

PLAN
ESTRATÉGICO
INSTITUCIONAL

2017-2021



**PLAN
ESTRATÉGICO
INSTITUCIONAL** | 2017-2021



Ing. Gabriel Del Castillo Mory
Presidente Ejecutivo

Ing. María del Carmen Valverde Yábar
Gerente General

Econ. Janes Edgardo Rodríguez López
Jefe del Órgano de Control Institucional

Abog. Samuel Francisco Luis Torres Benavides
Secretario General

Comisión de Planeamiento Estratégico

Resolución de Gerencia General N° 696-GG-ESSALUD-2017

Ing. Gianmarco Mello Loayza

Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto

Dra. Lucy Nancy Olivares Marcos

Gerente Central de Prestaciones de Salud

Dr. Jorge Santiago Serida Morisaki

Gerente Central de Operaciones

Dr. Luis Napoleón Quiroz Avilés

Gerente Central de la Persona Adulta Mayor y
Persona con Discapacidad

Dr. Jaime Rafael Díaz Guerra

Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Ing. María del Carmen Valverde Yabar

Gerente Central de Atención al Asegurado

Econ. María Santosa Maraví Ticse

Gerente Central de Gestión Financiera

Ing. Betsabe Lucía Tapia Saavedra

Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y
Humanización

Abog. Lucy Milagros Huaitalla Mauricio

Gerente Central de Gestión de las Personas

Abog. Oscar David González Bernuy

Gerente Central de Logística

Ing. Juan Manuel García Guevara

Gerente de la Central de Abastecimiento de Bienes
Estratégicos

Arq. Ana Mercedes Elena Cruzado Razuri

Gerente Central de Proyectos de Inversión

Ing. Ángel Gabriel Lena Valega

Gerente Central de Tecnologías de Información y
Comunicaciones

Equipo de Formulación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021

(Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – GCPP)

Ing. Gianmarco Mello Loayza

Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto

Dr. Walter Efraín Borja Rojas

Gerente de Planeamiento Corporativo

CPC. Leonor Brígida Chumbiriza Tapia

Sub Gerente de Planeamiento

Ing. Aymee Isabel Fernández López

Sub Gerente de Control y Evaluación de la Gestión

Lic. María Elsa Bustamante Soto

Directora

Eco. Rocio Zevallos Matos

Jefe de División

Ing. Martín Gastón Iturriaga Delgado

Profesional

Ing. Rafael Cochachín Junes

Profesional

Lic. Tomás Bellido Cansaya

Profesional

Consejo Directivo

REPRESENTANTES DEL ESTADO

Ing. Gabriel Del Castillo Mory
Presidente Ejecutivo

Sr. Raúl Emilio del Solar Portal
Representante del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Sra. Silvia Ester Pessah Eljay
Representante del Ministerio de Salud

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES

Sr. César Alberto Peñaranda Castañeda
Representante de la Gran Empresa

Sr. Rafael Guillermo Ferreyros Cannock
Representante de la Mediana Empresa

Sr. Mario Eduardo Amorrortu Velayos
Representante de la Pequeña y Micro Empresa

REPRESENTANTES DE LOS ASEGURADOS

Sr. Mauro Chipana Huayhuas
Representante de los Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad Pública

Sr. Víctor David Irala del Castillo
Representante de los Pensionistas

Sr. Elías Grijalva Alvarado
Representante de los Trabajadores del Régimen Laboral de la Actividad Privada

REVISIÓN DE EDICIÓN

Oficina de Relaciones Institucionales - ORI.

Índice general

PRESENTACIÓN	10
1. MARCO NORMATIVO DEL PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO DE ESSALUD	13
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	17
2.1 Información prospectiva.	17
2.1.1 <i>Escenario Internacional de globalización conflictiva y nuevos actores emergentes.</i>	18
2.1.2 <i>Crisis global de financiamiento en salud y los elevados costos de las tecnologías sanitarias.</i>	20
2.1.3 <i>Envejecimiento poblacional y transición epidemiológica</i>	23
2.1.4 <i>Consolidación de una economía peruana integrada al mundo global. Hoja de ruta de integración del Perú a la OCDE, participación del Perú en APEC.</i>	27
2.2 El punto de partida para el cambio	28
2.2.1 <i>El envejecimiento poblacional: Un desafío a enfrentar...</i>	31
2.2.2 <i>Alta demanda por enfermedades crónicas transmisibles asociadas a intervenciones de alto costo.</i>	34
2.2.3 <i>Ausencia de una gestión efectiva de la demanda de atención</i>	38
2.2.4 <i>Necesidades de inversión</i>	40
2.2.5 <i>Riesgos en la sostenibilidad financiera</i>	41
3. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	46
3.1 Proceso de modernización del Estado. Un estado al servicio de los ciudadanos	46
3.2 Políticas de Estado relacionadas a la seguridad social	47
3.2.1 <i>Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud: Separación de funciones de financiamiento y de prestación de servicios</i>	47

3.3	Políticas de implementación transversal	51
3.4	Lineamientos de política institucional	54
3.5	Las recomendaciones de la Comisión Reorganizadora de EsSalud	57
3.6	La separación de funciones	58
3.7	EsSalud en camino a ser una organización de Seguridad Social de Salud de alto desempeño.. ..	60
3.8	Cadena de valor de la función de protección social en salud ...	61
3.9	Visión y Misión institucional	64
3.10	Objetivos estratégicos institucionales... ..	64
4.	ANEXOS	73
	ANEXO 1: Priorización de proyectos de inversión	74
	ANEXO 2: Articulación de metas e indicadores	83
	ANEXO 3: Ficha técnica de indicador de los objetivos estratégicos institucionales... ..	84
	ANEXO 4: Ficha técnica de indicador de acciones estratégicas Institucionales... ..	91
	ANEXO 5: Matriz resumen de objetivos estratégicos institucionales	110
	ANEXO 6: Matriz resumen de acciones estratégicas institucionales	111

Índice de Gráficos y Tablas

GRÁFICOS

Gráfico N° 1.	Proyecciones poblacionales (en millones de habitantes) y tasas de crecimiento de la población peruana 1950 – 2050 ...	23
Gráfico N° 2.	Proyecciones de las tasas de dependencia económica (total, juvenil y de adultos mayores) y del bono demográfico en el Perú (1950-2050)	24
Gráfico N° 3.	Pirámide poblacional de EsSalud, 2016 (en miles)	31
Gráfico N° 4.	Porcentaje de población adulta mayor asegurada 2015 respecto a la población total..	32
Gráfico N° 5.	Carga de enfermedad según edad. EsSalud 2014	33
Gráfico N°6.	Escenario de cambios de perfil de carga de enfermedad. EsSalud 2014... ..	34
Gráfico N° 7.	Evolución del gasto en tratamientos de alto costo (en soles). EsSalud 2010 – 2016... ..	35
Gráfico N° 8.	Evolución de la producción de consultas externas promedio médico-año. EsSalud 2011 – 2016.	36
Gráfico N° 9.	Asignación de presupuesto, recurso humano y población según niveles de complejidad.... ..	38
Gráfico N° 10.	Titulares con aportes sobre remuneración mínima vital o menos	42
Gráfico N° 11.	Evolución de afiliados a seguros de salud en el marco AUS..	48
Gráfico N° 12.	Modelo de gestión por resultados de EsSalud	62
Gráfico N° 13.	Estrategias institucionales para el logro de la propuesta de valor	63

TABLAS

Tabla N° 1.	Problemas de gestión institucional identificados. EsSalud 2005-2016... ..	30
Tabla N° 2.	Composición de la deuda tributaria clasificada por tramas	43
Tabla N° 3.	Clasificación de la deuda según etapa al 31 de diciembre de 2016 expresado en unidades de soles).. ..	44
Tabla N° 4.	Población asegurada en EsSalud período 2012-2016	49

PRESENTACIÓN

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

EsSalud tiene como principal objetivo brindar atención integral a las necesidades de la población asegurada con equidad, solidaridad, eficiencia y oportunidad en concordancia con la Ley de Aseguramiento Universal en Salud y la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

Por otro lado, la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública tiene como visión un Estado moderno al servicio de las personas, concibiendo sus servicios o intervenciones como expresiones de derechos de los ciudadanos. En razón a ello, EsSalud se orientará a una gestión por procesos, modernizando sus tecnologías y sistemas de información, con un planeamiento orientado a resultados que impacten positivamente en el bienestar de la población asegurada contribuyendo al crecimiento económico y desarrollo del país.

Asimismo, teniendo en cuenta la responsabilidad que tiene EsSalud en la protección social del país y considerando las tendencias que vienen marcando estos últimos años a la institución, se hace necesario contar con un marco orientador, donde se aúnen esfuerzos para brindar servicios integrales de salud con calidad, seguridad y sostenibilidad financiera, a través de un Seguro Social de Salud moderno, contando con el apoyo de colaboradores reconocidos y comprometidos en el marco de la ética y transparencia en la gestión.

En este contexto, se ha desarrollado el presente **Plan Estratégico Institucional 2017-2021** de EsSalud, orientado a optimizar los recursos a través de su adecuada asignación para responder a las necesidades de la población asegurada de manera oportuna y eficiente, en el marco de un modelo de cuidado integral de la salud.

De esta manera, el presente documento constituye el marco orientador de la gestión institucional para el período 2017-2021, el cual permitirá formular las

actividades de los planes operativos y de inversiones anuales articulándose de esta manera con el presupuesto institucional.

El presente plan estratégico se inicia con la descripción del marco normativo en el que se inscribe el rol y funciones de EsSalud. Seguidamente, presenta el diagnóstico situacional iniciando con un panorama prospectivo respecto al escenario internacional que marcará las tendencias en términos de desarrollo económico, financiero y poblacional, así como la ruta que sigue el Perú en su proceso de integración a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico - OCDE. Asimismo, se describe la situación que enfrenta EsSalud en relación a las características de la población asegurada (demanda): la tendencia creciente de población adulta mayor, el incremento de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, el incremento de intervenciones de alto costo y la necesidad de desarrollar una gestión efectiva de la demanda de atención, cuya mayor expresión de disconformidad se da en el diferimiento de citas de consulta externa, la lista de espera quirúrgica y la demora en la atención de emergencias. Finalmente, se desarrolla el marco estratégico institucional, alineado al proceso de modernización del Estado, el incremento de la formalización laboral, la política de aseguramiento universal en salud, las principales recomendaciones dadas por la Comisión Reorganizadora y la perspectiva de fortalecer a EsSalud como una organización de Seguridad Social de Salud de Alto Desempeño.

El Plan Estratégico Institucional 2017-2021 plantea una propuesta de valor que identifica claramente las estrategias o pilares, así como los objetivos estratégicos que se orientan a alcanzar altos niveles de satisfacción de los asegurados brindando servicios de prevención y alivio frente a los riesgos de salud, maximizando la calidad de dichos servicios y la eficiencia en el uso de los recursos aportados, reconociendo en sus colaboradores al equipo que hace posible este cometido en cumplimiento de su función de protección social y dentro del marco legal de la rectoría en salud establecida por el estado peruano.

Para la elaboración del diagnóstico se tomó información de los siguientes documentos: (i) Diagnóstico de la Comisión Reorganizadora de EsSalud, (ii) Plan Maestro al 2021, (iii) Estudio Actuarial del Seguro Regular 2005 y 2012, (iv) Estudio Financiero Actuarial del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo 2014, (v) Estudio Financiero Actuarial 2015 (vi) Estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud 2014, (vii) Modelo de Separación de Funciones, (viii) Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud. (ix) Modelo de Sostenibilidad Financiera, entre los más relevantes.



Marco Normativo del Planeamiento Estratégico

1. MARCO NORMATIVO DEL PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO DE ESSALUD

Con el fin de contar con los elementos necesarios para desarrollar un adecuado proceso de planeamiento estratégico, es preciso partir de un diagnóstico y análisis de los aspectos normativos que establecen los parámetros en los que EsSalud cumple su rol y funciones como Entidad de Seguridad Social de Salud en el Perú y sobre los cuales se precisarán los objetivos y acciones de mediano plazo que permitirán a EsSalud cumplir eficientemente con su misión institucional.

EsSalud se crea mediante Ley N° 27056 como un Organismo Público Descentralizado, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, otorgando cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales las cuales corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud.

Es necesario considerar que EsSalud se constituye en una entidad administradora de fondos intangibles en salud y por lo tanto asume la función de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, (IAFAS) definida en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud; pero a la vez desarrolla la función de provisión de servicios de salud a nivel nacional en un rol de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS). En ese sentido, el proceso de planeamiento estratégico debe considerar ambos aspectos relacionados a los distintos roles que desarrolla.

De igual manera, en mérito a sus competencias, los fondos que administra no sólo están orientados a las prestaciones de salud, debiendo brindar prestaciones económicas y sociales. Adicionalmente, la Ley de creación del Seguro Social de Salud, también establece la posibilidad de realizar programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos, así como otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca EsSalud dentro del régimen de libre contratación.

Con relación al componente IAFAS de la Institución, un primer elemento a considerar es el relacionado al contexto normativo vigente. La promulgación de un conjunto de leyes, principalmente la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE)⁽¹⁾,

⁽¹⁾ Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.

la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud⁽²⁾ y un paquete de Decretos Legislativos orientados a fortalecer la reforma de salud -promulgados por el Ministerio de Salud - MINSA en diciembre del 2013- establecen el marco normativo para la separación de roles y funciones entre la regulación, el financiamiento, la operación y la supervisión de la prestación de servicios de salud de los diferentes actores a nivel nacional. Es importante señalar que la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, que constituyen el marco normativo vigente para la protección financiera de la salud, son posteriores a la fecha de creación de EsSalud y constituyen un aspecto de máxima relevancia para definir sus ajustes organizacionales y operacionales.

De igual manera, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), se constituye en un actor importante considerando que ha promulgado un marco regulatorio que establece la separación de funciones entre IAFAS e IPRESS y que adicionalmente, en el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, establece las disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas⁽³⁾, generando en EsSalud la necesidad institucional de realizar los arreglos organizacionales correspondientes, a fin de adecuarse al marco normativo vigente.

A manera de referencia se mencionan los Decretos Legislativos promulgados por el MINSA en el marco de la Reforma del Sector Salud y que involucran a EsSalud:

- El Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- El Decreto Legislativo N° 1157, que aprueba la modernización de la inversión pública en salud.
- El Decreto Legislativo N° 1169, que establece la implementación del sistema de comunicación por vía electrónica para que EsSalud notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del sistema financiero.
- El Decreto Legislativo N° 1170, que establece la prelación del pago de las deudas a la Seguridad Social en Salud.

⁽²⁾ Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (2009) y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA.

⁽³⁾ Decreto Supremo N° 010-2016-SA, se aprueba las Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas - IAFAS

- El Decreto Legislativo N° 1172, que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la Seguridad Social en Salud y la obligación de informar del trabajador.
- El Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.

Por otro lado, EsSalud brinda prestaciones económicas, las cuales están reguladas en el artículo 14° del Reglamento de la Ley N° 26790⁽⁴⁾, que señala que las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio. Así mismo, EsSalud regula el otorgamiento de las prestaciones económicas⁽⁵⁾, a través del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)⁽⁶⁾ de EsSalud, en sus Procedimientos N° 16 al 22, donde se establecen los requisitos para el trámite y posterior pago. Respecto a las prestaciones sociales, EsSalud brinda rehabilitación profesional para los asegurados con discapacidad y servicio gerontológico social a los adultos mayores.

Para el proceso de planeamiento estratégico, EsSalud considera los pilares y ejes de la política de modernización de la gestión pública para el Estado Peruano promulgados en la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado⁽⁷⁾ y en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública⁽⁸⁾, los cuales constituyen elementos que orientarán la gestión institucional.

⁽⁴⁾ Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-SA.

⁽⁵⁾ Aprobado mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 publicado el 28 de julio de 2011 y sus modificatorias.

⁽⁶⁾ Texto Único de Procedimientos Administrativos del seguro Social de Salud- EsSalud, aprobado con Decreto Supremo N° 014-2016-TR (04/12/2016).

⁽⁷⁾ Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.

⁽⁸⁾ Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.



2

Diagnóstico
Situacional

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

2.1 Información prospectiva.

Los sistemas de seguridad social, son instrumentos fundamentales para avanzar hacia la justicia social en un mundo globalizado. Constituyen un mecanismo eficaz para reducir la pobreza, limitar la desigualdad, promover la igualdad y sustentar un crecimiento económico equitativo⁽¹⁾. Sin embargo, para entender el escenario desde donde planificar y desarrollar una política de seguridad social para un país como el Perú, que aspira a integrarse plenamente a la globalización, se requiere entender la complejidad de este proceso, donde existen numerosas áreas de definición y escenarios de conflicto, donde predomina la incertidumbre y el cambio permanente, en lo que se ha denominado sociedad del riesgo global⁽²⁾.

Un elemento a considerar está vinculado al impacto de las macro tendencias económicas a nivel mundial y nacional. Por un lado, en un escenario optimista, la generación de empleo formal y la incorporación de nuevos afiliados al sistema, significa la captación de más ingresos por aportaciones, pero significa también que se debe tener una adecuada respuesta Institucional para garantizar la cobertura de servicios de salud a nivel nacional con oportunidad, eficiencia y calidad. Por otro lado, un escenario negativo podría suponer la disminución de empleo formal y por lo tanto la disminución de los ingresos con los que actualmente EsSalud mantiene y opera su red de servicios.

Otros aspectos a considerar lo constituyen por una parte el aspecto demográfico, cuya tendencia es la de aumento de la esperanza de vida en la población y que tiene como impacto directo el incremento de la cantidad de personas con enfermedades crónico degenerativas o de alto costo y por otra parte, el tránsito epidemiológico de la población que señala la predominancia de los daños que afectan a los grupos específicos de la población asegurada tal como se observa en el estudio “Estimación de carga de enfermedad y lesiones en la población asegurada 2014”⁽³⁾ publicado el 2015.

⁽¹⁾ Informe IV. Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa. Discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra 2011.

⁽²⁾ Beck U. La Sociedad del Riesgo Global. Siglo XXI Editores, Madrid, 2002.

⁽³⁾ Seguro Social de Salud, EsSalud. (noviembre, 2015). Carga de Enfermedad y lesiones en EsSalud, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014.

2.1.1 Escenario internacional de globalización conflictiva y nuevos actores emergentes.

La economía es un campo importante que impacta en el diseño de las políticas de seguridad social y en ese sentido, el escenario económico global muestra un nuevo alineamiento de actores a partir de la consolidación de China como una economía de alcance global. Sin embargo, lo que se observa como tendencia es una multipolaridad económica, en la cual el centro de gravedad estará en Asia, que hacia el año 2030, superará a Estados Unidos y Europa en aspectos del poder global, como tamaño del PBI, cantidad de población, gasto militar e inversión tecnológica⁽⁴⁾.

Sin embargo, este proceso será acompañado por una gran inestabilidad, volatilidad financiera, crisis cíclicas, déficits presupuestales y acumulación de deuda pública, lo cual pondrá en una seria tensión a los sistemas de seguridad social de muchas economías⁽⁵⁾. Los problemas derivados de un escenario de elevada incertidumbre y tensiones asociadas al establecimiento de nuevas esferas de influencia geopolítica y migraciones masivas debido a guerras de baja intensidad, colapso de estados fallidos, sequías y hambrunas que son producto del cambio climático, van a generar un ambiente político de elevada conflictividad política y social, en un grupo importante de países desarrollados y de ingresos medios⁽⁶⁾.

Frente a este escenario, los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), plantean políticas que pongan en valor las capacidades de gobierno, mediante un marco regulatorio y de gobernanza sólida, que pueda alinear incentivos, mientras que a su vez mantiene un sano equilibrio entre los mercados y las intervenciones de política⁽⁷⁾.

Ello implica el desarrollo de capacidades para sistemas de salud resilientes a las crisis, que tengan capacidad de innovación y adaptación a los escenarios cambiantes y que generen, mediante un buen gobierno corporativo, eficiencia y articulación con los actores sociales, lograr superar los escenarios contracíclicos, sin perder la equidad y manteniendo los niveles de protección social.

⁽⁴⁾ National Intelligence Council. Global Trends 2030: Alternative Worlds. Disponible en: <https://global-trends2030.files.wordpress.com/2012/11/global-trends-2030-november2012.pdf>

⁽⁵⁾ Stiglitz J. Crisis Mundial, protección social y empleo. Revista Internacional del Trabajo, 2009, (1-2):1-16.

⁽⁶⁾ Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Megatendencias, un análisis del Estado Global. CE-PLAN, Lima, 1ra Edición, 2014.

⁽⁷⁾ Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. Respuesta estratégica de la OCDE a la crisis económica y financiera. Contribuciones al esfuerzo global. OCDE, 2009.

La Organización Panamericana de la Salud define para las Américas las siguientes características para los Sistemas de Salud resilientes⁽⁸⁾:

- Estar fundamentados en la información y evidencia, con capacidad de recopilar y asimilar [...] información y [...] datos, incluidos los procedentes de la red de vigilancia de la salud, para conformar la planificación estratégica, la preparación, la toma de decisiones y la respuesta.
- Ser receptivos, con capacidad para ampliar rápidamente los servicios de salud individuales y de poblaciones.
- Ser previsibles, dado que responden como se previó y anticipó en los procesos de planificación estratégica y reducción de riesgos.
- Ser adaptativos, con capacidad para reorganizarse rápidamente, transformar sus funciones y operaciones en situaciones de crisis para abordar riesgos o situaciones concretas y recuperarse en un período corto.
- Ser sólidos, con capacidad para mantener las medidas por un período prolongado tras una perturbación o riesgo determinado, incluso mediante la movilización de la capacidad de reserva (técnica, financiera, tecnológica y de recursos humanos).
- Estar integrados, lo que significa que garantizan el acceso universal a servicios amplios de salud, con un primer nivel de atención plenamente articulado dentro de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).
- Estar centrados en las personas y las comunidades, con capacidad de llegar a toda la población y de responder en comunidades o poblaciones específicas.
- Ser participativos y contar con la participación activa de la población en la gobernanza, la formulación de políticas, la comunicación de riesgos y los procesos de toma de decisiones, lo que genera capital social y confianza en el sistema.
- Estar integrados en los niveles local y nacional, e interconectados con los sistemas de salud a escala regional y mundial.

⁽⁸⁾ Organización Panamericana de la Salud - 55ª Sesión del Consejo Directivo. Los Sistemas de Salud Resilientes. OPS Washington 21 de Julio del 2016.

2.1.2 Crisis global de financiamiento en salud y los elevados costos de las tecnologías sanitarias

La crisis del financiamiento de los sistemas de salud, es uno de los elementos que ha caracterizado el debate sanitario de los últimos años. La Organización Mundial de la Salud, en un informe sobre la salud mundial, puso en el tapete la centralidad del financiamiento, como elemento esencial en la operación y sostenibilidad de los sistemas de salud⁽⁹⁾.

La crisis global de financiamiento en salud se ha ido desplegando, afectando incluso a países con procesos consolidados de cobertura universal, donde se observan severos impactos e incluso francos retrocesos en sus sistemas de salud. Sin embargo, el contexto de severas crisis económicas o institucionales en algunos países, ha hecho perder de vista la complejidad de aristas de la problemática de financiamiento⁽¹⁰⁾, que es la suma de varias disfuncionalidades de los sistemas de salud -algunas de carácter global- que impactan negativamente en los procesos de protección social en salud.

Modelo Recuperativo en Salud

En los países del hemisferio norte, se ha consolidado un modelo de atención basado en hospitales de alta complejidad, en el uso intensivo de recursos sobre todo de tecnologías médicas y en la expansión indiscriminada de intervenciones terapéuticas⁽¹¹⁾. El paradigma de ello ha sido durante años el sistema de salud de los Estados Unidos considerado uno de los sistemas de salud más ineficientes del mundo desarrollado⁽¹²⁾. Existe extensa evidencia de sistemas de salud, que con otras lógicas de organización y con un fuerte desarrollo de intervenciones costo-efectivas, logran mejores resultados sanitarios⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾. Elementos como el incremento de la esperanza de vida, la emergencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que implican una larga historia natural y que son altamente demandantes de recursos, en un escenario de oferta prestadora basada en

⁽⁹⁾ Organización Mundial de la Salud. La Financiación de los Sistemas de Salud. El Camino hacia la Cobertura Universal. OMS, Ginebra, 2010.

⁽¹⁰⁾ Franco GA. Enfoque para el análisis de la crisis económica global de la salud. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 2009, 27(3):329-340.

⁽¹¹⁾ Grouse L. Cost-effective medicine vrs the medical-industrial complex. J Thorac Diseases, 2014, 6(9):E203-E206.

⁽¹²⁾ Delaune J, Everett W. Waste and inefficiency in the US health care system. New England Healthcare Institute, 2008.

⁽¹³⁾ Joumara I, André Ch, Nicq Ch. Health care systems. OECD Economics Department Working Papers N°769, Paris 2010.

⁽¹⁴⁾ Medeiros J, Schwierz Ch. Efficiency estimates of care systems. Economic Papers N°549. Economic and Financial Affairs, Bruselas, 2015.

hospitales de alta complejidad y la presión creciente de la industria por expandir su mercado de tecnologías médicas, hacen que el modelo de atención basado en intervenciones recuperativas de alta complejidad sea uno de los elementos centrales de la crisis de financiamiento en salud.

Los altos costos de la innovación de las tecnologías médicas se trasladan a los servicios recuperativos que vuelven a seguir demandando más tecnología, lo que se convierte en un círculo perverso. La gestión de las tecnologías médicas, entendida como una plataforma de innovación orientada a obtener los mayores retornos económicos por inversión y los mejores resultados sanitarios en los pacientes se convierte en un elemento estratégico para la sostenibilidad de los sistemas de salud⁽¹⁵⁾. Ello implica el desarrollo de mayores capacidades en regulación y rectoría de la gestión clínica, entendida como un compromiso ético por el logro de los mejores resultados para el paciente, pero también de un compromiso con la sostenibilidad del sistema de salud, a través de una mayor efectividad y un uso racional de las tecnologías médicas⁽¹⁶⁾.

Ineficiencia y corrupción, la cara oculta de la crisis de financiamiento

La ineficiencia en las intervenciones sanitarias, es un elemento a tener en cuenta en la compleja problemática del financiamiento en salud. Algunos estudios evidencian que el porcentaje de lo que denominan “gasto basura” puede llegar en algunos sistemas de salud del primer mundo al 33% de los costos en salud. Este tipo de disfuncionalidad ha sido ampliamente descrita en los países de la OCDE⁽¹⁷⁾ y agrupa un conjunto de fuentes que originan la ineficiencia del sistema de salud, entre ellas: fallas en la entrega del servicio, fallas en la coordinación de los tratamientos excesivos o innecesarios sin ningún impacto clínico, complejidad administrativa, sobre precios y el fraude⁽¹⁸⁾. Procedimientos simples y cotidianos, como exámenes básicos de laboratorio hasta operaciones quirúrgicas como las cesáreas pueden constituirse en una fuente importante de exceso de gasto.

⁽¹⁵⁾ Cutler D, Mc Clellan M. Is Technological change in Medicine worth it?. Health Affairs, 2001, 20(5):11-29.

⁽¹⁶⁾ OECD. New Health technologies: Managing, Access, value and sostenibility. OECD, París 2017.

⁽¹⁷⁾ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD, París 2017.

⁽¹⁸⁾ Caffarella LN. Reducing waste in health care. A third or more of what the US spends annually may be wasteful. How much could be pared back –and how- is a key cuestión. Health affairs. Health Policy Brief, December 12, 2012.

La corrupción en salud es una causa importante de ineficiencia de los sistemas de salud y adopta una amplia gama de disfuncionalidades que afectan la capacidad de brindar servicios oportunos, eficientes y de calidad al ciudadano. Hussmann, ha descrito para el Perú una serie de mecanismos por los cuales la corrupción debilita la capacidad de gestión de nuestras organizaciones sanitarias. Entre ellos remarca el ausentismo laboral y la adquisición no planificada de tecnologías médicas, medicamentos e insumos. Asimismo, señala como elementos de especial vulnerabilidad a la corrupción, la debilidad de los sistemas de información, la ausencia de mecanismos de control de los procesos potencialmente susceptibles de corrupción y en general un limitado liderazgo y gobernanza en esta materia.⁽¹⁹⁾ Existe consenso que intervenciones específicas y una gobernanza adecuada podría liberar una cantidad importante de recursos para poder fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud.⁽²⁰⁾

La crisis global de recursos humanos en salud

Los recursos humanos son un elemento central en el funcionamiento eficaz y equitativo de los sistemas de protección social en salud. La crisis global de recursos humanos es en este momento uno de los problemas más urgentes de los sistemas de salud⁽²¹⁾ Se estima que en América Latina existe un déficit de 391,000 puestos de trabajo en salud. En general, se estima que la escasez de recursos humanos en salud es un serio obstáculo para el cumplimiento de los objetivos de los sistemas de protección social y para el logro de resultados de las intervenciones en salud.⁽²²⁾

En general, la escasez de recursos humanos, especialmente de médicos y enfermeras, plantea una enorme presión a las organizaciones de salud. Por un lado, se requieren mayores recursos para reclutar, capacitar y retener a los recursos disponibles, y por otro, para desplegar incentivos que permitan incrementar su productividad y mejorar la eficiencia de los servicios de salud. Ello evidentemente plantea una presión adicional a las limitaciones de financiamiento para la salud existentes en el actual escenario de salud global.

⁽¹⁹⁾ Hussmann K. Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: Perspectivas de América Latina en los subs-sistemas para los pobres (Con un enfoque especial en el nivel sub-nacional). PNUD, Panamá (2011)

⁽²⁰⁾ Informe Global de la Corrupción 2006. Corrupción y Salud. Transparency International-BID, Washington 2006.

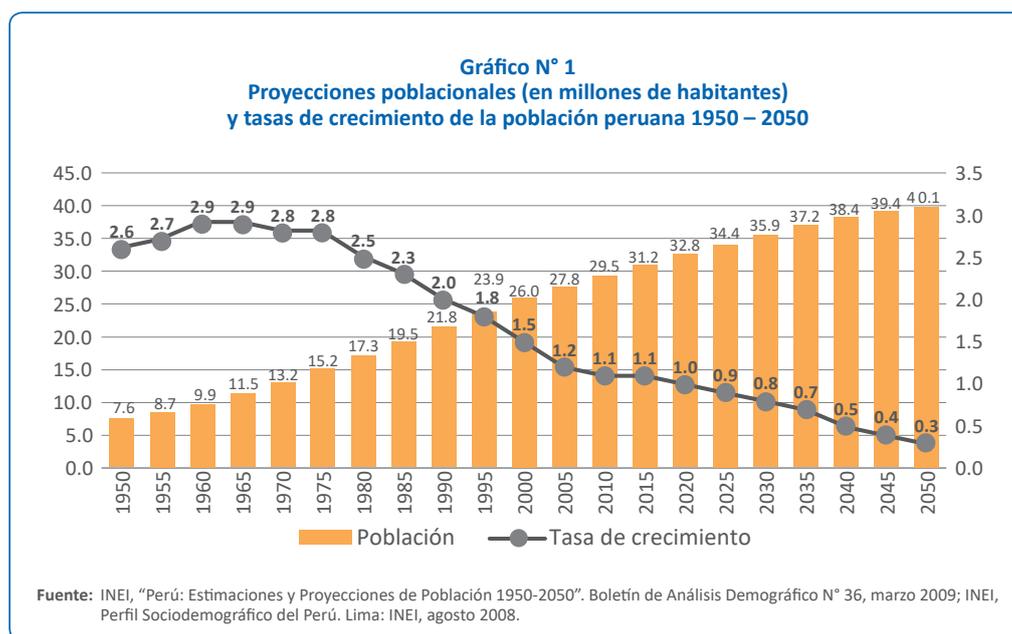
⁽²¹⁾ Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization; 2013.

⁽²²⁾ Scheil-Adlung X, Behrendt T, Wong L. Health sector employment: a tracer indicator for universal health coverage in national social protection floors.

2.1.3 Envejecimiento poblacional y transición epidemiológica

El envejecimiento de la población constituye el mayor reto sanitario que enfrentan los sistemas de protección social en salud en el siglo XXI.

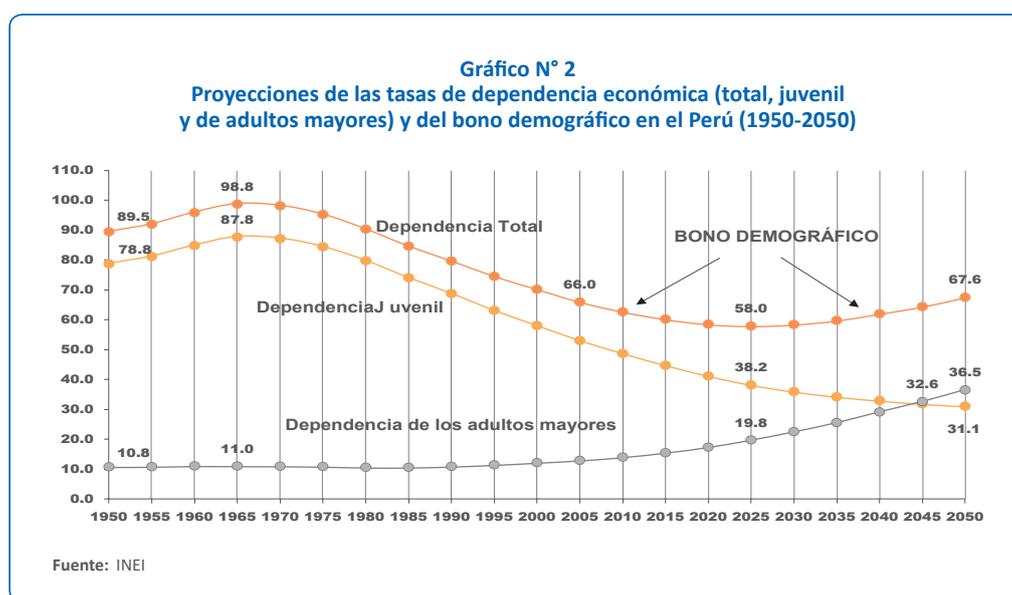
El incremento de la esperanza de vida en América Latina ha pasado de 51 años en 1950 a 73 años en el 2010 y deberá llegar a 77 años en el 2025⁽²³⁾. Las consecuencias del proceso de envejecimiento en nuestros países ponen en severa tensión a los sistemas de protección social en salud, los cuales todavía no han logrado desplegar una fase de transición al nuevo escenario demográfico y tienen que enfrentar una creciente demanda de prestaciones de salud, sociales y económicas por parte de este segmento emergente de población. En el caso del Perú este proceso se muestra en el gráfico siguiente:



Un escenario que se desprende de este proceso es la existencia del llamado "Bono Demográfico", que se expresa en un momento en el cual, la población adulta joven alcanza su máxima proporción en la población, lo cual plantea un escenario de máximo desarrollo potencial, al tener una importante parte de la población en su mayor etapa productiva, anterior al proceso de envejecimiento.

⁽²³⁾ Murad S, Miller T, Martínez C. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. Revista bras. Est. Pop., Río de Janeiro, 2009, 26(2):237-261.

En el caso del Perú este proceso se inició el 2005 y se extendería hasta el año 2047. Este escenario generará a EsSalud un periodo de oportunidades para consolidar sus mecanismos de financiamiento, en la medida que este periodo se encuentre acompañado de una expansión del empleo formal. Un elemento a tener en cuenta es la tasa de dependencia; es decir, la proporción de población dependiente (niños-jóvenes y adultos mayores) respecto a la población adulta joven. En el Perú después de haber alcanzado sus valores máximos en 1967 (98.8%), se observa una reducción progresiva de la tasa de dependencia total; es decir, cada vez tenemos más adultos jóvenes en condiciones de solventar las necesidades de las poblaciones dependientes. El valor de esta dependencia total continuará reduciéndose hasta alcanzar su mínimo valor de 58%, entre 2025 y 2032⁽²⁴⁾, tal como se observa en el gráfico siguiente:



Sin embargo, este escenario de cambio demográfico, plantea un complejo escenario futuro, el aumento de la proporción de la población de la tercera edad, a causa del incremento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de dependencia, hacen que EsSalud tenga que prepararse para evolucionar de ser una institución que brinda prioritariamente prestaciones de salud a una institución que brinda prioritariamente cuidados en salud.

⁽²⁴⁾ Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Bono Demográfico Regional en el Perú. UNFPA, Lima 2012.

En América Latina se espera que la cantidad de personas con dependencia moderada-severa se duplicará desde el año 2000 hasta el 2050, pasando de 23 a 50 millones de personas, lo que implica una enorme presión sobre los sistemas de protección social en salud, para garantizar de manera efectiva los derechos y las necesidades de cuidado de los ciudadanos adultos mayores y de reducir el impacto económico del cuidado en núcleos familiares cada vez más pequeños.

Según el documento “10 Desafíos Mundiales para la Seguridad Social” elaborado en el año 2016, por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, se señala que, ante el envejecimiento de la población, el desafío consiste en garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de seguridad social al tiempo que se adaptan a las necesidades cambiantes y se ofrecen niveles adecuados de servicios y seguridad de los ingresos. Asimismo, para satisfacer la demanda de equidad intergeneracional, el suministro de una seguridad de los ingresos y la atención necesaria para las personas mayores, debe equilibrarse con una inversión en las generaciones más jóvenes.

Las respuestas a la creciente incidencia de las enfermedades crónicas son esenciales para garantizar sistemas de salud accesibles y sostenibles. Para abordar los factores de riesgo para la salud relacionados con el cambio de estilo de vida, son necesarios nuevos enfoques y medidas de prevención e intervención precoz en diferentes ámbitos.

La salud es un componente fundamental del capital humano. Las inversiones destinadas a reducir los factores de riesgo para la salud y para mejorar la atención de salud crean sociedades más saludables, inclusivas y productivas. En muchos países, se están realizando esfuerzos para acrecentar la promoción de la salud y la detección precoz de los factores de riesgo, como también para mejorar el acceso a servicios de atención de salud estructurados y coordinados. Los enfoques proactivos y preventivos siempre han sido importantes para los sistemas de salud, pero hoy se consideran más que antes para prevenir y controlar la propagación de enfermedades no transmisibles.

Cambio y complejidad del perfil de enfermedades

Un elemento, sin duda de importancia es el proceso de transición epidemiológica global, derivado del aumento de la esperanza de vida de la población, pero también mediado por los cambios en los riesgos y en los estilos de vida, los procesos de urbanización y el desarrollo de sistemas de protección social eficaces. Actualmente, los estudios muestran que el proceso de transición epidemiológica es de carácter global.

Si bien, a fines del siglo XX ya existía una preeminencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, los cambios han continuado, por un lado consolidando la presencia de la diabetes, que ha adquirido un carácter epidémico en algunos países; las patologías osteo-musculares y una gran expansión de enfermedades mentales como la Depresión Mayor y la Esquizofrenia⁽²⁵⁾.

Los daños que causaron mayor carga de enfermedad en la población asegurada fueron las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, las condiciones perinatales, las enfermedades neuro-psiquiátricas, las lesiones no intencionales y las enfermedades endocrinas y de la sangre⁽²⁶⁾. Estas tendencias se observan claramente en la población asegurada de EsSalud. El último estudio de carga enfermedad para dicha población concluye que para el año 2014, en la población asegurada se perdieron 935,619 años de vida saludables (AVISA), a razón de 87.9 por mil asegurados. Del total de AVISAS perdidos, 518,145 se dieron en mujeres representando el 55,4% de la carga de enfermedad, en tanto que en hombres se perdieron 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 935,619 para el año 2014.

Este resultado es un elemento relevante en términos de adecuación de los servicios de salud para la atención a estas enfermedades tanto en su componente preventivo como recuperativo, señalando que las enfermedades neuro-psiquiátricas constituyen un porcentaje importante de Años Vividos con Discapacidad.

Un aspecto que debe tenerse en cuenta es que la carga de enfermedad en la población asegurada, se da a expensas de los Años Vividos con Discapacidad, que representan un 78,6% del total de AVISA, en concordancia con una mayor magnitud de las enfermedades crónicas no transmisibles caracterizada por largos períodos de evolución y las secuelas discapacitantes que producen, situación que en la perspectiva de un incremento de la población adulta mayor con una mayor expectativa de vida, implica atender a una población con una elevada siniestralidad altamente demandante de servicios, lo cual significa una enorme carga financiera, que pone en tensión la sostenibilidad financiera de la institución.

⁽²⁵⁾ Global Burden of Disease Study Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet* 2015, 386:743-800.

⁽²⁶⁾ Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2014.

Asimismo, los resultados del estudio plantean la necesidad de adaptar la cartera de servicios de EsSalud a las nuevas tendencias de enfermedad, introducir nuevas estrategias de intervención y de cuidado y desplegar estrategias de gestión clínica, orientada a enfermedades con una elevada carga de comorbilidad y con una cada vez más, creciente presencia de acciones de prevención y control, considerando que una proporción de la carga de riesgos asociadas a estos daños son condiciones susceptibles de intervención y seguimiento precoz⁽²⁷⁾.

2.1.4 Consolidación de una economía peruana integrada al mundo global. Hoja de ruta de integración del Perú a la OCDE, participación del Perú en APEC

A partir del Decreto Supremo N° 057-2005-PCM que aprueba el Plan Nacional de Competitividad, el Perú cuenta con un instrumento que permite el desarrollo de una política de estado que establece una pauta orientadora al proceso de desarrollo del país. Posteriormente esta política de estado, se consolida con el establecimiento de la Agenda de Competitividad 2014-2018, que plantea una serie de acciones para evitar caer en la “trampa del ingreso medio”, planteando una visión orientada a alcanzar tasas de crecimiento superiores al 6% que permitan seguir generando empleo formal y reduciendo la pobreza, profundizando en acciones públicas y privadas que estimulen el crecimiento del PBI potencial de forma “extensiva”, con mayor acumulación de capital y mano de obra capacitada, e “intensiva”, con mayor productividad⁽²⁸⁾. Como parte de este proceso el Perú solicitó a la OCDE la suscripción de un programa país, orientado a la mejora de sus políticas públicas, lo que determinará una mejor gestión de gobierno y por ende de los servicios que el Estado brinda a sus ciudadanos. En el caso del Perú, el Programa País suscrito el año 2014 con la OCDE establece los siguientes objetivos de política:

- Alinear el crecimiento económico con la inclusión social: reforzar programas sociales de alivio a la pobreza, promover acceso universal a servicios básicos, empleo formal y seguridad social.
- Mejorar la competitividad y diversificar la economía nacional: remover cuellos de botella en materia de infraestructura y mejorar los niveles de capital humano.

⁽²⁷⁾ Center of Disease Control. Chronic Disease...The Public Health Challenge of the 21 st Century. CDC, Atlanta, 2009.

⁽²⁸⁾ Ministerio de Economía y Finanzas. Consejo Nacional de la Competitividad. Agenda de Competitividad 2014-2018. Rumbo al Bicentenario. Lima, 2014.

- Incrementar la credibilidad de la institucionalidad pública: continuar los esfuerzos para sancionar la corrupción y prevenir pérdidas económicas por mal uso de los recursos públicos.
- Lograr mejores resultados en materia ambiental: promover el uso sostenible de los recursos naturales.

En la misma línea de desarrollo de una política de competitividad e inserción a los mercados globales, el Perú se incorporó al Foro de Cooperación Económica Asia Pacífico (APEC) en 1998, posteriormente asumió el compromiso, en el marco de este foro, de liberalizar y facilitar las transacciones del comercio y las inversiones, proceso que de acuerdo a nuestro nivel de desarrollo debe finalizar el año 2020⁽²⁹⁾. Asimismo, en el marco de este foro, el Perú participa en acuerdos que delimitan recomendaciones específicas de política para los estados miembros como lo planteado en el 6° Encuentro de Alto Nivel de APEC en Salud y Economía donde se recomendó a los países miembros construir sistemas de salud de alto desempeño, más eficientes, reduciendo el gasto innecesario, mejorando la calidad de atención, asegurando una apropiada fuerza de trabajo en planificación, destinando suficientes recursos presupuestales, realizando inversiones de alto impacto y promoviendo alianzas público-privadas. En ese sentido APEC hace un llamado a realizar un trabajo conjunto para desarrollar datos de la mayor calidad en orden de un desarrollo de políticas basado en evidencias, intervenciones efectivas en salud, mejora de los procesos de toma de decisiones y medición de impactos de las intervenciones⁽³⁰⁾.

2.2 El punto de partida para el cambio

EsSalud es una institución central en el diseño del sector salud peruano. 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, configura un periodo de crecimiento institucional, 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, orientados a identificar nudos críticos y escenarios de cambio, para la institución.

⁽²⁹⁾ Ferrero Diez Canseco, A. Estableciendo nuevos vínculos con Asia-Pacífico. Apuntes, 2000, 46:77-98.

⁽³⁰⁾ Joint Statement of the 6th APEC High-Level Meeting on Health & the Economy. APEC, Lima 22 August 2016

En virtud de ello se realizaron una serie de estudios que han consolidado un conjunto de evidencia acerca de las disfuncionalidades que presenta EsSalud. En ese sentido, se observa importantes problemas que abarcan aspectos de la organización; de los recursos humanos, donde se observa una brecha importante de médicos de familia y especialistas; de infraestructura y equipamiento, sobre todo en el primer nivel de atención; de tecnologías de información obsoletas e inadecuadas para las diversas operaciones de la institución y del financiamiento donde se evidencian limitaciones en garantizar la sostenibilidad. Asociado a ello un sistema de planeamiento poco articulado a la formulación presupuestal, una tendencia creciente de la demanda de prestaciones y un modelo de atención que no permite satisfacer en forma adecuada las necesidades de protección social en salud de la población asegurada. Todos estos hallazgos, confirmados por la evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016⁽³¹⁾ y las recomendaciones derivadas de diversos estudios, son un valioso punto de partida para el desarrollo de una propuesta estratégica que permita impulsar un nuevo ciclo de desarrollo institucional, y la transición a un proceso de cambio sostenido, acompañando el avance del país hacia el desarrollo. Una sistematización de los principales problemas identificados se observa en la Tabla 1 - Problemas de gestión institucional identificados. EsSalud 2005-2016 que se muestra a continuación:

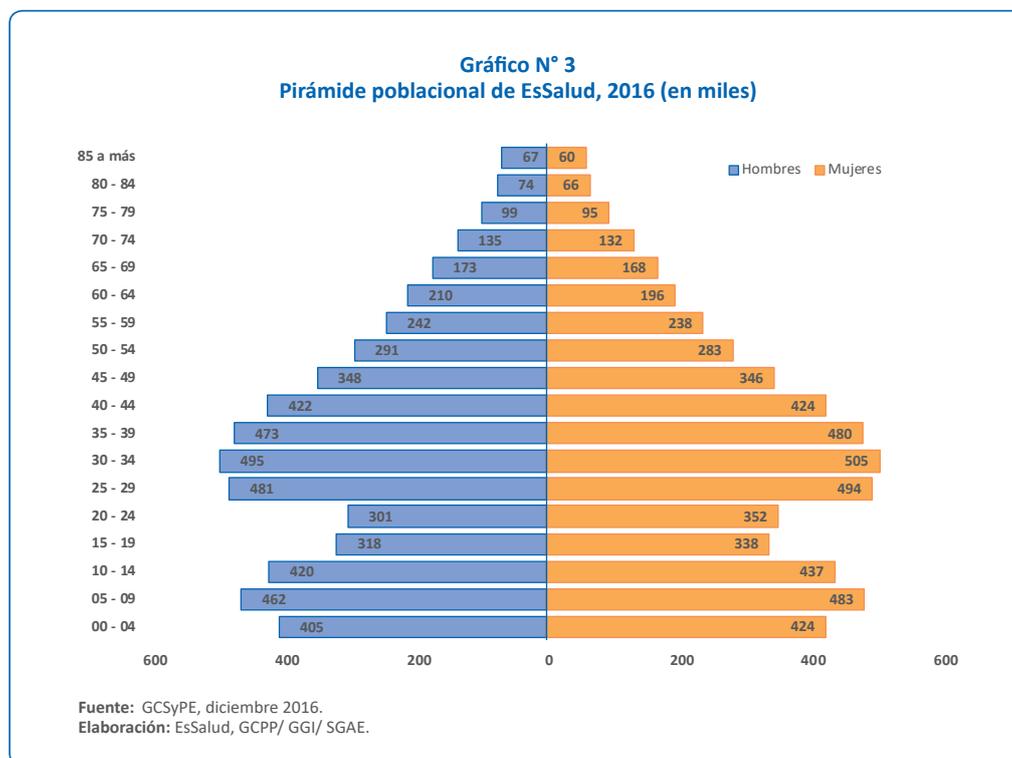
⁽³¹⁾ Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016 (al mes de diciembre 2016). EsSalud, Lima marzo 2017.

Tabla N° 1
Problemas de gestión institucional identificados.
EsSalud 2005-2016 (a diciembre de 2016)

PROBLEMA IDENTIFICADO	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	DOCUMENTO DE REFERENCIA	AÑO
Organización	Densa, fragmentada, no orientada a gestión por procesos. Débil avance en la separación de funciones IAFAS e IPRESS.	Informe de Diagnóstico de la Comisión Reorganizadora	2013
Recursos humanos	Brecha crítica de recursos humanos. Limitadas políticas de desarrollo con indicadores de desempeño.	Estudio Financiero Actuarial	2015
Infraestructura	Brecha en Infraestructura y equipamiento.	Plan Maestro al 2021	2016
Tecnologías de información	Sistemas de información fragmentados y obsoletos Ausencia de políticas de seguridad de la información.	Plan Maestro al 2021	2016
Financiamiento	Brecha de Financiamiento y limitada gestión de riesgos. Ausencia de estudios de siniestralidad por cada tipo de seguros.	Estudio Financiero Actuarial	2015
Planeamiento y presupuesto	Desarticulación entre planeamiento y presupuesto Desarrollo de Presupuesto Histórico. Asignación de recursos orientados al nivel de atención especializada. Inversiones escasas en los últimos años. Asignación de recursos por oferta y no por demanda. Ausencia de modelo, estructura y sistema de costos.	Informe de la Comisión Reorganizadora Estudio Financiero Actuarial	2013 2015
Tendencia creciente de demanda	Deficiente gestión de la tendencia creciente de la demanda. Limitado nivel de gestión clínica. Limitada capacidad para atender la demanda de la población de adultos mayores. Necesidad de un mejor abordaje de las enfermedades crónicas.	Estudio Financiero-actuarial y de la Gestión de EsSalud	2005
Modelo de atención	Énfasis en el aspecto recuperativo. Falta de continuidad en los niveles de atención. Incipiente desarrollo del Primer Nivel de Atención. Importante insatisfacción en los asegurados	Informe de la Comisión Reorganizadora	2013

2.2.1 El envejecimiento poblacional: Un desafío a enfrentar

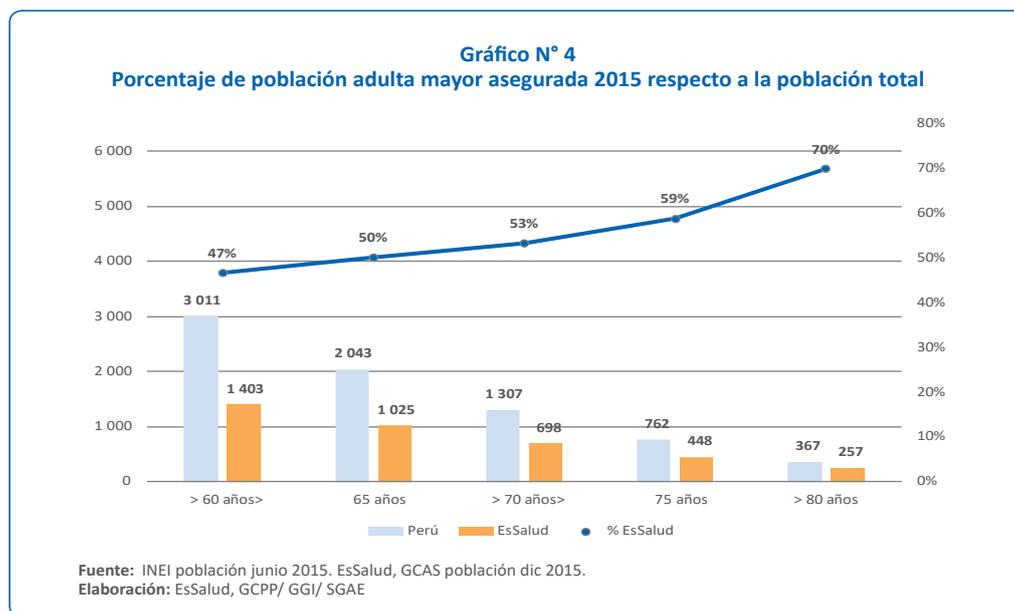
Como se expresó anteriormente, EsSalud es una organización de Seguridad Social de Salud que brinda prestaciones orientadas a una población en franco proceso de envejecimiento, tal como se observa en la pirámide demográfica que se muestra en el gráfico a continuación:



El año 2016 EsSalud registró 1,474,919 asegurados de 60 años a más, representando el 13.5% del total de asegurados y 5% de la población total del país proyectada para ese año (31,488,625)⁽³²⁾. En el año 2015 la proporción fue ligeramente menor pues se registró 1,403,153 asegurados de 60 años a más. Al analizar la población de EsSalud por grupos de edad respecto a la población del país para el año 2015, se observa que EsSalud tiene al 47% de la población mayor de 60 años del país. Cuando hacemos el análisis de la población de mayores de

⁽³²⁾ Fuente: Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Total, por Años Calendario y Edades Simples, 1950-2050, Boletín Especial N° 17, Setiembre 2009.

70 años, EsSalud tiene el 53% de la población mayor de 70 años del país y alcanza el 59% en la población mayor de 75 años⁽³³⁾, tal como se aprecia en el gráfico a continuación:

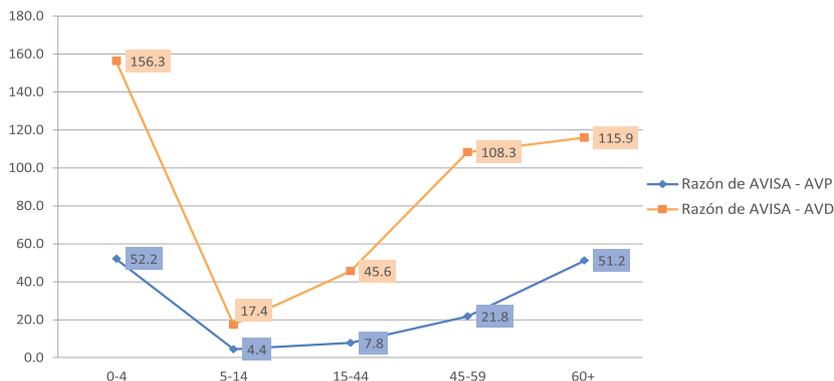


La pirámide poblacional de EsSalud al 2016 muestra un 23.8% de asegurados en rango de edad de 40 a 60 años, quienes se encuentran al inicio de la curva ascendente de años de vida saludable perdidos (AVISA), que para este rango de edad significa aproximadamente el 92.7% según el Estudio de Carga de Enfermedad realizado en EsSalud el 2014 y que se relaciona con enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, enfermedades neuro-psiquiátricas y enfermedades endocrinas y de la sangre.

Ello implica que se tiene un segmento creciente de población en proceso de envejecimiento, altamente vulnerable y que tiene una elevada carga de enfermedad como se observa en el gráfico a continuación:

⁽³³⁾ Estudio Financiero Actuarial 2015

Gráfico N° 5
Carga de enfermedad según edad. EsSalud 2014



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Como se puede apreciar en el estudio de carga de enfermedad del año 2014, a partir de los 45 años se incrementa considerablemente tanto los años perdidos (que incluye una fracción de mortalidad evitable) como la discapacidad. Es decir, la afectación producida por la enfermedad, se traduce en una menor capacidad para el trabajo y en una afectación a la calidad de vida. Esto implica, necesariamente que la demanda tiene un componente demográfico, es decir que, a mayor edad se genera mayor discapacidad, episodios de enfermedad más frecuentes y por ende mayor necesidad de uso de los servicios. Sin embargo, la evidencia en los análisis de la ENAHO realizados en el marco de las Cuentas Nacionales de Salud, muestra que del 100% de asegurados que reportaron episodios de enfermedad, solo se atendieron en EsSalud el 38.7% el 2004, porcentaje que decreció a un 28% en el 2012⁽³⁴⁾.

Aunque no se cuenta con datos actuales referidos al uso de servicio de parte de asegurados que reportaron enfermedad, se tiene que para el año 2016, la extensión de uso de la consulta externa, es decir la proporción de los asegurados que hacen uso de los servicios de consulta externa, fue de 35.8% a nivel nacional⁽³⁵⁾. Esto significa que casi dos tercios de la población asegurada no utilizó los servicios de consulta externa, ni una vez en el año.

EsSalud tiene el reto de fortalecer sus servicios de prestaciones de salud, con énfasis en el primer nivel de atención, para prevenir, brindar atención temprana

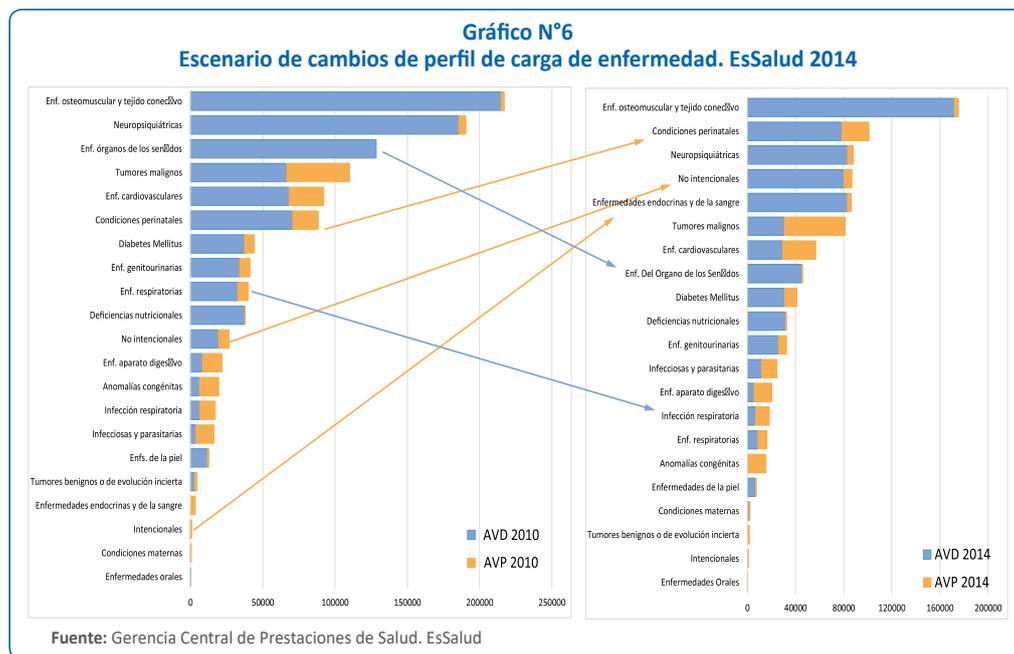
⁽³⁴⁾ Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2012. Organización Panamericana de la Salud, Lima 2015.

⁽³⁵⁾ Análisis ejecutivo a nivel nacional de las prestaciones de salud 2016. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Gerencia de Gestión de la Información. Sub Gerencia de Estadística. Lima, marzo 2017

y reducir el impacto del incremento de la carga de enfermedad en asegurados adultos mayores, para los próximos años.

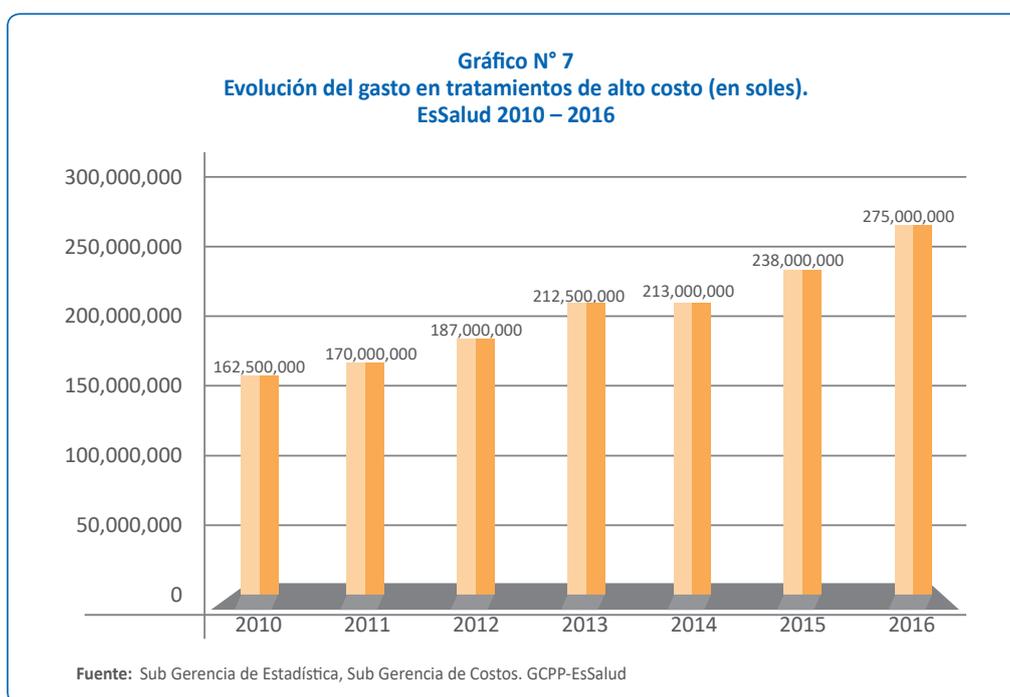
2.2.2 Alta demanda por enfermedades crónicas transmisibles asociadas a intervenciones de alto costo

El 62.8% de la carga de enfermedad que se presenta en EsSalud corresponde a Enfermedades No Transmisibles. Al analizar los distintos grupos de edad, se tiene que, en el segmento de edad de 15 a 44 años, el 75% de la carga de enfermedad son Enfermedades No Transmisibles, porcentaje que en los mayores de 45 años supera el 90%. Esto es de por sí todo un desafío en términos de oferta de servicios, por el rápido cambio del perfil de la carga de enfermedad. En el 2010, las enfermedades endocrinas estaban en el 18° (décimo octavo) lugar de la carga de enfermedad, situándose en sólo 4 años en el 5° (quinto) lugar y las lesiones no intencionales pasan del 11° (décimo primero) al 4° (cuarto) lugar. Esta emergencia de nuevos daños y la presencia de grupos de daños importantes como las enfermedades osteo-musculares, neuro-psiquiátricas, los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares⁽³⁶⁾, configuran un escenario de gran complejidad, que se expresa en la gráfica a continuación:



⁽³⁶⁾ Carga de Enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2014. Lima. Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud, 2016

La implicancia de estos cambios es sumamente seria, en la medida que está asociada a emergencia de la epidemia de obesidad en la población peruana⁽³⁷⁾, condición que es prevenible y que requiere de atención temprana. Diversos estudios muestran que en un mediano plazo los costos de las enfermedades crónicas no transmisibles seguirán escalando progresivamente, colocando en riesgo la sostenibilidad financiera de la institución y en general, constituyendo un serio problema para el conjunto del sistema de salud peruano⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾. Sin embargo, ya se observa un impacto financiero importante en las prestaciones de alto costo, asociadas a estos daños, cuya curva de incremento se muestra en la gráfica a continuación:



⁽³⁷⁾ Alvarez DD, Sánchez AJ, Gómez GG, Tarqui MC. Sobrepeso y Obesidad. Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2012). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2012, 29(3):303-313.

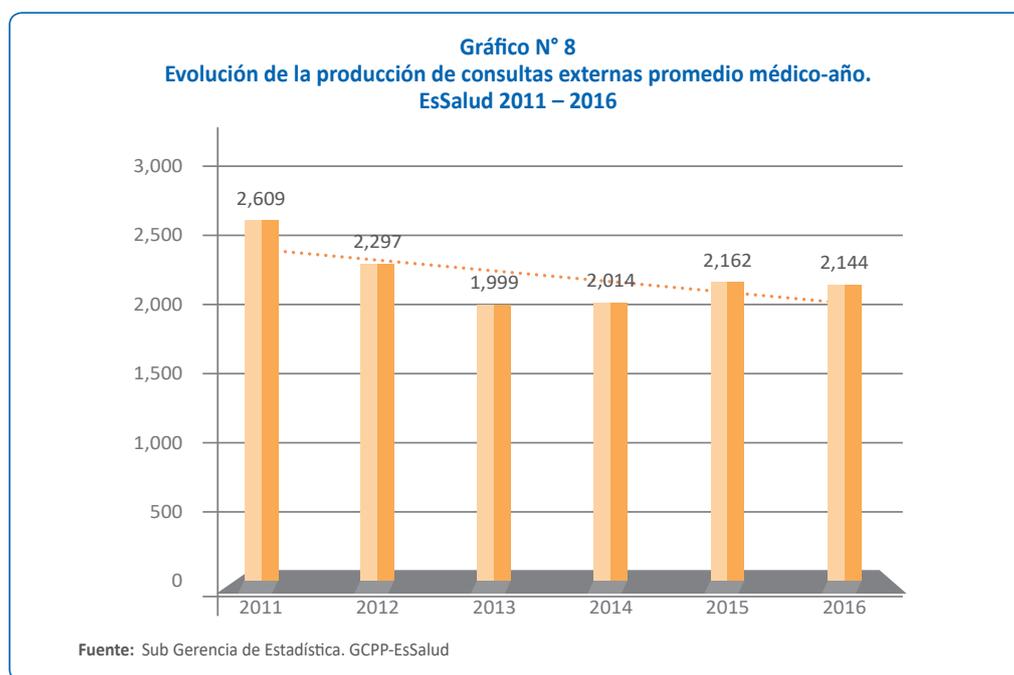
⁽³⁸⁾ Beltrán A, Seinfeld J. Retos del Sistema de Salud: el paradigma del Cáncer. En *Cuando despertemos en el 2062. Visiones del Perú en 50 años*. Seminario B, Sanborn C, Alva N. Editores. Universidad del Pacífico, Lima, 2012, páginas 443-483.

⁽³⁹⁾ Castillo N, Malo M, Villacrés N et al. Metodología para la estimación de costos directos de la atención integral para enfermedades no transmisibles. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2017, 34(1):119-125.

Como se observa, existe una tendencia creciente en el incremento del gasto en esta línea de tratamientos asociados a intervenciones de alta complejidad o a condiciones de alta prioridad clínica o sanitaria. Para el periodo 2010 al 2016, el costo en estos tratamientos se ha incrementado en un 68%. Es preocupante que los incrementos más importantes se den en enfermedades o daños que se pueden prevenir, como la insuficiencia renal (73%), la Infección por VIH (83%) o la tuberculosis multidrogo-resistente (117%).

Para el caso del cáncer, el financiamiento de los productos farmacéuticos del 2015 representó 80 veces el monto asignado el año 2012. Durante este año un gran porcentaje del gasto público en medicamentos oncológicos fue de EsSalud (62.4%). Asimismo, en el año 2014, casi la totalidad del gasto en la adquisición de productos biotecnológicos de alto costo fue en el sector público, siendo EsSalud el principal comprador (81.9%)⁽⁴⁰⁾.

Por otro lado, frente al incremento de la población asegurada, el incremento de la carga de enfermedad de las enfermedades no transmisibles y el aumento progresivo de las enfermedades de alto costo, existen indicios de una disminución de la producción de prestaciones de salud, tal como se puede observar en el gráfico a continuación:



⁽⁴⁰⁾ Carta N° 80-IETSI-ESSALUD-2017

El 2011, la producción global de consultas externas entre el total de médicos de EsSalud nos daba una relación de 2 609 consultas-médico-año. Cinco años después, el 2016, esta relación baja a 2 144 consultas-médico-año, a pesar de que en el último quinquenio el número de médicos se incrementó en un 28%. De manera similar, en el año 2010 cada cama hospitalaria, producía 68.1 egresos al año, 6 años después, cada cama hospitalaria en EsSalud produce 64.4 egresos al año, es decir ha disminuido un 5.5%. La productividad de las salas de operaciones ha pasado de 1 610 operaciones-sala el 2010 a 1425 operaciones-sala el 2016, es decir, se ha reducido un 11.5%. En general, lo que se observa en el último quinquenio es un proceso de estancamiento de la producción de prestaciones de salud.⁽⁴¹⁾ Este escenario, pone en tensión las brechas de Recursos Humanos y de Infraestructura existentes en la institución. El estudio de análisis de brechas de recursos humanos, realizado por el MINSA (2011) determinó que en el año 2009, EsSalud presentaba una brecha de 7 204 médicos especialistas⁽⁴²⁾; sin embargo, esta estimación no contempla la extensión de la oferta de servicios al primer nivel de atención en el marco del despliegue progresivo de un nuevo modelo de cuidado, por lo que la brecha de recursos humanos puede ser sensiblemente mayor.

El modelo de atención de EsSalud

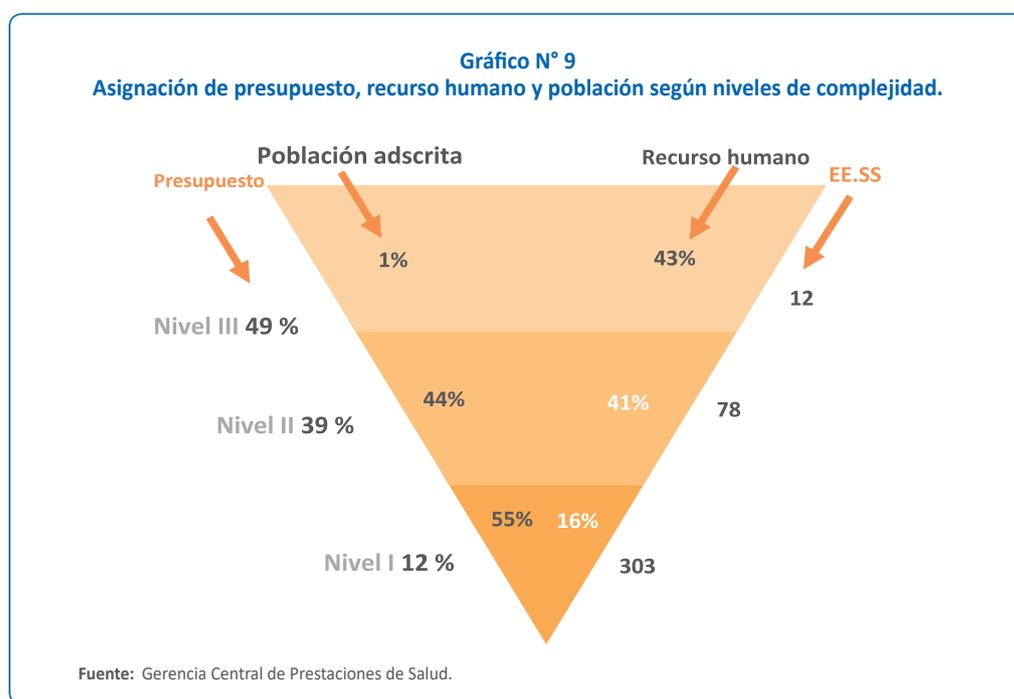
El modelo de atención predominante en EsSalud privilegia la oferta sobre la demanda; es decir, no está centrado en el usuario. Se basa en la atención poco integrada de las necesidades de los usuarios, desarrollando mecanismos para la atención de las necesidades sanitarias (prestaciones de salud) por un lado y las de protección social (prestaciones sociales) por otro. La oferta disponible y la asignación de los recursos financieros muestran un fuerte énfasis en lo recuperativo, con un desarrollo importante de oferta de alta y mediana complejidad que absorbe casi el 90% del gasto que EsSalud realiza en prestaciones de salud. Asimismo, la asignación de recursos para actividades preventivo promocionales es reducida. Esta situación asociada a una asignación de recursos para los establecimientos de salud propios sobre la base de presupuestos históricos y no sobre la base de costos, constituye un elemento que pone en riesgo la sostenibilidad del fondo. Otro elemento a ser tomado en cuenta es la necesidad de estandarizar y desarrollar guías de práctica clínica y protocolos que garanticen una adecuada atención a los usuarios.

⁽⁴¹⁾ Sistema Estadístico de Salud. SES - EsSalud

⁽⁴²⁾ Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Necesidad de Médicos Especialistas de Salud del Sector Salud. MINSA, Lima 2011.

Por otro lado, los mecanismos establecidos para la protección de los derechos de los usuarios son poco efectivos ya que no establecen mecanismos institucionales que permitan controlar y corregir las principales distorsiones identificadas en mediciones de satisfacción elaboradas tanto por EsSalud como por SUSALUD.

En este contexto, un elemento central a considerar, es la asignación de recursos humanos y de presupuesto, claramente orientado a los establecimientos de salud de niveles de resolución de mayor complejidad, tal como se muestra en el siguiente gráfico:



2.2.3 Ausencia de una gestión efectiva de la demanda de atención

Por lo señalado anteriormente, la existencia de barreras de acceso es un problema estructural de EsSalud. Existen múltiples barreras de acceso identificadas, por ejemplo, el diferimiento de las citas de un paciente del primer nivel a un establecimiento de segundo o tercer nivel es de 27.8 días promedio. Respecto a este indicador 8 Redes Asistenciales superan los 30 días y una de ellas, la Red Rebagliati alcanza 47.5 días de diferimiento de citas del primer nivel a otros niveles de atención. De manera similar, EsSalud presenta un prolongado tiempo de espera quirúrgico de 81.7 días promedio; sin embargo, Hospitales de alta

capacidad resolutive presentan tiempos de espera quirúrgicos muy significativos como el Hospital Almenara (211 días) y el Hospital Rebagliati (138 días)⁽⁴³⁾.

Las barreras de acceso, se verifican incluso dentro del proceso de atención de las emergencias. Según la Defensoría del Pueblo, en el 2016, un 34.1 % de las emergencias supervisadas tenían pacientes pendientes de ingreso a una unidad de cuidados intensivos. Luego de supervisar 41 establecimientos de EsSalud con servicios de emergencia, a nivel nacional, el 87.3% de las atenciones en dichos servicios durante el periodo de supervisión, no correspondían a situaciones de emergencia según la norma técnica de referencia.⁽⁴⁴⁾ En estos servicios, la supervisión encontró que el 82.9% (34) de los establecimientos visitados tuvieron una permanencia en la emergencia mayor de 12 horas. Asimismo, en el 65.9% de las emergencias de EsSalud supervisadas se pudo constatar la presencia de camillas en los pasillos.

Todas estas disfuncionalidades se expresan en una alta frecuencia de quejas y reclamos por parte de los asegurados de EsSalud. En el año 2015, SUSALUD consignó 96 803 quejas, lo que implica una tasa general de quejas a SUSALUD de 90 quejas por 10 000 asegurados, sin embargo, algunas redes presentan tasas de reclamos sensiblemente mayores, como las redes Lambayeque (151 x 10 000), Rebagliati (129.1 x 10 000) y Almenara (126.9 x 10 000). De todas estas quejas presentadas a SUSALUD, el 43.9% corresponden a problemas de accesibilidad, el 31.4% de las quejas corresponden a falta de oportunidad de la atención y sólo un 21.9% se relacionan con la calidad de atención⁽⁴⁵⁾. Sin embargo, estudios a nivel poblacional muestran una mayor magnitud del problema. Según la Encuesta ENSUSALUD, el 19.6% de usuarios de los servicios de consulta externa presentaron quejas o formularon algún tipo de reclamo, de los cuales, el 20.2% fueron resueltos parcialmente y el 50.6% no fueron resueltos.⁽⁴⁶⁾

El escenario descrito, configura lo que Margarita Petrerá señala como la “Paradoja del Financiamiento”⁽⁴⁷⁾, es decir a pesar de contar con una evolución creciente de recursos financieros, lo que se evidencia como resultado es una desaceleración de la producción de los servicios de salud por unidades de recursos

⁽⁴³⁾ Informe de Evaluación del Plan Operativo Institucional. Resultados al mes de diciembre 2016. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto / Gerencia Central de Operaciones, EsSalud, 2016.

⁽⁴⁴⁾ Defensoría del Pueblo. El Derecho a la Salud. Los servicios de emergencia en los establecimientos de salud públicos y acceso a los medicamentos esenciales. Informe de Adjuntía, N°15-AAEE/DP, Lima 2016.

⁽⁴⁵⁾ SUSALUD. Anuario Estadístico 2015. Lima 2016

⁽⁴⁶⁾ Resultados Definitivos ENSUSALUD 2016. INEI-SUSALUD-MINSA, Lima 2016.

⁽⁴⁷⁾ Petrerá M. Reflexiones para la política sectorial de salud en el Perú a partir de las cuentas nacionales en salud. Economía, 2016, 34(78):35-65.

disponibles, la ampliación de las barreras de acceso y un impacto en la salud y en la economía de la población asegurada. Este escenario inercial, es el punto de partida para los profundos cambios que se espera desarrollar, para poner a EsSalud a la altura de las necesidades de los asegurados y erigirse en una organización capaz de acompañar al país por la senda del desarrollo.

2.2.4 Necesidades de inversión

El año 2014 EsSalud aprobó la Directiva “Norma para la identificación, evaluación, registro y priorización de necesidades de inversión de EsSalud”⁽⁴⁸⁾. El análisis de oferta y demanda de atención primaria logró identificar, al 2021 la brecha de inversiones a nivel nacional por departamentos, así como el monto referencial de inversión de S/4 868 millones de soles requeridos para su ejecución y de S/730 millones de soles anuales para gasto de operación y mantenimiento. Ese mismo año se elaboró el documento técnico "Priorización Multianual de Necesidades de Inversión (PMNI)" donde se registraron más de 400 necesidades de inversión a nivel nacional, de estas 82 quedaron inscritas y 324 quedaron en calidad de observadas.

De igual manera, como resultado de un macro análisis de oferta y demanda de camas hospitalarias, que consideró la distribución de población asegurada por nivel de atención, el ámbito geográfico y el estándar de cantidad de camas por habitante, se identificó las brechas de camas hospitalarias de EsSalud a nivel nacional y por departamentos al 2021, se estimó un monto referencial de S/16 289 millones de soles para cubrir el déficit, así como S/517 millones de soles para gastos de operación y mantenimiento. Posteriormente, en el marco de lo establecido por el Decreto Legislativo N° 1157, que aprueba la Modernización de la Inversión Pública en Salud y su reglamento, la Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud aprobó las prioridades de inversiones de EsSalud al 2020.

La identificación de las necesidades de inversión, permite avanzar en el establecimiento de estrategias para el cierre de la brecha identificada. Este proceso considera varias alternativas que pueden implementarse de manera complementaria: el fortalecimiento de la oferta propia, los convenios con IPRESS públicas, contrato de IPRESS privadas y/o contrato de APP de tal manera que se cumpla con el objetivo de garantizar el acceso oportuno de los asegurados y sus derechohabientes, a las prestaciones de salud.

⁽⁴⁸⁾ Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 816-GG-ESSALUD-2014.

2.2.5 Riesgos en la sostenibilidad financiera

El Estudio Financiero Actuarial 2015⁽⁴⁹⁾ elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), concluye que hay un margen importante entre los niveles de los ingresos afectos, considerados para el cálculo de las aportaciones a EsSalud y los ingresos totales realmente percibidos por los trabajadores; lo que constituye un riesgo para la sostenibilidad financiera de la institución. Este fenómeno se da principalmente en el sector público, aunque también en el sector privado, pero con menor intensidad, para lo cual se detalla lo siguiente:

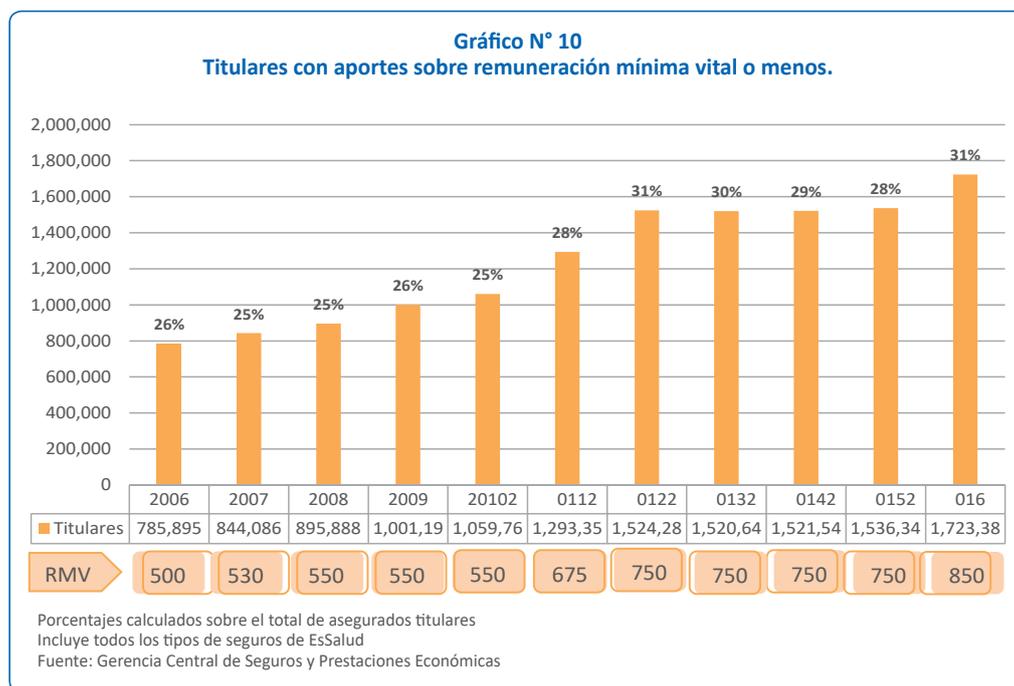
- Para los trabajadores del Magisterio se ha establecido una base imponible del 65% de sus ingresos afectos a cargas sociales, lo que resulta en una tasa de cotización del 5.85% del total de sus ingresos (Ley N° 30002).
- El Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado, establece que el 65% de la compensación económica están afectas a cargas sociales y es de naturaleza pensionable, la pérdida económica de EsSalud, se estima, ascendería a 72.2 Millones de nuevos soles por año.
- Para los trabajadores bajo el régimen de contratación administrativa de servicios (CAS D.L. N° 1057), el cálculo de las aportaciones se aplica sobre la base imponible máxima vigente del 30% de la UIT, de tal manera que el aporte no se incrementa si la remuneración es mayor.
- Similar situación se presenta en el caso del Seguro de Salud Agrario, cuya aportación es del 4% de la remuneración de cada trabajador sea este dependiente o independiente. Asimismo, la Ley no establece una base imponible mínima para el cálculo de los aportes (el 36% de los trabajadores dependientes aporta sobre remuneraciones inferiores a la RMV), por lo tanto, el Seguro de Salud Agrario está siendo subsidiado por el fondo del Seguro Regular. Por otro lado, es importante mencionar que actualmente las empresas relacionadas al sector agroindustrial muestran un crecimiento sostenido que se refleja en un incremento de sus ingresos presentando actualmente a una realidad distinta con relación al momento en que se otorgó este beneficio.

⁽⁴⁹⁾ Estudio Financiero Actuarial de EsSalud 2015. Lima, OIT - Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2016.

- Respecto a los pensionistas de las AFP, no existe una base imponible mínima para el cálculo de las aportaciones a EsSalud, por lo cual el 46% de ellos aportan por debajo de la pensión mínima establecida para el Sistema Nacional de Pensiones, lo que obliga a EsSalud a subsidiar la cobertura de un grupo importante y creciente de pensionistas con ingresos bajos o incluso nulos.

Adicionalmente, la sostenibilidad financiera a mediano y largo plazo de EsSalud se pone en riesgo con la aprobación de la Ley N° 29351, que reduce los costos laborales a los aguinaldos y gratificaciones por fiestas patrias y navidad, modificada por la Ley N° 29714 y por la Ley N° 30334 “Ley que establece medidas para dinamizar la economía en el año 2015”⁽⁵⁰⁾, que establece que las gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad no se encuentran afectas a aportaciones, contribuciones ni descuentos de índole alguna; excepto aquellos otros descuentos establecidos por ley o autorizados por el trabajador.

Otro elemento que pone en peligro la sostenibilidad financiera de EsSalud es que entre 2006 y 2016, el número de asegurados que cotizaban 9 % en relación a una remuneración mínima vital (RMV) equivalente a la fecha a S/850 soles, aumentó de 26% a 31%, como se evidencia en la figura siguiente.



⁽⁵⁰⁾ Ley 30334, de fecha 24 de junio de 2015.

Una fuente adicional de ingresos está representada por la venta de servicios de salud a no asegurados, ingresos financieros, ingresos de capital y resultado de ejercicios anteriores autorizados, que ha evidenciado una reducción del 6.1% al 2% en el período comprendido del 2006 al 2012.

El Estudio Financiero Actuarial 2015 recomienda que con objeto de asegurar una situación de equilibrio financiero y avanzar gradualmente hacia un esquema de prestaciones con calidad y oportunidad, es necesario actuar simultáneamente abordando los diversos aspectos que inciden en el desempeño del sistema de seguridad social en salud: incremento de cobertura tanto horizontal como vertical, mejorar la gestión (procesos de afiliación, acreditación, recaudación, inspección, inteligencia de información), estandarizar el ingreso afecto, entre otros.

Situación de las deudas por cobrar

De acuerdo a la información proporcionada por la Oficina Técnica de los Recursos de Seguridad Social de SUNAT a través de los archivos valores, la deuda total al 31 de diciembre de 2016 es de S/3 269 millones (32.4% insoluto y 67.6% interés). de los cuales, S/121 millones (11.4 %) corresponden a deuda insoluta por periodos hasta julio1999 contraída con el IPSS.

Tabla N° 2
Composición de la deuda tributaria clasificada por tramas

PERIODO	COMPOSICIÓN DE LA DEUDA			PARTICIPACIÓN	
	INSOLUTO	INTERÉS	TOTAL	% INSOLUTO	% TOTAL
HASTA JUL1999	120,823,459	718,907,340	839,730,799	11.4%	25.7%
DESDE AGOS1999	937,130,866	1,492,301,647	2,429,432,513	88.6%	74.3%
DEUDA TRIBUTARIA	1,057,954,325	2,211,208,986	3,269,163,312	100.0%	100.0%
%	32.4%	67.6%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Archivo Valores SUNAT al 31DIC2016

Por otro lado, considerando los ratios informados por SUNAT a través del último Informe de Gestión del total de la deuda actualizada al 31 de diciembre de 2016 que asciende a S/3,269 millones, el 37.9% (S/1,237 millones) corresponde a deuda de difícil recuperación (calificada por SUNAT al haber agotado las acciones de cobranza); S/ 678 millones (20.8%) es deuda de los gobiernos locales que las nuevas autoridades que asumen la gestión no reconocen y que podrían ser susceptibles de acogimiento a las facilidades de pago reguladas por el Decreto Legislativo N° 1275 que establece con carácter excepcional el Régimen de Sinceramiento de Deudas por Aportaciones al Seguro Social de Salud; S/ 258 millones (7.9%) corresponde

a deuda del Gobierno Central. La deuda de las empresas agroindustriales alcanza el 4.8% (S/156 millones), mientras que la deuda de las instituciones públicas y gobiernos regionales asciende a S/45 millones y S/38 millones (1.4% y 1.2% respectivamente). Finalmente, la deuda calificada como gestionable por SUNAT asciende a 304 millones de soles (9.29% del total de la deuda).

Tabla N° 3
Clasificación de la deuda según etapa al 31 de diciembre de 2016
(expresado en unidades de soles) Cuadro proporcionado por SUNAT

ETAPA	COMPOSICIÓN DE LA DEUDA			%
	CAPITAL	INTERÉS	TOTAL	
NO EXIGIBLE	146 820 122	362 072 541	508 892 663	15.57
EXIGIBLE	911 134 203	1 849 136 445	2 760 270 648	84.43
<i>Difícil Recuperación*</i>	415 829 922	821 661 760	1 237 491 682	37.85
<i>Municipalidades</i>	187 569 994	490 729 863	678 299 857	20.75
<i>Gobierno Central</i>	53 376 912	204 788 175	258 165 087	7.9
Gestionable**	162 907 888	140 766 828	303 674 716	9.29
<i>Agroindustrial</i>	57 636 401	97 967 895	155 604 296	4.76
<i>Instituciones Públicas</i>	9 804 957	34 703 334	44 508 291	1.36
<i>Gobierno Regional</i>	7 761 666	29 864 786	37 626 452	1.15
<i>Proceso concursal</i>	6 191 319	10 611 974	16 803 293	0.51
<i>Sociedad de Beneficencia</i>	2 563 125	5 785 864	8 348 989	0.26
<i>Entidad Tratamiento Empresarial</i>	6 701 772	11 118 624	17 820 396	0.55
<i>Acciones Judiciales</i>	39 114	6 196	45 310	0
<i>Impugnados</i>	25 007	65 327	90 334	0
<i>Otros</i>	726 126	1 065 819	1 791 945	0.05
TOTAL	1 057 954 325	2 211 208 986	3 269 163 311	100
* El 37.9% (S/1,237 millones) corresponde a deuda calificada como de difícil recuperación				
** La deuda calificada como gestionable por SUNAT asciende a 304 millones de soles (9.29% del total de la deuda).				
Fuente: Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas de la GCGF. En base a registros del archivo de valores al 31Dic2016 remitido por SUNAT, y considerando los ratios de clasificación de etapas informados por SUNAT al 30 Set2016.				

Considerando la deuda gestionable indicada por la SUNAT que asciende a la suma de S/ 303 674 716 y los esperados resultados del acogimiento de la deuda insoluble de los gobiernos locales a los beneficios establecidos en el D.L. N° 1275 que ascenderían a S/ 100 000 000, el importe total de deuda tributaria gestionable administrada por la SUNAT, alcanzaría los S/ 403 674 716.



Marco Estratégico **Institucional**

3. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

3.1 Proceso de Modernización del Estado. Un estado al servicio de los ciudadanos

Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública

Durante los últimos años el Estado Peruano viene promoviendo a nivel nacional la implementación de la Política de Modernización para lo cual ha promulgado las siguientes normas legales:

- Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado (Ley N° 27658) que establece los lineamientos generales para la modernización del Estado.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública y establece sus pilares y ejes definiendo los elementos centrales de la misma que a continuación se reseñan:

Gestión pública orientada a resultados al servicio del ciudadano

Componentes de la Gestión Pública orientada a Resultados:

- a) Planeamiento de Estado: Políticas de Estado y de Gobierno
- b) Planeamiento estratégico

Pilares centrales de la Política de Modernización de la gestión pública

- a) Políticas Públicas, Planes Estratégicos y Operativos
- b) Presupuesto para resultados
- c) Gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional
- d) Servicio civil meritocrático.
- e) Sistema de información, seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento

Ejes transversales de la Política de Modernización

- a) Gobierno abierto
- b) Gobierno electrónico
- c) Articulación inter-institucional

Estos elementos son tomados por EsSalud como el estándar de su gobierno corporativo y como ejes importantes de su visión estratégica de desarrollo al servicio de los asegurados.

3.2 Políticas de Estado relacionadas a la seguridad social

El año 2002 se suscribió el Acuerdo Nacional, como un conjunto de políticas de Estado consensuadas sobre la base del diálogo entre partidos políticos, organizaciones sociales y representantes del gobierno. Entre ellas, en el eje de políticas de estado para lograr la equidad y justicia social, se establecieron las políticas “acceso universal a servicios de salud y seguridad social” y “acceso a empleo pleno, digno y productivo”. Ambas políticas involucran al Seguro Social de Salud de manera directa e indirecta, respectivamente.

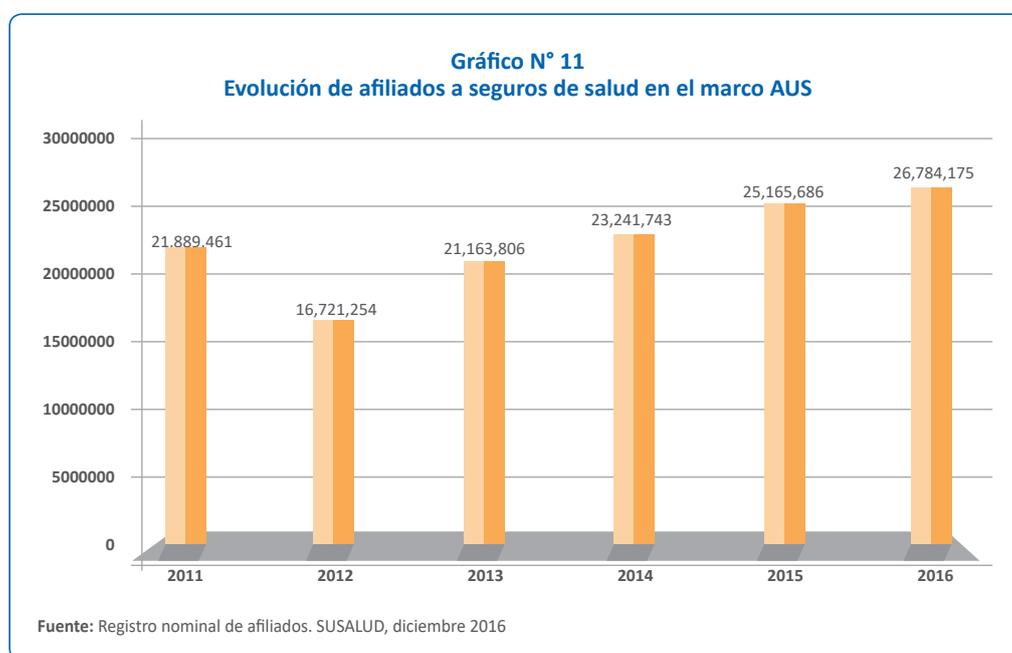
3.2.1 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud: Separación de funciones de financiamiento y de prestación de servicios

Respecto a la política de estado “acceso universal a servicios de salud y seguridad social” se desarrolla -en gran parte- a través de las políticas institucionales del Sector Salud, plasmadas en el **Plan Estratégico Sectorial Multianual del Sector Salud 2016 - 2021** y en dispositivos legales relacionados a la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

En el Perú se estableció como Política Nacional el Aseguramiento Universal en Salud y se avanzó hacia una reforma sostenida en 5 pilares: (i) Mejora y mantenimiento de la salud y calidad de vida de la población a través de intervenciones efectivas sobre los principales problemas de la salud pública y sus determinantes sociales, (ii) ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la población, en salud, (iii) mejorar el cuidado y la atención integral de salud, (iv) promover y proteger efectivamente los derechos de la salud, y (v) fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud. Con el fin de ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento, se promulgaron un conjunto de dispositivos legales que “introdujeron reglas para la extensión de la cobertura de aseguramiento; el cambio en el modelo de atención por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS); la reducción de la fragmentación y segmentación del

sistema de salud; políticas de inversiones y de remuneraciones; la protección de derechos en salud”⁽¹⁾; entre otros.

En ese contexto, se observa el incremento del porcentaje de población que cuenta con seguro, considerando los mecanismos de subsidio y contributivo. Una evolución de la cantidad de población asegurada se muestra en el cuadro a continuación:



De acuerdo al Registro de Afiliados de SUSALUD, a diciembre del 2016, el 85% de la población peruana contaba con la protección de algún seguro en salud, estando bajo la cobertura de EsSalud, un sector importante de la población. La siguiente tabla muestra el incremento de la población asegurada por EsSalud en el período 2012 al 2016 y su representación en porcentaje respecto a la población total del país:

⁽¹⁾ Ministerio de Salud. Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021

Tabla N° 4
Población asegurada en EsSalud período 2012-2016

DETALLE	PERIODO				
	DIC-12	DIC-13	DIC-14	DIC-15	DIC-16
Población Nacional	30 135 875	30 475 144	30 814 175	31 151 643	31 488 625
Población asegurada de EsSalud	9 786 864	10 285 389	10 644 593	10 754 665	10 937 079
Porcentaje de cobertura de seguros por EsSalud	32.48%	33.75%	34.54%	34.52%	34.73%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

En este marco de aseguramiento universal se han establecido roles claros con relación a IAFAS e IPRESS. En ese sentido, EsSalud está reconocida como una Entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, reconociéndose su rol de IAFAS, tal como está establecido en su Ley de Creación - Ley N° 27056 - como se señala a continuación:

Artículo 1. Creación, definición y fines

- 1.1 *Créase sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (EsSalud) como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción [Social] del Empleo, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable.*)*
- 1.2 *Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.*

De manera complementaria es necesario mencionar lo establecido en el artículo 39° de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, con relación a la naturaleza de EsSalud como una IAFAS:

“El Fondo Consolidado de Reservas Previsionales – FCR, y el Seguro Social de Salud EsSalud, constituyen entidades administradoras de fondos intangibles de la seguridad social. Están adscritos al Ministerio que corresponda conforme a la ley de la materia. Por ley ordinaria se pueden incorporar otros fondos con funciones similares a esta categoría”.

Siendo EsSalud una IAFAS, dentro del alcance de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su reglamento⁽²⁾ requiere adecuar su organización interna y funcionamiento a la de una IAFAS de acuerdo al marco normativo vigente. Asimismo, en su calidad de IAFAS pública, EsSalud debe incorporar en sus documentos de gestión el objetivo o finalidad en relación a la recepción, captación, o gestión de fondos para la cobertura de las atenciones de salud u ofrecer cobertura de riesgos de salud, según corresponda. Además, debe diferenciar contablemente las transacciones concernientes a las actividades de la IAFAS de aquellas correspondientes a sus IPRESS⁽³⁾.

Plan Estratégico Sectorial Multianual del Sector Trabajo y Promoción del Empleo 2017-2021. Reactivación del crecimiento de la economía con expansión y formalización del empleo.

Respecto a la política de estado “acceso a empleo pleno, digno y productivo”, EsSalud contribuye en su rol de entidad pública adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuyas políticas sectoriales tienen como uno de sus componentes el acceso a servicios de seguridad social⁽⁴⁾ y el fortalecimiento de las condiciones laborales entendida como “la provisión de un marco institucional que promueva la seguridad y salud en el trabajo”⁽⁵⁾.

Dichos componentes del Sector Trabajo y Promoción del Empleo, que forman parte del modelo conceptual del mismo, constituyen el marco desde el cual se han definido las políticas sectoriales e institucionales, orientadas a garantizar empleo digno y productivo.

En ese contexto, el gobierno del Perú implementará un plan de reformas estructurales para alcanzar un crecimiento potencial de 5,0% en el mediano plazo a través de una mayor acumulación de capital (destrabe de proyectos de infraestructura y simplificación de sistemas de inversión) y ganancias de

⁽²⁾ Ley N° 29344 y Decreto Supremo 008-2010-SA

⁽³⁾ Decreto Supremo N° 010-2016-SA. Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas

⁽⁴⁾ “Entendida como las actividades relacionadas con el aseguramiento respecto a la prestación de servicios de salud, prestaciones económicas y prestaciones sociales; la atención del seguro de riesgos laborales y el otorgamiento de pensiones a personas jubiladas”. PESEM Sector Trabajo y promoción del Empleo 2017 - 2021

⁽⁵⁾ “condición básica para la protección social y el desarrollo de las relaciones de trabajo decentes, que propicia el mejoramiento de las condiciones de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, a fin de evitar o prevenir daños a la salud de los trabajadores, como consecuencia de la actividad laboral”. PESEM Sector Trabajo y promoción del Empleo 2017 - 2021

productividad (mayor formalización)⁽⁶⁾ liderada por el Sector Trabajo y Promoción del Empleo a través de los siguientes ejes

- Reducción de barreras a la formalización, es decir, reducción de costos para hacer negocios y mayores beneficios de ser formal (simplificación tributaria, mejora en la calidad de protección al trabajador, reforma previsional, acceso al crédito, entre otros).
- Mejora en la calidad y acceso de los servicios públicos (educación, salud, infraestructura social y productiva y seguridad ciudadana).
- Política regulatoria pro-formalización mediante la institucionalización de una entidad encargada de tomar medidas para generar mayores incentivos a la formalización, como el Consejo Nacional de Competitividad y Formalización.

En el marco de la implementación de las reformas estructurales señaladas, se espera cumplir con un hito de incrementar la tasa de empleo formal desde 26.8% en el año 2015 a más del 50% en el año 2021⁽⁷⁾, ello evidentemente impactaría en la gestión de EsSalud por el incremento en la demanda de prestaciones para llevar la protección social en salud a todo este nuevo contingente de trabajadores formales y sus derechohabientes. Asimismo, en el marco de las políticas institucionales del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, EsSalud contribuye al objetivo de mejora de las condiciones laborales, promoviendo los beneficios de la formalización laboral respecto a la seguridad social y particularmente la mejora en la seguridad y salud en el trabajo.

3.3 Políticas de implementación transversal

Enfoque intercultural⁽⁸⁾. – Implica que las instituciones del Estado valoricen e incorporen las diferentes visiones culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales en los servicios que prestan. De esta manera, la incorporación del enfoque intercultural busca garantizar el ejercicio de los derechos de poblaciones históricamente excluidas y discriminadas como los pueblos indígenas y la población afroperuana.

⁽⁶⁾ Ministerio de Economía y Finanzas. Marco Macroeconómico Multianual 2017-2019 Revisado. Aprobado en la sesión del Consejo de Ministros; Lima 26 de agosto de 2016

⁽⁷⁾ Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2017-2021. Sector Trabajo y Promoción del Empleo. Ministerio de Trabajo, diciembre 2016.

⁽⁸⁾ Decreto Supremo N°003-2015-MC. Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.

En el Sector Salud se aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural⁽⁹⁾ “con el propósito de definir objetivos prioritarios, lineamientos y contenidos principales de política pública del sector salud, así como los estándares nacionales de cumplimiento y provisión que deben ser alcanzados para asegurar una adecuada prestación de los servicios en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”, del que EsSalud forma parte. Contiene cuatro ejes: i) la promoción del derecho a la salud, la inclusión social y la equidad en los servicios de salud para los pueblos indígenas, andinos y amazónicos, así como para los afroperuanos y asiáticoperuanos, ii) la promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina convencional, iii) el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural, y iv) el fortalecimiento de la identidad cultural y participación de los pueblos andinos, amazónicos, afroperuanos y asiáticoperuanos en los servicios de salud.

Igualdad entre hombres y mujeres. – La transversalización de género es un proceso a la vez técnico y político, que tiene como objetivo que todas las actividades –internas y externas- contribuyan a cerrar las brechas de desarrollo humano que persisten entre hombres y mujeres.

La ley de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres⁽¹⁰⁾ “establece el marco normativo, institucional y de políticas públicas en los ámbitos, nacional, regional y local, para garantizar a mujeres y hombres el ejercicio de sus derechos a la igualdad, dignidad, libre desarrollo, bienestar y autonomía, impidiendo la discriminación en todas las esferas de su vida, pública y privada, propendiendo a la plena igualdad”.

La política de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres se expresa actualmente en el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 – 2017, en el que EsSalud junto con el Ministerio de Salud y las Sanidades de las FFAA y PNP se comprometen a alcanzar resultados para “mejorar la Salud de las mujeres y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres”, y con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo asume la responsabilidad de conseguir resultados para “garantizar los derechos económicos de las mujeres en condiciones de equidad e igualdad de oportunidades con los hombres”.

⁽⁹⁾ Decreto Supremo N° 016-2016-SA. Política Sectorial de Salud Intercultural.

⁽¹⁰⁾ Ley N° 28983, marzo 2007

Gestión del riesgo de desastres⁽¹¹⁾. – El Perú se encuentra permanentemente en riesgo de sufrir el impacto de fenómenos naturales, debido a la zona geográfica donde se ubica. Dicho impacto se ve agravado por la deficiente planificación urbana y de infraestructura, que podría colapsar en caso de un desastre natural, acarreando consecuencias en las condiciones de vida y de salud de la población.

Los fenómenos naturales que se presentan periódicamente y que ocasionan una serie de perjuicios a la infraestructura y a la población son las lluvias intensas que desencadenan en desbordes de ríos, inundaciones, deslizamientos, huaycos; las bajas temperaturas que afectan con heladas a las poblaciones altoandinas y friaje en las regiones de la selva, así como movimientos sísmicos de gran intensidad que ocasionan pérdidas humanas y materiales. Estos eventos naturales traen consigo riesgos para la salud de la población -entre ella, nuestros asegurados- con el incremento de enfermedades metaxénicas, problemas respiratorios agudos, enfermedades de la piel, entre otras transmisibles y no transmisibles que requieren la continuidad operativa y la respuesta inmediata del sistema prestacional de EsSalud.

La Gestión del Riesgo de Desastres tiene la finalidad de prevenir, reducir y controlar permanentemente los factores de riesgo mediante una adecuada preparación y respuesta ante estas. Por esta razón constituye un componente indispensable en la gestión institucional tanto desde el nivel central como en los establecimientos a nivel nacional.

Control Interno y lucha contra la corrupción. – La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República, establece los mecanismos de control gubernamental para la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública. Para ello determina el control gubernamental interno y externo, señalando que su desarrollo constituye un proceso integral y permanente. El Control Interno es responsabilidad del Titular de la entidad para la evaluación de la gestión y el efectivo ejercicio de la rendición de cuentas; asimismo, está obligado a definir las políticas institucionales en los planes y/o programas anuales que se formulen en cumplimiento de su misión y el logro de los objetivos institucionales.

⁽¹¹⁾ Decreto Supremo N° 111.2012-PCM. Decreto Supremo que incorpora la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres como Política Nacional de Obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.

Por otro lado, el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM y sus modificatorias, define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, entre las que considera a la Política en materia Anticorrupción, orientada a fortalecer la lucha contra la corrupción en las licitaciones y adquisiciones del Estado; garantizar la transparencia y rendición de cuentas; promover, a través de sus acciones y comunicaciones, la Ética Pública; y, fomentar la participación ciudadana en la vigilancia y control de la gestión pública. En ese sentido la Presidencia de Consejo de Ministros, a través del Ministerio de Justicia hace seguimiento a la implementación de acciones transversales y sectoriales de lucha contra la corrupción, entre las que se encuentran la incorporación en contratos, de la denominada cláusula anticorrupción, la creación de comisiones de integridad y lucha contra la corrupción u oficinas de lucha contra la corrupción, capacitación en materia de ética y la oportuna atención de casos en cumplimiento de la ley de transparencia y acceso a la información, entre otros.

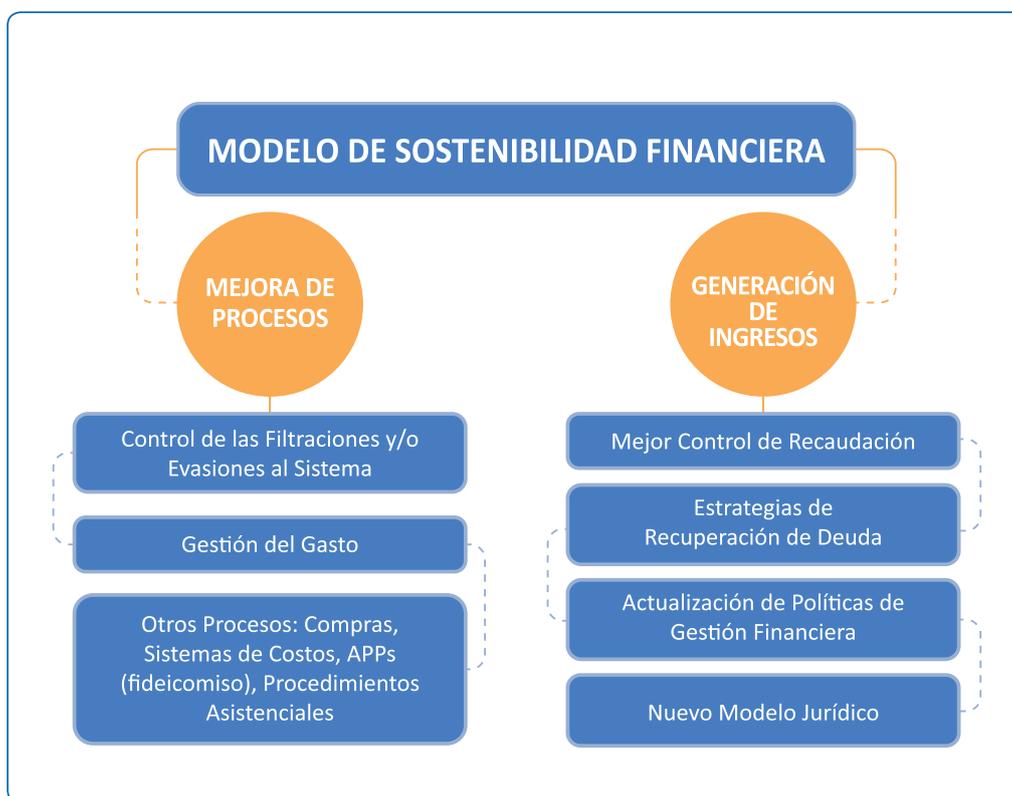
3.4 Lineamientos de política institucional

El Seguro Social de Salud – EsSalud establece sus políticas sobre la base de los Principios de la Seguridad Social:

- **Solidaridad:** Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.
- **Universalidad:** Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.
- **Igualdad:** La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.
- **Unidad:** Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.
- **Integralidad:** El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.
- **Autonomía:** La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

Tomando en cuenta dichos principios, se han establecido políticas relacionadas a componentes críticos para el cumplimiento de las funciones de Seguridad Social en Salud, las mismas que se detallan a continuación:

Modelo de Sostenibilidad Financiera, aprobado el 2016 mediante Resolución de Gerencia General N° 853-GG-ESSALUD-2016, como un instrumento técnico que plantea el desarrollo de un conjunto de estrategias cuyo objetivo es darle sostenibilidad financiera a la gestión institucional, para lo cual es necesario la mejora de procesos, una mayor eficiencia en el gasto y la generación de recursos.



Asimismo, el Modelo de Sostenibilidad Financiera plantea la necesidad de impulsar “modificaciones legislativas que permitan estandarizar el sistema de aportación y coadyuven a darle sostenibilidad financiera a la entidad”. Dichas medidas y su impacto económico estimado se grafican de la siguiente manera:

IMPACTO ECONÓMICO			
Medidas / Acciones	Estimado anual*	Nivel de Implementación	Agente externo
Régimen excepcional de facilidades de pago	S/.30 MM (2016 -2020)	Interna	No
Estrategias de Cobranza	S/.70 MM	Mixta	SUNAT
Nueva política y reglamento de inversiones financieras	S/.32 MM	Interna	No
Control de la recaudación: devolución de detracciones	S/.78 MM (2016-2020)	Externa	SUNAT / MEF
Trabajadores CAS : modificación de base imponible (igual a remuneración y no máximo del 30% de la UIT)	S/.300 MM	Externa	MTPE /Congreso de la República
Magisterio y sector salud: eliminar la reducción (65%) de la base imponible del sueldo ^{1/} .	S/.170 MM	Externa	MTPE /Congreso de la República
Seguro agrario: modificación gradual de la tasa de aportación.	S/.35 MM (por cada punto porcentual)	Externa	MTPE /Congreso de la República
Seguro regular: modificación de la tasa de aportación del 9% al 10%	S/.1,100 MM	Externa	MTPE /Congreso de la República
Reserva técnica: disminución de tasa exigida de 30% a 15 % de acuerdo a lo recomendado por la OIT	S/.1,130 MM (2018)	Externa	MTPE /Congreso de la República
Revaluar la permanencia de la exoneración de gratificaciones.	S/.1,000 MM	Externa	MTPE /MEF / Congreso de la República
Pensiones (D.L N° 20530 y D.L. N°18846) Estimado Preliminar a partir del 2018 <i>1/.Fuente .GCSPE</i>	S/.160 MM (D.L. N° 18846) S/490 MM (D.L. 20530)	Externa	MEF /ONP

Respecto a las inversiones en salud, La política de inversiones de EsSalud establece cinco lineamientos de política:⁽¹²⁾

- Priorizar las inversiones para fortalecer los servicios de salud del primer nivel de atención.
- Fortalecer la planificación de las inversiones.
- Optimizar las inversiones.
- Contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Promover las inversiones con enfoque de equidad y oportunidad.

Respecto al modelo de atención en salud, el año 2016 se aprobó el Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo, que plantea la necesidad de iniciar una reforma institucional caracterizando un nuevo paradigma en las prestaciones de salud, que pone énfasis en la atención primaria y sus componentes preventivo promocional, basado en:

- El cuidado continuo
- El cuidado progresivo
- El cuidado estandarizado
- Eficiente y sostenible
- Participativo
- Centrado en la persona
- Con enfoque de Interculturalidad

3.5 Las recomendaciones de la Comisión Reorganizadora de EsSalud⁽¹³⁾

Adicionalmente, EsSalud cuenta con el Informe de la Comisión Reorganizadora, cuyas recomendaciones han sido tomadas en cuenta y continúan vigentes a la fecha. Con el fin de fortalecer el rol de EsSalud como IAFAS, dicha Comisión recomendó lo siguiente:

- 1) Implementación y homologación de los estándares del sector. (DNI, código de medicamentos, material médico, equipos médicos, mobiliario médico, procedimientos, guías de prácticas clínicas, protocolos y otros).

⁽¹²⁾ Aprobado por Acuerdo N° 15-12-ESSALUD-2017, publicado el 21/06/2017.

⁽¹³⁾ Creada en el marco del Decreto Supremo N°016-2012-TR

- 2) Remitir información que requiera SUSALUD, fortaleciendo las bases del Aseguramiento Universal en Salud con:
 - a) Suscribir convenios de Intercambio Prestacional en todas las regiones.
 - b) Comprar servicios de salud de manera conjunta con el Seguro Integral de Salud-SIS, utilizando el mecanismo establecido en la Ley de Presupuesto 2013.
 - c) Desarrollar mecanismos conjuntos con el Seguro Integral de Salud-SIS para la captación de las personas que no cuentan con seguro de salud.

De igual manera otro conjunto de recomendaciones ha sido formulado con relación a la operación de los servicios de salud de la red prestacional de EsSalud:

- 1) Iniciar un proceso de adecuación de los Establecimientos de Salud existentes, que lo requieran, en infraestructura y recursos humanos para que sean Categorizados y Acreditados de acuerdo a norma.
- 2) Registrar todos los Establecimientos de Salud en la SUNASA (Ahora SUSALUD).
- 3) Informar las quejas y reclamos de asegurados a SUSALUD para su resolución, según su competencia (segunda instancia) y remitir la información que requiera.
- 4) Fortalecer las bases del Aseguramiento Universal en Salud mediante lo siguiente:
 - a) Desarrollar mecanismos conjuntos de expendio de medicamentos a los asegurados en el intercambio prestacional.
 - b) Inversión conjunta en infraestructura.

3.6 La separación de funciones

La Comisión Reorganizadora de EsSalud, en su informe de enero del 2013, menciona que la separación de funciones está orientada a reducir los costos y mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, con lo cual se incrementa la cobertura y se mejora la calidad de atención a los asegurados y sus derechohabientes. Asimismo, permite la especialización y actuación independiente tanto de los financiadores como de los prestadores.

En cumplimiento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal y su Reglamento, así como de las recomendaciones de la Comisión Reorganizadora de EsSalud, el 2014 se aprobó la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014 “Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social – EsSalud” y a fines del mismo año se aprobó el primer Mapa de Macroprocesos de EsSalud que se actualizó a inicios del 2016, mediante Resolución N° 127-GG-EsSalud-2016, a fin de incorporar la separación de funciones asegurador – financiador.

Tomando como marco lo establecido en el Decreto Supremo N° 010-2016-SA que aprobó las disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas-IAFAS Públicas, referido a que las IAFAS Públicas deberán adecuarse a lo dispuesto en el artículo 7 y 12 de la citada norma, respecto a la identificación de los procesos misionales y a la adecuación contable, respectivamente en un plazo de dos años de su entrada en vigencia.

En virtud a ello, EsSalud aprobó mediante Resolución N° 943-GG-ESSALUD-2016 de fecha 19.08.2016, el plan de trabajo para la implementación del Proceso de Separación de Funciones de EsSalud, actualizado a junio 2016, mediante el cual se detallan las actividades programadas para cumplir con lo dispuesto en la norma antes señalada.

La separación de funciones permitirá a EsSalud, reducir los costos y mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en tanto permite la especialización y actuación independiente tanto del componente financiador como del prestador, generando un círculo virtuoso donde el financiador paga las prestaciones bajo estándares de calidad que la IPRESS debe cumplir. En este escenario la IAFAS determina el modelo de financiamiento, y los mecanismos de validación y control de las prestaciones, racionalizando y optimizando la gestión de compra de servicios de salud; mientras que las IPRESS organizadas por Macroregiones, optimizan sus procesos prestacionales buscando mejorar la calidad de sus servicios, en una buena gestión por niveles de complejidad y buscando eficiencia en el gasto.

Adicionalmente, es necesario precisar que con la Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011, el Seguro Social de Salud (EsSalud) fue incorporado al ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por el citado organismo en materia presupuestal para empresas públicas del Estado, las mismas que le genera limitaciones en el ejercicio de la autonomía presupuestal.

3.7 EsSalud en camino a ser una organización de Seguridad Social de Salud de alto desempeño.

Los Sistemas de Salud de Alto Desempeño (“High-Performing Health Systems”) son sistemas que se organizan de una manera proactiva y eficaz, para responder a una tendencia creciente de demanda de servicios por parte de los ciudadanos, brindando servicios de calidad y reduciendo las disparidades en salud, a partir de intervenciones en el primer nivel de atención y el desarrollo intensivo de innovaciones que permitan mejorar los resultados de la inversión en salud y crear valor en la sociedad⁽¹⁴⁾.

Estos Sistemas agrupan un conjunto de atributos orientados a lograr el acceso universal al mejor cuidado de la salud posible. Si bien se plantean un conjunto de buenas prácticas para el desarrollo de la eficiencia en el uso de los recursos, ello se asocia a la transformación de los sistemas de salud, a redes de servicio centradas en las necesidades de los ciudadanos, a una mayor centralidad de la prevención y del cuidado y a estrategias explícitas de reducción de las inequidades⁽¹⁵⁾. Este modelo nos plantea los atributos que EsSalud necesita alcanzar para constituirse en una organización de seguridad social de salud de alto desempeño que sea capaz de responder a las demandas y expectativas de los asegurados.

En el caso de EsSalud, las acciones propuestas para avanzar a constituirse en una Organización de Seguridad Social de Salud de Alto Desempeño, son las siguientes:

- Recuperación de estándares de atención y de condiciones de trabajo similares a las instituciones líderes en América Latina
- Desarrollo de un sistema asistencial de economía de escala, que permita resultados y retornos en salud, satisfacción del usuario y eficiencia económica.
- Implementación de redes hospitalarias macro-regionales de prevención, cuidados, diagnóstico y tratamiento, que elimine barreras de acceso.
- Desarrollo de una gestión con excelencia operativa, con ética y transparencia, que permita el logro de resultados en salud a los

⁽¹⁴⁾ The OECD Health Project. Toward high performing health system. Summary Report, Paris, 2004.

⁽¹⁵⁾ Extending Social Protection in Health. Developing countries experiences, lessons learnt and recommendations. ILO-GTZ-OMS, Frankfurt 2005

asegurados y eficiencia técnica y financiera a la institución, de acuerdo a las mejores prácticas existentes.

- Desarrollo de un sistema de tableros de control, que permitan disponer de la información apropiada para la toma de decisiones requeridas en los diversos niveles de la institución.
- Puesta en valor del máximo de las capacidades institucionales a partir de la innovación permanente.

3.8 Cadena de Valor de la Función de Protección Social en Salud

Se considera que la única forma de dar un salto cualitativo en la gestión de EsSalud, es utilizar todas las capacidades y acumulaciones existentes (Gestión del conocimiento) para consolidarla como una institución que genera valor para brindar protección social en salud, orientada al logro del bienestar y la calidad de vida.

El modelo de gestión por resultados de EsSalud, se expresa a través de una cadena de valor, donde a partir de garantizar los derechos y responder a las demandas de la población -en el marco de las políticas de Seguridad Social y los procesos de excelencia operativa- se debe organizar los recursos disponibles de la manera más eficiente posible, para el logro de resultados específicos en la población asegurada (mayor bienestar y calidad de vida) y los fines de la Seguridad Social de Salud, contribuyendo al crecimiento económico (mayores ingresos por la reducción del impacto de la enfermedad). Asimismo, se considera que el modelo propuesto permite, en base a la evidencia disponible, integrar las capacidades de EsSalud con economía de escala que le permita desarrollar una mayor eficiencia en el nuevo escenario de cambio institucional⁽¹⁶⁾. La cadena de valor que muestra el proceso de la gestión de la seguridad social en salud se muestra a continuación en el gráfico siguiente:

⁽¹⁶⁾ Porter M, Olmsted Teisberg E. Redefining Health Care. Creating value-based competition on results. Harvard Business Review Press. Boston 2006.



PROPUESTA DE VALOR

Brindar servicios de salud, sociales y económicos, con enfoque de prevención y alivio de riesgos, garantizando la satisfacción de los asegurados de EsSalud, maximizando la calidad de dichos servicios y la eficiencia en el uso de los recursos aportados, reconociendo en sus colaboradores al equipo que hace posible este cometido, en cumplimiento de los principios de ética en la función pública.

Para hacer realidad dicha propuesta de valor se propone organizar a EsSalud, a partir de los principios expresados en el gráfico a continuación:

Gráfico N° 13
Estrategias institucionales para el logro de la propuesta de valor



Estas estrategias de gestión por resultados, se inscriben en el marco de la política de modernización del estado y los principios de ética en la función pública. En ese sentido parte de reconocer la necesidad de un liderazgo creativo, para construir alianzas y generar sinergia con actores sociales y otros actores de los sectores Salud y Trabajo. El modelo de liderazgo planteado implica una nueva actitud de conducción corporativa, saliendo al encuentro de los problemas y de las oportunidades de mejora e innovación.

El modelo de excelencia operativa, es la base de un modelo de gobernanza orientado a los más altos estándares de gestión corporativa⁽¹⁷⁾, incorpora dos elementos de importancia en este modelo, la gestión de los recursos humanos, entendiendo a estos como los agentes fundamentales del cambio y reinventar nuestras relaciones con los asegurados en aras de construir un gobierno corporativo abierto y participativo⁽¹⁸⁾.

⁽¹⁷⁾ Bernal A, Oneto A, Penfold M, Schneider L y Wilcox J. Gobierno corporativo en América Latina. Importancia de las empresas de propiedad estatal. Corporación Andina de Fomento, 2012.

⁽¹⁸⁾ OCDE (2016). Estudios de la OCDE sobre gobernanza pública. Perú gobernanza integrada para el crecimiento inclusivo. Éditions OCDE, Paris.

3.9 Visión y Misión Institucional

VISIÓN

Ser líder en Seguridad Social de Salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores en la protección de su salud y siendo reconocida por su buen trato, con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación.

MISIÓN

Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud.

3.10 Objetivos Estratégicos Institucionales

Los objetivos del Plan Estratégico Institucional para el periodo 2017-2021 son los que se muestran en el gráfico siguientes:



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

Como se mencionó en líneas anteriores, el eje del presente Plan Estratégico es su enfoque en los problemas y la atención al asegurado, la mejora en el trato al asegurado, el desarrollo en los trabajadores de la institución de una cultura de atención al asegurado, el evitar todo tipo de obstáculos para que el asegurado vea facilitado su acceso a la atención, que esta le sea provista de una forma rápida y oportuna. En pocas palabras se trata de lograr que el asegurado se convierta en el centro del accionar de la institución y que los problemas que aborde EsSalud sean sus necesidades de salud en primer lugar, para lo cual se va mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y se brindará cuidados integrales para la identificación e intervención sobre los factores de riesgo de las enfermedades.

Los problemas de salud de los asegurados son de gran relevancia y por ello es prioritario para la institución abordarlos a corto y mediano plazo tomando su complejidad y la diversidad de intervenciones que se requiere para su solución. Con el fin de priorizar las acciones a ejecutar, un punto de partida es el análisis de los Estudios de Carga de Enfermedad y lesiones de los asegurados, con el fin de establecer un orden jerárquico en base a prioridades sanitarias, así como para la asignación eficiente de los recursos financieros, humanos y materiales.

Por otro lado, es necesario que la definición de las prioridades sanitarias se vea acompañada de una gestión de cambio que permita mejorar la cultura de trabajo en los servicios administrativos y asistenciales, orientados principalmente a mejorar la atención al asegurado.

Asimismo, se ha previsto mejorar la disponibilidad y accesibilidad de actividades socio sanitarios de los adultos mayores y asegurados con discapacidad y mejorar el control del otorgamiento de prestaciones económicas.

Para el logro de dicho objetivo se han considerado las siguientes acciones estratégicas:



ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

AE 1.1 - Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado

AE 1.2 - Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud

Entendiendo la complejidad de la medición de la calidad como atributo del conjunto del proceso de atención y considerando otros objetivos institucionales concurrentes con este objetivo, se ha considerado los siguientes indicadores:

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

Para efecto del seguimiento se han considerado indicadores de acciones estratégicas:

- Conclusión de solicitudes dentro del plazo.
- Usuarios que comunican un problema en el servicio.
- Eventos centinela gestionados a tiempo.
- Pacientes correctamente identificados según directiva vigente
- Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.
- Adultos mayores beneficiados con atención integral
- Grado de resolutivez del primer nivel (Consultas médicas en primer nivel)
- Tasa de hospitalizaciones evitables

OE 2

Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

Este objetivo se orienta a desarrollar una gestión eficiente que cuente con una orientación al logro de resultados y con un set de indicadores que permita un monitoreo efectivo de la consecución de las metas propuestas. Es por ello, que es necesario asegurar que las operaciones de soporte se brinden con oportunidad, rapidez y con una visión integral dejando de lado los enfoques que compartimentan el soporte.

Se ha priorizado optimizar los procesos quirúrgicos, hospitalarios y de consulta externa, implementar sistemas de seguimiento, evaluación y mejora continua de los procesos de atención al asegurado, mejorar los estándares de atención clínica y de seguridad del paciente (investigación, protocolos, guías de práctica clínica, planes de cuidados estandarizados, continuidad asistencial, entre otros).

Asimismo, este objetivo se orienta a mejorar la gestión del abastecimiento de recursos estratégicos, de tal manera que lleguen al usuario (interno y externo) de manera oportuna. Se debe lograr que la institución pueda adquirir los bienes y servicios oportunamente, para ello se requiere desarrollar un sistema que permita acceder a información de calidad en tiempo real, a fin de garantizar el abastecimiento de los recursos, de tal manera que se encuentren en el más alto nivel de disponibilidad a nivel nacional. Esta acción va de la mano con mejorar la gestión del mantenimiento de equipos biomédicos y electromecánicos de los establecimientos de salud a nivel nacional, en tiempo real así como, de las ambulancias.

EsSalud implementará estrategias para la dotación de personal asistencial priorizando las necesidades desde la perspectiva de la demanda, considerando el modelo de atención que prioriza la atención preventiva y la focalización en zonas alejadas y de menor desarrollo donde no existen o no permanecen mucho tiempo los trabajadores.

De manera especial, EsSalud debe contar con un sistema integral e integrado de información que recorra la totalidad de la prestación, el aseguramiento y los procesos de soporte, convirtiéndose en un vehículo de articulación de los mismos y una herramienta útil para la toma de decisiones.

Por tal motivo, EsSalud ha priorizado contar con adecuados sistemas de información bajo estándares de excelencia, tanto para mejorar la eficiencia de los procesos de gestión, como para disponer de información adecuada para la toma de

decisiones en todos los niveles, así como implementar proyectos de mejora para infraestructura tecnológica. En un escenario de aseguramiento universal, el trabajo articulado de los diversos actores del sector salud, plantea además el desarrollo de tecnologías con inter-operatividad y el intercambio de datos y transacciones a fin de asegurar la disponibilidad continua, considerando la ampliación de los servicios y transacciones como parte de la implementación de sistemas claves (troncales) y mejora de la infraestructura tecnológica. Ello –en el campo de las prestaciones de salud- se verá plasmado en el desarrollo e implementación de la Historia Clínica Electrónica Única. Asimismo, a fin de garantizar la calidad de la información se requiere implementar mecanismos de seguridad, lo que permitirá tener una gestión de Seguridad de la Información con un enfoque en riesgos y controles.

Para alcanzar este objetivo se han previsto las siguientes acciones estratégicas, las cuales se observan en la tabla siguiente:



ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

AE 2.1 - Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.

AE 2.2 - Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.

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

- Estancia Hospitalaria
- Diferimiento de Citas
- Tiempo de espera quirúrgico. (días)

Para realizar el seguimiento respecto a las acciones estratégicas se ha considerado los siguientes indicadores:

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

OE 3

Brindar servicios sostenibles financieramente.

La gestión financiera es una función fundamental de EsSalud, por ello ha de fortalecer la sostenibilidad financiera es un requisito fundamental para el desarrollo del conjunto de los objetivos y acciones previstas en el presente plan estratégico institucional. En su rol de IAFAS, EsSalud deberá establecer un Modelo de Costos y un nuevo Modelo de Financiamiento que le permita contar con costos actualizados, así como gestionar sus aportes y gastos. Asimismo, controlará periódicamente la evolución económica de los seguros, generadores de demanda y el gasto médico, para que sea una alerta que permita adoptar medidas de orden económico, financiero, administrativo o prestacional a fin de salvaguardar la continuidad de la institución y ayudar al cumplimiento de sus objetivos.

Los logros en el marco de este objetivo están supeditados a la gestión que se realice respecto al incremento de los ingresos, los ajustes en la asignación de recursos o a la combinación en la gestión de ambas variables.

Un reto importante que se propone en este plan es el de continuar con establecer claramente las funciones y responsabilidades de las dos principales unidades de negocio del seguro social de salud: el rol prestador y el rol financiador asegurador.

La ausencia de definiciones y soluciones en este campo ha ido llevando inevitablemente a una espiral de mayores gastos ocasionados por los establecimientos de salud de mayor complejidad que, como se menciona en el diagnóstico y tendencias, tienen un excesivo consumo de recursos. En estas condiciones se requiere, por un lado, dar una real autonomía a las Redes y establecimientos de salud para el manejo de la prestación y sus recursos, y por otro lado, establecer acuerdos y convenios de gestión en los que se fijen claramente los resultados e indicadores de impacto que se esperan lograr en la mejora de la atención al asegurado, en la salud de los mismos y en la gestión de los servicios, utilizando mecanismos de pago que viabilicen el control de la prestación y el equilibrio entre la atención, sus necesidades y el consumo de recursos.

Para ello se ha considerado la siguiente acción estratégica que se observa en la tabla a continuación:



ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

AE 3.1 - Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones.

Se ha considerado el siguiente indicador para evaluar este objetivo estratégico:

- Gastos operativos / Ingresos

Para realizar el seguimiento respecto a las acciones estratégicas se evaluarán los siguientes indicadores:

- Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado
- Déficit del presupuesto institucional

OE 4 Promover una gestión con ética y transparencia.

Uno de los factores críticos de éxito de EsSalud es el recurso humano, por lo que se ha priorizado el reconocimiento del valor que tiene el trabajador o colaborador, en el desarrollo de los procesos y la entrega de las prestaciones al asegurado. Está orientado a la consolidación de un equipo institucional de colaboradores de alto desempeño, que sean verdaderos agentes de cambio. Ello implica una política de gestión de recursos humanos que permita reclutar y mantener este valioso capital de experiencia que tienen los colaboradores de EsSalud, ampliándolo con un desarrollo integral en un clima laboral favorable donde se reconozca la proactividad, el desempeño de los equipos de trabajo y sus propuestas de mejora institucional.

Todas las acciones descritas no podrán tener valor si no se ejecutan bajo los principios de ética, transparencia y honestidad, por lo que EsSalud se centrará a promover una gestión basada en implementar buenas prácticas de transparencia y lucha contra la corrupción, implementando y mejorando las medidas de prevención y respuesta frente a la corrupción. En ese sentido se aspira, como punto de partida a incorporar las mejores prácticas que permitan un mejor control y una acción activa y dinámica, frente a la corrupción en todos los niveles de la institución. Se busca instaurar una cultura de integridad y legalidad en todos los mecanismos y cada uno de los niveles del Seguro Social de Salud - EsSalud, en pleno cumplimiento de sus valores institucionales y del ordenamiento jurídico aplicable.

Para efectos del logro de este objetivo se ha previsto las siguientes acciones estratégicas:



AE 4.1 - Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio.

AE 4.2 - Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción.

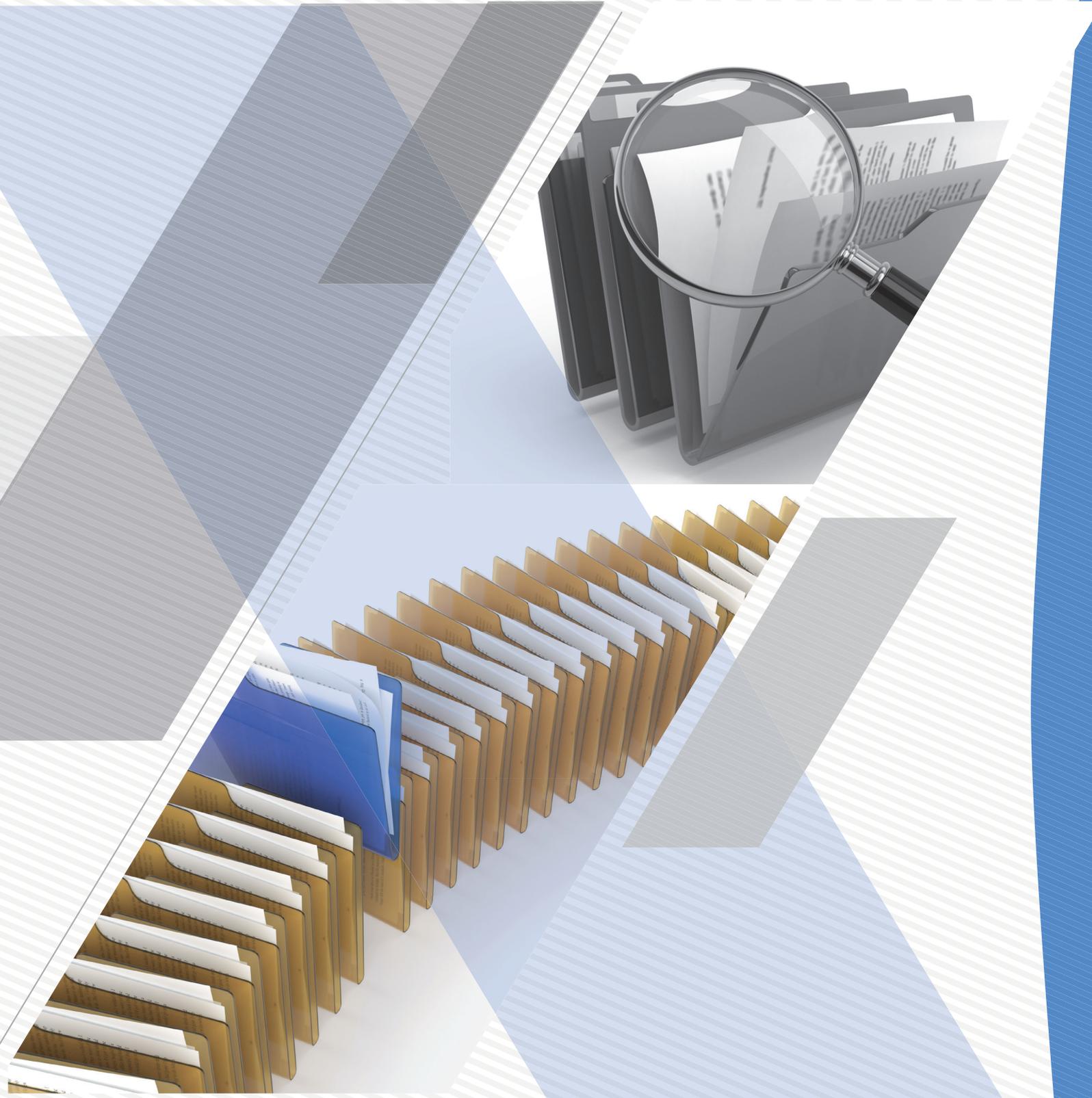
Se ha considerado el siguiente indicador para evaluar este objetivo estratégico:

- Índice de integridad institucional.

Para realizar el seguimiento respecto a las acciones estratégicas se evaluarán los siguientes indicadores:

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

- Ausentismo laboral
- Colaboradores con evaluación alta y/o muy alta de desempeño.
- Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1 000 colaboradores internos.
- Índice de prevención de la corrupción.
- Índice de respuesta frente a la corrupción.



Anexos |

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

ANEXO 1 PRIORIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Centro de Emergencia Lima Metropolitana	3 269 531				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios del área pediátrica del instituto nacional cardiovascular - INCOR, EsSalud en el distrito de Jesús María, provincia de Lima, departamento de Lima.	3 964 908	28 534			
	Ampliación del servicio de hospitalización del departamento de medicina del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, distrito de Arequipa, provincia de Arequipa departamento de Arequipa.	100 000	833 226			
	Mejoramiento del servicio de otorrinolaringología del policlínico Pablo Bermúdez en la red asistencial Rebagliati, distrito de Jesús María, provincia de Lima, departamento de Lima.	260 000	59 844			
	Instalación de los servicios de tomografía en la UPSS ayuda al diagnóstico y tratamiento del Hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta de EsSalud - Puerto Maldonado, distrito de Tambopata - provincia de Tambopata - departamento de Madre de Dios.	1 743 552	1 483 738			
	Mejoramiento del servicio de tomografía en el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el distrito de La Victoria, provincia de Lima, departamento de Lima.	4 845 642	438 547			
	Mejoramiento del servicio de neonatología en el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el distrito de La Victoria, provincia de Lima, departamento de Lima.	9 092 751	1 694 191			
	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento del centro quirúrgico y del servicio de trasplante de órgano solido del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé-Huancayo.	6 011 307				
	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento del servicio de trasplante de órgano solido del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. – Lima.	1 480 446				
	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento del servicio de trasplante de órgano solido del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Raa-Essalud-Lima.	1 574 136				
	Creación de la unidad de atención renal ambulatoria - EsSalud en el distrito de Santa Anita, provincia de Lima, departamento de Lima.	8 290 137	40 412			
	Mejoramiento de los servicios de salud del Centro Asistencial Chincheros de EsSalud, distrito de Chincheros, provincia de Chincheros y departamento de Apurímac.	8 339 514	986 406			
	Creación de la unidad de atención renal ambulatoria - EsSalud en el distrito de Villa el Salvador, provincia de Lima, departamento de Lima.	8 262 914	822 663			
	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.	1 436 982	59 664			

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Mejoramiento de la capacidad resolutive del centro quirúrgico de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el distrito de La Victoria, provincia de Lima, departamento de Lima.	9 031 768	56 000			
	Mejoramiento del programa control de tuberculosis del Policlínico Pablo Bermúdez en la Red Asistencial Rebagliati, distrito de Jesús María, provincia de Lima, departamento de Lima .	579 084	459 369			
	Instalación de la planta de tratamiento de residuos sólidos hospitalarios en el Hospital I Victor Alfredo Lazo Peralta de la Red Asistencial Madre de Dios - EsSalud de la provincia de Tambopata, distrito de Tambopata, departamento Madre de Dios.	779 194				
	Mejoramiento de las condiciones de atención del servicio de hospitalización del Hospital II Huancavelica - Red Asistencial Huancavelica - departamento de Huancavelica.	1 072 216				
	Implementación del servicio de anatomía patológica del Hospital II Moquegua- Red Asistencial Moquegua - departamento de Moquegua.	992 546				
	Mejoramiento de los servicios de salud de los centros de atención de medicina complementaria en las redes asistenciales de EsSalud, a nivel nacional.	799 039	688 017			
	Nuevo Hospital II Huacho - Red Sabogal.	3 135 221	23 236 068	34 854 103		15 939 319
	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital II Pasco de la Red Asistencial Pasco, en el distrito de fundición de Tinyahuarco, provincia de Pasco, departamento de Pasco.	AD	25 382 380	93 962 746		118 722 069
	Creación de los servicios de salud del Hospital del Altiplano de la región Puno - EsSalud, en el distrito de Puno, provincia de Puno, departamento de Puno.	152 500	25 128 612	96 271 335		125 339 248
	Ampliación del servicio de radioterapia con acelerador lineal para el tratamiento de los pacientes oncológicos de la red asistencial la Libertad – EsSalud – Distrito La Esperanza – provincia Trujillo – departamento La Libertad.	1 882 148	16 491 642			
	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento de ayuda al diagnóstico por imágenes del HNRPP - Junín.	253 024	3 883 465	276 343		
	Mejoramiento y ampliación del servicio de cirugía de día del Hospital I Uldarico Rocca Fernández, de la Red Asistencial Rebagliati, en el distrito de Villa El Salvador, provincia de Lima y departamento de Lima.	5 000	1 083 710			
	Mejoramiento de la capacidad resolutive de la posta médica Castrovirreyna de la red asistencial Huancavelica - EsSalud en el distrito de Castrovirreyna, provincia de Castrovirreyna, departamento de Huancavelica.	1 029 241	1 670			
	Mejoramiento, ampliación del cerco perimétrico de la posta médica Zarumilla - EsSalud en el distrito de Zarumilla, provincia de Zarumilla, departamento de Tumbes.	161 364	514 421			
Mejoramiento del área de toma de muestras del departamento de patología clínica del Hospital Almenara, distrito La Victoria, provincia de Lima, departamento Lima.	48 000	1 056 903				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Mejoramiento de los servicios de salud de la UPSS de consulta externa y laboratorio clínico del Centro de Atención Primaria III Puente Piedra de la gerencia de la Red Desconcentrada sabogal, distrito Puente Piedra, provincia Lima, departamento Lima.	580 664	30 682			
	Mejoramiento de la unidad de mezclas oncológicas del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	0	1 119 367			
	Mejoramiento y ampliación de la sala de observación del servicio de emergencia del Hospital III – Iquitos – EsSalud en el distrito de Punchana, provincia de Maynas, departamento de Loreto.	AD	1 199 994			
	Creación e implementación de la unidad de trasplantes de progenitores hematopoyéticos alogénico de donante no relacionado en el HNERM-EsSalud, Distrito de Jesús María, provincia de Lima, departamento de Lima.	AD	10 565 541			
	Mejoramiento de los servicios de salud del centro asistencial Calca de EsSalud, distrito de Calca, provincia de Calca y departamento de Cusco.	AD	20 000 000			
	Mejoramiento de los servicios de salud del Centro Médico Urcos de la Red Asistencial Cusco, en la provincia de Quispicanchis, distrito de Urcos.	AD	20 000 000			
	Mejoramiento del Centro Médico Pampas de la Red Asistencial Huancavelica, distrito de Pampas, provincia de Tayacaja, departamento de Huancavelica.	200 000	27 200 000	6 600 000		
	Instalación de los servicios de atención renal ambulatoria en el Hospital II de Pucallpa de la Red Asistencial Ucayali en el distrito de Calleria, provincia Coronel Portillo, departamento de Ucayali.	110 900	6 206 992	2 549 239		
	Creación de la unidad de atención renal ambulatoria de la Red Asistencial Arequipa - EsSalud, distrito de Jacobo Hunter, provincia de Arequipa, departamento de Arequipa	AD	13 995 013	5 995 657		
	Creación de la unidad de atención renal ambulatoria de la Red Asistencial Cusco - EsSalud, distrito de Wanchaq, provincia de Cusco, departamento de Cusco.	AD	13 024 465	5 581 914		
	Creación de la unidad de tratamiento oncológico en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé para la Red Oncologica Junín - EsSalud, distrito de El Tambo, provincia de Huancayo, departamento de Junín.	80 900	30 211 559	22 658 669		29 158 635
	Instalación de la unidad de tratamiento oncológico - radioterapia externa y quimioterapia - del Hospital Augusto Hernández Mendoza de la Red Asistencial Ica EsSalud distrito de Ica provincia de Ica, departamento de Ica.	82 000	16 477 512	12 358 134		12 276 134
	Creación de la unidad de tratamiento oncológico de la Red Oncológica Cusco, en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco de la Red Asistencial Cusco - EsSalud, en el distrito de Wanchaq, provincia de Cusco, departamento de Cusco.	100 000	25 785 785	19 339 339		19 239 339
	Creación del servicio de radioterapia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la Red Asistencial Almenara - EsSalud, distrito de La Victoria, provincia Lima, departamento de Lima.	120 000	21 472 107	16 104 080		15 984 080

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Mejoramiento de los servicios de salud del Cap II Huamachuco de la Red Asistencial La Libertad, distrito de Huamachuco, provincia de Sánchez Carrión, Región La Libertad.	210 000	13 390 000	10 200 000		10 200 000
	Mejoramiento de los servicios de salud del Centro Asistencial Espinar de la Red Asistencial Cusco, en la provincia de Espinar, distrito de Espinar.	AD	23 800 000	10 200 000		
	Mejoramiento del Cap II Caballococha de la Red Asistencial Loreto - distrito de Caballococha, provincia de Ramón Castilla, departamento de Loreto.	200 000	8 200 000	5 600 000		
	Creación de los servicios de salud del policlínico de Complejidad Creciente La Tinguíña en la Red Asistencial Ica - EsSalud distrito de la Tinguíña. provincia de Ica, departamento de Ica.	100 000	18 139 200	13 679 400		13 679 400
	Creación e implementación del Cap III Jaén de la Red Asistencial Lambayeque, en el distrito de Jaén, provincia de Jaén, departamento de Cajamarca.	80 000		5 880 814		3 973 876
	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital Chocope de la Red Asistencial La Libertad, en el distrito de Chocope, provincia de Ascope y departamento La Libertad.	360 000				
	Recuperación de los servicios de salud del Hospital Marie Reiche de la Red Asistencial Ica - EsSalud, distrito de Marcona, provincia de Nazca, departamento de Ica.	511 135				
	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital III de Emergencias Grau de la Red Asistencial Almenara - EsSalud, en el distrito de La Victoria, provincia de Lima, departamento de Lima.	225 000				
	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital II Talara en el distrito de Pariñas, provincia de Talara, departamento de Piura (*).	63 000				
	Mejoramiento de los servicios de salud del hospital II Vitarte de la Red Asistencial Almenara-EsSalud, distrito de Vitarte, provincia de Lima, departamento de Lima.	0				
	Creación del Hospital de Alta Complejidad de la Red Asistencial Ancash - EsSalud en el distrito de Nuevo Chimbote, provincia Del Santa, departamento de Ancash.	AD				
	Creación del Hospital de Alta Complejidad Piura de la Red Asistencial Piura - EsSalud en el distrito de Piura, provincia de Piura, departamento de Piura.	53 900				
	Creación del Instituto del Niño y del Adolescente del Seguro Social de Salud-EsSalud, en el Distrito de Jesús María, provincia de Lima, departamento de Lima.	53 900				
	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital II Ilo de la Red Asistencial Moquegua - EsSalud, distrito de Ilo, provincia de Ilo, departamento de Moquegua.	275 114				
	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital I Juanjui de la Red Asistencial Tarapoto, distrito de Juanjui, provincia de Mariscal Cáceres, departamento de San Martín.	AD				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Creación de los servicios de salud de complejidad creciente de EsSalud en el distrito de San Borja, provincia de Lima y departamento de Lima.	340 000				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Hospital III Juliaca de la Red Asistencial Juliaca, distrito de Juliaca, provincia de San Román, departamento de Puno.	654 090				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo de la Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati-EsSalud distrito de Chorrillos, provincia Lima, departamento Lima.	481 140				
	Creación de los servicios de salud del hospital especializado en la Red Asistencial Cajamarca - EsSalud, distrito de Cajamarca, provincia de Cajamarca, departamento de Cajamarca (*).	AD				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Hospital I Florencia de Mora de la Red Asistencial La Libertad – EsSalud, distrito de Florencia de Mora, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad.	507 644				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Hospital III Daniel Alcides Carrión de la Red Asistencial Tacna, distrito de Calana, provincia de Tacna, departamento de Tacna.	797 940				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Hospital I El Buen Samaritano de la Red Asistencial Amazonas - EsSalud, distrito de Bagua, provincia de Bagua, departamento de Amazonas.	434 000				
	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital Víctor Lazarte de la Red Asistencial La Libertad – EsSalud, distrito de Trujillo, provincia de Trujillo, departamento de La Libertad.	500 000				
	Creación del Hospital General Chota de la Red Asistencial Lambayeque - EsSalud, distrito de Chota, provincia de Chota, departamento de Cajamarca.	30 000				
	Mejoramiento y ampliación del Centro de Atención Primaria Nasca de la Red Asistencial Ica - EsSalud, distrito de Nasca, provincia de Nasca, departamento de Ica.	70 000				
	Mejoramiento de los servicios de salud del Hospital I Rioja de la Red Asistencial Moyobamba – EsSalud, distrito de Rioja, provincia de Rioja, departamento de San Martín.	573 996				
	Mejoramiento de los servicios de salud del Centro Asistencial Yurimaguas de la Red Asistencial Loreto - distrito de Yurimaguas, provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto.	296 000				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Centro Asistencial Moche de la Red Asistencial La Libertad, en el distrito de Moche, provincia de Trujillo, departamento La Libertad.	20 000				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Hospital II Moquegua de la Red Asistencial Moquegua - distrito de Moquegua, provincia de Mariscal Nieto, departamento de Moquegua.	686 664				

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Mejoramiento y ampliación del Hospital II Huaraz de la Red Asistencial Ancash - EsSalud en el distrito de Independencia, provincia de Huaraz, departamento de Ancash.	473 152				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del Hospital I Edmundo Escomel de la Red Asistencial Arequipa – EsSalud, distrito de Paucarpata, provincia de Arequipa, departamento de Arequipa.	343 951				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud de la Red Asistencial Rebagliati – EsSalud en el distrito de San Juan de Miraflores, provincia de Lima, departamento de Lima.	46 881				
	Creación de los servicios de salud del hospital de cuidados paliativos de mediana estancia de la Red Asistencial Rebagliati - EsSalud, en el distrito de Jesús María, provincia de Lima, departamento de Lima.	AD				
	Creación del Instituto de Medicina de Rehabilitación y del Deporte - EsSalud, distrito de San Juan de Miraflores, provincia de Lima, departamento de Lima.	15 000				
	Mejoramiento de la oferta de los servicios del Hospital III Yanahuara de EsSalud, distrito de Yanahuara, provincia de Arequipa, departamento de Arequipa.	714 039				
	Ampliación y mejoramiento de los servicios de salud del Hospital I Samuel Pastor de EsSalud, distrito de Samuel Pastor, provincia de Camaná, departamento de Arequipa.	544 000				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios del Hospital Manuel de Torres Muñoz de EsSalud, distrito de Mollendo, provincia de Islay, departamento de Arequipa.	632 400				
	Mejoramiento de los servicios de salud del Centro de Atención Primaria III Meliton Salas Tejada de EsSalud, distrito de Socabaya, provincia de Arequipa, departamento de Arequipa.	200 536				
	Creación del Hospital I Lambayeque de la Red Asistencial Lambayeque, distrito de Lambayeque, provincia de Lambayeque, departamento de Lambayeque.	479 720				
	Mejoramiento de los servicios del Centro Médico Cutervo de la Red Asistencial Lambayeque, distrito y provincia de Cutervo, departamento de Cajamarca	483 300				
	Mejoramiento y ampliación del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de la Red Asistencial Lambayeque, distrito y provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque.	677 040				
	Mejoramiento de las atenciones del Hospital Naylamp de la Red Asistencial Lambayeque - EsSalud, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque.	450 000				
	Mejoramiento de los servicios de salud del tercer nivel de atención de la Red Asistencial Sabogal, distrito de Bellavista, provincia del Callao, departamento de Lima.	539 048				
	Mejoramiento del servicio de cirugía plástica y quemados del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, provincia de Lima, departamento de Lima.	AD				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Mejoramiento del servicio de anestesia y cirugía de corta estancia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud, distrito de La Victoria, provincia de Lima.	AD				
	Mejoramiento de los servicios de la Clínica pediátrica y cirugía pediátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, distrito de La Victoria, provincia de Lima.	AD				
	Mejoramiento del servicio de laboratorio de tuberculosis en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la Red Asistencial Almenara - EsSalud, distrito de La Victoria, provincia de Lima.	AD				
	Mejoramiento del servicio de medicina nuclear del HNGAI del Hospital Nacional Almenara	AD				
	Mejoramiento de la central de esterilización y suministros del HNGAI del Hospital Nacional Almenara.	AD				
	Mejoramiento del servicio de resonancia nuclear del Hospital Nacional Almenara.	AD				
	Mejoramiento de las unidades de apoyo del departamento de cuidados críticos de Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen: Unidad de Soporte Nutricional y Ventiloterapia.	AD				
	Mejoramiento y ampliación de las áreas de obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara de la Red Asistencia Almenara, departamento de Lima, provincia de Lima y distrito de La Victoria	AD				
	Mejoramiento del sistema eléctrico del Hospital Almenara.	AD				
	Mejoramiento del equipamiento electromecánico de la torre de consulta externa del HNGAI.	AD				
	Implementación de la unidad de manejo del paciente con desorden cerebrovascular del Hospital Nacional Guillermo Almenara de la Red Asistencia Almenara, departamento de Lima.	AD				
	Implementación de la ecografía doppler a color para uso intraoperatorio del servicio de páncreas, bazo y retroperitoneo del Hospital Nacional Almenara	AD				
	Mejoramiento de la capacidad resolutive del departamento de neurocirugía del Hospital Nacional Almenara.	AD				
	Mejoramiento de la cadena de frío del servicio de farmacia del Hospital Nacional Almenara.	AD				
	Mejoramiento de la capacidad resolutive del servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Almenara.	AD				
	Mejoramiento de la capacidad resolutive del servicio de recuperación y terapia del dolor del Hospital Nacional Almenara.	AD				
	Mejoramiento de la capacidad resolutive del servicio de nefrología del Hospital Nacional Almenara.	AD				
Instalación de los servicios de salud del Centro de Atención Primaria III Miraflores de EsSalud, distrito de Miraflores, provincia de Arequipa, departamento de Arequipa.	AD					

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Mejoramiento de tamizaje de anemia a niños de 6 a 36 meses en la Red Asistencial Arequipa.	AD				
	Mejoramiento y ampliación del servicio de cuidados intensivos e intermedios del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, de la red asistencial Junín, distrito El Tambo, provincia de Huancayo, departamento de Junín.	AD				
	Mejoramiento del CAM San Ramón de la Red Asistencial Junín, distrito de San Ramón, provincia de La Merced, departamento de Junín.	AD				
	Ampliación y mejoramiento del servicio de hemodialisis del Hospital Ramiro Priale Priale de la Red Asistencial Junín, distrito El Tambo, provincia de Huancayo, departamento de Junín.	AD				
	Mejoramiento de los servicios de emergencia del Hospital Ramiro Priale Priale de la red asistencial Junín, distrito El Tambo, provincia de Huancayo, departamento de Junín.	AD				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud en el primer nivel de atención en la Red Asistencial Junín, distrito de Jauja, provincia de Jauja, departamento de Junín.	AD				
	Mejoramiento del Policlínico Metropolitano Huancayo, Red Asistencial Junín, distrito El Tambo, provincia de Huancayo, departamento de Junín.	AD				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud en el primer nivel de atención del Centro Médico Junín en la Red Asistencial Junín, distrito de Junín, provincia de Junín, departamento de Junín.	AD				
	Mejoramiento y ampliación de los servicios del establecimiento de salud pucara, Red Asistencial Lambayeque - EsSalud, distrito de Pucara, provincia de Jaen, departamento de Cajamarca.	AD				
	Mejoramiento del servicio de patología clínica del Hospital II Luis Heysen Inchaustegui de la Red Asistencial Lambayeque, provincia de Chiclayo, distrito de Pimentel.	AD				
	Mejoramiento de las atención domiciliaria de la Red Asistencial de Lambayeque.	AD				
	Mejoramiento del Cap III Carlos Castañeda Iparraguirre de la Red Asistencial Lambayeque, distrito de La Victoria, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque.	AD				
	Mejoramiento de los servicios del Centro Asistencial Chongoyape de la Red Asistencial de Lambayeque, distrito de Chongoyape, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque.	AD				
	Mejoramiento de las atenciones del Hospital I Chepen de la Red Asistencial Lambayeque, distrito de Chepen, provincia de Chepen, departamento de Lambayeque.	AD				
	Mejoramiento de los servicios de salud de la UPSS de consulta externa y laboratorio clínico del Centro de Atención Primaria III Hna. Maria Donrose de la Gerencia de Red Desconcentrada Sabogal, distrito de Ventanilla, provincia constitucional del Callao.	AD				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (3)	AÑOS (1,2)				
		2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	Mejoramiento de los servicios de salud de la UPSS de consulta externa y laboratorio clínico del Centro de Atención Primaria III Bellavista de la gerencia de Red Desconcentrada Sabogal, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	AD				
	Mejoramiento de los servicios de salud de la UPSS de consulta externa y laboratorio clínico del Centro de Atención Primaria III Carabayllo de la Gerencia de Red Desconcentrada Sabogal, distrito de Carabayllo, provincia de Lima, departamento de Lima.	AD				
	Mejoramiento del servicio de neurocirugía de la gerencia quirúrgica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	AD				
	Mejoramiento del servicio de urología de la gerencia quirúrgica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	AD				
	Mejoramiento del servicio de cuidados intensivos adultos de la gerencia clínica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	AD				
	Mejoramiento de la unidad de dosis unitaria del servicio de farmacotecnia de la gerencia de apoyo al diagnóstico y tratamiento del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	AD				
	Mejoramiento del servicio de terapia de dolor de la gerencia quirúrgica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	AD				
	Mejoramiento de la cocina y comedor del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	AD				
	Mejoramiento de las farmacias del servicio de farmacotecnia de la gerencia de apoyo al diagnóstico y tratamiento del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, distrito de Bellavista, provincia constitucional del Callao.	AD				
<p>(1) De acuerdo al Reglamento del DL N° 1252, Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones. Título III - Ciclo de Inversión, Art.10 "Programación Multianual": La Programación Multianual de Inversiones se realiza para un período mínimo de 03 años, contados desde el año siguiente a aquel en que se realiza la programación.</p> <p>(2) Programa Multianual de Inversión ESSALUD 2018-2020 presentado al Órgano Resolutivo del sector salud con Oficio N° 073-GG-ESSALUD-2017, de fecha 12.05.2017, en el cumplimiento a la Directiva N° 001-2017-MEF/ 63.01 "Directiva para la Programación Multianual en el marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones".</p> <p>(3) En este ítem se consigna la relación de proyectos de inversión de ESSALUD priorizados y concordados con la cartera de inversiones del Programa Multianual de Inversiones ESSALUD 2018-2020 presentado oficialmente al sector salud MINSA y registrado en el Aplicativo Informático (PMI) de la Dirección General de Inversión Pública del Ministerio de Economía y Finanzas</p>						
*AD Proyectos de Inversión por administración directa de la Unidad Formuladora correspondiente						
Los montos están dados en Soles						

**ANEXO 2
ARTICULACIÓN DE METAS E INDICADORES**

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	LINEA BASE 2016	META					ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	LINEA BASE 2016	META				
			2017	2018	2019	2020	2021				2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	74.9%	78%	81%	84%	87%	90%	AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Conclusión de solicitudes dentro del plazo.	69.3%	95%	96%	97%	98%	99%
									Usuarios que comunican un problema en el servicio.	11%	15%	16%	17%	18%	19%
									Eventos centinela gestionados a tiempo.	N.D.	60%	70%	80%	90%	98%
									Pacientes correctamente identificados según directiva vigente.	N.D.	Implementación	20%	40%	60%	80%
									Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	1 659	1 825	2 008	2 209	2 430	2 673
									Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral	N.D.	Basal	1.10 x Basal	1.20 x Basal	1.33 x Basal	1.45 x Basal
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	87			73		61 (2024)	AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas Médicas en Primer Nivel).	41.4%	42%	50%	52%	60%	70%
								Tasa de hospitalizaciones evitables	N.D.	Basal	0.99 x Basal	0.97 x Basal	0.94 x Basal	0.90 x Basal	
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia hospitalaria	5.2	4.7	4.2	3.7	3.2	2.7	AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos.	N.D.	20%	40%	60%	80%	90%
	Diferimiento de Citas	12	11	10	9	8	7		Cobertura de puestos laborales activos a Nivel Nacional.	N.D.	95%	96%	97%	98%	99%
	Tiempo de espera quirúrgico. (días)	87	80	75	60	55	45		Ítems de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes)	< 10%	<10%	<6%	<4%	<2%	<1%
								AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Sistemas integrados de gestión institucional.	0%	5%	10%	30%	50%	70%
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos operativos / Ingresos	96%	99%	97%	95%	93%	91%	AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado.	N.D.	5%	15%	40%	80%	100%
									Déficit del presupuesto institucional.	1.23%	5.00%	3.50%	1.50%	0.75%	0.00%
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional.	N.D.	90%	94%	96%	98%	99%	AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Ausentismo laboral.	N.D.	Basal	0.90 x Basal	0.85 x Basal	0.80 x Basal	0.75 x Basal
									Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño.	N.D.	Modelos, normas de aplicación y formatos	3%	7%	13%	20%
									Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1 000 colaboradores internos.	N.D.	Diseño del Programa	2	3	6	10
								AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de prevención de la corrupción.	N.D.	90%	94%	96%	98%	99%
									Índice de respuesta frente a la corrupción.	N.D.	90%	94%	96%	98%	99%

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

ANEXO 3 FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL					
Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
Nombre del Indicador	Índice de satisfacción general.				
Definición	La medición del nivel de satisfacción nos permitirá conocer la percepción de los asegurados sobre nuestros servicios.				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Se medirá la satisfacción en todos los servicios que brinda ESSALUD, en todos los establecimientos de salud y centros de medicina complementaria, oficinas de seguros y prestaciones económicas, centros de adulto mayor y centros de rehabilitación profesional.				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 2015		Año t-1 2016		
	ND		74.9%		
Justificación	La medición del nivel de satisfacción general nos permitirá conocer la percepción de los asegurados sobre nuestros servicios y poder contrastarlas con mediciones internas de eficiencia y calidad.				
Limitaciones y supuestos empleados	Es necesario realizar una encuesta con gran volumen de datos para asegurar la confiabilidad de la información, motivo por el cual la obtención de la información no es instantánea.				
Variables de medición	Encuestas con calificación "muy satisfecho" y "satisfecho": Número de encuestas con calificación "muy satisfecho" y "satisfecho" Encuestas realizadas : Número total de encuestas realizadas				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Encuestas con calificación "muy satisfecho" y "satisfecho"}}{\text{Total encuestas realizadas}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	78%	81%	84%	87%	90%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Trimestral				
Fuente de datos	Base de datos de encuestas realizadas en el período				
Base de datos	Base de datos de encuestas realizadas en el período				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Atención al Asegurado				

Ficha de Protocolo de Indicador				
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.				
Nombre del Indicador	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes			
Definición	<p>El cálculo de los años de vida saludables perdidos es un indicador sintético resultante de la suma de los años de vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP).</p> <p>Los estudios de carga de enfermedad miden las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, incluyen tanto las pérdidas por muerte prematura como aquellas producidas por la discapacidad que originan los problemas de salud. Para ello se utilizan indicadores llamados AVISA que miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz o la incidencia y duración de la discapacidad en la población. Los AVISA son el resultado de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) que son ponderados por la gravedad de la discapacidad.</p>			
Tipo de indicador	Indicador de Resultado			
Nivel de desagregación geográfica	Nacional			
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Año t-3 (2014)		Año t-1 (2016)	
	87		N.D.	
Justificación	<p>Actualmente EsSalud se enfrenta al incremento de población asegurada como consecuencia del impulso de la política de formalización laboral. Asimismo, debido a la transición demográfica se enfrenta a la tendencia de envejecimiento de la población asegurada con mayor presencia de enfermedades crónicas. Otro problema a enfrentar es el alto costo de las prestaciones y la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera de las mismas. En ese contexto, el estudio de carga de enfermedad permite a la institución determinar las prioridades sanitarias institucionales y evaluar el impacto que tienen las intervenciones en el reducción de los años perdidos por discapacidad y muerte prematura, así como orientar sus recursos financieros con mayor eficiencia.</p>			
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Calidad del registro de datos de la información sanitaria.</p> <p>Debido a la complejidad de las variables consideradas para el estudio de carga de enfermedad, el tiempo para obtener los resultados es prolongado, lo cual determina que se tengan estudios aproximadamente cada 4 años</p>			
Variables de medición	<p>Los años de vida ajustados saludables perdidos miden la magnitud del daño que producen las enfermedades o lesiones. Su cálculo requiere de la determinación de los parámetros básicos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La duración del tiempo perdido como consecuencia de la muerte prematura; b) El valor social del tiempo vivido a diferentes edades; c) La preferencia de tiempo y d) La medición de resultados no fatales. <p>La medición de los AVISA implica la realización de tres grandes tareas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La construcción del listado de enfermedades. 2) La medición de los años de vida perdidos por muerte prematura. 3) La medición de los años de vida perdidos por discapacidad. 			
Fórmula o método de cálculo	$\text{Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD)} + \text{Años de vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP)} = \text{Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA)}$			
Meta institucional:	2017	2018	2019	2020
			73	61 (2024)
Periodicidad de las mediciones (Organo responsable)	Triannual			
Fuente de datos	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH, SGSS, SISCAP).			
Base de datos	Estadística asistencial			
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral			
Órgano responsable	Gerencia Central de Prestaciones de Salud			

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.					
Nombre del Indicador	Estancia Hospitalaria				
Definición	La estancia hospitalaria se refiere al número de días que un paciente permanece hospitalizado hasta el alta del servicio. Se obtiene midiendo el número total de días de hospitalización de todos los pacientes en un año, entre el número de admisiones o altas. Se excluyen las admisiones de un solo día.				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 2015		Año t-1 2016		
	N.D.		5.2		
Justificación	El tiempo promedio de hospitalización se considera un indicador de resultado que mide la eficiencia del servicio de hospitalización. Una hospitalización de duración más adecuada reducirá el riesgo y el costo del alta del paciente.				
Limitaciones y supuestos empleados	Limitación: La calidad de información que se reporta desde los establecimientos de salud				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Días de estancia hospitalaria Egresos de Hospitalización				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Sumatoria de los días de estancia en hospitalización en un período}}{\text{Egresos de Hospitalización en el mismo período}}$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	4.7	4.2	3.7	3.2	2.7
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Mensual				
Fuente de datos	SES				
Base de datos	Sistema de Gestión Hospitalaria				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	GCOP (Consolidación) y EESS (medición de la meta)				
Órganos involucrados	Sub Gerencia de Estadística GCPP, GCTIC, Órganos Desconcentrados				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.					
Nombre del Indicador	Diferimiento de citas de consulta externa				
Definición	Días de diferimiento son los días calendario transcurridos entre la fecha de cita indicada por el Médico en Consulta externa y la fecha de cita obtenida para atención médica en Consulta Externa.				
Tipo de indicador	Indicador de resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			12	
Justificación	Un atributo de la calidad es la oportunidad de la atención. Alcanzar citas oportunas es una necesidad muy sensible de nuestra población asegurada. Necesitamos que el mayor porcentaje de asegurados se atiendan de forma oportuna, para lo cual se requiere disminuir el diferimiento de citas.				
Limitaciones y supuestos empleados	Existe un registro limitado de la indicación médica con respecto a la fecha de atención.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Días calendario transcurridos entre la fecha de cita indicada para ser atendido en la consulta externa y la fecha para la cual es asignada la cita Total citas otorgadas				
Fórmula o método de cálculo	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de cita indicada para ser atendido en la consulta externa y la fecha para la cual es asignada la cita				
	Total citas otorgadas				
Meta institucional:	2017	2018	2019	2020	2021
	11	10	9	8	7
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Mensual				
Fuente de datos	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH, SGSS, SISCAP).				
Base de datos	Producción asistencial				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	GCOP (Consolidación) y EESS (medición de la meta)				
Órganos involucrados	Sub Gerencia de Estadística GCPP, GCTIC, Órganos Desconcentrados, Órganos Prestadores Nacionales				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.					
Nombre del Indicador	Tiempo de espera quirúrgico				
Definición	Días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	112			87	
Justificación	El tiempo de espera de los pacientes intervenidos quirúrgicamente es un indicador de la respuesta de los servicios de salud, que expresan su capacidad para proporcionar la asistencia sanitaria correspondiente en el tiempo adecuado.				
Limitaciones y supuestos empleados	Registro manual de la declaración de aptitud quirúrgica. Sub registro de la aptitud quirúrgica en los Hospitales, en proyecto de normalizarse.				
Variables de medición	Pacientes aptos: Quien luego de haber cumplido con todos los requisitos del proceso de Evaluación Pre Operatoria, es evaluado y autorizado por el Anestesiólogo para ser sometido a una intervención quirúrgica. Días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos: Días entre la fecha que el paciente es declarado apto hasta la fecha de la intervención quirúrgica. Total de Pacientes con intervención quirúrgica: Número total de pacientes ya intervenidos quirúrgicamente				
Fórmula o método de cálculo	Promedio de días de espera para la intervención quirúrgica de pacientes declarados aptos (Fecha de cirugía - Fecha de aptitud)				
Meta institucional:	2017	2018	2019	2020	2021
	80	75	60	55	45
Periodicidad de las mediciones (Organo responsable)	Mensual				
Fuente de datos	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH, SGSS)				
Base de datos	Centro Quirúrgico, MOPRI, Consulta Externa				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Operaciones				
Órganos involucrados	Establecimiento de Salud				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Brindar servicios sostenibles financieramente.					
Nombre del Indicador	Gastos Operativos / Ingresos				
Definición	Suma de todos los egresos del presupuesto, sin considerar gastos de capital; sobre el total de todas las fuentes de ingresos.				
Tipo de indicador	Indicador de resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2			Año t-1	
	94.29%			96.00%	
Justificación	Los egresos operativos (no gastos de capital) han subido significativamente más rápido que los ingresos; los servicios deben ser de calidad, pero también eficientes. En el largo plazo, y para ser sostenible, los egresos deben ser menores que los ingresos, permitiendo financiar gastos de capital en ampliación de infraestructura, equipamiento, etc; de acuerdo a lo que la demanda requiere.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Regulación futura que tenga impacto en los egresos y/o ingresos. Contingencias no planificadas (como emergencias sanitarias, desastres naturales, etc.). Aprobación anual del Presupuesto por parte de FONAFE.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Total de Egresos que no sean Gastos de Capital Total de Ingresos de todas las fuentes de financiamiento				
Fórmula o método de cálculo	$(\text{Egresos} + \text{Transferencias Netas}) / (\text{Ingresos de todas las fuentes})$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	99%	97%	95%	93%	91%
Periodicidad de las mediciones (Organo responsable)	Anual				
Fuente de datos	SAP				
Base de datos	SAP				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Anual				
Órgano responsable	GCPP / GP				
Órganos involucrados	Todos los OODD y OOC				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Promover una gestión con ética y transparencia.					
Nombre del Indicador	Índice de Integridad Institucional (III)				
Definición	El Índice de Integridad Institucional sirve para observar los mecanismos anticorrupción existentes. Esto lo diferencia del Índice de percepción de la corrupción. El índice de Integridad (Global Integrity) evalúa la existencia, la eficacia y el acceso de los ciudadanos a los mecanismos clave de gobernanza y anticorrupción. Se busca instaurar una cultura de integridad y legalidad en todos los mecanismos y cada uno de los niveles del Seguro Social de Salud - EsSalud, en pleno cumplimiento de sus valores institucionales y del ordenamiento jurídico aplicable.				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D			N.D	
Justificación	En concordancia con la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, el Perú, a través de sus entidades públicas, incluido el Seguro Social de Salud - EsSalud, se comprometió a promover la participación de la sociedad a la debida gestión de los asuntos públicos y los bienes públicos, y a la integridad, la transparencia y la obligación de rendir cuentas.				
Limitaciones y supuestos empleados	La no asignación de recursos y presupuesto para fortalecer las actividades de prevención, combate y respuesta a la problemática de la corrupción.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Índice de Prevención de la Corrupción Índice de Respuesta frente a la Corrupción				
Fórmula o método de cálculo	III = PROMEDIO DE (IPC, IRC)				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	90%	94%	96%	98%	99%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Semestral				
Fuente de datos	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.				
Base de datos	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Secretaría General				
Órganos involucrados	Todas las dependencias del Seguro Social de Salud - EsSalud.				

ANEXO 4
FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado					
Nombre del Indicador	Porcentaje de conclusión de solicitudes dentro del plazo.				
Definición	Es el porcentaje de solicitudes atendidas en el plazo establecido, del total de solicitudes registradas.				
Tipo de indicador	Indicador de Proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Se medirá en todos las plataformas de atención al usuario en EsSalud de las redes asistenciales, centros de medicina complementaria, oficinas de seguros y prestaciones económicas, centro de adulto mayor y centros de rehabilitación.				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	68.0%		69.3%		
Justificación	La atención de las solicitudes de nuestros asegurados es importante para garantizar el derecho a la información atendiendo los requerimientos dentro de los plazos establecidos.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Se obtiene a través de la base de datos del Sistema de Información de Atención al Asegurado.				
Variables de medición	Solicitudes registradas válidas: son todas las solicitudes registradas exceptuando las anuladas. Solicitudes concluídas en plazo: son todas las solicitudes en estado concluído, dentro del plazo establecido. Solicitudes en trámite en plazo: son todas las solicitudes en estado pendiente que aún están dentro del plazo de tiempo para su conclusión.				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Solicitudes concluídas en plazo}}{\text{Solicitudes registradas válidas} - \text{Solicitudes en trámite en plazo}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	95%	96%	97%	98%	99%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Semanal				
Fuente de datos	Base de datos de Sistema de Información de Atención al Asegurado				
Base de datos	Base de datos de Sistema de Información de Atención al Asegurado				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Atención al Asegurado				
Órganos involucrados	Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado					
Nombre del Indicador	Porcentaje de usuarios que comunican un problema en el servicio.				
Definición	Es el porcentaje de los usuarios de nuestros servicios que perciben problemas y comunican su insatisfacción.				
Tipo de indicador	Indicador de Proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Se medirá en todos los servicios que brinda ESSALUD, en todas las redes asistenciales y centros de medicina complementaria, oficinas de seguros y prestaciones económicas, centros de adulto mayor y centros de rehabilitación.				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	0		11%		
Justificación	Es necesario medir qué porcentaje de los usuarios de nuestros servicios perciben problemas y luego qué porcentaje comunica su insatisfacción. Una mayor tasa significa que contamos con plataformas de atención al usuario en todos los canales, significa también más confianza con la respuesta de nuestras plataformas de atención y que los usuarios están adecuadamente informados de su derecho de comunicar su insatisfacción.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Es necesario realizar una encuesta con gran volumen de datos para asegurar la confiabilidad de la información, motivo por el cual la obtención de la información no es instantánea.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>Usuarios con registro de insatisfacción: son todos los usuarios encuestados que han manifestado haber tenido un problema en el servicio y manifiestan haber registrado su insatisfacción a través de nuestros canales de atención presencial, telefónico o virtual en un periodo de evaluación.</p> <p>Usuarios insatisfechos: son todos los usuarios encuestados que manifestaron algún tipo de insatisfacción en el servicio solicitado y/o recibido en un periodo de evaluación.</p>				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Usuarios encuestados que manifestaron haber tenido una insatisfacción y la comunicaron a una PAU de la Institución}}{\text{N}^\circ \text{ de Usuarios encuestados que manifiestan haber tenido una insatisfacción en el servicio solicitado o recibido}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	15%	16%	17%	18%	19%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Semestral				
Fuente de datos	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo				
Base de datos	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Atención al Asegurado				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado					
Nombre del Indicador	Porcentaje de Eventos Centinela gestionados a tiempo.				
Definición	Este indicador mide la gestión del eventos centinela en las IPRESS del Seguro Social de Salud - ESSALUD.				
Tipo de indicador	Indicador de proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional - ESSALUD				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D.		N.D.		
Justificación	Identificar oportunidades de mejora para la reducción o mitigación del riesgo de presentación de eventos centinela a partir del análisis y gestión del evento centinela acontecido en las IPRESS/OPN de ESSALUD.				
Limitaciones y Supuestos empleados	<ul style="list-style-type: none"> - Subregistro de eventos centinela en el REGINCIAD. - Eventos Centinelas registrados a la fecha de reporte que, en atención al plazo establecido, se encuentran en el proceso de gestión del evento, no habiéndose concluido este. 				
Variables de medición	<p>N° Eventos Centinela gestionados según Directiva: Número de eventos centinela acontecidos en la IPRESS durante el trimestre evaluado, que son notificados, analizados y gestionados en la IPRESS según normativa institucional, los cuales deben contar con un plan de intervención terminado registrado en la Ficha de Reporte y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en la Atención de Salud y en el Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos.</p> <p>N° eventos centinela notificados: Número de eventos centinela acontecidos en la IPRESS durante el trimestre evaluado que son reportados a través de la Ficha de Reporte y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en la Atención de Salud y en el Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos.</p> <p>Las IPRESS que no presenten casos deben informarlo mensualmente a la Oficina de Calidad de la IPRESS "sin casos".</p>				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N° de Eventos Centinela gestionados según directiva}}{\text{N° de Eventos Centinela registrados}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	60%	70%	80%	90%	98%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Trimestral				
Fuente de datos	Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos. REGINCIAD				
Base de datos	Base de datos generada del REGINCIAD				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Trimestral				
Órgano responsable	Responsable de la medición del Indicador: Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención - Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización				
Órganos involucrados	Responsable de la alimentación de base de datos: Usuarios del REGINCIAD de IPRESS y UGIPRESS Responsable de la base de datos del indicador: Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado					
Nombre del Indicador	Porcentaje de pacientes correctamente identificados según directiva vigente				
Definición	Este indicador evalúa el uso del brazalete u otro medio con identificadores, que no sea identificadores de ubicación y con las características referidas a su correcto llenado en cumplimiento de lo establecido en las directivas institucionales, evitando situaciones de riesgo adicional durante los procesos de atención de salud; así mismo, debe informarse previamente al asegurado la finalidad e importancia de mantener el brazalete mientras dure el período de hospitalización, solicitando al mismo tiempo su participación activa.				
Tipo de indicador	Indicador de Proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional - EsSalud				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D		N.D		
Justificación	Todos los pacientes tienen derecho a una atención segura en todo momento. La inadecuada identificación de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociadas a errores en la asistencia.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Sujeto a cumplimiento de cronograma establecido a nivel de las IPRESS seleccionadas. Solo están incluidas IPRESS con UPSS Hospitalización. Solo incluye a los pacientes que se encuentran internados en los servicios de hospitalización siguientes: Medicina, Pediatría, Cirugía, tanto generales como de especialidades.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Numerador: son los pacientes que cuentan con el brazalete de identificación correcto, colocado en el lugar correcto, con la tinta correcta, letra legible, con los identificadores correctos (documento de identidad, Nombres y Apellidos completos), e identificadores no referidos a ubicación de acuerdo a Directiva, en la UPSS hospitalización de los servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición. Denominador: N° Total de pacientes hospitalizados en la UPSS hospitalización de los servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición.				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Nº de pacientes con brazaletes de identificación con datos correctos de acuerdo a Directiva en la UPSS hospitalización de los servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición}}{\text{Nº Total de pacientes hospitalizados en servicios de medicina, pediatría y cirugía al momento de la medición}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	Implementación	20%	40%	60%	80%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Según cronograma establecido en la IPRESS por el servicio correspondiente, el cual debe incluir cuatro mediciones anuales, correspondientes a cada trimestre.				
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC)				
Base de datos	Base de datos del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC)				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Responsable de la medición del Indicador: Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención - Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización				
Órganos involucrados	Responsable de la alimentación de base de datos: Usuarios del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad de las IPRESS y UGIPRESS Responsable de la base de datos del indicador: Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado					
Nombre del Indicador	Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.				
Definición	Mide el incremento de asegurados con discapacidad integrados laboralmente a través del Programa de Rehabilitación Profesional en los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS).				
Tipo de indicador	De resultado				
Nivel de desagregación geográfica	A nivel nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	1 500		1 659		
Justificación	Incrementar en 10 % cada año el número de usuarios (personas con discapacidad derivadas desde los establecimientos de salud) integrados laboralmente a través del Programa de Rehabilitación Profesional en los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS) y mejorar su calidad de vida.				
Limitaciones y supuestos empleados	Falta de implementación de un sistema informático.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	A = Total de asegurado con discapacidad que fueron integrados laboralmente a través de programas de rehabilitación profesional en CERPS y MBRPS, del año anterior a la medición.				
Fórmula o método de cálculo	A*1.1				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	1 825	2 008	2 209	2 430	2 673
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Mensual				
Fuente de datos	Reporte Mensual de CERPS y MBRPS.				
Base de datos	Formato en excel				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad – Sub Gerencia de Rehabilitación Social y Laboral				
Órganos involucrados	Gerencias de Red Prestacional, Gerencias de Red Desconcentrada, Gerencias de Red Asistencial				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado					
Nombre del Indicador	Adultos mayores beneficiados con atención integral				
Definición	Numerador: Personas adultas mayores beneficiados por atención integral: se refiere a los adultos mayores que reciben prestaciones sociales y sanitarios a través de la CAM y CIRAM, articulación sociosanitaria, unidades móviles itinerantes, telegerontología, Centro de Día y otras. Denominador: Personas adultas mayores inscritos a los servicios de prestaciones sociales				
Tipo de indicador	Indicador de proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Por Redes Prestacionales / Desconcentradas / Asistenciales				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D.		N.D.		
Justificación	La experiencia innovadora del “Espacio Sociosanitario” es un modelo de atención integral e integrado, centrado en la persona, para la población adulta mayor, que comprende un conjunto de cuidados destinados a aquellas personas que por sus características especiales pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de las prestaciones sanitarias (actividades preventivo-promocionales, telegerontología) y de las prestaciones sociales. El Seguro Social de Salud respondiendo a esta necesidad aprobó la Directiva N° 007-GG-ESSALUD-2016 de “Organización y Articulación de las Prestaciones Sociales y Prestaciones Sanitarias para la Atención Integral Socio Sanitaria de la Población Asegurada Vulnerable en ESSALUD”, constituyéndose entonces en el marco normativo que sustenta la integración entre estas dos prestaciones en el Seguro Social de Salud. La importancia de constituir espacios donde se brinden estas 2 prestaciones asegura el envejecimiento activo de las personas adultas mayores, con calidad de vida adecuada, de cara al aumento de esta población en los próximos años.				
Limitaciones y supuestos empleados	Limitaciones: Dificultades presupuestales para la implementación de los CAM Integrales. Supuestos: Las Redes tienen poca capacidad de gestión, lo que dificulta que implementen el modelo de acuerdo a su realidad. Establecimiento del servicio de telegerontología, unidades móviles, Centro de Día y articulación sociosanitaria.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Adulto mayor beneficiado por atención integral: personas adultas mayores que reciben prestaciones sociales y participación en actividades preventivas promocionales en los CAM.				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N° de adultos mayores beneficiados con atención integral}}{\text{N° total de adultos mayores inscritos a los servicios de prestaciones sociales}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	Basal	1.10 x Basal	1.20 x Basal	1.33 x Basal	1.45 x Basal
Periodicidad de las mediciones	Trimestral				
Fuente de datos	Reportes estadísticos de cada Red consolidados por la GPAMyPS.				
Base de datos	Reportes estadísticos de cada Red				
Periodicidad de reporte del indicador	Semestral				
Órgano responsable	Subgerencia de Protección al Adulto Mayor - Gerencia de Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales - Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.2.: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud.					
Nombre del Indicador	Grado de resolutivez del primer nivel (Consultas externas médicas en primer nivel)				
Definición	Mide el incremento de la capacidad resolutivez del primer nivel de atención en base al incremento de las consultas externas médicas realizadas(*), incluyendo consultas en APP, IPRESS y aquellas realizadas en otras instituciones a través del intercambio prestacional.				
Tipo de indicador	Indicador de proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			41.4%	
Justificación	Es necesario reducir el nivel de atenciones de baja complejidad que se realizan en los niveles II y III de atención, lo que ocasiona el saturamiento de los servicios, incremento en la lista de espera de las consultas médicas e insatisfacción en el asegurado que requiere ser atendido con prontitud para resolver problemas de salud de mediana y alta complejidad. Asimismo, es importante reforzar en el asegurado la práctica de la atención temprana, haciendo uso de la oferta disponible en el primer nivel de atención de las redes asistenciales y prestacionales.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Servicios de salud del primer nivel accesibles y disponibles con atención oportuna. Se requiere fortalecer el primer nivel de atención con servicios médicos que satisfagan la demanda de baja complejidad; así como los controles preventivos.				
Variables de medición	Consultas externas médicas realizadas en establecimientos de I Nivel. Consultas externas médicas realizadas en todos los niveles de complejidad.				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Número de consultas médicas realizadas en establecimientos de salud de I Nivel por periodo evaluado}}{\text{Número total de consultas médicas realizadas}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	42%	50%	52%	60%	70%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Mensual				
Fuente de datos	Registro en los sistemas de Gestión de Servicios de Salud o Sistema de Gestión Hospitalaria, data enviada por IPRESS,				
Base de datos	SES				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Operaciones				
Órganos involucrados	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Gerencia de Operaciones Territoriales de la Gerencia Central de Operaciones, Gerente de Red Desconcentrada, Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red/ Oficinas de Planificación/ Unidad Estadística, Director de Operaciones Prestacionales, Director de EESS/ Oficinas de Planificación/ Unidades de Estadística y Director de IPRESS.				
(*) Medicina, Ginecología, Obstetricia y Pediatría					

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.2.: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud.					
Nombre del Indicador	Porcentaje de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles para la atención del primer nivel.				
Definición	Las hospitalizaciones evitables (HE) por condiciones sensibles para la atención del primer nivel de atención, son aquellos pacientes con diagnósticos de diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedad isquémica del corazón, tuberculosis y enfermedades infecciosas prevenibles por inmunización en los que una atención ambulatoria oportuna, efectiva y adecuada hubiera evitado su ingreso hospitalario y que están considerado en el listado estandarizado de patologías consideradas como susceptibles de manejo ambulatorio.				
Tipo de indicador	Indicador de resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Por Red Asistencial e IPRESS				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			N.D.	
Justificación	Las hospitalizaciones evitables (HE) son un conjunto de diagnósticos en los que una atención ambulatoria de salud efectiva y adecuada hubiera evitado su ingreso hospitalario. El argumento detrás de este indicador es que una atención ambulatoria efectiva y a tiempo puede ayudar a disminuir los riesgos de hospitalización, bien sea previniendo el inicio de la enfermedad (por ejemplo, enfermedades para las que existe una vacuna efectiva), tratando una enfermedad como la tuberculosis, o controlando una enfermedad crónica como, por ejemplo, la diabetes. Por este motivo, las hospitalizaciones evitables se han considerado un indicador indirecto de bajo acceso, subutilización o baja calidad de la atención primaria. Las hospitalizaciones evitables, es un indicador que guía la planificación sanitaria, orienta la formulación de políticas, y se utiliza para comparar y evaluar el desempeño de los sistemas de salud.				
Limitaciones y Supuestos empleados	1.- Los establecimientos de salud cuentan con sistemas de información operativos y actualizados. 2.- Existe un registro adecuado y oportuno de los diagnósticos de egreso hospitalarios.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Hospitalización Evitable por condiciones ambulatorias seleccionadas: Las hospitalizaciones evitables (HE), son aquellos pacientes con diagnósticos de Diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedad isquémica del corazón, tuberculosis y enfermedades infecciosas prevenibles por inmunización en los que una atención ambulatoria efectiva y adecuada hubiera evitado su ingreso hospitalario y que están considerado en el listado estandarizado de patologías consideradas como susceptibles de manejo ambulatorio. Información basal = B				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Nº de Hospitalizaciones evitables por diabetes, enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas del corazón, TBC y enfermedades inmunoprevenibles en un periodo}}{\text{Número de Egresos}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	Basal	0.99 x Basal	0.97 x Basal	0.94 x Basal	0.90 x Basal
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Mensual				
Fuente de datos	Registros transaccionales del Sistema de Gestión Hospitalaria, Sistema de Gestión de Servicios de Salud, Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria				
Base de datos	Registros de información de hospitalización centralizada del SGH, SGSS, SISCAP				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerente de Red Desconcentrada o Gerente/Director de Red Asistencial/ Gerente/Director de IPRESS / Oficina de Gestión y Desarrollo /Jefe o responsable de la Oficina y/o Unidad de Inteligencia Sanitaria				
Órganos involucrados	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Gerencia Central de Operaciones, Gerencia Central de Prestaciones de Salud				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 2.1 Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.					
Nombre del Indicador	Porcentaje de disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos				
Definición	<p>El indicador mide el porcentaje de Disponibilidad de los Equipos Médicos Críticos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El control y medición del parámetro de Disponibilidad de Equipos Críticos - Disp(EC), permite al usuario tener un control de los tiempos que el equipo ha cumplido con el propósito de su existencia dentro del establecimiento de salud. 2. El reporte real de dicho parámetro, permite además a las áreas de mantenimiento, tomar las medidas necesarias, para que dicho valor sea el que requiera el usuario. 				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D.		N.D.		
Justificación	<p>El conocimiento de la disponibilidad de equipos permitirá conocer la capacidad técnica (equipamiento) con la que cuentan los EESS para la atención de los asegurados. Esta indicador permitiría además contar con elementos de juicio sobre la capacidad de gestión del mantenimiento de las áreas involucradas, SGM, oficinas de ingeniería hospitalaria de cada una de las redes o quien haga de sus veces, de la administración, los RRHH y económicos, la supervisión y el servicio contratado y en que medida está orientados a la gestión del mantenimiento.</p>				
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Limitaciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Del análisis de la base de datos que se usa a la fecha, denominada PCOMAN, se puede confirmar que no se han considerado los campos adecuados para obtener este indicador y que existen errores de concepto con otros campos que se usan. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> * No existe el campo fecha y hora de inicio de la falla (inoperatividad). * Los campos fecha de emisión y fecha de solicitud son frecuentemente confundidos o no registrados. * El campo fecha y hora de inicio de ejecución de la OTM no es el campo que se necesitaría para este indicador, fecha y hora de inicio de la falla, se encontraron frecuentes confusiones al respecto. 2. No se cuenta con información en tiempo real (online) ni interconectada entre las áreas de Ingeniería de las ODCs y la SGM. Lo que implicaría así mismo no contar con la fecha y hora del fin de la falla (inoperatividad) al momento del reporte o que se informe de manera desfasada, lo que implicaría tiempos de inoperatividades mucho mayores a los reales. El campo fecha y hora de conformidad y cierre de la OTM, no es el campo que se necesitaría para este indicador, fecha y hora de fin de la falla, sólo en algunos casos es coincidente con el fin de la ejecución de la OTM (en el caso de que sólo sea una la involucrada en la inoperatividad). <p>Supuestos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se encuentran estandarizados los campos inherentes al mantenimiento de equipos biomédicos y electromecánicos. 2. Se conoce el universo de equipos biomédicos y electromecánicos inventariados con nomenclatura y definiciones estandarizadas. 3. Se conoce oportunamente la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo, de tal manera que se tenga el control de la disponibilidad, tiempo de ejecución y la frecuencia con que se realiza. <p>Respecto a la medición de la disponibilidad de vehículos, estará supeditada a la elaboración de un basal a cargo del órgano competente, dentro de los primeros seis meses luego de aprobarse el Plan Estratégico Institucional.</p>				
VARIABLES DE MEDICIÓN	(Horas Disponibles) y (Horas Inoperativas)				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Horas Disponibles} - \text{Horas Inoperativas}}{\text{Horas Disponibles}}$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	20%	40%	60%	80%	90%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Lo ideal es en tiempo real. Lo aceptable es diario.				
Fuente de datos	FISICA: OTMs (Órden de Trabajo de Mantenimiento) con información parcial.				
Base de datos	Información enviada por las ODCs				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	GCPI				
Órganos involucrados	ODCs, GCTIC, SGM y GEP				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 2.1.: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.					
Nombre del Indicador	Porcentaje de Cobertura de plazas (puestos laborales) activas a Nivel Nacional.				
Definición	Mide el porcentaje de cobertura de las plazas 276 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional (en situación de vacantes y activas), lo cual permite establecer un análisis de la dotación del recurso humano anual y hacer una programación estratégica anticipada.				
Tipo de indicador	Indicador de Proceso				
Nivel de desagregación geográfica	A nivel nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			N.D.	
Justificación	La cobertura de las plazas activas 276 728, residentes, serumistas, internos, practicantes y servicios CAS a nivel nacional permite dotar recursos para garantizar la oferta de servicios, logrando así reforzar la capacidad operativa de los mismos, conllevando al logro de las metas institucionales.				
Limitaciones y Supuestos empleados	La aprobación en el presupuesto anual y modificado solicitado sobre gasto de personal es imprescindible para la cobertura de los puestos laborales. El Sistema de Registro de puestos laborales es manual. Reporte no oportuno de las dependencias sobre la situación de las plazas y servicios CAS.				
Variables de medición	Puestos laborales cubiertos Puestos laborales vacantes				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de las plazas 276, 728, Residentes, Serumistas, Internos, Practicantes y servicios CAS a nivel nacional cubiertos}}{\text{Total de plazas 276, 728, Residentes, Serumistas, Internos, Practicantes y servicios CAS a nivel nacional activas}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	95%	96%	97%	98%	99%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Semestral				
Fuente de datos	Sistema de Consulta de Planillas, Sistema de Administración de Personal y el Sistema de Selección de Personal (SISEP).				
Base de datos	Sistema de Consulta de Planillas, Sistema de Administración de Personal y el Sistema de Selección de Personal (SISEP).				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Gestión de las Personas.				
Órganos involucrados	Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Operaciones, Órganos Central, Órganos Desconcentrados y Órganos Prestadores Nacionales.				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 2.1 Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.					
Nombre del Indicador	Items de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes				
Definición	Tener una cobertura óptima de stock (30 días de Inventario) mínima en todos los almacenes a nivel nacional para el abastecimiento de bienes estratégicos.				
Tipo de indicador	Indicador de resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			< 10%	
Justificación	Asegurar la cobertura de stocks para el consumo promedio diario de los diferentes puntos de atención médica a nivel nacional.				
Limitaciones y supuestos empleados	Capacidad en los almacenes. Presupuestos asignados de acuerdo a las necesidades. Descargas reales y a tiempo en SAP. Establecimientos sin SAP				
Variables de medición	Cobertura de Stock en base a consumo promedio mensual				
Fórmula o método de cálculo	Items con Cobertura menor a 30 días / Items Totales solicitados				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	<10%	<6%	<4%	<2%	<1%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Mensual				
Fuente de datos	Sistema SAP				
Base de datos	Sistema SAP				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Mensual				
Órgano responsable	CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DE BIENES ESTRATÉGICOS-CEABE				
Órganos involucrados	Redes Asistenciales, Redes Prestacionales y Órganos Prestadores Nacionales				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 2.2 Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.					
Nombre del Indicador	Porcentaje de sistemas integrados de gestión institucional				
Definición	<p>Porcentaje de sistemas relacionados o que interactúan, permitiendo implantar y alcanzar objetivos de gestión institucionales.</p> <p>Definiendo como "integración" que los sistemas considerados "Clave" interactúen entre sí.</p> <p>Nota: (*) Sistemas Claves: Se trata de las aplicaciones que tienen alto impacto en las operaciones actuales, hacen que todo el proceso productivo sea más eficiente. No se puede prescindir de ellas porque son críticas para la operación.</p> <p>Fuente: Metodología de la Matriz Mc Farlan e Informe de Evaluación de los Aplicativos Informáticos 2016-2017 (se detallan cuáles son los sistemas considerados "Clave").</p>				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	0%		0%		
Justificación	<p>Actualmente los sistemas que soportan el core del negocio de EsSalud no se encuentran totalmente integrados, por lo cual generan sobre costo, por ejemplo: mayor esfuerzo en el mantenimiento y por consiguiente no contribuye a una atención ágil, eficiente y de calidad a los asegurados.</p> <p>La integración permitirá apoyar directamente la implementación de soluciones integradas que genere valor para el asegurado.</p>				
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>* Limitaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dado que el impacto es institucional, el financiamiento debería ser del mismo nivel. - Dadas las variadas plataformas tecnológicas de los sistemas, falta de definición de procesos, falta de presupuesto u otras causas, es posible que alguno(s) de ellos no se consideren dentro de la integración. <p>* Supuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se contará con apoyo de GCPP para la disgregación de funciones sobre los procesos que lo requieran - Se contará con apoyo de GCGP que deberá implementar un proceso de gestión de cambio institucional, pues requiere cambio cultural a nivel organizacional. - Los sistemas claves corresponden a los sistemas que son de control de la GCTIC y están detalladas en el Informe de Evaluación de los Aplicativos Informáticos 2016-2017 . 				
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>QSEI = Número de sistemas claves integrados</p> <p>QSE = Total de sistemas claves de la institución</p>				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{QSEI} = \text{Número de sistemas claves integrados}}{\text{QSE} = \text{Total de sistemas claves de la institución}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	5%	10%	30%	50%	70%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Semestral				
Fuente de datos	Inventario de Sistemas de GCTIC				
Base de datos	Inventario de Sistemas de GCTIC				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	GERENCIA CENTRAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN-GCTIC				
Órganos involucrados	Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 3.1 Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones					
Nombre del Indicador	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado				
Definición	Cantidad de establecimientos de prestaciones de salud con nuevo sistemas de costos implementado (costos unitarios promedio + costos por actividad médica) del total de establecimientos propios de la Institución. (no IPRESS extrainstitucionales, ni establecimientos en Asociación Público Privada)				
Tipo de indicador	Indicador de Proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D.		N.D.		
Justificación	Mejorar la correcta contabilidad de costos de las prestaciones que se brindan, así como los gastos administrativos que se utilizan para dar soporte a dichas prestaciones. Requiere la implementación y adecuación de un nuevo sistema de costos que nos permita monitorear los costos de la Institución.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Apertura o cierre de establecimientos de salud al momento de publicar este indicador y que no hayan sido planificados. Se supone que nuevo sistema HIS se podrá conectar al sistema actual; o viene con su propia herramienta para analizar los costos al detalle.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Establecimientos de Salud propios de ESSALUD				
Fórmula o método de cálculo	Establecimientos de Salud propios con Sistema de Costos Implementado (Costo Unitario Promedio + Costo por Actividad Médica) / Total de Establecimientos de Salud propios.				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	5%	15%	40%	80%	100%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Anual				
Fuente de datos	SISCOS				
Base de datos	SISCOS				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Anual				
Órgano responsable	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto				
Órganos involucrados	GCPP / Todas las Redes Asistenciales / Todas las Redes Prestacionales				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 3.1 Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones					
Nombre del Indicador	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional				
Definición	Déficit del Presupuesto Institucional, es la falta de ingresos generados en un período presupuestal para cubrir los egresos generados del mismo período, este no considera fuentes de financiamiento como saldos de balance, o financiamientos externos.				
Tipo de indicador	Indicador de resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	No hubo déficit		1.23%		
Justificación	Los egresos de la institución crecen más rápido que los ingresos, se proyecta para los siguientes años que los egresos serán mayores que los ingresos; generado déficit en el presupuesto; estos se cubrirán con saldo de balance de años previos donde hubo superávit de presupuesto. Para el 2021 el déficit objetivo es de cero.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Regulación futura que tenga impacto en los egresos y/o ingresos. Contingencias no planificadas (como emergencias sanitarias, desastres naturales, etc.). Aprobación anual del presupuesto por parte de FONAFE.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Todos los egresos de la institución Todos los ingresos de la institución				
Fórmula o método de cálculo	$(\text{Todos los Egresos} / \text{Todos los Ingresos}) - 1$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	5.00%	3.50%	1.50%	0.75%	0.00%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Anual				
Fuente de datos	SAP				
Base de datos	SAP				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Anual				
Órgano responsable	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto / Gerencia de Presupuesto				
Órganos involucrados	Todos los OOCC y OODD				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.1 Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio					
Nombre del Indicador	Porcentaje de ausentismo laboral				
Definición	Mide el porcentaje de ausentismo del trabajador, motivado por: faltas, tardanzas y descansos médicos; en relación a las horas laborables programadas por día.				
Tipo de indicador	Indicador de estructura o producto				
Nivel de desagregación geográfica	A nivel nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			N.D.	
Justificación	Reducir el porcentaje de ausentismo laboral del personal en la institución permitirá brindar una prestación de manera oportuna y de calidad a nuestra población asegurada.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Limitación: La falta de un software de alcance nacional para el registro y que permita un control preciso de las marcaciones del personal; asimismo el software que actualmente se utiliza para el control de personal tiene una antigüedad mayor a los 18 años. Supuesto: la medición se efectuará en forma separada por régimen laboral, por tipo de actividad (asistencial, administrativo) y por faltas injustificadas, tardanzas y descansos médicos.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	N° de horas laborables programadas N° de horas que no se trabajan por faltas, inasistencias y descansos médicos				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Número de horas de ausentismo}}{\text{Número de horas laborables programadas}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	Basal	0.90 x Basal	0.85 x Basal	0.80 x Basal	0.75 x Basal
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Semestral				
Fuente de datos	Reporte de Asistencia de las Oficinas de Personal de los Órganos Desconcentrados, Órgano Prestador Nacional y Órgano Central.				
Base de datos	Reporte de Asistencia de las Oficinas de Personal de los Órganos Desconcentrados, Órgano Prestador Nacional y Órgano Central.				
Periodicidad de reporte del indicador (GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia de Administración de Personal de la Gerencia Central de Gestión de las Personas.				
Órganos involucrados	Sub Gerencia de Gestión de Personal y Oficinas de Control de Personal y Legajo u Órganos que hagan sus veces, tanto de la Sede Central, Órganos Desconcentrados y Órganos Prestadores Nacionales.				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.1 Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio					
Nombre del Indicador	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño				
Definición	Mide el porcentaje de los servidores que obtengan una calificación Alta y Muy Alta en el proceso de Evaluación de Desempeño. El tamaño de la Muestra para el año 2 será el 20% del total de trabajadores de nivel nacional, para el Año 3 el 45% , para el Año 4 el 70% y para el Año 5 el 100%				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	A nivel nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D.		N.D.		
Justificación	Es importante identificar las brechas de capacidades, que diferencian a los trabajadores con calificaciones Alta y Muy Alta, de los que se encuentran por debajo de este rango en la evaluación de desempeño; a fin de tomar las medidas necesarias para fortalecer el desarrollo de sus competencias, así como también para el mejoramiento de las condiciones que contribuyan a incrementar el clima laboral y promuevan el logro de resultados institucionales.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Limitaciones: Se puede encontrar resistencia al cambio, en algunos servidores. Supuestos: La Implementación del proceso de Evaluación de Desempeño se efectuará de manera progresiva. Pueden existir factores de subjetividad en los evaluadores. El primer año se realizarán acciones preparatorias tales como: Definición de modelo, normas de criterios de aplicación que determinarán los rangos de calificación, elaboración de formatos.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	N° de trabajadores participantes en el proceso de Evaluación de Desempeño, que alcanzaron una calificación Alta y Muy Alta N° de trabajadores participantes en el proceso de Evaluación de Desempeño.				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N° de trabajadores participantes en el proceso de Evaluación de Desempeño con calificación Alta y Muy Alta}}{\text{N° de trabajadores participantes del proceso de Evaluación de Desempeño}} \times 100\%$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	Modelos, normas de aplicación y formatos	3%	7%	13%	20%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Anual, a partir del 2018				
Fuente de datos	Fichas de Evaluación de Desempeño				
Base de datos	Sistema en el cual se registrará los resultados del proceso de Evaluación de Desempeño				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Gestión de las Personas				
Órganos involucrados	Redes Asistenciales, Redes Desconcentradas, Órganos Prestadores Nacionales y Órganos Centrales.				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.1 Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio					
Nombre del Indicador	Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1 000 colaboradores internos.				
Definición	Mide el ratio de iniciativas de mejora presentadas por los colaboradores las que luego de ser evaluadas, serán seleccionadas y se les brindará el apoyo para su implementación.				
Tipo de indicador	Indicador de resultado				
Nivel de desagregación geográfica	A Nivel Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			N.D.	
Justificación	El indicador promueve el involucramiento y participación de los colaboradores con el desarrollo institucional, reconociendo sus aportes y despliegue de capacidades y competencias en la elaboración de proyectos de mejora estratégica orientados a la excelencia operativa.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Se debe contar con un fondo financiero destinado a la implementación de proyectos de mejora seleccionados. Los planes de capacitación tomarán en cuenta el desarrollo de capacidades y competencias de los colaboradores, para dar valor agregado a sus iniciativas.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Iniciativa de proyectos de mejora presentados				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Iniciativas de Proyecto de Mejora presentadas}}{\text{Total de colaboradores}} \times 1000$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	Diseño del Programa	2	3	6	10
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Anual, a partir del 2018				
Fuente de datos	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentaria a nivel nacional. Relación de mejoras Implementadas en las diferentes dependencias.				
Base de datos	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentaria a Nivel Nacional. Relación de mejoras Implementadas en las diferentes dependencias.				
Periodicidad de reporte del indicador (GCPP)	Anual				
Órgano responsable	Gerencia Central de Gestión de las Personas.				
Órganos involucrados	Órganos Desconcentrados, Órganos Prestadores Nacionales y Órganos Centrales.				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.2. Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción					
Nombre del Indicador	Índice de prevención de la corrupción.				
Definición	El indicador busca medir y realizar el seguimiento del desarrollo de herramientas del modelo de prevención que permitan instaurar una cultura de integridad y cumplimiento en el Seguro Social de Salud - EsSalud. Este indicador resume la existencia de instrumentos formales de la transparencia y la prevención de la corrupción en la entidad, calculado en cada una de los órganos centrales y desconcentrados individualmente. También permite construir un ranking bien sea institucional o de los órganos institucionales, del que se puedan desprender mejores prácticas en materia de transparencia y lucha contra la corrupción.				
Tipo de indicador	Indicador de Proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			N.D.	
Justificación	En el marco de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública y los Principios del Gobierno Abierto, se exige al Seguro Social de Salud - EsSalud fortalecer todos los mecanismos que permitan mejorar la gestión, hacerla más eficiente, transparente, sujeta al control y vigilancia pública, con una firme orientación al servicio del ciudadano.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Requiere que la institución cuente con un Plan Anticorrupción que defina las variables a ser medidas y sus criterios de implementación, monitoreo y evaluación, conforme a las normas emitidas por el Gobierno Central.				
Variables de medición	Acciones de transparencia y prevención de la corrupción implementadas y mejoradas en cada órgano institucional				
V1: Respuesta oportuna a solicitudes de acceso a la información	# de órganos institucionales que han implementado la V1 x 100/ N° total de órganos institucionales	Porcentaje	Sistema de acceso a la información		
V2: Respuesta brindada por el funcionario responsable y facultado	# de órganos institucionales que han implementado la V2 x 100/ N° total de órganos institucionales	Porcentaje			
V3: Cumplimiento de la actualización del portal de transparencia	# de procesos de compra con V3 x 100/ N° total de procesos de compra	Porcentaje	Página web		
Fórmula o método de cálculo	$IPC = \frac{\sum_{n=1}^v}{\# \text{ de variables } V1+V2+V3 / n}$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	10%	15%	25%	40%	60%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Semestral				
Fuente de datos	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.				
Base de datos	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.				
Periodicidad de reporte del indicador (GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Secretaría General				
Órganos involucrados	Todas las dependencias del Seguro Social de Salud - EsSalud.				

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción					
Nombre del Indicador	Índice de respuesta frente a la corrupción.				
Definición	Medir la eficacia en la respuesta del Seguro Social de Salud - EsSalud frente a los actos de corrupción.				
Tipo de indicador	Indicador de proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2			Año t-1	
	N.D.			N.D.	
Justificación	En atención al Decreto Legislativo N° 1327, el Seguro Social de Salud - EsSalud debe contribuir a generar casuística disuasiva frente a la problemática de la corrupción, al actuar focalizadamente sobre tipologías de pequeña, mediana y gran corrupción, a fin de reforzar la prevención con ejemplos concretos de consecuencias y sanciones efectivas.				
Limitaciones y supuestos empleados	Requiere que la institución cuente con un Plan Anticorrupción que defina las variables a ser medidas y sus criterios de implementación, monitoreo y evaluación, conforme a las normas emitidas por el Gobierno Central.				
Variables de medición	Acciones de respuesta frente a la corrupción implementadas				
V1: Atención de denuncias vinculadas a presuntos hechos de corrupción	N° de denuncias procesadas x 100/ número de denuncias ingresadas				
V2: Seguimiento de denuncias derivadas para atención.	N° de acciones de seguimiento x 100 / número de denuncias derivadas				
V3: Acciones de información al denunciante sobre el estado de denuncia presentada	N° de comunicaciones remitidas al denunciante x 100/ número de denuncias atendidas				
Fórmula o método de cálculo	$IPC = \frac{\sum_{n=1}^V}{\# \text{ de variables}} = \frac{V1+V2+V3}{n}$				
Meta institucional	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
	10%	15%	25%	40%	60%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Semestral				
Fuente de datos	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.				
Base de datos	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.				
Periodicidad de reporte del indicador (GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Secretaría General				
Órganos involucrados	Gerencia Central de Gestión de las Personas y Gerencia Central de Asesoría Jurídica				

Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

ANEXO 5 MATRIZ RESUMEN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES*												
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	LINEA BASE		META					FUENTE DE DATOS	FUENTE DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES	
		Valor	Año	2017	2018	2019	2020	2021				Meta Final
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	74,9%	2016	78%	81%	84%	87%	90%	90%	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Gerencia Central de Atención al Asegurado	
	Años de vida saludable perdidos por 1 000 habitantes	87	2016		73	61 (2014)	61 (2024)		90%	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH, SGSS, SISCAP).	Gerencia Central de Prestaciones de Salud	
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia hospitalaria	5.2	2016	4.7	4.2	3.7	3.2	2.7	2.7	Sistema Estadístico de Salud (SES)	GCOP (Consolidación) y EESS (medición de la meta)	
	Diferimiento de citas	12	2016	11	10	9	8	7	7	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH)	GCOP (Consolidación) y EESS (medición de la meta)	
OE 3: brindar servicios sostenibles financieramente	Tiempo de espera quirúrgico. (días)	87	2016	80	75	60	55	45	45	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH)	Gerencia Central de Operaciones	
	Gastos operativos / ingresos	96%	2016	99%	97%	95%	93%	91%	91%	SAP	Todos los OODD y OOC	
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional.	N.D.	2016	90%	94%	96%	98%	99%	99%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Todas las dependencias del Seguro Social de Salud - EsSalud.	

* Para el proceso de evaluación se tomará en cuenta en los casos que amerite la siguiente escala de rangos:

> 90 a más = Excelente
 > 75 a ≤ 90 = Bueno
 > 60 a ≤ 75 = Regular
 > 0 a ≤ 60 = Bajo

**ANEXO 6
MATRIZ RESUMEN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES***

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	LINEA BASE		META					FUENTE DE DATOS	FUENTE DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
			Valor	Año	2017	2018	2019	2020	2021			
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Conclusión de solicitudes dentro del plazo.	69.3%	2016	95%	96%	97%	98%	99%	Base de datos de Sistema de Información de Atención al Asegurado	Base de datos de Sistema de Información de Atención al Asegurado	Gerencia Central de Atención al Asegurado
		Usuarios que comunican un problema en el servicio	11%	2016	15%	16%	17%	18%	19%	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Gerencia Central de Atención al Asegurado
		Eventos centinela gestionados a tiempo.	N.D.	2016	60%	70%	80%	90%	98%	Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos. REGINCIAD	Base de datos generada del REGINCIAD	Responsable de la medición del Indicador: Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención - Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
		Pacientes correctamente identificados según directiva vigente	N.D.	2016	Implementación	20%	40%	60%	80%	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC)	Base de datos del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC)	Responsable de la medición del Indicador: Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención - Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
		Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	1,659	2016	1,825	2,008	2,209	2,430	2,673	Reporte Mensual de CERPS y MBRPS.	Formato en excel	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad – Sub Gerencia de Rehabilitación Social y Laboral
		Adultos mayores beneficiados con atención integral	N.D.	2016	Basal	1.10 x Basal	1.20 x Basal	1.33 x Basal	1.45 x Basal	Reportes estadísticos de cada Red consolidados por la GPAMyPS.	Reportes estadísticos de cada Red	Subgerencia de Protección al Adulto Mayor - Gerencia de Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales - Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
	AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas Médicas en Primer Nivel)	41.4%	2016	42%	50%	52%	60%	70%	Registro en los sistemas de Gestión de Servicios de Salud o Sistema de Gestión Hospitalaria, data enviada por IPRESS,	Sistema Estadístico de Salud (SES)	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Gerencia de Operaciones Territoriales de la Gerencia Central de Operaciones, Gerente de Red Desconcentrada, Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red/ Oficinas de Planificación/ Unidad Estadística, Director de Operaciones Prestacionales, Director de EESS/ Oficinas de Planificación/ Unidades de Estadística y Director de IPRESS.
		Tasa de hospitalizaciones evitables	N.D.	2016	Basal	0.99 x Basal	0.97 x Basal	0.94 x Basal	0.90 x Basal	Registros transaccionales del Sistema de Gestión Hospitalaria, Sistema de Gestión de Servicios de Salud, Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria	Registros de información de hospitalización centralizada del SGH, SGSS, SISCAP	Gerente de Red Desconcentrada o Gerente/Director de Red Asistencial/ Gerente/Director de IPRESS / Oficina de Gestión y Desarrollo /Jefe o responsable de la Oficina y/o Unidad de Inteligencia Sanitaria
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos.	N.D.	2016	20%	40%	60%	80%	90%	FISICA: OTMs (Orden de Trabajo de Mantenimiento) con información parcial.	Información enviada por las ODCs	Gerencia Central de Proyectos de Inversión -GCPI
		Cobertura de puestos laborales activos a Nivel Nacional.	N.D.	2016	95%	96%	97%	98%	99%	Sistema de Consulta de Planillas, Sistema de Administración de Personal y el Sistema de Selección de Personal (SISEP).	Sistema de Consulta de Planillas, Sistema de Administración de Personal y el Sistema de Selección de Personal (SISEP).	Gerencia Central de Gestión de las Personas.
		Ítems de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes)	< 10%	2016	<10%	<6%	<4%	<2%	<1%	Sistema SAP	Sistema SAP	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos - CEABE
	AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.	Sistemas integrados de gestión institucional.	0%	2016	5%	10%	30%	50%	70%	Inventario de Sistemas de GCTIC	Inventario de Sistemas de GCTIC	Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones - GCTIC
OE 3: Brindar servicios sostenibles financieramente	AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones	Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	N.D.	2016	5%	15%	40%	80%	100%	SISCOS	SISCOS	Gerencia de Planeamiento y Presupuesto - GCPP
		Déficit del Presupuesto institucional	1.23%	2016	5.00%	3.50%	1.50%	0.75%	0.00%	Sistema SAP	Sistema SAP	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto / Gerencia de Presupuesto
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	AE 4.1: Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Ausentismo laboral	N.D.	2016	Basal	0.90 x Basal	0.85 x Basal	0.80 x Basal	0.75 x Basal	Reporte de Asistencia de las Oficinas de Personal de los Órganos Desconcentrados, Órgano Prestador Nacional y Órgano Central.	Reporte de Asistencia de las Oficinas de Personal de los Órganos Desconcentrados, Órgano Prestador Nacional y Órgano Central.	Gerencia de Administración de Personal de la Gerencia Central de Gestión de las Personas.
		Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	N.D.	2016	Modelos, normas de aplicación y formatos	3%	7%	13%	20%	Fichas de Evaluación de Desempeño	Sistema en el cual se registrará los resultados del proceso de Evaluación de Desempeño	Gerencia Central de Gestión de las Personas.
		Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1 000 Colaboradores Internos	N.D.	2016	Diseño del Programa	2	3	6	10	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentaria a Nivel Nacional. Relación de mejoras Implementadas en las diferentes dependencias.	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentaria a Nivel Nacional. Relación de mejoras Implementadas en las diferentes dependencias.	Gerencia Central de Gestión de las Personas.
	AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de Prevención de la corrupción	N.D.	2016	90%	94%	96%	98%	99%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Secretaría General
		Índice de respuesta frente a la corrupción	N.D.	2016	90%	94%	96%	98%	99%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Secretaría General

* Para el proceso de evaluación se tomará en cuenta en los casos que amerite las siguiente escala de rangos:
 > 90 a más = Excelente
 > 75 a ≤ 90 = Bueno
 > 60 a ≤ 75 = Regular
 > 0 a ≤ 60 = Bajo



EsSalud