina en 30,30 %.

El reporte de la GCOP comprende la evaluación de treinta (30) Redes Asistenciales, el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) y el Centro Nacional de Salud Renal (CNSR). Ninguna de las treinta y dos unidades evaluadas alcanzó el umbral establecido para el periodo. Los mejores resultados relativos se registraron en Moyobamba y Puno, ambas con 65,63 %, y Tumbes con 59,38 %; mientras que entre las redes de mayor complejidad se observaron resultados de 21,20 % en Sabogal y de aproximadamente 21,21 % en Rebagliati, Cusco y Almenara.

Variable / criterio	Valor	Validación para el informe institucional
Numerador	9 indicadores con evaluación satisfactoria	Consistente con la definición de la ficha técnica.
Denominador	33 indicadores evaluados	Consistente con el cálculo reportado; debe mantenerse trazable la relación de indicadores, metas y aplicabilidad por red.
Resultado	$9/33 \times 100 = 27,27 \%$	Validado.
Meta utilizada por GCOP en el reporte	75 %	Referencia operativa del reporte; no corresponde a la meta PEI 2026.
Meta PEI 2026	90 %	Valor oficial utilizado para la evaluación institucional.
Avance respecto de meta PEI	$27,27/90 \times 100 = 30,30 \%$	Resultado para el informe institucional.
Brecha frente a meta	62,73 puntos porcentuales	Evidencia un nivel de desempeño bajo al cierre del semestre.

Composición del resultado: 33 indicadores evaluados

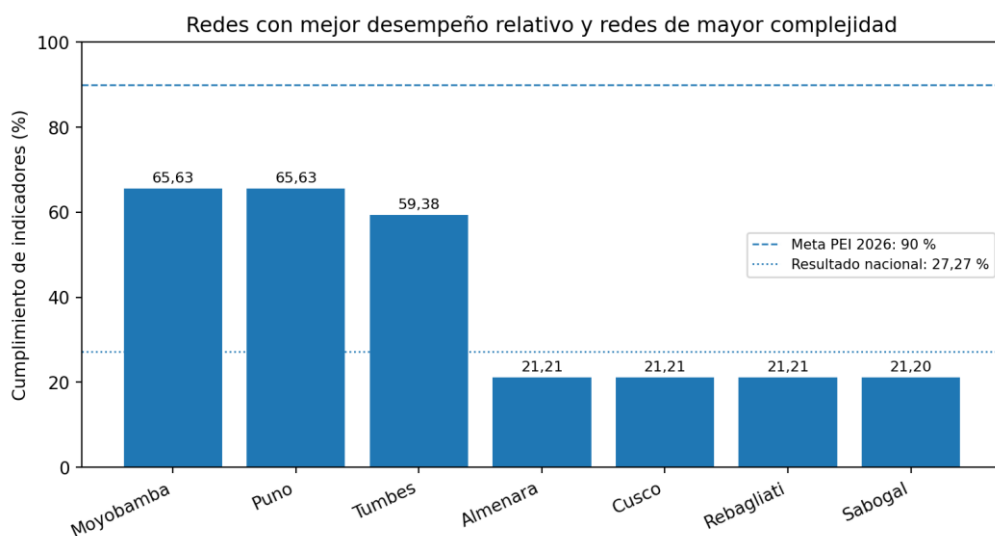




Análisis territorial del resultado

La desagregación disponible evidencia una brecha generalizada y, al mismo tiempo, una marcada heterogeneidad territorial. Moyobamba y Puno alcanzaron los mayores valores relativos (65,63 %), seguidas de Tumbes (59,38 %), aunque permanecen por debajo de la meta PEI. En contraste, las redes de mayor complejidad y volumen asistencial presentan resultados cercanos a 21 %, destacando Sabogal, Rebagliati, Cusco y Almenara. Este patrón concentra riesgos de desempeño en ámbitos que atienden una mayor demanda y que cumplen funciones de referencia de alta complejidad.

Ámbito	Resultado reportado	Lectura gerencial
Moyobamba	65,63 %	Mejor desempeño relativo; brecha de 24,37 p.p. frente a la meta PEI de 90 %.
Puno	65,63 %	Mejor desempeño relativo; brecha de 24,37 p.p.
Tumbes	59,38 %	Desempeño superior al promedio nacional, pero aún insuficiente.
Almenara	21,21 %	Resultado crítico en una red de alta complejidad.
Cusco	21,21 %	Resultado crítico y necesidad de reforzar seguimiento operativo.
Rebagliati	21,21 %	Resultado crítico en una de las redes de mayor volumen asistencial.
Sabogal	21,20 %	Resultado crítico en una red de alta demanda asistencial.



Información complementaria del seguimiento operativo del POI

El Informe de Evaluación del POI Desagregado correspondiente al I trimestre de 2026 proporciona información adicional sobre el comportamiento de dieciocho indicadores de salud. Este universo no debe utilizarse para recalculer el AEI 3.5.2 del I semestre, debido a que la GCOP reporta treinta y tres indicadores para la medición semestral; sin embargo, constituye un insumo útil para identificar áreas de desempeño favorable y brechas operativas.

En el I trimestre, de los dieciocho indicadores de salud del POI, diecisiete contaban con meta aplicable en el periodo: diez presentaron resultados favorables y siete no alcanzaron sus metas; el indicador de autoevaluación para la acreditación de IPRESS tenía programación recién para el IV trimestre. Entre los resultados favorables se observaron recuperación de anemia, promedio de estancia hospitalaria, rendimiento hora médico en los tres niveles, oportunidad de inicio de tratamiento oncológico, uso de certificado digital, mantenimiento hospitalario y manejo de residuos sólidos. Las principales brechas se concentraron en tamizajes preventivos, coberturas de stock, ejecución del PAC y reporte de servicios contratados.

Factores que explican el desempeño

- La elevada demanda y la presión sobre la capacidad instalada de las redes de mayor complejidad afectan el desempeño de indicadores vinculados con oportunidad de atención, listas de espera y resolución de servicios especializados.
- La fragmentación de rutas de atención, particularmente en procesos oncológicos y quirúrgicos, genera brechas que inciden en varios indicadores de estrategia asistencial.
- El seguimiento del POI evidencia desempeños favorables en determinados componentes de eficiencia clínica y productividad; sin embargo, coexisten brechas importantes en prevención, abastecimiento, contratación y continuidad de servicios.
- La heterogeneidad entre redes determina que algunos ámbitos presenten mejores niveles relativos de cumplimiento, mientras las redes de referencia nacional concentran resultados bajos y una mayor presión asistencial.
- La calidad y oportunidad de los registros de las redes condiciona la consolidación del indicador. En el seguimiento del POI se identificaron valores cero o en blanco en indicadores de abastecimiento, PAC, residuos y otros componentes, lo que requiere validación antes de los cierres institucionales

IND AEI 3.5.3 Porcentaje de ejecución del presupuesto institucional

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Resultado I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 3.5.3	Porcentaje ejecución de presupuesto institucional	94,0 %	45,1 %	47,98 %	Ficha PEI; informe semestral GPPE; Sistema SAP; Oficio N.º 000667-GG-ESSALUD-2026

Para 2026, el PEI establece una meta anual de 94,0 %. La línea base 2025 figura como N/D, por lo que no existe un valor anual previo que permita construir una comparación interanual directa.

Al 30 de junio de 2026, la GPRE reporta un presupuesto devengado de S/ 8 517 605 557 y señala que, a la fecha de corte, el presupuesto institucional vigente corresponde al PIA de egresos por S/ 18 872 766 233. En consecuencia, para la presente evaluación se aplica excepcionalmente dicho PIA como denominador, dejando constancia de que la ficha técnica del PEI prevé el uso del PIM.

Resultado = S/ 8 517 605 557 / S/ 18 872 766 233 x 100 = 45,1317 % ≈ 45,1 %

El cálculo es aritméticamente reproducible y consistente con los importes globales reportados. Para la evaluación del PEI, el avance se determina respecto de la meta anual: 45,1 % / 94,0 % x 100 = 47,98 % (aproximadamente 48,0 %). La referencia de 44,3 % consignada por la GPRE para el I semestre puede utilizarse como dato interno de seguimiento, pero no reemplaza la meta anual aprobada en el PEI ni corresponde emplearla como base del porcentaje de avance del indicador PEI.

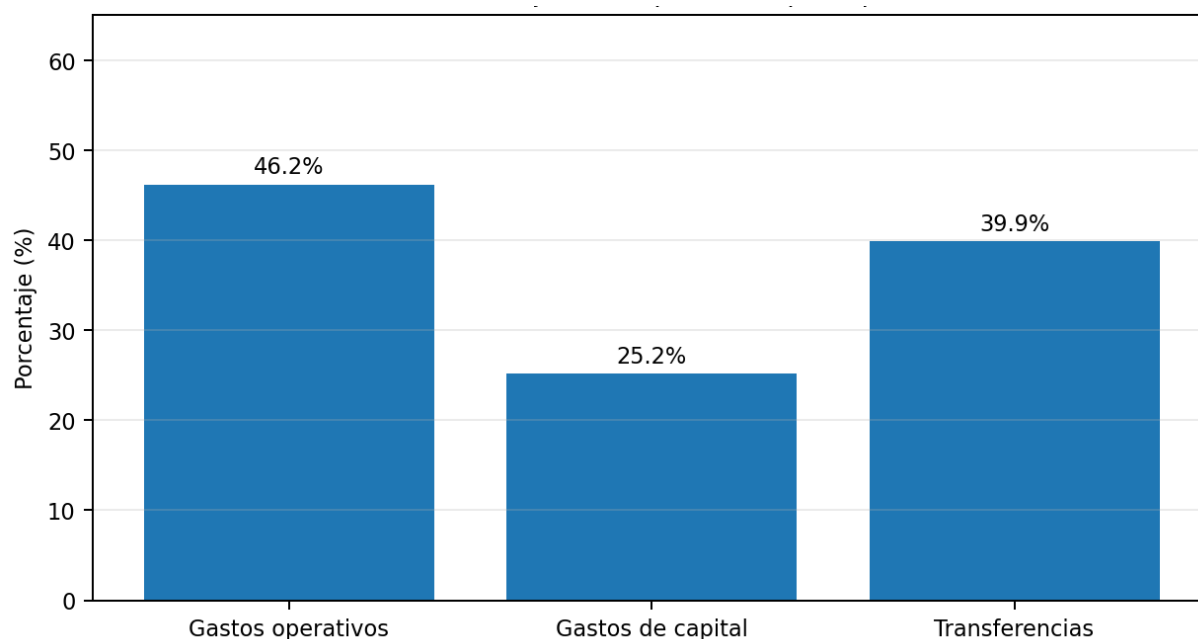
Estructura de la ejecución presupuestal por rubros

Concepto	PIA 2026	Devengado Ene-Jun	Nivel ejecución de
Gastos operativos	S/ 17 837 302 458	S/ 8 234 465 476	46.2 %
Compra de bienes	S/ 3 126 235 764	S/ 1 248 203 555	39.9 %
Gasto de personal	S/ 9 418 615 974	S/ 4 433 429 888	47.1 %
Servicios de terceros	S/ 4 374 530 342	S/ 2 018 238 033	46.1 %
Tributos	S/ 4 612 493	S/ 3 588 993	77.8 %
Gastos diversos de gestión	S/ 913 307 885	S/ 531 005 007	58.1 %
Gastos de capital	S/ 884 470 134	S/ 222 891 597	25.2 %
Egreso por transferencias	S/ 150 993 641	S/ 60 248 484	39.9 %
TOTAL	S/ 18 872 766 233	S/ 8 517 605 557	45,1 %

Fuente: GCPP-GPRE; elaboración para la evaluación institucional

La ejecución presenta un comportamiento diferenciado. Los gastos operativos alcanzan 46,2 %, mientras que los gastos de capital registran 25,2 % y las transferencias 39,9 %. Dentro de los componentes operativos, tributos presenta el mayor nivel relativo (77,8 %), aunque sobre una base presupuestal reducida; gasto de personal y servicios prestados por terceros alcanzan 47,1 % y 46,1 %, respectivamente.

Nivel de ejecución de los principales rubros presupuestales al I semestre de 2026.



Fuente: GCPP-GPRE; elaboración para la evaluación institucional

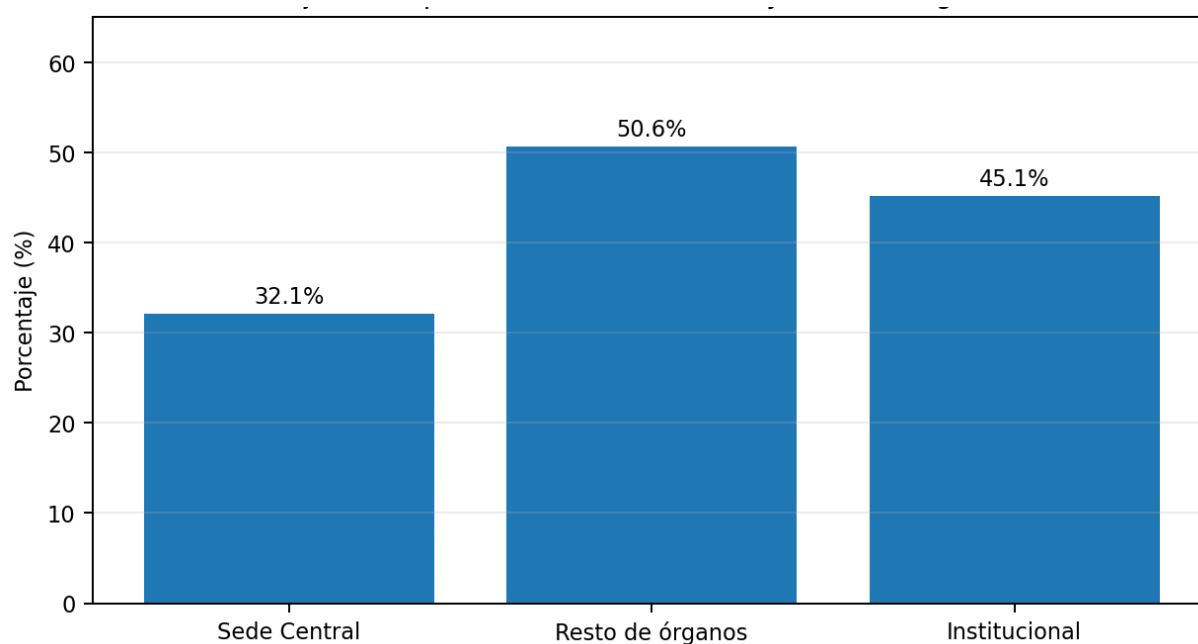
Lectura del desempeño por órganos

La desagregación por órganos evidencia heterogeneidad. Entre las redes, Loreto (60,2 %) y Amazonas (58,9 %) presentan los mayores niveles de ejecución, mientras que Ica (46,2 %) y Junín (45,6 %) registran los menores. Si se consideran todos los órganos del cuadro remitido, la Sede Central presenta un nivel inferior, de 32,1 %. Esta precisión es relevante porque la Sede Central concentra aproximadamente 29.7 % del PIA institucional.

Excluyendo Sede Central, el resto de órganos presenta una ejecución ponderada de 50.6 %, frente al 32,1 % de Sede Central; esta diferencia contribuye a que el resultado institucional se ubique en 45,1 %. Asimismo, 17 de los 33 órganos consignados en el cuadro alcanzan o superan 50 % de ejecución al corte.

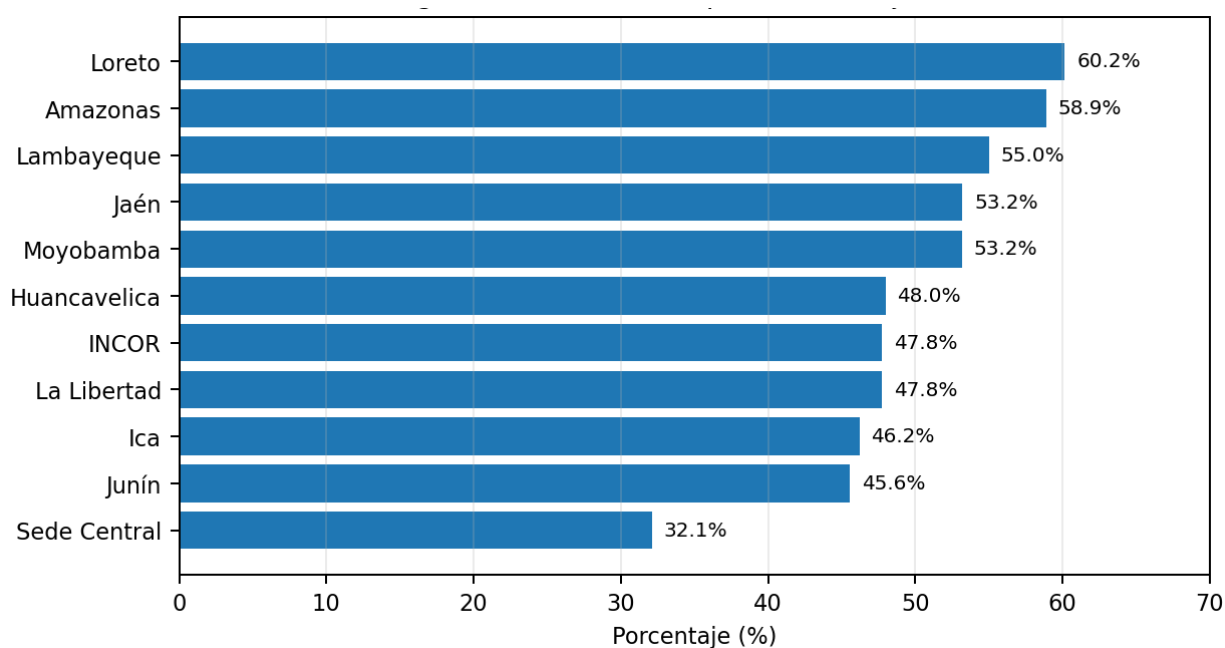
Órgano	PIA 2026	Devengado Ene-Jun	Nivel
Red Asistencial Loreto	S/ 178 818 976	S/ 107 576 931	60.2 %
Red Asistencial Amazonas	S/ 60 452 565	S/ 35 603 164	58.9 %
Red Prestacional Lambayeque	S/ 683 612 039	S/ 376 008 051	55.0 %
Red Asistencial Jaén	S/ 44 447 174	S/ 23 650 857	53.2 %
Red Asistencial Moyobamba	S/ 60 493 491	S/ 32 167 294	53.2 %
Red Asistencial Junín	S/ 449 107 900	S/ 204 641 796	45.6 %
Red Asistencial Ica	S/ 435 068 553	S/ 201 012 960	46.2 %
Red Asistencial La Libertad	S/ 804 309 812	S/ 384 115 626	47.8 %
Instituto Nacional Cardiovascular	S/ 225 847 012	S/ 107 865 865	47.8 %
Red Asistencial Huancavelica	S/ 63 024 202	S/ 30 238 429	48.0 %
Sede Central	S/ 5 604 316 210	S/ 1 798 821 795	32.1 %

Ejecución ponderada: Sede Central y resto de Órganos



Fuente: GCPP-GPRE; elaboración para la evaluación institucional

Órganos seleccionado por nivel de ejecución



Fuente: GCPP-GPRE; elaboración para la evaluación institucional

Factores que explican el desempeño

- La composición del gasto muestra una ejecución operativa de 46,2 %, sostenida principalmente por gasto de personal (47,1 %) y servicios prestados por terceros (46,1 %), que concentran una porción significativa del presupuesto institucional.

- La ejecución de gastos de capital alcanza 25,2 %, nivel inferior al observado en los gastos operativos y transferencias, configurando una brecha relevante dentro de la estructura de ejecución del periodo.
- La Sede Central concentra aproximadamente 29.7 % del PIA y registra 32,1 % de ejecución, mientras el resto de órganos alcanza 50.6 % de manera ponderada; esta diferencia incide materialmente en el resultado institucional.
- La gestión presupuestal involucra a todos los órganos centrales y desconcentrados; por ello, la oportunidad de la ejecución y del registro depende de la gestión de cada dependencia y de la articulación entre presupuesto, abastecimiento, contabilidad, tesorería y planeamiento operativo.

OEI 4: PROMOVER EL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO Y FORTALECER LA CULTURA ORGANIZACIONAL

El OEI 4 reconoce al talento humano como un activo estratégico para el cumplimiento de la misión de EsSalud y busca fortalecer su desarrollo integral y la cultura organizacional. Para ello, prioriza la mejora del clima laboral, el fortalecimiento de competencias, la gestión del rendimiento y la generación de condiciones laborales seguras y saludables, con incidencia en la motivación, compromiso y desempeño de los servidores.

El resultado del objetivo se evalúa mediante el IND. OEI 4.1 – Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral.

IND OEI 4.1 - Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral.

OEI	Indicador	Meta anual 2026	Resultado I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
OEI 4.1	Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral	35,0 % (A=4 200 / B=12 000)	0,00 %	0,00 %	PEI 2026-2030; informe semestral GCGP; informes de talleres 1-5 y sustentos remitidos

La ficha técnica del PEI establece que el indicador se calcula mediante $X = (A/B) \times 100$, donde A corresponde al número de servidores encuestados que se encuentran satisfechos con el clima laboral y B al número de servidores que contestaron la encuesta. Se considera satisfecho al servidor cuya calificación promedio es mayor o igual a 4 en la escala Likert de 1 a 5, utilizando las preguntas alineadas con las subdimensiones que mejor miden el clima organizacional. La encuesta institucional comprende 44 preguntas, cinco dimensiones y 14 subdimensiones. La frecuencia de medición es semestral y el sentido esperado es creciente.

Para 2026, el PEI fija una meta anual de 35,0 %, equivalente a 4 200 servidores satisfechos de un universo previsto de 12 000 servidores. La línea base 2025 es 25,0 % (1 750 de 7 000). Estas cifras son parámetros oficiales de la ficha y no deben confundirse con una programación mensual o semestral de actividades.

Con la información remitida no es posible validar un resultado del indicador OEI 4.1 al I semestre de 2026. Corresponde registrar el indicador como “Sin avance en la medición.

Asimismo, la ausencia de una medición validable del indicador no implica ausencia de gestión. La documentación revisada acredita avances en las etapas de planificación e intervención de Cultura y Clima Organizacional. La GCGP reporta la elaboración de lineamientos, 33 asistencias técnicas y 33 Planes de Cultura y Clima Organizacional; asimismo, programó 11 talleres para Sede Central y ejecutó cinco durante el I semestre. Estos productos deben presentarse como avances de gestión que preparan y acompañan la mejora del clima laboral, pero no sustituyen la medición del resultado estratégico.

Los cinco talleres ejecutados entre el 26 de mayo y el 30 de junio registran 300 participantes efectivos en conjunto, cifra que sí es reproducible a partir de las listas de asistencia consignadas en los informes: 69, 50, 50, 77 y 54 participantes. En las preguntas específicas sobre la contribución del taller a la satisfacción con el clima organizacional se registran 247 respuestas, de las cuales 237 fueron favorables, equivalente aproximadamente a 95,9 %. Este porcentaje constituye un resultado auxiliar de percepción sobre las intervenciones y no el valor del indicador OEI 4.1.

Resultados auxiliares de los talleres ejecutados en el I semestre

Taller	Fecha	Denominación resumida	Participantes	Respuestas pregunta clima	Satisfacción general	Respuesta favorable pregunta clima
Taller 1	26/05	Gestión del Estrés y Resolución de Conflictos	69	64	99,7 %	100,0 %
Taller 2	28/05	Un Trato Justo en el Trabajo	50	46	99,6 %	100,0 %
Taller 3	19/06	Sincronía: Ritmo de Trabajo en Conjunto	50	46	84,3 %	80,4 %
Taller 4	23/06	Entornos Laborales Libres de Hostigamiento Sexual	77	56	100,0 %	100,0 %
Taller 5	30/06	Entornos Laborales Libres de Hostigamiento Sexual	54	35	97,6 %	97,1 %
Total referencia /			300	247	≈ 96,6 %*	95,9 %

* El 96,6 % es una recomposición aproximada obtenida de 1 187 respuestas favorables de 1 229 respuestas totales registradas en las tablas de satisfacción general de los cinco talleres.

Fuente: GCGP; elaboración para la evaluación institucional

Factores que explican el avance de gestión y la situación de medición

- La existencia de diagnósticos previos de Cultura y Clima Organizacional permitió focalizar las intervenciones en aspectos como interés por la persona, trabajo en equipo, comunicación, justicia y equidad, integridad y prevención del hostigamiento sexual.
- La articulación del Equipo de Clima y Cultura Organizacional con las unidades de recursos humanos y áreas facilitadoras permitió desplegar asistencias técnicas, planes y talleres durante el semestre.
- La medición del resultado estratégico requiere una fase diferenciada de evaluación mediante la escala institucional; las encuestas de satisfacción aplicadas al cierre de los talleres evalúan la intervención y no sustituyen esa medición.
- La cobertura de participación fue variable entre talleres y la evidencia del semestre se concentra principalmente en Sede Central, por lo que no constituye una medición representativa del universo institucional previsto en la meta 2026.

AEI 4.1: Talento humano institucional con bienestar integral y satisfacción laboral fortalecidos

La AEI 4.1 busca consolidar un entorno laboral que favorezca el desarrollo profesional, el bienestar integral y el desempeño eficiente del personal. Comprende el fortalecimiento de competencias mediante capacitación, la evaluación de resultados, la seguridad y salud en el trabajo y la gestión del rendimiento, como elementos que contribuyen a disponer de un talento humano competente, saludable y orientado a los objetivos institucionales.

Su evaluación comprende los indicadores AEI 4.1.1, AEI 4.1.2 y AEI 4.1.3, relacionados con la capacitación con evaluación satisfactoria, la aplicación de la seguridad y salud en el trabajo y el rendimiento de los colaboradores administrativos de la Sede Central.

IND AEI 4.1.1 Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria

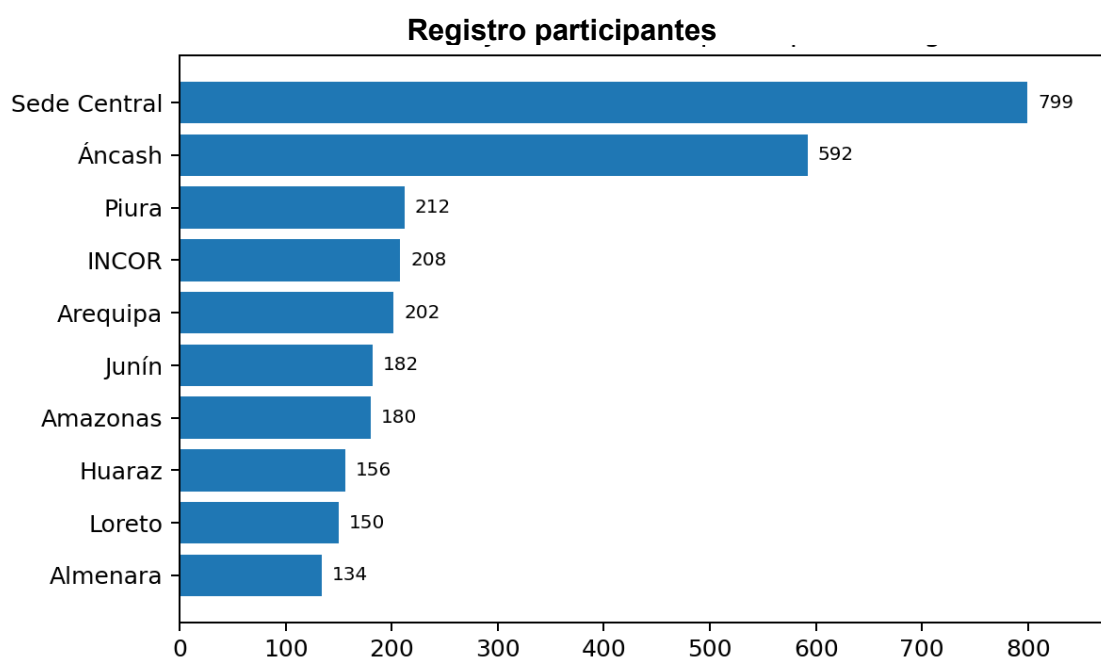
AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 4.1.1	Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria	70,0 %	0,00 %	0,00 %	PEI 2026-2030; PDP 2026; informe GCGP; consolidado de participantes

La ficha técnica del PEI establece que el indicador mide la proporción de trabajadores capacitados que obtienen nota aprobatoria respecto del total de trabajadores efectivamente capacitados, mediante la fórmula $A/B \times 100$. Para 2026, la meta anual es 70 %.

La GCGP reportó un resultado de 21 %, obtenido de 2 661 trabajadores señalados como aprobados respecto de 12 748 beneficiarios programados en el PDP 2026. Si bien la operación aritmética es correcta, el resultado no se ajusta a la metodología establecida en el PEI, debido a que el denominador utilizado corresponde a beneficiarios programados y no a trabajadores efectivamente capacitados.

Asimismo, la evidencia remitida no permite verificar que los 2 661 trabajadores considerados en el numerador hayan obtenido efectivamente la nota aprobatoria exigida por la ficha técnica, al no contarse con una base consolidada que vincule participación, evaluación y calificación obtenida.

Adicionalmente, se identificó una inconsistencia en el consolidado de participantes: el total reportado de 2 661 registros excluye 799 correspondientes a Sede Central, por lo que la suma del detalle asciende a 3 460 registros. Esta diferencia debe ser conciliada antes de utilizar dicha información para la medición del indicador.



Fuente: GCGP; elaboración para la evaluación institucional

Lectura del desempeño

Durante el semestre se ejecutaron 153 de las 818 acciones de capacitación previstas en el PDP 2026, equivalente al 18,7 %, evidenciándose avance en la implementación de las actividades de formación. No obstante, este porcentaje representa avance operativo del PDP y no el resultado del indicador, cuyo cumplimiento depende de acreditar cuántos trabajadores efectivamente capacitados obtuvieron evaluación satisfactoria.

El nivel de ejecución alcanzado y las dificultades para consolidar oportunamente la información de participantes y calificaciones explican que, al cierre del semestre, la medición estratégica del indicador permanezca pendiente de validación.

Consistencia y trazabilidad

La evaluación identificó aspectos que deben ser regularizados para la siguiente medición: la meta oficial es 70 % anual, por lo que el 35 % presentado como meta semestral no corresponde a una meta establecida en la ficha técnica; existe además una diferencia entre el 21 % reportado como resultado y el 2 % consignado como porcentaje de cumplimiento en una sección de la ficha; y el consolidado de participantes requiere conciliar la exclusión de los 799 registros de Sede Central.

Para garantizar la reproducibilidad de la medición, la GCGP deberá contar con información consolidada que permita identificar el número de trabajadores efectivamente capacitados y, dentro de ellos, aquellos que obtuvieron la calificación aprobatoria correspondiente.

Factores que explican el desempeño

- El desempeño observado se explica principalmente por el avance todavía parcial en la ejecución del PDP 2026, las demoras en la disponibilidad y transferencia de recursos para las acciones de capacitación y las dificultades para consolidar oportunamente los registros de ejecución y calificaciones remitidos por las unidades responsables.
- A ello se suma que la herramienta tecnológica prevista para la gestión y seguimiento del PDP aún se encuentra en proceso de implementación, manteniéndose una dependencia importante de mecanismos de consolidación descentralizados y de la oportunidad del reporte de las oficinas de capacitación.

IND AEI 4.1.2 - Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el personal de EsSalud

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 4.1.2	Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el personal de EsSalud	33,0 %	0,00 %	0,00 %	Ficha técnica PEI; reporte semestral SST; reporte de accidentes de trabajo; GREP - Evaluación Médica Ocupacional

La ficha técnica del PEI establece un indicador compuesto por dos componentes con igual ponderación. El componente A corresponde al número de trabajadores con examen médico ocupacional vigente respecto del total de trabajadores de EsSalud, multiplicado por 0,5; el componente B corresponde al número de accidentes de trabajo investigados respecto del número de accidentes registrados, multiplicado por 0,5. El resultado se obtiene mediante $X = (A + B) \times 100$ y la meta anual 2026 es 33,0 %.

La GCGP reporta como variables 10 003 trabajadores con examen médico ocupacional, 63 694 trabajadores de EsSalud, 228 accidentes investigados y 728 accidentes registrados. Con dichos valores, el cálculo exacto sería: $A = (10\,003/63\,694) \times 0,5 = 0,07852$; $B = (228/728) \times 0,5 = 0,15659$; y $X = (0,07852 + 0,15659) \times 100 = 23,51 \%$. Por tanto, aun aceptando las variables informadas, el 23,00 % presentado por el área deriva del redondeo anticipado de los componentes y no del cálculo con toda la precisión disponible.

No obstante, la revisión de los sustentos no permite validar el componente A conforme a la definición técnica del PEI. La ficha exige trabajadores con examen médico ocupacional vigente, es decir, con certificado y registro vigente. El reporte GREP remitido acredita 31 739 intervenciones de salud ocupacional registradas bajo la actividad de evaluación médica ocupacional, pero no identifica 10 003 trabajadores únicos con certificado de aptitud vigente. Asimismo, el propio reporte de SST señala que se encuentra pendiente la explotación de los datos de Certificados de Aptitud para cuantificar adecuadamente los exámenes ocupacionales completos.

El componente B sí cuenta con una base reproducible: el reporte de accidentes registra 728 accidentes de trabajo y 228 investigaciones, equivalente a 31,32 % de accidentes investigados; ponderado al 50 %, este componente aporta 15,66 puntos porcentuales al indicador. Sin embargo, al no poder acreditarse la variable A bajo las condiciones definidas en la ficha técnica, no es posible validar el resultado compuesto.

En consecuencia, para efectos de la evaluación institucional se registra un resultado de 0,00 % y un avance de 0,00 % respecto de la meta anual de 33,0 %. Este valor no implica ausencia de implementación en seguridad y salud en el trabajo, sino que la evidencia disponible no permite acreditar integralmente las variables requeridas para el cálculo del indicador PEI.

IND 4.1.3 Porcentaje de colaboradores administrativos de la Sede Central calificados con buen rendimiento, según la normativa

AEI	Indicador	Meta anual 2026	Ejecución I semestre 2026	% avance	Fuente de verificación
AEI 4.1.3	Porcentaje de colaboradores administrativos de la Sede Central calificados con buen rendimiento, según la normativa	90,0 %	98,7 %	100,0 %*	PEI 2026-2030; Informe N.º 000023-2026-SGEDYC-GDP-GCGP; resultados del Ciclo GDR 2025

La ficha técnica del PEI establece que el indicador se calcula dividiendo el número de colaboradores administrativos de la Sede Central evaluados que obtienen la calificación de “Buen Rendimiento” entre el total de colaboradores administrativos de la Sede Central formalmente evaluados en el periodo, multiplicado por 100. La frecuencia de medición es semestral y la meta anual para 2026 es 90,0 %.

Al I semestre de 2026, el último ciclo de Gestión del Rendimiento concluido y formalmente disponible corresponde al Ciclo GDR 2025, cuya etapa de Evaluación culminó el 31 de enero de 2026 y cuyo informe de cierre fue remitido a SERVIR el 20 de febrero de 2026. En dicho ciclo, 1 082 servidores culminaron con puntuación y calificación final; de ellos, 1 068 obtuvieron “Buen Rendimiento”, 11 “Rendimiento Sujeto a Observación” y 3 fueron desaprobados.

La aplicación de la fórmula determina $1\,068/1\,082 \times 100 = 98,7061 \%$, equivalente a 98,7 % expresado a un decimal. El resultado supera la meta anual de 90,0 %. La relación bruta resultado/meta es 109,67 %, por lo que el avance se presenta en 100,0 % para efectos de la evaluación institucional.

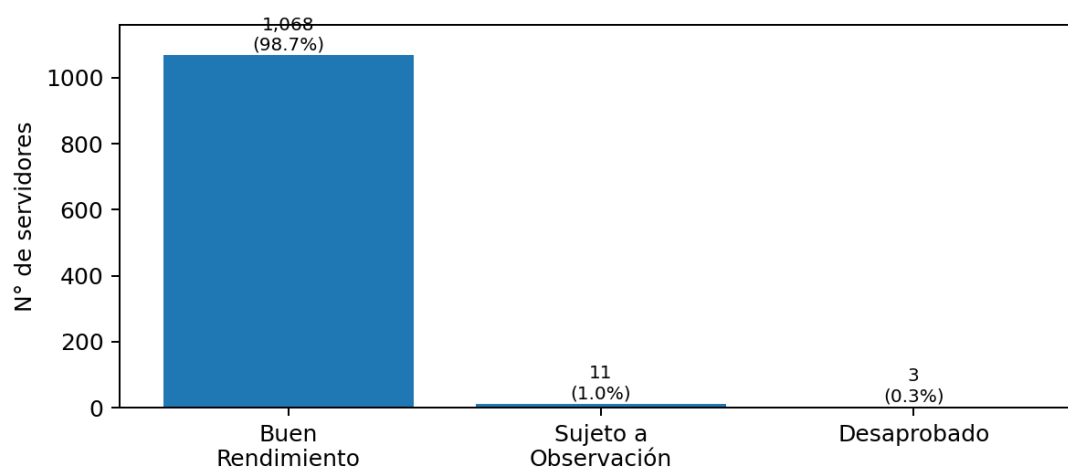
La matriz GDR remitida resulta consistente con el informe de cierre: registra 1 068 calificaciones de “Buen Rendimiento”, 11 de “Rendimiento Sujeto a Observación” y 3 “Desaprobado”, que conforman los 1 082 servidores considerados en el denominador del indicador. Los registros clasificados como “No corresponde calificación” no integran dicho denominador, en concordancia con la definición de la ficha técnica que considera a quienes fueron formalmente evaluados.

Elemento	Criterio PEI	Evidencia GCGP	Evaluación externa
Numerador	Colaboradores evaluados con “Buen Rendimiento”	1 068	Consistente con la definición del PEI
Denominador	Total de colaboradores administrativos evaluados	1 082	Consistente con el cierre oficial del Ciclo GDR 2025
Resultado	$A/B \times 100$	98,7 %	Validado a nivel agregado
Meta 2026	90 %	90 %	Consistente con el PEI
Cumplimiento	Resultado frente a meta	100 %	Correcto con criterio de tope; ratio sin tope: 109,7 %

Resultados del Ciclo GDR 2025

El 98,7 % obtenido se explica por la alta concentración de evaluados en la categoría “Buen Rendimiento”: 1 068 de 1 082 servidores. Los 14 casos restantes representan 1,3 % del universo evaluado: 11 con “Rendimiento Sujeto a Observación” y 3 “Desaprobados”. Estos resultados muestran un desempeño global favorable, sin perjuicio del seguimiento individual que corresponde a los casos que no alcanzaron la calificación esperada.

Distribución de calificaciones del Ciclo GDR 2025



Fuente: GCGP; elaboración para la evaluación institucional

Consistencia y trazabilidad de la medición

El resultado de 98,7 % se encuentra sustentado por el Informe N.º 000023-2026-SGEDYC-GDP-GCGP, que reporta 1 068 colaboradores con Buen Rendimiento de 1 082 evaluados.

Para fortalecer la trazabilidad de una evaluación externa, debe conservarse un reporte nominal o identificador único que vincule participante, condición de evaluado, calificación final, fecha de cierre y documento GDR de sustento.

Factores que explican el desempeño

- La ejecución integral de las etapas de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Ciclo GDR 2025 permitió que el 100 % de los 1 082 participantes al cierre obtuviera puntuación y calificación final.
- La asistencia técnica y el acompañamiento metodológico a evaluadores y evaluados facilitaron el cierre del proceso y la aplicación de la metodología de Gestión del Rendimiento.
- La alta rotación de funcionarios y personal directivo generó modificaciones de la Matriz de Participantes y afectó la oportunidad de concertación de metas; el ciclo inició con 1 347 participantes y culminó con 1 082 evaluados.

V. TENDENCIA RESPECTO AL PERIODO ANTERIOR: ANÁLISIS DE TENDENCIA Y DESEMPEÑO, NO SOLO CUMPLIMIENTO.

OEI	Objetivo Estratégico Institucional	Código indicador	Indicador	Responsable	I semestre 2025	I semestre 2026
OEI 1	Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados	OEI 1.1	Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas	GCAA	No disponible	69,85 %
		AEI 1.1.1	Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida priorizada	GCPS	No disponible	0 %
		AEI 1.1.2	Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuenta con la cartera de servicios de salud de atención primaria aprobada	GCPS	No disponible	21,05 %
		AEI 1.1.3	Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada	GCOP	24,65	23,06
					No disponible	19,04
		AEI 1.2.1	Porcentaje de extensión de uso	GCOP	No disponible	35,52 %
		AEI 1.2.2	Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna	GCOP	No disponible	0 %
		AEI 1.2.3	Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica	GCOP	No disponible	61,79 %
		AEI 1.2.4	Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil	GCPI	No disponible	40,1 %
		AEI 1.2.5	Porcentaje de bienes estratégicos centralizados que mantienen una cobertura de stock entre dos y cuatro meses en las IPRESS	CEABE	Sin programación	Sin programación
		AEI 1.2.6	Porcentaje de bienes estratégicos estimados no centralizados que mantienen una cobertura de stock entre dos y cuatro meses en las IPRESS	CEABE	Sin programación	Sin programación
		AEI 1.3.1	Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas con verificación de acreditación del derecho y validadas	GCSPE	No disponible	89,21 %

OEI	Objetivo Estratégico Institucional	Código indicador	Indicador	Responsable	I semestre 2025	I semestre 2026
		AEI 1.4.1	Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de rehabilitación profesional colocadas laboralmente	GCPAMyPDC	No disponible	17,00 %
		AEI 1.4.2	Índice compuesto de la extensión de uso y bienestar emocional de las personas adultas mayores	GCPAMyPDC	No disponible	49,47 %
OEI 2	Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional	OEI 2.1	Ratio de liquidez (prueba ácida)	GCGF	No disponible	0
		AEI 2.1.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de recaudación anual por aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N.º 26790)	GCGF	No disponible	0 %
		AEI 2.1.2	Porcentaje de recuperación de la deuda tributaria (contributivo) y no tributaria (reembolso)	GCGF	No disponible	0 %
		AEI 2.1.3	Rentabilidad de la reserva técnica obtenida	GCGF	No disponible	0 %
		AEI 2.1.4	Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro	GCSPE	No disponible	0,00 %
		AEI 2.2.1	Porcentaje de procedimientos médicos y hospitalarios que cuentan con costo aprobado	GCGF	No disponible	0 %
		AEI 2.3.1	Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento	GCSPE	No disponible	28,50 %
OEI 3	Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud	OEI 3.1	Porcentaje de avance de modernización de la gestión institucional	GCPP-GOP	No disponible	23,61 %
		AEI 3.1.1	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de Separación de Funciones	GCPP-GOP	No disponible	54,9 %
		AEI 3.1.2	Porcentaje de ejecución del Plan de Implementación de la Gestión de Conocimiento	GCPP-GOP	Sin programación	Sin programación
		AEI 3.2.1	Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital	GCTIC	No disponible	0 %
		AEI 3.2.2	Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (IMGCD-EsSalud)	GCPP-GGI	No disponible	0,60

OEI	Objetivo Estratégico Institucional	Código indicador	Indicador	Responsable	I semestre 2025	I semestre 2026
		AEI 3.2.3	Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital	GCPP-GOP	No disponible	49 % (19 de 39 variables)
		AEI 3.2.4	Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional	GCPP-GOP	No disponible	0,0 %
		AEI 3.3.1	Porcentaje de Implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud (EsSalud)	OFIN	No disponible	20,75 % (11 de 53 acciones)
		AEI 3.3.2	Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado	GCPP-GOP	No disponible	0,0 %
		AEI 3.3.3	Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2	ODN	No disponible	0,00 %
		AEI 3.4.1	Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en EsSalud	GCPI	No disponible	0 obras
		AEI 3.4.2	Porcentaje de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK	GCPP-GPMGI	19.56%	19,85 %
		AEI 3.5.1	Porcentaje de actividades operativas del Plan Operativo Institucional de las dependencias del nivel central con ejecución óptima	GCPP-GPC	No disponible	0,0 %
		AEI 3.5.2	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud	GCOP	No disponible	27,27 %
		AEI 3.5.3	Porcentaje de ejecución del presupuesto institucional	GCPP-GPRE	No disponible	45,1 %
OEI 4	Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional	OEI 4.1	Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral	GCGP	No disponible	0,00 %
		AEI 4.1.1	Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria	GCGP	No disponible	0,0 %
		AEI 4.1.2	Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el personal de EsSalud	GCGP	No disponible	0,00 %
		AEI 4.1.3	Porcentaje de colaboradores administrativos de la sede central calificados con buen rendimiento, según la normativa	GCGP	99.80%	98,7 %

VI. PRINCIPALES LOGROS Y/O AVANCES POR CADA INDICADOR DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

VI.1. GERENCIA CENTRAL DE ATENCIÓN AL ASEGURADO (GCAA)

Los principales resultados se concentran en la medición de la satisfacción del asegurado, con un desempeño favorable en Consulta Externa y fortalezas en seguridad, empatía y buen trato. La información desagregada permitió, además, identificar la capacidad de respuesta como el principal ámbito a fortalecer.

OEI 1.1 – Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas

- Consolidación de un sistema de medición semestral basado en encuestas de satisfacción, con cobertura operativa superior a la referencia semestral y con información desagregada por Red, IPRESS, UPSS y dimensiones de la calidad.
- Consulta Externa alcanzó 70,50 % de satisfacción en el acumulado semestral, superando el umbral institucional de 70 %.
- En el II trimestre, las dimensiones Seguridad (73,68 %) y Empatía (73,66 %) registraron los mayores niveles de satisfacción, reflejando una percepción favorable sobre el trato, la confianza y la comunicación durante la atención.
- El indicador complementario de Buen Trato alcanzó 75,05 % en Consulta Externa de Nivel I, 70,44 % en Consulta Externa de Nivel II y 71,22 % en Emergencia.
- La desagregación por Red, IPRESS, UPSS y dimensión permitió identificar la Capacidad de Respuesta como la principal brecha y focalizar procesos asociados con tiempos de espera, citas, admisión, farmacia, apoyo diagnóstico y orientación al usuario.
- Aplicación de metodología estandarizada basada en SERVQUAL modificado, con 22 preguntas y análisis por dimensiones.

VI.2. GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD (GCPs)

Los avances reportados se orientan al fortalecimiento de la atención primaria, tanto mediante el desarrollo de registros y mecanismos de seguimiento de prestaciones preventivo-promocionales como mediante la formalización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en IPRESS del primer nivel.

AEI 1.1.1 – Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida priorizada

- Se dispone en ESSI de registros de prestaciones preventivo-promocionales ejecutadas mediante CPMS por curso de vida, evidenciando actividad asistencial vinculada a la cartera priorizada.
- Se identificaron brechas específicas en la completitud del registro y en el cumplimiento del paquete integral por curso de vida, permitiendo focalizar medidas para mejorar la medición y la cobertura durante el segundo semestre.
- La implementación progresiva de prestaciones preventivo-promocionales fortalece el enfoque de atención primaria y la orientación preventiva de los servicios, contribuyendo al acceso y a la continuidad del cuidado.

AEI 1.1.2 – Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuentan con la Cartera de Servicios de Atención Primaria aprobada

- Al cierre del semestre, 64 IPRESS del primer nivel contaban con Cartera de Servicios de Atención Primaria aprobada mediante acto resolutivo.
- Las aprobaciones se distribuyeron en 11 Redes: Ayacucho (9 IPRESS), Pasco (8), Sabogal (8), Puno (7), Loreto (7), Amazonas (7), Huaraz (6), Tarapoto (6), La Libertad (3), Moyobamba (2) y Almenara (1).
- Ayacucho, Pasco y Sabogal concentraron 25 de las 64 IPRESS formalizadas (39,1 %), evidenciando avance en más de un ámbito territorial, aunque con cobertura aún desigual entre Redes.
- La aprobación formal de las carteras permite ordenar y estandarizar la oferta preventivo-promocional que debe brindar cada IPRESS según su capacidad resolutive.
- Se consolidó un repositorio de actos resolutivos y cuadros de seguimiento que fortalecen la trazabilidad e identificación de Redes con avances o necesidades de asistencia y regularización documental.

VI.3. GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES (GCOP)

Los principales logros se presentan por indicador, priorizando resultados sustantivos, avances verificables y mejoras en la capacidad de seguimiento institucional. Cuando la información disponible no permite acreditar el resultado estratégico conforme a la ficha técnica del PEI, se reconocen únicamente los avances operativos que contribuyen a su futura medición o cumplimiento.

AEI 1.1.3 – Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada

- En consulta médica se registró una mejora interanual: el diferimiento disminuyó de 24,65 días en el I semestre de 2025 a 23,06 días en el I semestre de 2026, equivalente a una reducción de 1,59 días (6,45 %). Asimismo, el resultado mensual descendió hasta 21,81 días en junio, situándose muy próximo a la meta anual de 21,8 días.
- Veinte de las treinta redes evaluadas se ubicaron en o por debajo de la meta anual de diferimiento médico; Puno, Huancavelica y La Libertad registraron los menores tiempos de espera.
- La consulta no médica alcanzó 19,04 días, resultado favorable frente a la meta anual de 19,7 días, y veintiuna de las treinta redes cumplieron el estándar establecido.
- Diecinueve redes cumplieron simultáneamente las metas de consulta médica y no médica, evidenciando ámbitos con desempeño favorable en ambos componentes de la atención ambulatoria.
- El seguimiento mensual y por red, sustentado en los valores acumulados de días de diferimiento y citas otorgadas, fortalece la identificación de brechas territoriales y permite focalizar la gestión en los ámbitos de mayor volumen y demora.

6.2 AEI 1.2.1 – Porcentaje de extensión de uso

- Un total de 4 103 459 asegurados adscritos recibió atención médica ambulatoria en su IPRESS durante el periodo evaluado, evidenciando el alcance efectivo de la oferta ambulatoria sobre la población asegurada.
- Puno (56,59 %), Tarapoto (55,18 %) y Pasco (55,15 %) alcanzaron anticipadamente la meta anual de 54,80 %, constituyéndose en los mejores resultados territoriales del semestre.
- Dieciséis redes alcanzaron o superaron la referencia operativa de 39,60 % utilizada para el seguimiento del II trimestre, mostrando que más de la mitad de las redes mantiene un ritmo de captación favorable dentro del seguimiento operativo.
- La disponibilidad de una medición nacional desagregada para las treinta redes, con numerador, población adscrita y porcentaje de extensión de uso, fortalece el monitoreo territorial y permite identificar redes con mejores resultados y ámbitos que requieren intervención focalizada.
- La diferenciación territorial proporciona una base para orientar decisiones sobre capacidad instalada, captación de población adscrita y acciones preventivas, así como para identificar prácticas potencialmente replicables a partir de las redes con mayor cobertura.

6.3 AEI 1.2.2 – Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna

- La GCOP reportó 1 381 casos de asegurados que habrían iniciado atención dentro de los primeros 30 días posteriores al diagnóstico confirmado, distribuidos en 13 Redes Asistenciales. Este volumen se reconoce como información operativa, sujeto a validación mediante la fuente ESSI y los registros oncológicos.
- Junín presenta el mayor resultado relativo del detalle reportado, con 4,23 %, seguido de Cusco con 2,73 % y Almenara con 2,38 %.
- Rebagliati registra el mayor número absoluto de casos de atención oportuna reportada (464), seguido de Almenara (286) y Sabogal (143).
- La desagregación territorial permite identificar simultáneamente redes con mayor volumen de diagnósticos y redes con menores niveles relativos de oportunidad, información útil para priorizar la gestión de la ruta oncológica.

6.4 AEI 1.2.3 – Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica

- Veinticinco de las treinta unidades evaluadas se ubicaron en el umbral de 61 % o por debajo de este, mostrando un desempeño territorial favorable en la mayor parte de las redes.
- Apurímac, Madre de Dios y Moquegua registraron los menores porcentajes de pacientes aptos con espera superior a 45 días, con 0,0 %, 2,2 % y 3,2 %, respectivamente.
- El resultado nacional de 61,79 % se encuentra próximo a la meta anual de 61,00 %, con un avance de 98,71 % respecto del valor objetivo, lo que evidencia una brecha acotada en términos porcentuales.
- La información desagregada permite identificar con precisión las unidades que concentran la principal brecha —INCOR, Cusco, Rebagliati, Sabogal y Arequipa— y orientar el seguimiento hacia los ámbitos de mayor impacto.

- La incorporación conjunta del porcentaje de espera prolongada, los valores absolutos de pacientes y el tiempo promedio de espera fortalece la lectura gerencial de la lista quirúrgica y permite priorizar redes según magnitud y presión asistencial.

6.5 AEI 3.5.2 – Porcentaje de cumplimiento de los indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud

- Nueve de los treinta y tres indicadores considerados en la medición semestral alcanzaron evaluación satisfactoria, constituyendo el componente favorable que sustenta el resultado institucional de 27,27 %.
- Moyobamba y Puno presentaron los mayores niveles relativos de cumplimiento territorial, ambos con 65,63 %, seguidos de Tumbes con 59,38 %, aun cuando ninguna unidad alcanzó la meta institucional.
- El seguimiento operativo del POI al I trimestre identificó resultados favorables en recuperación de anemia, promedio de estancia hospitalaria, rendimiento hora médico, oportunidad de inicio del tratamiento oncológico, uso de certificado digital, mantenimiento hospitalario y manejo de residuos sólidos.
- La evaluación mensual y por red permite diferenciar el desempeño según capacidad resolutoria, demanda y brechas territoriales, fortaleciendo la gestión basada en información.
- La integración de indicadores asistenciales, de eficiencia y de soporte ofrece una lectura transversal del desempeño de las estrategias vinculadas a la atención de salud y facilita la identificación de brechas en prevención, abastecimiento y contratación para su atención durante el segundo semestre.

VI.4. GERENCIA CENTRAL DE PROYECTOS DE INVERSIÓN (GCPI)

Los resultados muestran avances en la gestión operativa y en el desarrollo de las acciones vinculadas a los indicadores a cargo de Operaciones. Sin embargo, el desempeño observado al I semestre es heterogéneo, dado que parte de los avances alcanzados corresponde todavía a procesos de implementación y seguimiento que deberán consolidarse durante el segundo semestre para traducirse en el cumplimiento de las metas anuales.

AEI 1.2.4 – Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil

- Al cierre del semestre, 23 083 equipos biomédicos y electromecánicos de alta y mediana criticidad se encontraban simultáneamente operativos y dentro de su vida útil.
- Se realizaron más de 20 visitas de supervisión técnica en establecimientos, identificándose equipamiento estratégico inoperativo y generándose recomendaciones para su reparación.
- El seguimiento mensual de los Planes Anuales de Mantenimiento Hospitalario generó información periódica sobre la ejecución del mantenimiento y las brechas pendientes en los ODC/OPN.

- Se gestionaron recursos por más de S/ 3,17 millones para la reparación de equipos estratégicos de alto impacto asistencial, entre ellos mamógrafos, equipos de rayos X y tomógrafos.
- La disponibilidad de equipamiento crítico operativo y vigente favorece la continuidad y seguridad de las prestaciones, aunque la ficha no permite atribuir por sí sola mejoras en tiempos de atención o resultados clínicos.

AEI 3.4.1 – Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en EsSalud

- Aunque no se culminaron obras al cierre del I semestre, el Hospital del Altiplano de Puno alcanzó 99,40 % de ejecución física acumulada, ubicándose en la etapa final de ejecución.
- El avance del Hospital del Altiplano permitió encaminar actuaciones previas a la recepción y lo posicionó como el proyecto con mayor proximidad al cumplimiento de la condición exigida por el indicador.
- En el proyecto del Hospital I Florencia de Mora se realizaron acciones para mantener la continuidad del procedimiento de contratación del Hospital de Contingencia frente a incidencias en la selección de la obra y la supervisión.
- La identificación de hitos críticos de recepción, contratación, abastecimiento de agua y funcionamiento de equipos permite focalizar el seguimiento gerencial durante el segundo semestre.
- Los avances en ejecución y gestión contractual fortalecen la cartera de inversiones hospitalarias, aunque al corte todavía no se materializaron en una obra culminada y recibida formalmente.

VI.5. GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS (GCSPE)

Los logros se concentran en el procesamiento y pago de prestaciones económicas, el despliegue de mecanismos de auditoría y verificación del aseguramiento, y el fortalecimiento metodológico para habilitar la medición de la siniestralidad por tipo de seguro.

AEI 1.3.1 – Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas, con verificación de acreditación del derecho y validadas

- Durante el I semestre se procesaron 246 055 solicitudes de prestaciones económicas por S/ 533,13 millones y se pagaron 217 860 solicitudes por S/ 475,59 millones, alcanzando a 152 245 asegurados y derechohabientes.
- La mayor cantidad de solicitudes procesadas y pagadas correspondió a incapacidad temporal, seguida de lactancia, sepelio y maternidad.
- Los operativos de desembalse, el incremento de cuotas de producción y el apoyo temporal de personal especializado permitieron sostener la capacidad de procesamiento frente al embalse histórico.
- El desarrollo de una herramienta de Back Office incorporó un mecanismo de seguimiento diario de la producción de los calificadores.
- La continuidad del pago de prestaciones contribuye directamente a la protección económica de los asegurados y derechohabientes frente a contingencias cubiertas por la seguridad social.

AEI 2.1.4 – Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro

- Se efectuó una conciliación de la información contable disponible y se construyeron escenarios referenciales depurados como señal de comportamiento mientras se habilita la medición conforme.
- Se definió una ruta de cierre de brechas de información orientada a efectuar la primera medición conforme a ficha en el III trimestre de 2026.

AEI 2.3.1 – Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento

- Se reportaron 4 437 casos identificados mediante auditoría de seguros y verificación: 4 192 auditorías con resultado No Conforme y 245 bajas de oficio firmes y consentidas.
- Las 245 bajas de oficio firmes y consentidas constituyen resultados concretos del procedimiento de verificación y permiten iniciar o continuar solicitudes de recupero de prestaciones otorgadas indebidamente.
- La existencia de planes anuales aprobados permite ordenar metas, responsables y seguimiento: el Plan Anual de Verificación establece 2 274 casos para 2026 y el Plan Nacional de Auditoría programa 13 292 auditorías.
- Los mecanismos de auditoría y verificación contribuyen a cautelar los recursos de la seguridad social mediante la detección de afiliaciones, coberturas o prestaciones que no se ajustan a la normativa.

VI.6. GERENCIA CENTRAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR Y PERSONA CON DISCAPACIDAD (GCPAMyPCD)

Los avances se vinculan con la inclusión laboral de personas con discapacidad y con la intensificación del uso de prestaciones sociales por personas adultas mayores, incorporando además una medición específica de bienestar emocional.

AEI 1.4.1 – Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de rehabilitación profesional colocadas laboralmente

- Durante el semestre se concretaron 571 colocaciones laborales correspondientes a 560 asegurados con discapacidad, mediante inserción, reincorporación, reubicación y reconversión laboral.
- Se brindó atención integral a 2 587 personas y se incorporaron 779 nuevos usuarios al proceso de rehabilitación profesional.
- La prestación alcanzó 20 358 atenciones integrales.
- Se realizaron 16 foros empresariales con participación de 373 empresas, ampliando la búsqueda de oportunidades y la sensibilización sobre inclusión laboral y ajustes razonables.
- El refuerzo temporal de equipos multidisciplinarios y la articulación con empleadores permitieron sostener la atención y la intermediación laboral.
- La rehabilitación profesional y colocación laboral contribuyen a la autonomía económica y social de las personas con discapacidad.

AEI 1.4.2 – Índice compuesto de extensión de uso y bienestar emocional de las personas adultas mayores

- Se identificaron 28 284 personas adultas mayores con participación en cuatro o más prestaciones sociales distintas, evidenciando una base relevante de usuarios con participación intensiva en CAM y CIRAM.
- Se obtuvieron 11 524 respuestas válidas a la escala WEMWBS, de las cuales 11 220 alcanzaron el umbral de 43 puntos o más; entre quienes respondieron, la proporción de puntajes favorables fue 97,36 %.
- La aplicación de WEMWBS incorporó la dimensión de bienestar emocional a la evaluación de las prestaciones sociales, complementando el seguimiento tradicional de asistencia y uso de servicios.
- La sistematización conjunta de la participación registrada en el Módulo PAM y la escala WEMWBS permite integrar intensidad de uso y bienestar emocional, fortaleciendo el análisis institucional de las prestaciones sociales.
- La participación sostenida y el seguimiento del bienestar emocional contribuyen al enfoque integral de protección de las personas adultas mayores.

VI.7. GERENCIA CENTRAL DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (GCTIC)

Los resultados combinan avances preparatorios para ordenar la transformación digital con logros concretos en madurez digital, competencias, herramientas colaborativas y formalización de responsabilidades de gobierno de datos.

AEI 3.2.1 – Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital

- Se mantuvieron coordinaciones para regularizar la aprobación del PGTD y se reportó su actualización considerando la opinión jurídica emitida, manteniendo activo el proceso de formulación y adecuación del instrumento.
- Como antecedente institucional se cuenta con el Acta de Sesión 03-2025-PE, mediante la cual se aprobó inicialmente el PGTD y se conformó el Comité de Gobierno y Transformación Digital.
- Los avances son de carácter habilitante para ordenar iniciativas de gobernanza del dato, digitalización de procesos, interoperabilidad, automatización, ciberseguridad y mejora tecnológica.

AEI 3.2.3 – Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital

- Se capacitó a 52 servidores en seguridad de la información y protección de datos personales, fortaleciendo competencias técnicas para el uso seguro de herramientas digitales.
- Se migraron aproximadamente 120 TB de información institucional y se activaron 30 800 licencias de Google Workspace Enterprise: 22 800 Starter y 8 000 Plus.
- Se designó al Oficial de Gobierno de Datos, incorporando una responsabilidad formal para articular la gestión institucional del dato.

- Se incorporó la dimensión presupuestal del índice mediante la Variable 26, sustentada en documentación de evaluación del POI 2026 al I trimestre.
- La incorporación de estas variables fortalece capacidades internas vinculadas con digitalización, colaboración, gobernanza de datos y gestión institucional.

VI.8. GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO (GCPP)

Los principales avances se concentran en separación de funciones, gobernanza y calidad de datos, innovación pública, gestión de riesgos, inversiones, seguimiento del POI y ejecución presupuestal. Una parte importante de estos resultados es habilitante y fortalece capacidades de gestión, mientras otros se expresan en ejecución financiera o avances físicos concretos.

AEI 3.1.1 – Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de Separación de Funciones (GOP)

- Gestión Organizacional alcanzó 100,0 % de la programación acumulada del semestre (8 de 8 metas físicas), con avances como disposiciones para gestión por procesos, actualización de instrumentos de calidad y humanización, propuesta de Mapa de Procesos e inventario de procesos para redes prestacionales.
- Gobernanza alcanzó 85,7 % de cumplimiento acumulado (6 de 7 metas físicas), con acciones en gobernanza de datos, gestión de calidad, gestión del cambio y coordinación institucional.
- Se suscribió un Convenio de Cooperación Técnica No Reembolsable con la CAF, cuyo producto 2 comprende un plan de gobernanza y una hoja de ruta para la separación de funciones.
- El componente Asegurador registró 28 ejecuciones documentadas de 50 metas programadas (56,0 %), avanzando en mecanismos vinculados con aseguramiento, afiliación, administración de fondos, gestión de asegurados, compra de prestaciones y siniestros.
- Los avances en Gestión Organizacional, Gobernanza y Asegurador proporcionan una base institucional para orientar la siguiente etapa hacia los componentes Gestor y Prestador.

AEI 3.2.2 – Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (GGI)

- Se acreditó la designación de un responsable de gobierno de datos, incorporándose un criterio adicional en la dimensión Liderazgo y Estrategia.
- Se cuenta con una rúbrica de 54 criterios distribuidos en cinco dimensiones y mecanismos de coordinación para revisar evidencias, responsabilidades y condiciones de validación.
- Los sustentos reportan un ecosistema analítico basado en la integración de ESSI y SES, procesos ETL con reglas de calidad, un Data Warehouse Estadístico y explotación mediante SIEST y Power BI; además, los módulos de consulta externa y emergencia están operativos y el de centro quirúrgico se encuentra en integración.
- Se formuló el sustento para incorporar una unidad especializada de gobernanza de datos y se elaboró un proyecto de Plan de Gobernanza de Datos con actividades, responsabilidades y hoja de ruta.

- Estos avances fortalecen capacidades para gestionar datos confiables, trazables y utilizables en la toma de decisiones.

AEI 3.2.4 – Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional (GOP)

Se sistematizaron 28 registros en el Portafolio Institucional de Innovación Pública: 20 iniciativas y 8 proyectos provenientes de seis unidades de organización.

- Se identificaron ocho unidades con funciones relacionadas con innovación y trece actividades operativas del POI 2026 con componente de innovación en cinco unidades, haciendo visible la dispersión de roles y recursos.
- Se realizó un taller de fortalecimiento de capacidades con participación de siete órganos vinculados.
- Con apoyo técnico de la Secretaría de Gestión Pública de la PCM, se formuló el proyecto de Plan de Gestión de Innovación Institucional 2026-2027 y se remitió a la Gerencia de Planeamiento Corporativo para revisión.
- Se realizó una reunión de sensibilización el 26 de junio con los órganos involucrados, orientada a presentar los objetivos del futuro Plan y recoger retroalimentación previa a su formalización.
- Los productos generados constituyen condiciones técnicas y organizacionales para institucionalizar la innovación pública, aunque aún no representan ejecución cuantificable del indicador mientras el PGII no esté aprobado.

AEI 3.3.2 – Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado (GOP)

- En Gestión de reclamos se mantuvo el monitoreo de unidades reclamadas mediante el SGD y la emisión de alertas previas al vencimiento de los plazos de atención.
- Se desarrollaron cuatro actividades de fortalecimiento de capacidades vinculadas con reclamos, con 537 participaciones acumuladas y alcance a delegados y servidores de redes y sedes a nivel nacional.
- Las capacitaciones reforzaron la clasificación y gestión de reclamos IPRESS, IAFAS y administrativos, el uso de libros de reclamaciones y sistemas de registro, así como criterios de atención y orientación al usuario.
- En Calificación de la solicitud de la prestación económica se culminó la definición de criterios, bases de datos, recursos y responsables para automatizar la Acreditación Complementaria por Latencia y se avanzó en el desarrollo del programa.
- Se mantuvo el seguimiento institucional de riesgos mediante requerimientos trimestrales y matrices de monitoreo, fortaleciendo la trazabilidad, la gestión preventiva y la toma de decisiones.
- Los avances favorecen criterios más homogéneos en la atención de reclamos y reducen progresivamente la dependencia de procedimientos manuales en actividades sensibles para el aseguramiento.

AEI 3.4.2 – Porcentaje de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK (GPMGI)

- Durante el I semestre se ejecutaron S/ 119,32 millones del Presupuesto de Inversiones FBK: S/ 85,47 millones en proyectos de inversión y S/ 33,85 millones en gastos de capital no ligados a proyectos.
- Los proyectos ejecutados mediante APP alcanzaron S/ 19,33 millones y 91,27 % de la programación enero-junio.
- Los gastos de capital no ligados a proyectos alcanzaron 105,01 % de la programación semestral; se identifican la reposición de ambulancias rurales tipo II, la adquisición de un tomógrafo de 128 cortes y un angiógrafo cardiovascular para el Hospital Rebagliati, además de equipamiento informático.
- En el proyecto del Centro Asistencial Chincheros se adquirieron 1 017 de 1 102 equipos previstos (92,23 % de avance físico) y se reportó una ejecución financiera aproximada de S/ 9,03 millones, equivalente a 93 % del costo referencial del equipamiento.
- La ejecución en equipamiento asistencial, informático y otros gastos de capital materializó activos vinculados con el fortalecimiento de la capacidad instalada y del soporte tecnológico.
- La desagregación mensual y por administrador de fondo, junto con el seguimiento del Comité de Seguimiento de Inversiones, facilita la focalización de decisiones y el escalamiento de alertas y compromisos.

AEI 3.5.1 – Porcentaje de actividades operativas del POI de las dependencias del nivel central con ejecución óptima (GPC)

- 331 de las 412 actividades operativas evaluadas registraron una ejecución física igual o superior al 90 %.
- Quince de las 27 dependencias comprendidas en el seguimiento registraron al menos 90 % de sus actividades en el rango físico esperado; nueve de ellas alcanzaron 100 %.
- La evaluación identificó 81 actividades con ejecución física inferior al 90 %, de las cuales 46 se ubicaron por debajo del 60 % o sin avance, delimitando los ámbitos prioritarios de intervención.
- La disponibilidad de información desagregada por actividad y dependencia fortalece el seguimiento del POI y la focalización de acciones correctivas.
- El análisis permitió diferenciar el seguimiento operativo de la medición estratégica y evidenció la necesidad de completar la articulación físico-financiera del POI para medir integralmente la ejecución óptima.
- El seguimiento sistemático aporta al fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación del desempeño institucional.

AEI 3.5.3 – Porcentaje de ejecución del presupuesto institucional (GPRE)

- Al 30 de junio de 2026 se registró un devengado de S/ 8 517 605 557, equivalente al 45,1 % del presupuesto utilizado como base de medición para el periodo.
- Los gastos operativos alcanzaron S/ 8 234 465 476 de devengado (46,2 % del PIA del rubro); el gasto de personal registró 47,1 % y los servicios prestados por terceros 46,1 %.
- Se identificaron 17 órganos con niveles de ejecución iguales o superiores al 50 %; entre las redes, Loreto y Amazonas alcanzaron 60,2 % y 58,9 %, respectivamente.
- La ejecución presupuestal materializa financieramente bienes, servicios, personal, transferencias e inversiones que sostienen las prestaciones y la operación institucional.

VI.9. OFICINA DE INTEGRIDAD (OFIN)

Los logros se orientan al fortalecimiento del Modelo de Integridad, la gestión de riesgos de corrupción e inconducta funcional, el control preventivo y la ampliación de la coordinación con ámbitos desconcentrados.

AEI 3.3.1 – Porcentaje de Implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud (EsSalud)

- Se consolidó la gestión institucional de riesgos de integridad mediante la asignación de roles de Alta Dirección, conductor, técnico y consultivo, con 21 unidades de la Sede Central ejerciendo rol técnico.
- El trabajo técnico permitió identificar contextos de riesgo, formular y clasificar riesgos asociados a corrupción o inconductas funcionales, evaluar su probabilidad e impacto y plantear medidas de prevención y/o mitigación.
- Se mantuvo el control preventivo asociado a la Ley N.° 31564 en Sede Central y Redes a nivel nacional, con seis informes de verificación en cada ámbito durante el semestre.
- Se documentaron reuniones de coordinación para el seguimiento del Modelo de Integridad en siete ámbitos: Arequipa, Cajamarca, Tarapoto, Cusco, Tacna, Ica y Rebagliati.
- El seguimiento trimestral comprendió 32 acciones y 69 metas en el I trimestre, y 36 acciones y 70 metas en el II trimestre, evidenciando continuidad del despliegue operativo.
- Se fortaleció la gobernanza, la capacidad preventiva y la trazabilidad de controles vinculados con debida diligencia, transparencia, declaraciones juradas, control interno y mecanismos de denuncia, ampliándose además la coordinación y asistencia técnica hacia ámbitos desconcentrados.

VI.10. OFICINA DE DEFENSA NACIONAL (ODN)

Los principales logros corresponden a la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria v.2 en tres establecimientos, generando diagnósticos diferenciados que permiten priorizar intervenciones y fortalecer la gestión del riesgo de desastres.

AEI 3.3.3 – Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2

- Se realizaron tres evaluaciones ISH v.2 en el H I Octavio Mongrut, H II Carlos Alcántara y H II-E San Isidro Labrador, generando un diagnóstico técnico individual de seguridad y vulnerabilidad.
- Los resultados mostraron una distribución heterogénea: una IPRESS en Categoría A, una en Categoría B y una en Categoría C, permitiendo establecer prioridades diferenciadas de intervención.
- El H I Octavio Mongrut obtuvo un índice de 0,35 y Categoría C, identificándose como el establecimiento con mayor prioridad de intervención.
- El H II Carlos Alcántara alcanzó un índice de 0,56 y Categoría B, orientando medidas correctivas en el corto plazo.

- El H II-E San Isidro Labrador alcanzó un índice de 0,79 y Categoría A, mostrando condiciones comparativamente favorables y la necesidad de mantener medidas preventivas.
- Las evaluaciones proporcionan una base técnica estandarizada para priorizar acciones en componentes estructurales, no estructurales y de Gestión de Emergencias y Desastres.
- El trabajo conjunto entre ODN, IPRESS y personal técnico de Redes favorece la transferencia de capacidades y amplía la capacidad institucional de evaluación.
- Los diagnósticos fortalecen la gestión del riesgo de desastres y proporcionan evidencia para preservar la continuidad de los servicios ante emergencias, aunque el avance estratégico requiere completar y aprobar los Planes de Intervención.

VI.11. GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS (GCGP)

Los resultados abarcan clima y cultura organizacional, capacitación, seguridad y salud en el trabajo y gestión del rendimiento. Se evidencian logros concretos de intervención y desempeño, junto con avances de gestión cuya medición estratégica requiere fortalecer la trazabilidad.

OEI 4.1 – Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral

- Se elaboraron y aprobaron los Lineamientos para la Elaboración del Plan de Cultura y Clima Organizacional, orientados a estandarizar la formulación, implementación y seguimiento de los planes institucionales.
- Se reportaron 33 asistencias técnicas y 33 Planes de Cultura y Clima Organizacional correspondientes a cuatro redes prestacionales, 26 redes asistenciales, un centro especializado, un instituto especializado y Sede Central.
- Se ejecutaron cinco talleres en Sede Central durante el I semestre, con 300 participantes efectivos, sobre manejo del estrés, justicia y equidad, trabajo en equipo y prevención del hostigamiento sexual laboral.
- En la pregunta específica sobre contribución de los talleres a la satisfacción con el clima organizacional, 237 de 247 respuestas fueron favorables (aprox. 95,9 %); este dato es complementario y no sustituye el resultado del OEI 4.1.
- Se difundieron contenidos sobre estereotipos de género mediante canales internos, como parte de las acciones orientadas al respeto, igualdad y convivencia laboral.
- Las intervenciones fortalecen condiciones internas de bienestar, relaciones laborales, colaboración y cultura organizacional.

AEI 4.1.1 – Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria

- Durante el I semestre se reportó la ejecución de 153 acciones de capacitación de 818 programadas, equivalente a 18,7 % del PDP anual.
- El consolidado registra participación en 28 de 33 unidades listadas, con mayor concentración en Sede Central y Áncash, evidenciando despliegue de la oferta de capacitación.
- Las acciones de formación laboral se orientan al cierre de brechas de conocimientos y competencias en concordancia con el PDP 2026.

- La ejecución de capacitación genera oportunidades de aprendizaje y fortalecimiento de competencias, contribuyendo al desarrollo del talento humano; la cuantificación del indicador requiere todavía una medición validada de trabajadores con nota aprobatoria.

AEI 4.1.2 – Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el personal de EsSalud

- Durante el semestre se fortaleció el acceso a información de salud ocupacional y el seguimiento de exámenes médicos ocupacionales e investigación de accidentes, complementado con asistencias técnicas y mecanismos de control.
- Se reportaron 10 003 trabajadores con examen médico ocupacional y 228 accidentes investigados; adicionalmente, GREP contiene 31 739 registros de actividad de evaluación médica ocupacional.
- La GCGP reporta ejecución de EMO en 26 Redes/OPN y equipos de investigación en 16; el GREP adjunto muestra producción agregada en 20 Redes/OPN, diferencia que debe conciliarse.
- Los avances fortalecen condiciones laborales seguras y saludables para los trabajadores y contribuyen al bienestar del talento humano y a la continuidad y calidad del servicio institucional.

AEI 4.1.3 – Porcentaje de colaboradores administrativos de la Sede Central calificados con buen rendimiento, según la normativa

- Se culminó el Ciclo GDR 2025 con calificación final para la totalidad de participantes que permanecieron en el proceso; de 1 082 colaboradores evaluados, 1 068 alcanzaron “Buen Rendimiento”, superando la meta PEI 2026 de 90 %.
- Se concluyeron las tres etapas del Ciclo GDR 2025 y el informe de cierre fue remitido a SERVIR en febrero de 2026.
- Los resultados del ciclo generan información objetiva para reconocer el desempeño e identificar necesidades de mejora y capacitación.
- Durante 2026 se inició el nuevo ciclo mediante la plataforma SOMOS GDR, culminándose la etapa de Planificación e iniciándose la etapa de Seguimiento.
- La ampliación progresiva del alcance del subsistema incrementa el universo de participantes y consolida la extensión de la gestión del rendimiento, aunque demanda fortalecer el seguimiento, soporte y control de calidad de la información.

VII. PRINCIPALES LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

VII.1. LIMITACIONES

GERENCIA CENTRAL DE ATENCIÓN AL ASEGURADO (GCAA)

Las principales limitaciones se concentran en la capacidad de respuesta percibida por los asegurados, la heterogeneidad territorial de los resultados y la necesidad de completar el enfoque integral de medición para prestaciones de salud, económicas y sociales.

OEI 1.1 – Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas

- La dimensión Capacidad de Respuesta presentó el menor nivel de satisfacción en el II trimestre (59,23 %), reflejando brechas en tiempos de espera, disponibilidad de citas, oportunidad de atención, admisión, farmacia, servicios de apoyo diagnóstico y orientación al usuario.
- Los resultados muestran variabilidad entre Redes e IPRESS, evidenciando diferencias territoriales en la experiencia del asegurado y la necesidad de intervenciones diferenciadas según desempeño.
- La medición y el análisis remitidos se concentran principalmente en prestaciones de salud. La ficha técnica exige resultados diferenciados por prestaciones de salud, económicas y sociales, mientras que el Plan Institucional 2026 plantea para prestaciones económicas y sociales una etapa piloto; al corte no se presenta un resultado semestral desagregado para dichos componentes.
- Al cierre del semestre, la propuesta del Plan Institucional de Medición Integral de la Satisfacción del Asegurado 2026 se encontraba sustentada técnicamente para su aprobación y formalización, por lo que la consolidación del enfoque integral de medición aún se encontraba en proceso.

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD (GCPS)

Las limitaciones identificadas afectan principalmente la calidad y completitud de los registros de atención primaria, la verificación del cumplimiento integral de los paquetes por curso de vida y la oportunidad y consistencia documental para formalizar las carteras de servicios en las IPRESS.

AEI 1.1.1 – Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida priorizada

- Registro incompleto o inconsistente en ESSI de las prestaciones priorizadas, situación reportada por la GCPS que puede subestimar el número de asegurados que efectivamente recibieron las intervenciones.
- Variabilidad en la calidad del registro entre IPRESS, lo que afecta la comparabilidad y el análisis consolidado del desempeño.
- Dificultad para verificar, con la información disponible, si cada asegurado recibió la totalidad de intervenciones exigidas para su curso de vida.

- Dificultades para completar los paquetes esenciales de salud por curso de vida, vinculadas a la continuidad del flujo de atención y a la necesidad de gestionar citas pendientes.
- Desactualizaciones u omisiones en el padrón de adscripción reportadas por el área, que pueden generar discrepancias en la determinación del denominador.

AEI 1.1.2 – Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuentan con la

- Demoras en la respuesta de algunas IPRESS y Redes a los requerimientos de remisión de información, afectando la oportunidad del seguimiento y cierre documental.
- Desconocimiento o aplicación inadecuada de la normativa por parte de algunas IPRESS, generando inconsistencias en la documentación y retrasos en la aprobación formal de la cartera.
- Remisión de documentación que no correspondía al requerimiento efectuado —por ejemplo, información de RENIPRESS en lugar de la resolución de aprobación de la cartera—, lo que obligó a efectuar precisiones y reprocesos.
- Disponibilidad limitada de profesionales especializados para la elaboración y formulación de documentos, aspecto reportado por el área como riesgo para la remisión oportuna y adecuada de la información.

GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES (GCOP)**AEI 1.1.3 – Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada**

- El diferimiento médico nacional se mantiene 1,26 días por encima de la meta anual de 21,8 días, y diez redes todavía no alcanzan el estándar previsto.
- Ocho redes incumplen simultáneamente las metas de consulta médica y no médica, evidenciando brechas persistentes de oportunidad que requieren intervención focalizada.
- Rebagliati, Almenara y Sabogal presentan diferimientos superiores a las metas en ambos componentes y concentran una proporción significativa de las citas, por lo que su desempeño tiene una incidencia relevante sobre el resultado nacional.
- La amplitud de las diferencias territoriales —superior a 21 días en consulta médica y a 25 días en consulta no médica entre los extremos— evidencia una heterogeneidad que no puede ser explicada únicamente mediante el promedio institucional.
- Persisten aspectos de consistencia y trazabilidad en los reportes: se identificaron diferencias entre valores narrativos y valores reproducibles, así como el uso de referencias distintas de las metas anuales vigentes; adicionalmente, no se dispone del resultado comparable del I semestre de 2025 para consulta no médica.

AEI 1.2.1 – Porcentaje de extensión de uso

- El resultado nacional de 35,52 % mantiene una brecha de 19,28 puntos porcentuales respecto de la meta anual de 54,80 %, por lo que será necesario intensificar la incorporación de población adscrita a la atención ambulatoria durante el segundo semestre.

- Existe una marcada heterogeneidad territorial: catorce redes se ubican por debajo de la referencia operativa de 39,60 %, destacando por sus menores resultados Loreto, Cusco, Rebagliati y Almenara.
- Rebagliati, Sabogal y Almenara concentran 41,17 % de la población adscrita considerada en el reporte y registran en conjunto 30,60 % de extensión de uso; por su elevado peso poblacional, limitan significativamente la recuperación del resultado agregado.
- La información disponible no desarrolla las causas específicas de la baja captación en cada territorio, lo que limita la definición de medidas diferenciadas según capacidad instalada, oferta, demanda, acceso y población no usuaria.
- Debe reforzarse la consistencia metodológica entre la referencia operativa trimestral y la meta anual PEI, así como la trazabilidad de la población adscrita utilizada como denominador, diferenciando valores proyectados y observados.

7.3 AEI 1.2.2 – Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna

- La variable B del PEI considera para 2026 una referencia de 11 524 asegurados con diagnóstico de cáncer, mientras que el área reporta 70 524 asegurados al periodo. Si bien la estimación del PEI no constituye un límite para el valor observado, la magnitud de la diferencia requiere verificar criterios de extracción, condición de asegurado único, diagnóstico confirmado, periodo de acumulación y posible duplicidad de registros antes de validar el denominador.
- La GCOP reporta fragmentación de las rutas de referencia oncológica, déficit de subespecialistas y demoras en el tránsito hacia el inicio del tratamiento, factores que restringen la oportunidad de atención.
- Las redes de mayor volumen concentran una proporción significativa de pacientes y presentan resultados relativos bajos, lo que incrementa el riesgo de mantener una brecha institucional elevada.
- Ninguna de las 13 redes del detalle reportado alcanza 5 % de atención oportuna, lo que evidencia una brecha extendida en los ámbitos analizados.

7.4 AEI 1.2.3 – Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica

- Cinco unidades superan la meta anual de 61 %, con brechas particularmente elevadas en INCOR (91,7 %) y Cusco (82,9 %), seguidas de Rebagliati, Sabogal y Arequipa.
- Rebagliati, Sabogal y Arequipa concentran alrededor de 64,4 % de los pacientes aptos con más de 45 días de espera, generando una alta dependencia del resultado nacional respecto del desempeño de redes de gran volumen.
- La demanda quirúrgica y la complejidad asistencial son heterogéneas entre redes; por ello, porcentajes similares pueden representar volúmenes absolutos de pacientes muy diferentes y requieren estrategias diferenciadas.

- El volumen nacional de 42 334 pacientes aptos y el tiempo promedio de espera de 139,5 días evidencian una presión asistencial relevante que debe ser analizada conjuntamente con el porcentaje del indicador.
- Debe mantenerse la consistencia metodológica de la meta oficial de 61,0 %, así como la trazabilidad de numerador, denominador y fecha de corte; adicionalmente, la comparación interanual requiere disponer del resultado oficial del I semestre de 2025 calculado bajo la misma definición.

7.5 AEI 3.5.2 – Porcentaje de cumplimiento de los indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud

- El desempeño agregado es insuficiente: ninguna de las treinta redes evaluadas, ni el INCOR ni el CNSR, alcanzó la meta utilizada para la evaluación del periodo.
- Las redes de mayor complejidad y volumen asistencial, entre ellas Rebagliati, Sabogal y Almenara, presentan resultados cercanos a 21 %, evidenciando mayores dificultades para implementar y sostener las estrategias evaluadas.
- Persisten brechas en rutas de atención oncológica, oferta quirúrgica y capacidad instalada, especialmente en ámbitos de alta demanda.
- El seguimiento operativo del POI evidencia bajas coberturas en tamizajes preventivos y en abastecimiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos e insumos de laboratorio, además de una ejecución reducida del PAC.
- En diversos indicadores se registraron valores cero o en blanco en órganos desconcentrados, afectando la consistencia, oportunidad y capacidad de interpretación de la información consolidada.
- Persisten aspectos de medición que deben ser uniformizados: la GCOP utilizó una referencia de 75 % para el periodo frente a la meta PEI de 90 %, el universo de 33 indicadores debe mantenerse formalmente trazable por red y capacidad resolutive, y debe diferenciarse del universo de 18 indicadores utilizado en el seguimiento del POI del I trimestre.

GERENCIA CENTRAL DE PROYECTOS DE INVERSIÓN (GCPI)

Las principales restricciones se relacionan con disponibilidad presupuestal y capacidad técnica para el mantenimiento, envejecimiento del equipamiento, continuidad de los sistemas de información y factores técnicos y contractuales que condicionan la culminación y recepción de obras hospitalarias.

AEI 1.2.4 – Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil

- La asignación presupuestal para mantenimiento no estuvo disponible en su totalidad al inicio del ejercicio, afectando la oportunidad de contratación de servicios de mantenimiento, adquisición de repuestos y contratación de supervisores.
- El área reporta que la asignación presupuestal destinada a los PAMH cubre aproximadamente el 60 % de los montos estimados por los ODC/OPN, generando una brecha para atender integralmente los requerimientos de mantenimiento.
- El fondo financiero 003706 de la GCPI alcanzó el 100 % de utilización a mediados de año, dejando requerimientos pendientes de atención para el segundo semestre.

- Existe una brecha de supervisores de mantenimiento en los ODC/OPN y alta rotación del personal responsable de las áreas de Ingeniería Hospitalaria, lo que afecta la continuidad del seguimiento técnico.
- Durante enero y febrero se registraron dificultades en SISMAC asociadas a problemas de servidores, generando retrasos en la actualización de información y en procesos vinculados al pago de empresas de mantenimiento.
- Una proporción superior al 60 % del equipamiento hospitalario reportado por el área habría superado su vida útil, incrementando las necesidades de mantenimiento mayor y reposición.

AEI 3.4.1 – Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en EsSalud

- El Hospital del Altiplano no alcanzó al 30 de junio la condición de obra culminada, pese a registrar 99,40 % de avance físico, debido a que permanecían pendientes hitos técnicos y contractuales asociados al cierre y recepción.
- La culminación del Hospital del Altiplano se encuentra expuesta a la disponibilidad de abastecimiento de agua y al funcionamiento de los equipos de ósmosis inversa requeridos para completar pruebas y condiciones operativas.
- El Hospital de Contingencia de Florencia de Mora no había iniciado ejecución al cierre del semestre, debido a incidencias en los procedimientos de selección: pérdida de buenas pro en la contratación de la obra y declaratoria de desierto del procedimiento de supervisión.
- La disponibilidad limitada de personal técnico especializado frente al volumen y complejidad de proyectos puede afectar la oportunidad de revisión de expedientes y actuaciones vinculadas con recepción y contratación.
- La información de seguimiento se genera en diversas fuentes y mediante documentos emitidos por distintos actores, lo que puede producir desfases entre el avance físico, el estado contractual y el registro del resultado del indicador.

GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS (GCSPE)

Las limitaciones comprenden rezagos tecnológicos y operativos en prestaciones económicas, brechas de personal y logística para auditoría y verificación, y restricciones de disponibilidad y desagregación de información que impiden medir adecuadamente la siniestralidad por tipo de seguro.

AEI 1.3.1 – Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas, con verificación de acreditación del derecho y validadas

- Retraso en la implementación de la plataforma VIVA 2.0, manteniéndose deficiencias en la evaluación automatizada y la necesidad de reprocesamiento manual de solicitudes.
- Persistencia de un embalse histórico de solicitudes en las OSPE, cuya atención exige operativos específicos y seguimiento continuo de la producción.
- Demoras en el pago asociadas a desfases en la disponibilidad de recursos financieros, con riesgo de afectar la oportunidad de las prestaciones y generar reclamos.
- Dependencia de personal contratado temporalmente para sostener parte de la capacidad operativa durante el periodo evaluado.

AEI 2.1.4 – Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro

- No se dispuso del reporte de ingresos por primas pagadas desagregado por tipo de seguro a cargo de la GCGF ni del reporte ESSI de costos de prestaciones de salud por seguro a cargo de la GCTIC.
- La información contable disponible se encontraba agregada por tipo de aportación, naturaleza del gasto o centro asistencial, sin correspondencia directa con la apertura por tipo de seguro requerida para el indicador.
- El flujo de provisión trimestral de información entre GCGF, GCTIC y OEGRS no estaba formalizado con estructura de datos y periodicidad de entrega definida.
- Parte de la información alternativa utilizada para el análisis complementario correspondía al 31 de mayo de 2026, por lo que no representaba el corte completo del I semestre.
- La ausencia de los reportes primarios impidió evaluar diferencias de siniestralidad entre seguros regulares, potestativos y demás coberturas previstas en la ficha.

AEI 2.3.1 – Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento

- Brecha de personal para auditoría y verificación. El Plan Nacional de Auditoría de Seguros reporta 21 médicos auditores frente a 62 puestos considerados, equivalente a una brecha de 41 profesionales en las OSPE a nivel nacional.
- Disponibilidad limitada de verificadores en determinadas OSPE, particularmente en ámbitos de mayor población asegurada, lo que restringe la cobertura potencial del procedimiento de verificación.
- Demoras en la apertura y reposición de caja chica en las OSPE, afectando la oportunidad de actividades de campo vinculadas con la verificación.
- Falta de información suficiente para identificar y focalizar perfiles de riesgo que anteriormente eran provistos mediante el SICAF.
- Restricciones presupuestales y logísticas para ampliar la capacidad operativa y cubrir las necesidades de auditoría y verificación.
- El reporte de auditoría disponible para el indicador comprende información hasta mayo de 2026, quedando pendiente incorporar junio para completar el cierre semestral.

GERENCIA CENTRAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR Y PERSONA CON DISCAPACIDAD (GCPAMyPCD)

Las limitaciones se vinculan con la oportunidad de derivación y la capacidad operativa de los servicios de rehabilitación, barreras para la inclusión laboral, restricciones de los sistemas de registro y dificultades de acceso, comunicación y cobertura para la medición del bienestar emocional de las personas adultas mayores.

AEI 1.4.1 – Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de rehabilitación profesional colocadas laboralmente

- Demora en la implementación del proceso de derivación desde ESSI al SRPS, limitando el acceso oportuno de personas con discapacidad desde las IPRESS hacia los servicios de rehabilitación profesional y social.
- Persistencia de una oferta laboral limitada para personas con discapacidad, asociada a barreras arquitectónicas, actitudinales, sensoriales y comunicacionales y al desconocimiento empresarial sobre ajustes razonables.

- Contratos de corta duración y periodos de prueba que generan pérdida de continuidad laboral y necesidad de nuevas acciones de preparación e intermediación.
- Demoras en la emisión de órdenes de compra para contratar locadores y talleristas, afectando el inicio oportuno de talleres y la atención de usuarios.
- Brecha en el equipo multidisciplinario y alta dependencia de contrataciones temporales, con impacto en la continuidad asistencial.
- Limitaciones funcionales del SRPS y ausencia de reportes automatizados, generando registros alternos y desfases entre colocaciones reales y su visualización en el sistema.

AEI 1.4.2 – Índice compuesto de extensión de uso y bienestar emocional de las personas adultas mayores

- Baja adherencia a la aplicación de WEMWBS por barreras de acceso digital, conectividad, dificultades en el uso de medios virtuales y factores motivacionales propios del grupo etario.
- Ausencia de un canal institucional directo y estandarizado de comunicación con las personas adultas mayores, limitando la cobertura de invitación y respuesta.
- Aplicación canalizada a través de profesionales de los centros, con posibilidad de sesgo de selección hacia usuarios más vinculados o motivados.
- El Módulo PAM no integra aún campos específicos para registrar en tiempo real la aplicación de escalas como WEMWBS, generando procesos manuales y riesgo de errores o retrasos.
- La definición operativa de población activa se encuentra en revisión debido a las particularidades de salud, funcionalidad y continuidad de participación de las personas adultas mayores.
- Restricciones presupuestales y operativas que pueden limitar la continuidad y ampliación de talleres, actividades y recursos humanos vinculados al bienestar emocional.

GERENCIA CENTRAL DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (GCTIC)

Las principales restricciones corresponden a la regularización y aprobación del Plan de Gobierno y Transformación Digital, la formalización y trazabilidad de los proyectos priorizados y la dependencia de información generada por múltiples unidades para mantener actualizado y auditable el índice de madurez digital.

AEI 3.2.1 – Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital

- El PGTD se encontraba en proceso de actualización y regularización de su aprobación, debido a observaciones y aspectos pendientes identificados en su revisión jurídica.
- No se acredita la relación formal de los seis proyectos priorizados para 2026, con responsables, cronograma, presupuesto, hitos y estado de implementación, lo que dificulta efectuar seguimiento progresivo al portafolio.
- Al cierre del semestre no se presentan proyectos con pase a producción o hito final validado, por lo que no existe ejecución computable del indicador.
- La implementación de proyectos requiere la participación de las unidades usuarias en la caracterización y optimización de procesos, condición que puede retrasar el desarrollo de soluciones cuando dichos insumos no se encuentran concluidos.

- La aprobación del PGTD y la posterior ejecución de proyectos se encuentran condicionadas a la disponibilidad y asignación de recursos para las iniciativas priorizadas.

AEI 3.2.3 – Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital

- La actualización de cada variable depende de la unidad orgánica que genera la información, lo que introduce dependencia respecto de la oportunidad, consistencia y completitud de los reportes requeridos para mantener actualizado el índice.
- No se presenta una matriz acumulada que consolide las 19 variables implementadas y vincule cada una con su evidencia vigente; el reporte desarrolla principalmente las cuatro variables incorporadas durante 2026.
- La identificación de procesos de los órganos centrales susceptibles de ser optimizados mediante innovación digital es todavía insuficiente, limitando la generación y priorización de nuevas iniciativas para los siguientes periodos.
- El reporte utiliza de manera indistinta “12 establecimientos de salud” y “12 redes asistenciales y prestacionales” para describir el alcance territorial de la capacitación de la Variable 01, aspecto que requiere uniformización documental.
- La aprobación y actualización del Plan de Gobierno y Transformación Digital permanece como condición institucional relevante para articular y dar sostenibilidad al desarrollo futuro de las variables del índice.

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO (GCPP)

Las limitaciones son transversales a la modernización y al seguimiento institucional: brechas de articulación interorgánica, asignación de recursos, formalización de estructuras y planes, cierre de ciclos de gestión de riesgos, ejecución de inversiones, articulación físico-presupuestal del POI y trazabilidad presupuestaria en los sistemas institucionales.

AEI 3.1.1 – Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de Separación de Funciones (GOP)

- Persistencia de brechas en los componentes Gestor y Prestador, cuyos niveles de cumplimiento acumulado de 30,8 % y 40,0 % muestran rezago en actividades vinculadas con planes de producción, gestión de recursos, control, reorganización de servicios y gestión de riesgos.
- Falta de presupuesto específico efectivamente asignado para la implementación. Si bien el Plan contiene una programación presupuestal preliminar, el área reporta que no se cuenta con una asignación específica para ejecutar las actividades, lo que limita intervenciones que requieren recursos adicionales.
- Alta rotación de funcionarios y responsables de los órganos involucrados, afectando la continuidad de las coordinaciones, la transferencia de compromisos y la priorización sostenida de las actividades.
- Complejidad de la articulación interorgánica, debido a que numerosos productos dependen de la participación concurrente de diferentes órganos y de la consistencia entre sus entregables.

AEI 3.2.2 – Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (GGI)

- Cuatro criterios programados para el II trimestre permanecen sin cumplimiento al corte: reconocimiento institucional documentado de los problemas críticos de datos, asignación presupuestal específica, incorporación formal del área de gobernanza en la estructura institucional y designación del jefe de dicha área.
- No se encuentra formalizada una unidad orgánica especializada con competencias específicas para conducir de manera permanente la gobernanza y calidad de datos; la propuesta organizacional permanece pendiente de aprobación.
- No existe personal dedicado exclusivamente a la gestión del indicador, por lo que las actividades son asumidas adicionalmente por profesionales de la GGI y dependen de la participación de otras unidades.
- El proyecto de Plan de Gobernanza de Datos se encontraba pendiente de validación y aprobación al cierre del semestre, limitando la formalización de la hoja de ruta, responsabilidades y mecanismos de seguimiento.
- La disponibilidad de evidencias depende de diferentes unidades y sistemas institucionales que presentan niveles heterogéneos de estandarización, interoperabilidad, trazabilidad y documentación.
- El presupuesto específico previsto originalmente para fortalecer la implementación no fue asignado al corte; determinadas actividades se desarrollaron con recursos humanos y tecnológicos disponibles.

AEI 3.2.4 – Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional (GOP)

- El PGII 2026-2027 no se encontraba aprobado al 30 de junio de 2026; por tanto, no existía al corte un instrumento vigente que estableciera oficialmente las actividades, hitos, plazos y responsables sobre los cuales aplicar la fórmula del indicador.
- La falta de un PGII aprobado impide disponer de un denominador anual validado y reconocer formalmente actividades o hitos cumplidos para el numerador del indicador.
- La gestión de innovación presenta dispersión de roles entre ocho unidades con funciones vinculadas a la materia y no cuenta todavía con un mecanismo formal de coordinación transversal institucionalizado.
- La actividad operativa específica de Gestión de Innovación Institucional registró un presupuesto de apertura de S/ 0,00, mientras los recursos vinculados a innovación se encontraban distribuidos en distintas actividades de otras unidades.
- La disponibilidad de personal dedicado exclusivamente a la gestión de innovación es limitada, debido a que estas funciones se atienden de manera concurrente con otras responsabilidades.
- El levantamiento del Portafolio Institucional de Innovación Pública se sustentó en información remitida por seis unidades, por lo que aún requiere ampliar su cobertura institucional y territorial para constituirse en un inventario de alcance nacional.

AEI 3.3.2 – Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado (GOP)

- Ninguno de los dos procesos priorizados ha culminado al I semestre la totalidad del ciclo anual de gestión de riesgos; por ello, los avances de las medidas de tratamiento todavía no generan ejecución cuantificable del indicador PEI.
- En la automatización de la Acreditación Complementaria por Latencia permanecen pendientes las pruebas o validación técnica y la implementación en las OSPE, programadas para el segundo semestre, lo que concentra hitos críticos hacia el cierre del ejercicio.
- El seguimiento de la gestión de reclamos muestra avances en monitoreo y capacitación; sin embargo, el ciclo anual requiere mantener y acreditar las fases posteriores de seguimiento, revisión y cierre para que el proceso pueda considerarse implementado.
- La consolidación del seguimiento depende de la remisión oportuna de evidencias por los órganos responsables; los requerimientos trimestrales y recordatorios institucionales evidencian la necesidad de asegurar fechas de corte y documentación homogénea.

AEI 3.4.2 – Porcentaje de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK (GPMGI)

- La cartera de proyectos de inversión pública alcanzó 46,36 % de la programación enero-junio y 22,36 % de su PIA, situándose como el principal componente que condiciona el bajo resultado agregado por su peso dentro del Presupuesto de Inversiones FBK.
- Durante junio se ejecutaron S/ 11,99 millones frente a una programación mensual de S/ 31,06 millones, equivalente a 38,60 %, reduciéndose el ritmo observado en mayo y manteniéndose una brecha relevante frente al calendario de ejecución.
- Los sustentos evidencian retrasos en valorizaciones y trámites contractuales de diversos proyectos, así como incidencias en procesos de selección; entre ellos se identifican situaciones pendientes en Hospital II Pasco, Hospital María Reiche de Marcona, Florencia de Mora y proyectos cuya contratación fue reprogramada o afectada por pérdida de buena pro.
- La remisión de información por los administradores de fondos no siempre se produce con la oportunidad requerida, y la alta rotación o cambios de responsables pueden afectar la continuidad del seguimiento técnico y presupuestal.
- Persisten retrasos en el registro, actualización y cierre de información en el Banco de Inversiones, especialmente en el Formato N.º 12-B y en el cierre de inversiones culminadas, reduciendo la disponibilidad de información oportuna para la toma de decisiones.

AEI 3.5.1 – Porcentaje de actividades operativas del POI de las dependencias del nivel central con ejecución óptima (GPC)

- De las 412 actividades evaluadas, 81 registraron ejecución física inferior al 90 %; dentro de este grupo, 46 se ubicaron por debajo del 60 % o sin avance, concentrando la principal brecha para el segundo semestre.
- El desempeño es heterogéneo entre dependencias, coexistiendo unidades con la totalidad de sus actividades en el rango físico ≥ 90 % y otras con una mayor concentración de actividades rezagadas.

- La falta de articulación presupuestal a nivel de actividad operativa constituye una limitación para la medición del indicador del PEI, toda vez que el presupuesto se encuentra asignado de manera agregada a la Gerencia Central, sin una vinculación específica con cada actividad operativa, impidiendo determinar su ejecución financiera individual y, por tanto, verificar el cumplimiento de la condición financiera prevista en el indicador.

AEI 3.5.3 – Porcentaje de ejecución del presupuesto institucional (GPPE)

- El Sistema SAP no contempla la trazabilidad integral de las certificaciones presupuestales en las fases posteriores de la ejecución, incluyendo su vinculación con logística, contabilidad y tesorería.
- La gestión presupuestal requiere integrar en un mismo entorno las etapas de programación, formulación, aprobación y evaluación presupuestal. Esta brecha de articulación se origina desde la programación y se proyecta sobre el seguimiento de la ejecución y su vinculación con las actividades del POI.
- La ejecución de gastos de capital alcanza 25,2 %, por debajo de los demás rubros principales, lo que evidencia una brecha financiera que requiere seguimiento específico en el segundo semestre.

OFICINA DE INTEGRIDAD (OFIN)

Las principales limitaciones se relacionan con la dependencia de productos y evidencias generados por otras unidades, la oportunidad de formalización documental, la falta de una lectura territorial homogénea y diferencias entre la programación operativa y el denominador estratégico del Programa de Integridad.

AEI 3.3.1 – Porcentaje de Implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud (EsSalud)

- La culminación y acreditación de algunas acciones depende de productos elaborados por otras unidades de organización. Al cierre del semestre, la adecuación del MPP y del CAP Provisional a la Ley N.º 31419 permanecía en proceso, impidiendo validar la acción 17 conforme al medio de verificación previsto.
- Parte de la documentación de sustento fue formalizada después del cierre del periodo. El Informe N.º 000119-MAL-OFIN-ESSALUD-2026, que consolida la identificación y tratamiento de riesgos correspondiente a las acciones 5 y 6, fue emitido en agosto; ello no invalida el trabajo técnico reportado, pero reduce la trazabilidad temporal de la medición.
- La remisión de información y evidencias depende de múltiples unidades responsables, situación que puede generar diferencias en la oportunidad de consolidación y validación de los resultados.

OFICINA DE DEFENSA NACIONAL (ODN)

Las restricciones se concentran en la falta de Planes de Intervención aprobados y de una matriz consolidada del universo hospitalario, la necesidad de aplicar estrictamente la fórmula del PEI, y limitaciones de evaluadores, movilidad, presupuesto y oportunidad de la información post evaluación.

AEI 3.3.3 – Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2

- La información remitida no acredita Planes de Intervención aprobados para las tres IPRESS evaluadas en 2026, condición indispensable para incorporar hospitales al numerador del indicador.
- No se presenta una matriz consolidada de los 95 hospitales que identifique cuáles cuentan con evaluación ISH v.2 vigente y Plan de Intervención aprobado, limitando la trazabilidad y reproducibilidad del cálculo.
- El reporte utiliza como meta anual el valor absoluto de 12 hospitales y como resultado el número de evaluaciones ejecutadas, sin aplicar el denominador de 95 hospitales establecido en la ficha técnica.
- La meta semestral de tres evaluaciones no forma parte de la ficha PEI; su utilización es válida para seguimiento operativo, pero no para determinar el porcentaje de cumplimiento del indicador estratégico.
- La ODN reporta un reducido número de evaluadores acreditados por ENSAP-MINSA y dependencia de personal especializado de las Redes, incluyendo la disponibilidad de ingeniería civil para el componente estructural.
- La falta de movilidad inmediata y de presupuesto para visitas a hospitales a nivel nacional limita la capacidad de ejecutar evaluaciones simultáneas y ampliar la cobertura territorial.
- Las demoras en la remisión de información complementaria posterior a la evaluación pueden retrasar la consolidación del modelo matemático, los informes finales y la formulación de los Planes de Intervención.

GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS (GCGP)

Las limitaciones abarcan la medición del clima laboral, la trazabilidad de capacitación y evaluaciones, la actualización normativa y capacidad operativa de seguridad y salud en el trabajo, y factores de rotación, manualidad y desfase temporal en la gestión del rendimiento.

OEI 4.1 – Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral

- No se acredita la aplicación, al I semestre, de la Encuesta de Cultura y Clima Organizacional bajo las especificaciones de la ficha PEI ni se presenta una base de datos que permita identificar los valores efectivos de A y B.
- El reporte utiliza como proxy la satisfacción de participantes de talleres y el universo meta de 12 000 servidores, generando un cálculo que no es metodológicamente equivalente al indicador aprobado.
- No se dispone de una programación semestral aprobada que sustente el prorrateo de la meta anual de 35 % a una “meta acumulada” de 17,5 %.
- La evidencia cuantitativa de los talleres se concentra en Sede Central y presenta diferencias entre asistentes y participantes que responden las encuestas, lo que limita su uso incluso como indicador auxiliar de cobertura.
- La GCGP reporta limitaciones de recursos humanos especializados, restricciones presupuestarias, ausencia de una plataforma integrada para el registro y seguimiento, y heterogeneidad en la oportunidad de remisión de información por las dependencias.
- La rotación de funcionarios y directivos obliga a reestablecer coordinaciones y puede afectar la continuidad de las actividades de Cultura y Clima Organizacional.

AEI 4.1.1 – Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria

- La evidencia remitida no permite reproducir las variables A y B del indicador: falta una base consolidada que vincule trabajadores efectivamente capacitados con sus resultados de evaluación.
- El consolidado presenta una diferencia de totalización en participantes, al excluir Sede Central de la fórmula total, lo que afecta la consistencia del sustento cuantitativo.
- El reporte utiliza beneficiarios programados como denominador, distinto del número de trabajadores efectivamente capacitados establecido en la ficha técnica.
- La herramienta web prevista para el registro y seguimiento del PDP se encuentra pendiente de aprobación/implementación, lo que limita la centralización de información.
- Se reportan demoras en trámites y disponibilidad presupuestal, alta rotación de responsables, insuficiencia de personal especializado y demoras en la remisión/validación de información.

AEI 4.1.2 – Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el personal de EsSalud

- Normativa interna desactualizada para exámenes médicos ocupacionales e inexistencia de una norma interna general para la investigación de accidentes de trabajo.
- Diecisiete Redes y OPN pendientes de oficialización de Unidades Funcionales de Seguridad y Salud en el Trabajo, con insuficiencia de recurso humano técnico, operativo y asistencial.
- Sistemas institucionales sin adaptaciones completas para registrar el ciclo integral del EMO y sin un sistema estandarizado para la investigación de accidentes.
- Disponibilidad parcial de datos: GREP refleja producción de atenciones, mientras que la explotación de Certificados de Aptitud -necesaria para identificar EMO completos y vigentes- se encuentra pendiente.
- Consolidación manual de información de accidentes investigados y ausencia, en los sustentos adjuntos, de una matriz que permita reproducir los 228 casos investigados sobre 728 registrados.
- Restricciones presupuestarias y operativas para cubrir 33 Redes y OPN, sumadas a las características del trabajo asistencial por turnos, que dificultan la participación de los trabajadores en los EMO y en los procesos de investigación.

AEI 4.1.3 – Porcentaje de colaboradores administrativos de la Sede Central calificados con buen rendimiento, según la normativa

- La rotación de funcionarios y personal directivo obliga a actualizar la matriz de participantes y puede afectar la concertación y continuidad de las metas.
- El Ciclo 2025 dependió de mecanismos manuales de consolidación de evidencias, incrementando la carga operativa y el riesgo de inconsistencias o demoras.
- El resultado del indicador se encuentra disponible al cierre de la etapa de Evaluación, que culmina en enero del año siguiente, generando un desfase entre el ciclo evaluado y el periodo en que se reporta el resultado PEI.
- La evidencia revisada permite validar el resultado agregado; para una trazabilidad externa integral debe mantenerse disponible la base nominal de calificaciones y los formatos GDR vinculados a cada participante.

VII.2. Oportunidades de mejora

Código OEI/AEI	Código del indicador	Indicador	Medida	Responsable	Plazo
AEI 1.1	AEI 1.1.1	Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida priorizada.	Conciliar el padrón de población adscrita sin cobertura EPS y establecer un corte único para la medición.	GCPS / GCSPE	III trimestre 2026
			Definir y validar el reporte nominal de cumplimiento integral de prestaciones por curso de vida.	GCPS / GCTIC / unidades competentes	III-IV trimestre 2026
			Ejecutar asistencia técnica focalizada en registro ESSI y cumplimiento de cartera en Redes/IPRESS con mayores brechas.	GCPS / Redes / IPRESS	II semestre 2026
			Implementar un piloto de cálculo en IPRESS con cartera aprobada y verificar la trazabilidad de las variables A y B.	GCPS / Redes / IPRESS	III trimestre 2026
			Monitorear intervenciones faltantes por curso de vida y articular medidas para reducir diferimiento y completar los paquetes priorizados.	GCPS / GCOP / Redes / IPRESS	II semestre 2026
	AEI 1.1.2	Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuenta con la cartera de servicios de salud de atención primaria aprobada.	Brindar asistencia técnica focalizada para la elaboración y adecuación de carteras.	GCPS y Redes	III trimestre 2026
			Definir indicadores complementarios sobre beneficios para el asegurado.	GCPS	IV trimestre 2026
			Elaborar una programación de las IPRESS pendientes de aprobación.	GCPS, Redes e IPRESS	III trimestre 2026
			Identificar las brechas de recursos necesarias para implementar las prestaciones aprobadas.	Redes, IPRESS y órganos competentes	III-IV trimestre 2026
			Verificar progresivamente la implementación de las carteras aprobadas.	GCPS y Redes	IV trimestre 2026
	AEI 1.1.3	Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada.	Conformar comités operativos de evaluación y monitoreo permanente por red	GCOP / Oficina de Apoyo y Seguimiento (OAS-GCOP)	IV trimestre 2026
AEI 1.2	AEI 1.2.1	Porcentaje de extensión de uso	Diseñar estrategias diferenciadas de captación para Sabogal, Rebagliati y Almenara	GCOP en coordinación con las Redes Asistenciales	IV trimestre 2026
	AEI 1.2.2	Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna.	Implementar canal prioritario de inicio de tratamiento oncológico en menos de 15 días y asignar coordinadores de citas	GCOP en coordinación con las Redes Asistenciales	IV trimestre 2026
	AEI 1.2.3	Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para	Elaborar y difundir protocolo de gestión de listas de espera quirúrgica a las redes críticas	GCOP / Oficina de Información de Operaciones	IV trimestre 2026

Código OEI/AEI	Código del indicador	Indicador	Medida	Responsable	Plazo
		intervención quirúrgica.			
	AEI 1.2.4	Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil.	Impulsar el shock de inversiones OGK y requerimientos IOARR de reposición.	GCPI / GCPP / CEABE	II semestre 2026
			Mantener seguimiento mensual de los PAMH y visitas de supervisión focalizadas.	GCPI / SGM / ODC-OPN	Mensual, II semestre 2026
			Priorizar el apoyo presupuestal para reparación de equipos estratégicos y ampliar el fondo financiero de la GCPI.	GCPI / SGM / GCPP / ODC-OPN	II semestre 2026
			Revisar mensualmente el desempeño por ODC/OPN y no solo el promedio nacional.	GCPI / SGM / ODC-OPN	Mensual
AEI 1.3	AEI 1.3.1	Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas con verificación de acreditación del derecho y validadas.	Priorizar la implementación de la plataforma VIVA 2.0 y consolidar la herramienta de gestión del Back Office.	Gerencia de Prestaciones Económicas (GPE)	II semestre 2026
AEI 1.4	AEI 1.4.1	Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de rehabilitación profesional colocadas laboralmente.	Continuar y ampliar los Foros Empresariales descentralizados e implementar ferias de empleo descentralizadas.	SGRSL / Unidades Operativas (CERPS y MBRPS)	II semestre 2026
			Coordinar la implementación del proceso de derivación automatizada desde EsSi hacia el SRPS.	GCPAMyPCD, con articulación de GCTIC, GCPS y GCOP	II semestre 2026
	AEI 1.4.2	Índice compuesto de la extensión de uso y bienestar emocional de las personas adultas mayores.	Continuar el proceso de contratación de talleristas hasta el cierre del ejercicio.	GCPAMyPCD / SGPAM	II semestre 2026
			Desarrollar jornadas de sensibilización con jefaturas de Redes y equipos de los CAM sobre la aplicación de la WEMWBS.	SGPAM	Corto plazo
			Establecer un mecanismo de seguimiento periódico del avance de la aplicación de la escala por Red.	SGPAM	Mensual
			Implementar modalidades mixtas de aplicación de la escala WEMWBS (presencial, telefónica y digital).	SGPAM y Redes Prestacionales/Asistenciales	II semestre 2026
AEI 2.1	AEI 2.1.4	Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro.	Efectuar la segunda reiteración, con plazo perentorio, de los requerimientos de información a la GCGF y la GCTIC.	GCSPE	Julio 2026
			Realizar la primera medición trimestral del IND. AEI 2.1.4 conforme a ficha técnica.	OEGRS	Octubre 2026

Código OEI/AEI	Código del indicador	Indicador	Medida	Responsable	Plazo
			Recepcionar y validar los primeros reportes desagregados de primas y costos por seguro.	OEGRS	Agosto-setiembre 2026
			Remitir el Informe Técnico del IND. AEI 2.1.4 y formular el requerimiento del anexo de gastos administrativos y costos hospitalarios de OO.DD.	OEGRS	Julio 2026
AEI 2.3	AEI 2.3.1	Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento.	Actualizar los criterios y perfiles de riesgo para selección de casos.	GCSPE / GCTIC	II semestre 2026
			Avanzar en automatización e interoperabilidad de fuentes.	GCSPE / GCTIC	II semestre 2026
			Completar el corte semestral de auditoría y consolidarlo con la ejecución del procedimiento de verificación.	GCSPE	Siguiente corte de medición
			Priorizar el incremento de personal verificador y la cobertura de la brecha operativa.	GCSPE / áreas competentes / OSPE	II semestre 2026
AEI 3.1	AEI 3.1.1	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de Separación de Funciones.	Actualizar el Plan de Implementación, considerando la meta vigente del PEI y la situación institucional.	GOP / GCPP / órganos involucrados	II semestre 2026
			Conciliar y formalizar el criterio de medición del indicador AEI 3.1.1 con la matriz de metas físicas del Plan.	GCPP / GOP	II semestre 2026
			Dar seguimiento al producto de gobernanza y hoja de ruta previsto en el convenio con CAF.	GOP / órganos competentes	II semestre 2026
			Fortalecer el seguimiento mediante el equipo de trabajo y reportes por componente.	GOP / órganos responsables	II semestre 2026
			Gestionar las condiciones presupuestales necesarias para las actividades priorizadas.	GCPP / GOP / órganos responsables	II semestre 2026
			Priorizar actividades sustantivas pendientes de los componentes Gestor y Prestador.	GCOP / GCPS / órganos desconcentrados / GOP	II semestre 2026
AEI 3.2	AEI 3.2.1	Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital.	Acelerar la caracterización y optimización de procesos de las unidades usuarias vinculadas a los proyectos.	GCTIC / GCPP / unidades usuarias	II semestre 2026
			Asegurar recursos y responsables para cada proyecto priorizado.	GCTIC / GCPP / órganos responsables	II semestre 2026
			Concluir la actualización y aprobación del PGTD.	GCTIC / Comité de Gobierno y Transformación Digital / instancias competentes	II semestre 2026
			Formalizar los seis proyectos que conforman la meta 2026 y su secuencia de implementación.	GCTIC / Comité de Gobierno y Transformación Digital	II semestre 2026
			Realizar seguimiento periódico al pase a producción y conservar evidencias de validación oficial.	GCTIC / Comité de Gobierno y Transformación Digital	Periódico, II semestre 2026
	AEI 3.2.2	Índice de Madurez en Gobernanza y	Completar la validación documentada de los criterios pendientes y priorizar aquellos con mayor aporte potencial al puntaje ponderado.	GGI / unidades responsables de evidencia	II semestre 2026

Código OEI/AEI	Código del indicador	Indicador	Medida	Responsable	Plazo
		Calidad de Datos (IMGCD-EsSalud).	Ejecutar el piloto institucional y documentar resultados.	GGI / GCTIC / GCPS	II semestre 2026
			Formalizar propietarios, custodios y responsables de datos y conformar un equipo técnico de seguimiento.	GGI / GCTIC / unidades vinculadas	II semestre 2026
			Gestionar la aprobación y puesta en ejecución del Plan de Gobernanza de Datos.	GGI / GCPP / GPC / GCTIC / instancias competentes	II semestre 2026
			Implementar un repositorio centralizado de evidencias y control de versiones.	GGI	II semestre 2026
			Solicitar asistencia técnica especializada en gobernanza y calidad de datos.	GGI / GCTIC	II semestre 2026
	AEI 3.2.3	Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital.	Continuar las coordinaciones con las áreas usuarias para el levantamiento de información necesaria para el cumplimiento de la totalidad de variables definidas hasta el 2030.	GCTIC	II semestre 2026
			Gestionar la documentación necesaria para alcanzar las cinco (05) variables adicionales previstas para el periodo 2027.	GCTIC	2027
			Identificar los procesos de las unidades orgánicas (OOC) que pueden ser optimizados mediante innovación digital.	GCTIC	II semestre 2026
	AEI 3.2.4	Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional.	Concluir la elaboración y gestionar la aprobación formal del Plan de Gestión de Innovación Institucional.	GOP / GCPP / instancias competentes	II semestre 2026
			Formalizar el modelo de gobernanza de innovación y los mecanismos de coordinación transversal.	GOP / órganos vinculados	II semestre 2026
			Gestionar recursos específicos para las actividades prioritarias de innovación.	GCPP / GOP / órganos responsables	II semestre 2026
			Incorporar en el PGII una programación anual explícita de actividades e hitos, con responsables, productos, evidencia y metas.	GOP / GCPP	II semestre 2026
			Mantener y ampliar el Portafolio Institucional de Innovación Pública como línea base para la futura implementación del PGII.	GOP / órganos participantes	II semestre 2026
			Precisar y conciliar técnicamente la metodología del indicador para el año 2026, considerando que el Plan se formula y aprueba en dicho ejercicio.	GCPP / GOP	II semestre 2026
AEI 3.3	AEI 3.3.1	Porcentaje de Implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud (EsSalud).	Aplicar estrictamente el método de cálculo del indicador PEI, diferenciándolo del seguimiento operativo trimestral.	OFIN / GCPP	Antes del cierre anual
			Mantener actualizado el consolidado de acciones y medios de verificación.	OFIN	II semestre 2026
			Priorizar y dar seguimiento a las acciones anuales pendientes del Programa de Integridad.	OFIN / unidades responsables	II semestre 2026
	AEI 3.3.2	Porcentaje de procesos críticos con	Concluir las pruebas técnicas de la automatización de la Acreditación Complementaria por Latencia.	GCSPE / Subgerencia de Gestión de las OSPE / órganos técnicos	Noviembre 2026

Código OEI/AEI	Código del indicador	Indicador	Medida	Responsable	Plazo
		ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado.	Evaluar técnicamente el replanteamiento metodológico del indicador para futuros periodos, manteniendo para 2026 la metodología vigente del PEI.	GCPP / GOP / SGPRO	II semestre 2026
			Fortalecer la remisión oportuna de evidencias y el seguimiento de las medidas de tratamiento de los dos procesos priorizados.	Órganos responsables / GOP / GCPP	II semestre 2026
			Implementar la Acreditación Complementaria por Latencia en las OSPE.	GCSPE / OSPE / órganos competentes	Diciembre 2026
			Mantener el monitoreo del flujo de reclamos mediante el SGD y las alertas tempranas, asegurando el seguimiento de la atención dentro del plazo normativo.	GCAA / GPAA / órganos involucrados	II semestre 2026
	AEI 3.3.3	Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2.	Actualizar la matriz de los 95 hospitales con fecha de vencimiento de cada evaluación.	ODN	III trimestre 2026
			Completar y aprobar los Planes de Intervención de las tres IPRESS evaluadas en junio, cuando corresponda.	ODN / IPRESS / Redes	III trimestre 2026
			Conciliar la línea de base de siete hospitales y verificar la vigencia del ISH v.2 y la aprobación de sus Planes de Intervención.	ODN	III trimestre 2026
			Programar las nuevas evaluaciones con base en la brecha real del numerador, no únicamente en una cuota de evaluaciones.	ODN / Redes Prestacionales y Asistenciales	II semestre 2026
			Reportar al cierre del ejercicio el indicador con la fórmula oficial y adjuntar evidencia de aprobación de los Planes de Intervención.	ODN	Cierre anual 2026
AEI 3.4	AEI 3.4.1	Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en EsSalud.	Atender oportunamente las observaciones que se formulen durante el procedimiento de recepción.	GCPI / contratista / supervisión / Comité de Recepción	II semestre 2026
			Culminar las actuaciones técnicas y administrativas para la recepción del Hospital del Altiplano.	GCPI / Subgerencia de Obras / Comité de Recepción	II semestre 2026
			Fortalecer la articulación técnica, logística y financiera para asegurar hitos de contratación y culminación.	GCPI / GCL / GCGF / GCPP	II semestre 2026
			Implementar seguimiento ejecutivo y alertas tempranas para los proyectos priorizados.	GCPI / Subgerencia de Obras	II semestre 2026
			Monitorear y culminar los procedimientos de contratación de ejecución y supervisión del Hospital de Contingencia de Florencia de Mora.	GCPI / GCL / órganos competentes	II semestre 2026
	AEI 3.4.2	Porcentaje de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK.	Aplicar en el cierre anual la fórmula del PEI utilizando el presupuesto FBK aprobado y la ejecución acumulada del Formato 8E.	GPMGI	Cierre anual 2026
			Dar seguimiento al cumplimiento de acuerdos del CSI y a la remisión de información de los administradores de fondos.	GPMGI / CSI / administradores de fondos	Continuo, II semestre 2026
			Mantener un control separado de proyectos públicos, APP y gastos de capital no ligados a proyectos.	GPMGI	Mensual, II semestre 2026

Código OEI/AEI	Código del indicador	Indicador	Medida	Responsable	Plazo
			Orientar la gestión hacia una ejecución acumulada anual de al menos S/ 541 004 530, equivalente al 90 % del PIA vigente.	GPMGI / administradores de fondos	II semestre 2026
			Realizar seguimiento semanal o quincenal a los proyectos públicos con mayor brecha presupuestal y contractual.	GPMGI / GCPI	Semanal o quincenal, II semestre 2026
AEI 3.5	AEI 3.5.1	Porcentaje de actividades operativas del Plan Operativo Institucional de las dependencias del nivel central con ejecución óptima.	Conciliar mensualmente la información entre Planeamiento y Presupuesto.	GPC / Gerencia de Presupuesto	Mensual
			Depurar y congelar el universo de actividades aplicable a cada fecha de corte, registrando modificaciones.	GPC	Antes de cada corte de evaluación
			Implementar una matriz transitoria de correspondencia físico-financiera a nivel de actividad.	GPC / Gerencia de Presupuesto / dependencias del nivel central	II semestre 2026
			Realizar seguimiento focalizado a las 46 actividades con mayor rezago físico.	GPC / dependencias responsables	II semestre 2026
			Validar la evidencia física y presupuestal antes de incorporar una actividad al numerador.	GPC / Gerencia de Presupuesto / dependencias	Antes de cada corte de evaluación
	AEI 3.5.3	Porcentaje de ejecución del presupuesto institucional.	Actualizar la base de cálculo con el PIM que corresponda y documentar su trazabilidad.	GPPE	Siguiente medición / antes del cierre anual
			Avanzar en el Sistema de Gestión Presupuestal para cubrir programación, formulación, aprobación y evaluación.	GPPE / GCPP / GCTIC	II semestre 2026
			Completar las mejoras de trazabilidad de certificaciones presupuestales en los módulos de logística, contabilidad y tesorería.	GPPE / GCTIC / unidades vinculadas	II semestre 2026
			Conciliar el Cuadro N.º 03 y establecer validaciones automáticas de totales.	GPPE	Antes del siguiente reporte
			Realizar seguimiento mensual focalizado a gastos de capital y a los órganos con menor ejecución relativa.	GPPE / órganos responsables	Mensual, II semestre 2026
AEI 4.1	AEI 4.1.1	Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria.	Acelerar la ejecución de las acciones de capacitación pendientes del PDP 2026.	GCGP / Redes y OPN	II semestre 2026
			Mantener actualizado el consolidado de trabajadores programados y trabajadores con nota aprobatoria.	GCGP / SGEDYC	II semestre 2026
			Verificar que el reporte final aplique el método de cálculo del indicador y diferencie el resultado del avance físico de acciones del PDP.	GCGP / GCPP	Antes del cierre anual
	AEI 4.1.2	Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el	Asegurar que el reporte final aplique estrictamente la fórmula de la ficha técnica, con numerador y denominador trazables.	GCGP / GCPP	Antes del cierre anual
			Conciliar y validar el numerador de EMO vigente y su fuente de información antes del siguiente corte.	GCGP / UFSST	II semestre 2026

Código OEI/AEI	Código del indicador	Indicador	Medida	Responsable	Plazo
		personal de EsSalud.	Impulsar la formalización de las unidades SST pendientes y fortalecer el soporte técnico operativo.	GCGP / Redes y OPN	II semestre 2026
			Mantener y ampliar las asistencias técnicas a Redes y OPN para EMO e investigación de accidentes.	GCGP / UFSST	II semestre 2026
	AEI 4.1.3	Porcentaje de colaboradores administrativos de la sede central calificados con buen rendimiento, según la normativa.	Asegurar el desarrollo y cierre oportuno de la etapa de Seguimiento del Ciclo GDR 2026, incluyendo carga de evidencias y retroalimentación.	SGEDYC / Equipo GDR / órganos participantes	II semestre 2026
			Consolidar el Módulo GDR de SOMOS y atender incidencias en coordinación con GCTIC.	SGEDYC / GCTIC	II semestre 2026
			Documentar en la ficha metodológica o protocolo de reporte la correspondencia entre año de evaluación PEI y ciclo GDR cerrado.	GCGP / GCPP	II semestre 2026
			Mantener actualizada la Matriz de 1 423 participantes y los roles registrados en SOMOS GDR ante cambios durante el ciclo.	SGEDYC / Equipo GDR	Permanente
			Verificar al cierre del ciclo la consistencia entre matriz de participantes, formatos GDR, calificaciones y reporte final a SERVIR.	SGEDYC / Equipo GDR	Dic. 2026 - Ene. 2027

VIII. CONCLUSIONES

- VIII.1. La evaluación del PEI 2026-2030 al I semestre de 2026 evidencia un desempeño estratégico heterogéneo y con brechas relevantes para el cierre del ejercicio. De los 36 indicadores con programación, 9 (25,00 %) alcanzan nivel “Excelente”, 1 (2,78 %) se ubica en “Regular”, 9 (25,00 %) en “Malo” y 17 (47,22 %) permanecen “Sin avance”; no existen indicadores en “Bueno”. El promedio institucional es 36,34 %, correspondiente a “Malo”. En términos de conducción, 26 indicadores (72,22 %) se concentran en “Malo” o “Sin avance” y requieren intervención prioritaria.
- VIII.2. El OEI 1, directamente vinculado con las prestaciones que recibe la población asegurada, presenta el mejor desempeño del periodo, con un avance de 99,78 %. Su indicador de satisfacción alcanzó 69,85 % frente a una meta anual de 70 %; no obstante, el análisis evidencia aspectos que requieren fortalecimiento. Por un lado, la dimensión Capacidad de Respuesta concentra las principales brechas asociadas con tiempos de espera, disponibilidad de citas, oportunidad de atención, admisión, farmacia, apoyo diagnóstico y orientación al usuario. Por otro, la medición semestral se concentra principalmente en las prestaciones de salud, mientras que la ficha técnica del indicador comprende prestaciones de salud, económicas y sociales y establece la presentación de resultados diferenciados para cada una de ellas. Al cierre del semestre no se dispone de resultados diferenciados de satisfacción para las prestaciones económicas y sociales, por lo que corresponde completar el enfoque integral de medición previsto en el PEI. Esta situación no modifica el resultado global reportado para el periodo, pero constituye una brecha relevante para asegurar que la medición represente integralmente la experiencia del asegurado respecto del conjunto de prestaciones que brinda EsSalud.
- VIII.3. Se identifican resultados y avances institucionales que constituyen fortalezas sobre las cuales debe sostenerse el desempeño del segundo semestre: la formalización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en 64 IPRESS, el diagnóstico de cáncer de los asegurados; el resultado favorable de prestaciones económicas; el cumplimiento de la meta de madurez de innovación digital; el resultado de gestión del rendimiento; así como avances en equipamiento biomédico, prestaciones sociales, gobernanza de datos, integridad, inversiones, gestión de riesgos y seguridad hospitalaria. Sin embargo, en varios de estos ámbitos todavía existen brechas de cobertura, implementación o trazabilidad que deben ser atendidas para convertir los avances de gestión en resultados sostenibles y verificables.
- VIII.4. La existencia de 17 indicadores “Sin avance” revela una brecha transversal en la gestión de la medición. En varios casos se acreditan actividades, productos o avances preparatorios, pero no existe todavía un resultado reproducible conforme a la ficha técnica; en otros, la información no fue remitida o carece de evidencia suficiente. Esta situación impide que parte de la gestión institucional se traduzca en resultados del PEI y confirma la necesidad de fortalecer calidad de datos, trazabilidad, oportunidad de reporte y precierre técnico.
- VIII.5. El OEI 2 – Garantizar la sostenibilidad económica y financiera – continúa sin resultado acreditado al cierre del semestre, principalmente por la ausencia de

información validada para indicadores bajo responsabilidad de la Gerencia Central de Gestión Financiera. Esta situación no constituye únicamente una limitación de reporte: restringe la capacidad de la Alta Dirección para evaluar liquidez, recaudación, deuda, reservas, costos y otros componentes que sostienen financieramente la continuidad de las prestaciones.

La brecha de información financiera también condiciona la medición de indicadores vinculados, como la siniestralidad por tipo de seguro. Por tanto, el cierre de este vacío debe considerarse una prioridad de gobernanza y control de gestión para el II semestre, con responsabilidades, plazos y fuentes institucionales formalmente definidas.

- VIII.6. El OEI 3 – Modernizar la gestión institucional – alcanza 23,61 % de avance, evidenciando que los progresos alcanzados todavía se concentran en determinados componentes y no se han extendido de manera homogénea al conjunto de la modernización institucional. Existen avances relevantes en innovación digital, separación de funciones, gobernanza de datos, integridad y ejecución presupuestal; sin embargo, subsisten brechas en transformación digital, innovación institucional, gestión de riesgos, inversiones, monitoreo y articulación físico-financiera. En particular, la separación de funciones alcanzó 54,9 %, con menores avances en los componentes Gestor y Prestador, precisamente aquellos más próximos a la gestión de las Redes e IPRESS.
- VIII.7. La ejecución del presupuesto de inversiones constituye un ámbito que requiere seguimiento ejecutivo intensivo durante el segundo semestre. La ejecución FBK alcanzó 19,85 % al cierre de junio y, para aproximarse a la meta anual de 90 % con el presupuesto considerado en la evaluación, se requiere una aceleración significativa durante el periodo julio-diciembre. Los retrasos en valorizaciones, contrataciones, procesos de selección y actualización de información de inversiones pueden comprometer la oportunidad de disponer de infraestructura y equipamiento necesarios para mejorar la capacidad de atención.
- VIII.8. La evaluación evidencia una brecha estructural en la articulación entre planeamiento operativo y presupuesto. Si bien existe información desagregada sobre ejecución física de las actividades del POI, la asignación presupuestal agregada a nivel de Gerencia Central impide determinar la ejecución financiera individual de determinadas actividades y, por tanto, acreditar integralmente indicadores estratégicos que exigen concurrencia físico-financiera. Esta debilidad limita la trazabilidad entre recursos, productos y resultados institucionales y debe ser corregida progresivamente.
- VIII.9. Las medidas formuladas para el II semestre constituyen el principal mecanismo de retroalimentación de la evaluación. Su efectividad dependerá de que sean convertidas en compromisos de gestión con responsables, plazos, evidencia y mecanismos de escalamiento, y de que la GCPP realice un seguimiento ejecutivo que permita advertir tempranamente retrasos o restricciones que requieran decisión de la Alta Dirección.
- VIII.10. En términos generales, los resultados muestran que el principal desafío para EsSalud en el II semestre no consiste únicamente en incrementar porcentajes de cumplimiento, sino en transformar los avances de gestión en resultados verificables que incidan en la experiencia del asegurado. La mejora del PEI debe expresarse progresivamente en mayor acceso, menor espera, continuidad de la atención, disponibilidad de equipamiento e insumos, prestaciones económicas y sociales

oportunas, sostenibilidad financiera y servicios más seguros, eficientes y humanizados, en concordancia con la finalidad institucional del PEI.

IX. RECOMENDACIONES

- IX.1. Disponer que las Gerencias Centrales, Oficinas y demás órganos responsables implementen las medidas previstas para el II semestre de 2026 en compromisos de gestión verificables, consignando para cada una responsable, plazo, producto o resultado esperado, medio de verificación y estado de cumplimiento. Encargar a la GCPP el seguimiento periódico de la matriz y el reporte ejecutivo a la Alta Dirección de los compromisos con retraso, riesgo o necesidad de decisión.
- IX.2. Priorizar el seguimiento de los 26 indicadores ubicados en nivel “Malo” o “Sin avance”, diferenciando la causa de la brecha en tres grupos: desempeño insuficiente, ausencia de medición y problemas de calidad o trazabilidad de datos. Para los 17 indicadores “Sin avance”, establecer una ruta específica de cierre que permita contar, antes del siguiente corte, con resultado validable o con una explicación formal de la imposibilidad de medición y su medida correctiva.
- IX.3. Disponer a la Gerencia Central de Gestión Financiera la regularización prioritaria de los indicadores pendientes del OEI 2, incluyendo valores absolutos de numerador y denominador, fecha de corte, fuente institucional y medio de verificación. Establecer un flujo obligatorio y periódico de información económico-financiera y un mecanismo de escalamiento cuando los insumos no sean remitidos dentro del plazo, considerando que la ausencia de estos datos limita la evaluación de la sostenibilidad financiera y de indicadores relacionados.
- IX.4. Para el OEI 1, orientar las medidas del II semestre a la mejora perceptible de la experiencia del asegurado, sin limitar el seguimiento al promedio nacional de satisfacción. Priorizar la dimensión Capacidad de Respuesta y las Redes e IPRESS con mayores brechas en acceso y oportunidad; fortalecer la extensión de uso; consolidar la ruta oncológica; reducir la espera quirúrgica y el diferimiento médico; y continuar la implementación efectiva de las Carteras de Servicios de Atención Primaria, verificando no solo su aprobación formal sino el cumplimiento de los paquetes por curso de vida.
- IX.5. Para el OEI 3, establecer un seguimiento ejecutivo integrado de los hitos de modernización: culminación de la separación de funciones; actualización y aprobación del PGTD; implementación del Plan de Gobernanza de Datos; cierre de los ciclos de gestión de riesgos; gestión de innovación institucional; ejecución de inversiones; culminación de obras priorizadas; fortalecimiento del monitoreo y evaluación; y articulación entre planeamiento y presupuesto. El avance de 23,61 % exige gestionar estos componentes como una cartera única de modernización, con responsables y hitos de corto plazo.
- IX.6. Fortalecer el proceso institucional de medición del PEI mediante un precierre técnico obligatorio antes de cada evaluación. En dicho precierre, los órganos responsables y la GCPP deben validar universo, numerador, denominador, fórmula, sentido esperado, fecha de corte, fuente, evidencia y consistencia con la meta vigente. Este control debe reducir los resultados “Sin avance” originados por problemas de reporte y prevenir diferencias entre valores narrativos, bases de datos y cálculos reproducibles.

- IX.7. Acelerar la ejecución de las inversiones y proyectos hospitalarios prioritarios mediante seguimiento semanal o quincenal de los proyectos con mayor brecha presupuestal, contractual o física, incorporando alertas tempranas y escalamiento de restricciones que requieran decisión de la Alta Dirección. Priorizar los hitos que permitan poner en servicio infraestructura y equipamiento con incidencia directa en capacidad resolutiva, seguridad y oportunidad de atención.
- IX.8. Implementar progresivamente una vinculación físico-financiera a nivel de actividad operativa, articulando POI, presupuesto y sistemas institucionales. Mientras se desarrolla una solución estructural, utilizar una matriz de correspondencia que identifique programación y ejecución física, asignación y ejecución financiera, unidad responsable y evidencia, con conciliación periódica entre Planeamiento y Presupuesto.
- IX.9. Incorporar en el seguimiento del II semestre un criterio transversal de contribución al asegurado. Cada medida priorizada debe señalar la brecha estratégica que busca reducir y el efecto esperado sobre acceso, oportunidad, continuidad, seguridad, calidad, satisfacción o sostenibilidad de las prestaciones. Para la siguiente evaluación, se recomienda presentar a la Alta Dirección una lectura diferenciada de desempeño estratégico, madurez de la medición y efecto esperado en el asegurado, fortaleciendo el PEI como instrumento de toma de decisiones.

Matriz de cumplimiento de las metas de los Objetivos y Acciones Estratégicas Institucionales del PEI 2026-2030 de ESSALUD

Objetivo Estratégico Acción Estratégica	Código Indicador	Denominación el Indicador	Unidad de medida	Programación Anual	I semestre 2026	% Cumplimiento	Responsable
OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	OEI 1.1	Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas	Porcentaje	70 %	69,85 %	99.78%	GERENCIA CENTRAL DE ATENCIÓN AL ASEGURADO
AEI 1.1 Cartera de servicios de atención primaria implantada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.	AEI 1.1.1	Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida priorizada	Porcentaje	10 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
	AEI 1.1.2	Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuenta con la cartera de servicios de salud de atención primaria aprobada	Porcentaje	10 %	21,05 %	100%	GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
	AEI 1.1.3	Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada	Número de días	21,8 médica	23.06 %	94.54%	GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES
			Número de días	19.7 no médica	19.04 %	100%	GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES
AEI 1.2. Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad	AEI 1.2.1	Porcentaje de extensión de uso	Porcentaje	54,8 %	35.52 %	64.82%	GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES
	AEI 1.2.2	Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna	Porcentaje	37,7 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES
	AEI 1.2.3	Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica	Porcentaje	61,0 %	61.79 %	98.71 %	GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES

Objetivo Estratégico Acción Estratégica	Código Indicador	Denominación el Indicador	Unidad de medida	Programación Anual	I semestre 2026	% Cumplimiento	Responsable
	AEI 1.2.4	Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil	Porcentaje	41,0 %	40,1 %	97.80%	GERENCIA CENTRAL DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
	AEI 1.2.5	Porcentaje de bienes estratégicos centralizados que mantienen una cobertura de stock entre dos y cuatro meses en las IPRESS	Porcentaje	Sin programación	Sin programación	Sin programación	CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DE BIENES ESTRATÉGICOS
	AEI 1.2.6	Porcentaje de bienes estratégicos estimados no centralizados que mantienen una cobertura de stock entre dos y cuatro meses en las IPRESS	Porcentaje	Sin programación	Sin programación	Sin programación	CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DE BIENES ESTRATÉGICOS
AEI 1.3. Prestaciones económicas otorgadas oportunamente con validación del derecho al pago hacia los asegurados	AEI 1.3.1	Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas con verificación de acreditación del derecho y validadas	Porcentaje	88 %	89,21 %	100%	GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS
AEI 1.4. Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad	AEI 1.4.1	Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de rehabilitación profesional colocadas laboralmente	Porcentaje	28,5 %	17,00 %	59.65%	GERENCIA CENTRAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR Y PERSONA CON DISCAPACIDAD
	AEI 1.4.2	Índice compuesto de la extensión de uso y bienestar emocional de las personas adultas mayores	Porcentaje	82,8 %	49,47 %	59.75%	GERENCIA CENTRAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR Y PERSONA CON DISCAPACIDAD
OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional	OEI 2.1	Ratio de liquidez (prueba ácida)	Número	1,2	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN FINANCIERA
AEI 2.1. Ingresos que garantizan el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.	AEI 2.1.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de recaudación anual por aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N.º 26790)	Porcentaje	100 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN FINANCIERA
	AEI 2.1.2	Porcentaje de recuperación de la deuda tributaria (contributivo) y no tributaria (reembolso)	Porcentaje	22,0 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN FINANCIERA

Objetivo Estratégico Acción Estratégica	Código Indicador	Denominación el Indicador	Unidad de medida	Programación Anual	I semestre 2026	% Cumplimiento	Responsable
	AEI 2.1.3	Rentabilidad de la reserva técnica obtenida	Porcentaje	4,8 %-6,0 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN FINANCIERA
	AEI 2.1.4	Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro	Porcentaje	≤ 85,0 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS
AEI 2.2. Implementar mecanismos de pago basados en un sistema de costos prestacionales estandarizado, que permitan una gestión eficiente y sostenible de los gastos en todos los niveles de atención.	AEI 2.2.1	Porcentaje de procedimientos médicos y hospitalarios que cuentan con costo aprobado	Porcentaje	42,8 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN FINANCIERA
AEI 2.3. Sistema de auditoría de seguros que garantice la optimización de la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.	AEI 2.3.1	Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento	Porcentaje	63 %	28,50 %	100	GERENCIA CENTRAL DE SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS
OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud	OEI 3.1	Porcentaje de avance de modernización de la gestión institucional	Porcentaje	100 %	23.61 %	23.61%	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
AEI 3.1 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la gestión por procesos y la gestión del conocimiento.	AEI 3.1.1	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de Separación de Funciones	Porcentaje	100,0 %	54,9 %	54.90%	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
	AEI 3.1.2	Porcentaje de ejecución del Plan de Implementación de la Gestión de Conocimiento	Porcentaje	Sin programación	Sin programación	Sin programación	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
AEI 3.2 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital.	AEI 3.2.1	Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital	Porcentaje	100%	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES
	AEI 3.2.2	Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (IMGCD-EsSalud)	Puntuación en escala	1,94	0,60	30.93%	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

Objetivo Estratégico Acción Estratégica	Código Indicador	Denominación el Indicador	Unidad de medida	Programación Anual	I semestre 2026	% Cumplimiento	Responsable
	AEI 3.2.3	Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital	Porcentaje	49%	49%	100%	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
	AEI 3.2.4	Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional	Porcentaje	15,0 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
AEI 3.3 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de mecanismos de integridad y gestión de riesgos..	AEI 3.3.1	Porcentaje de Implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud (EsSalud)	Porcentaje	100,0 %	20,75 %	20.75%	OFICINA DE INTEGRIDAD
	AEI 3.3.2	Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado	Porcentaje	10,0 %	0,0 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
	AEI 3.3.3	Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2	Porcentaje	12,6 %	0,00 %	0,00 %	OFICINA DE DEFENSA NACIONAL
AEI 3.4 Obras de infraestructura hospitalaria de ESSALUD culminadas para la mejora de la gestión institucional	AEI 3.4.1	Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en EsSalud	Acta final de recepción de obra	2	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
	AEI 3.4.2	Porcentaje de ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK	Porcentaje	90,0 %	19,85 %	22.06%	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
AEI 3.5Gestión Administrativa fortalecida mediante el cumplimiento del Plan Operativo Institucional	AEI 3.5.1	Porcentaje de actividades operativas del Plan Operativo Institucional de las dependencias del nivel central con ejecución óptima	Porcentaje	90,0 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
	AEI 3.5.2	Porcentaje de cumplimiento de los indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud	Porcentaje	90 %	27.22 %	30.30 %	GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES

Objetivo Estratégico Acción Estratégica	Código Indicador	Denominación el Indicador	Unidad de medida	Programación Anual	I semestre 2026	% Cumplimiento	Responsable
	AEI 3.5.3	Porcentaje de ejecución del presupuesto institucional	Porcentaje	94,0 %	45,1 %	47.98%	GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
OEI 4. Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional.	OEI 4.1	Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral	Porcentaje	35,0 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS
AEI 4.1 Talento humano institucional con bienestar integral y satisfacción laboral fortalecidos.	AEI 4.1.1	Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria	Porcentaje	70,0 %	0,0 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS
	AEI 4.1.2	Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el personal de EsSalud	Porcentaje	33,0 %	0,00 %	0,00 %	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS
	AEI 4.1.3	Porcentaje de colaboradores administrativos de la sede central calificados con buen rendimiento, según la normativa	Porcentaje	90,0 %	98,7 %	100%	GERENCIA CENTRAL DE GESTIÓN DE LAS PERSONAS

Fuente: Información remitida por los diferentes órganos de la institución, responsables del cumplimiento de los indicadores aprobados en el PEI 2026-2030