

EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012 – 2016

(Al mes de diciembre del 2016)



MAYO 2017

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
Gerencia de Planeamiento Corporativo
SubGerencia de Control y Evaluación de la Gestión

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
A. MARCO LEGAL	4
B. MARCO ESTRATÉGICO.....	4
C. SOBRE LA EVALUACIÓN.....	7
D. ASPECTOS DE LA SALUD A CONSIDERAR.....	8
E. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE ESSALUD.....	12
F. RESULTADOS Y LOGROS.....	20
Objetivo Estratégico 1.....	20
Objetivo Estratégico 2.....	28
Objetivo Estratégico 3.....	51
Objetivo Estratégico 4.....	58
G. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA Y EN EL REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES	66
H. CONCLUSIONES	69
I. RECOMENDACIONES.....	72



INTRODUCCIÓN

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

Con el propósito de orientar las acciones institucionales hacia la transparencia en la gestión pública, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012 de fecha 31 de mayo de 2012, se aprobó el Plan Estratégico Institucional 2012-2016, documento de gestión que estableció la visión, misión, principios, objetivos estratégicos y específicos, así como las estrategias, indicadores y metas, que debieron seguir los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados.

Durante el periodo de vigencia de este documento de gestión, la institución estuvo dirigida por tres (3) presidentes ejecutivos: hasta el mes de setiembre del 2012 el Dr. Alvaro Vidal Rivadeneyra, hasta setiembre del 2016 la Dra. Virginia Baffigo de Pinillos y a partir de esa fecha hasta la actualidad el Ing. Gabriel Del Castillo Mory.

Dando continuidad a la mejora de la gestión institucional y garantizando la efectiva prestación de los servicios, EsSalud fue declarado en reorganización mediante el Decreto Supremo N° 016-2012-TR de fecha 12 de setiembre de 2012, constituyéndose una comisión integrada por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) y el Ministerio de Salud (MINSA), el 30 de enero de 2013 se emitió un informe técnico denominado "Reorganización del Seguro Social de Salud – EsSalud Diagnóstico y Propuestas", conteniendo recomendaciones dirigidas al fortalecimiento de la gestión, a través de tres (3) categorías (estratégicas, tácticas y operativas).

En el marco de la Directiva N° 024-GG-ESSALUD-2011, "Formulación y Evaluación del Plan Estratégico 2012-2016 y de los Planes Anuales de Gestión Institucional", y habiendo concluido la vigencia del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, ésta Gerencia Central presenta el Informe de Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016 al mes de diciembre del 2016, que se sustenta con la información reportada por los Órganos Centrales.

En base a estas consideraciones, a través del presente informe se muestra los resultados del nivel de cumplimiento de las metas programadas, así como los avances realizados en cada una de las líneas de intervención ejecutadas por los órganos de la institución con el fin de contribuir con el logro de cada uno de los objetivos estratégicos institucionales, así como los factores que en algunos casos limitaron su cumplimiento.

Finalmente, el informe se encuentra distribuido en ocho (8) capítulos (Marco legal, marco estratégico, sobre la evaluación, el Seguro Social de Salud 2012-2016, resultados y logros, normas que representaron cambios en la estructura orgánica y el reglamento de organización y funciones, conclusiones y recomendaciones).



A. MARCO LEGAL

- A.1. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) y su Reglamento aprobado a través del Decreto Supremo N° 002-99-TR.
- A.2. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- A.3. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 009-97-SA, así como las demás normas complementarias anexas.
- A.4. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- A.5. Quincuagésima Quinta Disposición Complementaria y Final de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011, EsSalud fue incorporado al ámbito de FONAFE, quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por el citado organismo.
- A.6. Directiva N° 024-GG-ESSALUD-2011, "Formulación y Evaluación del Plan Estratégico 2012-2016 y de los Planes Anuales de Gestión Institucional".

B. MARCO ESTRATÉGICO

El marco estratégico de EsSalud, hasta el 31 de diciembre del 2016 lo constituyó el Plan Estratégico Institucional 2012-2016.

B.1 Visión

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

B.2 Misión

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.

B.3 Principios

Solidaridad, universalidad, igualdad, unidad, integralidad y autonomía.

B.4 Objetivos Estratégicos

- **Objetivo Estratégico 1**
Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales.
- **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.
- Objetivo Estratégico 4
Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.

El Plan Estratégico Institucional 2012–2016, contiene 4 objetivos estratégicos, 14 objetivos específicos, 29 indicadores y 33 metas, los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla N° 01: Matriz Estratégica del PEI 2012-2016

Objetivo Estratégico	Objetivos Específicos	Indicadores	Metas
1	4	4	4
2	4	14	17
3	3	5	6
4	3	6	6
Total	14	29	33

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2012–2016

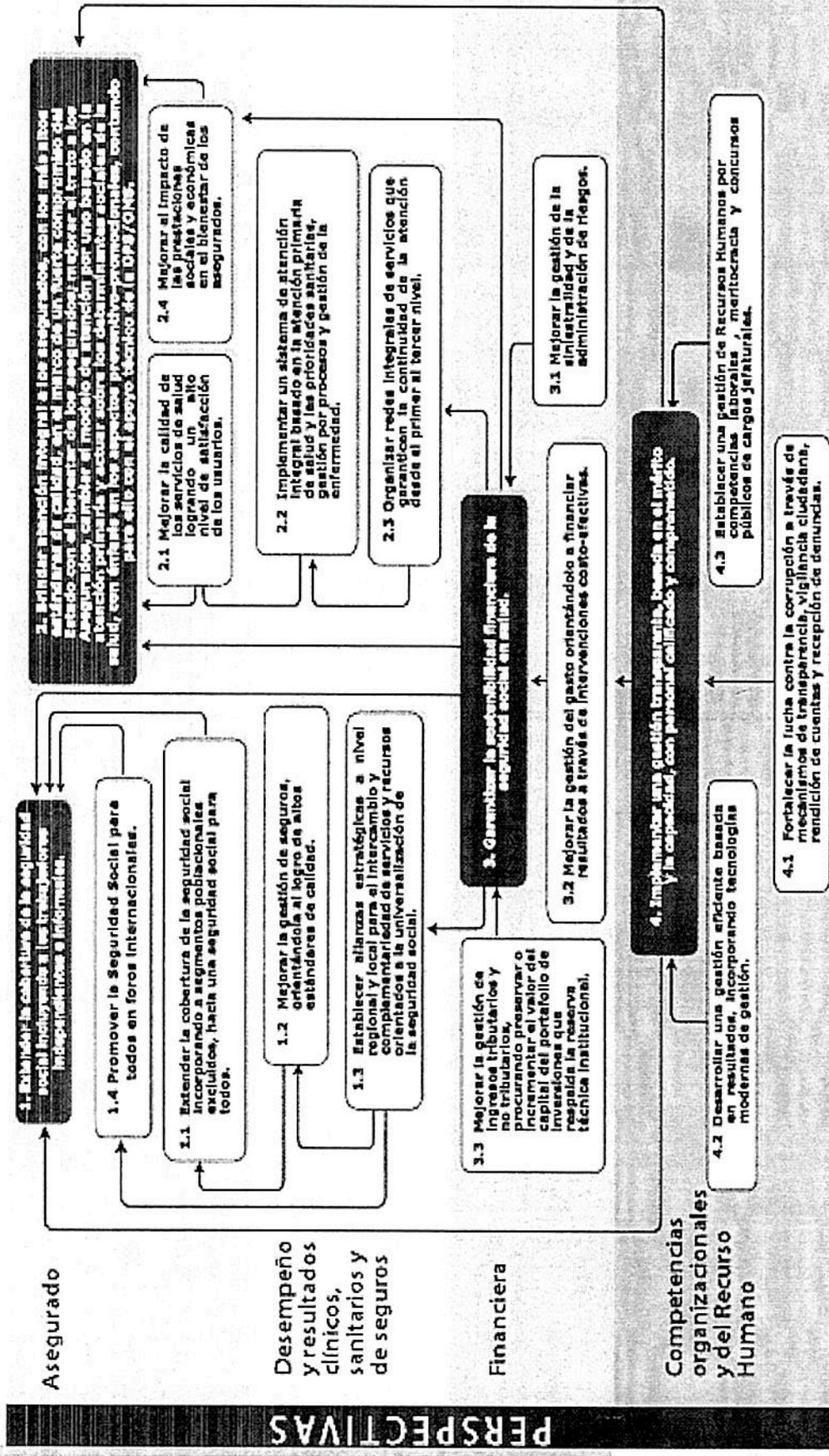
Se observa que el objetivo estratégico 2 es el más representativo de los 4 objetivos estratégicos, pues tiene el 48.3% del total de indicadores y el 51.5% del total de metas aprobadas en el Plan Estratégico Institucional 2012–2016.

B. 5 Mapa Estratégico Institucional 2012-2016

El Mapa Estratégico Institucional 2012-2016, que se muestra a continuación, es un instrumento del Cuadro de Mando Integral (Balance Score Card).



MAPA ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2012-2016



C. SOBRE LA EVALUACIÓN

La Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, a través de la Gerencia de Planeamiento Corporativo – Subgerencia de Control y Evaluación de la Gestión, estableció el nivel de cumplimiento de las 33 metas aprobadas en el PEI 2012–2016 al mes de diciembre de 2016, de acuerdo a la información remitida por los diversos Órganos Centrales de EsSalud, bajo el siguiente criterio de evaluación:

$$\% \text{ de cumplimiento de la meta} = \frac{\text{Resultado obtenido de la meta}}{\text{Meta al 2016}} \times 100$$

Por lo expuesto, la clasificación del nivel de cumplimiento de las metas, se realizó en 5 grupos:

Cumplió	: > = 100 %
Buen avance	: >75 % - 99% <=
	(Metas que se quedaron en proceso de cumplimiento, con buen avance).
Regular avance	: >60 % - 75% <=
	(Metas que se quedaron en proceso de cumplimiento, con regular avance).
Avance deficiente	: >0% - %60 <=
	(Metas que se quedaron en proceso de cumplimiento, con avance deficiente o solo cuenta con avance en la normatividad).
Sin avance	: 0 %
	(Metas que no registraron avance, porque no fueron priorizadas por las unidades orgánicas para su implementación).

Se precisa que la meta del Indicador de Índice de Siniestralidad, se medirá considerando el nivel de cumplimiento de acuerdo a la siguiente escala:

Controlado	: < 90%
En riesgo	: >=90 % - 100% <
Déficit	: > = 100 %



D. ASPECTOS DE LA SALUD A CONSIDERAR

1. Contexto Nacional

A continuación, se detalla diversos aspectos relacionados al sector salud, que tienen relevancia en el desempeño de la institución:

a) Aspectos Económicos¹

A continuación, se detalla algunos indicadores económicos del país:

Crecimiento Económico

La crisis financiera de las economías avanzadas que inició el 2008, y luego se extendió en Europa en una crisis de sobreendeudamiento, ocasionó que esas economías ajusten el gasto, disminuyendo el consumo para generar ahorro, lo cual incidió de manera desfavorable en la economía de China, como consecuencia, ese país demandó menos materias primas del resto del mundo.

Teniendo el Perú una economía emergente y abierta al exterior, la menor demanda de China por productos mineros originó una disminución de las exportaciones mineras, ocasionando un proceso de desaceleración en la economía. Tal es así que pasamos de tener un crecimiento del PBI de 6.9% el año 2011 a 3.9% el año 2016.

Cabe resaltar, que la incertidumbre propia de un año electoral en el 2011, también fue otro factor que incidió en el crecimiento económico del país.

Siendo la persistente caída de la inversión privada un limitante para la generación de empleo formal de calidad con mejores salarios que permitan incrementar el ingreso disponible de las familias. En el Marco Macroeconómico Multianual (MMM) 2017 – 2019, se precisa que el empleo formal en empresas de 10 a más trabajadores continuó con la tendencia de desaceleración iniciada en el 2011² y cayó 0,1% en el 2016.

b) Aspectos Sociales

De acuerdo al Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria³ 2009 – 2015, elaborado con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Para realizar la medición de la pobreza se estima tres índices:

Índice de la pobreza

En el año 2015, el 21.8% de la población del país, que equivale en cifras absolutas a 6, 782,000 personas se encontraban en situación de pobreza, es decir, tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos, al comparar con el nivel obtenido en el año 2011, la incidencia de la pobreza disminuyó en 6.1%.

¹ Banco Central de Reserva del Perú.

² El empleo en principales ciudades en empresas de 10 a más trabajadores, 2011 fue 5.4% (MMM 2013 – 2015).

³ Insuficiencia de recursos monetarios para adquirir una canasta básica de alimentos y no alimentos (vivienda, vestido, educación, salud, transporte, etc.).

Índice de brecha de la pobreza

La brecha de la pobreza representa el déficit promedio de consumo de la población para satisfacer las necesidades mínimas de bienes y servicios de todos sus integrantes, donde el déficit de la población no pobre es cero por definición.

En el año 2015, la brecha promedio del gasto de los hogares pobres respecto al costo de la canasta básica de consumo fue de 5.4% comparado con el año 2011 que fue de 5.8%, disminuyó en 0.4%.

Severidad de la pobreza

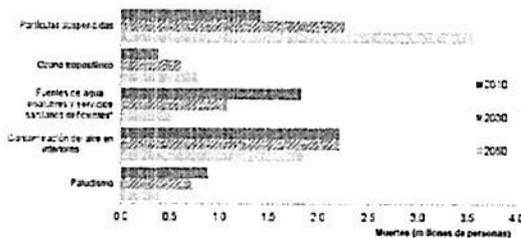
Este indicador refleja el grado de severidad o desigualdad de la pobreza al interior de los pobres. Indica que cuanto más alto es el valor existe mayor desigualdad entre los pobres. En el año 2015, la severidad o desigualdad entre los pobres se ubicó en 2.0%; respecto al año 2011, la desigualdad disminuyó en 1.2%.

c) Aspectos Ambientales

El Perú, es después de Bangladesh y Honduras, es el país más vulnerable frente al cambio climático debido a su ubicación en el planeta, según un reporte publicado en el 2004 por el Instituto Tyndall Centre.

Según la OCDE, la contaminación del aire será la principal causa ambiental de mortalidad prematura⁴, tal como se muestra a continuación:

Muertes prematuras mundiales relacionadas a riesgos ambientales



Fuentes contaminantes del aire por departamentos

Zona de atención	Fuentes contaminantes
Arequipa	Aserraderos
Cerro de Pasco	Ladrilleras
Chidayo	Cementeras
Chimbote	Parque automotor
Cusco	Extracción de minerales
Huancayo	Industrias
Ilo	Industria pesquera
Iquitos	Fundición de cobre
La Oroya	Generación eléctrica
Lima- Callao	Refinación petróleo
Pisco	Fundición de minerales
Piura	Briquetas de carbón
Trujillo	Quema de caña de azúcar
Cajamarca	Carboneras
Pucallpa	
Tacna	

d) Aspectos Demográficos

A través del Censo Nacional 2007: XI de Población y VI de Vivienda, se registró tener una población nacional de 27'412,157 personas.

Sobre el comportamiento de la tasa de crecimiento poblacional a nivel nacional, se identificó que viene disminuyendo, tal como se puede apreciar en la siguiente tabla:

⁴ Fuente: OCDE (2014) Perspectivas ambientales de la OCDE hacia 2050; MINAM (2014) Informe Nacional del Estado del Ambiente 2012-2013

Tabla N° 02: Población Total, Crecimiento Intercensal, Anual y Tasa de Crecimiento Promedio Anual, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, 2005 y 2007

Año	Total	Incremento Intercensal	Incremento Anual	Tasa de Crecimiento Promedio Anual
1940	7,023,111			
1961	10,420,357	3,397,246	161,774	1.9
1972	14,121,564	3,701,207	336,473	2.8
1981	17,762,231	3,640,667	404,519	2.6
1993	22,639,443	4,877,212	406,434	2.0
2005 a/	27,219,264	4,579,821	381,652	1.5
2007	28,220,764	1,001,500	500,750	1.6

Nota: a/ Censo de Derecho o De Jure. Se recopiló información de la población en su lugar de residencia.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1940, 1961, 1972, 1981, 1993, 2005 y 2007.

Asimismo, el INEI proyectó que la tasa de crecimiento media de la población total (por cien) para el año 2016 es de 1.08, donde se estimó tener 31'488,625 personas a nivel nacional, de los cuales el 50.1% son varones y 49.9% son mujeres.

Con respecto a la población por grupo quinquenal actualmente el INEI tiene la siguiente información:

Tabla N° 03: Población Total por grupo de edad, 2005 - 2015

Sexo y grupo de edad	Población				
	2005	2010	2012	2013	2015
Total	27,810,540	29,461,933	30,135,875	30,475,144	31,151,643
0 - 4	2,983,020	2,958,307	2,923,685	2,902,061	2,861,874
5 - 9	2,959,627	2,938,148	2,935,092	2,933,928	2,922,744
10 - 14	2,950,813	2,926,874	2,920,824	2,918,474	2,914,162
15 - 19	2,830,976	2,894,913	2,896,820	2,893,495	2,887,529
20 - 24	2,590,945	2,736,208	2,780,765	2,799,860	2,828,387
25 - 29	2,430,912	2,485,715	2,550,294	2,589,833	2,661,346
30 - 34	2,133,781	2,327,388	2,363,720	2,375,336	2,411,781
35 - 39	1,866,815	2,040,580	2,130,122	2,177,534	2,258,372
40 - 44	1,617,653	1,784,657	1,858,204	1,896,535	1,977,630
45 - 49	1,327,896	1,544,094	1,618,127	1,653,048	1,725,353
50 - 54	1,089,835	1,262,267	1,349,968	1,396,917	1,486,312
55 - 59	865,030	1,029,294	1,096,482	1,130,769	1,205,103
60 - 64	689,276	804,729	866,009	899,500	967,702
65 - 69	556,478	623,443	663,104	685,674	736,059
70 - 74	416,934	480,926	504,827	516,822	545,659
75 - 79	274,041	336,472	359,863	371,279	394,230
80 y más	226,508	287,918	317,969	334,079	367,400

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950 - 2050. Boletín de Análisis Demográfico N° 36.

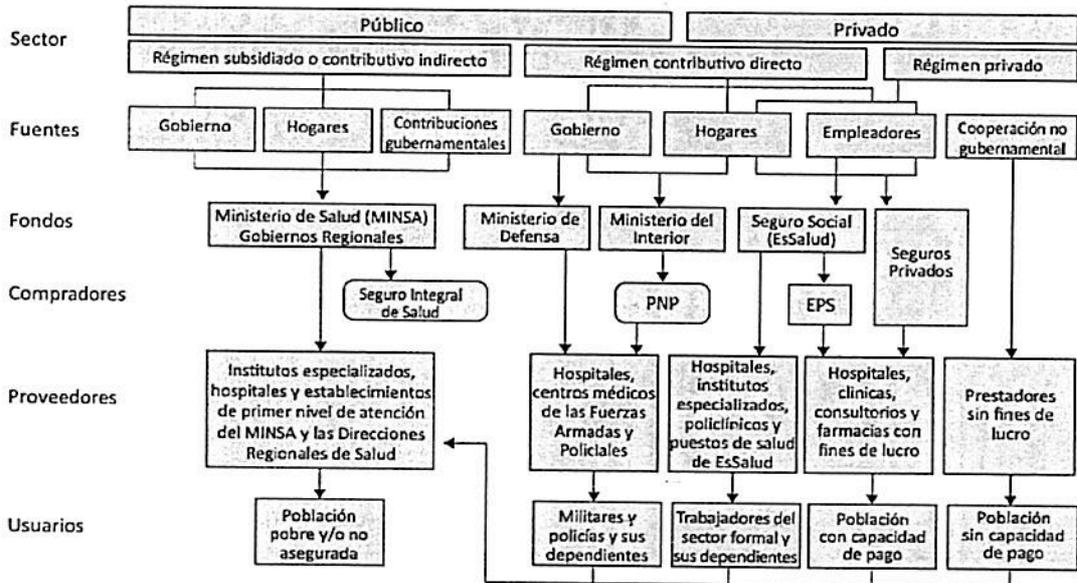
Por otro lado, a través del Estudio Financiero Actuarial 2015, se informó que la tasa de crecimiento poblacional viene disminuyendo notablemente durante las últimas tres décadas, pasando de 2.8% anual, en los años ochenta, a 1.2% anual, durante la primera década del presente siglo, mientras que, para mediados del siglo XXI, se proyecta que sería de 0.3%. La tasa de mortalidad infantil ha tenido un descenso sostenido desde el quinquenio 1980-1985, cuando antes del primer año de vida morían 82 cada mil nacidos vivos, mientras que para 2005-2010 la tasa de mortalidad infantil descendió a 18 por mil. El índice de dependencia de adultos mayores comienza su ascenso a fines de la década de 1990, pero no es lo

suficientemente importante como para detener el descenso de la dependencia demográfica total. Este descenso origina el fenómeno conocido como "bono demográfico", que se da dentro del proceso de transición demográfica cuando la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente (niños y adultos mayores) y, por lo tanto, el potencial productivo de la economía es mayor. En cuanto a mortalidad, el Perú se encuentra en una etapa de pos-transición ya que, en 2009, las enfermedades transmisibles representaron el 26% del total de las causas y las no transmisibles, el 51%. Este proceso se acentuará en el futuro cercano, en la medida que la población comience a envejecer.

e) Aspectos relacionados al sistema de salud

Actualmente el país cuenta con un sistema de salud segmentado y fragmentado donde coexisten diferentes subsistemas con formas paralelas de gestión, financiamiento y prestaciones. Este sistema se conforma del régimen subsidiado (a través del SIS el Estado brinda servicios de salud subsidiados a la población informal, indigente o sin capacidad de pago), régimen contributivo (Viabilizado a través de EsSalud, está destinado a la atención de trabajadores del sector formal que hacen sus aportaciones) y del régimen privado (Incluye a las EPS, aseguradoras privadas y clínicas que atienden a la población con mayor ingreso).

Gráfico N° 01: Sistema de Salud del Perú



Fuente: Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, MSP, (1) Oswaldo Lazo-González, PhD, (2) Gustavo Nigenda, PhD. (1) - Sistema de Salud del Perú – Artículo de Revisión 2011.

El régimen contributivo y el régimen subsidiado están claramente asignados a EsSalud y al SIS, respectivamente; sin embargo, ambos tienen en su rol funciones asociadas al sistema semicontributivo, estableciendo una "zona gris". El SIS tiene bajo su rol el sistema semicontributivo, pero no posee afiliaciones significativas de la población. EsSalud, por su lado, tiene categorías que son parcialmente subsidiadas y las que aportan el 4 % de su sueldo (agrarios y pensionistas)⁵.

⁵ Plan Maestro al 2021 del Seguro Social de Salud – EsSalud.

Estos grupos funcionan como semicontributivos, ya que la prima que pagan no es suficiente para financiar la totalidad del riesgo actuarial

f) Situación de la salud poblacional

En conformidad al estudio de Carga de Enfermedad en el Perú – Estimación de los años de vida saludables perdidos 2012, se estimó en 5'800,949 años saludables perdidos, que representa una razón de 192.5 años por mil habitantes, la misma que se concentra principalmente en el grupo de las enfermedades no transmisibles (60.5% del total de AVISA). Los hombres perdieron 3'093,842 años saludables (53.3% del total de AVISA); mientras que en las mujeres fue de 2'707,107 años (46.7% del total de AVISA).

Según categorías, se encontró que las enfermedades neuropsiquiátricas ocuparon el primer lugar, produciendo una pérdida de 1'010,594 años (17.4% del total), que representa una razón de 33.5 por mil habitantes. Le siguen las lesiones no intencionales, las condiciones perinatales y las enfermedades cardiovasculares.

En el grupo de las enfermedades no transmisibles, las subcategorías que produjeron mayor carga fueron la depresión unipolar, la diabetes, la artrosis, la dependencia de alcohol y la enfermedad cerebrovascular. En el grupo de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, las que produjeron mayor carga fueron las infecciones de las vías respiratorias bajas, bajo peso/ prematuridad, la anorexia/ asfixia/ trauma al nacimiento, la diabetes, la artrosis, la dependencia de alcohol, la malnutrición proteínico calórica. En el grupo de los accidentes y lesiones, las subcategorías que produjeron mayor carga fueron los accidentes de tránsito, caídas, ahogamientos y violencia.

E. CONTEXTO INSTITUCIONAL DE ESSALUD

EsSalud, es un organismo autónomo, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Es una entidad que, en sus más de ochenta años de creación, ha pasado por ciclos de avances y retrocesos. Se puede decir que la década anterior, que acompañó el crecimiento de la economía y que permitió la consolidación de un nuevo piso de población asegurada, superior al 30% del conjunto de la población peruana. Esa nueva realidad institucional puso en tensión el conjunto de capacidades de respuesta frente al incremento de la demanda de prestaciones y a la creciente complejidad de su operación, lo que motivó el desarrollo de diversos estudios e intervenciones del estado peruano, orientadas a identificar nudos críticos y escenarios de cambio, para la institución.

1. Determinantes relacionados al sistema de salud

- a) **Seguros de salud**, se tiene diferentes seguros, según la inserción laboral de los trabajadores, cada uno tiene diferentes tasas de aportación, bases imponibles, reglas de acreditación, prestaciones de salud y otros beneficios. Estos son: Seguro Regular, Seguro Agrario, Seguro Potestativo y otros seguros sociales.

- b) **Prestaciones de salud**, según el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en salud (Decreto Supremo N° 009-97-SA), la institución otorga prestaciones de salud, que incluyen la prevención, promoción (Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD- 2014) y recuperación (Tratamiento para VIH/SIDA ⁶, inmunoterapia para trasplante ⁷, tratamiento para pacientes con insuficiencia renal crónica⁸, tratamiento de quimioterapia⁹) de la salud, así como el bienestar y la promoción social. No cubren los rubros de cirugía plástica, odontología estética, lentes de contacto y daños derivados de la autoeliminación.

En ese marco, la producción asistencial registrada el año 2011 al 2016, se incrementó considerablemente, tal como se puede apreciar en la siguiente tabla:

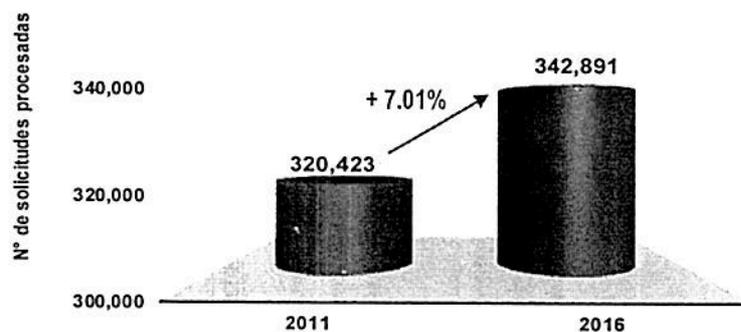
Tabla N° 04: Producción Asistencial 2011 vs 2016

31 de diciembre de 2011	31 de diciembre de 2016
✓ 19'642,662 consultas externas.	✓ 20'783,648 consultas externas.
✓ 515,595 egresos hospitalarios.	✓ 543,187 egresos hospitalarios.
✓ 2'503,367 paciente - día hospitalización general.	✓ 2'688,450 paciente - día hospitalización general.
✓ 94,840 nacimientos.	✓ 98,983 nacimientos.

Fuente: Boletín Estadístico de EsSalud 2011 y 2016.

- c) **Las prestaciones económicas**, comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia, sepelio.

Gráfico N° 02: Número de Solicitudes Procesadas 2011 vs 2016



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

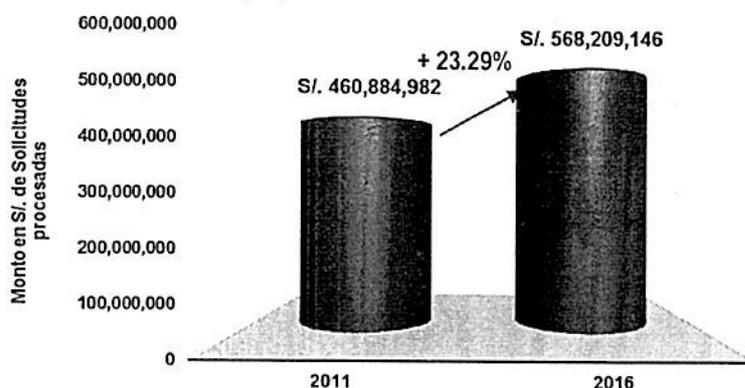
⁶ El período de 2007 al 2011 tuvo un crecimiento anual promedio de 14,7 %, y mostrando un crecimiento del 19,0 % en el 2015 con respecto al 2014.

⁷ Con un crecimiento anual promedio de 5,6 % entre el 2007 al 2011 y un crecimiento de 9,9 % en el 2015 con respecto al 2014.

⁸ Tuvo un crecimiento anual promedio de 4,6 % durante el período 2007 al 2011 y un decrecimiento de 2,3 % en el 2015 con respecto al 2014.

⁹ Registró un incremento anual promedio de 21,8 % del 2007 al 2011 y un crecimiento de 6,6 % en el 2015 con respecto al 2014.

Gráfico N° 03: Monto (S/.) de Solicitudes Procesadas 2011 vs 2016



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

- d) **Las prestaciones sociales**, el año 2011 se empezaba a crear y construir varios Centros del Adulto Mayor (CAM), tales como: CAM Interinstitucional Colegio Médico del Perú, CAM Huancayo, CAM Breña, entre otros, tal es así que a esa fecha se tenía 121 CAM y 104 CIRAM (Círculos del Adulto Mayor) a nivel nacional, y a diciembre de 2016 se tiene 124 CAM y 104 CIRAM beneficiando a más de 87 mil adultos mayores a través del Modelo Gerontológico Social Sistematizado en una cartera de servicios. Por otro lado, el año 2011 se tuvo 4 Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y 8 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), al 31 de diciembre de 2016 se tuvo 4 CERPS y 13 MBRPS (5 más con respecto al año 2011, los cuales están instalados en Tacna, Lima, Ayacucho, Ica y Tumbes), donde se sigue brindando una rehabilitación profesional e integración laboral a los participantes, así como ser parte del programa de microemprendimiento, recibiendo capacitaciones, lo cual le permitirá generar un negocio.
- e) **Sobre infraestructura**, el año 2011, se tuvo 390 establecimientos de salud a nivel nacional, cantidad que sigue manteniéndose a diciembre de 2016, de los cuales 298 son del primer nivel de atención, 82 del segundo nivel de atención y 10 del tercer nivel de atención, adicional a ello tenemos 16 establecimientos de salud más como parte de la oferta extra institucional (2 UBAP, 10 IPRESS y 4 APP).

Con respecto a la obsolescencia del equipamiento biomédico y electromecánico, el año 2011 se tuvo 15,169 equipos fuera de la vida útil y 29,617 dentro de la vida útil, a diciembre de 2016 se tiene 14,705 equipos fuera de la vida útil y 32,924 equipos dentro de la vida útil. Es decir, la cantidad de equipos biomédicos y electromecánicos que se encuentran dentro de la vida útil al año 2016 se incrementó en 11.15% con respecto al año 2011. La operatividad del equipamiento hospitalario se incrementó en el periodo 2011 al 2016 en 5% (de 43,912 a 46,124)¹⁰.

- f) **Los recursos humanos**, el número de trabajadores se incrementó en 20.3% durante el periodo 2011 – 2016, es decir 9,216 trabajadores más a nivel institucional, debido a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, prestaciones económicas y sociales. Sobre los 54,575 trabajadores

¹⁰ Boletín Estadístico del Órgano Central 2011 y 2016.

que se tuvo al 31 de diciembre de 2016, según régimen laboral el 53.6% corresponde al D.L. 728, 24.3% al D.L. 276 y 22.1% al CAS.

Tabla N° 05: Recursos Humanos 2011 vs 2016

31 de diciembre de 2011	31 de diciembre de 2016
45,359 trabajadores.	54,575 trabajadores.
✓ 82% asistencial y 18% administrativo.	✓ 83.5% asistencial y 16.5% administrativo.
✓ 62.2% profesional, 29.5% técnico, 5.8% funcionario y 2.5% auxiliar.	✓ 63.7% profesional, 28.1% técnico, 5% funcionario y 3.2% auxiliar.

Por otro lado, de acuerdo a la información brindada por la Gerencia Central de Operaciones, entre los profesionales asistenciales la categoría más numerosa es de los médicos que suman 10,902 (27.30%), siguen las enfermeras con 10,837 (27.14%), luego los técnicos con 10,397 (26.04%), entre otros. Estos trabajadores se encuentran en las Redes Asistenciales de Lima y provincia.

- g) **La población asegurada**, durante el periodo 2011 – 2016, se incrementó en 1'808,122 asegurados (el 2011 fue 9'128,957 asegurados y al 31 de diciembre de 2016 se tuvo 10'937,079).

De los 10'937,079 asegurados, el 93.7% corresponde a los asegurados regulares, 5.6% a los asegurados agrarios, en tanto que los asegurados potestativos representan el 0.3% y 0.4% otras coberturas, valores que guardan relación con lo obtenido el año 2011, donde se tuvo 93.8% de asegurados regulares, 5.2% asegurados agrarios, 1% asegurados potestativos. Con respecto a la población asegurada titular y derechohabiente, también se mantiene casi igual, ya que el año 2011 se tuvo 55.5% titulares y 44.5% derechohabientes, y para el año 2016 el 57% del total de población asegurada fue titular y el 43% fue derechohabiente¹¹.

La cobertura del seguro social de salud a nivel nacional se incrementó pasando el 2011 de 30.6% de la población total a 34.73% el año 2016.

Respecto a la distribución de la población asegurada a nivel de Redes Asistenciales, el departamento de Lima sigue concentrando la mayor proporción con respecto a las Redes Asistenciales de Provincia.

- h) **Estado de salud de la población asegurada**, el año 2014 se realizó el estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud, aplicando la metodología de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA). En el mencionado estudio se estimó que para el 2014 se perdería 935,619 AVISA y la razón de AVISA fue de 87,9 por mil asegurados. Del total de AVISA perdidos, 518,145 se darían en mujeres representando el 55,4% de la carga de enfermedad, en tanto que en hombres se perderían 417,474 AVISA representando el 44,6% de la carga de enfermedad. Comparativamente con resultados del año 2010, el número de años de vida saludables ha disminuido un 16%, pasando de 1'113,364 estimados en el año 2010 a 935,638 para el año 2014 representando una disminución absoluta de 177,726 años saludables, principalmente por una reducción de 100,865 años saludables en la población femenina y 76,861 en la población masculina entre los estudios del año 2010 y 2014.

¹¹ Boletín Estadístico del Órgano Central 2011 y 2016.



2. Plan Estratégico Institucional

El Plan Estratégico Institucional es un documento de gestión, a través del cual se estableció la visión y misión de EsSalud, así como los objetivos estratégicos, indicadores y metas que garantizan su desarrollo sostenible cuyo propósito es orientar el accionar de toda institución hacia la transparencia en la gestión pública. En tal sentido a continuación, se realiza una comparación de los 2 últimos Planes Estratégicos Institucionales de EsSalud:

Tabla N° 06: Comparación de los 2 últimos PEI de EsSalud

Plan Estratégico Institucional 2008 – 2011	Plan Estratégico Institucional 2012-2016
1. Aprobado mediante Acuerdo N° 5-2-ESSALUD-2008 (29.01.2008)	1. Aprobado mediante Acuerdo N° 23-10-ESSALUD-2012 (31.05.2012)
2. Hace referencia al modelo prestador – asegurador basado en la separación de funciones en el marco de la reforma de salud y aseguramiento universal, permitiendo la especialización y actuación independiente tanto de los financiadores como de los prestadores ¹² .	2. Hace referencia a la universalización de la seguridad social desde una perspectiva del derecho humano a la salud.
3. Contiene un ciclo de Programación Estratégica.	3. Contiene un diagnóstico institucional, detallando el contexto histórico de la institución, un marco filosófico y conceptual de la seguridad social, situación institucional y escenarios para el desarrollo del Plan Estratégico.
4. Presenta estrategias por cada objetivo específico.	4. Presenta estrategias por cada objetivo específico.
5. No tiene indicadores, metas y acciones estratégicas definidas por cada objetivo estratégico.	5. Tiene varios indicadores y metas definidas por cada objetivo estratégico.
6. El documento de gestión carece de una línea base de 2008.	6. El documento de gestión carece de línea base al año 2012.
7. La metodología de medición que se estableció en algunos indicadores se realizó de manera cualitativa.	7. La metodología de medición que se estableció en algunos indicadores se realizó de manera cualitativa.

Ante lo expuesto, a continuación, se presenta un cuadro comparativo sobre la visión, misión, objetivos estratégicos y objetivos específicos.



¹² Reorganización del Seguro Social del Perú. Diagnóstico y propuestas. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Salud. Lima, 30 de enero de 2013.



Tabla N° 07: Cuadro Comparativo del Plan Estratégico Institucional 2008-2011 y 2012-2016

Plan Estratégico Institucional	Visión	Misión	Objetivo Estratégico	Objetivos Específicos
Plan Estratégico Institucional 2008 - 2011	Hacia un servicio asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar	Somos un seguro social de salud que brinda una atención integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados.	<ol style="list-style-type: none"> Mejorar la atención al asegurado y el acceso a los servicios de salud. Mejorar la salud del asegurado orientado por prioridades sanitarias y el fortalecimiento del servicio con énfasis en la atención primaria. Implantar un nuevo modelo prestador - asegurador basado en la separación de los roles. Implantar una gestión por resultados y fortalecer los principales procesos de soporte. 	<ol style="list-style-type: none"> Disminuir la brecha entre la oferta y demanda. Proveer bienes y servicios de manera oportuna y eficiente. Implantar y consolidar una cultura de atención al asegurado. Fortalecer la infraestructura y el equipamiento. Mejorar la salud del asegurado orientado por prioridades sanitarias. Fortalecer la oferta de servicios, garantizando la validez de la prestación, con énfasis en la atención primaria. Maximizar el uso de los recursos basado en la separación de roles. Fortalecer al asegurador financiador y gobernar los riesgos a su cargo. Ampliar la cobertura de aseguramiento. Desconcentrar la gestión. Implantar una gestión por resultados e indicadores. Gobernar los costos, tanto del prestador como del asegurador - financiador. Mejorar los ingresos y proteger el fondo del seguro social. Potenciar el recurso humano para mejorar el servicio. Mejorar los sistemas de información.
Plan Estratégico Institucional 2012-2016	Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado	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	<ol style="list-style-type: none"> Extender la cobertura de la Seguridad Social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales. 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. Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud. Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido. 	<ol style="list-style-type: none"> Extender la cobertura de la seguridad social incorporando a segmentos poblacionales excluidos, hacia una seguridad social para todos. Mejorar la gestión de seguros, orientándola al logro de altos estándares de calidad. Establecer alianzas estratégicas a nivel regional y local para el intercambio y complementariadad de servicios y recursos orientados a la universalización de la seguridad social. Promover la Seguridad Social para Todos en foros internacionales. Mejorar la calidad de los servicios de salud logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios. 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. Organizar redes integrales de servicios que garanticen la continuidad de la atención desde el primer al tercer nivel. Mejorar el impacto de las Prestaciones Sociales y Económicas en el bienestar de los asegurados. Mejorar la gestión de la siniestralidad y de la administración de riesgos. Mejorar la gestión del gasto orientándolo a financiar resultados a través de intervenciones costo efectivas. 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. Fortalecer la lucha contra la corrupción a través de mecanismos de transparencia, vigilancia ciudadana, rendición de cuentas y recepción de denuncias. Desarrollar una gestión eficiente basada en resultados, incorporando tecnologías modernas de gestión. Establecer una Gestión de Recursos Humanos por competencias laborales, meritocracia y concursos públicos de cargos jefaturales.



3. Recomendaciones realizadas por la Comisión Reorganizadora del Seguro Social de Salud – EsSalud.

En el marco del proceso de modernización del Estado, mediante Decreto Supremo N° 016-2012-TR de fecha 12 de setiembre de 2012, se declaró en reorganización al Seguro Social de Salud – EsSalud, donde se conformó una Comisión que emitió el informe técnico denominado “Reorganización del Seguro Social de Salud – EsSalud Diagnóstico y Propuestas”, dicho informe planteó recomendaciones las que estuvieron dirigidas al fortalecimiento de la gestión, a través de 3 categorías (estratégicas, tácticas y operativas).

De la información proporcionada por la Gerencia de Organización y Procesos, sobre el informe de seguimiento de la implementación de las recomendaciones se detalla lo siguiente:

- Las recomendaciones estratégicas fueron:

1. Fortalecer las bases del aseguramiento universal en salud.
2. Adecuar la organización interna y funcionamiento de EsSalud a una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.
3. Eliminar la corrupción, manteniendo la cultura de la ética, honradez y transparencia.
4. Dotar de autonomía administrativa y financiera a las Redes Asistenciales.
5. Desarrollar un nuevo modelo de atención, basado en servicios integrales.
6. Elaborar el Plan Maestro de desarrollo institucional, basado en las políticas de inversiones.
7. Conjunto de medidas orientadas al fortalecimiento del Seguro Social de Salud - EsSalud.

4. Plan Maestro al 2021

En el marco del Decreto Supremo N° 016-2012-TR y el informe emitido por la Comisión integrada por el MINSA y el MTPE, la Alta Dirección de EsSalud, encargó elaborar el Plan Maestro a un Comité Técnico, conformado mediante Resolución N° 1466-GG-ESSALUD-2013 de fecha 21 de noviembre de 2013, modificándose con Resolución N° 262-GG-ESSALUD-2014 de fecha 28 de febrero de 2014.

Asimismo, el mencionado documento fue elaborado bajo el criterio de reemplazar los lineamientos institucionales establecidos en el Plan Estratégico Institucional 2012–2016.

Es así, que el Plan Maestro al 2021, fue aprobado mediante Acuerdo N° 14-11-ESSALUD-2016 de fecha 10 de junio de 2016, concluyendo que es la política institucional que reformula la misión, visión, principios y valores de la institución, también define los objetivos estratégicos, y propone los modelos estratégicos de intervención y proyecta las necesidades de inversión al 2021.

El Plan Estratégico Institucional 2012–2016, estuvo orientado a la atención primaria de salud, con un modelo de atención integral, con el objetivo de mejorar el trato al paciente, descongestionar los servicios de emergencias y el embalse quirúrgico. Todo esto en un marco orientado a universalizar la seguridad social de salud, como herramienta para lograr la inclusión social.



El Plan Maestro al 2021 del Seguro Social de Salud, tiene como propósito brindar servicios integrales con altos estándares de calidad y seguridad, con un buen gobierno corporativo y humanización de la atención, para brindar confianza a los asegurados y la realización de sus derechos. Todo esto bajo la perspectiva de garantizar la sostenibilidad de la institución para brindar atención a nuestros asegurados y contribuir al aseguramiento universal.

Tabla N° 08: PEI 2012-2016 vs Plan Maestro al 2021

Plan Estratégico Institucional 2012-2016	Plan Maestro del 2021
<p>1. Visión Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado.</p>	<p>1. Visión Ser líder en seguridad social de salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores en la protección de su salud y siendo reconocida por su trato humanizado, con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación.</p>
<p>2. Misión 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.</p>	<p>2. Misión Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el esfuerzo del Estado Peruano en alcanzar el aseguramiento universal en salud.</p>
<p>3. Principios de la seguridad social: Solidaridad, universalidad, igualdad, unidad, integralidad, autonomía. No tiene valores.</p>	<p>3. Principios de la seguridad social: Solidaridad, universalidad, igualdad, unidad, integralidad, autonomía. Valores: Humanización, transparencia, compromiso, excelencia y ayuda mutua.</p>
<p>4. Tiene 4 objetivos estratégicos, 14 objetivos específicos, 29 indicadores y 33 metas. Así como una matriz estratégica institucional 2012-2016.</p>	<p>4. Detalla modelos estratégicos de intervención: Modelo de modernización institucional, modelo de separación de funciones, modelo de prestación, modelo de gestión, modelo de sostenibilidad financiera. Sobre cada modelo tiene productos que no está cuantificado. Presenta 4 ejes estratégicos y 4 objetivos estratégicos. Así como una matriz de indicadores. Identifica las necesidades de inversión, en el I, II y III nivel de atención, estimación de necesidades de bienes estratégicos al 2021, proyección de inversiones en tecnologías de información y comunicaciones.</p>



F. RESULTADOS Y LOGROS

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, se desarrollaron las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, en búsqueda de 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 tal sentido, de las 4 metas monitoreadas para este objetivo estratégico, 2 fueron cumplidas y 2 se quedaron en un buen avance de cumplimiento.

Tabla N° 09: % de cumplimiento de las metas a diciembre de 2016 – Objetivo Estratégico 1

Objetivos específicos	Indicadores	Metas	Unidad de Medida	A diciembre de 2016	% de cumplimiento de la meta a diciembre 2016	Responsable de la información
1.1.- Extender la cobertura de la seguridad social incorporando a segmentos poblacionales excluidos, hacia una seguridad social para todos	1.- Extensión de la cobertura de seguros.	1.- 40% de la población nacional con cobertura de seguro por EsSalud.	%	34.73% de la población nacional con cobertura de seguro por EsSalud	86.83%	GCSyPE
1.2.- Mejorar la gestión de seguros, orientándola al logro de altos estándares de calidad.	1.- Número de Oficinas y Agencias de Seguros con Sistema de Gestión de la Calidad con certificación ISO 9001:2008	1.- 6 Oficinas de seguros certificadas y 8 Agencias de Seguros certificadas	%	12 Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas certificadas	85.71%	
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.- 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.	%	96.55% de Redes Asistenciales firmaron convenios de intercambio prestacional	160.92%	GCOP
1.4.- Promover la Seguridad Social para Todos en foros internacionales	1.- Reuniones o foros internacionales sobre la Seguridad Social para Todos organizados por EsSalud.	1- Foro Internacional sobre Universalización de la Seguridad Social realizado.	%	3 Foros Internacionales sobre universalización de la seguridad social realizado	300%	GCSyPE/ OCI

Nota: GCSyPE = Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

GCOP = Gerencia Central de Operaciones.

OCI = Oficina de Cooperación Internacional. Responsable del Foro Internacional "Sostenibilidad Financiera de los Seguros Sociales: Oportunidades y Desafíos"

Fuente: Cada unidad orgánica es responsable de la información

Elaboración: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

El detalle del cumplimiento de las metas por objetivo estratégico, así como algunos avances en estrategias ejecutadas por los órganos de la institución, se detalla a continuación:

Objetivo Específico 1.1. Extender la cobertura de la seguridad social incorporando a segmentos poblacionales excluidos, hacia una seguridad social para todos.

De acuerdo a la Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que estableció el marco normativo del aseguramiento universal en salud y otras normativas, la OIT y EsSalud suscribieron el 8 de julio de 2011 un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional con el objeto de "... establecer y desarrollar instrumentos de mutua colaboración y cooperación técnica especializada para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a mejorar la calidad de la atención, **ampliar la cobertura de aseguramiento en salud** y establecer mecanismos eficientes que garanticen la sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo del sistema de seguridad social en salud".

En el Decreto Legislativo N° 1171¹³, establece la obligación de **realizar estudios actuariales** previamente a la incorporación de **trabajadores independientes al régimen contributivo** de la Seguridad Social en Salud, a la creación de un Seguro de Salud específico o a la aplicación de exoneraciones, incentivos, beneficios o exclusiones de la base imponible respecto de las aportaciones a EsSalud. Dicha norma dispuso que **EsSalud realice estudios actuariales bianuales**, con la finalidad de **garantizar la sostenibilidad financiera** del fondo de la Seguridad Social en Salud y de propiciar una atención oportuna y de calidad a los asegurados.

En tal sentido, para evaluar la sostenibilidad financiera de corto y mediano plazo de los seguros contributivos administrados por el Seguro Social de Salud, identificando los factores que influyen en el equilibrio entre los ingresos y egresos de la institución, se realizó el **Estudio Financiero Actuarial** del Seguro Social de Salud del Perú 2012 y 2015. Del último estudio se **concluyó** entre otros que la población contribuyente a EsSalud es el 65% de la población asalariada del país, es así que **se tiene un margen importante del 35% para extender la cobertura** y acercarse al cumplimiento del principio de universalidad.

En ese marco la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas viene realizando reformas para extender la actual cobertura de aseguramiento, habiendo realizado los siguientes estudios: Estudio Financiero Actuarial de Transportistas de Taxis, Mototaxis y Colectivos y sus Familiares, Estudio "Los Trabajadores Agrarios y la Seguridad Social en Salud del Perú", Estudio Financiero Actuarial, Incorporación de trabajadores vendedores de diarios, revistas y billetes de lotería y sus derechohabientes a las coberturas de EsSalud, entre otros, para su evaluación.

1. Indicador: Extensión de la cobertura de seguros.

Meta 1: 40% de la población nacional con cobertura de seguro por EsSalud

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{Población Asegurada de EsSalud}}{40\% \text{ de la Población Nacional}} \times 100$$

¹³ Publicado en el Diario Oficial el peruano el 07.12.2013. Este D.L. modificó la Ley N° 26790 (de Modernización de la Seguridad Social en Salud) y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud.

b) Nivel de cumplimiento:

Según el Marco Macro Económico 2017-2019, revisado en agosto del 2016, la economía peruana en los últimos tres años ha tenido ligero crecimiento que aún es inestable, esto ha condicionado la extensión de la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales. Es preciso señalar que la mayoría de los asegurados son personas que cuentan con empleos formales.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), en el año 2015 la Población Económicamente Activa (PEA) Ocupada fue de 15 millones 919 mil personas, de las cuales el 73,2% tiene empleo informal. Asimismo, la informalidad también es relevante desde la perspectiva de la producción y contribuye con cerca de 19% del PBI, según estimados del INEI en el año 2015.

Se considera que la informalidad es una limitante para el crecimiento económico, asimismo, trae consigo la vulneración y pone en riesgo la integridad física de los trabajadores, fomenta empleos de baja productividad, no incentiva la capacitación laboral e incrementa la vulnerabilidad de los trabajadores ante choques adversos, en relación a eso, las materias más denunciadas por los trabajadores ante SUNAFIL son la compensación por tiempo de servicios o CTS, remuneraciones, jornada, horario de trabajo y descansos remunerados.

Con respecto a la evasión tributaria, también está estrechamente relacionado a los altos niveles de informalidad. Así, se estima que por cada 10 puntos porcentuales de mayor formalización laboral los ingresos fiscales se incrementan directamente en 1.45 del PBI.

Por otro lado, durante el proceso de evaluación el 01 de octubre de 2015, se suspendió temporalmente la afiliación de nuevos asegurados al Seguro EsSalud Independiente en tanto se desarrollen los estudios orientados a replantear su configuración (prima y planes de seguros), mediante la Resolución N° 30-GCSPE-ESSALUD-2015.

Con el fin de contribuir con el logro de este objetivo, en mayo de 2016 se aprobó mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 13-10-ESSALUD-2016 el nuevo Seguro Potestativo de EsSalud "+Salud Seguro Potestativo", dirigido a toda persona residente en el país, nacional o extranjero, sin límite de edad, especialmente a trabajadores independientes (profesionales, técnicos, artesanos, comerciantes, transportistas y artistas) y sus dependientes, asimismo a universitarios, practicantes y demás emprendedores; que no se encuentren afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) o a EsSalud a través de un empleador. El aporte mensual según rango de edad varía, pasando de S/. 137 para el grupo de 0 a 17 años, S/. 132 para el grupo de 18 a 29 años, S/. 138 para el grupo de 30 a 59 años y a S/. 215 para el grupo de 60 a más años. En ese sentido, a diciembre de 2016 se tuvo 307 asegurados a través de este tipo de seguro.

A diciembre de 2016 más de la tercera parte de la población peruana tiene cobertura del Seguro Social de Salud – EsSalud, cantidad que representa el 34.73% de la población total, siendo la meta al 2016 el 40%, de una u otra manera coadyuva a la consecución de tener una población saludable que genere bienestar social. En tal sentido, se considera que la meta tiene un buen nivel de cumplimiento - 86.83%.



Tabla N° 10: % de Población Nacional con cobertura de seguros por EsSalud

Detalle	A diciembre de 2016
% de Población nacional con cobertura de seguro por EsSalud – requerido por la meta	40%
Población nacional	31'488,625
Población asegurada	10'937,079
% de Población nacional con cobertura de seguros por EsSalud	34.73%
% de cumplimiento de la meta	86.83%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSyPE)

Objetivo Específico 1.2. Mejorar la gestión de seguros, orientándola al logro de altos estándares de calidad.

En el marco de la Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, EsSalud para mejorar la satisfacción del asegurado, en base a los principios de gestión de calidad y la aplicación de la metodología de "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008, se implementó mejoras en el trabajo operativo y en la cultura organizacional en las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas¹⁴ a nivel nacional.

La certificación bajo los estándares ISO 9001:2008, se sustenta sobre 8 criterios de evaluación: Recursos humanos, Control de registros, Provisión de recursos, Infraestructura, Calidad de los servicios, Realización del producto, Seguridad y Comunicación.

1. **Indicador:** Número de oficinas y agencias de seguros con sistema de gestión de la calidad con certificación ISO 9001:2008

Meta 1: 6 Oficinas y 8 Agencias de seguros certificadas

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas Certificadas}}{14 \text{ Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas}} \times 100$$

b) **Nivel de cumplimiento:**

A diciembre de 2016, se tiene 35 oficinas de seguros y prestaciones económicas, y conforme a lo planteado en la meta de lograr la certificación de 14 oficinas de seguros y prestaciones económicas, se logró que 12 de ellas obtengan la re-certificación¹⁵ del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001: 2008 (Arequipa, Cusco, La Libertad, Piura, Comas, Corporativa, Jesús María, San Isidro, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, San Miguel y Salamanca), lo cual representa el 85.71% de lo requerido. En tal sentido, se considera que la meta se quedó en un buen avance de cumplimiento.

¹⁴ Mediante Resolución N° 310-PE-ESSALUD-2016 (17.06.2016), se modificó el Reglamento de Organización y Funciones, el Organigrama Estructural, las Oficinas de Aseguramiento y Agencias de Seguros se transformaron en Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas de Nivel A, B, C y D, asimismo, se suprimió las Oficinas de Aseguramiento sucursal Rebagliati, Sabogal y Almenara.

¹⁵ Cada tres años debe realizarse la auditoría necesaria para mantener la certificación ISO 9001, por lo cual se realiza la recertificación al Sistema de Gestión de la Calidad.

Tabla N° 11: % de Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas re-certificadas

Detalle	A diciembre de 2016
Número de Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas - requeridas según meta	14
Número de Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas certificadas	12
% de Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas re-certificadas	85.71%
% de cumplimiento de la meta	85.71%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSyPE)

La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, considera como la principal limitante para no haber cumplido la meta, al absentismo laboral y/o renuncia de profesionales responsables del seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, debido principalmente por mejoras salariales.

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.

En el marco del Convenio Especifico N° 016-2011/MINSA "Convenio Especifico de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y el MINSA", se acordó el intercambio de prestaciones estableciendo los criterios básicos para el desarrollo de los mecanismos e instrumentos destinados a brindar atención integral de salud a los afiliados y/o asegurados con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios, siendo su ámbito Lima Metropolitana. Posterior a ello se suscribió la Adenda donde se estableció que el SIS y EsSalud podrán por excepción en situaciones especiales, casos fortuitos o de fuerza mayor, cuando la oferta asistencial de los establecimientos de salud del MINSA y de los Gobiernos Regionales no pueda abastecer la demanda, referir tomando en cuenta su capacidad de oferta, mediante procedimientos establecidos de común acuerdo por las partes.

Asimismo, EsSalud en los mismos supuestos podrá referir a sus asegurados, a los establecimientos de salud del MINSA, tomando en cuenta su capacidad de oferta, a través de los mismos procedimientos establecidos de común acuerdo por las partes.

También con el propósito de incrementar la cobertura de salud, fortalecer la capacidad de los establecimientos de salud, y en el marco de la Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUSALUD/S, que aprueba las "Condiciones mínimas de los convenios o contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento Universal en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)" el 10 de julio de 2014, se aprobó el Modelo de Convenio de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud como IAFAS y las IPRESS o Unidades de Gestión de IPRESS públicas y el modelo de convenio de cooperación interinstitucional entre EsSalud (como unidad de gestión IPRESS) y las IAFAS públicas, mediante Acuerdo N° 17-18-ESSALUD-2014 el 12 de noviembre de 2014.

1. Indicador: Alianzas estratégicas expresadas en convenios y planes interinstitucionales

Meta 1: Convenio de intercambio y complementariedad de servicios de salud firmados por no menos del 60% de las Redes Asistenciales



a) Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de Redes Asistenciales que suscribieron convenio de intercambio prestacional}}{60\% \text{ de Redes Asistenciales}} \times 100$$

b) Nivel de cumplimiento:

De las recomendaciones realizadas por la Comisión Reorganizadora conformada por el MTPE y el MINSA, una de ellas trata sobre "Celebrar convenios de intercambio prestacional con el MINSA en todas las regiones".

Es así que, mediante Decreto Supremo N° 005-2012-SA, se aprueba las "Disposiciones Complementarias relativas al Intercambio Prestacional, entre los establecimientos de Salud financiados por el Seguro Integral de Salud – SIS y el Seguro Social de Salud – EsSalud".

Con Acuerdo N° 17-18-ESSALUD-2014 de fecha 12 de noviembre de 2012 el Consejo Directivo de EsSalud aprobó el modelo de cooperación interinstitucional entre EsSalud como IAFAS con IPRESS o Unidades de Gestión de IPRESS públicas y el modelo de convenio de cooperación interinstitucional entre EsSalud (como unidad de gestión de IPRES) y las IAFAS públicas, en el marco de la Resolución N 080-2014-Superintendencia Nacional de Salud/S.

Mediante Decreto Legislativo N° 1159, de fecha 06 de diciembre de 2013, se aprueba las disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional... "cuyo objetivo es establecer las condiciones entre las IAFAS e IPRESS públicas, norma legal que además de establecer las relaciones entre los prestadores públicos señala en su artículo 4° que el intercambio prestacional es de carácter obligatorio.

En tal sentido se logró suscribir 28 convenios de intercambio prestacional durante los años 2012 y 2013, con respecto al año 2015 se suscribió 2 convenios adicionales en el marco de la Resolución N° 080-SUSALUD con la Municipalidad de los Olivos y la Beneficencia Pública de Lima – Hogar de la Madre, estando pendiente por suscribir un convenio la Red Asistencial Huaraz.

También se informa que de los convenios específicos de intercambio prestacional suscrito con los Gobiernos Regionales y el Seguro Integral de Salud (SIS), incluyen en la cláusula de financiamiento, que el pago por consumo está compuesto por el valor de los medicamentos, materiales e insumos que no han sido incluidos en la estructura de costos de la tarifa. La ejecución del convenio se encuentra a cargo de las Redes Asistenciales. En tal sentido, se considera que la meta se cumplió.

Tabla N° 12: % de Redes Asistenciales que han suscrito convenio de intercambio prestacional

Detalle	A diciembre de 2016
% de Redes Asistenciales que deben suscribir convenio de intercambio (18 Redes Asistenciales) – requerido por la meta	60%
N° de Redes Asistenciales a nivel nacional	29
N° de Redes Asistenciales que han suscrito convenio de intercambio prestacional.	28
% de Redes Asistenciales que han suscrito convenio de Intercambio prestacional	96.55%
% de cumplimiento de la meta	160.92%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones (GCOP)



Objetivo Específico 1.4. Promover la Seguridad Social para Todos en foros internacionales

Durante el periodo de evaluación se desarrolló acciones, siendo integrantes de organismos internacionales para impulsar la seguridad social universal. Promoviendo y organizando foros internacionales que fomenten la seguridad social para todos.

Es así, que a través del desarrollo de estos eventos internacionales se tiene la participación de altos funcionarios nacionales e internacionales, para una adecuada toma de decisiones que permitirá establecer lineamientos, estrategias y mecanismos para ampliar la cobertura del seguro social de salud.

1. **Indicador:** Reuniones o foros internacionales sobre la seguridad social para todos, organizado por EsSalud.

Meta 1: Foro internacional sobre universalización de la seguridad social realizado.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de Foros Internacionales realizados}}{1 \text{ Foro Internacional realizado}} \times 100$$

b) **Nivel de cumplimiento:**

EsSalud como miembro de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) desde 1938, ha sido uno de los organizadores del **II Foro Regional de la Seguridad Social en las Américas**, evento realizado del 05 al 07 de diciembre de 2012 en la ciudad de Lima en el Hotel Los Delfines, donde se logró reunir a directivos de la Seguridad Social de Salud y representantes de alto nivel de organizaciones internacionales y de la región. El evento se desarrolló bajo un contexto de intercambio de experiencias internacionales sobre seguridad social, generando respaldo político a las mejores prácticas y experiencias en seguridad social, a fin de favorecer su implementación en los países latinoamericanos.

El 9 de marzo de 2016, se llevó a cabo el Foro Internacional **"Modelo del Sistema de Seguridad Social en el Perú: Análisis de Gestión Comparativa"**, en las instalaciones de la Cámara de Comercio de Lima, donde se presentó el Estudio Financiero Actuarial del Seguro Regular y Agrario 2015-2025. En el estudio destaca la especial relevancia de la sostenibilidad financiera de la Seguridad Social de Salud, el análisis de las causas que la afectan y que repercuten en su equilibrio financiero tales como el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónico-degenerativo, el empleo informal, la exoneración de aportes a las gratificaciones, la base de cotización de los trabajadores, las filtraciones, entre otros.

Asimismo, en el marco de la celebración por los 80 años de la Institución, los días 11 y 12 de julio de 2016, se realizó el Foro Internacional **"Sostenibilidad Financiera de los Seguros Sociales: Oportunidades y Desafíos"** en el Centro de Convenciones del Colegio Médico del Perú, Daniel Alcides Carrión, donde se abordaron diferentes temas relacionados a la sostenibilidad financiera de los Seguros Sociales, como la importancia del análisis actuarial en la gestión de la Seguridad Social, el impacto financiero del gasto catastrófico en salud, la sostenibilidad financiera de la



Seguridad Social desde la perspectiva de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las evaluaciones e innovaciones tecnológicas en salud en Europa y América, la judicialización de la salud, y otros temas de alta relevancia como la humanización de la salud y la equidad de género en los sistemas de seguridad social.

El precitado Foro se constituyó en un espacio de intercambio de experiencias y conocimientos para fortalecer a los Seguros Sociales a través de paneles, foros y conferencias en donde se compartieron experiencias, buenas prácticas de gestión y lecciones aprendidas de los Seguros Sociales de las Américas a cargo de los principales líderes y gestores de las Seguridades Sociales, así como prestigiosos académicos y expertos en salud y seguridad social en América, Asia y Europa.

Un logro importante para poder cumplir con el objetivo, fue la suscripción de la **Declaración de Miraflores** que tuvo entre otros los siguientes acuerdos:

- Mantener estrecha vinculación entre los representantes de la Seguridad Social de las Américas en el ámbito Académico, de gestión y cooperación, con la finalidad de intercambiar experiencias y asistencia para afrontar los retos y desafíos en materia de sostenibilidad financiera, gestión de riesgos y desastres, análisis, evaluación y acceso a tecnologías y medicamentos, gestión, planificación y formación de recursos humanos técnicos, profesionales, sobre telemedicina, tele-salud calidad de los servicios.
- Fortalecer la capacidad de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) estableciendo mecanismos de coordinación, cooperación y comunicación, compartiendo información relevante para la toma de decisiones sobre la adquisición y uso de tecnologías sanitarias (TS) considerando su costo efectividad, pertinencia, capacitación, y posible impacto.
- Promover mecanismos de optimización y transparencia de los sistemas de suministro, así como negociación de precios y compras conjuntas de medicamentos, dentro de sus respectivos marcos legales, priorizando los de alto costo, aquellos que presentan serias dificultades para el acceso o que no se encuentran disponibles en los países.
- Compartir las experiencias y lecciones aprendidas de las estrategias de Alianzas Publico Privadas (APP) en cuanto a los mecanismos de supervisión de las operaciones y la metodología para gestión de los proyectos o contratos, así como las mejores prácticas para el desarrollo de indicadores de gestión en contratos de APP para servicios sanitarios y no sanitarios, así como para otros servicios.

En tal sentido, se considera que la meta se cumplió.

Tabla N° 13: % de foros internacionales organizados por EsSalud

Detalle	A diciembre de 2016
N° de Foro Internacional requeridos por la meta	1
N° de Foro Internacional organizado por EsSalud	3
% de cumplimiento de la meta	300%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSyPE)



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.

De las 17 metas monitoreadas para este objetivo estratégico, 8 fueron cumplidas, 1 con buen avance, 6 con deficiente avance de cumplimiento y 2 no fueron cumplidas porque el marco normativo que la respaldaba se dejó sin efecto.

Tabla N° 14: % de cumplimiento de las metas a diciembre de 2016 – Objetivo Estratégico 2

Objetivos específicos	Indicadores	Metas	Unidad de Medida	A diciembre de 2016	% de cumplimiento de la meta al 2016	Responsable de la Información
2.1.- Mejorar la calidad de los servicios de salud logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios.	1.- Intervenciones costo efectivas implementadas para las 5 principales prioridades sanitarias.	1.- Reducción de 16% de la carga de enfermedad al 2016.	%	16% de reducción de la carga de enfermedad	100%	GCPS
	2.-Registro de eventos adversos operando en EE.SS. con servicios de hospitalización e intervenciones de prevención y control.	2.- 60% de EE.SS. con servicios de hospitalización con registros de eventos adversos e intervenciones para su prevención y control.	%	120.88% de EE.SS. con Serv. De Hosp. Con registro de evento adverso	120.88%	OGCyH
	3.- Cumplimiento de las Metas del Plan de Buen Trato al Asegurado.	3a.- 80 % de los EE.SS. cumplen con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen Trato.	%	0%	0% Norma no vigente	
		3b.- 90% de los asegurados encuestados en EE.SS. Satisfechos con el trato recibido.	%	69.33% de asegurados encuestados en EE.SS. satisfechos con el trato recibido	77.04%	
	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 EE.SS. cuentan con garantes del buen trato vigilando las prestaciones otorgadas a los asegurados.	%	0%	0% Norma no vigente	
	5.- Cumplimiento del Plan Multianual de Inversión.	5a.- 80% de estudios de pre inversión programados viabilizados.	%	17.77% de estudios programados viabilizados	22.21%	GPEI – GCPP
		5b.- 80% de EE.SS. ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento.	%	En proceso ¹⁶	0%	GCPI
5c.- 80% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación.		%	99.3% equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación	124.17%	GCPI – CEABE	


¹⁶ Tiene avance en la normatividad.

Objetivos Específicos	Indicadores	Metas	Unidad de medida	A diciembre de 2016	% de cumplimiento de la meta al 2016	Responsable de la información
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.	1.- 50% de EE.SS. del primer nivel, aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria.	%	100% de EE.SS. del primer nivel, aplican atención primaria	200%	GCPS
	2.- Guías clínicas institucionales con Intervenciones para prevenir y controlar las prioridades sanitarias.	2.- 50% de EE.SS. aplican Guías Clínicas institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias.	%	En proceso ¹⁷	0%	IETSI
	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.	%	En proceso ¹⁸	0%	
2.3.- Organizar redes integrales de servicios que garanticen la continuidad de la atención desde el primer al tercer nivel.	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.	%	En proceso ¹⁹	0%	GCPS
	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.	%	0% de Redes Asistenciales tienen 30% de su presupuesto asignado al 1er. nivel de atención	0%	GCGF
2.4.- Mejorar el impacto de las Prestaciones Sociales y Económicas en el bienestar de los asegurados.	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.	%	100% de CAM aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado	125%	GCPAMyPCD
	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.	%	189.13% de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional en relación al valor base-año 2011	361.41%	
	3. Proyecto de intervención social costo efectiva dirigido a segmentos poblacionales priorizados.	3.- 25% de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados.	%	100% de departamentos con proyectos implementados	400%	
	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.	%	100% de expedientes de prestaciones económicas cuentan con verificación y validez	111.11%	GCSyPE

Nota: GCPS = Gerencia Central de Prestaciones de Salud. OGCyH = Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. GPEI-GCPP = Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones- GCPP. CEABE = Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos. IETSI = Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. GCGF = Gerencia Central de Gestión Financiera. GCPI = Gerencia Central de Proyectos de Inversión.
Fuente: Cada unidad orgánica es responsable de la información. Elaboración: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto



¹⁷ Tiene avance en la normatividad.
¹⁸ Tiene avance en la normatividad.
¹⁹ Tiene avance en la normatividad.



Objetivo Específico 2.1. Mejorar la calidad de los servicios de salud logrando un alto nivel de satisfacción de los usuarios.

Para lograr una atención integral de salud y de alta calidad, durante el periodo de evaluación 2012–2016, se realizaron diversas actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; orientando el accionar del personal de la salud a realizar una labor preventiva a nivel nacional, familiar, laboral y comunitario, acciones que permitirán **contribuir** efectivamente con la salud de los asegurados, con atención de calidad, con respeto a la dignidad de los asegurados.

1. Indicador: Intervenciones costo efectivas implementadas para las 5 principales prioridades sanitarias.

Para determinar las prioridades sanitarias institucionales, y poder evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias EsSalud decidió adoptar la metodología la medición de la carga de enfermedad y lesiones.

La carga de enfermedad "Global Burden of Disease" fue un proyecto global liderado por el Dr. Christopher Murray en la década de los años 90. Este proyecto fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, y en este se propuso un indicador sintético para medir el impacto de las pérdidas mortales y no mortales de las enfermedades y los accidentes en las personas (DALY, AVAD o AVISA), a fin de orientar la toma de decisiones por medio de la priorización e inversión económica en salud. Desde entonces, se ha realizado la actualización del Estudio de la carga mundial de morbilidad, lesiones y factores de riesgo 2010 (CMM 2010), y se publicó en la revista The Lancet en diciembre de 2012, con la finalidad de brindar insumos para la política de salud pública. En América Latina también se aplica esta metodología, existen experiencias documentadas de los estudios realizados en Colombia, Chile, México y el Perú.

La carga de enfermedad, se puede definir como la medida de la pérdida de salud que para una población representan las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades y lesiones, está depende de su frecuencia, de las consecuencias mortales y discapacitantes que origine. La frecuencia de la enfermedad se mide a través de criterios objetivos como la incidencia, prevalencia y mortalidad; la medición de las pérdidas funcionales, desventajas sociales y mortalidad prematura responde más a criterios que dependen de las preferencias individuales y sociales.

Debe tenerse en cuenta que la calidad de los registros de datos en la atención de salud repercute directamente en la información sanitaria y el modelamiento de indicadores epidemiológicos, lo cual incide directamente en la elaboración de indicadores sanitarios sintéticos o de resumen, como son los años de vida saludables perdidos (AVISA), este indicador se mide cada cuatro años.

La carga de enfermedad, según las 21 categorías de diagnóstico que agrupan a todos los diagnósticos por enfermedad y lesiones que se han registrado en EsSalud durante el año 2014, muestra que las diez primeras causas de carga de enfermedad concentran el 85% de todos los AVISA, de los cuales siete corresponden al grupo de enfermedades no transmisibles, a continuación, se detalla las 5 principales enfermedades del 2014.

La primera categoría de daños que causan mayor carga de enfermedad en la población asegurada son las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, se ha estimado que estas enfermedades producen 175 457 AVISA y que representan el 18,8% de todos los AVISA, a su vez representan el 26,2%



de los AVISA de las enfermedades no transmisibles. Este grupo de males tiene mayor carga de enfermedad por discapacidad (98,3% de los AVD) por su característica de dolencias crónicas con duración prolongada de la enfermedad y porque producen importante discapacidad.

La segunda categoría con mayor carga son las condiciones perinatales. Por esta causa se han perdido 101 088 AVISA que representan el 10,8% de la carga de enfermedad total. Esta causa de morbilidad es elevada debido a la alta incidencia de estas enfermedades y a la gran pérdida de años de vida saludables por muerte prematura; en este grupo, la carga de enfermedad por el componente AVD alcanza un 77,7% y por AVP el 22,3%.

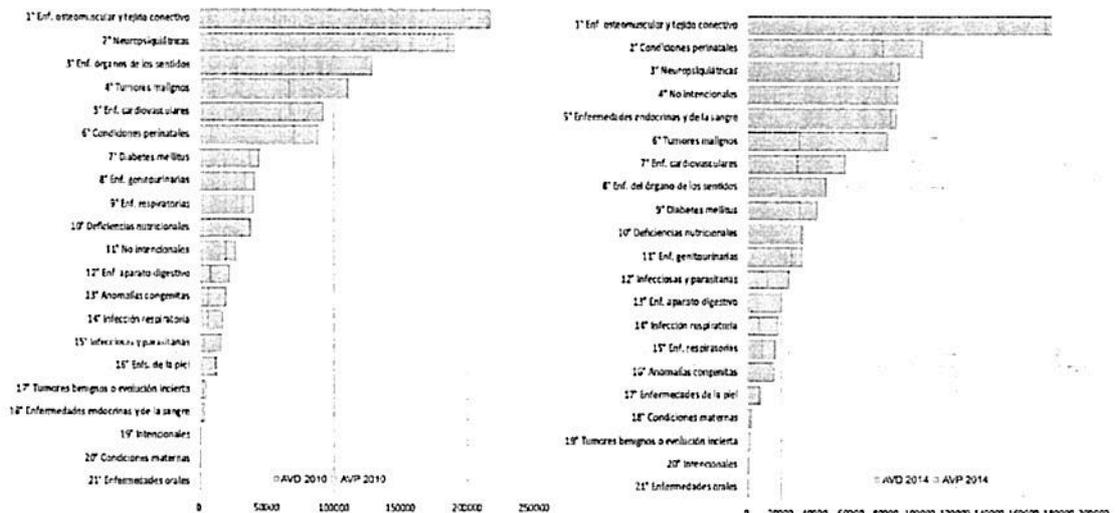
La tercera categoría con mayor carga son las enfermedades neuropsiquiátricas. Por esta causa se han perdido 88 039 AVISA que representan el 9,4% de la carga de enfermedad total, son enfermedades crónicas con periodos prolongados de duración de la enfermedad y que producen discapacidad importante de diferente tipo (motora, intelectual, social o sensorial). (5) Así, para esta categoría de daños, la discapacidad (AVD) representa un 94,6%, en tanto que la mortalidad (AVP) solo un 5,4%.

En cuarto lugar, se ubican los daños no intencionales que incluyen principalmente los accidentes de tránsito, caídas, entre otros. Estas lesiones contribuyen con 80 292 AVISA, es decir el 9,3% del total de AVISA. A diferencia de los datos nacionales, el predominio de la carga de enfermedad en este tipo de daños se debe a los AVD (92,4%), en tanto que los AVD solo representan el 7,6%.

Seguidamente, en quinto lugar, se ubican las enfermedades endocrinas y de la sangre que engloban diversas enfermedades de carácter crónico que suman 83 148 AVISA; este grupo de enfermedades es variado y la mayor carga de AVISA se da por los AVD con un 96,2% mientras que los AVP alcanzan a solo el 3,8%.

Entre los años 2010 y 2014 se aprecia un cambio en el perfil de la carga de la enfermedad. Tal como se aprecia en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 04: Cambio en el Perfil de la Carga de Enfermedad según Categorías, EsSalud 2010 – 2014



Fuente: Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud – Estimación de Vida Saludables Perdidos 2014

Meta 1: Reducción de 16% de la carga de enfermedad al 2016.

a) **Fórmula:**

$$\left(1 - \left(\frac{AVISA\ 2014}{AVISA\ 2010}\right)\right) \times 100$$

b) **Nivel de cumplimiento:**

Desde el 2003, se adoptó la metodología de medición de carga de enfermedad y lesiones a fin de determinar las prioridades sanitarias institucionales y así comparar el impacto de las intervenciones sanitarias. La metodología se mide a través de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA)²⁰. A la fecha la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, realizó 4 estudios de Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud (2004, 2006, 2010 y 2014).

Del estudio realizado el año 2010, se tuvo 1'113,364 AVISA. El año 2012, se registró avances que contribuyó en reducir la carga de enfermedad en 4.08% de las cinco principales prioridades sanitarias del 2010²¹, con respecto al estudio del año 2010, representando el 25.5% de avance en el cumplimiento de la meta programada. Durante el periodo 2013 y 2014, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud realizó la depuración y consolidación de información, para el estudio del año 2014, donde se identificó 935,619 AVISA. En tal sentido, haciendo una comparación del AVISA entre los 2 últimos estudios de Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud, se identificó haber reducido el 16% de carga de enfermedad. Lo cual representa el 100% de cumplimiento de la meta programada, considerándose como meta cumplida.

Tabla N° 15: % de Reducción de la Carga de Enfermedad

Detalle	A diciembre de 2016
% de reducción de la carga de enfermedad - requerida según meta	16%
AVISA 2010	1'113,364 AVISA
AVISA 2014	935,619 AVISA
% de reducción de la carga de enfermedad 2014 con respecto al 2010	16%
% de cumplimiento de la meta	100%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS)

El Estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú, se constituye en la línea de base del aseguramiento universal que tendrá que ser nuevamente realizado para medir el impacto de esta reforma del sistema de salud y para ajustar las prioridades del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

2. **Indicador:** Registro de eventos adversos operando en establecimientos de salud con servicios de hospitalización e intervenciones de prevención y control.

Meta 2: 60% de establecimientos de salud con servicios de hospitalización con registros de eventos adversos e intervenciones para su prevención y control.

²⁰ AVISA: Mide los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz o la incidencia y discapacidad en la población. Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) = Años Vividos con discapacidad (AVD)+ Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP)

²¹ Enfermedades osteomusculares y tejido conectivo, tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, condiciones perinatales y órganos de los sentidos.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EE.SS. con Serv. de Hospitalización con Reg. de Eventos Adversos}}{60\% \text{ de EE.SS. con Serv. de Hospitalización}} \times 100$$

Donde: EE. SS = Establecimiento de salud.

b) **Nivel de cumplimiento:**

A través de la Carta N° 46-OGCyH-PE-ESSALUD-2017, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, informó que durante el periodo 2012–2013, se aprobaron normas como antecedentes para la implementación del "Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento, Análisis de Incidentes y Eventos Adversos".

Para el año 2014 se cuenta con el registro en línea de 3 Redes Asistenciales, quienes reportaron un evento adverso²² por establecimiento de salud. El año 2015, fueron 13 los establecimientos de salud que notificaron 135 eventos adversos.

A diciembre de 2016, fueron 66 los establecimientos de salud que registraron 434 eventos adversos en el "Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento, Análisis de Incidentes y Eventos Adversos", los cuales se encuentran agrupados en 13 Redes Asistenciales. Este avance representa el 120.88% de cumplimiento de la meta programada. Por lo cual se considera como meta cumplida.

Tabla N° 16: % de Establecimientos de Salud con Registro de Eventos Adversos

Detalle	A diciembre de 2016
% de establecimientos de salud con servicio de hospitalización con registros de eventos adversos (55 establecimientos de salud) – requerida por la meta	60%
N° de establecimientos de salud con servicio de hospitalización con registros de eventos adversos	66
% de establecimientos de salud con servicio de hospitalización con registros de eventos adversos	120.88%
% de cumplimiento de la meta	120.88%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCyH)

3. **Indicador: Cumplimiento de las Metas del Plan de Buen Trato al Asegurado.**

Meta 3a: 80 % de los establecimientos de salud cumplen con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen Trato.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EE.SS. que cumplen con los indicadores del Plan de Buen trato}}{80\% \text{ de EE.SS.}} \times 100$$

Dónde: EE. SS = Establecimiento de salud.

²² Entiéndase que un evento adverso en salud, es una desviación en los procesos definidos para la atención en los establecimientos de salud, que causan daño o riesgo de daño al paciente. El evento incluye errores, eventos adversos prevenibles, riesgos o peligros, todo accidente o suceso que ha causado daño al paciente. El evento puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, discapacidad permanente, una lesión o la muerte; está directamente ligado con la atención del paciente y no con la historia natural de la enfermedad o a sus condiciones propias.

b) Nivel de cumplimiento:

El Comité de Buen Trato conformado por Resolución N° 1438-PE-ESSALUD-2011; aprobó el "Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud (EsSalud) para el 2012" mediante Resolución N° 380-PE-ESSALUD-2012, donde se implementó diversas actividades, entre ellas la conformación de 23 Comités de Buen Trato a nivel de Órganos Desconcentrados, con la finalidad de evaluar y proponer acciones orientadas a garantizar el trato digno y respetuoso a los asegurados que hacen uso de los servicios de salud, entre otros resultados obtenidos.

Los 6 indicadores que hacía mención el Plan de Buen Trato, fueron:

1. % de Redes Asistenciales de EsSalud que han conformado el Comité de Buen Trato.
2. % de Redes Asistenciales de EsSalud que realizaron medición del clima organizacional.
3. % de Redes Asistenciales de EsSalud que han capacitado a sus trabajadores en derechos en salud, buen trato y ética.
4. % de Redes Asistenciales de EsSalud que han aplicado la encuesta de buen trato.
5. % de Redes Asistenciales de EsSalud que implementan proyectos de mejora de calidad de acuerdo a los resultados de la encuesta de buen trato.
6. % de Redes Asistenciales de EsSalud que cuentan con garantes del buen trato.

Bajo ese contexto, el 25 y 26 de febrero de 2013 se dio inicio a la Gran Cruzada por la Humanización a nivel nacional con la realización del "I Seminario Nacional e Internacional de Humanización de la Salud", evento que se llevó a cabo con el apoyo de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), participaron ponentes nacionales e internacionales (Chile, México, Colombia y España). En el precitado evento, se suscribió un convenio con el Centro de Humanización de la Salud – Religiosos Camilos Perú, con el objetivo de desarrollar acciones formativas dirigidas a los miembros del sistema de salud en el desarrollo adecuado de sus funciones.

Se estableció el 14 de febrero como el "Día de la Humanización de los Servicios de Salud del Seguro Social de Salud – EsSalud", con la finalidad de reconocer el esfuerzo realizado para mejorar la atención de los servicios de salud y resaltar la importancia de los valores y principios institucionales.

El Comité de Buen Trato y el precitado Plan de Calidad y Seguridad del Paciente estuvo vigente hasta el 27 de setiembre de 2013, quedando sin efecto a través de la Resolución N° 753-PE-ESSALUD-2013.

Aunque quedó desactivado el Comité de Buen Trato, el propósito era cumplir con el objetivo estratégico, para lo cual se realizaron las siguientes actividades:

El 8 de agosto de 2014, se oficializó el Modelo de Humanización con la aprobación de los "Lineamientos para la Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud – ESSALUD". Para la realización de estos lineamientos, se conformó el Comité Especial de Humanización.



En el año 2016 a través del Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social 2016 – 2017, se priorizó acciones en 5 ejes:

- Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Mejora continua y satisfacción de usuarios.
- Acreditación de las IPRESS de EsSalud
- Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras
- Fomentar el registro de eventos adversos.

Por otro lado, con el objetivo de fortalecer la cultura de seguridad entre los profesionales, pacientes y familiares mediante la sensibilización y capacitación del personal asistencial, así como de los asegurados y sus familiares se desarrolló la campaña de Higiene de Manos en 20 Redes Asistenciales.

En tal sentido, a diciembre de 2016 la meta no registra avance, debido que el documento que la sustentaba no se encontraba vigente.

Tabla N° 17: % de Establecimientos de Salud que cumplen con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen Trato

Detalle	A diciembre de 2016
N° de establecimientos de salud que cumplan con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen trato - requerida por la meta	312
N° de establecimientos de salud que cumplan con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen trato	0
% de establecimientos de salud que cumplan con los estándares de los 6 indicadores del Plan de Buen trato	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCyH)

Meta 3b: 90% de los asegurados encuestados en establecimientos de salud satisfechos con el trato recibido.

a) Fórmula:

$$\frac{\text{N° de asegurados encuestados satisfechos con el trato recibido}}{90\% \text{ de asegurados encuestados}} \times 100$$

b) Nivel de cumplimiento:

En el año 2012, se desarrolló encuestas de medición del nivel de percepción del usuario externo y a nivel de trabajadores en 04 establecimientos de salud. En el año 2013, el 98.57% de asegurados encuestados en algunos establecimientos de salud de 2 Redes Asistenciales²³ manifestaron estar satisfechos por el servicio recibido (69 asegurados satisfechos de 70 encuestados).

Desde el año 2014, se estableció como indicador en los Acuerdos de Gestión, "Porcentaje de Satisfacción del Paciente" en 3 servicios (consulta externa, hospitalización y emergencia), es así que se logró realizar 51,372 encuestas, de los cuales el 62.08% estuvo satisfecho por el trato recibido. Con respecto al año 2015, se realizaron encuestas a 60,310 asegurados en algunos de los establecimientos de salud, en los mismos servicios de salud, de los cuales el 70.04% estuvo satisfecho por el trato recibido. A diciembre de 2016 se realizó encuesta a 101,583 asegurados en algunos

²³ Red Asistencial Almenara y Amazonas.

establecimientos de salud, de los cuales el 72.56% estuvo satisfecho por el trato recibido.

En tal sentido, durante el periodo de evaluación la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización realizó 213,335 encuestas de los cuales 147,911 (69.33%) estuvo satisfecho por el trato recibido, por lo cual se considera un buen avance de cumplimiento.

Tabla N° 18: % de Asegurados satisfechos con el trato recibido

Detalle	A diciembre de 2016*
% de asegurados encuestados en establecimientos de salud satisfechos con el trato (192,002 asegurados) - recibido requerido en la meta	90%
N° Total de encuestados periodo 2012-2016	213,335
N° Total de encuestados satisfechos periodo 2012-2016	147,911
% de asegurados encuestados en establecimientos de salud satisfechos con el trato recibido	69.33%
% de cumplimiento de la meta	77.04%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCyH)
* Valor acumulado periodo 2012-2016.

Asimismo, es preciso indicar que en los Acuerdos de Gestión 2016 se estableció alcanzar el 70% de consulta externa, 90% de hospitalización y 60% de emergencia de nivel de satisfacción, lográndose el 71.05%, 83% y 64.41% respectivamente.

4. **Indicador:** Grupos de vigilancia ciudadana implementados en los centros asistenciales a través de un programa de garantes del buen trato.

Meta 4: 80% de servicios de consulta externa y 30% de hospitalización de establecimientos de salud cuentan con garantes del buen trato vigilando las prestaciones otorgadas a los asegurados.

- a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Servicios de Consulta Externa de EE.SS con GBT}}{80\% \text{ de Servicios de Consulta Externa de EE.SS.}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Servicios de Hospitalización de EE.SS con GBT}}{30\% \text{ de Servicios de Hospitalización de EE.SS.}} \times 100$$

Donde: GBT = Garante de Buen Trato.
EE. SS = Establecimiento de salud.

- b) **Nivel de cumplimiento:**

De acuerdo a la Resolución N° 1438-PE-ESSALUD-2011, se establecieron los procedimientos y responsabilidades para llevar adelante el Plan Anual de Buen Trato y la estrategia de gestión "Implementación de la participación ciudadana en EsSalud", que fue incluida en el Plan Anual de Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud - EsSalud 2012. En tal sentido, se conformaron garantes de buen trato en el CAP II Lurín, Policlínico Pablo Bermúdez y CAP III San Isidro.

Asimismo, la ex. Defensoría del Asegurado llevó a cabo un programa de capacitación a 43 garantes de buen trato sobre temas de derechos y deberes de la salud, funcionamiento de EsSalud, funciones del garante, entre otros.



Pero, mediante Resolución N° 753-PE-ESSALUD-2013, se resuelve dejar sin efecto las Resoluciones N° 1438-PE-ESSALUD-2011 y 270-PE-ESSALUD-2012, relacionadas a la conformación del Comité de Buen Trato.

En tal sentido, a diciembre de 2016 la meta no registra avance, debido que el documento que la sustentaba no se encontraba vigente.

Tabla N° 19: % de servicios de consulta externa y hospitalización de establecimientos de salud con garantes de buen trato

Detalle	A diciembre de 2016
% de servicio de consulta externa y % de hospitalización de establecimientos de salud con garantes de buen trato - requerido por la meta	80% para servicio de consulta externa 30% para servicio de hospitalización
% de servicio de consulta externa y % de hospitalización de establecimientos de salud con garantes de buen trato	0
% de servicios de consulta externa y hospitalización de establecimientos de salud con garantes de buen trato	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

5. Indicador: Cumplimiento del Plan Multianual de Inversión.

Meta 5a: 80% de estudios de pre inversión programados viabilizados.

a) Fórmula:

$$\frac{\text{N° de Proyectos de Inversión Viabilizados}}{80\% \text{ de Proyectos de Inversión programados a ser viabilizados}} \times 100$$

b) Nivel de cumplimiento:

Mediante Acuerdo de Directorio N° 007-2011/013-FONAFE, EsSalud se incorporó al Sistema Nacional de Inversión Pública, y con Acuerdo de Directorio N° 002-2013/001-FONAFE, nos delegaron la facultad para evaluar y declarar la viabilidad de proyectos de inversión pública que se encuentren en fase de pre inversión dentro del ciclo del proyecto y en consecuencia la elaboración de expedientes técnicos o estudios definitivos y la ejecución de proyectos de inversión pública declarados viables, sin límite de monto.

Para el año 2012 se programó 52 proyectos de inversión de los cuales 18 fueron declarados viables, el año 2013 se programó 23 proyectos de los cuales 2 fueron aprobados y 11 declarados viables, el año 2014 se programó 41 proyectos de los cuales 1 fue aprobado y 5 viabilizados, el año 2015 se programó 60 proyectos de los cuales 5 fueron aprobados y 5 declarados viables, finalmente el año 2016 se programó 66 proyectos de los cuales 5 fueron aprobados y 4 declarados viables.

De tal manera que durante el periodo 2012–2016, se programó 242 proyectos de inversión, de los cuales se aprobó 13 proyectos (S/. 3'228, 545,798) y 43 fueron declarados viables (S/. 929'767,675), lo cual representa el 17.77% de estudios de pre inversión programados viabilizados, considerándose respecto a la meta con un deficiente avance de cumplimiento.



Tabla N° 20: % de estudios de pre inversión programados viabilizados

Detalle	A diciembre de 2016*
% de estudios de pre inversión programados viabilizados (194 estudios) – requerido en la meta	80%
N° de proyectos programados periodo 2012–2016	242
N° de proyectos aprobados 2012–2016	13
N° de proyectos viables periodo 2012–2016	43
% de estudios de pre inversión programados viabilizados	17.77%
% de cumplimiento de la meta	22.21%

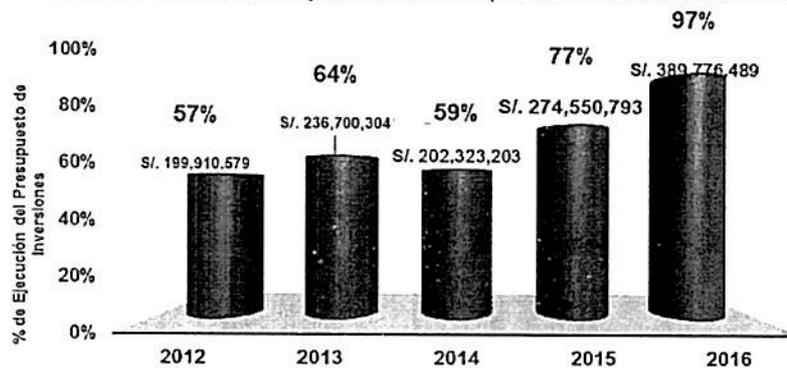
Fuente: Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones (GPEI)

* Valor acumulado periodo 2012–2016.

Cabe precisar, que a diciembre de 2016 se cuenta con 8 unidades formuladoras²⁴, las cuales han sido creadas de manera progresiva.

Por otro lado, mediante Resolución N° 681-GG-EsSalud-2015, se conformó el Comité de Seguimiento de las Inversiones del Seguro Social de Salud, a la ex Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo las funciones de Secretaria Técnica, lográndose ejecutar el 97% del presupuesto programado a diciembre del 2016.

Gráfico N° 05: Grado de Ejecución del Presupuesto de Inversiones 2012-2016



Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI)

Meta 5b: 80% de establecimientos de salud ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento.

a) Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de EE. SS. de baja vulnerabilidad en funcionamiento}}{80\% \text{ de EE. SS. de baja vulnerabilidad}} \times 100$$

Donde: EE. SS = Establecimiento de salud.

b) Nivel de cumplimiento:

La Gerencia Central de Proyectos de Inversión informó que mediante Resolución N° 017-GCI-ESSALUD-2014, de fecha 01 de diciembre de 2014, se aprobó la Directiva N° 001-GCI-ESSALUD-2014 "Ecoeficiencia Hospitalaria para nuevos Centros Hospitalarios de EsSalud".

²⁴ Red Asistencial Lambayeque, Red Asistencial Arequipa, Gerencia de Estudios de Inversión – Gerencia Central de Proyectos de Inversión, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Red Desconcentrada Almenara, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Red Asistencial Junin y la Red Desconcentrada Sabogal.

Para el año 2015 informó que se realizó la consultoría "Servicio de Diagnóstico Energético y Propuesta Energética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y Política de Ecoeficiencia para establecimientos existentes", documento en el cual se plantea realizar inversiones para mejorar la eficiencia energética en el mencionado Hospital Nacional.

Para el año 2016, gestionó realizar 2 servicios por consultoría para incorporar la Directiva N° 001-GCI-ESSALUD-2014, a EE.SS. existentes (H. I Marino Molina Scippa y el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren). De lo realizado al 31 de diciembre de 2016, estos estudios no han finalizado, ya sea porque el informe de su último entregable fue observado (H. I Marino Molina Scippa) o por estar esperando su convocatoria por la Gerencia Central de Logística (Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren).

La política de ecoeficiencia energética se está considerando en los siguientes estudios:

Tabla N° 21: Avances en la Política de Ecoeficiencia Energética

Nuevos Proyectos de Inversión que están en etapa de elaboración de expediente técnico	TDR para elaborar estudios definitivos
1. Mejoramiento de los servicios de salud del Centro asistencial Chincheros – Distrito de Chincheros – Provincia de Andahuaylas – Departamento de Apurímac.	1. Nuevo Hospital de Huacho.
2. Creación de la Unidad de Atención Renal ambulatoria en el Distrito de Santa Anita.	2. Nuevo Hospital II Pasco.
3. Creación de la Unidad de Atención Renal ambulatoria en el Distrito de Villa el Salvador.	

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI)

Por otro lado, la Oficina de Defensa Nacional con Carta N° 342-ODN-PE-ESSALUD-2016, de fecha 8 de agosto de 2016 dio a conocer a la Gerencia Central de Proyectos de Inversión, que a julio de 2016 en EsSalud había 33 EE.SS. de baja vulnerabilidad, evaluación realizada a través del Índice de Seguridad Hospitalaria.

En tal sentido, y a pesar de las acciones realizadas, se considera respecto a la meta con un deficiente avance de cumplimiento.

Tabla N° 22: % de establecimientos de salud ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento

Detalle	A diciembre de 2016
% de establecimientos de salud ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento – (26 establecimientos) requerido por la meta	80%
% de establecimientos de salud ecológicos de baja vulnerabilidad programados	0%
% de establecimientos de salud ecológicos de baja vulnerabilidad programados en funcionamiento	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI)

Meta 5c: 80% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de equipos biomédicos instalados y en operación}}{80\% \text{ de equipos biomédicos adquiridos}} \times 100$$

b) Nivel de cumplimiento:

De acuerdo a lo informado por la Gerencia Central de Logística y por la Gerencia Central de Proyectos de Inversión, durante el periodo 2012 – 2014, se adquirió 2,155 equipos biomédicos, de los cuales al mes de diciembre de 2014 fueron instalados y puestos en operación 2,150 equipos biomédicos, cantidad que representa el 99.77% del total de equipos adquiridos.

Para el año 2015, la Gerencia Central de Logística informó que durante el periodo 2012 – 2015 se adquirió 3,080 equipos biomédicos por compras centralizadas, de los cuales la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE) informó que al mes de diciembre de 2015 fueron instalados y en operación 2,299 equipos biomédicos, cantidad que representa el 75% del total de equipos adquiridos.

Finalmente, la Gerencia Central de Proyectos de Inversión informó que durante el periodo 2012-2016, se logró adquirir 5,255 equipos biomédicos, de los cuales fueron instalados y puestos en operación 5,220 equipos biomédicos, es decir el 99.3% del total de equipos adquiridos, cantidad que representa el 124.17% de cumplimiento de la meta, motivo por el cual se considera que la meta se cumplió.

Tabla N° 23: % de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación

Detalle	A diciembre de 2016
% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación (4.572) – requerido por la meta	80%
N° de equipos biomédicos adquiridos periodo 2012–2016	5,255*
N° de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación periodo 2012–2016	5,220*
% de equipos biomédicos adquiridos, instalados y en operación	99.3%
% de cumplimiento de la meta	124.17%

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI)
* Valor acumulado periodo 2012–2016.

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.

Con el propósito de informar, sensibilizar y fomentar entre la población asegurada una cultura de prevención de cáncer y de enfermedades crónicas, se implementó el Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEP) orientado a brindar atención oportuna y de calidad a los asegurados.

Este sistema se divide en la oferta fija, la cual es brindada por el Seguro Social a través de los centros preventorios y una oferta móvil a través del Programa de Reforma de Vida y los Preventorios Móviles Itinerantes que recorren más de 40 destinos para identificar los factores de riesgo para la salud en los trabajadores asegurados y promover en ellos estilos de vida saludable que los conduzcan a una mejor calidad de vida.

Por otro lado, se llevó a cabo el IV Curso Internacional de Atención Primaria de salud, los días 3 y 4 de octubre de 2016, con la participación de 160 profesionales de la salud del primer nivel de atención, con la finalidad de fortalecer las competencias en la atención integral e integrada con un enfoque basado en la familia y comunidad. También se coordinó con la OPS para el apoyo en el

desarrollo del Diplomado de Atención Integral con enfoque en salud familiar y comunitarios, en la modalidad virtual autoformativa, en seis módulos, que se llevaron a cabo desde setiembre del 2016 a marzo del 2017, con la finalidad de fortalecer las competencias del personal de salud del primer nivel de atención de las Redes Asistenciales de Lima y afianzar los conceptos esenciales de la atención primaria.

1. **Indicador:** Centros Asistenciales del primer nivel que aplican intervenciones de atención primaria.

Meta 1: 50% de establecimientos de salud del primer nivel, aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de EE.SS. del 1er. nivel de atención aplican por lo menos un 70\% de intervenciones de atención primaria}}{50\% \text{ de EE.SS. del 1er. nivel de atención}} \times 100$$

Dónde: EE. SS = Establecimiento de salud.

b) **Nivel de cumplimiento:**

La atención primaria es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

Durante el periodo de evaluación 2012–2016, todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, brindaron atención primaria en base a lo estipulado en la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente, lográndose desarrollar actividades relacionadas a intervenciones de promoción de la salud, intervenciones de prevención.

En tal sentido, a diciembre de 2016, se tuvo 298 establecimientos del primer nivel de atención, de los cuales el 100% brindaron atención primaria, lo cual representa el 200% de cumplimiento de la meta programada, motivo por el cual se considera como meta cumplida.

Tabla N° 24: % Establecimientos de Salud del 1er. Nivel de Atención que aplican Atención Primaria

Detalle	A diciembre de 2016
% de establecimientos de salud del primer nivel, aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria - Requerimiento por la meta	50%
Nº Establecimientos de salud del primer nivel que aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria.	298
% de Establecimientos de salud del primer nivel que aplican por lo menos un 70% de intervenciones de atención primaria	100%
% de cumplimiento de la meta	200%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS)

2. **Indicador:** Guías clínicas institucionales con intervenciones para prevenir y controlar las prioridades sanitarias.

Meta 2: 50% de establecimientos de salud aplican Guías Clínicas institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias.



a) Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de EE.SS. que aplican Guías Clínicas}}{50\% \text{ de EE.SS.}} \times 100$$

Dónde: EE. SS = Establecimiento de salud.

b) Nivel de cumplimiento:

Las Guías de Práctica Clínica (GPC), son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

En ese marco en el año 2013, la ex. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente contrató los servicios de una consultoría²⁵ para realizar el servicio de medición de adherencia de 2 GPC²⁶ en 8 establecimientos de salud²⁷. Por otro lado, la Red Asistencial Huancavelica conformó el Comité para adecuar y validar las GPC en consulta externa, la Red Asistencial Tarapoto implementó el uso de las principales GPC y de protocolos de manejo en los servicios de emergencia.

El año 2014, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, estaba elaborando y proponiendo intervenciones y actividades de la Cartera de Servicios, GPC y Planes de Salud en el ámbito de la consulta ambulatoria y hospitalización con criterios de costo – efectividad, basadas en evidencias y acorde con las prioridades sanitarias.

Con Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 de fecha 31 de diciembre de 2014, se creó el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), como órgano desconcentrado, responsable de la evaluación económica, social y sanitaria de las tecnologías sanitarias para su incorporación a la institución, así como de proponer las normas, estrategias e innovación científico tecnológica en el campo de la salud, que contribuya al acceso y uso racional de tecnologías en salud basada en la evidencia de la eficacia, seguridad y costo efectividad, a ser utilizadas por la Red Prestadora de servicios de salud de ESSALUD en el ámbito nacional.

Con Resolución N° 010-IETSI-ESSALUD-2015 de fecha 06 de noviembre de 2015, se aprobó las condiciones clínicas a ser priorizadas para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica de EsSalud, contenidas en el Informe de Priorización de las mismas²⁸.

Mediante Resolución N° 12-IETSI-ESSALUD-2016 de fecha 11 de abril de 2016, se aprobó la Directiva para el Desarrollo de la GPC de EsSalud.

Con Carta N° 79-IETSI-ESSALUD-2016, IETSI informó haber realizado una revisión del estado actual de las GPC a través de 2 productos: 1) Informe con un Análisis de la Base de datos creada con el Inventario de Guías



²⁵ Empresa Assurance & Mangement for Business S.A.C.

²⁶ Guías de neonatología (recién nacido pre – término, septicemia no específica, hipoglicemia) y la Guía de Obstetricia (Ruptura prematura de membranas, pre eclampsia severa, placenta previa parcial, parto por cesárea).

²⁷ Hospital III Suarez, Hospital III de Emergencias Grau, Hospital II Luis Negreiros Vega, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Hospital IV Augusto Hernández Mendoza.

²⁸ Artrosis, diabetes mellitus, glaucoma, insuficiencia renal crónica, lumbago, mortalidad materna, tumor maligno de cuello uterino, tumor maligno de mama, tumor maligno de próstata.

Clínicas de las Redes Asistenciales, y 2) Informe con los Resultados de la Evaluación AGREE de la Muestra Seleccionada de Guías Clínicas de las Redes Asistenciales.

A diciembre de 2016, IETSI informó haber aprobado 2 GPC (diagnóstico y tratamiento de lumbalgia, diagnóstico y tratamiento de hemofilia) y estar en proceso de elaboración de 3 GPC (diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama HER 2 positivo no metastásico, trastornos minerales y óseos en enfermedad renal crónica y manejo inicial del dolor).

Adicionalmente se viene impulsando la adherencia a la GPC - Hipertensión Arterial, que evaluará la terapia de primera elección.

En tal sentido, de la información reportada durante el periodo de evaluación se observa que normativamente se tiene avances, pero su aplicación no ha sido cuantificada, debido que las 2 GPC fueron aprobadas en setiembre y diciembre de 2016, motivo por el cual se considera con respecto a la meta, un deficiente avance de cumplimiento.

Tabla N° 25: % de establecimientos de salud aplican Guías Clínicas Institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias

Detalle	A diciembre de 2016
% de establecimientos de salud aplican Guías Clínicas institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias – requerido por la meta	50%
% de establecimientos de salud aplican Guías Clínicas institucionales para prevenir y controlar por lo menos 4 de 5 prioridades sanitarias	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI)

3. **Indicador:** Porcentaje del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica.

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

- a) **Fórmula:**

$$\frac{GMee + GMMee + GEBee + GISee}{70\% \text{ de } GM + GMM + GEB + GIS} \times 100$$

Donde: GGee = Gasto en medicamento con evaluación económica.
 GMMee = Gasto en material médico con evaluación económica.
 GEBee = Gasto en equipamiento biomédico con evaluación económica.
 GISee = Gasto en intervenciones de salud con evaluación económica.

- b) **Nivel de cumplimiento:**

Durante el periodo 2012–2014, no se cuenta con información sobre las evaluaciones económicas que se realizaron sobre el gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico de salud.

Por otro lado, mediante Resolución N° 012-IETSI-ESSALUD-2015, IETSI aprobó el "Plan de Evaluación de Medicamentos Fuera del PNUME²⁹ que

²⁹ PNUME: Petitorio Nacional único de Medicamentos Esenciales

se encuentran incluidos en el Petitorio Farmacológico de EsSalud”, cuyo objetivo es evaluar aquellos productos farmacéuticos actualmente incluidos en el Petitorio Farmacológico de EsSalud y que no está en el Petitorio Nacional único de Medicamentos Esenciales.

En tal sentido, desde la creación del IETSI hasta el mes de diciembre de 2016, se estableció que, para realizar el gasto en productos farmacéuticos o dispositivos médicos, no era necesario realizar una evaluación económica, sino realizar evaluaciones de tecnología sanitaria de eficacia y seguridad. De esta manera se logró realizar 95 evaluaciones de productos farmacéuticos y otras tecnologías sanitarias.

Entonces, durante el periodo de evaluación se observa avances, pero su aplicación no ha sido cuantificada, motivo por el cual se considera con respecto a la meta, un deficiente avance de cumplimiento.

Tabla N° 26: % del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica al 2016

Detalle	A diciembre de 2016
% del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica al 2016 – requerido por la meta	70%
% del gasto en medicamentos, material médico, equipamiento biomédico e intervenciones de salud con evaluación económica al 2016	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI)

Objetivo Específico 2.3. Organizar redes integrales de servicios que garanticen la continuidad de la atención desde el primer al tercer nivel.

A través del “Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud – MOCEP” nos alineamos a la realidad socio-sanitaria y a los lineamientos institucionales, asimismo, nos orientamos a la política sanitaria global y nacional. En tal sentido, se busca impactar positivamente en la salud de los asegurados, humanizar y mejorar la experiencia del asegurado en su interacción con el servicio, incrementar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos contribuyendo a la sostenibilidad financiera, contribuir a mejorar la calidad de vida y aumentar la productividad de los asegurados, y recuperar la confianza del asegurado.

1. Indicador: Asegurados de Redes Asistenciales incorporados a Centros de Excelencia (gestión de la enfermedad).

Meta 1: No menos del 60% de asegurados de las 8 mayores Redes Asistenciales incorporados a 3 Centros de Excelencia priorizados e implementados.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{N° de Asegurados de las 8 mayores RA incorporados a CEPI}}{60\% \text{ de asegurados de 8 mayores RA}} \times 100$$

Donde: RA = Red Asistencial
CEPI = Centros de Excelencia priorizados e implementados

b) **Nivel de cumplimiento:**

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud – GCPS, ha venido desarrollando estrategias de intervención para el mejor control de la



tuberculosis, tal es así que mediante Resolución N° 023-GCPS-ESSALUD-2012 de fecha 23 de marzo de 2012, aprobó el documento técnico que regula la organización y funcionamiento del "Sistema de Atención de Excelencia para el Control de Tuberculosis en EsSalud". En la mencionada norma se define al Centro Referencial de Excelencia, como el centro de atención de alta especialización, que tiene como objetivo incrementar la capacidad resolutoria de EsSalud en el control y tratamiento de la tuberculosis. Estableciéndose la construcción en el ámbito de Lima Metropolitana, para las tres Redes Asistenciales: Almenara, Sabogal y Rebagliati.

Con Carta N° 502-GCPS-ESSALUD-2016, la GCPS informó que a diciembre de 2015, se tenía 2 proyectos de inversión pública para la Red Asistencial Almenara (1 perfil aprobado y viable³⁰; y 1 perfil observado³¹) y 1 proyecto de inversión pública para la Red Asistencial Rebagliati (1 perfil observado³²).

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud aprobó el Plan Hacia el Control de la TB en las Redes Asistenciales de EsSalud 2015 – 2017, bajo la concepción del sistema de atención de excelencia. En ese marco, los Hospitales Nacionales de Lima y Callao (centros de excelencia priorizados), fueron fortalecidos para la atención de asegurados con sospecha de diagnóstico de TB en todas sus formas, con complicaciones por TB y coinfección VIH/TB Lima.

Los pacientes atendidos o incorporados con diagnóstico de TB resistente (MDR y XDR), en los Hospitales Nacionales Almenara, Rebagliati y Sabogal (Hospitales Nacionales considerados como Centros de Excelencia en proceso de Implementación), también convergen pacientes con formas resistentes de tuberculosis de 8 Redes Asistenciales con mayor tasa de morbilidad. De los 368 asegurados con diagnóstico TB resistente³³, 340 (92%) están incorporados a los tres centros de excelencia que se encuentran en proceso de implementación.

En tal sentido, a diciembre de 2016 habiéndose priorizado la implementación de Centros de Excelencia ubicados en Lima y Callao, estos no están implementados, motivo por el cual se considera con respecto a la meta, un deficiente avance de cumplimiento.

Tabla N° 27: % de asegurados de las 8 mayores Redes Asistenciales incorporados a 3 Centros de Excelencia priorizados e implementados

Detalle	A diciembre de 2016
% de asegurados de las 8 mayores Redes Asistenciales incorporados a 3 Centros de Excelencia priorizados e implementados – requerido por la meta	60%
% de asegurados de las 8 mayores Redes Asistenciales incorporados a 3 Centros de Excelencia priorizados e implementados	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS)

³⁰ Código SNIP N° 273121: Mejoramiento de las Salas de Aislamiento Respiratorio para Pacientes Bk Positivos en el Servicio de Medicina Interna N1-Infectología y VIH del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la Red Asistencial Almenara-EsSalud, Distrito La Victoria.

³¹ Código SNIP N° 265019: Mejoramiento del Servicio de Laboratorio de Tuberculosis en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la Red Asistencial Almenara - EsSalud - La Victoria - Lima.

³² Código SNIP N° 246985: Mejoramiento de la Unidad de Broncoscopia e Instalación de Salas de Aislamiento Respiratorio en el Piso 12-B De Neumología Del HNERM Distrito de Jesús María, Provincia de Lima, Departamento de Lima.

³³ H. Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, H. Nacional Edgardo Rebagliati Martins, H. Nacional Alberto Sabogal Sologuren, H. Nacional Alanzor Aguinaga Azenjo, H. Nacional Alberto Seguin Escobedo, H. IV Victor Lazarte Echeagaray, H.II Augusto Hernández Mendoza.

2. **Indicador:** Proporción del presupuesto de las Redes Asistenciales asignados al primer nivel de atención.

Meta 2: No menos del 80% de las Redes Asistenciales tienen no menos del 30% de su presupuesto asignado al primer nivel de atención.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de RA con 30\% de su presupuesto asignado al 1er. nivel de atención}}{80\% \text{ de las Redes Asistenciales}} \times 100$$

Dónde: RA = Red Asistencial

b) **Nivel de cumplimiento:**

Para el ejercicio 2012, el Presupuesto Institucional de Apertura 2012 asignado a las 28 Redes Asistenciales fue S/. 4'124,884,423, de los cuales S/. 695'024,083(16.85%) fue asignado al 1er. nivel de atención. (Postas médicas, Centros médicos y policlínicos)

El año 2013, se asignó a los establecimientos de salud del 1er. nivel de atención S/. 642'679,197 (14.33%), de S/. 4'486,344,794 aprobado como presupuesto inicial. Siendo solo a la Red Asistencial Huancavelica que tuvo más del 30% de su presupuesto asignado al 1er. nivel de atención.

Para el año 2014, la Ex Gerencia Central de Finanzas informó que el 100% de las Redes Asistenciales tuvieron asignado en promedio el 14% de su presupuesto a los establecimientos de salud catalogados como 1er. nivel de atención.

Para el año 2015, el 100% de las Redes Asistenciales tuvieron en promedio un gasto de 13% de su presupuesto al 1er. nivel de atención.

Respecto al año 2016, se asignó a los establecimientos de salud del 1er. nivel de atención S/. 932'514,722 de S/. 7'192'944,416, obteniendo en promedio un gasto de 12.96% de su presupuesto.

En tal sentido, se considera con respecto a la meta, un deficiente avance de cumplimiento.

Tabla N° 28: % de Redes Asistenciales tienen no menos del 30% de su presupuesto asignado al primer nivel de atención

Detalle	A diciembre de 2016
% de Redes Asistenciales que tienen no menos del 30% de su presupuesto asignado al 1er. nivel de atención (23 Redes Asistenciales) – requerido por la meta	80%
N° de Redes Asistenciales a nivel nacional	29
N° de Redes Asistenciales con 30% de su presupuesto asignado al 1er. nivel de atención	0
% de Redes Asistenciales con 30% de su presupuesto asignado al 1er. nivel de atención	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF)



Objetivo Específico 2.4. Mejorar el impacto de las Prestaciones Sociales y Económicas en el bienestar de los asegurados.

Con el objetivo de asistir a la población asegurada vulnerable adulta mayor durante el periodo de evaluación del PEI 2012-2016, se aprobó la Cartera de Servicios Gerontológicos Sociales – EsSalud, instrumento de gestión que detalla los programas, actividades y talleres que se realizan en las unidades operativas (CAM, CIRAM), dirigidas a la población adulta mayor asegurada donde se establece el desarrollo de los siguientes programas:

- Programa de derechos humanos y ciudadanía.
- Programa de envejecimiento activo.
- Programa de solidaridad intergeneracional y familia,
- Programa de autocuidado.
- Servicios complementarios.

También se aprobó la Directiva de Organización y Articulación de las Prestaciones Sociales y Prestaciones Sanitarias para la atención integral socio sanitaria de la población asegurada vulnerable en EsSalud, lo cual facilitará que los programas de prestaciones sociales estén accesibles a un mayor número de la población asegurada vulnerable.

En total se cuenta con 124 Centros del Adulto Mayor que atiende a más de 779,355 personas adultas mayores aseguradas y 104 Círculos del adulto Mayor que atiende a 8,430 adultos mayores.

Por otro lado, a través de los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS), a diciembre de 2016 se logró inscribir a 2,951 asegurados, se llevó a cabo 171 eventos de integración social, entre otros. Asimismo, se logró aprobar el Manual de Operaciones de los CERPS, con ello se amplía la cobertura a la población asegurada con discapacidad de todo tipo y grado de discapacidad.

1. **Indicador:** Centros del Adulto Mayor de la Red Nacional de Prestaciones Sociales que aplican el Modelo Gerontológico Social sistematizado.

Meta 1: 80% de los Centros del Adulto Mayor aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado (MGSS).

a) Fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Centros del Adulto Mayor que aplican MGSS}}{80\% \text{ de Centros del Adulto Mayor}} \times 100$$

Donde: MGSS = Modelo Gerontológico Social Sistematizado

b) Nivel de cumplimiento:

El Modelo Gerontológico Social Sistematizado, es el desarrollo de actividades que contribuye en mejorar la calidad de vida de los adultos a través del aprendizaje de nuevos conocimientos para el desarrollo integral y personal.

Esta meta ha sido cumplida desde el año 2014, asimismo, a diciembre de 2016 se tiene 124 Centros del Adulto Mayor – CAM (38 en provincia y 86 en Lima y Calló), los cuales aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado en 100%, por lo cual se considera que la meta se cumplió.



Tabla N° 29: % de Centros del Adulto Mayor que aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado

Detalle	A diciembre de 2016
% de CAM que aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado (99 CAM) - requerido por la meta	80%
N° Centros del Adulto Mayor que se tiene a nivel nacional	124
N° Centros del Adulto Mayor que aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado	124
% de Centros del Adulto Mayor que aplican el Modelo Gerontológico Social Sistematizado	100%
% de cumplimiento de la meta	125%

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

2. **Indicador:** Porcentaje de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional.

Meta 2: 80% de incremento de cobertura en Rehabilitación Profesional en relación al valor base-año 2011.

- a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{N° de Beneficiarios en Rehabilitación Profesional}}{80\% \text{ de beneficiarios en Rehabilitación Profesional } 2011} \times 100$$

- b) **Nivel de cumplimiento:**

Las Unidades Operativas de Rehabilitación Profesional son los 4 Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y los 13 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), donde se desarrollan los procesos de rehabilitación profesional y rehabilitación social de carácter formativo integral, dirigido a la población asegurada con discapacidad de 7 a 70 años de edad, poniendo énfasis en el aspecto educativo, social y laboral; que les permita su integración, mantenimiento y promoción en un empleo dependiente e independiente. Cabe precisar que el proceso de rehabilitación profesional y social, tienen procesos interrelacionados entre sí, centrados en la persona, familia y entorno.

Para calcular el nivel de avance en el cumplimiento de la meta, se ha tomado como año base el 2011, año que EsSalud benefició a 1,729 asegurados, el año 2012 se benefició a 2,041 personas; el año 2013 se benefició a 2,338 personas; el año 2014 se benefició a 2,216 personas; el año 2015 se benefició a 3,753 personas y a diciembre de 2016 se logró beneficiar a 4,999 personas, logrando superar la cobertura, por lo cual se considera como meta cumplida.

Tabla N° 30: % de Incremento de Cobertura de Rehabilitación Profesional – año base 2011 (1,729 beneficiarios)

Detalle	A diciembre de 2016
% de beneficiarios en rehabilitación profesional "año base 2011" (1,383 beneficiarios) – requerido por la meta	80%
N° de beneficiarios año base 2011	1,729
N° de beneficiarios en rehabilitación profesional	4,999
% de Incremento de cobertura en las Unidades Operativas de Rehabilitación Profesional con respecto al año base 2011	189.13%
% de cumplimiento de la meta	361.41%

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



3. **Indicador:** Proyecto de intervención social costo efectiva dirigido a segmentos poblacionales priorizados.

Meta 3: 25% de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados.

- a) **Fórmula:**

$$\frac{\% \text{ de departamentos con proyectos implementados}}{25\% \text{ de departamentos}}$$

- b) **Nivel de cumplimiento:**

De acuerdo a lo informado por la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, el 25% de los departamentos a nivel nacional contaron con proyectos implementados durante los años 2012 y 2013, con respecto al año 2014 informaron que el 57% de los departamentos a nivel nacional contaban con proyectos implementados, para el año 2015 informaron que el 90% de departamentos del ámbito nacional tenían proyectos implementados, y finalmente para el año 2016 la mencionada unidad orgánica informó que el 100% de los departamentos del ámbito nacional contaron con proyectos implementados. En tal sentido, se considera como meta cumplida.

Tabla N° 31: % de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados

Detalle	A diciembre de 2016
% de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados (6 departamentos) – requerido por la meta	25%
N° de departamentos a nivel nacional	24
N° de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados.	24
% de departamentos del ámbito nacional con proyectos implementados.	100%
% de cumplimiento de la meta	400%

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

4. **Indicador:** Porcentaje de Expedientes de Prestaciones Económicas previas al pago con verificación de acreditación del derecho y validadas.

Meta 4: No menos de 90% de expedientes de Prestaciones Económicas cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas.

- a) **Fórmula:**

$$\frac{\% \text{ de expedientes de PE con verificación y validez}}{90\% \text{ de expedientes de PE}}$$

Donde: PE = Prestaciones Económicas

- b) **Nivel de cumplimiento:**

De acuerdo a lo informado por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, se considera que la meta fue cumplida desde el año 2012, donde se procesaron 343,582 solicitudes de prestaciones económicas, el año 2013 se procesaron 357,798 solicitudes, durante estos

años se verificó y validó el 95% de los expedientes de prestaciones económicas.

Desde el año 2014 hasta el año 2016, se verificó y validó el 100% de los expedientes, lo cual representa el 111.11% de cumplimiento de la meta. En tal sentido, se considera que la meta se cumplió.

Asimismo, se precisa que dichos expedientes son recibidos en la "Ventanilla Únicas de Atención al Asegurado" y fueron procesados por personal de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE) y de las Unidades de Atención y Calificación (UAYC), asimismo, a través de los aplicativos de calificación automatizada de las prestaciones de lactancia, sepelio y maternidad, utilizados en las ventanillas únicas de atención a nivel nacional.

Tabla N° 32: % de Expedientes de Prestaciones Económicas con Verificación y Validez

Detalle	A diciembre de 2016
% de expedientes de Prestaciones Económicas que cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas - Requerimiento por la meta	90%
% de expedientes de Prestaciones Económicas que cuentan con verificación y validez de la acreditación al derecho de las prestaciones económicas	100%
% de cumplimiento de la meta	111%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSyPE)



Objetivo Estratégico 3.

Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.

De las 6 metas monitoreadas para este objetivo estratégico, 4 fueron cumplidas, 1 con buen avance y 1 con deficiente avance de cumplimiento.

Tabla N° 33: % de cumplimiento de las metas a diciembre de 2016 – Objetivo Estratégico 3

Objetivos Específicos	Indicadores	Metas	Unidad de medida	A diciembre de 2016	% de cumplimiento de la meta al 2016	Responsable de la Información
3.1.- Mejorar la gestión de la siniestralidad y de la administración de riesgos.	1.- Siniestralidad Financiera a nivel institucional.	1.- Siniestralidad menor de 90%.	%	106.91% de siniestralidad	Déficit	GCSyPE
	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.	Tasa	26.33 por diez mil asegurados atendidos	623.93%	
3.2.- Mejorar la gestión del gasto orientándolo a financiar resultados a través de intervenciones costo efectivo.	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.	%	En proceso ³⁴	0%	GCGF
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.	1.- Porcentaje de recuperación de la deuda pública y privada	1a.- 30% de recuperación de deudas no contributiva y de terceros al 2016.	%	100% de recuperación de deudas no contributiva y de terceros	333.33%	
		1b.- 40% de recuperación de deuda contributiva pública y privada al 2016.	%	40.39% de recuperación de deuda contributiva pública y privada al 2016	100.98%	
	2.- Tasa de retorno de inversiones financieras.	2.- Tasa de retorno que preserve el valor de los recursos invertidos por la entidad.	Tasa	9.89	100%	

 Nota: GCSyPE = Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
 GCGF = Gerencia Central de Gestión Financiera

Fuente: Cada unidad orgánica es responsable de la información

Elaboración: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

En virtud de la delegación de facultades aprobadas mediante la Ley N° 30073, Ley que delega la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, y el fortalecimiento del financiamiento de EsSalud, a fin de garantizar la sostenibilidad del fondo de seguridad social y permitir el cierre de la brecha de infraestructura, recursos humanos, equipamiento, servicios y otros bienes, se emitieron las siguientes normas del 2013:

- Decreto Legislativo N° 1160; que modifica el % que debe pagar EsSalud a SUNAT por la recaudación de sus aportaciones.
- Decreto Legislativo N° 1170; establece la prelación del pago de las deudas a la Seguridad Social en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1171; que modifica la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad Social de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1172; que establece medida para cautelar el cumplimiento de las normas a las seguridades sociales de salud y la obligación de informar del trabajador.

³⁴ Tiene avances en la normatividad.


Objetivo Específico 3.1. Mejorar la gestión de la siniestralidad y de la administración de riesgos.

1. Indicador: Siniestralidad Financiera a nivel institucional.

Meta 1: Siniestralidad menor de 90%.

a) Medición:

Controlado : < 90%
 En riesgo : >=90 % - 100% <
 Déficit : > = 100 %

b) Nivel de cumplimiento:

EsSalud actualmente tiene diferentes tipos de seguros de acuerdo a la inserción laboral de los trabajadores. En ese sentido, en el marco del Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre la OIT y EsSalud, en mayo de 2016 la consultora Janice Seinfeld Lemlig desarrolló el estudio "Diseño de un nuevo seguro potestativo de EsSalud" para sustentar técnicamente el nuevo seguro. A través del estudio se identificó que el citado seguro fue diseñado con la intención de cumplir con la Ley Marco de Aseguramiento Universal, que establece la obligatoriedad de todas las IAFAS, como EsSalud, de ofertar como mínimo la lista de condiciones denominada Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). También se detalló que la cobertura del seguro fue ampliada desde su creación, sin que se haya modificado la prima, lo cual ha venido afectando la sostenibilidad financiera de EsSalud, muestra de ello durante el periodo de evaluación el valor de la siniestralidad financiera sobrepasó el 90% programado en el PEI 2012-2016, lo que refleja una debilidad en el control de los ingresos sobre los costos y gastos de administración, disminuyendo así el valor de las inversiones.

El Estudio Financiero Actuarial 2015, afirma que el costo anual global del seguro de salud se estima en S/. 526 por acreditado. El seguro regular tiene un costo parecido de S/. 529 por acreditado, 34% superior al del seguro de salud agrario (S/. 394 por acreditado). Los asegurados potestativos presentan altas tasas de utilización de todas las prestaciones (atribuibles a una estructura etaria más envejecida) por lo que su costo específico resulta significativamente elevado (S/. 1,335 por asegurado). Para prestaciones económicas, el cálculo de costos para cada tipo de seguro, requiere adicionar los cuatro subsidios considerados (incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio). Como se detalla en la siguiente tabla, el costo global se estima en S/. 52 por acreditado. El seguro regular tiene un costo (obviamente parecido) de S/. 53 por asegurado, 39% superior al del seguro de salud agrario (S/. 38 por acreditado).

Tabla N° 34: Costo Global y tipo de seguro, según utilización de prestaciones de la población acreditada. EsSalud 2014

Concepto	Prestaciones médicas				Prestaciones Económicas		
	Tipo de seguro			Total EsSalud	Tipo de Seguro		Total EsSalud
	Regular	Agrario	Otros		Regular	Agrario	
Costo estimado (millones S/.)	5,417	215	68	5700	544	21	565
Aseg. Acreditados (millones)	10.23	0.54	0.05	10.83	10.28	0.54	10.83
Costo por acreditado (S/.)	529	384	1335	526	53	38	52

Nota: El SR incluye valores no significativos correspondientes a convenios y seguros potestativos. Fuente: Elaboración propia, a partir de datos EsSalud. Fuente: Estudio Financiero Actuarial 2015



Respecto a los ingresos, el análisis de los cotizantes permite constatar las diferencias de ingresos afectos a EsSalud (y EPS) según tipo de seguro y otras variables relevantes.

Es importante destacar que en el año 2009 se exonera de la aportación a EsSalud a las gratificaciones de julio y diciembre. Este estímulo, que fue introducido con una intención temporal, adquirió carácter permanente en 2015 con la Ley N° 30334. Por otra parte, desde el año 2013, se establece que el 65% de la Remuneración Integra Magisterial (RIM) está afecto a las cargas sociales, al igual que las remuneraciones del sector salud, convalidando distintas prácticas que reducían la aportación de EsSalud. Asimismo, existen situaciones o tratamientos particulares a otros grupos (Contrato Administrativo de Servicios-CAS, Seguro de Salud Agrario-SSA, Pensionistas del Sistema Privado de Pensiones, entre otros).

En el año 2014, la tasa de cotización (TDC) a EsSalud promedió 8.84%, ponderando 8.86% del SR y 4.00% del SSA. La TDC promedia 8.95% hasta los 60 años y a partir de ahí disminuye gradualmente al incorporarse de manera creciente los pensionistas (que sólo contribuyen 4%).

El Ingreso Mensual Afecto a EsSalud (IMA) del año 2014 promedió S/. 1,700, pero varía significativamente según tipo de seguro, de S/. 1,700 para el SR a S/. 800 para el SSA. Asimismo, la mediana de ingresos está por debajo de S/. 1,000.

En el año 2014 la base anual afecta a EsSalud promedió en S/. 14,300, con claras diferencias según sexo: las mujeres (S/. 8,500) perciben 42% menos que los hombres (S/. 14,700). El comportamiento por edad responde a estándares internacionales con una forma acampanada y valores máximos entre los 25 y los 40 años, algo antes para mujeres que para hombres.

Finalmente, a diciembre de 2016, el valor de la siniestralidad financiera fue 106.91%, que se explica por el lado de los ingresos institucionales en la disminución de las aportaciones por las gratificaciones, accidentes de trabajo. En materia de gastos, tuvieron considerables incrementos en servicios médicos encargados a terceros y costos de medicinas, material médico y otros gastos generales, aunque compensados por disminuciones de los rubros costo de suministros diversos, comisiones SUNAT, gastos bancarios y servicios públicos.

En ese sentido, a pesar de haber realizado diversas acciones para frenar el impacto negativo de tener una siniestralidad financiera superior a lo programado, y de acuerdo a la escala del nivel de cumplimiento de la meta especificamos que ésta se encuentra en Déficit.

Tabla N° 35: Siniestralidad Financiera a Nivel Institucional

Detalle	A diciembre de 2016
% Siniestralidad - Requerimiento por la meta	90%
% de siniestralidad financiera a nivel institucional	106.91%
Cumplimiento de la meta	Déficit

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCsyPE)



2. **Indicador:** Tasa de personas que vulneran el sistema de afiliación y acreditación para obtener derecho.

Meta 2: Tasa de vulneración de 4.22 por diez mil asegurados atendidos al 2016.

- a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{Tasa de vulneración por 10 mil asegurados atendidos}}{4.22} \times 100$$

- b) **Nivel de cumplimiento:**

En mayo de 2015, se suscribió Convenio de Cooperación Institucional con el RENIEC (Resolución N° 181-GG-ESSALUD-2016), con el objetivo de aunar esfuerzos para el desarrollo del gobierno electrónico, permitiendo viabilizar proyectos principalmente al uso intensivo de la tecnología biométrica dactilar, entre otros.

Se aprobó la Directiva de Gerencia General N° 04-GG-ESSALUD-2016, "Procedimiento para la verificación de la identidad de las personas que requieran prestaciones de salud en EsSalud", con la finalidad de contribuir a la eliminación de las suplantaciones y/o filtraciones en el otorgamiento de prestaciones de salud, haciendo uso de tecnologías biométricas.

En tal sentido, con el propósito de prevenir y controlar la vulnerabilidad de los sistemas de afiliación y acreditación de derecho, se estableció como meta tener una tasa de vulneración de 4.22 por diez mil asegurados atendidos al 2016.

Es así que la tasa de vulneración para el 2016 fue 26.33 por diez mil asegurados, debido principalmente porque se logró identificar y retirar a personas del registro de asegurados titulares y derechohabientes que no cumplieron la relación jurídica de seguridad social (baja de oficio e inhabilitación). En tal sentido, se considera como meta cumplida.

Tabla N° 36: Tasa de Vulneración de 4.22 por diez mil asegurados atendidos al 2016

Detalle	A diciembre de 2016
Valor de la Tasa – Requerida por la meta	4.22
Tasa obtenida	26.33
% de cumplimiento de la meta	623.93%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSyPE)

Objetivo Específico 3.2. Mejorar la gestión del gasto orientándolo a financiar resultados a través de intervenciones costo - efectivas.

1. **Indicador:** Porcentaje de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados.

Meta 1: 80% de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados al 2016.

- a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{N° de Órganos Desconcentrados con gestión por resultados}}{80\% \text{ de Órganos Desconcentrados}} \times 100$$

b) Nivel de cumplimiento:

Durante el periodo de evaluación la Gerencia Central de Gestión Financiera, realizó varias acciones para tener una gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados, tal es así que en el año 2013 se gestionó contratar el servicio para desarrollar un sistema en tecnología web de programación y formulación presupuestal, cuyo piloto fue implementado en los años 2014 - 2015 y 2016 que involucró la realización de diversos talleres a nivel institucional con el objetivo de fortalecer las competencias de los profesionales involucrados en el presupuesto institucional. En dicho proceso no se incorporó a los órganos involucrados en el planeamiento institucional, careciendo de un flujo de procesos que permita contar con un presupuesto articulado al planeamiento y orientado a resultados. Por tal motivo no se logró una gestión presupuestal desconcentrada orientada a resultados.

En ese sentido, al no contar con información cuantificable requerido por la meta, se considera con respecto tener un deficiente avance de cumplimiento de la meta.

Tabla N° 37: % de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados al 2016

Detalle	A diciembre de 2016
% de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados al 2016 – requerido por la meta	80%
% de Órganos Desconcentrados con gestión presupuestal desconcentrada bajo un esquema de gestión por resultados al 2016	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF)

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.

1. Indicador: Porcentaje de recuperación de la deuda pública y privada.

Meta 1a: 30% de recuperación de deudas no contributiva y de terceros al 2016.

a) Fórmula:

$$\frac{\text{Monto Recaudado de la deuda no contributiva y de terceros}}{30\% \text{ de deuda no contributiva y de terceros } 2011} \times 100$$

b) Nivel de cumplimiento:

Sobre la deuda no contributiva y de terceros del año 2011 valorizada en S/.222.45 MM, la Gerencia Central de Gestión Financiera, informó que el año 2012 se logró recuperar S/. 34.96 MM, el año 2013 se recuperó S/.35.79, el año 2014 se recuperó S/. 38.94 MM, el año 2015 se recuperó S/. 44.74 MM y el año 2016 se recuperó S/. 68.02 MM, valores que sumados asciende a S/. 222.45 MM.

En tal sentido, a diciembre de 2016 se logró recaudar el 100% de la deuda no contributiva y de terceros del año 2011, cantidad que representa el

333.33% de nivel de cumplimiento de la meta, motivo por el cual se considera meta cumplida.

Tabla N° 38: % de recuperación de deudas no contributiva y terceros al 2016

Detalle	A diciembre de 2016
% de recuperación de la deuda no contributiva y de terceros al 2016 (Base año 2011 = S/. 66.735 millones *30%) – requerido por la meta	30%
Deuda no contributiva y de terceros (Base año 2011 = S/. 222.45 millones)	222.45
Monto recaudado de deuda no contributiva y de terceros por año	222.45*
% de monto recaudado por año (base 2011)	100%
% de cumplimiento de la meta	333.33%

Fuente: Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF)

* Valor acumulado periodo 2012–2016.

Estos recursos financieros recuperados por EsSalud se materializarán en emisiones de títulos de valores en los mercados locales o internacionales y, a través de préstamos directos de entidades como organismos multilaterales, gobiernos, etc.

Meta 1b: 40% de recuperación de deuda contributiva pública y privada al 2016.

a) **Fórmula:**
$$\frac{\text{Ingresos acumulados por cobranza}}{40\% \text{ de la deuda contributiva gestionable 2011}} \times 100$$

b) **Nivel de cumplimiento:**

Sobre la deuda contributiva y de terceros del año 2011 valorizada en S/. 1'528,273,233, la Gerencia Central de Gestión Financiera, informó que el año 2012 se logró recuperar S/. 125'138,775, el año 2013 se recuperó S/. 123'551,731, el año 2014 se recuperó S/. 116'311,728, el año 2015 se recuperó S/. 130'882,115 y el año 2016 se recuperó S/. 121'404,940, valores que sumados asciende a S/. 617'289,289.

En tal sentido, a diciembre de 2016 se logró recaudar el 40.39% de la deuda contributiva pública y privada del año 2011, cantidad que representa el 100.98% de nivel de cumplimiento de la meta, motivo por el cual se considera como meta cumplida.

Tabla N° 39: % de recuperación de deudas contributiva pública y privada al 2016

Detalle	A diciembre de 2016
% de recuperación de la deuda contributiva pública y privada (Deuda contributiva gestionable, base año 2011 = S/. 611,309,293 *40%) – requerido por la meta	40%
Deuda contributiva pública y privada (Base año 2011 = S/. 1.528,273,233)	1,528,273,233
Monto recaudado de deuda contributiva pública y privada**	617,289,289
% de recuperación de la deuda pública y privada por año (base 2011)	40.39%
% de cumplimiento de la meta	100.98%

Fuente: Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF)

* Valor acumulado periodo 2012–2016.

** Sobre valor de la deuda exigible.



2. Indicador: Tasa de retorno de inversiones financieras.

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

a) **Fórmula:** $VC \text{ Ley N}^\circ 26790 - IPC = Spread$

Donde: IPC = Índice de precios al consumidor.
VC = Valor Cuota

b) **Nivel de cumplimiento:**

La Tasa de Retorno de Inversiones Financieras, es un indicador conformado por la rentabilidad nominal anual del Fondo Ley N° 26790³⁵ (compuesto por recursos técnicos), que mantiene una diversificación de su cartera la cual le permite obtener rendimientos óptimos aceptando un bajo nivel de riesgo, y la tasa de inflación anual determinada por el INEI.

A diciembre de 2016, la rentabilidad nominal expresada en moneda nacional del fondo salud Ley N° 26790 acumulada durante los últimos 12 meses fue de 9.89%, superior a la tasa de inflación anual de los últimos 12 meses (diciembre 2015 – diciembre 2016), se situó en 3.23%; cuyo diferencial de tasas anuales fue de 6.66 puntos porcentuales. En tal sentido se considera como meta cumplida.



³⁵ Único Fondo administrado por la Gerencia de Inversiones Financieras – GCGF.

Objetivo Estratégico 4.

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

De las 6 metas monitoreadas para este objetivo estratégico, 1 cumplida, 2 con buen avance, 1 con regular avance y 2 con un avance deficiente de cumplimiento.

Tabla N° 40: % de cumplimiento de las metas a diciembre de 2016 – Objetivo Estratégico 4

Objetivos Específicos	Indicadores	Metas	Unidad de Medida	A diciembre de 2016	% de cumplimiento de la meta al 2016	Responsable de la información
4.1.- Fortalecer la lucha contra la corrupción a través de mecanismos de transparencia, vigilancia ciudadana, rendición de cuentas y recepción de denuncias.	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.	%	45.36% de metas cumplidas del Plan de Lucha contra la Corrupción	56.70%	SG
	2.- Promover la organización de grupos de vigilancia ciudadana.	2.- Grupos de vigilancia ciudadana organizados en no menos del 60% de Redes Asistenciales.	%	En proceso ³⁶		
4.2.- Desarrollar una gestión eficiente basada en resultados, incorporando tecnologías modernas de gestión.	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.	%	84.38% Órganos Desconcentrados cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión	84.38%	GCOP
	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 EE.SS.	%	55.17% de Redes Asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus EE.SS. del 1er. nivel de atención	78.82%	GCTIC
4.3.- Establecer una Gestión de Recursos Humanos por competencias laborales, meritocracia y concursos públicos de cargos jefaturales.	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.	%	56.61% de cargos jefaturales seleccionados por concurso	62.90%	GCGP
	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.	%	100% 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	111.11%	

Nota: SG = Secretaría General
 GCOP = Gerencia Central de Operaciones
 GCTIC = Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones
 GCGP = Gerencia Central de Gestión de las Personas
 Fuente: Cada unidad orgánica es responsable de la información
 Elaboración: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

³⁶ Tiene avance en la normatividad.



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.

1. Indicador: Cumplimiento de Metas del Plan de Lucha contra la Corrupción.

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

a) Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de metas cumplidas en el Plan de Lucha Contra la Corrupción}}{80\% \text{ de metas aprobadas en el Plan de Lucha Contra la Corrupción}} \times 100$$

b) Nivel de cumplimiento:

Durante el periodo de evaluación, se tuvo tres (3) Planes de Lucha Contra la Corrupción.

- Plan de Acción para la Implementación del Plan Nacional de Lucha Contra la corrupción en EsSalud 2012, aprobado mediante Resolución N° 634-PE-ESSALUD-2012 de fecha 31 de julio de 2012, tuvo 23 metas programadas, de las cuales 3 fueron cumplidas (13.04%). Las metas cumplidas del mencionado documento son:

1. Informe aprobado por el Sistema de Rendición de Cuentas.
2. Diseñar en la Web un link para incluir la Agenda de Actividades.
3. Emitir resolución de aprobación del Código de Ética.

- Plan Institucional de Lucha Contra la Corrupción en EsSalud 2013 – 2014, aprobado mediante Resolución N° 421-PE-ESSALUD-2013 de fecha 22 de abril del 2013, tuvo 17 metas programadas, de las cuales 11 fueron cumplidas (64.71%). Entre las principales metas cumplidas del mencionado plan se detalla los siguiente:

1. Implementación del Sistema de Verificación Biométrica en los servicios de emergencia de los hospitales IV Alberto Sabogal, Edgardo Rebagliati, Almanzor Aguinaga y Carlos Seguin.
2. Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional para una labor más eficiente en la lucha contra la corrupción.
3. Lograr el compromiso de la Alta Dirección y principales funcionarios, respecto de la implementación del Sistema de Control Interno de EsSalud.
4. Asegurar la implementación del sistema de Control Interno en EsSalud.
5. Publicar la información exigida por la ley de transparencia y acceso a la información pública.
6. Publicar informe anual de Rendición de Cuentas del Titular de EsSalud.
7. Trabajadores y funcionarios que desarrollen sus funciones con idoneidad y probidad.
8. Mejoras del Sistema de Compras Públicas.
9. Monitorear el Plan Anual de Contrataciones.
10. Fortalecer la cultura anticorrupción en el Seguro Social de Salud.
11. Contar con un registro público de visitas a los funcionarios públicos del Seguro Social de Salud.



- Plan de Lucha Contra la Corrupción - EsSalud 2015 – 2016, aprobado mediante Resolución N° 481-PE-ESSALUD-2015 de fecha 7 de julio de 2015, tuvo 57 metas programadas, de las cuales 30 fueron cumplidas (52.63%).

Entre las principales metas cumplidas del mencionado plan se detalla los siguiente:

1. Suscribir convenio con el RENIEC en materia de tecnología biométrica dactilar y facial, certificados digitales, firmas digitales.
2. Crear un Comité de Alto Nivel de Lucha contra la Corrupción en EsSalud en el ámbito de la Presidencia Ejecutiva con un rol orientador, articulador, coordinador y de supervisión de las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción.
3. Actualizar el Acta de Compromiso que establece como prioridad la implementación del Sistema de Control Interno en EsSalud.
4. Realizar capacitaciones en materia de Control Interno, Gestión de Riesgos y Procesos.
5. Revisar los procesos y cumplimiento de la normatividad y de los dictámenes emitidos por el Instituto de Evaluación en Tecnologías de Salud e Investigación (IETSI) por parte del Comité Farmacológico de cada Órgano Desconcentrado y Sede Central respecto al uso de medicamentos.
6. Diseñar un aplicativo que facilite la atención de las solicitudes de acceso a la información pública.
7. Actualizar la Directiva que establece la administración y actualización de los portales institucionales del Seguro Social de Salud (EsSalud).
8. Publicar en la página web la rendición de cuentas del Titular de la Entidad de acuerdo con la normativa de la Contraloría General de la República.
9. Publicar en la página web la lista de proveedores nacionales, internacionales, públicos y privados de EsSalud.
10. Capacitar al personal que labora en los órganos encargados de las contrataciones en EsSalud y áreas administrativas vinculadas conforme a la normativa estatal y reglas internacionales.
11. Actualizar el Plan de Comunicación de EsSalud



En tal sentido, a través de los 3 Planes de Lucha Contra la Corrupción se programaron en total 97 metas de las cuales se cumplieron 44, cantidad que representa el 45.36% de metas cumplidas de los Planes de Lucha Contra la Corrupción, se considera un deficiente avance de cumplimiento.

Tabla N° 41: % de Metas del Plan de Lucha Contra la Corrupción Cumplidas

Detalle	A diciembre de 2016*
% de cumplimiento de las metas del Plan de Lucha Contra la Corrupción Cumplidas (78 metas) – requerido por la meta	80%
N° de metas programadas periodo 2012–2016	97
N° de metas cumplidas periodo 2012–2016	44
% de metas cumplidas del Plan de Lucha Contra la Corrupción periodo 2012–2016	45.36%
% de cumplimiento de la meta	56.70%

Fuente: Secretaría General (SG)

* Valor acumulado periodo 2012–2016.

2. **Indicador:** Promover la organización de grupos de vigilancia ciudadana.

Meta 2: Grupos de vigilancia ciudadana organizados en no menos del 60% de Redes Asistenciales.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de Grupos de Vigilancia Organizados en Redes Asistenciales}}{60\% \text{ de Redes Asistenciales}} \times 100$$

b) **Nivel de cumplimiento:**

En el marco del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, se identificó la estrategia "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".

A diciembre de 2014, Secretaría General informó que estaba elaborando un Plan de Trabajo orientado a organizar grupos de voluntarios organizados. Asimismo, a través de la Carta N° 61-SG-ESSALUD-2016, informó que en el marco del Plan de Lucha Contra la Corrupción 2015 – 2016, logró a través de la ex. Gerencia Central de Atención al Asegurado, se reciban quejas y denuncias de los ciudadanos a nivel nacional, actualizó el Plan de Comunicación, fortaleció la comunicación con la ciudadanía a través de las Redes Sociales y se realizó la rendición de cuentas en las Redes Asistenciales.

Es decir, durante el proceso de evaluación se han desarrollado varias acciones para el cumplimiento de la meta, pero estas no pueden ser cuantificables, en tal sentido se considera con respecto a la meta, un deficiente avance de cumplimiento.

Tabla N° 42: % de Redes Asistenciales con grupos de vigilancia organizados

Detalle	A diciembre de 2016
% de Redes Asistenciales con grupos de vigilancia ciudadana organizados – requerido por la meta	60%
% de Redes Asistenciales con grupos de vigilancia ciudadana organizados	0%
% de cumplimiento de la meta	0%

Fuente: Secretaría General (SG)

Objetivo Específico 4.2. Desarrollar una gestión eficiente basada en resultados, incorporando tecnologías modernas de gestión.

1. **Indicador:** Porcentaje de Órganos Desconcentrados que cumplen con las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión.

Meta 1: 100% de Órganos Desconcentrados cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{Nº de OO.DD. que cumplen con por lo menos el 80% de metas de los A.G.}}{\text{Nº total de OO.DD.}} \times 100$$

Donde: OO.DD. = Órgano Desconcentrado



b) Nivel de cumplimiento:

El Acuerdo de Gestión, es un instrumento de rectoría y gestión a través del cual se busca implementar intervenciones integrales sobre prioridades asistenciales y de gestión predefinidas y sobre las cuales los Órganos de la Sede Central, Gerencias de Red Asistencial, Hospitales y Centros e Institutos Especializados asumen compromisos y responsabilidades compartidas según naturaleza de sus funciones. En tal sentido, durante el periodo de evaluación, se realizó lo siguiente:

El año 2012, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS) elaboró los Acuerdos de Gestión, el cual quedó sin efecto, toda vez que se dispuso el análisis y determinación de los nuevos Acuerdos de Gestión que incluyan indicadores y metas realizables que garanticen el monitoreo de la operatividad de las Redes Asistenciales a nivel nacional.

Los Acuerdos de Gestión 2014 fueron formulados por la GCPS los mismos que se suscribieron en el mes de noviembre de 2013 entre la Alta Dirección y los responsables de las 31 Redes Asistenciales. El 35.48% de los Órganos Desconcentrados cumplieron por lo menos el 80% de las metas programadas.

Para el año 2015, el 93.55% de los Órganos Desconcentrados cumplieron por lo menos el 80% de las metas programadas en los Acuerdos de Gestión 2015, y el 84.38% de los Órganos Desconcentrados cumplieron por lo menos el 80% de las metas programadas en los Acuerdos de Gestión 2016 (27 de los 32 órganos desconcentrados). Ante lo expuesto, se considera que la meta se encuentra en buen avance de cumplimiento.

Tabla N° 43: % de Órganos Desconcentrados cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión

Detalle	A diciembre de 2016
% de Órganos Desconcentrados que cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión - Requerimiento por la meta	100%
N° de Órganos desconcentrados	32
N° de Órganos Desconcentrados que cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión	27
% de Órganos Desconcentrados cumplen por lo menos con 80% de las metas establecidas en los Acuerdos de Gestión	84.38%
% de cumplimiento de la meta	84.38%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones (GCOP)

2. Indicador: Sistema de información integrado de procesos asistenciales y administrativos.

Meta 2: No menos del 70% de Redes Asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus establecimientos de salud.

a) Fórmula:

$$\frac{\text{N° de Redes Asistenciales con el nuevo SII en el 50\% de EE.SS.}}{70\% \text{ de Redes Asistenciales}} \times 100$$

Donde: SII = Sistema de Información Implementado
EE.SS. = Establecimiento de Salud

b) Nivel de cumplimiento:

La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC) encargada del desarrollo de sistemas de la función aseguradora y prestadora de EsSalud, desarrolló durante el año 2015 el aplicativo web centralizada SISCAP (Sistema de Información de Salud para Centros de Atención Primaria), bajo estándares internacionales, que permite contar con la historia clínica informatizada, receta médica electrónica, citas médicas, farmacia y laboratorio, que coadyuvan al proceso de atención asistencial. Así mismo, el SISCAP permite la integración con los sistemas administrativos como es el Sistema de Aseguramiento, Referencias y Contrarreferencias, Sistema de Gestión de Incapacidad, entre otros, los cuales garantizan la atención integral de los asegurados.

Por otro lado, la GCTIC realizó diversas actividades relacionados al despliegue del SISCAP, dirigido a 147 establecimientos de salud del primer nivel de atención (Posta médica y CAP I).

Es decir, a diciembre de 2016, 16 Redes Asistenciales tienen el SISCAP implementado en el 50% de sus establecimientos de salud del primer nivel de atención, lo cual representa el 55.17% de Redes Asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus establecimientos de salud del primer nivel de atención, cantidad que representa el 78.82% y evidencia el buen avance de cumplimiento de la meta programada.

Tabla N° 44: % de Redes Asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus establecimientos de salud

Detalle	A diciembre de 2016
% de Redes Asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus establecimientos de salud- Requerimiento por la meta	70%
N° de Redes asistenciales	29
N° de Redes Asistenciales que tienen el SISCAP implementado	16
% de Redes Asistenciales con el nuevo sistema de información implementado en el 50% de sus establecimientos de salud	55.17%
% de cumplimiento de la meta	78.82%

Fuente: Gerencia Central de Operaciones (GCOP)

Objetivo Específico 4.3. Establecer una Gestión de Recursos Humanos por competencias laborales, meritocracia y concursos públicos de cargos jefaturales.

1. **Indicador:** Porcentaje de personal incorporado a cargos jefaturales a través de concursos públicos en base a méritos y competencias.

Meta 1: 90% de cargos jefaturales seleccionados por concurso.

a) **Fórmula:**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cargos Jefaturales seleccionados por concurso}}{90\% \text{ de Cargos Jefaturales convocados por concurso}} \times 100$$

b) Nivel de cumplimiento:

La Gerencia Central de Gestión de las Personas informo que a diciembre de 2016 se tuvo el 56.61% de cargos jefaturales convocados a concurso (1293 cargos jefaturales asistenciales convocados durante el periodo 2012-2016, de los cuales 732 fueron cubiertos a diciembre de 2016), cantidad que representa el 62.90% con respecto a la meta, reflejando un regular avance de cumplimiento.

Cabe precisar que los cargos jefaturales fue dirigido para profesionales asistenciales (médicos, cirujanos dentistas, químicos farmacéuticos, y enfermería).

Por otro lado, la mencionada unidad orgánica informó que mediante Resolución N° 075-GCGP-ESSALUD-2016, de fecha 22 de enero de 2016, se modificó con eficacia anticipada al 1 de setiembre de 2015 el numeral 3 del "Manual de Perfiles Básicos del Grupo Ocupacional Ejecutivo", aprobado con Resolución N° 126-GG-ESSALUD-2013, correspondiente a la descripción de los perfiles del grupo ocupacional ejecutivo.

Tabla N° 45: % de cargos jefaturales seleccionados por concurso

Detalle	A diciembre de 2016
% de cargos jefaturales seleccionados por concurso - Requerimiento por la meta	90%
N° de cargos jefaturales asistenciales convocados durante el periodo 2012- 2016	1293
N° de cargos jefaturales seleccionados por concurso	732
% de cargos jefaturales seleccionados por concurso	56.61%
% de cumplimiento de la meta	62.90%

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP)

2. Indicador: Perfiles de Competencias Laborales para los Cargos.

Meta 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.

a) Fórmula:

$$\frac{\text{N° de Perfiles de Competencia Laboral para E, P, T y A aplicados en las SP}}{90\% \text{ de Perfiles de Competencia Laboral para E, P, T y A aprobados}} \times 100$$

Donde: E = Ejecutivos
P = Profesionales
T = Técnicos
A = Auxiliares
SP = Selección de personal

b) Nivel de cumplimiento:

La Gerencia Central de Gestión de las Personas mediante Carta N° 43-GCPD-ESSALUD-2017 informó que a diciembre de 2016 se tiene el 100% 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, en tal sentido se considera que la meta ha sido cumplida.

Asimismo, la GCGP informó que mediante Resolución N° 017-GG-ESSALUD-2016 se emitió la Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2016 "Norma para la formulación, aprobación y actualización del Manual de Perfil de Puestos en EsSalud", el cual contiene funciones, perfiles y competencias laborales correspondientes a los cargos ejecutivos, profesionales técnicos y auxiliares a nivel institucional (asistenciales y administrativos).

Tabla N° 46: % 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

Detalle	A diciembre de 2016
% 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 – Requerimiento por la meta	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	100%
% de cumplimiento de la meta	111.11%

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP)



G. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA ORGÁNICA Y EN EL REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

Durante el proceso de evaluación del PEI 2012–2016, se realizó diversos cambios en la estructura orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones. Las más representativas se detallan a continuación:

Tabla N° 47: Normas que Representaron Cambios en el ROF y la Estructura Orgánica de EsSalud, 2012–2016

Fecha	Norma	La Norma Resuelve:
01.02.2012	Resolución N° 120-PE-ESSALUD-2012	• Se transfiere el CAP III Yurimaguas de la Red Asistencial Tarapoto a la Red Asistencial Loreto.
23.03.2012	Resolución N° 321-PE-ESSALUD-2012	• Se eleva de categoría de Hospital II Ramón Castilla al Policlínico Ramón Castilla, perteneciente a la Red Asistencial Almenara.
30.03.2012	Resolución N° 341-PE-ESSALUD-2012	• Se crea la estructura orgánica de la Red Asistencial Rebagliati, Almenara, Sabogal, Arequipa, Lambayeque – Juan Aita Valle.
09.04.2012	Resolución N° 358-PE-ESSALUD-2012	• Se crea el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) como unidad funcional adscrita a la Oficina de Defensa Nacional.
25.05.2012	Resolución N° 463-PE-ESSALUD-2012	• Se crea el CAP II Huyro de la Red Asistencial Cusco.
28.05.2012	Resolución N° 464-PE-ESSALUD-2012	• Se crea el CAP I San Antonio del Estrecho perteneciente a la Red Asistencial Loreto.
08.06.2012	Resolución N° 493-PE-ESSALUD-2012	• Se transfiere el CAP III Alfredo Piazza Roberts de la Red Asistencial Almenara a la Red Asistencial Rebagliati.
31.07.2012	Resolución N° 625-PE-ESSALUD-2012	• Se crea la Agencia de Seguros Moyobamba de la Oficina de Aseguramiento Sucursal San Martín.
13.08.2012	Resolución N° 673-PE-ESSALUD-2012	• Se crea el CAP III Enrique Encinas Franco perteneciente a la Red Asistencial Juliaca.
17.10.2012	Resolución N° 817-PE-ESSALUD-2012	• Se deja sin efecto el cambio de denominación de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria por la de Dirección de Hospital Base de la Red Asistencial Lambayeque.
19.12.2012	Resolución N° 993-PE-ESSALUD-2012	• Se desactiva la Oficina General de Administración y su Oficina de Control Monitoreo y Supervisión. Las funciones que venía desempeñando la Oficina General de Administración, fueron encargadas a las Gerencias Centrales de Gestión de las Personas, de Finanzas y de Logística.
23.01.2013	Resolución N° 095-PE-ESSALUD-2013	• Se transfirió la Subgerencia de Pre inversión de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo a la Gerencia Central de Infraestructura.
20.02.2013	Resolución N° 215-PE-ESSALUD-2013	• Se transfiere el CAP III Alfredo Piazza Roberts de la Red Asistencial Rebagliati a la Red Asistencial Almenara.
21.03.2013	Resolución N° 331-PE-ESSALUD-2013	• Se conforma la Unidad Funcional "Unidad Central de Gestión de Oportunidad Quirúrgica" en la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
08.05.2013	Resolución N° 452-PE-ESSALUD-2013	• Se eleva de nivel de atención del Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren a Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de la Red Asistencial Sabogal.
29.05.2013	Resolución N° 512-PE-ESSALUD-2013	• Se transfiere los recursos presupuestales, recursos humanos, bienes y acervo documental de la Subgerencia de Programación de Recursos Humanos de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo a la Gerencia Central de Gestión de las Personas.
14.06.2013	Resolución N° 523-PE-ESSALUD-2013	• Se crea el CAP III Miraflores perteneciente a la Red Asistencial Arequipa.
19.06.2013	Resolución N° 546-PE-ESSALUD-2013	• Se crea el CAP III Jaén perteneciente a la Red Asistencial Lambayeque.
26.07.2013	Resolución N° 643-PE-ESSALUD-2013	• Se eleva a la categoría de CAP II Morococha a la Posta Médica Morococha de la Red Asistencial Junín.
23.08.2013	Resolución N° 737-PE-ESSALUD-2013	• Se aprueba el ROF de la Red Asistencial Huaraz, tipo C con Hospitales base II en el Hospital II Huaraz, la cual estará integrada por los Centros médicos Caraz, Carhuaz y Huari y las Postas Médicas Yungay y Piscobamba.
13.11.2013	Resolución N° 815-PE-ESSALUD-2013	• Se crea el CAP I Laraqueri de la Red Asistencial Puno.
21.11.2013	Resolución N° 827-PE-ESSALUD-2013	• Se modifica la denominación de las Oficinas de Atención al Asegurado de la Oficina Nacional de Atención al Asegurado de la Defensoría del Asegurado, por la de Oficinas de Defensoría del Asegurado de la Oficina Nacional de Atención al Asegurado de la Defensoría del Asegurado.
21.11.2013	Resolución N° 828-PE-ESSALUD-2013	• Aprueba la estructura orgánica y el ROF del INCOR.

Fecha	Norma	La Norma Resuelve:
14.01.2014	Resolución N° 038-PE-ESSALUD-2014	• Aprueba el reordenamiento de los cargos del Cuadro para Asignación de Personal del Seguro Social, aprobado por Resolución N° 547-PE-ESSALUD-2011, reordenado mediante Resoluciones de Presidencia Ejecutiva N° 388,669,687 Y 716-PE-ESSALUD-2012, con 43060 cargos.
17.03.2014	Resolución N° 306-GG-ESSALUD-2014	• Aprueba la creación de la ventanilla única de atención al usuario, asignándole la actividad de recepción en la Plataforma de Aseguramiento de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, de los expedientes generados en los procedimientos administrativos de prestaciones económicas, establecidos en el Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA de ESSALUD.
16.07.2014	Resolución N° 368-PE-ESSALUD-2014	• Se crea el Hospital Nacional de Trujillo de la Red Asistencial La Libertad. 6
21.07.2014	Resolución N° 372-PE-ESSALUD-2014	• Modifica el Artículo 39°, 42° y 43° del ROF de INCOR (Resolución N° 828-PE-ESSALUD-2013), sobre la Dirección de apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Servicio de ayuda al Diagnóstico y Tratamiento y el Servicio de Farmacia.
15.12.2014	Resolución N° 620-PE-ESSALUD-2014	• Cambia la denominación del Hospital Nacional de Trujillo, por Hospital de Alta Complejidad de La Libertad Virgen de la Puerta, perteneciente a la Red Asistencial La Libertad y se aprueba el ROF del precitado Hospital.
31.12.2014	Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014	• Aprueba la nueva estructura orgánica y el Reglamento de Organización del Seguro Social de Salud-EsSalud
23.02.2015	Resolución N° 152-PE-ESSALUD-2015	• Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETS).
20.03.2015	Resolución N° 222-PE-ESSALUD-2015	• Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud aprobado por Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014.
01.04.2015	Resolución N° 226-PE-ESSALUD-2015	• Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE).
09.04.2015	Resolución N° 249-PE-ESSALUD-2015	• Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Centro Nacional de Telemedicina (CENATE).
28.05.2015	Resolución N° 387-PE-ESSALUD-2015	• Aprueba el reordenamiento de los cargos del Cuadro para Asignación de Personal del Seguro Social de Salud.
09.06.2015	Resolución N° 417-PE-ESSALUD-2015	• Aprueba en vías de regulación a partir del 18 de junio de 2014, la creación de la Casa de los Talentos de EsSalud.
10.06.2015	Resolución N° 420-PE-ESSALUD-2015	• Desactiva en vías de regulación a partir del 01 de enero de 2015 el Policlínico Villa María perteneciente a la Red Asistencial Rebagliati.
10.06.2015	Resolución N° 421-PE-ESSALUD-2015	• Desactiva en vías de regulación a partir del 01 de julio de 2003 el Centro Médico Satipo perteneciente a la Red Asistencial Junín.
08.09.2015	Resolución N° 578-PE-ESSALUD-2015	• Crea el Centro de Producción de Radiofármacos de EsSalud, adscrito a la Red Asistencial Sabogal.
17.09.2015	Resolución N° 601-PE-ESSALUD-2015	• Modifica el artículo 193° del Reglamento de Organización y Funciones aprobado por Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014. Aprueba el modelo de organización de la Gerencia de Red Desconcentrada y los Reglamentos de Organización y funciones de las Gerencias de Red Desconcentradas de Lima y Callao. Modifica los Reglamentos de Organización y Funciones de las Redes asistenciales de Lima y Callao, entre otros.
29.10.2015	Resolución N° 659-PE-ESSALUD-2015	• Aprueba la nueva Estructura Orgánica y la actualización del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia de Procura y Trasplante.
31.12.2015	Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015	• Modifica el Organigrama Estructural y la Estructura de los Cargos Jefaturales de los Anexos A y B, respectivamente, del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – EsSalud, aprobado por Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 y modificaciones.
09.02.2016	Resolución N° 105-PE-ESSALUD-2016	• Aprueba el ROF del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, entre otros.
15.02.2016	Resolución N° 215-GG-ESSALUD-2016	• Conformar la Comisión de Transferencia encargada de evaluar el estado situacional de los procesos de contratación de equipamiento médico ligado a proyectos de inversión que serán transferidos de la Gerencia Central de Logística a CEABE, entre otros.
03.03.2016	Resolución N° 142-PE-ESSALUD-2016	• Modifica los numerales 1 y 2 de la parte resolutive de la Resolución N° 476-PE-ESSALUD-2014, modificada mediante Resolución N° 177 y 479-PE-ESSALUD-2015, relacionado a los Gerentes de Directores de Redes Asistenciales, Gerencia de Red Desconcentradas y Órganos Prestadores Nacionales.
07.03.2016	Resolución N° 280-GG-ESSALUD-2016	Transferir las plazas y cargos de nivel ejecutivo, entre otros.
30.06.2016	Resolución N° 328-PE-ESSALUD-2016	• Modifica el numeral 7 de la Resolución N° 310-PE-ESSALUD-2016, relacionado a las plazas de cargos ejecutivos de las ex Oficinas de Aseguramiento, ex Agencias de Seguros y ex Unidades de Prestaciones Económicas. También modifica el anexo de la mencionada resolución.



Fecha	Norma	La Norma Resuelve:
08.07.2016	Resolución N° 331-PE-ESSALUD-2016	<ul style="list-style-type: none"> Eleva el nivel al Policlínico Sicuani integrante de la Red Asistencial Cusco, al 2do. nivel de atención, conforme a la categorización efectuada por la Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional Cusco según Resolución Directoral N° 448-2013-DRSC/DGDPH. Modifica la denominación de Policlínico Sicuani integrante de la Red Asistencial Cusco, como Hospital General de Sicuani.
27.07.2016	Resolución N° 346-PE-ESSALUD-2016	<ul style="list-style-type: none"> Modifica el numeral 3.6 de la Resolución N° 105-PE-ESSALUD-2016, que aprobó el ROF del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.
03.08.2016	Resolución N° 358-PE-ESSALUD-2016	<ul style="list-style-type: none"> Aprueba el proyecto del Cuadro de asignación de Personal (CAP) que contiene 46 216 cargos. Encarga a la Gerencia General en coordinación con la Gerencia Central de Gestión de las Personas realizar las acciones necesarias para la elevación del expediente para la aprobación ante FONAFE.
19.08.2016	Resolución N° 394-PE-ESSALUD-2016	<ul style="list-style-type: none"> Modifica la estructura orgánica y el texto actualizado y concordado del ROF de EsSalud, aprobado por Resolución N° 767-PE-ESSALUD-2015. Modifica la estructura orgánica y el ROF de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos. Suprime del ROF de la Red Asistencial Huaraz toda mención relacionada con la gestión de las prestaciones económicas. Modifica el numeral 4 de la Resolución N° 310-PE-ESSALUD-2016, relacionado a las Oficinas de Aseguramiento, Agencias de Seguros y las Unidades de Prestaciones Económicas de Lima y Callao... Modifica la denominación de las Oficinas de Defensoría del Asegurado, consignada en la Resolución N° 827-PE-ESSALUD-2013, por Oficina de Atención al Asegurado.

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto



Sobre las metas cumplidas se precisa lo siguiente:

1. Al evaluar el indicador de cobertura de aseguramiento, se identificó que al ser la población asegurada una variable relacionada al aumento de la formalización laboral, en la que EsSalud tiene una participación indirecta fomentando la cultura de Seguridad Social como derecho laboral. Por otro lado, se vienen evaluando estrategias para extender la actual cobertura de aseguramiento en base a la realización previa de estudios actuariales en el marco del Decreto Legislativo N° 1171.
2. Se suscribieron 28 convenios tripartitos de intercambio prestacional (Gobierno Regional, SIS y EsSalud) de renovación automática, permitiendo incrementar la oferta de servicios con el fin de brindar una atención integral de salud a los asegurados, sin embargo, en el precitado proceso se han presentado problemas operativos como:
 - a) Dificultad de consensuar con el SIS sobre la estructura de costos ya que no existen guías y protocolos que permitan determinar el proceso de atención y la cantidad de recursos necesarios para cada prestación.
 - b) Dificultad en la realización del control y auditoría de las prestaciones brindadas por que no existe una codificación estándar de procedimientos y homologación de los códigos de medicamentos, entre otros.
3. Se hizo uso de la metodología de AVISA desde el 2010, lo cual permitió identificar la Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud, tal es así que, al comparar los 2 últimos estudios, se ha logrado disminuir el 16% de carga de enfermedad y de esta manera se ha identificado las 5 principales enfermedades al 2014, que han permitido efectuar anualmente una evaluación sobre la carga de enfermedad de estas prioridades.
4. A raíz de haber elaborado el marco normativo para el registro de eventos adversos y la implementación del "Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento, Análisis de Incidentes y Eventos Adversos", en el año 2014, por primera vez se realizó el registro en línea de dichos eventos en 3 Redes Asistenciales, logrando de esa manera a diciembre de 2016 que 66 establecimientos de salud con servicio de hospitalización registren notificaciones de eventos adversos en el mencionado sistema.
5. La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, durante el proceso de vigencia del PEI 2012-2016, formuló un marco normativo que le permitió el oportuno y adecuado cumplimiento de las 3 metas a su cargo (2 de ellas cumplidas desde el año 2012 y 1 desde el año 2014). Acciones que permitieron ampliar la cobertura de atención a la población adulta mayor y población con discapacidad.
6. La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, a través del procedimiento de verificación, a diciembre de 2016 obtuvo una tasa de vulneración de 26.33 por 10 mil asegurados atendidos, es decir se lograron identificar asegurados que no cumplen con la relación de aseguramiento con la entidad empleadora que lo declara, por lo cual se emitieron bajas de oficio que tienen la calidad de "consentidos", puesto que los administrados al no haber presentado ningún tipo de recurso impugnatorio, aceptaron la baja de oficio.
También se logro verificar y validar el 100% de los expedientes de prestaciones económicas, incrementando las medidas de control para evitar que personas inescrupulosas accedan a los subsidios sin tener el derecho al mismo.
7. La Gerencia Central de Gestión Financiera, logró recuperar el 100% de la deuda no contributiva y de terceros registrada al año 2011 que ascendió a S/.



222.45 MM, asimismo, logró recuperar el 40.39% de la deuda contributiva pública y privada del año 2011, que fue S/. 1.53 MM, lo cual contribuye con la generación de ingresos, a este logro se suma los nuevos lineamientos institucionales implementados al cobro diferenciado de primas por grupos de edad para el seguro "+Salud Seguro Potestativo".

Por otro lado, la rentabilidad nominal expresada en moneda nacional del Fondo Salud Ley N° 26790 acumulada durante los últimos 12 meses fue de 9.89%, superior a la tasa de inflación anual durante el mencionado periodo, logrando obtener una tasa de retorno que preserve el valor de los recursos invertidos.

8. La Gerencia Central de Gestión de las Personas informó haber obtenido el 100% en la meta programada, toda vez que los perfiles de competencias laborales para los cargos de ejecutivos, profesionales, técnicos y auxiliares se aprobarán en aplicación de la Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2016 "Norma para la formulación, aprobación y actualización del Manual de Perfil de Puestos en EsSalud", el cual contiene funciones, perfiles y competencias laborales correspondientes a los cargos ejecutivos, profesionales técnicos y auxiliares a nivel institucional (asistenciales y administrativos), es decir cada cargo institucional y grupo ocupacional de perfiles serán determinados a través del Manual de Perfiles de Puestos, documento que a la fecha está en desarrollo.



I. RECOMENDACIONES

Como resultado de la presente evaluación, a continuación, se detallan algunas recomendaciones con la finalidad que las diversas unidades orgánicas las tomen en consideración de acuerdo a sus funciones, y también sirva como insumo para elaborar el Plan Estratégico Institucional 2017 – 2021:

1. Como parte de la propuesta de valor de un nuevo EsSalud, se recomienda fortalecer el otorgamiento de las prestaciones preventivo – promocionales, priorizando el uso eficiente de los recursos institucionales, implementando lineamientos estratégicos, con el objetivo de mejorar el nivel de satisfacción de los asegurados.
2. En el marco de la reforma de salud y aseguramiento universal, se recomienda continuar realizando de manera bianual los estudios actuariales con la finalidad de garantizar la sostenibilidad financiera del fondo de la seguridad social en salud, así como evaluar la factibilidad de extender la cobertura del seguro social de salud a otros sectores de la población que no cuentan con el seguro social de salud, previo a la realización de estudios actuariales específicos.
3. Continuar con las reuniones de trabajo con el SIS y los Gobiernos Regionales de tal forma lograr consensos, los intercambios prestacional se ejecute de manera más efectiva y cumplir el objetivo de ampliar el acceso a la atención de salud de los asegurados a nivel nacional.
4. Con el objetivo de dinamizar el proceso de asignación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto institucional, se recomienda fortalecer procesos e implementar estrategias de gestión que permita vincular la asignación de recursos a logro de los objetivos institucionales orientado a resultados.
5. Con la finalidad de contar con un valor óptimo de siniestralidad financiera dentro de los estándares establecidos, se recomienda implementar acciones que permitan optimizar los recursos del Seguro Regular, siendo eficientes en el gasto y generando más ingresos para el financiamiento de las prestaciones que se le brinda a los asegurados.
6. Con el objetivo de reducir el riesgo de vulneración de los sistemas de afiliación y acreditación para obtener derecho a las prestaciones del Seguro Social de Salud, se recomienda fortalecer el proceso de auditoría de seguros, así como las herramientas para garantizar la seguridad informática en coordinación con la GCTIC.
7. Con el fin de mejorar la recaudación se recomienda realizar las coordinaciones necesarias con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), SUNAFIL y SUNAT, de tal manera que en el marco de las competencias y funciones de cada una de las precitadas instituciones se realicen programas y/o actividades de control combinada y conjunta en las acciones de fiscalización, control, inspección laboral, cruce de base de datos.
8. Con el fin de implementar intervenciones costo efectivas se recomienda priorizar el presupuesto alineado a la programación de actividades asistenciales, tomando en cuenta los resultados del estudio de carga de enfermedad y lesiones para atender las prioridades sanitarias.



9. La programación de necesidades de inversiones con un enfoque multianual debería ser dirigida a priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención
10. Con el objetivo de contribuir a la mejora de la seguridad del paciente se debe continuar fortaleciendo la cultura de notificación, registro y análisis de los incidentes y eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, que permita a los profesionales, aprender de las experiencias para prevenir la aparición de los mismos, reducir y mitigar sus efectos e implementar procesos de mejora.
11. Con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad de los hospitales, mitigar los riesgos frente a desastres, logrando también un manejo más eficiente de los recursos y un ahorro en el gasto de EsSalud, se recomienda incorporar criterios de ecoeficiencia hospitalaria en todos los proyectos de inversión.
12. Bajo la premisa de garantizar mayor eficiencia del gasto y mejores resultados en la salud de los asegurados, se recomienda continuar con la formulación de las Guías de Práctica Clínica y la implementación de las ya existentes. Así mismo, se debe continuar con las evaluaciones económicas de tecnologías en salud, que permita seleccionar las alternativas más costo efectivas.
13. Con el objetivo de contribuir en mejorar la calidad de vida de la persona adulta mayor, procurando el mayor tiempo posible preservar su autonomía e independencia física, se recomienda seguir implementando la Cartera de Servicios Gerontológicos Sociales, en el marco del modelo Socio Sanitario Integral; asimismo, ampliar la cobertura en rehabilitación profesional dirigido a personas con discapacidad.
14. Para continuar con las medidas orientadas a luchar contra la corrupción a nivel institucional, se recomienda fortalecer los mecanismos de transparencia, vigilancia ciudadana, rendición de cuentas y recepción de denuncias.
15. Considerando que los sistemas administrativos y asistenciales se encuentran dispersos, y algunos generan sobre costo, por el mayor esfuerzo en los mantenimientos, limitan la toma de decisiones oportuna, contribuyen a la baja calidad de atención a los asegurados, se recomienda, revisar, adecuar e integrar los sistemas con el fin de implementar soluciones integradas que genere valor para el asegurado.
16. Considerando que la gestión de las personas es un aspecto crítico del éxito de la institución, se debe establecer estrategias que nos permitan contar con colaboradores comprometidos con mejorar la calidad de la atención de los asegurados.
17. De las lecciones aprendidas del PEI 2012–2016, y con la finalidad de mejorar los servicios en bien del asegurado, se recomienda para el próximo PEI, los siguientes lineamientos institucionales:
 - a. Implementar una gestión con excelencia operativa.
 - b. Mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente.
 - c. Implementar acciones que conlleve a modernizar el sistema de información a nivel institucional.
 - d. Brindar un adecuado contexto a los colaboradores reconociendo su participación en la mejora continua de la institución.
 - e. Fomentar una gestión transparente con ética en el trabajo.
 - f. Realizar acciones para la sostenibilidad financiera de la institución.

