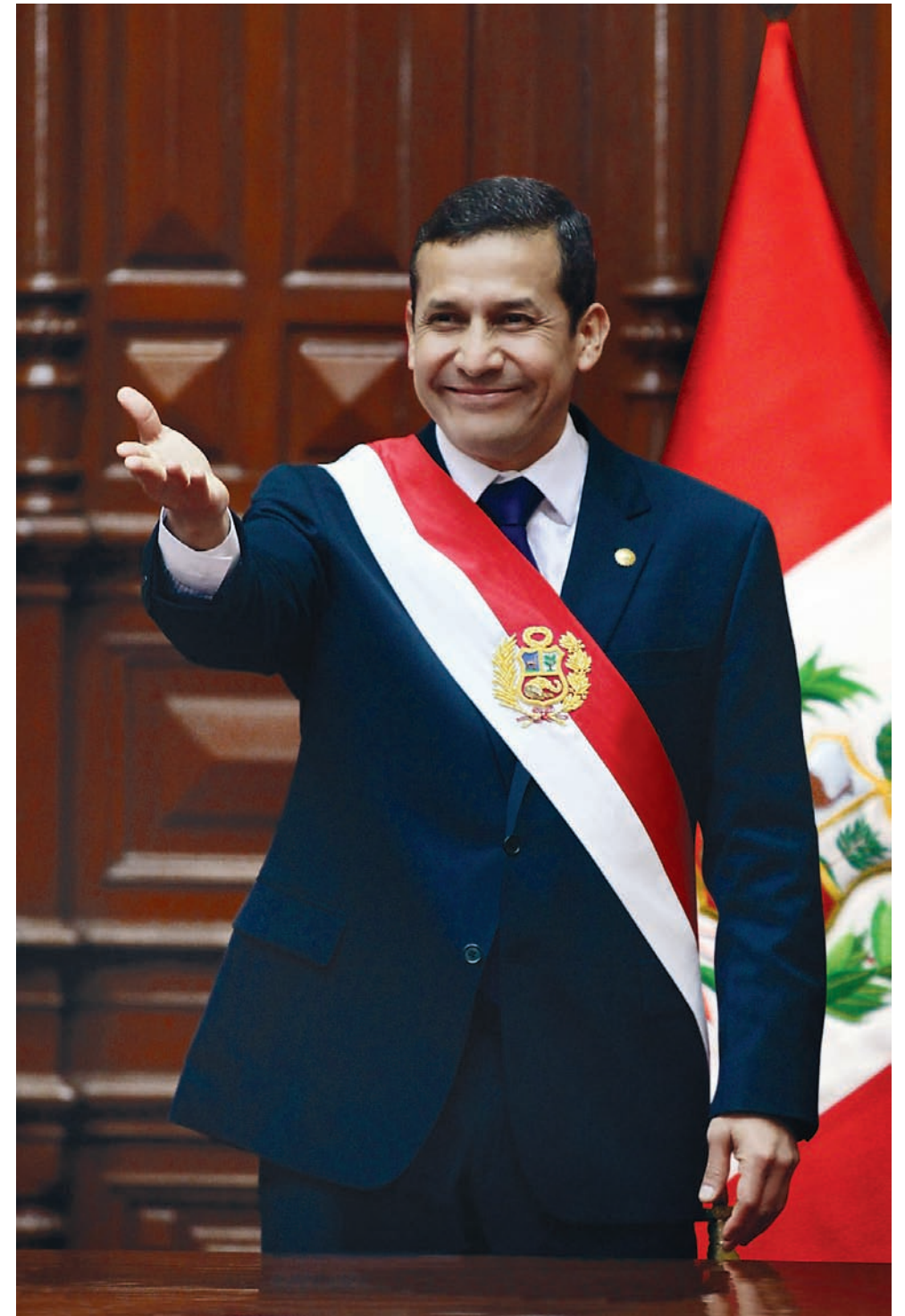


Plan Estratégico Institucional

2012-2016



Ollanta Humala Tasso
Presidente Constitucional de la República

Dr. Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra
Presidente Ejecutivo

Dr. José Gabriel Somocurcio Vílchez
Gerente General

CPC Hernán Martín Díaz Huamán
Jefe del Órgano de Control Institucional

Dra. Sylvia Elizabeth Cáceres Pizarro
Secretaria General

Dr. Rino García Carbone
Gerente Central de Prestaciones de Salud

Dr. Luis Vicente García Corcuera
Defensor del Asegurado

Econ. Gustavo Céspedes Garay
Jefe de la Oficina Central de Promoción y
de Administración

Dr. Javier Boyer Merino
Jefe de la Oficina Central de Promoción y
Gestión de Contratos de Inversiones

Dr. Mario Atarama Cordero
Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

Dra. Laura Luna Torres
Gerente Central de Logística

Econ. María Maraví Ticse
Gerente Central de Finanzas

Dr. Marcial Matheus Cabrera
Gerente Central de Prestaciones
Económicas y Sociales

Dr. César Carlín Chávarri
Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica

Ing. Marcelino Villaverde Aguilar
Jefe de la Oficina Central de Tecnologías
de Información y Comunicaciones

Dr. Leonardo Rubio Bazán
Jefe de la Oficina Central de Planificación
y Desarrollo

Lic. Felícita Alvarado Flores
Jefa de la Oficina de Relaciones
Institucionales

Dr. Jorge Alberto Suárez Galdós
Gerente de la Oficina de
Defensa Nacional

Asesores de la Presidencia Ejecutiva

Dr. Abdón Segundo Salazar Morán
Dra. Martha Carolina Acosta Zárate

Dra. Leslie Carol Zevallos Quinteros
Dr. Víctor Raúl García Torres

Equipo de formulación del Plan Estratégico 2012-2016

Oficina Central de Planificación y Desarrollo (OCPD)

Dr. Leonardo Rubio Bazán
Jefe de la OCPD

Dr. Juan Pablo Murillo Peña
Gerente de Planeamiento Corporativo

Econ. Pablo Best Bandenay
Gerente de Gestión Normativa y Procesos

Econ. Raúl Valdiviezo López
Subgerente de Información Gerencial

Dr. Hernán García Cabrera
Gerente de Planeamiento y Evaluación de
Inversiones

Dr. Daniel Pérez Illescas
Gerente de Desarrollo Institucional

CPC Leonor Chumbiriza Tapia
Subgerente de Planeamiento Estratégico

Dr. Roberto Espinoza Atarama
Director de Información General

Colaboración especial

Sr. Jaime Uriel Johnson Rebaza del Pino
Asesor externo de la Gerencia General



Consejo Directivo

Seguro Social de Salud, EsSalud

REPRESENTANTES DEL ESTADO

Dr. Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra
Presidente Ejecutivo

Dr. Harry John Hawkins Mederos
Representante del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Dr. Percy Luis Minaya León
Representante del Ministerio de Salud

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES

Sr. Antonio Gonzalo Garland Iturralde
Representante de la Gran Empresa

Sr. Pablo Manuel José Moreyra Almenara
Representante de la Mediana Empresa

Sr. Eduardo Francisco Iriarte Jiménez
Representante de la Pequeña y Microempresa

REPRESENTANTES DE LOS ASEGURADOS

Sr. Jorge Alberto Cristóbal Párraga
Representante de los Pensionistas

Sr. Guillermo Antonio Onofre Flores
Representante de los Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad Privada

Sr. Óscar Alarcón Delgado
Representante de los Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad Pública

Plan Estratégico Institucional

2012-2016



La teoría es gris, querido
amigo, mientras que verde es
el árbol de la vida.

Fausto, Friedrich Wolfgang Goethe

ÍNDICE

Página

Presentación	13
I Diagnóstico institucional	17
1. Contexto histórico de la seguridad social en el Perú	18
2. Marco filosófico y conceptual de la seguridad social	22
3. Situación institucional de EsSalud	23
3.1. <i>Análisis del entorno mundial</i>	23
3.2. <i>Análisis del entorno nacional</i>	26
3.3. <i>Situación financiera de EsSalud</i>	40
3.4. <i>Estado de salud de la población asegurada</i>	44
3.5. <i>Situación del acceso a los servicios y el trato a los asegurados</i>	51
4. Escenarios para el desarrollo del Plan Estratégico	55
II Plan Estratégico Institucional 2012-2016	59
1. Visión y Misión institucionales	60
2. Objetivos estratégicos 2012-2016 de EsSalud	62
3. Objetivos estratégicos, objetivos específicos, estrategias, indicadores y metas para el periodo estratégico 2012-2016	64
3.1 <i>Mapa estratégico-Cuadro de Mando Integral</i>	85
3.2 <i>Matriz estratégica-Cuadro de Mando Integral</i>	86
4. Anexos	93

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012-2016

Publicado por el Seguro Social de Salud - EsSalud, julio de 2012.

© Seguro Social de Salud - EsSalud
Av. Domingo Cueto 120, Jesús María
Lima, Perú
www.essalud.gob.pe

El presente Plan Estratégico de EsSalud fue aprobado por unanimidad en la décima sesión ordinaria del Consejo Directivo de EsSalud, de fecha 31 de mayo de 2012, por acuerdo N.º 23-10-ESSALUD-2012.



PRESENTACIÓN

Cuando en agosto del 2011 asumimos el desafío de conducir el Seguro Social de Salud, nos encontramos con una serie de brechas: una brecha de recursos humanos, por el marcado déficit de médicos y personal asistencial; una brecha financiera, debido al déficit de 451 millones de soles que nos dejó el gobierno anterior, sumada a la disminución de 704 millones de soles en aportes por el dispositivo que exonera de descuento para el seguro a las gratificaciones; otra brecha fue la de infraestructura, con una carencia o mal estado de más de 200 centros asistenciales del primer nivel de atención; una brecha ética, pues la falta de transparencia y corrupción reinó en el régimen previo, en particular, en el ámbito de los contratos firmados apresuradamente a pocos meses de culminar la gestión anterior y un retraso de 10 años en informática y comunicaciones.

Asimismo, un escaso avance en atención primaria de salud, con un modelo curativo-recuperativo predominante, problemas con el trato al paciente, una congestión crónica de las emergencias y un notable embalse quirúrgico. Todo ello en medio de una despreocupación por desarrollar y universalizar la seguridad social, como herramienta para lograr la inclusión social.

Frente a esta situación dramática del seguro, planteamos públicamente cuatro objetivos estratégicos que nos permitieran dar solución a la crisis encontrada:

1. Extender la cobertura de la seguridad social incluyendo a los trabajadores independientes e informales, combatiendo la evasión y la elusión, en la perspectiva de Seguridad Social para todos.
2. Brindar atención integral a los asegurados, mejorar el trato hacia ellos, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS.
3. Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social, mediante la auditoría financiera internacional y el estudio financiero-actuarial realizado por la OIT.
4. Implementar una gestión eficiente, en lucha permanente contra la corrupción y transparente, basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.

El Plan Estratégico nos ha permitido convertir estos objetivos en estrategias, indicadores y metas, con lo cual estamos provistos de elementos que harán posible que avancemos hacia el cierre de las brechas señaladas, así como medir tal avance a lo largo de los 5 años del período estratégico del plan.

El Plan Estratégico es, por esa razón, un valioso instrumento para lograr la visión y misión institucionales, mediante la formulación de estrategias y metas; es una herramienta de construcción del futuro institucional que los asegurados necesitan.

Por otro lado, tenemos el imperativo ético de responder a los valores, principios y tradición histórica de construcción de la seguridad social en el Perú. Asimismo, la necesidad de hacer realidad el principio de la Universa-

lización de la Seguridad Social, acorde con las necesidades y el derecho a la salud y a la seguridad social de la población, como parte de la política de inclusión social contenida en el Plan de Gobierno del Presidente Ollanta Humala Tasso, que invoca a los actores del proceso de planificación institucional el máximo esfuerzo de creatividad a fin de que los objetivos y estrategias se cristalicen en acciones y poder lograr una "Seguridad Social para todos".

La construcción de los derechos ciudadanos en salud y seguridad social es un notable reto. Por ello, estos derechos deben ser refrendados cotidianamente a partir de un serio compromiso con la calidad de la atención y un trato digno a los asegurados, lo que implica que nuestra institución desarrolle acciones acorde a la tradición y compromiso de servicio que tiene la Seguridad Social en nuestro país.

El Plan Estratégico promueve un fuerte compromiso con la sostenibilidad financiera de la institución, lo que implica, entre otras medidas, la realización del estudio actuarial, a cargo de la OIT, además de la auditoría financiera de la gestión institucional.

En el plan asumimos el compromiso de implementar una administración eficiente basada en la gestión por resultados y promoción de la meritocracia. Asimismo, le damos prioridad a las políticas de estado de lucha contra la corrupción, promoviendo la transparencia, la participación y vigilancia ciudadana, la rendición de cuentas a la Contraloría y al público en general, el fortalecimiento del control interno y la promoción de valores.

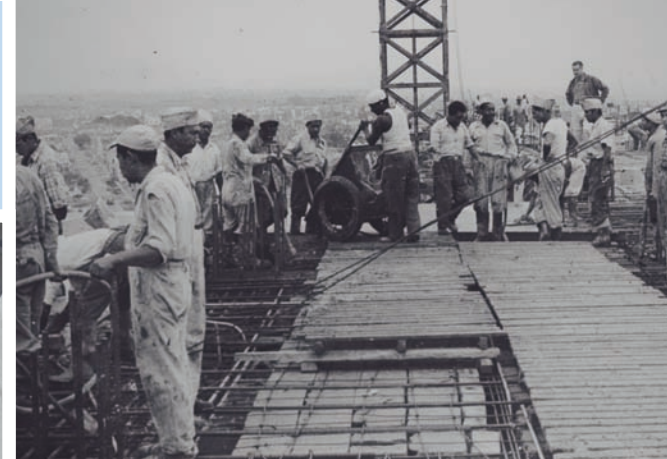
La elaboración del presente Plan Estratégico Institucional 2012-2016 se ha caracterizado por ser un proceso dinámico y participativo, que ha buscado incorporar las necesidades de la población asegurada, los avances en investigación, nuevas tecnologías e innovación y un enfoque en la gestión por resultados. Para ello, se analizaron los contextos internacional y nacional, la situación financiera de la institución, el estado de salud de la población asegurada, las prioridades sanitarias institucionales, el acceso de los asegurados a los servicios y el trato que se les brinda en la perspectiva de seguridad social para todos.

El proceso de planificación se llevó a cabo con la participación activa de la Alta Dirección, los responsables de cada uno de los órganos centrales, así como de las redes asistenciales, quienes presentaron sus propuestas.

Finalmente, es importante mencionar que son los profesionales y funcionarios, tanto de los órganos centrales como de los órganos desconcentrados, quienes serán los principales agentes para hacer realidad las propuestas del Plan Estratégico, por lo que invoco al estudio del mismo y al desarrollo de acciones que permitan su aplicación en los distintos ámbitos institucionales con creatividad y compromiso con el asegurado.

*El plan nos permitirá infundir color en la teoría gris,
al materializar sus objetivos y estrategias en acciones,
y logrará que la seguridad social para todos
sea aquel verde árbol de la vida de cada asegurado.*

Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra
Presidente Ejecutivo de EsSalud



I DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

1. Contexto histórico de la Seguridad Social en el Perú

La creación de la seguridad social en el Perú fue resultado de la confluencia de dos procesos:

Por un lado, hubo una fuerte corriente internacional de promoción de las primeras experiencias de seguros sociales en Europa, proceso que se aceleró luego de la Primera Guerra Mundial y la ocurrencia de la Gran Depresión de 1929. Jugó también un papel destacado la Organización Internacional del Trabajo (OIT), creada como consecuencia de la Conferencia de Paz de Versalles (1919), y que tiene como órgano supremo a la Conferencia Internacional del Trabajo, que promovió (en el período de 1919 a 1935) la implantación de sistemas de seguros sociales en el hemisferio occidental.

Por otro lado, en el plano nacional, los movimientos sindicales y políticos emergentes durante la década del veinte introdujeron en la agenda pública la necesidad de contar con sistemas de protección social en el país, demanda que fue recogida en el artículo 48.º de la Constitución Política del Perú de 1933, que prescribía que: "la ley establecerá un régimen de previsión de las consecuencias económicas de la desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte y fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorros y de seguros"¹.

En virtud de ello, el gobierno peruano, durante el año 1935, envió a Edgardo Rebagliati y Guillermo Almenara a estudiar la organización de los programas de seguridad social en Argentina, Chile y Uruguay.

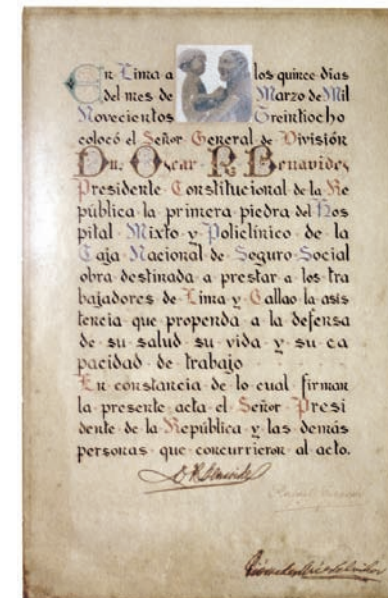
Creación del Seguro Social Obrero Obligatorio

El 12 de agosto de 1936, el presidente de la República, general Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N.º 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El seguro cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, brindaba prestaciones de "asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, servicio de farmacia y subsidios en dinero" (por enfermedad, maternidad, lactancia y defunción); así como pensiones de invalidez y vejez. La ley estableció una cotización del 8% (4.5% el patrono, 1% el Estado y 2.5% el asegurado) para los asegurados dependientes y para los facultativos también 8% (7% el asegurado y

1% el Estado) y 6% para los asegurados independientes (3.5% el asegurado y 2.5% el Estado). Con una cuota adicional del 2%, los asegurados obligatorios (asegurados dependientes e independientes) podían contratar con la Caja un seguro de familia para sus cónyuges e hijos menores de 14 años. Asimismo, dispuso una revisión actuarial cada 5 años.

El 23 de febrero de 1937 se promulgó la Ley 8509, que modificó la tasa de aportaciones a través de los cálculos de un primer ajuste matemático actuarial que estableció un porcentaje de aporte de 3.5% del empleador, 1.5% el asegurado y un 1% el Estado, totalizando un 6%. En general, el seguro cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Los trabajadores asegurados tenían derecho a una pensión de vejez, cumplidos los 60 años y habiendo cotizado 20 años.

El 10 de febrero de 1941 inició sus actividades el primer hospital de la Caja Nacional del Seguro Social, con el nombre de Hospital Mixto y Policlínico de Lima, y fue su primer director el Dr. Guillermo Almenara Irigoyen, cuyo nombre lleva el hospital a partir de 1981.



Creación del Seguro Social Obligatorio del Empleado

El 19 de noviembre de 1948, durante el gobierno del general Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N.º 10902 que creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado, con la misma cobertura de prestaciones que el Seguro Obrero. A inicios del año 1949, se promulgó el Decreto Ley N.º 10941 que estableció el porcentaje de aportaciones de 5% (3% empleadores, 1.5% empleados y 0.5% el Estado).

Fusión de los seguros en el Seguro Social del Perú

Con la llegada al Gobierno del general Juan Velasco Alvarado, se inicia un proceso de fusión progresiva de los seguros del obrero y el empleado. El 1º de mayo de 1973 se promulgó el Decreto Ley N.º 19990 que fusionaba los diferentes regímenes de pensiones



existentes. El 6 de noviembre de 1973 mediante el Decreto Ley N.º 20212 se creó el Seguro Social del Perú, que fusionaba los ex seguros sociales Obrero y del Empleado en un único organismo administrativo.

El Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú fue creado el 27 de marzo de 1979, por el Decreto Ley N.º 22482, el cual estableció una tasa de aporte para los asegurados obligatorios de 7.5%. La segunda disposición transitoria del Decreto Ley N.º 22482 estableció la necesidad de un estudio matemático-actuarial, que se realizó con el apoyo de la OIT, el cual elevó la tasa de aportación al 9% y permitió el saneamiento económico del Seguro Social. De otro lado, este dispositivo configura una nueva cartera de servicios, incorporando las prestaciones preventivo-promocionales, la educación sanitaria y las prestaciones económicas.

El Instituto Peruano de Seguridad Social

El 29 de diciembre de 1987 se promulgó la Ley 24786, Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social. En esta norma se establece que el IPSS "...es una institución autónoma y descentralizada, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable..." y que "Los estudios actuariales de los diferentes regímenes



de seguridad social que administra el IPSS se realizarán con la periodicidad que sea necesaria y obligatoriamente cada tres años".

En la década de los 90, el Estado, a través del Decreto Ley N.º 25897, crea el Sistema Privado de Pensiones y, posteriormente, el 6 de diciembre de 1992, crea por Decreto Legislativo la Oficina de Normalización Previsional, como entidad encargada de administrar todos los regímenes de pensiones, quedando el IPSS solamente a cargo de las prestaciones de salud, las prestaciones sociales y las prestaciones económicas.

Creación del Seguro Social de Salud

El 15 de mayo de 1997 se dicta la Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social. Su reglamento fue aprobado por Decreto Supremo N.º 009-97-SA.

El 30 de enero de 1999 se promulga la Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que precisa sus funciones, organización, administración y prestaciones. Respecto a las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD), el artículo 3.º de la citada ley establece que son de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas, así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca EsSalud dentro del régimen de libre contratación. Con la Ley N.º 27056, se termina de configurar el marco normativo que rige actualmente a la institución.

Decisiones críticas para la seguridad social

En los últimos 20 años se han tomado decisiones que han afectado críticamente a la seguridad social:

- Las aportaciones para pensiones se privatizaron vía las AFP (32 mil millones de soles de 1998).
- Se pasó del carácter autónomo de la seguridad social de la Constitución de 1979 a la autonomía con rango de ley de la Constitución de 1993.
- Reducción del 2.25% de los aportes, destinados a las EPS.
- Se exoneró a las gratificaciones del aporte a la seguridad social en salud (S/. 704 millones anuales).

2. Marco filosófico y conceptual de la seguridad social

El marco filosófico de la propuesta de Seguridad Social Universal para todos establece básicamente los siguientes criterios:

- El enfoque de Seguridad Social Universal en Salud está basado en los derechos humanos y en la responsabilidad política de los Estados para la garantía de su ejercicio pleno.
- Los principios que lo guían son la solidaridad, la universalidad, la igualdad, la unidad, la integralidad y la autonomía.
- La sostenibilidad debe estar planteada de la siguiente manera: "De cada quien según su capacidad y a cada quien según su necesidad".

Las corrientes filosóficas que han sido contrarias a estos criterios han centrado la respuesta frente a la salud en un rol subsidiario del Estado, dejando en manos del mercado la atención de las necesidades. Este enfoque basa la salud y la seguridad social en el paradigma biomédico de la atención de la enfermedad.

Marco de los derechos humanos

Universalidad

- Todas las personas tienen derecho a la seguridad social y a la salud.
- La seguridad social y la salud son derechos humanos protegidos por la Declaración Universal de Derechos Humanos y los pactos internacionales suscritos por el Estado Peruano.
- No es aceptable que una persona vea quebrantada su calidad de vida, esté en peligro de muerte o tenga enfermedades curables y que no se disponga de recursos para procurarle asistencia.
- Existe un imperativo ético, moral y humanitario de defensa de la seguridad social, la vida y la salud de todas las personas.

Integralidad

- La seguridad social y la salud requieren un conjunto de condiciones que permitan disfrutar de un completo estado de bienestar físico, mental y social.
- La seguridad social y la salud tienen relación con el desarrollo, por lo que deben eliminarse todas las condiciones que incrementan la exclusión, la discriminación, la inequidad y pobreza. Mirar la salud desde los determinantes sociales.
- Promover la salud, prevenir el daño, es mejor que curar.
- Cuando se tiene un padecimiento, la respuesta del sistema debe de abordar el daño y las condiciones, tanto de carácter individual como social, que posibilitaron su existencia.

Dignidad

- Seguridad social y salud con respeto a la persona y sus derechos, trato digno, información y garantías a la participación de los ciudadanos.
- Eliminar todas las formas de discriminación y exclusión en el acceso a la seguridad social y la salud.

3. Situación institucional de EsSalud

El diagnóstico de la situación institucional actual sirvió de base para identificar los grandes problemas que afectan el desenvolvimiento de EsSalud y que representan oportunidades para el mejoramiento del desempeño. Estos problemas están siendo abordados en el presente Plan.

3.1 Análisis del entorno mundial

La más grande crisis del sistema financiero internacional afecta de manera directa la operación de los sistemas de salud del mundo², incluso en los países de la zona Euro (Ej. España, Italia)³. Ello tiene una expresión en medidas que expresan un complejo escenario regresivo, en algunos sistemas de salud de países desarrollados^{4,5}, los cuales son concurrentes con un escenario de ineficiencia y falta de sostenibilidad financiera de los sistemas de salud del primer mundo; además de la emergencia de nuevos problemas sanitarios y respuestas distintas desde la oferta asistencial,

2 Organización Mundial de la Salud. *La Crisis Financiera y la Salud Mundial*. Informe de la Reunión Consultiva de alto nivel de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 19 de enero del 2009.

3 Repullo J. "Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: Sólo si nos comprometemos todos". *Revista de Calidad Asistencial* 2011; 26(1):1-4

4 Mc Kee, M; Stucker, D. "The Assault on Universalism". *British Medical Journal*; 2011; 343:d 7973.

5 Navarro V. "El Error de las políticas de austeridad, recortes incluidos en la sanidad pública". *Gaceta Sanitaria* 2012, 26 (2):174-175.

por la disponibilidad de nuevas tecnologías y nuevas formas de organización de los servicios de salud⁶. El contexto internacional nos muestra que el principal desafío de los sistemas de salud en los países emergentes es su sostenibilidad en un contexto en el que el desarrollo tecnológico y los nuevos escenarios económicos y demográficos mundiales nos obligan a introducir cambios orientados a atender nuevas demandas sociales que se suman a las ya existentes.

La lección importante a extraer como país, en este escenario recesivo para bloques económicos importantes como el de la Unión Europea y Estados Unidos (motor económico mundial), es saber de qué manera y cómo influyen las crisis económicas sobre la salud de la población en general y en específico asegurada y, sobre todo, en ciertos grupos más vulnerables (niños, ancianos, etc.). Por tanto, es necesario diferenciar los efectos a corto y largo plazo, a su vez entre efectos directos e indirectos, y entre consecuencias reversibles e irreversibles que producen las crisis económicas. Como ejemplo, tomemos el estado de salud de las personas de la tercera edad hoy, se puede deber a privaciones de la infancia.

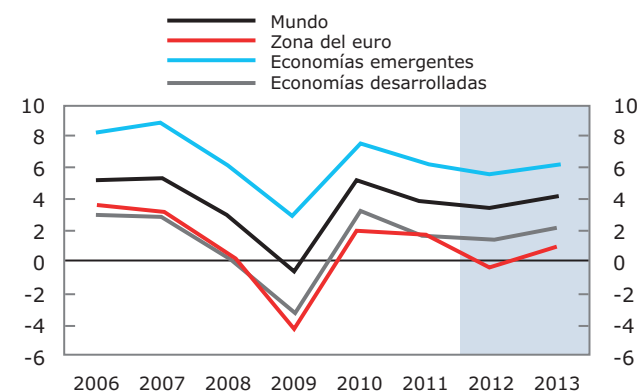
En el caso particular, los efectos de las crisis económicas en el contexto de los sistemas de salud, se encuentran vinculados al contexto institucional y a la vertebración de la sociedad civil. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la seguridad social. Esto último, es lo que de alguna forma afectaría a la institución y sus asegurados.

Especial consideración nos merecen los efectos de la crisis económica, sobre las personas y las familias, de un lado; y los efectos sobre los gobiernos, instituciones de seguridad social y las políticas que afectan a las personas, por otro; además de los efectos sobre el reparto de la riqueza y las desigualdades sociales.

En el entorno descrito líneas arriba, las políticas macroeconómicas adoptadas por nuestro país en el ámbito monetario y fiscal permitirán enfrentar con relativa solvencia el shock externo para asegurar un potencial crecimiento del PBI en el 2012, que fluctuaría entre 5% y 6%. Según proyecciones del Fondo Monetario Internacional (FMI), las economías emergentes, dentro de las cuales

se encuentra el Perú, explicarían el crecimiento mundial, tal como se observa en la gráfica:

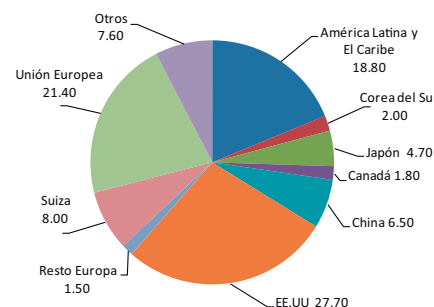
Crecimiento del PBI real mundial
(Variación porcentual anual)



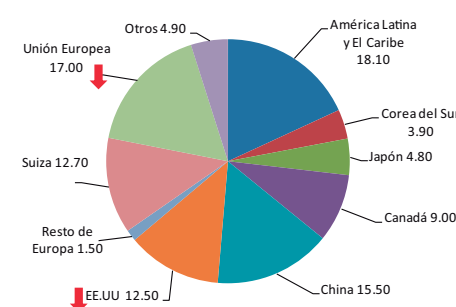
Fuente: FMI, Perspectivas de la economía mundial

Uno de los fundamentos, que permite reducir la vulnerabilidad del Perú frente al shock externo, viene dado por la diversificación de nuestras relaciones comerciales, que al diversificar nuestra cartera de socios y además la estructura porcentual del comercio exterior, atenuarán el impacto de esta crisis europea, tal como se muestra en la gráfica:

Exportaciones por Destino, 2000
(% del total)



Exportaciones por Destino, 2011
(% del total)



Fuente: BCRP

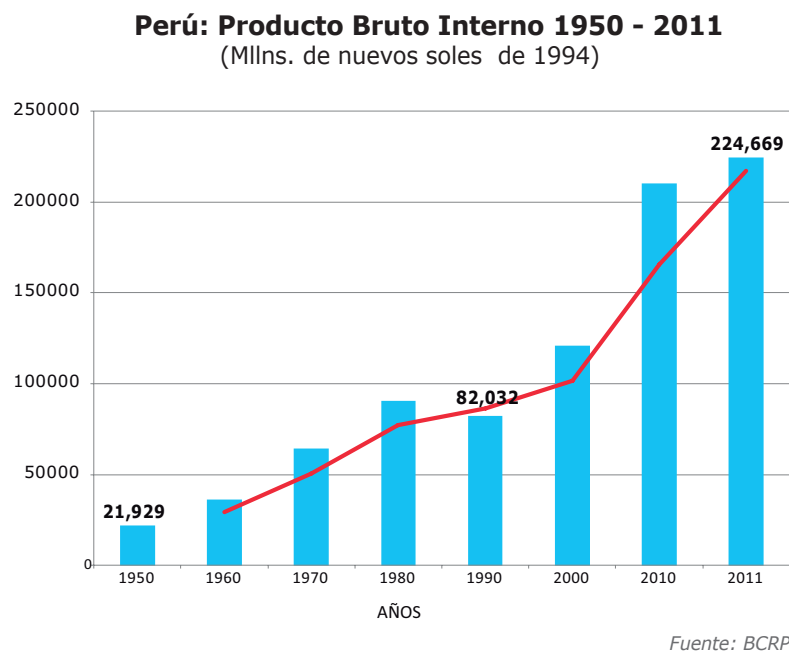
3.2 Análisis del entorno nacional

En el análisis del entorno nacional se han identificado los siguientes procesos:

- Escenario económico: Tendencia sostenida de crecimiento económico. Posibilidad de desaceleración del crecimiento económico y emergencia de políticas públicas contracíclicas (Marco Macroeconómico Multianual 2012-2014 Ministerio de Economía y Finanzas).
- Despliegue de políticas públicas orientadas al logro de una mayor inclusión social.
- Servicios de salud fragmentados en varias instituciones (Minsa, gobiernos regionales, EsSalud, sanidades de las FF.AA., de la Policía Nacional y del sector privado). Existencia de eventos sanitarios continentales emergentes y reemergentes (sarampión, dengue, TBC, VIH/SIDA). Previsión de un Fenómeno del Niño mayor para el periodo.

3.2.1 Escenario de crecimiento económico

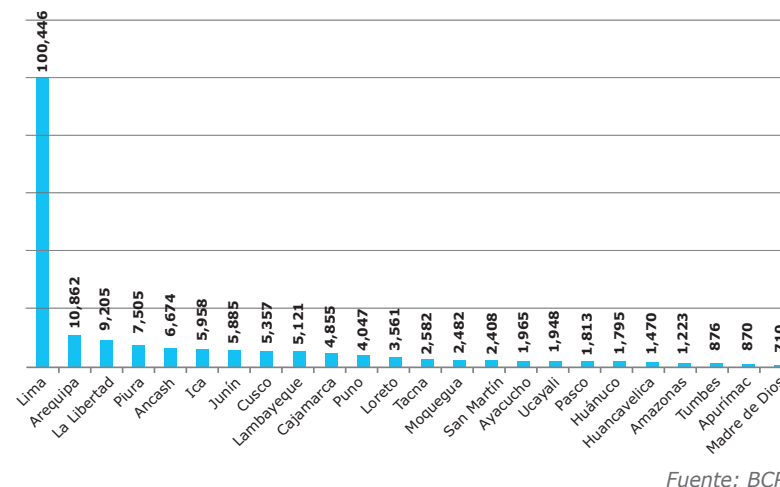
Un elemento fundamental para entender el actual escenario del Seguro Social en el Perú es el análisis del momento económico que vive el país. En ese sentido, estamos en la segunda etapa de un ciclo de crecimiento de aproximadamente 20 años, tal como se observa en el siguiente gráfico:



De acuerdo a lo observado, las tasas promedio de incremento del Producto Bruto Interno (PBI) para los periodos 1991-2000 y 2001-2010, ascienden a 4.26% y 5.7%, respectivamente. Se puede decir que el Perú casi triplicó su Producto Bruto Interno en las últimas dos décadas, pasando de S/. 82,032 a S/. 224,669 millones de nuevos soles constantes a precios de 1994, entre los años 1990 y 2011.

Como sucede en economías en desarrollo como la peruana, el incremento del PBI por espacio geográfico no es uniforme y se concentra en determinados centros, como es el caso de Lima y Callao, donde se ubica el 53% de la riqueza creada en el país:

Perú: Producto Bruto Interno departamental (MlIs. de nuevos soles de 1994)

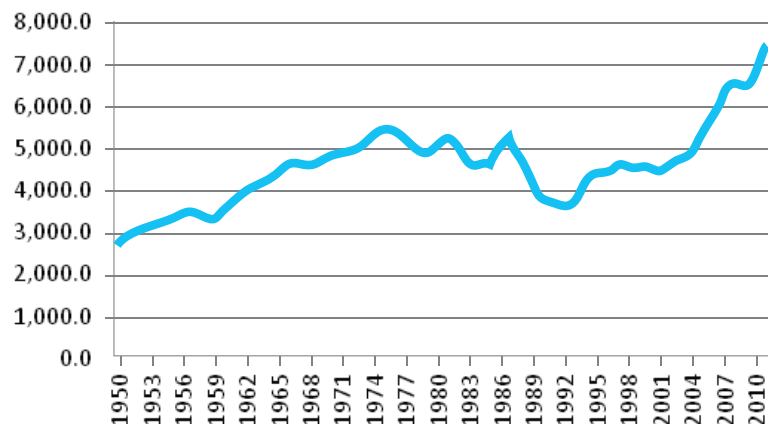


Como se aprecia, la mayor creación de riqueza del país (PBI) se da en Lima y Callao y, por ende, la mayor parte del crecimiento se concentra en esta región. Bastante más lejos en la creación de riqueza, se encuentran otros departamentos como Arequipa, La Libertad, Piura, Áncash e Ica, entre otros que registran incrementos en su PBI, pero están muy lejos de los niveles de concentración de la capital, lo que nos muestra una notable desigualdad en la incorporación de departamentos a la dinámica económica y a la distribución territorial del crecimiento.

El crecimiento de la economía ha elevado el PBI per cápita de los peruanos, lo que refleja una distribución promedio de la riqueza creada. En los últimos años, el crecimiento del PBI per cápita peruano supera los valores históricos alcanzados en la última mitad del siglo XX. En el año 1991, el PBI per cápita equivalía a S/. 3,772.3 nuevos soles cons-

tantes (1994); para el año 2007 ya casi se había duplicado, pasando a S/. 6,123.4 nuevos soles de 1994. En el año 2011 superó los S/. 7,500 nuevos soles de 1994:

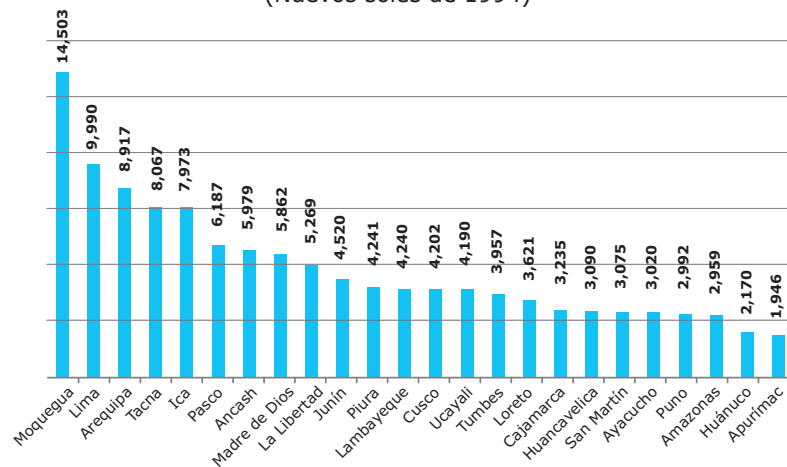
Perú: PBI per cápita 1950-2011
(Nuevos soles de 1994)



Fuente: BCRP

Sin embargo, este crecimiento no es de manera igual a nivel departamental, por lo que podemos observar importantes diferencias entre las regiones del país:

Perú: PBI per cápita departamental 2010
(Nuevos soles de 1994)

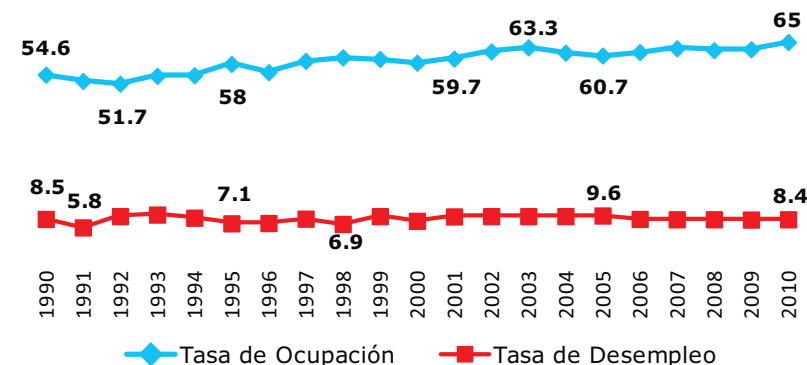


Fuente: INEI

Como se aprecia, para el año 2010 existen enormes disparidades entre el PBI per cápita departamental de Moquegua (S/.14,503), Lima (S/. 9,990) y Arequipa (S/. 8,917), respecto a los departamentos de Amazonas (S/. 2,959), Huánuco (S/. 2,170) y Apurímac (S/. 1,946). Si bien las cifras reflejan valores promedios, las disparidades tienen un impacto en los departamentos más pobres, tanto en la economía de las familias, como en el acceso a los servicios públicos.

El crecimiento de la economía ha traído como consecuencia un incremento sostenido en el empleo, lo que se evidencia a través de la tasa de ocupación y la absorción de la Población Económicamente Activa (PEA) que se incorpora anualmente al mercado laboral.

Evolución de las tasas de Ocupación y Desempleo, 1990-2010



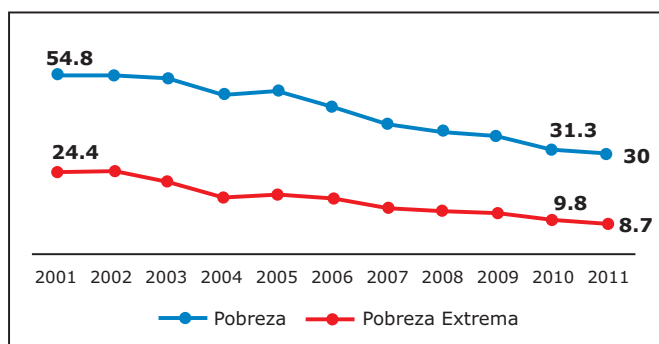
Fuente: INEI

Tal como se señala líneas arriba, la PEA adecuadamente empleada ha tenido un incremento importante, lo que explica el crecimiento de los asegurados a EsSalud. En 1990, el porcentaje de la PEA adecuadamente empleada alcanzaba el 18.6%. Sin embargo, ya en 1999 se había recuperado a un 48.5%⁷. Para el año 2010, el INEI reportó que el 95.9% de la PEA se encontraba ocupada y que el 42.8% de la PEA presentaba empleos adecuados⁸.

7 Lam, J. Empleo Perú. Serie Gestión Pública. ILPES, Santiago de Chile, 2002, páginas 15-17.
8 Corzo, V. Principales Indicadores del Empleo en el Perú. Mintra, 2010

Otro de los efectos que ha generado el crecimiento económico es el de la reducción de la pobreza total y la pobreza extrema, a lo largo de la fase de crecimiento:

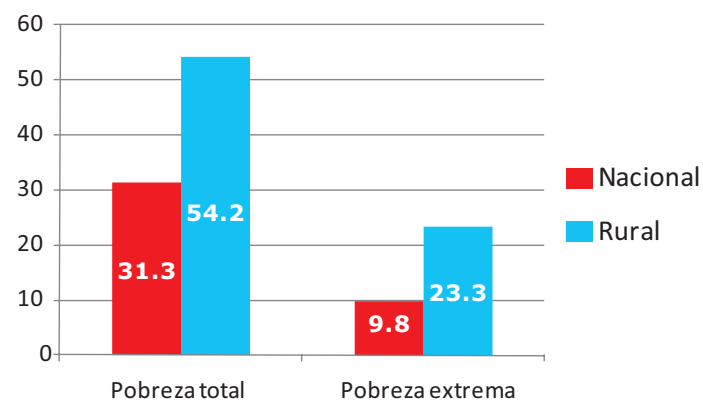
Tasa Pobreza
(% de la población total)



Fuente: INEI

Pero, a pesar de los avances en la reducción de la tasa de pobreza total y extrema, aún persisten desigualdades en los ámbitos rural y urbano, especialmente en este último, como se evidencia en el gráfico siguiente:

Pobreza total y pobreza extrema 2010 Nacional vs. Rural
(% de la población)

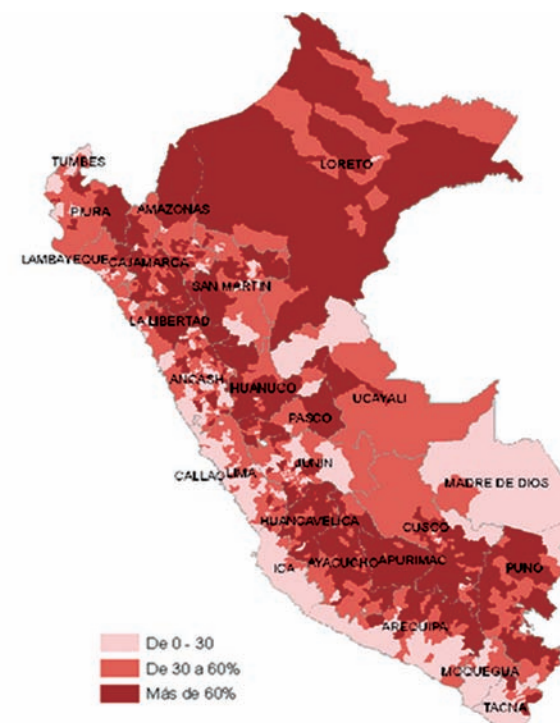


Fuente: MEF



Esta distribución de pobreza se evidencia de manera geográfica. Todo ello apunta a la necesidad de reducir las desigualdades incluyendo a la población menos favorecida:

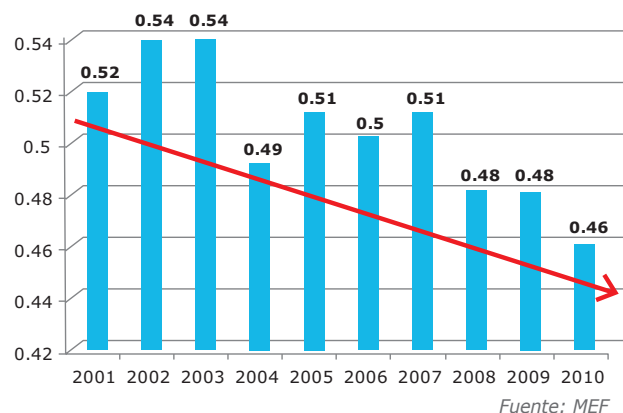
Pobreza total por distritos
(% de la población)



Fuente: INEI

En términos más agregados y, por ende, en términos promedio, se evidencia en este último decenio una tendencia a la reducción de las disparidades, medidas a través del coeficiente de Gini, el cual permite identificar la mayor (hacia 1) y menor (hacia 0) desigualdad en la distribución de la riqueza del país:

Perú. Tendencia a la evolución de coeficiente de Gini 2001-2010



Si bien el gráfico denota una tendencia sostenida en la reducción de las desigualdades vía el coeficiente de Gini, todavía persisten notorias disparidades entre los distintos sectores de la población distribuidos por nivel de ingreso, tal como se aprecia en la tabla, a continuación:

Ingreso Promedio per cápita por Decil (Nuevos soles de 2001)		
Decil	2005	2010
1	53.60	80.20
2	93.00	139.00
3	125.30	190.80
4	160.80	245.20
5	202.40	306.50
6	253.50	376.70
7	319.60	464.70
8	412.90	588.90
9	568.60	789.00
10	1,451.60	1,732.10

Fuente: INEI

Como se observa, si bien hay una mejora en los diferentes grupos de ingreso, la distancia entre el decil de mayores ingresos promedio (1,732 soles al 2010) respecto al de menores ingresos (80 soles al 2010) es significativa, de 21.6 a 1; lo cual, además de ser expresión de

desigualdad, es un obstáculo para un desarrollo sostenible, lo que hace necesario ingresar a un segundo período de políticas públicas orientadas al sostenimiento del proceso de crecimiento, con la priorización de una mayor inclusión y una reducción de las inequidades.

En el sentido de lo expresado anteriormente, es que el Estado Peruano, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, ha planteado el siguiente lineamiento de políticas que conduzcan a la reducción de las desigualdades^{9,10}.

- Política contracíclica frente al deterioro del ambiente externo
- Estabilidad macroeconómica y eficiencia en la gestión de las finanzas públicas.
- Igualdad de oportunidades.
- Empleo de calidad, seguridad social y acceso al capital.
- Desarrollo regional territorial equilibrado.
- Expansión de la infraestructura básica y de las tecnologías de información y comunicaciones.
- Aprovechamiento sostenible de los recursos naturales.
- Estado que facilita la inversión y el desarrollo empresarial formal.
- Productividad basada en la innovación: Producción diversificada, de calidad y de alto valor agregado.
- Capacidad para competir exitosamente en el mercado internacional.

En lo referente a las políticas de salud, el Plan Bicentenario¹¹ establece el marco de las políticas públicas del Estado al 2021, con el fin de alcanzar los siguientes objetivos:

- Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el aseguramiento universal en salud.
- Descentralizar los servicios de salud y garantizar el acceso universal a la atención de salud, a la seguridad social y a los servicios de agua potable y saneamiento básico, priorizando a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad y adoptando un enfoque de interculturalidad.
- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de los niños entre 0 y 5 años.
- Fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y la drogadicción.
- Establecer la normativa para proteger la salud ambiental y fiscalizar su cumplimiento.
- Promover la ampliación de la cobertura de la seguridad social en materia previsional a nivel nacional.

9 Ministerio de Economía y Finanzas. Marco Económico Multianual 2012-2014. Aprobado en Sesión del Consejo de Ministros del 25 de mayo del 2011.

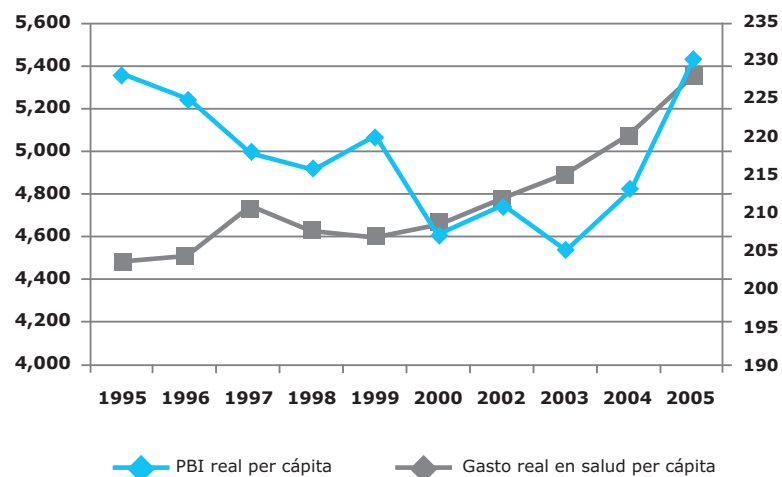
10 Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Lineamientos Básicos de la Política de Desarrollo e Inclusión Social. 2011

11 Plan Bicentenario. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, Lima 2011.

3.2.2 Crecimiento económico y sector salud

El crecimiento ha tenido consecuencias importantes en diversos aspectos de la problemática de salud del país. Por un lado, la mejora en los ingresos y la expansión del acceso a los servicios públicos se han expresado en un incremento del gasto en salud, el cual se puede observar en el gráfico siguiente:

Perú. Evolución del gasto en salud y el Producto Bruto Interno per cápita 1995-2005 en soles constantes



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud y Banco Central de Reserva del Perú

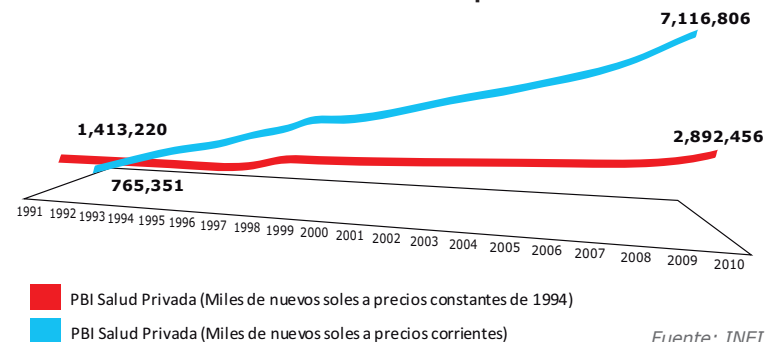
Como se puede apreciar, claramente, el incremento del PBI per cápita tiende a elevar el gasto en salud per cápita; sin embargo, a pesar de ello, todavía el gasto en salud como porcentaje del PBI peruano es de alrededor del 5.4%, mientras que el promedio latinoamericano se encuentra entre el 9 y el 11% como porcentaje del gasto en relación al PBI per cápita¹².

En ese sentido, la evidencia muestra que el gasto de bolsillo de los hogares es la principal fuente de financiamiento del sistema de salud peruano, aunque su tendencia ha ido decreciendo con el tiempo¹³. Esto se ve reflejado en el crecimiento del PBI de la salud privada, tal como se muestra en el gráfico siguiente, el gasto privado asciende a más de S/. 7,116 millones de nuevos soles a precios corrientes y S/. 2,892 millones de nuevos soles a precios de 1994.

12 Petrer, M. "Algunas reflexiones en torno a las cuentas nacionales de salud del Perú". Rev. Per. Med. Exp. Salud Pública, 2009; 26(2):248-250

13 Alarcón, EG. *Financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud: Experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú*. Bethesda, 2009.

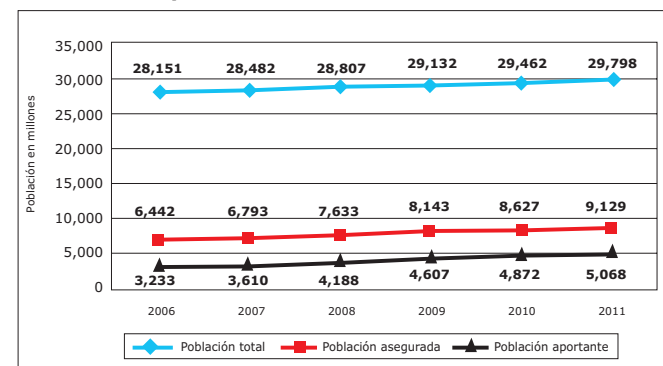
Perú. Evolución del PBI de la salud privada. 1991-2010



Fuente: INEI

Aproximadamente el 30% del financiamiento del gasto en salud¹⁴, según las cuentas nacionales en salud, corresponde a los empleadores a través del aporte obligatorio al Seguro Social; ello, en un escenario de expansión del empleo formal, se traduce en un incremento significativo de la población asegurada, la cual se muestra en el gráfico siguiente:

Población General / Población Asegurada / Población Aportante. ESSALUD 2006 - 2011



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Porcentaje de Asegurados respecto a la población total del país	22.9%	23.8%	26.5%	28.0%	29.3%	30.6%
Porcentaje de Asegurados respecto a la población total del país	11.5%	12.7%	14.5%	15.8%	16.5%	17.0%

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento Asegurados aportantes a Diciembre 2001.
Nota: Aportantes son los titulares (Activos + Pensionistas)

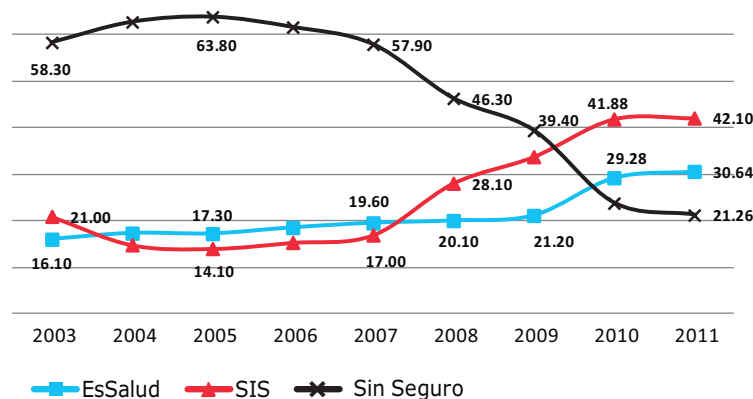
Como se observa, la población asegurada total se incrementó en el último quinquenio en un 41%, alcanzando los 9'129,000 asegurados, lo que equivale al 30.6% de la población del país. Los aportantes ascienden de 3'233,000 a 5'068,000, lo que representa un incremento del 56%. Ambas cifras nos muestran que EsSalud está alcanzando otra etapa de desarrollo, propia de un país con una economía emergente de ingresos medios.

14 CIES, Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales del Perú. Ministerio de Salud, Lima 2008.

Un elemento significativo de la respuesta del Estado frente a la demanda de atención de servicios de salud ha sido la expansión de la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS). La evolución de los sistemas de seguros públicos en el Perú se presenta a continuación:

Perú. Evolución de la cobertura de los sistemas de seguros públicos. 2003-2011

Cobertura de los seguros (%)



Fuente: ESSALUD-INEI-SUNASA

En ese sentido, se puede plantear que el hecho relevante del último decenio es la expansión de los sistemas de seguros, con el incremento de su cobertura; tal es así que la población asegurada en EsSalud representa el 30.6% de la población, mientras que el Minsa -a través del SIS- ha ampliado su cobertura a 42.1% de la población, con énfasis en las zonas rurales del país¹⁵. Otro tipo de aseguramiento representa el 6% de la población, quedando un 21.2% de la población sin seguro, según datos de INEI y Sunasa.

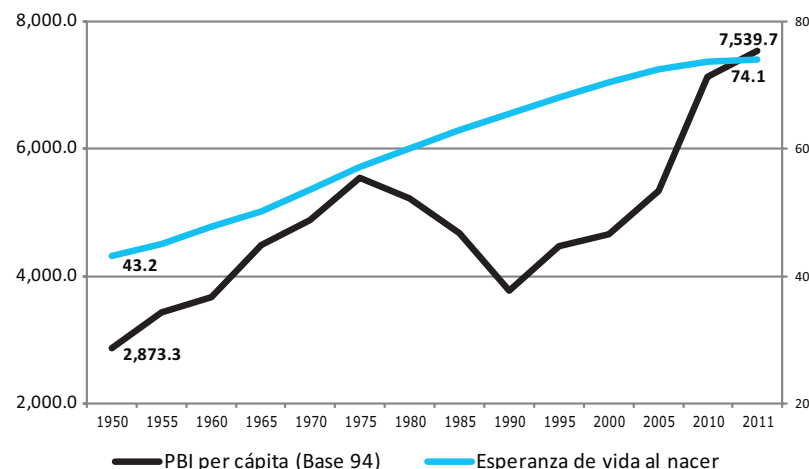
Sin embargo, es importante señalar que la ampliación de la cobertura del SIS se ha realizado a expensas de un limitado presupuesto -en el año 2010 ascendió a 503 millones de soles- y a un incremento progresivo de sus planes de beneficios. Esta limitación en el financiamiento del seguro público se ve agravada por la organización del Sistema de Salud, que se caracteriza por su elevado nivel de fragmentación (Minsa, gobiernos regionales, EsSalud, sanidades de las FF.AA. y Policía Nacional, sector privado) y limitada sinergia sectorial¹⁶.

15 Seguro Integral de Salud-Gerencia de Operaciones. *Evaluación del efecto del Seguro Integral de Salud en los Indicadores de Salud Pública y Gasto de Bolsillo 2002-2009*. Lima, 2011.

16 Alcalde, RJ; Lazo, GO; Nigenda, G. "Sistema de Salud del Perú". Salud Pública de México, 2011, (53) Suppl 2:S243-S254.

En términos de los resultados de salud, no solo debemos ver el nivel de renta per cápita, si no la distribución del mismo, pues para el caso de los países como el Perú, esta distribución determina el nivel de salud de la población^{17,18,19}. Esto es, a medida que los países crecen económicamente, la esperanza de vida aumenta de forma no lineal, siguiendo lo que se conoce como la ley de rendimientos decrecientes^{20,21}, y es, justamente, que las desigualdades en el ingreso (renta) dentro de los países contribuyen a explicar sus diferencias a través de algún indicador de salud (mortalidad, morbilidad, esperanza de vida al nacer, etc.).

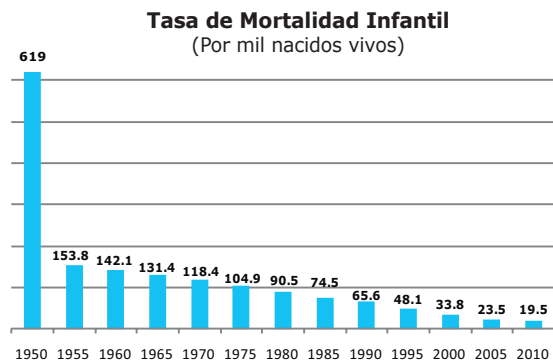
Perú: PBI per cápita y esperanza de vida al nacer



Fuente: INEI, BCRP.

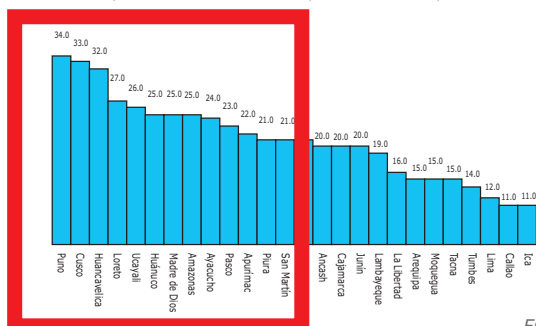
- 17 Lynch, J; Smith, GD; Harper, S, et al. "Is income inequality a determinant of population health?" Part 1. "A systematic review". *Milbank, G Q.* 2004;82:5-99.
- 18 Babones, SJ. "Income inequality and population health: correlation and causality". *Soc Sci Med.* 2008;66:1614-26.
- 19 Leigh, A; Jencks, C; Smeeding, TM. Health and economic inequality. En: Salverda WNB, Smeeding TM, editors. "The Oxford Handbook of Economic Inequality". Nueva York: Oxford University Press; 2009. p. 384-406.
- 20 Preston, SH. "The changing relation between mortality and level of economic development". *Popul Stud (Camb).* 1975;29:231-48.
- 21 Rodgers, GB. "Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis". 1979. *Int J Epidemiol.* 2002;31:533-8.

Lo explicado previamente, se evidencia para el caso peruano en el crecimiento del PBI y reducción de mortalidad y otros indicadores que a continuación se presentan:



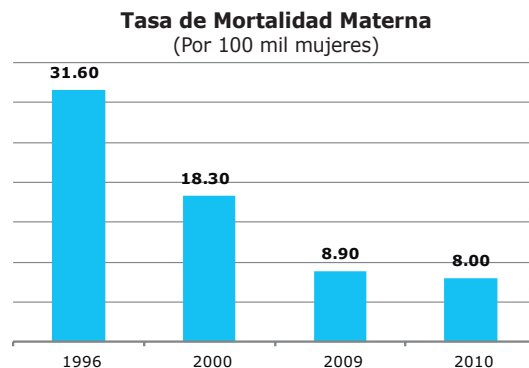
Fuente: INEI

PERÚ: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, POR DEPARTAMENTO, 2005 - 2010
(Defunciones de menores de 1 año por 1000 nacidos vivos)



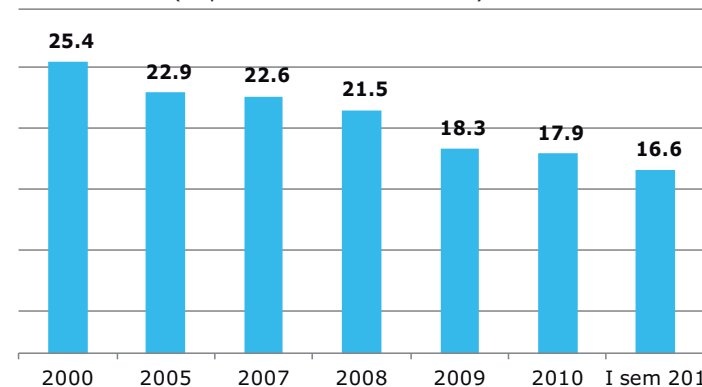
Fuente: INEI

En la línea de lo expresado, las desigualdades persisten todavía en esta fase del crecimiento económico, por lo que se requiere luchar contra las desigualdades que evidenciamos a nivel de grupos socioeconómicos y regionales.



Fuente: INEI

Disminución de la desnutrición crónica
(% población infantil < 5 años)

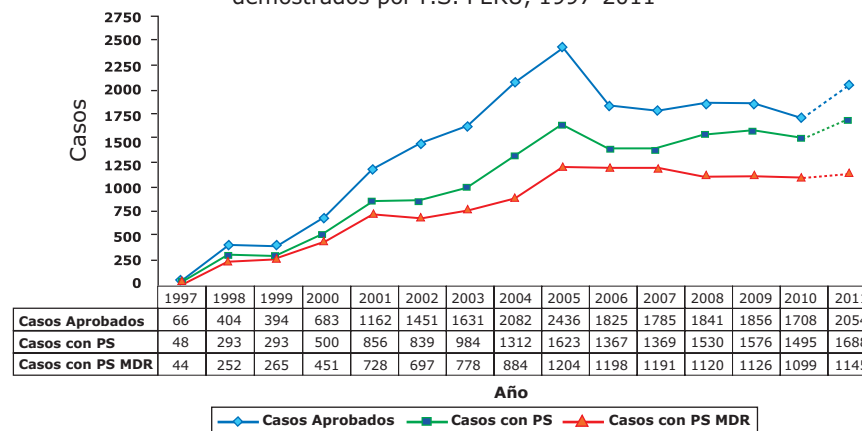


Fuente: INEI

La existencia de segmentos de población sin acceso a los servicios de atención, las disparidades en el financiamiento público de la salud y la falta de sinergias sectoriales configuran un escenario potencialmente vulnerable a las enfermedades emergentes y reemergentes. Un ejemplo de ello es la aparición en nuestro medio de la tuberculosis multidrogoresistente (MDR), cuya tendencia se muestra en la gráfica a continuación:

Emergencia de la Tuberculosis Multidrogoresistente (MDR)

Casos aprobados, con pruebas de sensibilidad y TB MDR demostrados por P.S. PERU, 1997-2011*



Fuente: Registro Médico Electrónico (EMR)/ESNP CT/DGSP/MINSA/PERU

Fecha de Reporte: 18-02-2012/JECC

* Cifras 2011 Preliminar.

La aparición creciente de casos de tuberculosis multidrogo resistente (MDR) en el país y extensivamente resistente a drogas (XDR), implica retos importantes para nuestro sistema de salud, tanto en desarrollar activas estrategias de prevención como generar la infraestructura adecuada para un apropiado manejo de estos casos; pero, sobre todo, introducir un sostenido componente de bioseguridad en los establecimientos de salud²², lo que hace indispensable trabajar en una respuesta sectorial conjunta para enfrentar esta emergencia sanitaria.

Asimismo, la experiencia de la pandemia reciente de influenza es una muestra del impacto institucional que pueden tener las externalidades relacionadas a eventos sanitarios de alcance global²³. Es importante señalar que dentro del marco de las políticas de Estado, se tiene prevista la posibilidad de un evento catastrófico mayor (Ej. terremoto de magnitud, Fenómeno de El Niño a gran escala) para el periodo 2012-2016, lo que implica contemplar esta eventualidad en los futuros escenarios institucionales.

3.3 Situación financiera de ESSALUD

La problemática de la vulnerabilidad de los ingresos a futuro de EsSalud en un mediano plazo, de continuar con los montos de aportaciones actualmente vigentes, fue descrita por el estudio financiero actuarial y de la gestión de EsSalud realizado por la Organización Internacional del Trabajo en el año 2005²⁴.

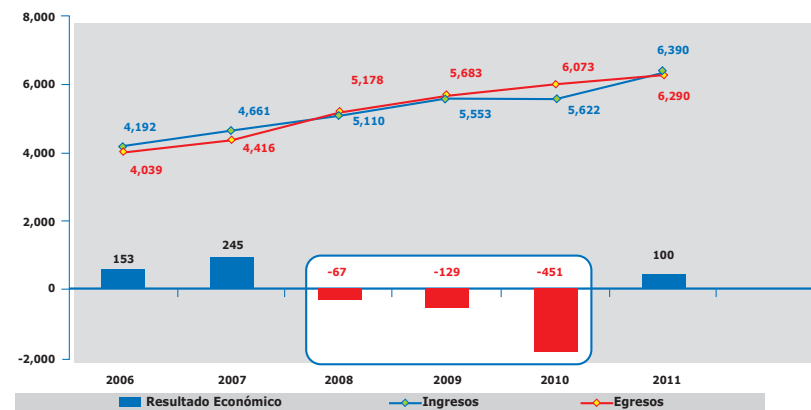
Durante el último quinquenio, EsSalud ingresó en un ciclo de crecimiento progresivo de gastos de capital, a partir de un aumento de la recaudación, como consecuencia del importante crecimiento de la población de aportantes y la existencia de ingresos extraordinarios; sin embargo, la ausencia de un diseño prospectivo de sostenibilidad financiera hizo que del 2008 al 2010 EsSalud registrara déficits crecientes, que fueron cubiertos con saldos de años previos, uso de la Reserva Técnica y préstamos bancarios, dando como resultado un escenario de déficit financiero que alcanzó los 451 millones de nuevos soles, el que se observa en la gráfica presentada a continuación:

22 Del Castillo, H; Mendoza, TA; Saravia, J; Somocurcio, J. "Epidemia de Tuberculosis Multidrogoreistente y Extensivamente Resistente (TB MDR/XDR) en el Perú. Situación y propuestas para su control". *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*. 2009, 26(3):380-386.

23 Soto, BM; Espinoza, AR; Seclén, UY. "Características Epidemiológicas de las Defunciones por la Influenza A (H1N1) en la población asegurada de ESSALUD". *Anales de la Facultad de Medicina*. 2009, 70(4):235-240.

24 Durán, VF. *Estudio Financiero-actuarial y de la Gestión de EsSalud: análisis y recomendaciones técnicas*. OIT, Lima, 2005.

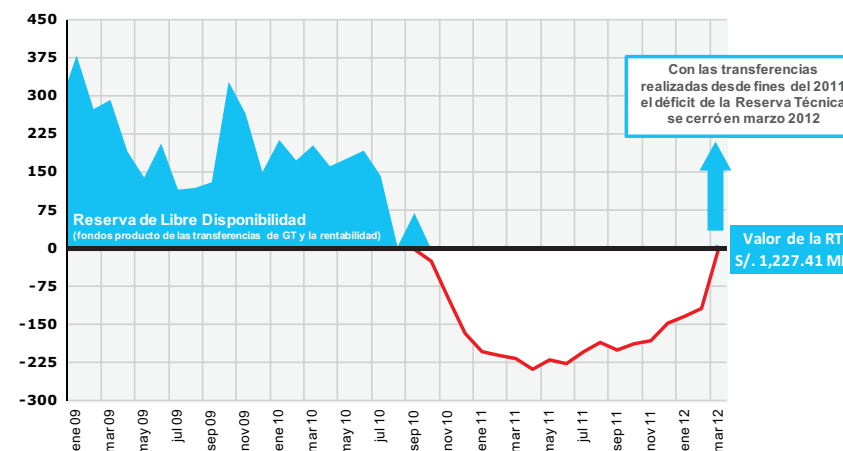
ESSALUD. Ingresos y egresos financieros 2006-2011



Fuente: Gerencia Central de Finanzas

El déficit comentado puso en un alto grado de vulnerabilidad la operación de los servicios. Como consecuencia de ello, se adoptaron diversas medidas de financiamiento y austeridad, que han permitido recuperar la Reserva Técnica de EsSalud, tal como se observa en el siguiente gráfico:

Situación de la Reserva Técnica de EsSalud
Enero 2009 a marzo del 2012



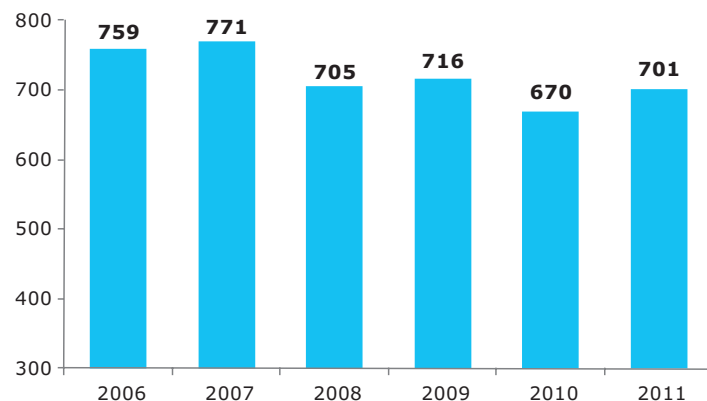
Fuente: Gerencia Central de Finanzas

En términos generales, las diversas medidas tomadas por la actual gestión de EsSalud lograron frenar el déficit financiero, con lo cual se obtuvo un superávit de 100 millones el año 2011. Asimismo, como se observa en la gráfica, a fines del 2011 se inició la devolución gradual de la Reserva Técnica, la cual se completó en los márgenes establecidos, en el primer trimestre del 2012.

Sin embargo, existen amenazas estructurales a la sostenibilidad financiera. En primer lugar, a pesar de estar en un escenario de limitada tasa de inflación anual, debido a la pérdida del aporte sobre las gratificaciones (estimado para el 2011 en 704 millones anuales), entre otros factores, el ingreso anual por asegurado de EsSalud se redujo en cerca del 10%, en términos reales, entre el 2007 y el 2011, tal como se observa en el gráfico:



Ingreso anual por asegurado 2006 - 2011
(en nuevos soles del 2011)

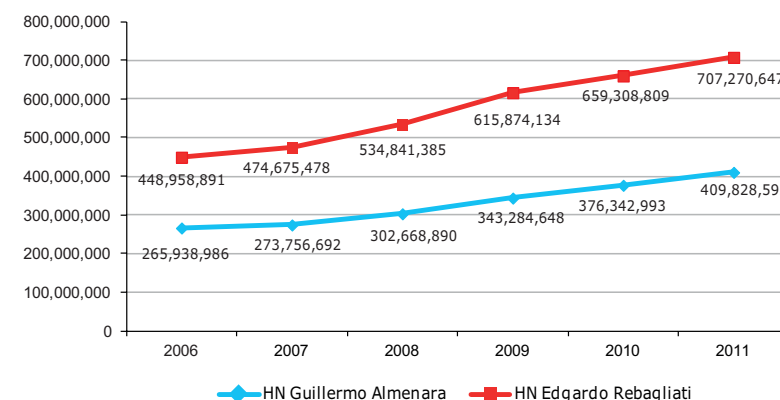


Fuente: Gerencia Central de Finanzas

En soles reales, los ingresos de EsSalud por asegurado disminuyeron en el año 2011 un 7.7% respecto del año 2006, lo cual plantea que se requieran más recursos para financiar los gastos de operación. Esta disminución de los ingresos en soles reales va aparejado de un incremento de los costos de operación de la oferta hospitalaria, tal como se observa a continuación:

Gastos en remuneraciones, bienes, servicios y depreciación de los HN Rebagliati y Almenara 2006-2011

Centro asistencial	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^{1/}
HN Guillermo Almenara	265,938,986	273,756,692	302,668,890	343,284,648	376,342,993	409,828,592
HN Edgardo Rebagliati	448,958,891	474,675,478	534,841,385	615,874,134	659,308,809	707,270,647

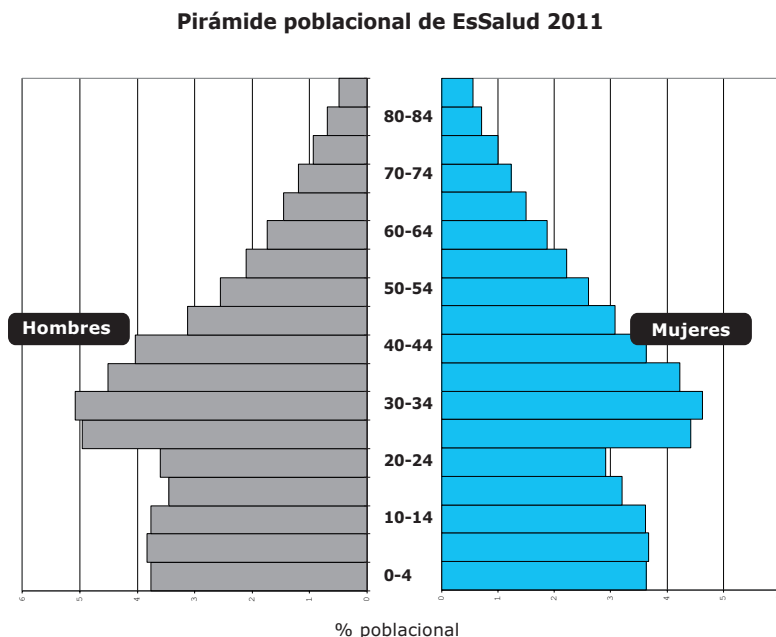


Fuente: Módulo del Sistema SAP Controlling. Gerencia Central de Finanzas
Nota.- 1/. Incluye gastos al mes primer semestre estimado a fin de año 2011
El incremento de gastos es de 54% para el Hospital Almenara y 57% para el Hospital Rebagliati en el periodo 2006-2011.

En este ejemplo, se observa cómo en los hospitales de mayor complejidad de EsSalud, el gasto se ha incrementado en el periodo 2006-2011, en cifras superiores al 50%. Si consideramos el fortalecimiento de la oferta asistencial de alta complejidad en estos últimos años, sobre todo en las regiones, y la necesidad de desplegar redes funcionales para el diagnóstico y tratamiento de patologías complejas, es de esperar que los costos de operación de la red hospitalaria de EsSalud se incrementen de manera significativa en un futuro próximo, lo que introduce un elemento de tensión que incide directamente en la sostenibilidad financiera de la institución.

3.4 Estado de salud de la población asegurada

La población asegurada tiene una estructura demográfica que combina una importante cohorte de adultos jóvenes con una proporción creciente de adultos mayores, tal como se observa en el gráfico a continuación:

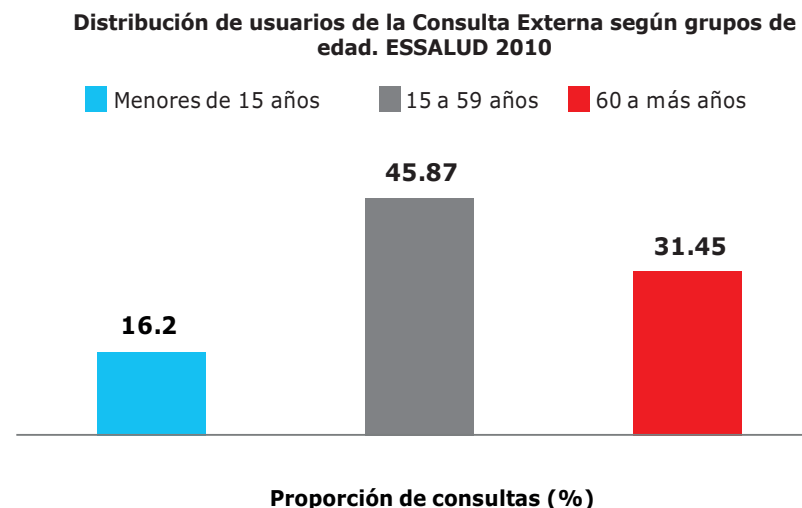


Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Como se observa, la pirámide poblacional de los asegurados de EsSalud es de tipo transicional: con una base estrecha de niños, una cohorte expansiva de adultos jóvenes y un 13.4% de mayores de 60 años. Es de destacar, que en el año 2005, la OIT estimaba que recién en el 2015 se alcanzaría este porcentaje de población, lo que señala que la incorporación de pacientes de la cohorte de mayores de 60 años es más rápida de la esperada y que las hipótesis demográficas para el próximo decenio deben incorporar un mayor envejecimiento de la población asegurada.

Actualmente, esta estructura demográfica está asociada a la demanda actual de los servicios. Los segmentos de asegurados adultos mayores concentran las mayores necesidades de atención y ge-

neran un importante componente de la demanda de los servicios, tal como se aprecia en la gráfica:



Fuente: SGIG-OCPD

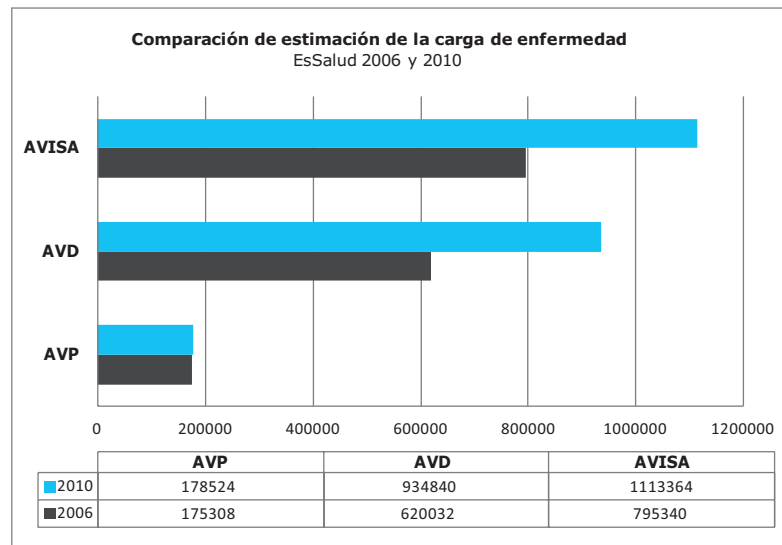
Como se puede observar, el 13.4% de los asegurados corresponde a mayores de 60 años, los que generan el 31.4% de las consultas externas de EsSalud. Y si sumamos a los menores de 15 años, se está hablando de un 47.65% de la consulta externa asociada a usuarios en estado de dependencia. Es evidente que un mayor envejecimiento de la población asegurada generará una fuerte presión de demanda en los servicios de EsSalud en un mediano plazo. Esto constituye un enorme desafío, en la medida que la creciente demanda de atención por parte de los grupos de asegurados en situación de dependencia obligará a reconvertir progresivamente la oferta de servicios hacia estos sectores²⁵.

Una manera de evaluar el estado de salud de la población asegurada es mediante la carga de enfermedad, la cual mide la cantidad de salud que se pierde, expresada en años de vida saludables perdidos (AVISA). Esta metodología incorpora tanto la mortalidad prematura como los años de vida saludables que se pierden por la discapacidad generada por las enfermedades, y es una metodología de referencia en el medio para la medición del perfil sanitario de las poblaciones²⁶. La evolución de la carga de enfermedad en EsSalud podemos observarla en el siguiente gráfico.

25 Joccoud, L. "Envejecimiento, dependencia y oferta de servicios asistenciales. Un nuevo desafío para los sistemas de protección social". En *Envejecimiento en América Latina. Sistemas de Pensiones y Protección Social Integral*. Antonio Prado y Ana Sojo, Editores. Cepal-GTZ, Santiago de Chile, 2010, páginas 229-254.

26 Velásquez, V.A.; Cachay, C.; Munayco, C.; Poquioma, E.; Espinoza, R.; Seclén, Y. *La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú*. Ministerio de Salud, Lima, 2008.

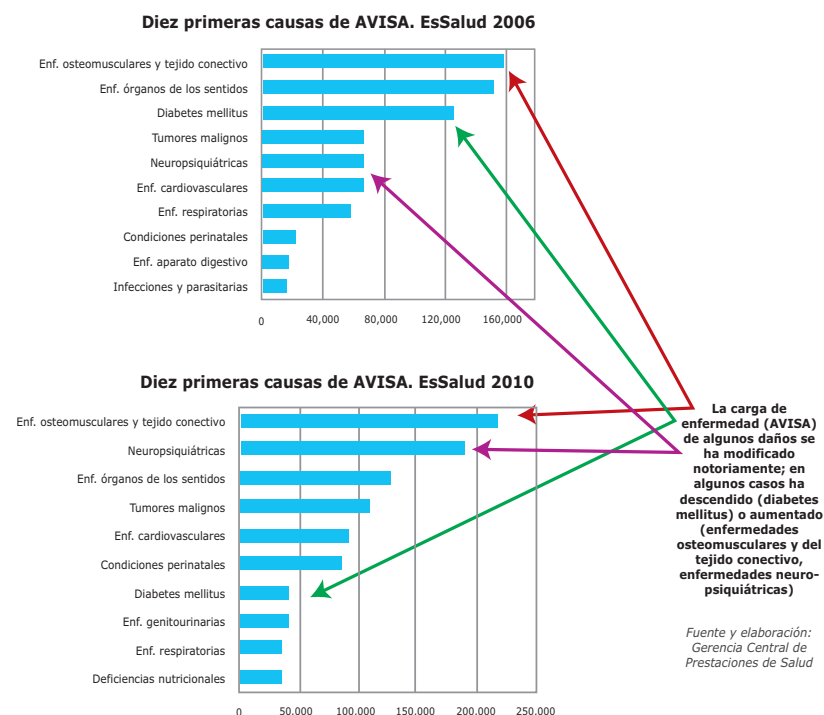
Carga de Enfermedad en Población Asegurada. ESSALUD 2006 - 2010



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Como vemos, para el año 2010 existe en EsSalud un incremento de los años de vida saludables perdidos respecto al 2006. Es una posibilidad de que esto se encuentre relacionado al incremento de la población asegurada. Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida, como consecuencia de la disminución de la mortalidad, está asociado a un incremento sostenido de los AVISA perdidos por el componente de discapacidad, los cuales están vinculados tanto al perfil epidemiológico de los daños presentados por los asegurados, con un porcentaje importante de enfermedades crónicas no transmisibles, como a las posibilidades tecnológicas de que dispone EsSalud para reducir la mortalidad de estas enfermedades, lo que lleva nuevamente al logro de mayores incrementos en la esperanza de vida. El perfil de la carga de enfermedad de la población asegurada y sus cambios en el último periodo se presentan a continuación:

Cambios en el perfil de la carga de enfermedad ESSALUD 2006-2010



Vemos que la primera causa de carga de enfermedad corresponde a las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo. Estos daños no solamente son los más frecuentes, sino que los AVISA se han incrementado significativamente. En este grupo, el 64% de los AVISA corresponden a la artrosis, lo cual es compatible con el perfil demográfico de nuestra población asegurada.

La segunda causa de carga de enfermedad corresponde a las enfermedades neuropsiquiátricas, cuyo componente principal de AVISA se debe a discapacidad, el 27% de los AVISA corresponden a la esquizofrenia y un 17% a enfermedades de las neuronas motoras. Estos casos son ejemplos de daños emergentes que configuran el nuevo escenario de demanda futura de servicios en la población asegurada. Dentro de este nuevo escenario aparece la tercera causa de carga de enfermedad en EsSalud: las enfermedades de los órganos de los sentidos. El 72% de los AVISA corresponden al glaucoma y el 27.9% a la catarata.

Los tumores malignos son la cuarta causa de carga de enfermedad, concentrándose el 50% de los AVISA en el tumor maligno de mama y el tumor maligno de cuello de útero. Combatirlos es todo un reto, existen

en este momento tecnologías y estrategias efectivas para disminuir la mortalidad y la discapacidad ocasionadas por estos males. Las enfermedades cardiovasculares son la quinta causa de carga de enfermedad en EsSalud y el 45% se concentra en la enfermedad hipertensiva, la cual está asociada a otros males de gran impacto institucional como la enfermedad renal crónica terminal.

En general, muchos de estos daños se caracterizan por una larga historia natural, lo cual implica una fuerte demanda a los servicios de salud. Se presenta entonces la necesidad de implementar estrategias sostenidas para disminuir el impacto de la creciente carga de enfermedad en la población asegurada, reduciendo la mortalidad y la discapacidad en los asegurados, a la par de disminuir la fuerte presión sobre la demanda de los servicios, lo cual además se relaciona con la sostenibilidad financiera de la institución.

Prioridades sanitarias institucionales

La aplicación de la metodología de carga de morbilidad, permite evaluar de manera integral, el impacto de las daños a la salud, generando un listado de eventos ordenados según la frecuencia de años de vida saludables perdidos (ver tabla que se muestra a continuación), el cual por sí solo no se transforma en la formulación de prioridades sanitarias; es necesario realizar un proceso de priorización en el cual se somete a este listado a una valoración según criterios como magnitud del problema, capacidad de intervención, evitabilidad del evento etc.

Tabla: Listado de principales daños por carga de enfermedad. EsSalud 2012-2016

PRINCIPALES DAÑOS	AVISA
Enf. osteomuscular y tejido conectivo	216,986
Neuropsiquiátricas	190,477
Enf. órganos de los sentidos	128,455
Tumores malignos	110,146
Enf. cardiovasculares	92,203
Condiciones perinatales	88,343
Diabetes mellitus	44,213
Enf. genitourinarias	41,128
Enf. respiratorias	39,851
Deficiencias nutricionales	37,906
No intencionales	26,772
Enf. aparato digestivo	21,783
Anomalías congénitas	19,502
Infección respiratoria	17,108
Infecciosas y parasitarias	16,226

Las principales metodologías para la priorización sanitaria, incorporan la carga de enfermedad entre los criterios de priorización^{27,28,29}. Otro criterio, que también es considerado por la mayoría en la priorización sanitaria, es el costo efectividad de las intervenciones³⁰.

En esta oportunidad, se ha considerado la aplicación de dos criterios que reflejan el efecto de la aplicación de intervenciones sanitarias, así como la capacidad resolutoria de los servicios de salud; además, se incorporaron dos daños de importancia sanitaria nacional. El listado de los daños y lesiones con mayor número de AVISA se analizó bajo estos parámetros y se procedió a reordenar el listado que aparece en la siguiente tabla:

Tabla: Listado de prioridades sanitarias según carga de enfermedad y efectividad de intervención. EsSalud 2012-2016

DAÑOS PRIORIZADOS	AVISA	EFFECTIVIDAD DE INTERVEN- CIONES	EVITABILIDAD
Tumores malignos	110,146	3	3
Enf. cardiovasculares	92,203	3	3
Condiciones perinatales	88,343	3	3
Enf. osteomuscular y tejido conectivo	216,986	2	1
Enf. órganos de los sentidos	128,455	3	1
Neuropsiquiátricas	190,477	2	1
Diabetes mellitus	44,213	3	2
Enf. genitourinarias	41,128	3	2
Deficiencias nutricionales	37,906	3	2
No intencionales	26,772	3	2
Enf. respiratorias	39,851	2	2
Enf. aparato digestivo	21,783	3	2
Infección respiratoria	17,108	3	2
VIH SIDA*	4,713	3	3
Tuberculosis en todas sus formas*	3,059	3	3

(*) Enfermedades de importancia sanitaria nacional

Dentro de estas prioridades se identifican determinados daños que generan mayor carga de enfermedad y/o son más sensibles a las intervenciones según su evitabilidad³¹, e incorporan dos daños de

- 27 Velásquez, A.: La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Publica. 2009; 26(2): 222-31.
- 28 Sánchez-Martínez, F. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud?. Métodos de priorización y disparidades regionales. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(Supl 1):126-36
- 29 Rob Baltussen and Louis Niessen: Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis Cost Effectiveness and Resource Allocation 2006, 4:14
- 30 González-Pier, E., et al. "Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México" *Salud Pública de México / vol.49, suplemento 1 de 2007*,
- 31 Gispert R et al. "La Mortalidad Evitable: Lista de consenso para la actualización del indicador en España". *Gaceta Sanitaria*, 2006; 20(3):184-193.

importancia sanitaria nacional. A partir de ello se establecen las prioridades programáticas que se detallan en la tabla: Listado de prioridades sanitarias programáticas. EsSalud 2012-2016.

La priorización de determinados daños no excluye intervenciones sobre otros daños, pues las intervenciones que se derivan de esta metodología incluyen actividades preventivas y promocionales orientadas a los factores de riesgo, que son comunes a diversas patologías agrupadas en la clasificación epidemiológica de Murray (enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles, y daños relacionados a causas externas). Por ejemplo, al priorizarse la hipertensión arterial, las estrategias para su control y prevención contribuyen también al control y prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles cardiovasculares, como: infarto agudo de miocardio, infarto cerebral, además de enfermedad renal crónica, etc. Igualmente, en el caso de cáncer de estómago, las estrategias para su control y prevención (detección precoz, cambios dietéticos, etc.) alcanzan a impactar sobre el cáncer de otros órganos del aparato digestivo.

Tabla: Listado de prioridades sanitarias programáticas EsSalud 2012-2016

Prioridades institucionales	Prioridades programáticas
Tumores malignos	Tumor maligno mama
	Tumor maligno cuello uterino
	Tumor maligno estómago
	Tumor maligno próstata
Enf. cardiovasculares	Enfermedad CVC hipertensiva
	Enfermedad isquémica del corazón
	Enfermedad CVC cerebrovascular
Condiciones perinatales	Bajo peso/prematuridad
	Anoxia, asfixia, trauma al nacimiento
Enf. osteomuscular y tejido conectivo	Artrosis
	Artritis reumatoide
Enf. órganos de los sentidos	Glaucoma
	Cataratas
Neuropsiquiátricas	Depresión unipolar
Diabetes mellitus	Adicción a drogas
Enf. genitourinarias	Diabetes mellitus
	Nefritis, nefrosis
Deficiencias nutricionales	Hipertrofia prostática
No intencionales	Anemia por déficit de hierro
	Accidentes de tránsito
Enf. respiratorias	Caídas
Enf. aparato digestivo	Asma
Infección respiratoria	Cirrosis hepática
Enfermedades de importancia sanitaria nacional	Neumonías
	Tuberculosis en todas sus formas
	VIH SIDA

Escenario sanitario de EsSalud en corto plazo

De acuerdo a la evidencia mostrada, el escenario sanitario de EsSalud en un corto plazo es el siguiente:

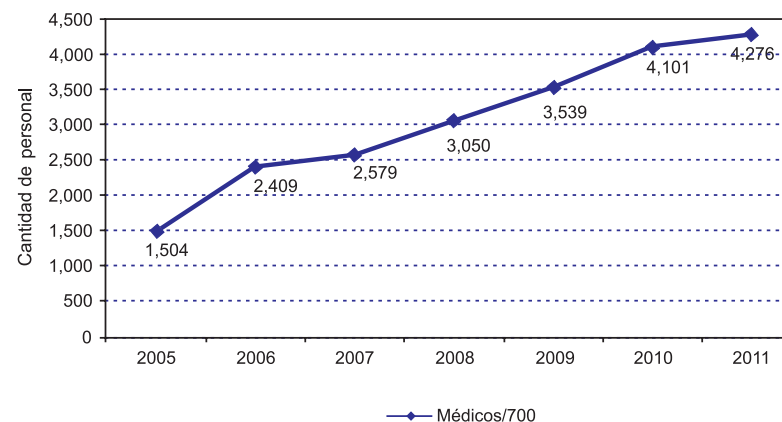
- Incremento de la población en el segmento de mayores de 45 años.
- Disminución de la mortalidad con un gran incremento de la morbilidad y discapacidad a nivel de la población asegurada.
- Aumento de la carga de enfermedad.
- Mayor demanda de prestaciones para patologías crónicas.
- Necesidad de un rediseño de la oferta de servicios hospitalarios, orientados a pacientes de la tercera edad con largos procesos de estancia hospitalaria.
- Incremento de los costos de operación de la oferta de servicios de EsSalud.

3.5 Situación del acceso a los servicios y el trato a los asegurados

Garantizar el acceso a los servicios de salud

Para garantizar el acceso a los servicios de salud se requiere condiciones mínimas de infraestructura y recursos humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), a efectos de atender la creciente demanda de servicios por el incremento de la esperanza de vida y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, recomienda a los sistemas de salud la necesidad de disponer de un médico por cada 700 habitantes. De acuerdo a esto, se observa una brecha de médicos en EsSalud, que se presenta a continuación:

Brecha (déficit) de médicos según estándares de población asegurada, ESSALUD 2005-2011

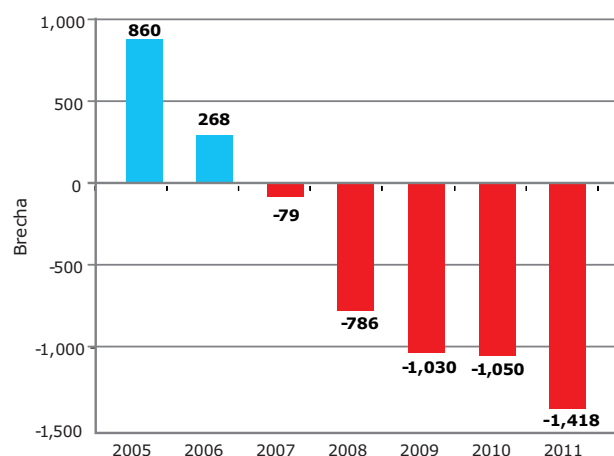


Año	Total médicos	Población asegurada	Médicos/ 700	Brecha
2005	6,932	5,905,526	8,436	1,504
2006	6,794	6,441,889	9,203	2,409
2007	7,125	6,792,605	9,704	2,579
2008	7,855	7,633,223	10,905	3,050
2009	8,094	8,142,935	11,633	3,539
2010	8,224	8,627,377	12,325	4,101
2011	8,543	8,973,383	12,819	4,276

La existencia de una brecha importante de médicos -y, sobre todo, de médicos especialistas- ha sido documentada en diferentes magnitudes en otros estudios^{32,33}. Independientemente del criterio de estimación de la brecha, en términos generales, existe consenso de que el déficit de recursos humanos es un problema estructural que afecta al conjunto del Sistema de Salud y que requiere de soluciones a mediano-largo plazo que hacen muy difícil la gestión de intervenciones destinadas a mejorar el acceso de los servicios de salud en el país³⁴.

De manera similar, un indicador muy sensible para representar el acceso a los servicios de salud corresponde a la disponibilidad de camas, cuyo estándar recomendado es de 1 por 1,000 habitantes. La evolución de este indicador en EsSalud se observa en el gráfico siguiente:

Evolución de la brecha (déficit) de oferta de camas por 1,000 asegurados, ESSALUD 2005-2011



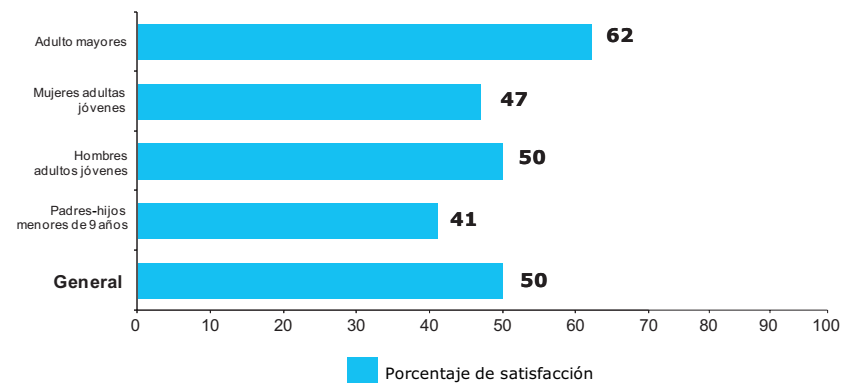
Año	Camas	Población Asegurada	Camas/ 1000	Brecha
2005	6,766	5,905,526	5,906	860
2006	6,710	6,441,889	6,442	268
2007	6,714	6,792,605	6,793	-79
2008	6,847	7,633,223	7,633	-786
2009	7,113	8,142,935	8,143	-1,030
2010	7,577	8,627,377	8,627	-1,050
2011	7,555	8,973,383	8,973	-1,418

Como se observa en la gráfica, el incremento sostenido de la población asegurada y de la demanda de los servicios hace que se configure un escenario de déficit estructural de camas, que implica una significativa inversión financiera en nuevos hospitales, la cual no es posible en el actual escenario de financiamiento, tal como lo sostiene el estudio de la gestión de EsSalud realizada por la OIT en el año 2005.

Satisfacción de usuarios de ESSALUD

La satisfacción de los usuarios es un indicador utilizado para medir el desempeño de un sistema de salud. Los resultados de la evaluación de la satisfacción de los asegurados usuarios de los servicios de EsSalud se observa en la gráfica siguiente:

Porcentaje de satisfacción de los usuarios. EsSalud 2010



Fuente: Arellano Marketing 2010

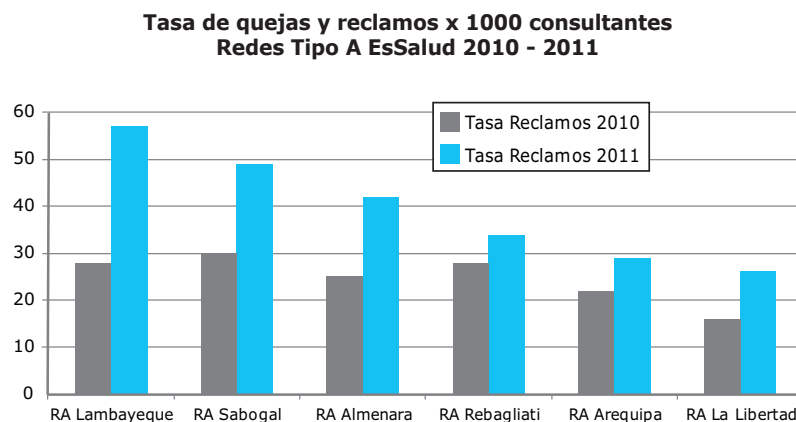
32 Carrasco, C.V.; Lozano, S.E.; Velásquez, P.E. "Análisis actual y prospectivo de la oferta y la demanda de médicos en el Perú 2005-2011". *Acta Médica Peruana*, 2008, 25(1):22-29

33 Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (2011). "Necesidad de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud". *Serie Bibliográfica N.º12*

34 Arroyo, J.; Hartz, J.; Lau, M. *Recursos humanos en salud al 2011. Evidencias para la toma de decisiones*. Ministerio de Salud, Lima 2011.

En términos generales, la evidencia muestra que de cada dos usuarios atendidos uno está insatisfecho, lo cual significa que para la percepción de los asegurados, nuestros servicios no están brindando una atención de acuerdo a las expectativas esperadas.

Asimismo, se observa una tendencia creciente del reporte de quejas por parte de los usuarios acerca de nuestros servicios, en las oficinas de Atención al Asegurado existentes en nuestros hospitales, tal como se observa en el gráfico siguiente:



Fuente: Defensoría del Asegurado, EsSalud

Podemos ver que en las redes asistenciales más importantes se verifica un incremento de la tasa de quejas y reclamos de los usuarios, que plantea la necesidad de programas sostenidos de mejora de la calidad de atención y buen trato al paciente.

En dicho contexto, respecto a EsSalud, diversos estudios muestran evidencias de diversos problemas relacionados a la gestión de sus servicios, expresados en la existencia de diversas barreras de atención a los asegurados³⁵. Una expresión de ello es el incremento de la desconfianza y deterioro de la imagen social de EsSalud. En el año 2009, el nivel de desconfianza ciudadana hacia EsSalud era de un 37.6%³⁶. Sin embargo, ya para el año 2010, se registra un incremento sustancial del nivel de desconfianza ciudadana que alcanza el 64%³⁷.

³⁵ Petrera, M; Seinfeld, J. *Repensando la salud en el Perú*. Universidad del Pacífico, Lima, 2007.

³⁶ Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima. Estudio 477. Barómetro Social. VI "Encuesta Anual sobre la confianza en las instituciones". Lima, 2009.

³⁷ Arellano Marketing. *Diagnóstico y lineamientos estratégicos para que ESSALUD incremente la satisfacción de los asegurados de Lima*. Julio 2010.

De acuerdo a la evidencia mostrada se identifica el siguiente escenario de gestión:

Nudos críticos en la gestión corporativa

- Escenario sanitario crítico por un incremento de la demanda por envejecimiento poblacional e incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Fallas estructurales de diseño de la oferta de servicios, en favor de la atención curativa recuperativa. Escaso desarrollo de la atención primaria de salud, en un escenario en que EsSalud cubre a aproximadamente el 30% de la población del país.
- Desafío a la sostenibilidad financiera en un escenario de crecimiento de la población asegurada. Ausencia de un Estudio Actuarial.
- Déficit estructural de oferta de infraestructura y recursos humanos.
- Elevada falta de satisfacción de los usuarios con los servicios de EsSalud.

4. Escenarios para el desarrollo del Plan Estratégico

De los aspectos históricos, de contexto económico, social, demográfico, epidemiológico e institucional, previamente desarrollados, se hace claro que el Plan requiere desarrollarse en diferentes escenarios para la acción política de una seguridad social para todos:

1º escenario: institucional, resolución de los problemas inmediatos en la perspectiva de la seguridad social universal.

2º escenario: local y regional, construcción de un entorno político-social en los ámbitos locales y regionales.

3º escenario: nacional, promover acciones destinadas a la generación de un entorno político social nacional y legal a favor de la reforma de la salud y la seguridad social.

4º escenario: internacional, posicionamiento de EsSalud en el debate global de universalización de los sistemas de seguridad social.

Primer escenario

Objetivo: Reformular la acción institucional en las siguientes áreas:

1. **Atención primaria de salud**, mejorar la capacidad de respuesta en la atención de salud. Promover la gestión territorial con otros actores y trabajar sobre los determinantes de la salud, con políticas intersectoriales e interdisciplinarias.
2. **Hospitalización**, atender la necesidad de mejorar los procesos para una oportuna atención en los hospitales.
3. **Emergencias y prehospitales**, mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de emergencia y la derivación rápida a los servicios de hospitalización.
4. **Atención médica especializada ambulatoria**, proponer estrategias para las citas y los mecanismos de referencias.

Segundo escenario

Objetivo: Promover el involucramiento de aliados en la propuesta de "Seguridad Social para todos", y visibilizar las debilidades del sistema de salud y seguridad social para atender las necesidades de los ciudadanos.

Acciones:

1. Fortalecimiento de la respuesta institucional de las redes a las necesidades de los asegurados.
2. Desarrollo de planes estratégicos regionales de salud y seguridad social a nivel de red y de actores sociales.
3. Firma de convenios para impulsar la complementariedad de servicios y recursos orientados a la seguridad social para todos.
4. Fortalecimiento de la capacidad de las gerencias de Red para la acción por una política de seguridad social para todos en el ámbito regional y local.
5. Promover la organización de los afiliados y su participación en la solución de problemas de EsSalud.
6. Captación de nuevos afiliados a nivel de las redes, vía el fortalecimiento del proceso de aseguramiento a los regulares, y la incorporación de nuevos afiliados bajo el mecanismo de afiliación colectiva.

Tercer escenario

Objetivo: Construir viabilidad política, social, normativa y financiera a la transformación de la seguridad social en salud a nivel del Estado y de la sociedad civil.

Acciones:

1. Elaboración de la propuesta de marco normativo nacional de Seguridad Social Universal.
2. Desarrollo de un plan de incidencia política y social por la universalización de la seguridad social en los organismos del Estado y dentro de EsSalud.

Cuarto escenario

Objetivo: Posicionar a EsSalud en el debate global de universalización de los sistemas de seguridad social.

Acciones:

1. Difusión de la propuesta de Seguridad Social Universal en organismos internacionales en los que participe EsSalud (p.ej.: OISS, AISS, CISS).
2. Organizar foros internacionales que permitan poner en el centro del debate global la universalización de la seguridad social.



II PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012-2016

1. Visión y misión institucionales

Un proceso de discusión respecto a cuál era la visión compartida del futuro institucional que tenían la Alta Dirección y las redes asistenciales permitió definir la visión de EsSalud.

Por otro lado, como parte del mismo proceso de discusión institucional, se estableció cuál era la finalidad de EsSalud, así como la razón por la cual existe como institución y la población a la cual sirve, lo que permitió formular la misión institucional.

1.1 Visión institucional

"Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado".

1.2 Misión institucional

"Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente".

1.3 Valores de la institución y marcos referenciales

Se reafirmaron los valores institucionales y, a la cabeza de ellos, los principios de la seguridad social, como convicciones fundamentales de los directivos, funcionarios y servidores de la institución; y, asimismo, la filosofía de la seguridad social.

1.3.1 Principios de la seguridad social

Solidaridad

Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.

Universalidad

Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.

Igualdad

La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.

Unidad

Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

Integralidad

El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.

Autonomía

La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

1.3.2 Marco jurídico de la seguridad social

Constitución de la República

Artículo 10.º: "El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida".

Artículo 11.º: "El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa, asimismo, su eficaz funcionamiento".

Artículo 12.º: "Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley".

Acuerdo Nacional

13° Política de Estado. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.

Compromisos del Estado:

- "Promoverá el acceso universal a la salud en forma gratuita y la participación regulada y complementaria del sector privado".
- "Fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes".
- "Incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud".
- "Restablecerá la autonomía del Seguro Social".

Ley N.º 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud

Art. 1, acápite 1.2:

"Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos".

2. Objetivos estratégicos 2012-2016 de EsSalud

Tomando como punto de partida la Visión, la Misión y los valores institucionales, se procedió a formular cuatro objetivos estratégicos que son aplicables a toda la institución y sus sistemas institucionales; su realización se plantea en el mediano plazo. Por estas características, son los objetivos centrales de la institución en este periodo estratégico.

A continuación, se detallan los cuatro objetivos estratégicos:

Objetivo estratégico 1:

"Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales".

En cumplimiento de las políticas del Gobierno, y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informales; así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales, responsabilidad social compartida de empresas y trabajadores.



Los médicos de EsSalud presentes en los casos de emergencias

Objetivo estratégico 2:

"Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS".

Objetivo estratégico 3:

"Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud".

En cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad de la seguridad social en salud, ampliando la base contributiva y tributaria, mediante la auditoría financiera internacional y mediante el estudio financiero-actuarial hecho por la OIT.

Objetivo estratégico 4:

"Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido"

En consonancia con la actual política del Estado y con el compromiso en la lucha contra la corrupción, se implementará una gestión eficiente y transparente, basada en el mérito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.

3. Objetivos estratégicos, objetivos específicos, estrategias, indicadores y metas para el periodo estratégico 2012-2016

Por otra parte, alineados a los objetivos estratégicos se han formulado 14 objetivos específicos, los mismos que fueron sometidos a consideración de las gerencias y las oficinas centrales, así como de gerentes y directores de redes asistenciales, estableciéndose un consenso en torno a su formulación.

En el marco de los objetivos, se generaron un conjunto de estrategias, de las que se han priorizado las estrategias mostradas a continuación, por responder a las características principales del escenario en el que nos desenvolvemos en la actualidad, las que podrían ser modificadas o reemplazadas por estrategias alternativas acordes a la dinámica institucional y del entorno.

Sobre la base de utilizar las fortalezas y superar las debilidades para aprovechar las oportunidades, y contrarrestar las amenazas, se desarrolló un análisis utilizando como instrumento la matriz FODA, para proceder a formular las estrategias de mayor pertinencia para cada campo de la matriz.

Luego se procedió a construir e identificar los indicadores y se fijaron metas al 2016, con el fin de medir el avance y el logro de los objetivos y estrategias.

A continuación, se detallan los cuatro objetivos estratégicos, con sus respectivos objetivos específicos, estrategias, indicadores y metas:



Objetivo estratégico 1:

"Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales".

En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informales; así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales, responsabilidad social compartida de empresas y trabajadores.

En un orden de prioridades entre los objetivos estratégicos, el presente es el principal, tanto por la importancia de la universalización de la seguridad social para responder a las necesidades y derechos de las personas, en particular de aquellos sectores de población excluidos, como por el hecho que se deriva directamente de la visión institucional, como visión de futuro compartida dentro de la institución.

En este marco, se promoverán las acciones, alianzas estratégicas, disposiciones legales y estudios necesarios para dar viabilidad a este proceso. Asimismo, se coordinará con el Ministerio de Trabajo y Pro-

moción del Empleo, la Sunat y otras instituciones involucradas, con el propósito de que las empresas cumplan con declarar a la totalidad de sus trabajadores. También se implementarán nuevas estrategias y planes de seguros orientados a extender la cobertura de asegurados garantizando su sostenibilidad financiera.

Por otro lado, se continuará con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de los seguros institucionales, para garantizar la afiliación oportuna que permita a nuestros asegurados el acceso a las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (EsSalud), cumpliendo sus requerimientos, así como las normas y requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad; nos comprometemos a mejorar de manera continua el desempeño del Sistema de Aseguramiento y fomentar el desarrollo constante de las competencias de nuestros colaboradores.

Asimismo, se forjará una cultura de la seguridad social en las personas, con la divulgación y el conocimiento no solo de los valores y los principios de la seguridad social, sino también de los derechos y las obligaciones ciudadanas respecto a la seguridad social.

Las acciones a desarrollar en los escenarios regional y local, así como internacional, se plantean en los objetivos específicos que, a continuación, se detallan:

Objetivo específico 1.1:

Extender la cobertura de la seguridad social incorporando a segmentos poblacionales excluidos, hacia una seguridad social para todos.

Estrategia

- 1.1.1. Basados en los principios de solidaridad, universalidad, igualdad, unidad, integralidad y autonomía, desarrollar acciones, alianzas estratégicas, planes y estudios para ampliar la cobertura de la seguridad social; incorporando a la PEA informal, independientes y las PYME, hacia una seguridad social para todos.

Indicador	Meta
1. Extensión de la cobertura de seguros.	1. 40% de la población nacional con cobertura de seguro por EsSalud.

Objetivo específico 1.2:

Mejorar la gestión de seguros, orientándola al logro de altos estándares de calidad.

Estrategia

- 1.2.1. Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en las oficinas y agencias de seguros a nivel nacional.

Indicador	Meta
1. Número de oficinas y agencias de seguros con Sistema de Gestión de la Calidad, con certificación ISO 9001:2008	1. 6 oficinas y 8 agencias de seguros certificadas.

Objetivo específico 1.3:

Establecer alianzas estratégicas a nivel regional y local para el intercambio y complementariedad de servicios y recursos orientados a la universalización de la seguridad social.

Estrategia

- 1.3.1. Desarrollar e implementar una respuesta que articule a las redes asistenciales con los servicios de salud regionales y locales en la lógica de un sistema de seguridad social para todos.

Indicador	Meta
1. Alianzas estratégicas expresadas en convenios y planes interinstitucionales.	1. Convenios de intercambio y complementariedad de servicios de salud firmados por no menos del 60% de las redes asistenciales.

Objetivo específico 1.4:

Promover la seguridad social para todos en foros internacionales

Estrategia

- 1.4.1. Desarrollar acciones, como integrantes de organismos internacionales, que impulsen la Seguridad Social Universal. Promover y organizar foros internacionales que fomenten la seguridad social para todos.

Indicador	Meta
1. Reuniones o foros internacionales sobre la seguridad social para todos, organizados por EsSalud.	1. Foro Internacional sobre Universalización de la Seguridad Social realizado.

Objetivo estratégico 2:

“Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS”.

Para el logro de una atención integral de salud y de alta calidad, se renovará el modelo de prestaciones asistenciales, el cual se centrará en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; se orientará la acción de los médicos y profesionales de la salud a una labor preventiva a nivel individual, familiar, laboral y comunitario, que permita contribuir efectivamente a la salud y seguridad en el trabajo, con énfasis en un enfoque de derechos que garantice una atención de calidad con respeto a la dignidad de los asegurados, dentro del sistema nacional de salud y el de seguridad social.

Se requiere una gestión efectiva de la oferta de prestaciones, que permita eliminar las inequidades y las barreras de acceso a los servicios de EsSalud. Ello implica, fortalecer las redes asistenciales y su capacidad de gestión, organizar sus recursos de manera óptima y mejorar sustancialmente sus procesos de atención, con especial énfasis en la mejora de los procesos de emergencia, hospitalización, consulta externa, otorgamiento de citas, referencias y contrarreferencias; así como



La gestión impulsa el Buen Trato a los asegurados

una apropiada atención de las listas de espera quirúrgica y de procedimientos especializados, que agilicen el acceso a los servicios de los asegurados que los necesitan.

Conscientes del incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles en el perfil epidemiológico del país, mejoraremos la cobertura de los servicios de prestaciones sociales con la implementación y fortalecimiento de los centros del Adulto Mayor. Asimismo, se fortalecerá la puesta en uso de la infraestructura hospitalaria existente. Se desplegará una estrategia de comunicación orientada a la educación para la salud, con énfasis en los derechos y obligaciones de los asegurados y trabajadores de EsSalud, el respeto mutuo y la mejora en el trato digno a la población asegurada.

Con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los asegurados en el marco del respeto de los derechos humanos y de la dignidad de la persona en el contexto de la “Seguridad Social para todos”, se centrará la atención en identificar los procesos críticos que afectan el buen trato al usuario en las prestaciones asistenciales de EsSalud, con enfoque en los dominios del buen trato; se promoverá la participación de los asegurados y usuarios en la vigilancia de la calidad de los servicios y el cumplimiento de sus derechos para la mejora del trato en las prestaciones. Asimismo, se promoverá la participación de los trabajadores de EsSalud para la mejora de la cultura del buen trato al usuario y se mejorarán los procesos críticos priorizados del sistema de atención que afectan el buen trato al usuario.

Objetivos específicos 2.1

Mejorar la calidad de los servicios de salud logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios.

Estrategias

- 2.1.1. Desarrollar e implementar un sistema de calidad orientado a satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, garantizando un buen trato y mejorando prioritariamente los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia, congruentes con los estándares internacionales vigentes, eliminando las barreras de acceso y reduciendo el diferimiento de atención y las listas de espera quirúrgica.
- 2.1.2. Desarrollar una plataforma de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos, que tenga impacto en el conjunto del sistema nacional de salud y seguridad social (Sistema Unificado de Información, Plan Nacional de Conectividad en todos los CAS, TelEsSalud).
- 2.1.3. Incrementar los montos de inversión en infraestructura y equipos biomédicos e informáticos, incorporando un enfoque de hospitales ecológicos, para mejorar la sostenibilidad, el acceso y la calidad de atención a las poblaciones excluidas.
- 2.1.4. Mejorar las acciones para disminuir la vulnerabilidad de los hospitales y mitigar los riesgos frente a desastres.
- 2.1.5. Impulsar el desarrollo de la investigación científica y tecnológica, acorde a las prioridades sanitarias y a las necesidades de salud de los asegurados.
- 2.1.6. Entrenar y organizar al personal a través de las brigadas y de los comités de seguridad y defensa para enfrentar eventos catastróficos. Difundir a la población asegurada, a través de medios audiovisuales, las pautas necesarias de evacuación para cada tipo de emergencia que se pueda presentar.
- 2.1.7. Establecer los mecanismos para implementar un programa que permita notificar, analizar y controlar los incidentes y eventos adversos en los centros asistenciales (priorizando las áreas de emergencia, hospitalización y centro quirúrgico) que conlleven a adoptar medidas para evitar incidentes y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad

del paciente. Facilitar la difusión y aprendizaje sobre prevención y control de los eventos adversos.

Indicador	Meta
1. Intervenciones costo-efectivas implementadas para las 5 principales prioridades sanitarias.	1. Reducción de 16% de la carga de enfermedad al 2016.

Indicador	Meta
2. Registro de eventos adversos operando en CAS con servicios de hospitalización e intervenciones de prevención y control.	2. 60% de CAS con servicios de hospitalización con registros de eventos adversos e intervenciones para su prevención y control.

Indicador	Meta
3. Cumplimiento de las metas del Plan de Buen Trato al Asegurado.	3. a) 80 % de los CAS cumplen con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen Trato. b) 90% de los asegurados encuestados en CAS satisfechos con el trato recibido.

Indicador	Meta
4. Grupos de vigilancia ciudadana implementados en los centros asistenciales, a través de un programa de garantes del buen trato.	4. 80% de servicios de consulta externa y 30% de hospitalización de CAS cuentan con garantes del buen trato vigilando las prestaciones otorgadas a los asegurados.

Indicador	Meta
5. Cumplimiento del Plan Multianual de Inversión.	5. a) 80% de estudios de preinversión programados viabilizados. b) 80% de CAS ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento. c) 80% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación.

Objetivo específico 2.2:

Implementar un sistema de atención integral basado en la atención primaria de salud y las prioridades sanitarias, gestión por procesos y gestión de la enfermedad.

Estrategias

- 2.2.1. Fortalecer las competencias de los gestores, implementando programas de capacitación en servicios, orientados a la gestión clínica y sanitaria, priorizando la organización y funcionamiento de la atención primaria.
- 2.2.2. Desarrollar e implementar intervenciones preventivo-promocionales para las enfermedades crónicas no transmisibles, emergentes, los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales.
- 2.2.3. Desarrollar un sistema de evaluación económica de tecnologías en salud (intervenciones en salud, medicamentos, material médico y equipamiento biomédico) que permita seleccionar las alternativas más costo-efectivas (de mayor efectividad y menor costo), para garantizar mayor eficiencia del gasto y mejores resultados en la salud de los asegurados.

Indicador	Meta
1. Centros asistenciales del primer nivel que aplican intervenciones de atención primaria.	1. 50% de CAS del primer nivel aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria.

Indicador	Meta
2. Guías clínicas institucionales con intervenciones para prevenir y controlar las prioridades sanitarias.	2. 50% de CAS aplican guías clínicas institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias.

Indicador	Meta
3. Porcentaje del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica.	3. No menos del 70% del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica al 2016

Objetivo específico 2.3:

Organizar redes integrales de servicios que garanticen la continuidad de la atención desde el primer al tercer nivel.

Estrategias

- 2.3.1 Organizar y fortalecer el sistema de atención a través de redes funcionales basadas en la atención primaria, teniendo al primer nivel de atención como puerta de entrada a los servicios de salud, complementándose con la atención especializada, cuando la complejidad de la enfermedad lo requiera, estandarizando las guías de práctica clínica y protocolos nacionales que incorporen las intervenciones en los tres niveles de atención y garanticen la continuidad de la atención del asegurado.



- 2.3.2. Fortalecer el primer nivel de atención, dotándolo de personal capacitado e incorporando tecnologías de salud que incrementen la capacidad resolutive.
- 2.3.3. Incrementar el presupuesto para el primer nivel de atención, a fin de fortalecer su capacidad de resolución y ampliar la cobertura.
- 2.3.4. Organizar un sistema ágil e integrado de emergencia que mejore la capacidad de respuesta e integre los servicios de emergencia de los CAS y permita un traslado rápido de los pacientes a los servicios de hospitalización. Implementar la gestión por procesos y la gestión de la enfermedad, priorizando las áreas de hospitalización y emergencia.

Indicador	Meta
1. Asegurados de redes asistenciales incorporados a centros de excelencia (gestión de la enfermedad).	1. No menos del 60% de asegurados de las 8 mayores redes asistenciales incorporados a 3 centros de excelencia priorizados e implementados.

Indicador	Meta
2. Proporción del presupuesto de las redes asistenciales asignados al primer nivel de atención.	2. No menos del 80% de las redes asistenciales tienen no menos del 30% de su presupuesto asignado al primer nivel de atención.

Objetivo específico 2.4:

Mejorar el impacto de las prestaciones sociales y económicas en el bienestar de los asegurados.

Estrategias

- 2.4.1. Fortalecer las prestaciones sociales dirigidas a las personas adulto mayores, priorizando la población de las regiones de mayor vulnerabilidad social y concentración demográfica. Incrementar la cobertura a nuevos segmentos de población con discapacidad en las unidades operativas de Rehabilitación Profesional. Impulsar el desarrollo de programas sociales dirigidos a poblaciones vulnerables de asegurados que constituyen una demanda insatisfecha.
- 2.4.2. Mejorar los niveles de control de pago, optimizar y automatizar los procesos técnico-administrativos de las prestaciones económicas.

Indicador	Meta
1. Centros del Adulto Mayor de la Red Nacional de Prestaciones Sociales que aplican el Modelo Gerontológico Social sistematizado.	1. 80% de los centros del Adulto Mayor aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado.

Indicador	Meta
2. Porcentaje de incremento de cobertura en Rehabilitación profesional.	2. 80% de incremento de cobertura en Rehabilitación profesional en relación al valor base-año 2011.

Indicador	Meta
3. Proyecto de intervención social costo-efectiva dirigido a segmentos poblacionales priorizados.	3. 25% de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados.

Indicador	Meta
4. Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas previas al pago con verificación de acreditación del derecho y validadas.	4. No menos de 90% de expedientes de prestaciones económicas cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas.

Objetivo estratégico 3:

“Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud”.

En cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad de la seguridad social en salud, ampliando la base contributiva y tributaria, mediante auditoría financiera internacional y el estudio financiero-actuarial hecho por la OIT.

La sostenibilidad financiera de EsSalud es una prioridad central, que tendrá sustento en el desarrollo de un diseño prospectivo financiero, en base a un estudio financiero actuarial y de gestión que será realizado con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), mediante el cual se establecerá técnicamente, la tasa de aportación del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud que garantice la sostenibilidad financiera de la institución, se identificará y propondrá las medidas financieras necesarias para mantener el equilibrio presupuestal, y se contará con recomendaciones que propongan políticas orientadas a mejorar el rol asegurador-financiador. Asimismo, se realizará la transferencia de conocimientos técnicos actuariales que permita el desarrollo de nuevos estudios por parte del equipo técnico de la Gerencia Central de Aseguramiento.

Como parte de este diseño financiero, se propondrá y sustentará al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo -sector al que EsSalud

está adscrito- los proyectos de ley para cautelar y recuperar los ingresos institucionales, además de actualizar y uniformizar las tasas de aportaciones en consonancia con las recomendaciones de la OIT, más aún si a lo largo de los años, el Estado peruano ha emitido normas que amplían la cobertura de la seguridad social en salud, manteniendo la tasa de aportación en el 9%. Estas normas no incorporaron nuevos mecanismos de financiamiento, lo cual ha venido afectando la calidad del servicio asistencial brindado a los asegurados del régimen contributivo de la seguridad social en salud.

Por otro lado, se mejorará la gestión financiera y de seguros mediante un conjunto de intervenciones para reducir la deuda pública y privada con EsSalud, se fortalecerá la alianza estratégica con la entidad recaudadora -Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (Sunat)- para contar con información válida de las aportaciones y de los aportantes. Se diseñarán mecanismos de asignación de recursos para optimizar las fases del proceso presupuestario, con énfasis en la calidad del gasto, incorporando la gestión por resultados, asignando los recursos con transferencia de riesgo e incentivos sobre la base de objetivos sanitarios, priorizando la atención primaria, la mejora de la calidad de atención y la eficiencia en la gestión clínica y sanitaria por procesos que se incorporarán a los acuerdos de gestión por parte de los órganos desconcentrados.

Un elemento importante para el logro del presente objetivo es que exista transparencia financiera y de gestión, la cual se espera lograr a través de auditorías financieras y presupuestarias que permitan contar con una opinión técnica respecto a si los estados financieros preparados por el Seguro Social de Salud presentan, razonablemente, su situación financiera, los resultados de sus operaciones y flujo de efectivo, y guardan conformidad con las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA) y las disposiciones legales vigentes. Asimismo, contar con una opinión técnica sobre la razonabilidad de la información presupuestaria preparada por el Seguro Social de Salud, EsSalud, y el grado de cumplimiento de las metas y objetivos previstos en el presupuesto institucional.



Objetivo específico 3.1:

Mejorar la gestión de la siniestralidad y de la administración de riesgos.

Estrategia

- 3.1.1. Fortalecer técnicamente las áreas encargadas de gestionar y monitorizar los riesgos financieros y de salud, así como prevenir y controlar la siniestralidad financiera y la vulnerabilidad de los sistemas de afiliación y acreditación de derecho.

Indicador	Meta
1. Siniestralidad financiera a nivel institucional.	1. Siniestralidad menor de 90%.

Indicador	Meta
2. Tasa de personas que vulneran el sistema de afiliación y acreditación para obtener derecho.	2. Tasa de vulneración de 4.22 por diez mil asegurados atendidos al 2016.

Objetivo específico 3.2:

Mejorar la gestión del gasto orientándolo a financiar resultados a través de intervenciones costo-efectivas.

Estrategia

- 3.2.1. Desarrollar acciones orientadas a establecer un presupuesto institucional, como correlato financiero del Plan de Gestión, enfocado en financiar resultados sanitarios, para cuyo efecto se promoverán intervenciones costo-efectivas, simplificación de los procesos asistenciales y mejoras en el rendimiento de los centros asistenciales.

Indicador	Meta
1. Porcentaje de órganos desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada, bajo un esquema de gestión por resultados.	1. 80% de órganos desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada, bajo un esquema de gestión por resultados al 2016.

Objetivo específico 3.3:

Mejorar la gestión de ingresos tributarios y no tributarios, procurando preservar o incrementar el valor del capital del portafolio de inversiones que respalda la reserva técnica institucional.

Estrategias

- 3.3.1. Basados en la estructura de gobierno tripartito y una conducción democrática, promover una línea de acuerdos institucionales que permitan actuar con una visión de país en función a la ampliación de cobertura, garantizando la sostenibilidad financiera, procurando una tasa competitiva y sostenible de aporte, recuperación de las deudas de los sectores público y privado, reducción de los índices de morosidad, evasión y elusión, inversión en infraestructura sanitaria y promoción de reformas legislativas.
- 3.3.2. Desarrollar un sistema financiero sostenible mediante la proposición de una tasa de aporte actuarialmente sustentada y comparable con el promedio de los seguros sociales de los países de Latinoamérica, sobre la base del cálculo actuarial. Asimismo, promover iniciativas legislativas, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que permitan la recuperación de las aportaciones de las gratificaciones.

Indicador	Meta
1. Porcentaje de recuperación de la deuda pública y privada.	1. a) 30% de recuperación de deuda no contributiva y de terceros al 2016. b) 40% de recuperación de deuda contributiva pública y privada al 2016.

Indicador	Meta
2. Tasa de retorno de inversiones financieras.	2. Tasa de retorno que preserve el valor de los recursos invertidos por la entidad.

Objetivo estratégico 4:

“Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido”

En consonancia con la actual política del Estado y con el compromiso en la lucha contra la corrupción, se implementará una gestión eficiente y transparente, basada en el mérito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.

Se establecerá un código de ética de la función pública en EsSalud, que se convierta en el marco de actuación de los funcionarios y trabajadores.

Se implementará una política anticorrupción expeditiva, con procedimientos transparentes, se impulsará el acceso a la información y simplificación administrativa, como mecanismos de transparencia en todos los niveles.

EsSalud contará con un Plan de Lucha contra la Corrupción que incorpore un diagnóstico, así como indicadores y metas que permitan evaluar cuánto ha avanzado la institución respecto a la implementación de las políticas nacionales de lucha contra la corrupción y planteará acciones para su prevención y para la investigación y sanción de los actos de corrupción.

Se optimizarán las capacidades de gestión, implementando la mejora de procesos priorizados y del diseño organizacional, así como el desarrollo de la gestión clínica y sanitaria por procesos. Se buscará desconcentrar la gestión operativa transfiriendo responsabilidades y otorgando más autonomía a los órganos desconcentrados. Además, se mejorarán y automatizarán los sistemas de recursos humanos (*Enterprise Resource Planning*, ERP por sus siglas en inglés) la cadena de suministros y los sistemas de finanzas, se reducirán los costos, se promoverán las compras corporativas y el control de las adquisiciones de los bienes estratégicos.

Se fomentará la meritocracia, mediante la implementación de una gestión de recursos humanos asistenciales y administrativos basada en competencias. Se implementará una política de fomento y desarrollo de las capacidades y el talento humano mediante programas de capacitación continua, priorizando el respeto mutuo y la mejora en el trato a los asegurados.

La institución impulsará la investigación científica y tecnológica en coordinación con los centros de formación, acorde a las necesidades de la mejora continua de la calidad de las prestaciones y a la política gubernamental.

Objetivo específico 4.1:

Fortalecer la lucha contra la corrupción a través de mecanismos de transparencia, vigilancia ciudadana, rendición de cuentas y recepción de denuncias.

Estrategias

- 4.1.1. Liderar las compras corporativas con otros actores del sector, a través de nuevas tecnologías.
- 4.1.2. Implementar políticas de transparencia y rendición de cuentas a los asegurados sobre las actividades y utilización de recursos de EsSalud, promover la simplificación administrativa, así como la participación de la sociedad civil y la vigilancia ciudadana, como instrumentos de lucha contra la corrupción.

Indicador	Meta
1. Cumplimiento de metas del Plan de Lucha contra la Corrupción.	1. Cumplimiento de no menos del 80% de las metas del Plan de Lucha contra la Corrupción 2012-2016.

Indicador	Meta
2. Promover la organización de grupos de vigilancia ciudadana.	2. Grupos de vigilancia ciudadana organizados en no menos del 60% de redes asistenciales.

Objetivo específico 4.2:

Desarrollar una gestión eficiente basada en resultados, incorporando tecnologías modernas de gestión.

Estrategias

- 4.2.1. Desarrollar una plataforma de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos, que tenga impacto en el conjunto del sistema nacional de salud y seguridad social (Sistema Unificado de Información, Plan Nacional de Conectividad en todos los CAS, TelEsSalud).

- 4.2.2. Modernizar el diseño organizacional simplificando la estructura, de modo que permita el logro de los objetivos estratégicos institucionales.
- 4.2.3. Fortalecer el proceso de regulación de los órganos normativos con énfasis en el control, mediante indicadores que permitan efectuar el seguimiento de la implantación de las normas institucionales y sectoriales, así como evaluar el impacto de la aplicación de las disposiciones emitidas. Se priorizará la adscripción a estándares internacionales en cada campo de actividad.
- 4.2.4. Transferir progresivamente las competencias, responsabilidades y gestión de los recursos financieros a los órganos desconcentrados suscribiendo acuerdos de gestión para garantizar resultados costo-efectivos.
- 4.2.5. Realizar los cambios o mejoras en los trámites más frecuentes demandados por los usuarios en el marco de un proceso de simplificación administrativa.

Indicador	Meta
1. Porcentaje de órganos desconcentrados que cumplen con las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión.	1. 100% de órganos desconcentrados cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión.
Indicador	Meta
2. Sistema de información integrado de procesos asistenciales y administrativos.	2. No menos del 70% de redes asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus CAS.

Objetivo específico 4.3:

Establecer una Gestión de Recursos Humanos por competencias laborales, meritocracia y concursos públicos de cargos jefaturales.

Estrategias

- 4.3.1. Fortalecer las competencias de los gestores, implementando programas de capacitación en servicios, orientados a la gestión clínica y sanitaria, priorizando la organización y funcionamiento de la atención primaria.

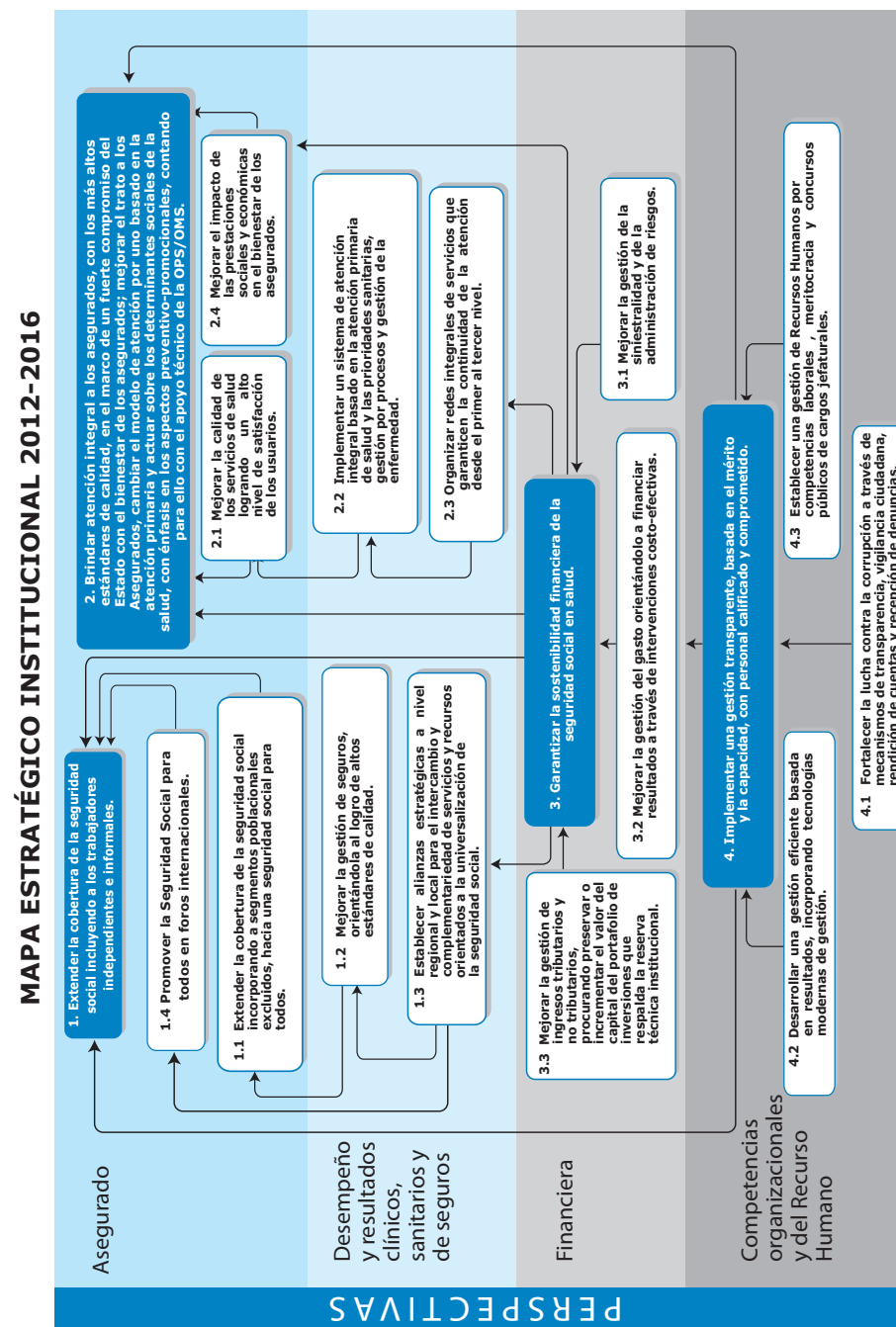
- 4.3.2. Desarrollar e implementar una política de recursos humanos basada en la gestión por competencias, meritocracia y acceso a cargos jefaturales mediante concursos públicos (convocar a procesos de selección de cargos jefaturales para organizar y fortalecer la selección de funcionarios basada en sus competencias y la carrera pública en EsSalud) y una política de compensaciones de acuerdo al cumplimiento de indicadores y metas a favor de los asegurados y mejora en el desempeño laboral e institucional.
- 4.3.3. Actualizar la escala remunerativa vigente y el clasificador de cargos para generar una política de retención de recursos humanos competentes.
- 4.3.4. Desarrollar una cultura organizacional que permita internalizar la visión, misión, compartir los mismos valores éticos, principios institucionales y objetivos, a través de talleres, programas de difusión, realizando evaluaciones periódicas. Mejorar el clima organizacional, el ambiente de trabajo cotidiano, reconocer públicamente los méritos de los trabajadores en el cumplimiento eficiente de sus funciones y su contribución a la mejora de la calidad de atención a los asegurados y de la gestión. Todas las áreas de la institución deben desarrollar acciones que permitan mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo personal, social y laboral de los trabajadores. Asimismo, deberán implementar estrategias y acciones de motivación e incentivos, tanto a nivel individual como a nivel de los equipos de trabajo.

Indicador	Meta
1. Porcentaje de personal incorporado a cargos jefaturales a través de concursos públicos en base a méritos y competencias.	1. 90% de cargos jefaturales seleccionados por concurso.
Indicador	Meta
2. Perfiles de competencias laborales para los cargos.	2. 90% de perfiles de competencias laborales para los cargos de ejecutivos, profesionales, técnicos y auxiliares aprobados y en aplicación en las actividades de selección de personal.

Mapa Estratégico y Matriz Estratégica 2012-2016

En las siguientes páginas se adjuntan el Mapa Estratégico Institucional 2012-2016 y la Matriz Estratégica 2012-2016, ambos son instrumentos del Cuadro de Mando Integral (*Balanced Score Card*) formulado.

3.1 Mapa estratégico - cuadro de mando integral



3.2 Matriz estratégica 2012-2016

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	METAS
1 Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales. En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informales; así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales, responsabilidad social comparada de empresas y trabajadores.	1.1	Extender la cobertura de la seguridad social incorporando a segmentos poblacionales excluidos, hacia una seguridad social para todos.	1.1.1 Basados en los principios de solidaridad, universalidad, igualdad, unidad, integralidad y autonomía, desarrollar acciones, alianzas estratégicas, planes y estudios para ampliar la cobertura de la seguridad social; incorporando a la PEA informal, independientes y las PYME hacia una seguridad social para todos.	1.- 40% de la población nacional con cobertura de seguro por EsSalud.
	1.2	Mejorar la gestión de seguros, orientándola al logro de altos estándares de calidad.	1.2.1 Implementar el sistema de gestión de la calidad en las oficinas y agencias de seguros a nivel nacional.	1.- 6 oficinas y 8 agencias de seguros certificadas
	1.3	Establecer alianzas estratégicas a nivel regional y local para el intercambio y complementariedad de servicios y recursos orientados a la universalización de la seguridad social.	1.3.1 Desarrollar e implementar una respuesta que articule a las redes asistenciales con los servicios de salud regionales y locales en la lógica de un sistema de seguridad social para todos.	1.- Convenios de intercambio y complementariedad de servicios de salud firmados por no menos del 60% de las redes asistenciales.
	1.4	Promover la seguridad social para todos en foros internacionales.	1.4.1 Desarrollar acciones, como integrantes de organismos internacionales, que impulsen la seguridad social universal. Promover y organizar foros internacionales que fomenten la seguridad social para todos.	1.- Foro Internacional sobre Universalización de la Seguridad Social realizado.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	METAS
2 Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados; camuñar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivos - promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS.	2.1	Mejorar la calidad de los servicios de salud logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	2.1.1 Desarrollar e implementar un sistema de calidad orientado a satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, garantizando un buen trato y mejorando prioritariamente los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia, congruentes con los estándares internacionales vigentes, eliminando las barreras de acceso y reduciendo el diferimiento de atención y las listas de espera quirúrgica.	1.- Reducción de 16% de la carga de enfermedad al 2016. 2.- 60% de CAS con servicios de hospitalización con registros de eventos adversos e intervenciones para su prevención y control. 3.- a) 80 % de los CAS cumplen con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen Trato. b) 90% de los asegurados encuestados en CAS satisfechos con el trato recibido. 4.- 80% de servicios de consulta externa y 30% de hospitalización de CAS cuentan con garantías del buen trato vigilando las prestaciones otorgadas a los asegurados.
		2.1.2. Desarrollar una plataforma de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos, que tenga impacto en el conjunto del sistema nacional de salud y seguridad social (Sistema Unificado de Información, Plan Nacional de Conectividad en todos los CAS, TelEsSalud).	2.- Registro de eventos adversos operando en CAS con servicios de hospitalización e intervenciones de prevención y control.	5.- a) 80% de estudios de preinversión programados viabilizados. b) 80% de CAS ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento. c) 80% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación.
		2.1.3. Incrementar los montos de inversión en infraestructura y equipos biomédicos e informáticos, incorporando un enfoque de hospitales ecológicos, para mejorar la sostenibilidad, el acceso y la calidad de atención a las poblaciones excluidas.	3.- Cumplimiento de las metas del Plan de Buen Trato al Asegurado.	
		2.1.4. Mejorar las acciones para disminuir la vulnerabilidad de los hospitales y mitigar los riesgos frente a desastres.	4.- Grupos de vigilancia ciudadana implementados en los centros asistenciales a través de un programa de garantías del buen trato.	
		2.1.5 Impulsar el desarrollo de la investigación científica y tecnológica, acorde a las prioridades sanitarias y a las necesidades de salud de los asegurados.	5.- Cumplimiento del Plan Multianual de Inversión.	
		2.1.6 Entrenar y organizar al personal a través de las brigadas y de los comités de seguridad y defensa para enfrentar eventos catastróficos. Difundir a la población asegurada, a través de medios audiovisuales, las pautas necesarias de evacuación para cada tipo de emergencia que se puedan presentar.		
		2.1.7 Establecer los mecanismos para implementar un programa que permita notificar, analizar y controlar los incidentes y eventos adversos en los centros asistenciales (priorizando las áreas de emergencia, hospitalización y centro quirúrgico) que conlleven a adoptar medidas para evitar incidentes y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente. Facilitar la difusión y aprendizaje sobre prevención y control de los eventos adversos.		

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	METAS
2	Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-mocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS.	2.2 Implementar un sistema de atención integral basado en la atención primaria de salud y las prioridades sanitarias, gestión por procesos y gestión de la enfermedad.	1.- Centros asistenciales del primer nivel que aplican intervenciones de atención primaria. 2.- Guías clínicas institucionales con intervenciones para prevenir y controlar las prioridades sanitarias. 3.- Porcentaje del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica.	1.- 50% de CAS del primer nivel, aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria. 2.- 50% de CAS aplican Guías Clínicas institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias. 3.- No menos del 70% del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica al 2016.
	2.3 Organizar redes integrales de servicios que garanticen la continuidad de la atención desde el primer al tercer nivel.	2.3.1 Organizar y fortalecer el sistema de atención a través de redes funcionales basadas en la atención primaria, teniendo al primer nivel de atención como puerta de entrada a los servicios de salud, complementándose con la atención especializada, cuando la complejidad de la enfermedad lo requiera, estandarizando las guías de práctica clínica y protocolos nacionales que incorporen las intervenciones en los tres niveles de atención y garanticen la continuidad de la atención del asegurado. 2.3.2 Fortalecer el primer nivel de atención, dotándolo de personal capacitado e incorporando tecnologías de salud que incrementen la capacidad resolutiva. 2.3.3 Incrementar el presupuesto para el primer nivel de atención, a fin de fortalecer su capacidad de resolución y ampliar la cobertura.	1.- Asegurados de redes asistenciales incorporados a Centros de Excelencia (gestión de la enfermedad). 2.- Proporción del presupuesto de las redes asistenciales asignados al primer nivel de atención.	1.- No menos del 60% de asegurados de las 8 mayores redes asistenciales incorporados a 3 Centros de Excelencia priorizados e implementados. 2.- No menos del 80% de las Redes Asistenciales tienen no menos del 30% de su presupuesto asignado al primer nivel de atención.

	2.4	Mejorar el impacto de las Prestaciones Sociales y Económicas en el bienestar de los asegurados.	2.3.4. Organizar un sistema ágil e integrado de emergencia que mejore la capacidad de respuesta e integre los servicios de emergencia de los CAS y permita un traslado rápido de los pacientes a los servicios de hospitalización. Implementar la gestión por procesos y la gestión de la enfermedad, priorizando las áreas de hospitalización y emergencia. 2.4.1 Fortalecer las prestaciones sociales dirigidas a las personas adultas mayores, priorizando la población de las regiones de mayor vulnerabilidad social y concentración demográfica. Incrementar la cobertura a nuevos segmentos de población con discapacidad en las unidades operativas de Rehabilitación Profesional. Impulsar el desarrollo de programas sociales dirigidos a poblaciones vulnerables de asegurados que constituyen una demanda insatisfecha.	1. Centros del Adulto Mayor de la Red Nacional de Prestaciones Sociales que aplican el Modelo Gerontológico Gerontológico Social sistematizado. 2. Porcentaje de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional. 3. Proyecto de intervención social costo efectiva dirigido a segmentos poblacionales prioritizados. 4. Porcentaje de expedientes de Prestaciones Económicas previas al pago con verificación de acreditación del derecho y validadas.	1. 80% de los centros del Adulto Mayor aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado. 2. 80% de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional en relación al valor base año 2011. 3. 25% de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados. 4. No menos de 90% de expedientes de Prestaciones Económicas cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	METAS
3	Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.	3.1.1 Fortalecer técnicamente las áreas encargadas de gestionar y monitorear los riesgos financieros y de salud, así como prevenir y controlar la siniestralidad financiera y la vulnerabilidad de los sistemas de afiliación y acreditación de derecho.	1.- Siniestralidad financiera a nivel institucional. 2.- Tasa de personas que vulneran el sistema de afiliación y acreditación para obtener derecho.	1.- Siniestralidad menor de 90%. 2.- Tasa de vulneración de 4.22 por diez mil asegurados atendidos al 2016.
	En cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad de la seguridad social en salud, ampliando la base contributiva y tributaria, mediante auditoría financiera internacional y mediante el estudio financiero-actuarial hecho por la OIT.	3.2 Desarrollar acciones orientadas a establecer un presupuesto institucional, como correlato financiero del plan de gestión, enfocado en financiar resultados sanitarios, para cuyo efecto se promoverán intervenciones costo efectivas, simplificación de los procesos asistenciales y mejoras en el rendimiento de los centros asistenciales.	1.- Porcentaje de órganos desconcentrados con gestión presupuestal des-concentrada, bajo un esquema de gestión por resultados.	1.- 80% de órganos desconcentrados con gestión presupuestal des-concentrada, bajo un esquema de gestión por resultados al 2016.
		3.3.1 Basados en la estructura de gobierno tripartito y una conducción democrática, promover una línea de acuerdos institucionales que permitan actuar con una visión de país en función a la ampliación de cobertura, garantizando la sostenibilidad financiera, procurando una tasa competitiva y sostenible de aporte, recuperación de las deudas de los sectores público y privado, reducción de los índices de morosidad, evasión y elusión, inversión en infraestructura sanitaria y promoción de reformas legislativas. 3.3.2. Desarrollar un sistema financiero sostenible mediante la proposición de una tasa de aporte actuarialmente sustentada y comparable con el promedio de los seguros sociales de los países de Latinoamérica, sobre la base del cálculo actuarial. Asimismo, promover iniciativas legislativas, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que permitan la recuperación de las aportaciones de las gratificaciones.	1.- Porcentaje de recuperación de la deuda pública y privada 2.- Tasa de retorno de inversiones financieras.	1.1.- 30% de recuperación de deuda no contributiva y de terceros al 2016. 1.2.- 40% de recuperación de deuda contributiva pública y privada al 2016. 2.- Tasa de retorno que preserve el valor de los recursos invertidos por la entidad.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	METAS
4	Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.	4.1.1 Liderar las compras corporativas con otros actores del sector, a través de nuevas tecnologías. 4.1.2 Implementar políticas de transparencia y rendición de cuentas a los asegurados sobre las actividades y utilización de recursos de EsSalud, promover la simplificación administrativa, así como la participación de la sociedad civil y la vigilancia ciudadana, como instrumentos de lucha contra la corrupción.	1.- Cumplimiento de metas del Plan de Lucha contra la Corrupción. 2.- Promover la organización de grupos de vigilancia ciudadana.	1.- Cumplimiento de no menos del 80% de las metas del Plan de Lucha contra la Corrupción 2012-2016. 2.- Grupos de vigilancia ciudadana organizados en no menos del 60% de redes asistenciales.
	En consonancia con la actual política del Estado y con el compromiso en la lucha contra la corrupción, se implementará una gestión eficiente y transparente, basada en el mérito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.	4.2.1 Desarrollar una plataforma de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos, que tenga impacto en el conjunto del sistema nacional de salud y seguridad social (Sistema Unificado de Información, Plan Nacional de Conectividad en todos los CAS, TelesSalud). 4.2.2 Modernizar el diseño organizacional simplificando la estructura, de modo que permita el logro de los objetivos estratégicos institucionales. 4.2.3 Fortalecer el proceso de regulación de los órganos normativos con énfasis en el control, mediante indicadores que permitan efectuar el seguimiento de la implantación de las normas institucionales y sectoriales, así como evaluar el impacto de la aplicación de las disposiciones emitidas. Se priorizará la adscripción a estándares internacionales en cada campo de actividad. 4.2.4 Transferir las competencias, responsabilidades y gestión de los recursos financieros a los órganos desconcentrados suscribiendo acuerdos de gestión para garantizar resultados costo-efectivos. 4.2.5 Realizar los cambios o mejoras en los trámites más frecuentes demandados por los usuarios en el marco de un proceso de simplificación administrativa.	1.- Porcentaje de órganos desconcentrados que cumplen con las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión. 2.- Sistema de información integrado de procesos asistenciales y administrativos.	1.- 100% de órganos desconcentrados que cumplen con las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión. 2.- No menos del 70% de redes asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus CAS.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS	INDICADORES	METAS
4	Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido. En consonancia con la actual política del Estado y con el compromiso en la lucha contra la corrupción, se implementará una gestión eficiente y transparente, basada en el mérito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.	4.3 4.3.1 Fortalecer las competencias de los gestores, implementando programas de capacitación en servicios, orientados a la gestión clínica y sanitaria, priorizando la organización y funcionamiento de la atención primaria. 4.3.2 Desarrollar e implementar una política de recursos humanos basada en la gestión por competencias, meritocracia y acceso a cargos jefaturales mediante concursos públicos (convocar a procesos de selección de cargos jefaturales para organizar y fortalecer la selección de funcionarios basada en sus competencias y la carrera pública en EsSalud) y una política de compensaciones de acuerdo al cumplimiento de indicadores y metas a favor de los asegurados y mejora en el desempeño laboral e institucional. 4.3.3 Actualizar la escala remunerativa vigente y el clasificador de cargos para generar una política de retención de recursos humanos competentes. 4.3.4 Desarrollar una cultura organizacional que permita internalizar la visión, misión, compartir los mismos valores éticos, principios institucionales y objetivos, a través de talleres, programas de difusión, realizando evaluaciones periódicas. Mejorar el clima organizacional, el ambiente de trabajo cotidiano, reconocer públicamente los méritos de los trabajadores en el cumplimiento eficiente de sus funciones y su contribución a la mejora de la calidad de atención a los asegurados y de la gestión. Todas las áreas de la institución deben desarrollar acciones que permitan mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo personal, social y laboral de los trabajadores. Asimismo, deberán implementar estrategias y acciones de motivación e incentivos, tanto a nivel individual como a nivel de los equipos de trabajo.	1.- Porcentaje de personal incorporado a cargos jefaturales a través de concursos públicos en base a méritos y competencias. 2.- Perfiles de competencias laborales para los cargos.	1.- 90% de cargos jefaturales seleccionados por concurso. 2.- 90% de perfiles de competencias laborales para los cargos de ejecutivos, profesionales, técnicos y auxiliares aprobados y en aplicación en las actividades de selección de personal.

4. Anexos

Matriz FODA

Se realizó un análisis utilizando como instrumento la matriz FODA para formular las estrategias, se tomó en cuenta que estas son los cursos de acción seleccionados a partir de correlacionar las fortalezas y debilidades institucionales con las oportunidades y amenazas del entorno.

- Las estrategias se formularon, por una parte, con el propósito de utilizar las fortalezas de EsSalud para aprovechar las oportunidades del entorno; y, por otro lado, para superar las debilidades capitalizando las oportunidades (estrategias F-O y D-O).
- Las siguientes estrategias se formularon, por un lado, para utilizar las fortalezas de EsSalud con el fin de contrarrestar las amenazas del entorno; y, por otro lado, para atenuar las debilidades o convertirlas en fortalezas a fin de remontar las amenazas (estrategias F-A y D-A).

Después de formular este conjunto de posibles estrategias, se procedió a la selección de aquellas que se consideraron más adecuadas para responder al escenario actual, acorde a la viabilidad de su ejecución.

A continuación, se presentan las estrategias formuladas utilizando este instrumento de gestión:



Centro de Atención Primaria I Kiteni, La Convención - Cusco



Centro de Atención Primaria Huyro, La Convención - Cusco

ESTRATEGIAS F-O 1: FORTALEZAS - OPORTUNIDADES



OPORTUNIDADES

01. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional.
02. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social.
03. Crecimiento económico sostenido, que impulsa la expansión del empleo y, por ende, del número de asegurados.
05. Expectativas de la sociedad que demandan la modernización de la seguridad social.
06. Aumento de la Remuneración Mínima Vital.
07. Resultados del Estudio Financiero Actuarial de la OIT.
08. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
09. Marco legal de convenios interinstitucionales con el MINSA permite el intercambio y complementariedad de servicios; asimismo, con gobiernos regionales y locales y prestadores privados para ampliar la oferta.

FORTALEZA 1

Somos una institución basada en los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, igualdad, unidad e integralidad.

FORTALEZA 3

Capacidad de extender la seguridad social a la población no asegurada e incrementar su cobertura a sectores que hoy no acceden a los servicios de salud.

ESTRATEGIA

Basados en los principios de solidaridad, universalidad, igualdad, unidad, integralidad y autonomía, desarrollar acciones, alianzas estratégicas, planes y estudios para ampliar la cobertura de la seguridad social; incorporando a la PEA informal, independientes y las PYME, hacia una seguridad social para todos.

**ESTRATEGIAS F-O 2:
FORTALEZAS – OPORTUNIDADES**

	OPORTUNIDADES 01. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional. 02. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. 03: Crecimiento económico sostenido, que impulsa la expansión del empleo y por ende, del número de asegurados. 05. Expectativas de la sociedad que demandan la modernización de la seguridad social. 06. Aumento de la Remuneración Mínima Vital. 08. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.). 09. Marco legal de convenios interinstitucionales con el MINSA permite el intercambio y complementariedad de servicios; asimismo, con gobiernos regionales y locales y prestadores privados para ampliar la oferta.
FORTALEZA 2 9 millones y medio de asegurados y 5 millones de aportantes lo convierten en una institución pública que se sostiene financieramente en forma autónoma.	ESTRATEGIA Desarrollar acciones, como integrantes de organismos internacionales, que impulsen la Seguridad Social Universal. Promover y organizar foros internacionales que fomenten la seguridad social para todos. ESTRATEGIA Incrementar los montos de inversión en infraestructura y equipos biomédicos e informáticos, incorporando un enfoque de hospitales ecológicos, para mejorar la sostenibilidad, el acceso y la calidad de atención a las poblaciones excluidas.

**ESTRATEGIAS F-O 3:
FORTALEZAS – OPORTUNIDADES**

	OPORTUNIDADES 01. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional. 02. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. 04. Expectativas de la población sin seguridad social, constituyen una ventana de oportunidad para cambios y reformas institucionales. 05. Expectativas de la sociedad que demandan la modernización de la seguridad social.
FORTALEZA 4 La estructura de gobierno tripartito de EsSalud (Gobierno, trabajadores y empresarios) le otorga una conducción democrática y la capacidad de diálogo y articulación con la sociedad civil.	ESTRATEGIA Basados en la estructura de gobierno tripartito y una conducción democrática, promover una línea de acuerdos institucionales que permitan actuar con una visión de país en función a la ampliación de cobertura, garantizando la sostenibilidad financiera, procurando una tasa competitiva y sostenible de aporte, recuperación de las deudas de los sectores público y privado, reducción de los índices de morosidad, evasión y elusión, inversión en infraestructura sanitaria y promoción de reformas legislativas.

**ESTRATEGIAS F-O 4:
FORTALEZAS – OPORTUNIDADES**

	OPORTUNIDADES - O1. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional. - O2. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. - O4. Expectativas de la población sin seguridad social, constituyen una ventana de oportunidad para cambios y reformas institucionales. - O5. Expectativas de la sociedad que demandan la modernización de la seguridad social. - O6. Aumento de la Remuneración Mínima Vital. - O8. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.). - O9. Marco legal de convenios interinstitucionales con el MINSA permite el intercambio y complementariedad de servicios; asimismo, con gobiernos regionales y locales y prestadores privados para ampliar la oferta.
FORTALEZA 5 EsSalud es un componente fundamental en el sistema nacional de salud y seguridad social.	ESTRATEGIA <i>Desarrollar una plataforma de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos, que tenga impacto en el conjunto del sistema nacional de salud y seguridad social (Sistema Unificado de Información, Plan Nacional de conectividad en todos los CAS, TelEsSalud.</i>

**ESTRATEGIAS F-O 5:
FORTALEZAS – OPORTUNIDADES**

	OPORTUNIDADES - O1. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional. - O2. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. - O4. Expectativas de la población sin seguridad social, constituyen una ventana de oportunidad para cambios y reformas institucionales. - O5. Expectativas de la sociedad que demandan la modernización de la seguridad social. - O6. Aumento de la Remuneración Mínima Vital. - O8. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.). - O9. Marco legal de convenios interinstitucionales con el MINSA permite el intercambio y complementariedad de servicios; asimismo, con gobiernos regionales y locales y prestadores privados para ampliar la oferta.
FORTALEZA 6 Posee una red de servicios de salud extendida a nivel nacional, centrada en poblaciones urbanas de alta concentración poblacional.	ESTRATEGIA <i>Desarrollar e implementar una respuesta que articule a las redes asistenciales con los servicios de salud regionales y locales en la lógica de un sistema de seguridad social para todos.</i>

ESTRATEGIAS F-O 6: FORTALEZAS – OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES O04. Expectativas de la población sin seguridad social, constituyen una ventana de oportunidad para cambios y reformas institucionales. O05. Expectativas de la sociedad que demandan la modernización de la seguridad social. O08. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
	ESTRATEGIA <i>Organizar y fortalecer el sistema de atención a través de redes funcionales, basadas en la atención primaria, teniendo al primer nivel de atención como puerta de entrada a los servicios de salud, complementándose con la atención especializada, cuando la complejidad de la enfermedad lo requiera, estandarizando las guías de práctica clínica y protocolos nacionales que incorporen las intervenciones en los tres niveles de atención y garanticen la continuidad de la atención del asegurado.</i>
FORTALEZA 7 Buena atención hospitalaria y post hospitalaria.	
FORTALEZA 9 Alta capacidad de resolución, con especialistas en la atención de alta complejidad.	
FORTALEZA 10 Existencia de una red nacional de alta tecnología.	

ESTRATEGIAS F-O 7: FORTALEZAS – OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES O01. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional.
	ESTRATEGIA <i>Fortalecer las prestaciones sociales dirigidas a las personas adulto mayores, priorizando la población de las regiones de mayor vulnerabilidad social y concentración demográfica. Incrementar la cobertura a nuevos segmentos de población con discapacidad en las unidades operativas de Rehabilitación Profesional. Impulsar el desarrollo de programas sociales dirigidos a poblaciones vulnerables de asegurados que constituyen una demanda insatisfecha.</i>
FORTALEZA 1 Somos una institución basada en los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, igualdad, unidad e integralidad.	
FORTALEZA 9 Alta capacidad de resolución, con especialistas en la atención de alta complejidad.	

ESTRATEGIAS F-O 8: FORTALEZAS – OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES 04. Expectativas de la población sin seguridad social, constituyen una ventana de oportunidad para cambios y reformas institucionales. 05. Expectativas de la sociedad que demandan la modernización de la seguridad social. 06. Aumento de la Remuneración Mínima Vital. 08. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
	ESTRATEGIA <i>Liderar las compras corporativas con otros actores del sector, a través de nuevas tecnologías.</i>
FORTALEZA 5 EsSalud es un componente fundamental en el sistema nacional de salud y seguridad social.	
FORTALEZA 11 La economía de escala de ESSALUD le da una fuerza de negociación para establecer alianzas con otros prestadores de servicios de salud del sistema sanitario, para compras corporativas de insumos, medicamentos y equipos.	

ESTRATEGIAS F-O 9: FORTALEZAS – OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES 02. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. 06. Aumento de la Remuneración Mínima Vital. 08. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
	ESTRATEGIA <i>Fortalecer las competencias de los gestores, implementando programas de capacitación en servicios, orientados a la gestión clínica y sanitaria, priorizando la organización y funcionamiento de la atención primaria.</i>
FORTALEZA 12 Reconocimiento de nuestros problemas nos impulsa a cambiar.	

ESTRATEGIAS D-O 1: DEBILIDADES- OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES O2. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. O3: Crecimiento económico sostenido, que impulsa la expansión del empleo y, por ende, del número de asegurados. O7. Resultados del Estudio Financiero Actuarial de la OIT.
	DEBILIDAD 2 Subsidios indebidos a grupos ocupacionales que deberían contar con una tasa más alta de aportes. DEBILIDAD 3 Persistencia de un modelo de atención con énfasis en los aspectos curativo y recuperativo en desmedro de lo preventivo promocional.
ESTRATEGIA <i>Desarrollar un sistema financiero sostenible mediante la proposición de una tasa de aporte actuarialmente sustentada y comparable con el promedio de los seguros sociales de los países de Latinoamérica, sobre la base del cálculo actuarial. Asimismo, promover iniciativas legislativas, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, que permitan la recuperación de las aportaciones de las gratificaciones.</i>	

ESTRATEGIAS D-O 2: DEBILIDADES- OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES O5. Expectativas de la sociedad que demandan la modernización de la seguridad social.
DEBILIDAD 4 Dificultad para mantener y captar a personal asistencial y administrativo calificado por falta de incentivos económicos, especialmente en el primer nivel de atención.	ESTRATEGIA <i>Desarrollar e implementar una política de recursos humanos basada en la gestión por competencias, meritocracia y acceso a cargos jefaturales mediante concursos públicos (convocar a procesos de selección de cargos jefaturales para organizar y fortalecer la selección de funcionarios basada en sus competencias y la carrera pública en EsSalud) y una política de compensaciones de acuerdo al cumplimiento de indicadores y metas a favor de los asegurados y mejora en el desempeño laboral e institucional.</i>
DEBILIDAD 5 Personal desmotivado por desactualización de los niveles salariales.	
DEBILIDAD 7 Inexistencia de una carrera pública asistencial y administrativa basada en la meritocracia, sobre la base de concursos públicos para selección del personal por competencias.	
DEBILIDAD 7ª Obsolescencia del modelo organizacional e inexistencia de un sistema de gestión normativa.	
	ESTRATEGIA <i>Modernizar el diseño organizacional simplificando la estructura, de modo que permita el logro de los objetivos estratégicos institucionales.</i>
	ESTRATEGIA <i>Fortalecer el proceso de regulación de los órganos normativos con énfasis en el control, mediante indicadores que permitan efectuar el seguimiento de la implantación de las normas institucionales y sectoriales, así como evaluar el impacto de la aplicación de las disposiciones emitidas. Se priorizará la adscripción a estándares internacionales en cada campo de actividad.</i>
	ESTRATEGIA <i>Transferir progresivamente las competencias, responsabilidades y gestión de los recursos financieros a los órganos desconcentrados suscribiendo acuerdos de gestión para garantizar resultados costo-efectivos.</i>

ESTRATEGIAS D-O 3: DEBILIDADES- OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES - O1. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional. - O2. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. - O6. Aumento de la Remuneración Mínima Vital. - O8. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
	DEBILIDAD 6 Deterioro de la imagen de ESSALUD en el componente pre hospitalario. DEBILIDAD 8 Insuficiente comunicación a los medios sobre los logros de ESSALUD a nivel nacional. DEBILIDAD 10 Deficiencias en la cultura de calidad del servicio, buen trato y seguridad del paciente. DEBILIDAD 12 Limitación en los procesos administrativos y de atención a nivel nacional (por uso aún limitado de guías clínicas de atención y protocolos de procedimientos).
ESTRATEGIA <i>Desarrollar e implementar un sistema de calidad orientado a satisfacer las necesidades y expectativas del usuario, garantizando un buen trato y mejorando prioritariamente los procesos de consulta externa, hospitalización y emergencia, congruentes con los estándares internacionales vigentes, eliminando las barreras de acceso y reduciendo el diferimiento de atención y las listas de espera quirúrgica.</i> ESTRATEGIA <i>Realizar los cambios o mejoras en los trámites más frecuentes demandados por los usuarios en el marco de un proceso de simplificación administrativa.</i> ESTRATEGIA <i>Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en las oficinas y agencias de seguros a nivel nacional.</i> ESTRATEGIA <i>Desarrollar acciones orientadas a establecer un presupuesto institucional, como correlato financiero del Plan de Gestión enfocado en financiar resultados sanitarios, para cuyo efecto se promoverán intervenciones costo-efectivas, simplificación de los procesos asistenciales y mejoras en el rendimiento de los centros asistenciales.</i>	

ESTRATEGIAS D-O 4: DEBILIDADES- OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES - O1. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional. - O2. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. - O6. Aumento de la Remuneración Mínima Vital. - O8. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
	DEBILIDAD 6 Deterioro de la imagen de ESSALUD en el componente pre hospitalario. DEBILIDAD 8 Insuficiente comunicación a los medios sobre los logros de ESSALUD a nivel nacional. DEBILIDAD 10 Deficiencias en la cultura de calidad del servicio, buen trato y seguridad del paciente. DEBILIDAD 12 Limitación en los procesos administrativos y de atención a nivel nacional (por uso aún limitado de guías clínicas de atención y protocolos de procedimientos).
ESTRATEGIA <i>Establecer los mecanismos para implementar un programa que permita notificar, analizar y controlar los incidentes y eventos adversos en los centros asistenciales (priorizando las áreas de emergencia, hospitalización y centro quirúrgico) que conlleven a adoptar medidas para evitar incidentes y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente. Facilitar la difusión y aprendizaje sobre prevención y control de los eventos adversos.</i> ESTRATEGIA <i>Mejorar los niveles de control de pago, optimizar y automatizar los procesos técnico administrativos de las prestaciones económicas.</i>	

ESTRATEGIAS D-O 5: DEBILIDADES- OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES - O1. Desarrollo de una Política de Inclusión Social por parte del Gobierno Nacional. - O2. Apoyo político del Gobierno para los cambios en la salud y la seguridad social. - O6. Aumento de la Remuneración Mínima Vital. - O8. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
	ESTRATEGIA <i>Organizar y fortalecer el sistema de atención a través de redes funcionales, basadas en la atención primaria, teniendo al primer nivel de atención como puerta de entrada a los servicios de salud, complementándose con la atención especializada, cuando la complejidad de la enfermedad lo requiera, estandarizando las guías de práctica clínica y protocolos nacionales, que incorporen las intervenciones en los tres niveles de atención y garanticen la continuidad de la atención del asegurado.</i> ESTRATEGIA <i>Organizar un sistema ágil e integrado de emergencia que mejore la capacidad de respuesta e integre los servicios de emergencia de los CAS y permita un traslado rápido de los pacientes a los servicios de hospitalización. Implementar la gestión por procesos y la gestión de la enfermedad, priorizando las áreas de hospitalización y emergencia.</i>
DEBILIDAD11 Déficit de servicios de Emergencia y Consulta Externa. DEBILIDAD 16 Persistencia de un modelo de atención con énfasis en los aspectos curativo y recuperativo en desmedro de lo preventivo promocional. DEBILIDAD 17 Servicios de salud enfocados en la atención especializada, con una atención primaria débil. DEBILIDAD 18 Deficiente atención pre hospitalaria.	

ESTRATEGIAS D-O 6: DEBILIDADES- OPORTUNIDADES	
	OPORTUNIDADES O8. Existencia de convenios con organismo de apoyo técnico y cooperación nacional e internacional (ONGEI, OIT, OPS/OMS, etc.).
	ESTRATEGIA <i>Implementar políticas de transparencia y rendición de cuentas a los asegurados sobre las actividades y utilización de recursos de EsSalud, promover la simplificación administrativa, así como la participación de la sociedad civil y la vigilancia ciudadana, como instrumentos de lucha contra la corrupción.</i>
DEBILIDAD14 Históricamente ha faltado decisión política para incrementar la cobertura de la seguridad social y evitar la depredación de los recursos institucionales, situación que la actual gestión está corrigiendo (auditoría financiera, estudio financiero actuarial y transparencia). DEBILIDAD 15 Remanentes de corrupción institucional.	

ESTRATEGIAS F-A 1: FORTALEZAS – AMENAZAS	
	AMENAZAS A1. Políticas que promueven dispositivos de ley sin respaldo técnico que afectan financieramente a ESSALUD
FORTALEZA 4 La estructura de gobierno tripartito de EsSalud (Gobierno, trabajadores y empresarios) le otorga una conducción democrática y la capacidad de diálogo y articulación con la sociedad civil.	ESTRATEGIA <i>Basados en la estructura de gobierno tripartito y una conducción democrática, promover una línea de acuerdos institucionales que permitan actuar con una visión de país en función a la ampliación de cobertura, garantizando la sostenibilidad financiera, procurando una tasa competitiva y sostenible de aporte, recuperación de las deudas de los sectores público y privado, reducción de los índices de morosidad, evasión y elusión, inversión en infraestructura sanitaria y promoción de reformas legislativas.</i>

ESTRATEGIAS F-A 2: FORTALEZAS – AMENAZAS	
	AMENAZAS A2. El crecimiento de la población de asegurados adulto mayores y una mayor carga por enfermedades crónicas no transmisibles, incrementa la utilización de servicios y los costos. A3. Existencia de eventos sanitarios continentales emergentes y reemergentes (sarampión, dengue, malaria, TBC y VIH/SIDA). Previsión de un Fenómeno de El Niño mayor para 2012-2013.
FORTALEZA 2 9 millones y medio de asegurados y 5 millones de aportantes lo convierten en una institución pública que se sostiene financieramente en forma autónoma. FORTALEZA 5 EsSalud es un componente fundamental en el sistema nacional de salud y seguridad social FORTALEZA 6 Posee una red de servicios de salud extendida a nivel nacional, centrada en poblaciones urbanas de alta concentración poblacional. FORTALEZA 7 Alta capacidad de resolución, con especialistas en la atención de alta complejidad. FORTALEZA 8 Existencia de una red nacional de alta tecnología.	ESTRATEGIA <i>Desarrollar e implementar intervenciones preventivo promocionales para las enfermedades crónicas no transmisibles, emergentes, los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.</i> ESTRATEGIA <i>Mejorar las acciones para disminuir la vulnerabilidad de los hospitales y mitigar los riesgos frente a desastres.</i> ESTRATEGIA <i>Entrenar y organizar al personal, a través de las brigadas y de los comités de seguridad y defensa, para enfrentar eventos catastróficos. Difundir a la población asegurada a través de medios audiovisuales, las pautas necesarias de evacuación para cada tipo de emergencia que se pueda presentar.</i>

ESTRATEGIAS F-A 3: FORTALEZAS – AMENAZAS	
	AMENAZAS A5. Pérdida de capital humano y posibles conflictos laborales por deterioro de capacidad adquisitiva acumulada en los últimos 20 años.
FORTALEZA 2 9 millones y medio de asegurados y 5 millones de aportantes lo convierten en una institución pública que se sostiene financieramente en forma autónoma.	ESTRATEGIA <i>Desarrollar e implementar una política de recursos humanos basada en la gestión por competencias, meritocracia y acceso a cargos jefaturales mediante concursos públicos (convocar a procesos de selección de cargos jefaturales para organizar y fortalecer la selección de funcionarios basada en sus competencias y la carrera pública en EsSalud) y una política de compensaciones de acuerdo al cumplimiento de indicadores y metas a favor de los asegurados y mejora en el desempeño laboral e institucional.</i> ESTRATEGIA <i>Actualizar la escala remunerativa vigente y el clasificador de cargos para generar una política de retención de recursos humanos competentes.</i>

ESTRATEGIAS D-A 1: DEBILIDADES – AMENAZAS	
	AMENAZAS A1. Políticas que promueven dispositivos de ley sin respaldo técnico que afectan financieramente a EsSalud.
DEBILIDAD 1 Históricamente ha faltado decisión política para incrementar la cobertura de la seguridad social y evitar la depredación de recursos institucionales, situación que la actual gestión está corrigiendo (auditoría financiera, estudio financiero actuarial y transparencia) DEBILIDAD 6 Tasa de aportes insuficiente en comparación con el promedio de aportes en los seguros latinoamericanos, la cual está congelada desde 1985. DEBILIDAD 7 Subsidios indebidos a grupos ocupacionales que deberían contar con una tasa más alta de aportes. DEBILIDAD 8 Recorte de ingresos contributivos (gratificaciones).	ESTRATEGIA <i>Basados en la estructura de gobierno tripartito y una conducción democrática, promover una línea de acuerdos institucionales que permitan actuar con una visión de país en función a la ampliación de cobertura, garantizando la sostenibilidad financiera, procurando una tasa competitiva y sostenible de aporte, recuperación de las deudas de los sectores público y privado, reducción de los índices de morosidad, evasión y elusión, inversión en infraestructura sanitaria y promoción de reformas legislativas.</i> ESTRATEGIA <i>Fortalecer técnicamente las áreas encargadas de gestionar y monitorizar los riesgos financieros y de salud, así como prevenir y controlar la siniestralidad financiera y la vulnerabilidad de los sistemas de afiliación y acreditación de derecho.</i> ESTRATEGIA <i>Desarrollar un sistema de evaluación económica de tecnologías en salud (intervenciones en salud, medicamentos, material médico y equipamiento biomédico) que permita seleccionar las alternativas más costo-efectivas (de mayor efectividad y menor costo), para garantizar mayor eficiencia en el gasto y mejores resultados en la salud de los asegurados.</i>

ESTRATEGIAS D-A 2: DEBILIDADES – AMENAZAS	
	AMENAZAS A2. El crecimiento de la población de asegurados adulto mayores y una mayor carga por enfermedades crónicas no transmisibles, incrementa la utilización de servicios y los costos.
	DEBILIDAD 3 Persistencia de un modelo de atención con énfasis en los aspectos curativo y recuperativo en desmedro de lo preventivo promocional. DEBILIDAD 4 Servicios de salud enfocados en la atención especializada, con una atención primaria débil. DEBILIDAD 9 Dificultad para mantener y captar personal asistencial y administrativo calificado por falta de incentivos económicos, especialmente en el primer nivel de atención.
ESTRATEGIA <i>Organizar y fortalecer un sistema de atención a través de redes funcionales, basada en la atención primaria, teniendo al primer nivel de atención como puerta de entrada a los servicios de salud, complementándose con la atención especializada, cuando la complejidad de la enfermedad lo requiera, estandarizando las guías de práctica clínica y protocolos nacionales, que incorporen las intervenciones en los tres niveles de atención y garanticen la continuidad de la atención del asegurado</i> ESTRATEGIA <i>Desarrollar e implementar intervenciones preventivo-promocionales para las enfermedades crónicas no transmisibles, emergentes, los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.</i> ESTRATEGIA <i>Fortalecer el primer nivel de atención, dotándolo de personal capacitado e incorporando tecnologías de salud que incremente su capacidad resolutive.</i>	

ESTRATEGIAS D-A 3: DEBILIDADES – AMENAZAS	
	AMENAZAS A2. El crecimiento de la población de asegurados adulto mayores y una mayor carga por enfermedades crónicas no transmisibles, incrementa la utilización de servicios y los costos.
	DEBILIDAD 3 Persistencia de un modelo de atención con énfasis en los aspectos curativo y recuperativo en desmedro de lo preventivo promocional. DEBILIDAD 4 Servicios de salud enfocados en la atención especializada, con una atención primaria débil. DEBILIDAD 9 Dificultad para mantener y captar personal asistencial y administrativo calificado por falta de incentivos económicos, especialmente en el primer nivel de atención.
ESTRATEGIA <i>Incrementar el presupuesto para el primer nivel de atención, a fin de fortalecer su capacidad de resolución y ampliar la cobertura.</i>	

**ESTRATEGIAS D-A 4:
DEBILIDADES – AMENAZAS**

	AMENAZAS A3. Existencia de eventos sanitarios continentales emergentes y reemergentes (sarampión, dengue, malaria, TBC y VIH/SIDA). Previsión de un Fenómeno de El Niño mayor para 2012-2013 y eventos catastróficos mayores.
DEBILIDAD 5 Deficiente atención prehospitalaria. DEBILIDAD 9 Dificultad para mantener y captar personal asistencial y administrativo calificado por falta de incentivos económicos, especialmente en el primer nivel de atención. DEBILIDAD 14 Falta de una cultura de seguridad social en la población. DEBILIDAD 17: Déficit de servicios en emergencia y consulta externa. DEBILIDAD 18: Limitación en los procesos de atención ordenados a nivel nacional (por uso aún limitado de guías clínicas de atención y protocolos de procedimientos) DEBILIDAD 19: Tecnologías de información y comunicación obsoletas, que estamos en proceso de actualización.	ESTRATEGIA <i>Desarrollar e implementar intervenciones preventivo-promocionales para las enfermedades crónicas no transmisibles, emergentes, los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.</i> ESTRATEGIA <i>Mejorar las acciones para disminuir la vulnerabilidad de los hospitales y mitigar los riesgos frente a desastres.</i> ESTRATEGIA <i>Entrenar y organizar al personal, a través de las brigadas y de los comités de seguridad y defensa, para enfrentar eventos catastróficos. Difundir a la población asegurada a través de medios audiovisuales, las pautas necesarias de evacuación para cada tipo de emergencia que se pueda presentar.</i>

**ESTRATEGIAS D-A 5:
DEBILIDADES – AMENAZAS**

	AMENAZAS A5. Riesgos de pérdida de capital humano y posibles conflictos laborales por deterioro de capacidad adquisitiva acumulada en los últimos 20 años.
DEBILIDAD 9 Dificultad para mantener y captar personal asistencial y administrativo calificado por falta de incentivos económicos, especialmente en el primer nivel de atención. DEBILIDAD 10 Personal desmotivado por desactualización de los niveles salariales. DEBILIDAD 11: Deterioro de la imagen de EsSalud en el componente prehospitalario. DEBILIDAD 12: Inexistencia de una carrera pública asistencial y administrativa basada en la meritocracia, sobre la base de concursos públicos para selección de personal por competencias. DEBILIDAD 20: Falta de fomento y desarrollo de las capacidades y el talento humano para innovación y desarrollo.	ESTRATEGIA <i>Actualizar la escala remunerativa vigente y el clasificador de cargos para generar una política de retención de recursos humanos competentes.</i> ESTRATEGIA <i>Impulsar el desarrollo de la investigación científica y tecnológica, acorde a las prioridades sanitarias y a las necesidades de salud de los asegurados.</i> ESTRATEGIA <i>Desarrollar una cultura organizacional que permita internalizar la visión, misión, compartir los mismos valores éticos, principios institucionales y objetivos, a través de talleres, programas de difusión, realizando evaluaciones periódicas. Mejorar el clima organizacional, el ambiente de trabajo cotidiano, reconocer públicamente los méritos de los trabajadores en el cumplimiento eficiente de sus funciones y su contribución a la mejora de la calidad de atención a los asegurados y de la gestión. Todas las áreas de la institución deben desarrollar acciones que permitan mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo personal, social y laboral de los trabajadores. Asimismo, deberán implementar estrategias y acciones de motivación e incentivos, tanto a nivel individual como a nivel de los equipos de trabajo.</i>

CONSEJO DIRECTIVO
DÉCIMA SESION ORDINARIA
Lima, 31 de mayo de 2012

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

19 JUN 2012

JOSE TERRONES CELIS
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 005-SG-ESSALUD-2010

ACUERDO N° 23-10-ESSALUD-2012

VISTOS:

La Carta N° 1103-PCPD-ESSALUD-2012 de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, y el Informe Técnico sobre el Plan Estratégico Institucional 2012-2016, y;

CONSIDERANDO:



Que, conforme al numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;



Que, el proceso de planificación estratégica de ESSALUD está encaminado a la construcción de una visión compartida de futuro y al establecimiento de objetivos estratégicos institucionales, para determinar la dirección que debe tener la Institución a fin de conseguir sus objetivos de mediano y largo plazo;



Que, asimismo, en el Informe Técnico de Vistos elaborado por la Oficina Central de Planificación y Desarrollo se concluye que los objetivos y estrategias del Plan Estratégico 2012-2016 son alternativas y cursos de acción necesarios para reorientar y transformar la Institución en torno a los objetivos propuestos, lo cual permitirá sentar las bases para un sólido desarrollo institucional;



Que, en tal sentido, resulta necesario contar con un Plan Estratégico como instrumento de gestión de mediano y largo plazo que permita a ESSALUD apoyarse en sus fortalezas y en las oportunidades del entorno para resolver los principales problemas y riesgos encontrados;



Que, el citado instrumento permitirá armonizar y dar continuidad a las acciones institucionales en un periodo de tiempo, posibilitando el desarrollo de un conjunto de cambios e instrumentos que permitan la transformación de la seguridad social y la consolidación de un sistema que otorgue respuestas efectivas y adecuadas a las demandas de la población asegurada;



Que, el numeral 1.1.1 de la Directiva de Gestión y Proceso Presupuestario de las Empresas bajo el ámbito de FONAFE aprobada por Acuerdo de Directorio N° 003-2005-



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

19 JUN 2012

JOSE TERRONES CELIS
FEDATARIO SUPLENTE
RES. N° 005-SG-ESSALUD-2010

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María - Lima Perú
T.: 2656000 / 2657000
www.essalud.gob.pe

018-FONAFE, establece que las empresas deberán contar con un Plan Estratégico alineado a los Objetivos Estratégicos de FONAFE y del Sector, debidamente aprobado por el Directorio de las Empresas y el Sector al que se encuentra adscrita, elaborado en el marco de la Directiva de Formulación del Plan Estratégico de las Empresas bajo el ámbito de FONAFE;

En mérito a lo expuesto, luego de la deliberación de los señores miembros del Consejo Directivo y, de acuerdo con las atribuciones conferidas, el Consejo Directivo, por unanimidad;

ACORDÓ:

1. APROBAR el Plan Estratégico Institucional 2012-2016 de EsSalud.
2. DISPONER que la Oficina Central de Planificación y Desarrollo en coordinación con la Gerencia Central de Finanzas presenten al Consejo Directivo, un informe sobre las previsiones financieras del Plan Estratégico Institucional 2012-2016 EsSalud.
3. DISPONER que la Gerencia General y la Secretaría General adopten las acciones necesarias para la tramitación de las autorizaciones respectivas ante el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y el FONAFE.
4. DISPONER que la Gerencia General emita las disposiciones necesarias para la implementación y evaluación del Plan aprobado en el numeral 1 del presente Acuerdo, en coordinación con la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.
5. EXONERAR el presente acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta, para que entre en inmediata ejecución.

AGRADECIMIENTO

La Oficina Central de Planificación y Desarrollo agradece y brinda un reconocimiento a todos los funcionarios y colegas que generosamente brindaron su tiempo para participar en las reuniones de trabajo en la elaboración del Plan Estratégico 2012-2016.



www.essalud.gob.pe