EsSalud

MAS Y MEJOR PARA TODOS

Plan Estratégico Institucional

2020-2024

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2020 - 2024

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

GERENCIA DE PLANEAMIENTO CORPORATIVO

FEBRERO - 2020

Econ. FIORELLA GIANNINA MOLLINELLI ARISTONDO
Presidenta Ejecutiva

Dr. ALBERTO ROBERTO BARREDO MOYANO
Gerente General

Dr. TOMMY RICKER DEZA SANDOVAL
Secretario General

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DEL ESTADO

Econ. Fiorella Gianinna Molinelli Aristondo

Dra. Desilú León Chempém

Dra. Monica Giuliana Meza García

REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADORES

Sra. Maria Soledad Melania Guiulfo Suárez Durand

Sr. Jorge F. Carlos Harten Costa

REPRESENTANTES DE LOS ASEGURADOS

Sr. Luis Alberto Villanueva Carbajal

Sra. Maria Lourdes Bastidas Alfaro

Sra. Gladys Beatriz Angulo Sánchez

SUB-GERENCIA DE PLANEAMIENTO
V°B°
J. CHAUCA
Sub-Gerente
GPC-GCPP-ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO
V°B°
Ing. W. CUBA A.
Gerente Central
ESSALUD

Comisión de Planeamiento Estratégico (CPEI)

Resolución de Gerencia General N° 1041-GG-ESSALUD-2019

Ing. William Cuba Arana	Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto Presidente de Comisión
Econ. Arturo Arevalo Luna	Gerente de Planeamiento Corporativo Secretario Técnico de la CPEI
Econ. Publio Román Maldonado	Gerente Central de Gestión Financiera
Dr. César Eduardo Carreño Diaz	Gerente Central de Prestaciones de Salud.
Dr. Walter Ricardo Menchola Vásquez	Gerente Central de Operaciones
Dr. Luis Napoleón Quiroz Avilés	Gerente Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad.
Dr. Hernán Francisco Ramos Romero	Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas
Sra. Blyte Lucy Muro Cruzado	Gerente de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos
Sr. Jorge Perlacios Velasquez	Gerente Central de Gestión de las Personas
Sr. Yuri Iván Alfaro	Gerente Central de Logística
Sr. Juan José Bobadilla Aguilar	Gerente Central de Proyectos de Inversión
Ing. Miguel Espinal Lau	Gerente Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
Sra. Rosa Luisa Ebentreich Aguilar	Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización.
Sr. Teodoro Federico Tong Hurtado	Gerente Central de Atención al Asegurado
Sra. Roxana Maria Rocha Gallegos	Gerente Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones
Sr. Richard Douglas Zubiate Talledo	Jefe de la Oficina de Defensa Nacional
Sra. Patricia Yda Yataco Chaparro	Jefe de la Oficina de Integridad
Dra. Patricia Rosario Pimentel Alvarez	Directora del Instituto de evaluación de Tecnologías en Salud e investigación.
Dr. Gustavo Eduardo Liendo Portocarrero	Gerente de la Red Prestacional Rebagliati
Dr. Jorge Enrique Amorós Castañeda	Gerente de la Red Prestacional Almenara
Dr. Luis Miguel Lopez León	Gerente de la Red Prestacional Sabogal

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 5
GLOSARIO DE TERMINOS 6
SIGLAS Y ABREVIATURAS 12
1. MARCO INSTITUCIONAL DE EsSalud 15
1.1. Síntesis del Seguro Social de Salud 15
1.2. Marco normativo 18
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 23
2.1. FACTOR EXTERNO 23
2.1.1. Factor económico 23
2.1.2 Factor social 24
2.1.3 Factor ambiental 27
2.1.4 Factor tecnológico 29
2.2. FACTOR INTERNO 31
2.2.1. Población asegurada 31
2.2.2. Perfil epidemiológico 37
2.2.3. Diagnóstico de las prestaciones 39
2.2.4. Infraestructura y equipamiento 47
2.2.5. Análisis y gestión de la información 52
2.2.6. Desempeño económico financiero 53
2.2.7. Recursos humanos 57
2.2.8. Organización institucional y sus relaciones interinstitucionales 61
2.2.9. Calidad en los servicios 62
3. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 64
3.1. Visión y misión institucional 68
3.1.1. Visión 68
3.1.2. Misión 68
3.2. Objetivos, acciones estratégicas institucionales, indicadores y metas 69
4. CARTERA DE INVERSIONES DE ESSALUD 2020-2024 80
4.1. Necesidades de inversiones al 2024 80
5. ANEXOS 84
5.1. Priorización de proyectos de inversión 85
5.1.1. Proyectos de inversión en ejecución 85
5.1.2. Proyectos de inversión modalidad APP 88
5.1.3. Proyectos viables para iniciar ejecución 88
5.1.4. Ideas de proyecto: Policlínico de complejidad creciente 89
5.1.5. Ideas de proyecto de inversión de Hospitales incluidos en D.L. N° 1355 90
5.1.6. Gastos de capital no ligado a proyectos de inversión 90
5.2. Matriz resumen de objetivos y acciones estratégicas institucionales 91
5.2.1. Matriz resumen de objetivos estratégicos institucionales 91
5.2.2. Matriz resumen de acciones estratégicas institucionales 93

Índice de Cuadros

Cuadro N° 1 Cronología de antecedentes 15
Cuadro N° 2 Objetivos estratégicos del PESEM del sector Trabajo y Promoción del Empleo .. 18
Cuadro N° 3 Priorización de las acciones estratégicas del objetivo estratégico 1 19
Cuadro N° 4 Objetivos y acciones estratégicas del PESEM del sector – Salud 19
Cuadro N° 5 Proyecciones del IPCC para este siglo 28
Cuadro N° 6 Población asegurada adscrita según niveles de atención 32
Cuadro N° 7 Descripción por tipo de seguro 34
Cuadro N° 8 Evolución de la población asegurada por tipo de seguro 37
Cuadro N° 9 Producción asistencial por grupo de actividad 40
Cuadro N° 10 Número de solicitudes y monto pagado por tipo de subsidio 45
Cuadro N° 11 Prestaciones sociales 2016-2018 45
Cuadro N° 12 Oferta de servicios de EsSalud 47
Cuadro N° 13 Equipamiento operativo e inoperativo por órgano desconcentrado 50
Cuadro N° 14 Monto de la brecha de infraestructura por tipo de prestación 51
Cuadro N° 15 Aportes por grupo de población y salarios 55
Cuadro N° 16 Deudas tributarias y no tributarias 57
Cuadro N° 17 Número total de trabajadores de EsSalud 57
Cuadro N° 18 Número de trabajadores según régimen laboral 57
Cuadro N° 19 Matriz de objetivos y acciones estratégicas e indicadores 70
Cuadro N° 20 Lista de Hospitales priorizados de nivel de atención 81
Cuadro N° 21 Resumen de la cartera de inversiones 81

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1 Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria y extrema 24
Gráfico N° 2 Situación del empleo y seguro de salud 25
Gráfico N° 3 Proyección de crecimiento poblacional del grupo de 15 años o más 25
Gráfico N° 4 Bono demográfico para países de América Latina 26
Gráfico N° 5 Dimensiones por considerar para alcanzar la cobertura universal 27
Gráfico N° 6 Factores ambientales 28
Gráfico N° 7 Beneficio de la interoperabilidad en el sector Salud 29
Gráfico N° 8 Distribución de los asegurados 31
Gráfico N° 9 Población asegurada activa por grupos de edad 31
Gráfico N° 10 Demografía EsSalud vs demografía Perú 32
Gráfico N° 11 Distribución de asegurados por tipo de seguro 33
Gráfico N° 12 Composición de la población asegurada de EsSalud 33
Gráfico N° 13 Población asegurada por red asistencial 35
Gráfico N° 14 Población asegurada según redes de Lima y otras 35
Gráfico N° 15 Rango salarial de los asegurados titulares 36
Gráfico N° 16 Población asegurada (periodo 2011 – 2020) 36
Gráfico N° 17 Emergencias por tipos de prioridad 40
Gráfico N° 18 Emergencias por niveles de atención 41
Gráfico N° 19 Egresos hospitalarios – nivel de atención 41
Gráfico N° 20 Egresos hospitalarios según servicio 42
Gráfico N° 21 Tratamientos y procedimientos 42
Gráfico N° 22 Trasplantes realizados según tipo 42
Gráfico N° 23 Número de camas hospitalarias 43
Gráfico N° 24 Número de días cama disponible 43
Gráfico N° 25 Número de consultórios 44
Gráfico N° 26 Número de médicos destinados para consulta 44
Gráfico N° 27 Prestaciones sociales 46
Gráfico N° 28 Incremento de PCD que participan en los CERPS y MBRPS 46
Gráfico N° 29 Tenencia de propiedad de establecimientos de salud 47
Gráfico N° 30 Distribución de EESS por red asistencial, según nivel de atención 48
Gráfico N° 31 Características de la infraestructura de los establecimientos de salud 49
Gráfico N° 32 Equipos biomédicos y electromecánicos dentro y fuera de su vida útil 49
Gráfico N° 33 Vida útil de equipos biomédicos por red 50
Gráfico N° 34 Ingresos brutos de operaciones en soles 56
Gráfico N° 35 Número de trabajadores de EsSalud según régimen / contrato y nivel 58
Gráfico N° 36 Personal por nivel de cargo según rango de edad 58
Gráfico N° 37 Población laboral según red asistencial 59
Gráfico N° 38 Médicos por cada 10, 000 asegurados 60
Gráfico N° 39 Ejes estratégicos institucionales para la gestión del cambio institucional 66
Gráfico N° 40 Cadena de valor de EsSalud 68

PRESENTACIÓN

El Plan Estratégico Institucional 2020-2024 del Seguro Social de Salud - EsSalud es el resultado de un trabajo participativo, donde cada uno de los órganos de la institución, así como reconocidos expertos - nacionales e internacionales - en materia de seguridad social, han contribuido con el análisis del estado situacional de los procesos estratégicos, misionales y de soporte, brindando aportes y propuestas de mejora para modernizar EsSalud, definiéndose de esta manera la orientación estratégica que guiará las líneas de intervención de EsSalud, en el marco de las Políticas Nacionales, Sectoriales e Institucionales comprendidas en el Libro Blanco, formulado por la gestión actual.

Los tres (3) pilares: i) Poner al paciente asegurado al centro de todas las decisiones de EsSalud, ii) Priorizar la prevención y promoción de la salud, iii) Fortalecer el primer nivel de atención primaria y las nueve (9) políticas contenidas en el Libro Blanco, constituyen los lineamientos y políticas institucionales, sobre las cuales este plan estratégico ha desarrollado la Visión, Misión, Objetivos Estratégicos institucionales, indicadores y metas, con la perspectiva de concretar la modernización institucional.

Se han analizado las tendencias del comportamiento económico, financiero y poblacional - nacional e internacional - que inciden en la gestión e implementación de las reformas organizacionales necesarias para ampliar la cobertura y garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud en el Perú. Por otro lado, a partir de los principales problemas encontrados a marzo 2018, como la: Demora en el otorgamiento de citas para consultas externas, dificultades en el acceso a cirugías y hospitalizaciones, deficiente capacidad de los servicios de emergencia, ineficiencia en el abastecimiento de medicamentos e insumos, brecha de infraestructura, insuficiente equipamiento hospitalario, baja ejecución presupuestal, se han establecido tres (3) objetivos y doce (12) acciones estratégicas, con sus respectivos indicadores y metas a lograr.

Estas acciones estratégicas, indicadores y metas están orientadas a mejorar el desempeño en la protección financiera de la salud, optimizando la calidad de las prestaciones y el buen trato a los asegurados cubriendo sus necesidades y expectativas, impulsando la transformación digital, fortaleciendo la transparencia y luchando permanentemente contra todo acto de corrupción. Todo esto en concordancia con las acciones programadas en el Plan de Optimización de la Gestión de EsSalud, comprendidas en el Libro Blanco.

Es importante señalar, que el presente documento de gestión actualiza el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 aprobado en el mes de agosto del año 2017, en el marco de las últimas normas emitidas como lo establecido en la Ley N° 30895 "Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud",[1] entre otros.

De otro lado, al amparo de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona residente en el Perú al aseguramiento en salud, este documento de gestión permitirá guiar y orientar a la institución hacia la conclusión del proceso de separación de funciones de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y las que corresponden a la Unidad de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) favoreciendo su especialización y dotándolas de autonomía en su funcionamiento y mandato.

El Plan Estratégico Institucional, como instrumento de gestión, es dinámico y factible de ser actualizado de acuerdo a las tendencias y escenarios del entorno, convirtiéndose en un documento guía y de orientación para que los órganos de EsSalud formulen sus actividades operativas en el Plan Operativo Institucional de manera articulada al Presupuesto, siendo necesaria su permanente difusión y socialización, con las dependencias de EsSalud.

Fiorella Molinelli Aristondo
Presidenta Ejecutiva Seguro Social de Salud – EsSalud

[1] Decreto Legislativo N° 1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud en el texto modificado dice lo siguiente ". Ministerio de Salud y su función rectora como único ente que establece políticas en materia de salud a nivel nacional, con la finalidad de disponer la estandarización de procesos a fin de brindar atenciones oportunas y de calidad.

GLOSARIO DE TERMINOS

Acción Estratégica

Conjunto de actividades ordenadas que contribuyen al logro de un objetivo estratégico y que involucran el uso de recursos. Asimismo, cuentan con unidad de medida y meta física determinada. Permiten articular de manera coherente e integrada con otras acciones estratégicas el logro de los objetivos estratégicos.

Actividad

Las actividades son el conjunto de procesos u operaciones mediante los cuales se genera valor al utilizar los insumos, dando lugar a un producto determinado.

Aportaciones

Es la contribución establecida por ley, que debe ser pagada íntegra y oportunamente de manera mensual por la entidad empleadora, por concepto de afiliación y de cobertura de los seguros que administra EsSalud.

Atención Primaria de Salud

Es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables; debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta, el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico.

Asegurado o Afiliado

Toda persona radicada en el país que esté bajo cobertura de algunos regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Para el propósito del reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se le asume como obligatoriamente afiliado a cualquier plan de aseguramiento en salud. (Artículo 3° del Decreto Supremo N° 008-2010-SA que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud)

Aseguramiento Universal en Salud

Es un proceso orientado a lograr que toda persona residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud, que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas, con eficiencia, equidad oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (Artículo 3° de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud).

Calidad

Conjunto de atributos o características de un bien o servicio que califica su aptitud para satisfacer las necesidades de sus usuarios. Para evaluarla se utilizan como referencia estándares referidos a oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención, entre otros. (Guía para el Planeamiento Institucional, modificada por Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00016-2019/CEPLAN/PCD).

Comunicación para la Salud

Es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud a la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

Crecimiento Económico

Es la capacidad de una economía para producir cada vez más bienes y servicios. Se puede expresar como una expansión de las posibilidades de producción de la economía, es decir que la economía puede producir más de todo, lo cual tiene que ir relacionado con el aumento de la renta o valor de bienes y servicios finales producidos por esta economía en un

	determinado periodo. El Banco Interamericano de Desarrollo lo define como "...aumento del producto e ingreso por persona en el largo plazo. El crecimiento es el proceso por el cual una economía (nacional, regional, o la economía mundial) se vuelve más rica"; por lo cual, no toma en cuenta necesariamente la mejora de las condiciones de su población, pues se pierde de vista esta dimensión social.
Derechohabiente	Es el beneficiario directo y legal del asegurado titular, en su calidad de cónyuge, conviviente o hijos según definición del Articulo N° 30 del Reglamento de la Ley N° 26790, aprobado por D.S. N° 009-97-SA (artículo 2° del Decreto Supremo N° 002-99-TR, Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud-EsSalud).
Determinantes de la Salud	Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones (World Health Organization. Promoción de la Salud).
Eficiencia	Es la relación entre los insumos o recursos empleados y los resultados o productos alcanzados.
Eficacia	Es el grado y el plazo en que se logran los efectos y los resultados previstos.
Empleo	Es toda actividad (oficio u ocupación) donde una persona es contratada para ejecutar una serie de tareas específicas, a cambio de lo cual percibe remuneración económica. La OIT lo define como "trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especie)" sin importar la relación de dependencia.
Enfermedad Crónica	Enfermedad no transmisible de lento desarrollo que daña progresivamente uno o más órganos por largo tiempo. Toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica (INEI, Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014).
Enfermedad Metaxénica	Enfermedad cuyos agentes causales cumplen su ciclo evolutivo en dos o más huéspedes de distintas especies. Principalmente, cuando interviene como huésped intermediario un invertebrado artrópodo (Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud).
Enfermedad transmisible	Cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico, o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión del mismo agente o sus productos, de una persona o animal infectado o de un reservorio inanimado a un huésped susceptible. La transmisión puede ser en forma directa o indirecta a través de un huésped intermediario (de naturaleza vegetal o animal) o por un vector o por un agente inanimado.
Entorno	Porción de la realidad que puede afectar al sistema o ser afectada por éste. Se le llama también ambiente.
Epidemiología	Es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud. La información epidemiológica, principalmente aquella que define los riesgos individuales de la población y /o del entorno físico, ha sido la esencia de la salud pública, y ha servido de base a las actividades de prevención de la enfermedad.
Escenario	Es la descripción de una situación futura. Se construye sobre el conjunto de las variables estratégicas y refleja un comportamiento futuro de las mismas, permitiendo reconocer los riesgos y oportunidades.

Estrategia	Es el conjunto de pasos y pautas que define una organización o institución para cumplir con su misión y alcanzar sus objetivos, buscando maximizar sus ventajas y minimizar sus desventajas competitivas.
Estructura Orgánica	Disposición sistemática de los órganos que integran una institución, conforme a criterios de jerarquía y especialización, ordenados y codificados a tal forma que sea posible visualizar los niveles jerárquicos y sus relaciones de dependencia.
Estilo de Vida	Es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.
Estudio de Estadísticas de Salud	Evaluación de información y datos relevantes sobre consecuencias de salud para una población en cuestión, incluyendo informes de lesiones, enfermedades o muertes en la comunidad. Las bases de datos pueden ser locales, estatales o nacionales. La información proveniente de proveedores de cuidado médico y organizaciones puede ser utilizada. Las bases de datos pueden incluir datos de morbilidad y mortalidad, registros de tumores y enfermedades, estadísticas de nacimientos y datos de vigilancia.
Evaluación	Se refiere al proceso de determinar el mérito, valor, calidad o beneficio de un producto o resultado de algo.
Factor de riesgo	Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.
Gasto de Bolsillo	Pagos efectuados por algún(os) miembro(s) del hogar para la atención de una necesidad en salud. Cuando este gasto proviene del denominado "bolsillo", es decir, es efectuado directamente, se le denomina "gasto de bolsillo"; cuando proviene de un pago previo previsional, es decir por la compra de primas, se menciona "gasto en seguros de salud y accidentes".
Guía de Práctica Clínica	Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Las Guías de Práctica Clínica abordan aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento para el manejo de una enfermedad o condición sobre los cuales brinda las recomendaciones desarrolladas de manera sistemática. Los resultados de la aplicación de la guía tienen que ver con la calidad de su proceso de confección y la metodología utilizada en su desarrollo. (Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Metodología para la Elaboración de las Guías de Práctica Clínica).
Indicador	Es un enunciado que permite medir el estado de cumplimiento de un objetivo, facilitando su seguimiento (Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico – CEPLAN).
Indicador de Salud	Es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo).
Infraestructura	Conjunto de los servicios y las obras que se necesitan, para que algo funcione de manera correcta
Insumos	Son los ingredientes o condiciones de partida utilizados por una organización o institución para el logro de sus objetivos de misión.

Interoperable	Es la capacidad de dos o más sistemas o componentes para intercambiar información y usar la información que se ha intercambiado, la interoperabilidad típica se lleva a cabo en dos niveles; semántica y técnica. La Semántica, permite a las partes involucradas describir los requisitos sin considerar la implementación técnica. Respecto al nivel técnico (software) se usa para describir la capacidad técnica de distintos programas para intercambiar los datos a través de un conjunto común de formatos de intercambio, para leer y escribir los mismos formatos de archivos y para usar los mismos protocolos.
Inversiones	Comprende las inversiones sujetas al Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (proyectos de inversión e inversiones de optimización, de ampliación marginal, de reposición y de rehabilitación); así como las inversiones no sujetas a dicho sistema (tales como los proyectos PROCOMPITE en el marco de la Ley N° 29337, los proyectos de inversión exonerados, entre otros). Para efecto del aplicativo informático para la Programación Multianual se registra dentro de la categoría "Proyecto". (Directiva de programación multianual. Directiva N°001-2018-EF/50.01).
Meta	Expresión cuantitativa de una actividad, acción y objetivo estratégico que enuncia la magnitud o grado de realización en un tiempo determinado.
Metas de Salud	Resumen de los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un periodo de tiempo definido. Son declaraciones generales de intenciones y aspiraciones destinadas a reflejar los valores de la comunidad en general y del sector sanitario en particular, en relación con una sociedad sana. En muchos países las metas y objetivos de salud sirven también como referencia para decidir la dirección y prototipos de sus inversiones en salud. La OMS ha apoyado y promovido el desarrollo y uso de los objetivos y metas de salud a nivel mundial, regional, nacional y local.
Misión	Define la razón de ser de la entidad en el marco de las competencias y funciones establecidas en su ley de creación; y de acuerdo a los criterios de la modernización del Estado.
Necesidad	Es la brecha que hay entre los resultados actuales y los deseados de una organización o institución. Diagnóstico de necesidades es el proceso de identificación de las brechas entre los resultados presentes y los deseables, y su ordenación por prioridad en función de lo cual se decide a cuáles se refuerza, reduce o elimina.
Objetivo Estratégico	Es la descripción del propósito a ser alcanzado, que es medido a través de indicadores y sus correspondientes metas, las cuales se establecen de acuerdo al periodo del plan estratégico. El objetivo estratégico está compuesto por el propósito, los indicadores y las metas.
Objetivos de Salud	Es una relación con una población determinada, la cantidad de cambios (usando un indicador de salud) que razonablemente cabe esperar dentro de un periodo de tiempo definido. Los objetivos se basan por lo general en cambios específicos y mensurables de los resultados de salud o de los resultados de salud intermedios.
Plan Estratégico Institucional – PEI	Instrumento de gestión que identifica la estrategia de la entidad para lograr sus objetivos, en un periodo mínimo de tres (3) años, a través de iniciativas diseñadas para producir una mejora en la población a la cual se orienta y cumplir su misión. Contiene los Objetivos y las Acciones Estratégicas Institucionales. (Guía para el Planeamiento Institucional, Modificada por Resolución de Presidencia de Consejo Directivo N° 00016-2019/CEPLAN/PCD).

Planeamiento Estratégico	Es una herramienta que recoge lo que la organización quiere conseguir para cumplir su misión y alcanzar su propia visión (imagen futura). Entonces ofrece el diseño y la construcción del futuro para una organización, aunque éste futuro sea imprevisible.
Políticas	Son lineamientos y directrices que constituyen un marco dentro del cual deberán desplegarse los esfuerzos y acciones para alcanzar los fines, objetivos y metas del proceso planificador.
Política Sanitaria	Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.
Población Económicamente Activa	Según el INEI, la población económicamente activa (PEA), es la oferta de mano de obra en el mercado de trabajo y está constituida por el conjunto de personas, que contando con la edad mínima establecida (14 años en el caso del Perú), ofrecen la mano de obra disponible para la producción de bienes y/o servicios durante un periodo de referencia determinado (en el Perú, siguiendo normas de la OIT, se utiliza "la semana anterior a la encuesta" como periodo de referencia para el cálculo de estos indicadores). Por lo tanto, las personas son consideradas económicamente activas, si contribuyen o están disponibles para la producción de bienes y servicios. La PEA comprende a las personas, durante el periodo de referencia estaban trabajando (ocupados) o buscando activamente un trabajo (desempleados).
Presupuesto	Es el conjunto de recursos monetarios disponibles por la institución u organización, distribuidos por programas. Un presupuesto enlista el costo detallado de cada programa.
Prevención de la Enfermedad	Son las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.
Promoción de la Salud	Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, a través de un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.
Procesos	Son los métodos, actividades y programas; es decir: cómo se usarán los insumos para producir los resultados.
Productos	Los resultados producidos por la organización en función de la utilización de los insumos y los procesos para generarlos.
Proyecto	Conjunto de actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí, que se realizan con el fin de producir determinados bienes y servicios capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas.
Resultado	Es el efecto concreto que se alcanza, mediante la realización de un proyecto. Puede ser de dos niveles: efecto e impacto. Con el término efectos se indican los resultados de la utilización de los productos del proyecto (prestación de servicios, satisfacción de necesidades, resolución de problemas). Mientras que la expresión impactos se refiere a los cambios producidos en una situación como resultado de los efectos de un proyecto.
Riesgo	Es un evento desfavorable que no ha ocurrido aún, y de ocurrir puede afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos estratégicos, siempre que no se tomen decisiones para disminuir o anular su efecto.

Ruta Estratégica	Es el conjunto secuencial de acciones estratégicas priorizadas que permite lograr los objetivos estratégicos.
Salud	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia sino, incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.
Salud Pública	La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria.
Seguimiento	Mecanismo para evaluar regularmente la situación del programa, observando si las actividades se llevaron a cabo, cómo fueron planeadas y si dieron los resultados esperados.
Sistema Administrativo	Es el conjunto de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos que tienen por finalidad regular la utilización de los recursos en las entidades de la administración pública promoviendo la eficacia y eficiencia en su uso.
Variable Estratégica	Es una cualidad o característica concreta que se deriva del modelo conceptual del sector o territorio, identificable y distinta de otras, con capacidad de cambiar y de ser medida directamente o a través de sus indicadores.
Visión	Es un enunciado que describe lo que a una organización o institución le gustaría llegar a ser en un horizonte futuro.
Vigilancia de Salud	Es el control y seguimiento del estado de salud de los/as asegurados y sus derechohabientes para detectar signos de enfermedades prevenibles y no prevenibles y tomar las medidas para reducir la probabilidad de daños o alteraciones posteriores en su estado de salud.
Vigilancia Epidemiológica	Es la recopilación sistemática, el análisis y la interpretación en desarrollo, de datos de salud esenciales a la planificación, implementación y evaluación de la práctica de salud pública, integrados de cerca a la difusión oportuna de estos datos a quienes necesitan saberlos. La conexión final en la cadena de vigilancia es la aplicación de estos datos a la prevención y al control. Un sistema de vigilancia incluye una capacidad funcional para la recopilación de datos, el análisis y la difusión vinculada a los programas de salud pública.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AFESSALUD	Administradora de fondos de EsSalud
APP	Asociación público - privada
APS	Atención primaria de salud
AUS	Aseguramiento universal en salud
AVD	Años vividos con discapacidad
AVISA	Años de vida saludable perdidos
AVP	Años de vida perdidos por muerte prematura
BCR	Banco central de reserva
BI	Inteligencia de negocios
CAM	Centro del adulto mayor
CD	Consejo directivo
CEABE	Central de abastecimientos de bienes estratégicos
CENATE	Centro nacional de telemedicina
CEPRIT	Centro de prevención de riesgos del trabajo
CERPS	Centro de rehabilitación profesional y social
CIRAM	Círculos del adulto mayor
CPT	Current procedural terminology
DL	Decreto legislativo
DS	Decreto supremo
EEFF	Estados financieros
EESS	Establecimientos de salud
ENSSA	Encuesta nacional socioeconómica y de acceso a salud de los asegurados de EsSalud
ENT	Enfermedades no transmisibles
EsSalud	Seguro Social de Salud
GCAA	Gerencia central de atención al asegurado
GCGF	Gerencia central de gestión financiera
GCGP	Gerencia central de gestión de las personas
GCOP	Gerencia central de operaciones
GCPP	Gerencia central de planeamiento y presupuesto
GCPGPI	Gerencia central de promoción y gestión de proyectos de inversión
GCPI	Gerencia central de proyectos de inversión
GCPP	Gerencia central de planeamiento y presupuesto
GCPS	Gerencia central de prestaciones de salud
GCSPE	Gerencia central de seguros y prestaciones económicas
GCTIC	Gerencia central de tecnologías de información
GG	Gerencia general
GOF	Gerencia de oferta flexible
GPyT	Gerencia de procura y trasplante
GRD	Grupo relacionado por el diagnóstico
HNERM	Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins
HNGAI	Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen
HRG	Grupo relacionado por uso de recursos en servicios de salud
IAFAS	Institución administradora de fondos de aseguramiento en salud
IETSI	Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación
IMC	Índice de mezcla de casos
INEI	Instituto nacional de estadística e informática
IPRESS	Institución prestadora de servicios de salud
ISH	Índice de seguridad hospitalaria
MBRPS	Módulos básicos de rehabilitación profesional y social
MINSA	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
ODN	Oficina de defensa nacional
OECD	Organización para la cooperación y el desarrollo económico
OFIN	Oficina de integridad
OMS	Organización mundial de la salud
ONP	Oficina de normalización previsional
PAM	Persona adulta mayor
PCM	Presidencia del consejo de ministros

PDL	Proyecto de ley
PE	Presidencia ejecutiva
PEA	Población económicamente activa
PEAS	Plan esencial de aseguramiento de salud
PEI	Plan estratégico institucional
PEInv	Plan estratégico de inversiones
PIA	Presupuesto institucional de apertura
PMI	Programación multianual de inversiones
POI	Plan operativo institucional
RGG	Resolución de gerencia general
RM	Resolución ministerial
ROF	Reglamento de organización y funciones
RPE	Resolución de presidencia ejecutiva
SBS	Superintendencia de banca y seguros
SCP	Separación de comprador - proveedor
SCTR	Seguro complementario de trabajo de riesgo
SG	Secretaría general
SGH	Sistema de gestión hospitalaria
SGM	Subgerencia de mantenimiento
SR	Seguro regular
SSA	Seguro de salud agrario
SUNAT	Superintendencia nacional de aduanas y de administración tributaria
SUSALUD	Superintendencia nacional de salud
TIC	Tecnología de la información y comunicación
UBAP	Unidad básica de atención primaria
UGIPRESS	Unidad de gestión de IPRESS
UPSS	Unidad productora de servicios de salud
URV	Unidad relativa de valor

I

MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO

1. MARCO INSTITUCIONAL DE EsSalud

1.1. Síntesis del Seguro Social de Salud

Desde 1936, el Seguro Social de Salud – EsSalud ha pasado por una serie de cambios, desde su inicio como Caja Nacional de Seguro Social Obrero, convirtiéndose en el año 1980 en el Instituto Peruano de Seguridad Social - IPSS y en el año 1997, con la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud que, se separa del Sistema Nacional de Pensiones, consolidando sus competencias como Seguro Social de Salud.

En 1999 mediante Ley N° 27056 se crea el Seguro Social de Salud – EsSalud, como un Organismo Público Descentralizado, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, otorgando cobertura a sus asegurados a través de prestaciones de salud (prevención, promoción, recuperación, rehabilitación), prestaciones económicas y prestaciones sociales.

Cuadro N° 1 Cronología de antecedentes

Norma	Fecha	Disposición
Ley N° 8433	12.08.1936	Crea el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social
D.L N° 10902	19.11.1948	Crea el Seguro Social Obligatorio del Empleado
D.L N° 19990	24.04.1973	Unifica los diversos regímenes de pensiones existentes
D.L N° 23161	16.07.1980	Se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS)
Ley N° 26790	15.05.1997	Ley de modernización de la Seguridad Social en Salud
Ley N° 27056	29.01.1999	Crea el Seguro Social de Salud (EsSalud), adscrito al MTPE
Ley N° 29344	09.04.2009	Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud
Ley N° 29626	09.12.2010	Ley que incorpora a EsSalud al ámbito de FONAFE
D.S N° 016-2012-TR	12.09.2012	Declara en reorganización el Seguro Social de Salud

Fuente: Elaboración Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – GPC.

El Artículo 10º del Decreto Supremo Nº 009-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Nº 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, establece las siguientes prestaciones:

Prestaciones de Salud

EsSalud brinda atención integral a los asegurados y sus derechohabientes, por medio del otorgamiento de actividades sanitarias preventivo - promocionales, recuperativas y de rehabilitación, a través de la oferta fija (26 Redes Asistenciales, 03 Redes Prestacionales, el Instituto Nacional del Corazón-INCOR y el Centro Nacional de Salud Renal-CNSR), oferta flexible y servicios extrainstitucionales por convenio con IPRESS públicas o contrato con IPRESS privadas, en los 3 niveles de atención.

Atención Primaria.- Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad.

Medicina Complementaria – MEC.- Se fomenta y ofrece la medicina natural para beneficio de los asegurados, a traves de métodos más validados como son la Trofoterapia, Hidroterapia, Geoterapia, entre otros.

Centro de Atención Integral de Diabetes e Hipertensión.- Brinda prestaciones de salud especializada, mediante la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones secundarias de la Diabetes.

Instituto de Medicina Tradicional.- Centro de investigación multidisciplinaria de EsSalud, que contribuye al desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas para la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Servicio de Salud Mental.- Brinda servicios a sus asegurados en las áreas siguientes: Área ambulatoria (consulta externa, programas especiales) hospitalización parcial, farmacodependencia y programas terapéuticos.

Dona Vida.- Se encarga del desarrollo de una red de establecimientos articulados y especializados en servicios de procura y trasplante de órganos y tejidos.

Proyectos Especiales.- Es un área de atención especializada de salud en consulta médica, procedimientos médicos e intervenciones quirúrgicas, complementando las atenciones otorgadas por las redes asistenciales.

Hospital Perú.- Es el Hospital móvil o itinerante de EsSalud que otorga prestaciones de salud mediante operativos de apoyo de contingencia, para ampliar o complementar los servicios de algunos Centros Asistenciales a nivel nacional.

Programa de Atención Domiciliaria – PADOMI.- El Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) brinda a sus asegurados mayores de 70 años de Lima Metropolitana y Callao, acercar los servicios de salud.

Sistema de Transporte Asistido de Emergencia – STAE.- Servicio gratuito de atenciones pre-hospitalarias y traslado de pacientes asegurados en situaciones de emergencias, hacia un centro asistencial de EsSalud.

Escuela de Emergencia.- Desempeña un rol innovador de capacitación y certificación a los diferentes profesionales de la salud en la atención de Emergencias y Desastres.

Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo - CEPRIT.- Brinda servicios de asesoría, asistencia técnica y capacitación a las empresas, en gestión de la seguridad y salud en el trabajo.

El Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) .- Es el órgano responsable de brindar atenciones de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación haciendo uso de tecnologías de la información y telecomunicaciones.

Prestaciones económicas

Comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y las prestaciones por sepelio, dentro de los límites establecidos en la propia normatividad que rige para su otorgamiento. (Artículo 2° del Decreto Supremo N° 002-99-TR, Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – EsSalud).

Subsidio por Lactancia.- Es el monto en dinero que se otorga con el objeto de contribuir al cuidado del recién nacido, hijo de asegurado regular o de régimen especial o agrario, por un monto de S/ 820.00, por cada lactante.

Subsidio por Maternidad.- Es el monto en dinero al que tienen derecho las aseguradas titulares en actividad, busca resarcir económicamente a la madre asegurada titular por el alumbramiento y las necesidades de cuidado del recién nacido.

Prestación por Sepelio.- Es el monto en dinero que se otorga a la persona que cumpla la condición de Beneficiario y que acredite haber efectuado los gastos de los servicios funerarios por la muerte de un asegurado regular titular (activo o pensionista).

Subsidio por Incapacidad Temporal.- Es el monto en dinero que se otorga a los asegurados regulares en actividad, agrarios y de regímenes especiales, con el fin de compensar la pérdida económica derivada de la incapacidad para el trabajo, ocasionada por el deterioro de la salud.

Prestaciones sociales

Son programas orientados al asegurado adulto mayor, el asegurado con discapacidad y otras poblaciones vulnerables (niños y adolescentes asegurados), cuyo fin es mejorar su calidad de vida y contribuir a mejorar su salud integral (física y mental). Se brinda a través de establecimientos distribuidos a nivel nacional: ciento veintiséis (126) Centros de Atención al Adulto Mayor (CAM), ciento cinco (105) Círculos del Adulto Mayor (CIRAM), cuatro (4) Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS), trece (13) Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS) y dos (2) Centros de Empoderamiento (CEMPO).

Centro de Adulto Mayor (CAM).- Unidad operativa, concebida como espacio de encuentro generacional, cultural y espiritual, mediante el desarrollo físico, emocional, cultural y esperitual, mediante el desarrollo de programas de estilod de vida para un evejecimiento activo.

Programas desarrollados:

- Programa de ejercicio de derechos humanos.
- Programa de autocuidado: Bienestar físico e intelectual.
- Programa de expresión y desarrollo: Bienestar emocional y participación social.
- Servicios complementarios.

Centro de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulo Básico de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS).- Unidades operativas, cuya finalidad es desarrollar programas y proyectos de carácter formativo integral, dirigidos a la población asegurada con discapacidad en cualquier etapa del ciclo evolutivo, poniendo énfasis en el aspecto educativo, social y laboral; que les permita su integración, manteniemiento y promoción en un empleo dependiente e independiente, así como su integración familiar, educativa y comunitaria, propiciando el ejercicio de una vida independiente. Estos centros brindan atención de manera individualizada a través de dos etapas del proceso:

1. Rehabilitación Profesional.
2. Rehabilitación Profesional.

1.2. Marco normativo

Como parte del proceso de planeamiento estratégico, se han considerado los aspectos normativos que establecen los parámetros en los que EsSalud cumple su rol y funciones, sobre los cuales se precisarán los objetivos y acciones de mediano plazo que permitirán cumplir eficientemente con su misión institucional.

EsSalud es una entidad autónoma administradora de fondos intangibles de seguridad social encargada de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, por medio de prestaciones de salud de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, así como prestaciones económicas y sociales, que corresponden al régimen contributivo de la seguridad social en salud.

A continuación, se mencionan las normas agrupadas en:

I. Marco Estratégico Sectorial y de Políticas Públicas.
II. Marco legal que guía el proceso de planeamiento.

Marco Estratégico Sectorial y de Políticas Públicas

EsSalud se encuentra adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, EsSalud participó en la formulación del PESEM 2017-2021 del sector Trabajo y Promoción del Empleo como parte del comité técnico y equipo de trabajo. El precitado documento de gestión fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 135-2016-TR, de fecha 30.06.2016 y actualizado para el periodo 2017-2022, mediante Resolución Ministerial N° 11-2019-TR de fecha 09.04.2019, donde se incluyeron las metas al año 2022, siendo los objetivos y acciones estratégicas las siguientes:

Cuadro N° 2 Objetivos estratégicos del PESEM del sector Trabajo y Promoción del Empleo

	Objetivos Estratégicos – MTPE
1	Promover Empleos Formales con acceso a los derechos laborales y cobertura de seguridad social para lograr un desarrollo productivo y sostenido de nuestra economía.
2	Desarrollar la empleabilidad y fomentar el autoempleo de los jóvenes, acorde a la demanda real del mercado laboral en el país.
3	Potenciar al Consejo Nacional de Trabajo y otras instancias para la generación de una legislación laboral que fomente la productividad y garantice los derechos laborales.
4	Generar competencias y oportunidades laborales para poblaciones vulnerables, particularmente mujeres víctimas de violencia y personas con discapacidad.
5	Promover el empleo a través del mejoramiento de las competencias laborales y niveles de empleabilidad de las personas en condiciones de desempleo y subempleo.
6	Implementar un efectivo modelo de gestión sectorial centrado en el ciudadano.

Fuente: Resolución Ministerial N° 11-2019-TR.

Cuadro N° 3 Priorización de las acciones estratégicas del objetivo estratégico 1

Objetivo Estratégico	Acciones Estratégicas
Promover empleos formales con acceso a los derechos laborales y cobertura de seguridad social para lograr un desarrollo productivo y sostenido de nuestra economía.	Diseñar e implementar mecanismos que faciliten y promuevan el tránsito a la formalización Laboral
	Sensibilizar a los actores laborales sobre los beneficios de la formalización, generando y difundiendo información de calidad
	Desarrollar y Promover mecanismos de articulación multisectorial e intergubernamental orientados a facilitar los procesos de formalización laboral
	Cautelar y Promover el respeto de los derechos socio laborales de la población laboral a través de un sistema de inspección de trabajo predictivo, eficiente y de calidad; así como, proteger los derechos fundamentales y la seguridad y salud en el trabajo
	Promover una mejor calidad y mayor cobertura de la Seguridad Social y la Prevención de Riesgos

Fuente: Resolución Ministerial N° 11-2019-TR

Como se observa, el Sector Trabajo y Promoción del Empleo priorizó las acciones estratégicas que deberán ejecutarse en el periodo 2017-2022 en el marco de sus seis (6) objetivos estratégicos, siendo los objetivos estratégicos referidos a **"Promover empleos formales con acceso a los derechos laborales y cobertura de seguridad social para lograr un desarrollo productivo y sostenido de nuestra economía",** e **"Implementar un efectivo modelo de gestión sectorial centrado en el ciudadano"** los que se encuentran relacionados con las funciones de EsSalud y la acción estratégica **"Promover una gestión de calidad sectorial y territorial"** del objetivo estratégico N° 6, se encuentra articulada con los objetivos estratégicos de EsSalud.

Por otro lado, el Sector Salud también elaboró su Plan Estratégico Sectorial Multianual-PESEM para el periodo 2016-2021, documento de gestión que fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA de fecha 02.06.2016, en el cual se han definido tres objetivos estratégicos y trece acciones estratégicas priorizadas.

El precitado documento, contiene las políticas de salud traducidas en las acciones estratégicas conducentes a mejorar la salud de la población que, en el marco de la reforma de salud permitirán planificar las intervenciones para reducir el déficit de la oferta de servicios de calidad, la implementación efectiva de La Ley de Aseguramiento Universal de Salud y por consiguiente, cubrir las necesidades de la población desde una perspectiva de los derechos de la salud[2].

Cuadro N° 4 Objetivos y acciones estratégicas del PESEM del sector – Salud

Objetivos Estratégicos	Acciones Estratégicas - MINSA
Mejorar la salud de la Población	Reducir la mortalidad materna y neonatal
	Reducir la desnutrición infantil y anemia
	Controlar las enfermedades transmisibles
	Disminuir las enfermedades no transmisibles
	Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos

[2] Extracto del PESEM 2016-2021 del Sector Salud aprobado mediante Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA

Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema
	Expandir la oferta de servicios de salud
	Modernizar la gestión de los servicios de salud
	Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria
Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población	Fortalecer la autoridad sanitaria
	Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos
	Crear e implementar el sistema de monitoreo y evaluación de políticas en salud públicas con impacto en la salud pública
	Reforzar los arreglos interinstitucionales para la gestión multisectorial y territorial

Fuente: Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA

Es importante remarcar que, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su reglamento, constituyen el eje normativo vigente para la protección financiera de la salud siendo sus disposiciones, de máxima relevancia para que EsSalud realice los ajustes organizacionales y operacionales. De igual manera, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), se constituye en un actor importante considerando que ha promulgado las regulaciones para la separación de funciones entre IAFAS e IPRESS y que adicionalmente, con el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, establece las disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.

Acuerdo Nacional: aprueba la Visión Perú al 2050

En abril de 2019, el Foro del Acuerdo Nacional[3] aprobó la Visión del Perú al 2050. Esta visión representa la situación esperada del país en el citado año, la que prioriza la defensa de la persona y su dignidad y el desarrollo inclusivo, competitivo y sostenible.

Las cinco dimensiones sobre las cuales se forja el Acuerdo son:

(i) **Social:** se proyecta que las personas alcancen su potencial en un entorno libre de discriminación, de menor pobreza y de igualdad de oportunidades.
(ii) **Económica:** se procura un crecimiento sostenido, de pleno empleo y de sostenibilidad ambiental, el cual incorpore el esfuerzo conjunto de ciudadanos, empresas y el Estado.
(iii) **Ambiental:** se proyecta una gestión sostenible de los ecosistemas que asegure el desarrollo económico y social.
(iv) **Estado:** se procura el desarrollo de una democracia en la que prevalezcan los derechos fundamentales, la gobernabilidad y el imperio de la ley.
(v) **Gestión Pública:** se proyecta la existencia de un Estado unitario y descentralizado que actúa de manera transparente y eficiente en todo el territorio nacional.

Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública[4]

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 es el instrumento orientador de mayor relevancia en la modernización de la gestión pública del Perú. Su objetivo principal es articular, alinear e impulsar el proceso de modernización, para lo cual expone la visión, lineamientos y principios necesarios para una actuación eficaz y coherente del sector público. Así, se promueve una

[3] Sesión 126° del Foro del Acuerdo Nacional – abril 2019.
[4] Decreto Supremo N° 004-2013-PCM - Aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública

gestión pública orientada al logro de resultados que tengan un impacto positivo en el bienestar del ciudadano, utilizando como mecanismos los cinco pilares y los tres ejes transversales, con la finalidad que las entidades del sector público migren de un enfoque funcional a un enfoque de gestión por procesos.

Plan Nacional de Competitividad y Productividad[5]

Presenta una síntesis articulada y consensuada de un conjunto priorizado de 84 medidas de política con hitos de corto, mediano y largo plazo. La meta es avanzar en la consecución de la visión de país establecida en los nueve objetivos prioritarios que contiene.

Dichos objetivos prioritarios son:

1. Infraestructura económica y social de calidad.
2. Fortalecimiento del capital humano.
3. Desarrollo de capacidades para la innovación, adopción y transferencias de mejoras tecnológicas.
4. Mecanismos de financiamiento local y externo.
5. Mercado laboral dinámico y competitivo.
6. Ambiente de negocios productivo.
7. Comercio exterior de bienes y servicios.
8. Institucionalidad.
9. Sostenibilidad ambiental en las actividades económicas.

Marco legal que guía el proceso de planeamiento

Directiva para la formulación, aprobación y evaluación del PEI - EsSalud[6].

Este documento norma los procesos de Planeamiento Estratégico Institucional de EsSalud, y, busca contribuir a la asignación eficiente y eficaz de los recursos, al bienestar de los asegurados y a la mejora de procesos de seguimiento y cumplimiento de las metas de los objetivos y acciones estratégicas.

El proceso de Planeamiento Estratégico se desarrolla sobre el análisis de la situación actual y considerando la visión a futuro de EsSalud; a partir de ello, se genera información relevante para la toma de decisiones. El proceso está compuesto por tres etapas:

(i) Etapa de definición del marco estratégico, en la cual se realiza un diagnóstico situacional, se elabora el Marco Estratégico Institucional y se plantea la visión de la institución.
(ii) Etapa de formulación, en la cual se define la misión de la institución, los objetivos estratégicos, indicadores y metas y las acciones estratégicas por emprender.
(iii) Etapa de evaluación, en la cual se controla y evalúa el cumplimiento de metas de EsSalud para retroalimentar el Proceso de Planeamiento Estratégico.

[5] Decreto Supremo N° 237-2019-EF de fecha 26.07.2018
[6] Directiva N°18 GG-ESSALUD-2016, 2016

II

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

2.1. FACTOR EXTERNO

2.1.1. Factor económico

Escenario internacional[7]

Para el horizonte 2020 - 2023, se proyecta que el crecimiento de la economía mundial se ajustará de 3.5% a 3.4%, en promedio. Esta corrección del crecimiento se produciría tanto en economías avanzadas como emergentes. Por el lado de las economías avanzadas, la baja se debe, principalmente, al menor crecimiento de Estados Unidos, el cual se ve afectado por la discrecionalidad en la inversión no residencial, el deterioro de la confianza y los mayores costos arancelarios. Por otro lado, el cambio en las economías emergentes se explica por el menor crecimiento de la economía China (de 6.2% a 6.1% para el 2019) y de América Latina y el Caribe (de 1.9% a 1.0% para el 2019). Al 2019, se ha observado que las economías más grandes de la región (Brasil, México y Argentina) han mostrado bajas tasas de crecimiento.

La desaceleración de la economía global debido en gran parte a la incertidumbre provocada por las tensiones comerciales entre China y EEUU han afectado de manera negativa la evolución de precios de los *commodities*, por lo que se proyecta una mayor moderación de los precios de exportación del 2019 (-3.4%) respecto a lo contemplado en el IAPM[8] (-0,5%). Sin embargo, para los próximos años se prevé una recuperación gradual de los precios de exportación.

"Frente a este escenario de desaceleración global, los bancos centrales han optado por flexibilizar su posición de política monetaria. Así, el 31 de julio, la Reserva Federal de los Estados Unidos (FED) redujo su tasa de política por primera vez luego de 11 años y el BCE ha mantenido un estímulo monetario expansivo en la Zona Euro. En lo que va de julio y agosto del 2019, más de 15 bancos centrales de economías avanzadas y emergentes han reducido su tasa de interés de política. De igual manera, algunos países han optado por una política fiscal expansiva. A pesar de estas estas respuestas, aún persisten los riesgos de una mayor desaceleración global"[9].

Escenario local

Al primer semestre del 2019, la economía peruana registró un crecimiento moderado de 1.7%. Dicho crecimiento se asocia "a un entorno externo desfavorable y a la persistencia de shocks de oferta transitorios que influyeron negativamente sobre el PBI primario, el cual registró una contracción de 3.1% la mayor caída en los últimos 5 años. A pesar del deterioro de los sectores primarios, el componente no primario del PBI se mantuvo resiliente y alcanzó una tasa de crecimiento de 3.3% en el primer semestre 2019 nivel cercano al crecimiento potencial. El menor crecimiento del PBI observado en abril y mayo del 2019 afectó severamente las expectativas de los agentes económicos, quienes ajustaron significativamente sus previsiones de crecimiento para 2019 y 2020"[10].

Frente al contexto expuesto y el marco de la estrategia integral para mejorar la competitividad y la productividad del país e impulsar el crecimiento económico de

[7] Marco Macroeconómico Multianual 2020-2023-Aprobado en Sesión de Consejo De Ministros de 21.08.2019
[8] Informe de Actualización de Proyecciones Macroeconómicas 2019 – 2022/MEF
[9] Marco Macroeconómico Multianual 2020-2023. Pg. 4.
[10] Idem

mediano y largo plazo, el gobierno presentó el Plan Nacional de Competitividad y Productividad en julio de 2019. Este plan presentó una síntesis articulada y consensuada de un conjunto priorizado de medidas de política con el objetivo de avanzar en la consecución de la visión de país establecida en los nueve objetivos prioritarios (OP) de la Política Nacional de Competitividad y Productividad (PNCP), cuya implementación permitirá sentar las bases para un crecimiento económico más alto y sostenido en el mediano y largo plazo.

2.1.2 Factor social

Pobreza[11]

En el año 2018, el 20.5% de la población del país (equivalente a 6 millones 593 mil personas en cifras absolutas) se encontraba en situación de pobreza. Es decir, tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos. Al compararlo con los resultados del 2017, se observa que la pobreza disminuyó en 1.2 puntos porcentuales, equivalente a 313 mil personas pobres menos que en el 2017.

En el año 2018, la pobreza extrema afectó al 2.8% de la población del país, equivalente a 900 mil personas. Es decir, estas personas tenían un nivel de gasto per cápita inferior al costo de la canasta básica de alimentos que se ubica en 183 soles. En comparación al 2017, la pobreza extrema disminuyó en 1 punto porcentual (de 3.8% a 2.8%).

Gráfico N° 1 Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria y extrema
(Periodo 2007 – 2018 - Porcentaje respecto del total de población)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares, 2007-2018.

Según la zona de residencia, la pobreza extrema afectó más a la población que habita en la zona rural. Según edad, la incidencia de la pobreza es alta en la población infantil y adolescente. La falta de recursos en los hogares pobres suele estar asociada con situaciones de riesgo específicas, tales como la desnutrición, el abandono escolar o la falta de acceso a servicios médicos y la infraestructura de saneamiento.

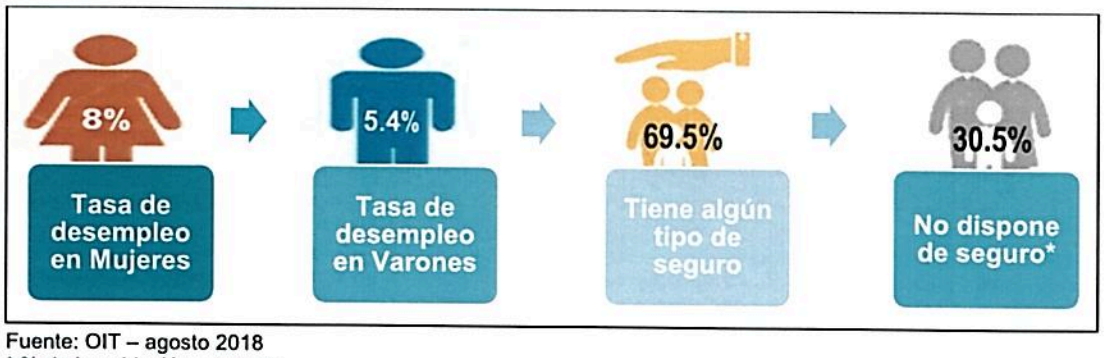
[11] Encuesta Nacional de Hogares 2007 - 2018

Cabe mencionar que la pobreza extrema no es exclusiva a las poblaciones rurales. Sin embargo, sí es altamente probable que las personas en dicha situación permanezcan en ella a lo largo de su vida, además de contribuir como factor determinante para perpetuar la transmisión intergeneracional de los signos de pobreza.

Empleo

El porcentaje de desempleados en Latinoamérica se situó en 8% en el 2018, una décima menos que en el 2017. Se proyecta que esta cifra seguirá bajando hasta 7.8% para el 2020, según el informe "Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo" de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Asimismo, en el documento "Perú Programa de Acción 2018 – 2019, rumbo al Bicentenario"[12], la OIT muestra los siguientes datos de Lima Metropolitana, sobre empleos y seguros.

Gráfico N° 2 Situación del empleo y seguro de salud

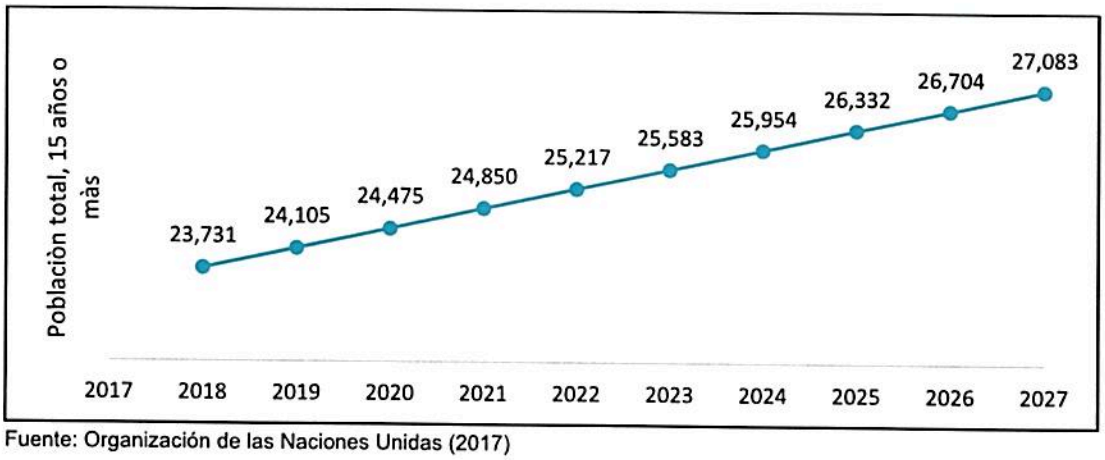


Fuente: OIT – agosto 2018
* % de la población ocupada

Evolución de la población económicamente activa - PEA

Con base en las estimaciones de las Naciones Unidas[13] y de la OIT[14], la población peruana de 15 o más años (edad activa) crecería de 23.7 millones en el 2018 a 27.1 millones al 2027. Esto significa un crecimiento promedio del 1.48% por año. No obstante, conforme avanza el periodo de análisis, su tasa de crecimiento anual baja de 1.48% a 1.42%.

Gráfico N° 3 Proyección de crecimiento poblacional del grupo de 15 años o más (Periodo 2018-2027 - en miles)

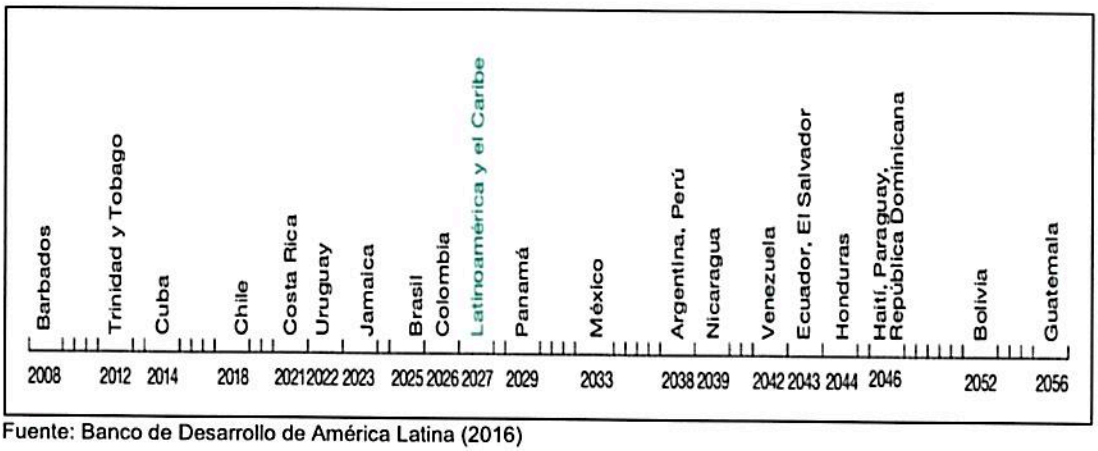


Fuente: Organización de las Naciones Unidas (2017)

[12] https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/06-informe-tecnico-n06_mercado-laboral-mar-abr-may2018.pdf
[13] UN World Population Prospects (2017)
[14] ILO Labour Force Estimates and Projections, November 2017

El cambio en la estructura de edades de la población promovió un espacio denominado bono demográfico. De acuerdo con el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF, por sus cifras en inglés), se prevé que el bono demográfico del Perú continuará favoreciendo el crecimiento económico del país y se extenderá hasta el año 2038, como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 4 Bono demográfico para países de América Latina



Fuente: Banco de Desarrollo de América Latina (2016)

Como se aprecia en el gráfico, Perú tiene una gran oportunidad, la cual puede ser aprovechada si se incrementan las tasas de ahorro y las inversiones dirigidas a ampliar la cobertura y calidad de la salud, educación, seguridad social y el empleo productivo. Los beneficios asociados a este periodo están condicionados a la adopción de políticas que aumenten las oportunidades de empleo formal y promuevan un desarrollo económico y social, con mayor estabilidad y calidad de vida para toda la población.

Aseguramiento universal en salud[15]

Cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios sanitarios básicos, y, más de 800 millones de personas gastan al menos 10% de sus ingresos para pagar por servicios de salud. Todos los Estados miembros de la ONU han acordado alcanzar la cobertura universal de servicios de la salud a más tardar en los años 2030, en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces y asequibles.

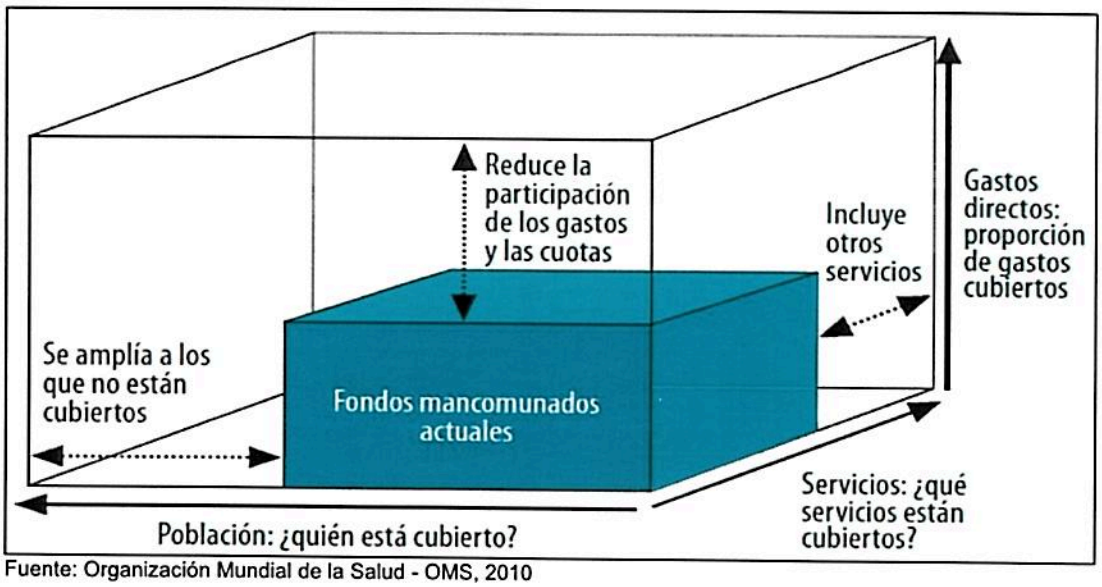
La cobertura universal de salud comprende el acceso equitativo y oportuno a los servicios integrales. Es decir, este acceso debe existir durante toda la vida de las personas, además de ser de calidad y sin limitaciones financieras. Para que se cumplan dichas características, es importante definir y ejecutar políticas e intervenciones intersectoriales, además de fomentar el compromiso de toda la sociedad para la promoción y cuidado de la salud, con mayor énfasis en la protección de las personas pobres y vulnerables.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, para que un país pueda alcanzar el aseguramiento universal de la salud se han de cumplir cuatro requisitos: i) un sistemas de salud sólido, eficiente y en buen funcionamiento; ii) un sistema de financiación de los servicios de salud; iii) acceso a medicamentos y tecnologías esenciales; y iv) dotación de personal sanitario bien capacidad y motivado[16]. Las dimensiones se encuentran en el siguiente gráfico:

[15] Organización Mundial de la Salud - OMS, 2019

[16] Resolución de las Naciones Unidas sobre cobertura sanitaria universal (A/67/L.36), Nueva York, 12.12.2012.

Gráfico N° 5 Dimensiones por considerar para alcanzar la cobertura universal[17]



Fuente: Organización Mundial de la Salud - OMS, 2010

2.1.3 Factor ambiental

Cambio climático

Según los estudios de la Organización Mundial de la Salud (2012), el cambio climático afecta, entre otros, predominantemente a la salud. Debido a las altas y bajas temperaturas, se incrementa la mortalidad por enfermedades cardiorrespiratorias; las intensas lluvias traen consigo abruptos deslizamientos que afectan a la población causando muertes y exposición a enfermedades trasmisibles. En la última década, los desastres naturales produjeron alrededor de 600,000 muertes, concentradas al 95% en los países más pobres.

Aunque el calentamiento global puede tener algunos efectos beneficiosos localizados (menor mortalidad en invierno en las regiones templadas e incremento de la producción de alimentos en determinadas zonas), los efectos globales para la salud son probablemente muy negativos. El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud: contar con aire limpio, agua potable, suficientes alimentos y vivienda segura.

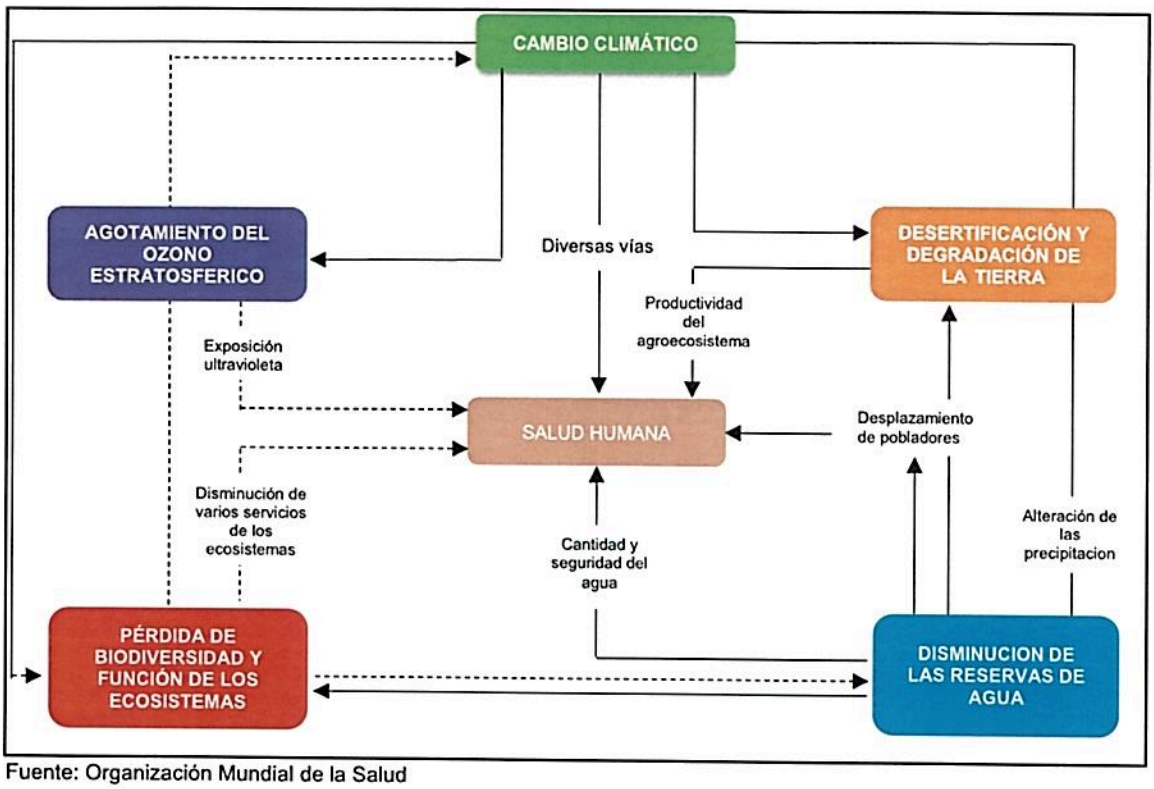
Las zonas con infraestructuras sanitarias deficientes - que se hallan, en su mayoría, en los países en desarrollo - son las menos preparadas ante estos eventos climáticos y para articular una respuesta si es que no reciben ayuda.

El Perú posee ecosistemas vulnerables al cambio climático. Se producen fenómenos climatológicos como el Fenómeno de El Niño, la desglaciación de los nevados, entre otros, los que generan repercusiones directas e indirectas en la salud de las personas.

El siguiente cuadro muestra las relaciones entre el cambio climático y la salud humana identificadas por la OMS.

[17] Organización Mundial de la Salud (2010). La Financiación de los Sistemas de la Salud. El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo.

Gráfico N° 6 Factores ambientales



Fuente: Organización Mundial de la Salud

Cuadro N° 5 Proyecciones del IPCC para este siglo

Efectos Directos:		Efectos Indirectos:	
Factor	**Efectos**	**Factor**	**Efectos**
a. Temperaturas extremas	• Aumento de morbi – mortalidad por estrés térmico (golpe de calor y ola de frio: hipotermia, IRA, neumonía, bronquitis) • Aumento de reacciones alérgicas por producción de contaminantes (alergénicos en el aire: asma y broncoespasmo)	**a.** Enfermedades trasmitidas por el agua y alimentos	• Incremento de EDA • Cólera y leptospirosis • Hepatitis A • Contaminación y alteración nutricional de los alimentos • Moluscos contaminados y floraciones de algas toxicas / cianobacterias y eutrofización del agua.
b. Fenómenos meteorológicos extremos	• Inundaciones (lesiones físicas, riesgo de EDA y aumento de patología respiratoria; impacto en la salud mental). • Sequia (daños en la producción agropecuaria y afectación de la salud mental por pérdidas económicas, riesgo de malnutrición). • Vientos huracanados (victimas por traumatismos físicos y afectación de la salud mental; severos daños a la propiedad).	**b.** Enfermedades trasmitidas por vectores	**Insectos** • Dengue, fiebre amarilla y fiebre chikunguya (enfermedades víricas trasmitidas por el mosquito Aedes) • Paludismo • Leishmaniosis • Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo occidental **Roedores** • Hantavirus • Peste bubónica • Leptospirosis Icterohemorragica

Fuente: Organización Mundial de la Salud
Grupo Intergubernamental de expertos sobre el cambio climático ONU – 2007

2.1.4 Factor tecnológico

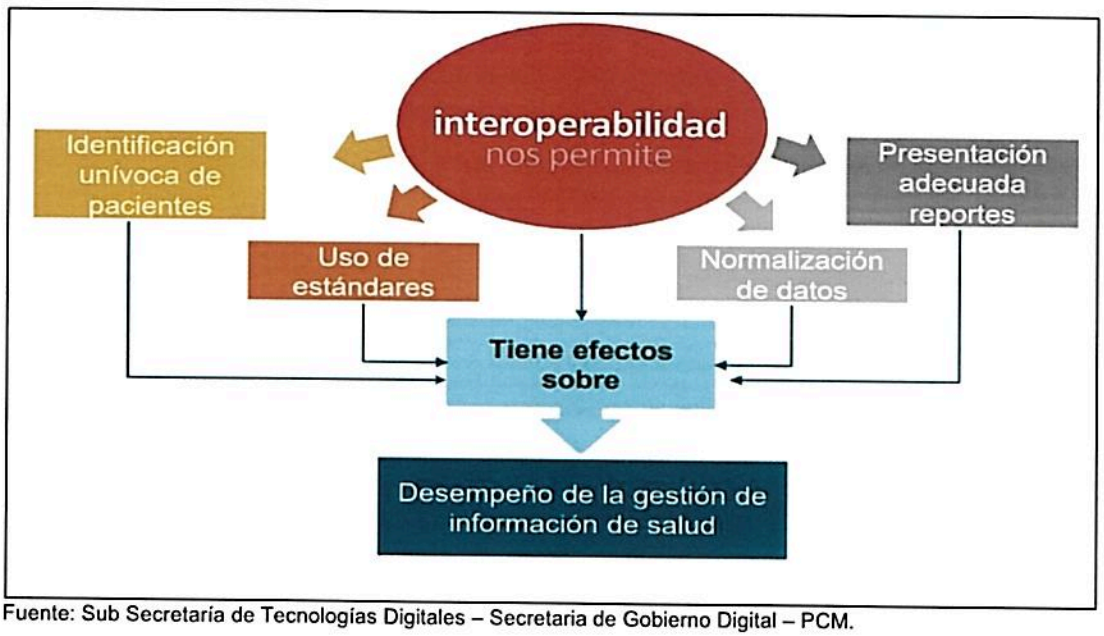
Como se sabe, los esfuerzos realizados en materia de administración de salud pública descansan sobre plataformas informáticas, con el objetivo principal de hacer más eficiente una gestión. Es así que una tendencia de solución en materia de TI, que está siendo implementada, es la interoperabilidad. Esta permite centralizar la información con una mejor comunicación e intercambio de datos, así como compartir e integrar información, conocimiento y procesos de manera fácil, segura, fluida, abierta y flexible.

El posicionamiento de los sistemas interoperables ha sido posible gracias al aporte y el avance de las tecnologías de la información en materia de salud, siendo uno de los pilares la masificación y mejoramiento del ancho de banda. Esto ha permitido una mejor interconexión y un uso más eficiente de servicios web que ayudan al intercambio de información.

Un estudio de la OCDE[18] relacionado con el desempeño de los sistemas de salud, identifica el reto del intercambio de información clínica relevante y comprensible de manera oportuna entre los hospitales públicos y los servicios de primer nivel. Este documento señala "amplias dificultades para enlazar los servicios ambulatorios con los cuidados de condiciones de salud agudas y crónicas. También identifica como fuentes potenciales de error las referencias entre el primer, segundo y tercer nivel de atención".

Esta tendencia de implementar servicios interoperables va a permitir consolidar un objetivo importante: contar con la historia clínica digital, cuyo eje central se basa en compartir información que permita al paciente atenderse en cualquier establecimiento de salud a nivel nacional. Esto va a ser posible debido al hecho que al final de un proceso de implementación de herramientas interoperables, se va a poder contar con una identificación inequívoca de pacientes, el uso de estándares, la normalización de datos y una adecuada presentación de reportes, facilitando la toma de decisiones.

Gráfico N° 7 Beneficio de la interoperabilidad en el sector Salud



Fuente: Sub Secretaría de Tecnologías Digitales – Secretaria de Gobierno Digital – PCM.

[18] CEPAL La interoperabilidad en Salud-e. Recuperado de https://cutt.ly/zeBMVQ4

Igualmente se identifica la tendencia de adoptar tecnologías que permitirán una mejora significativa en las prestaciones de salud: el uso creciente de la telemedicina, la cual está permitiendo atender a un mayor número de ciudadanos en zonas de difícil acceso, permitiendo facilitar el acceso a especialistas en lugares remotos. La División de Protección Social y Salud del BID[19] identifica las siguientes tres formas en las que la salud digital puede mejorar la vida de los pacientes en América Latina:

a. Aumento en la precisión de la atención de la salud. Actualmente, se ha demostrado que el uso de tecnologías ha permitido disminuir la cantidad de errores, especialmente los relacionados con prescripciones de medicamentos.

b. Mayor empoderamiento de los pacientes. Cada vez más, tanto médicos como pacientes, están reforzando los modelos centrados en el paciente. De esta forma, se está migrando de un modelo paternalista a uno en el que el paciente se compromete con su salud. En esta dinámica, la participación de la tecnología ha facilitado que los pacientes puedan monitorear su salud de manera más precisa y que puedan interactuar con sus proveedores y médicos.

c. Mejora en la asequibilidad de la atención en salud de alta calidad en áreas de difícil acceso. La tecnología ha ayudado a mejorar las capacidades de las personas que conforman las poblaciones más alejadas y orientarlas al cuidado de su salud, así como para acercar la atención médica a través de telesalud.

La facilidad de acceso a las tecnologías de la información ha hecho posible el empoderamiento del paciente ya que, en la actualidad, es posible obtener información desde un dispositivo móvil o contar con un diagnóstico en línea en zonas rurales. Además, se pueden transmitir imágenes y videos en alta resolución que hacen posible generar diagnósticos precisos en forma inmediata.

Se considera importante, como parte de una efectiva trasformación digital, la adopción de recursos como la nube, que van a permitir entre otras cosas el contar con un recurso escalable, que va a ir incrementando en espacio de alojamiento y en capacidad de procesamiento de acuerdo a la necesidad que se requiera, eso va a permitir cuantificar las necesidades de recursos.

Actualmente América Latina, es uno de los mayores consumidores de la nube por los beneficios que genera como el cierre de brechas en tecnología, reducción de costos e infraestructura, orientado a convertirse en el recurso más usado a nivel mundial, por ser más económico que un servidor, más seguro y sobre todo por la capacidad de definir el espacio, el ancho de banda y la capacidad de transacción que se requiera[20].

Esto permitirá una efectiva transferencia de datos y comunicación implementando sistemas interoperables para el intercambio de servicios y en donde las comunicaciones son parte principal del éxito de dichos sistemas, es por ello, que todos los esfuerzos para consolidar la transformación digital en salud, deben apuntar primero a sentar las bases de una efectiva red de comunicación[21].

[19] Ulrich, A. (2018). Tres impactos de la salud digital en la atención de la salud. BID Mejorando vidas. Recuperado de https://cutt.ly/ReB187l

[20] https://www.cepal.org/socinfo/noticias/paginas/3/44733/newsletter19.pdf

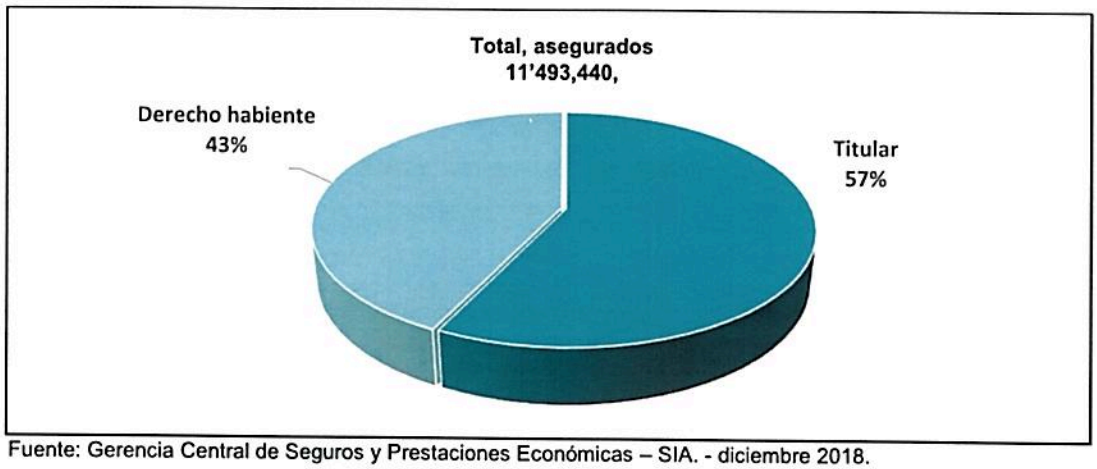
[21] https://www.cepal.org/socinfo/noticias/paginas/3/44733/newsletter17.pdf

2.2. FACTOR INTERNO

2.2.1. Población asegurada

Al finalizar el año 2018, la población de asegurados afiliados a EsSalud alcanzó los 11'493,440, de los cuales el 57.2% corresponden a los asegurados titulares y el 42.8% a los derechohabientes, tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 8 Distribución de los asegurados

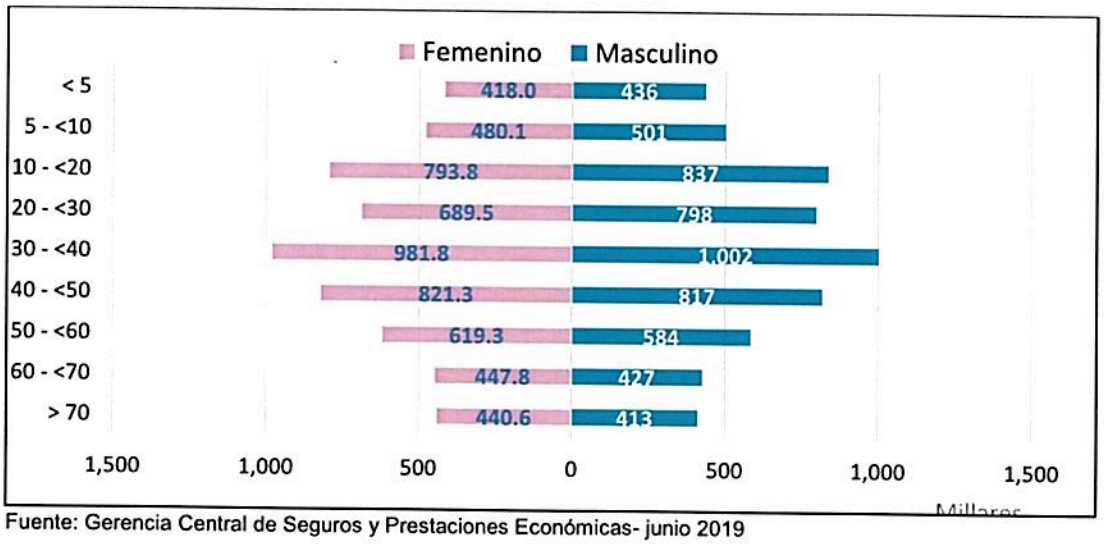


Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas – SIA. - diciembre 2018.

Según edad y sexo

La población asegurada masculina representa el 50.5% y la población femenina el 49.5%. Respecto a la población por rangos de edad, la mayor proporción se concentra en el rango de 30 a menos de 40 años, que representa el 17.3%; mientras que la población mayor de 70 años representa el 7.3% de la población total asegurada activa.

Gráfico N° 9 Población asegurada activa por grupos de edad

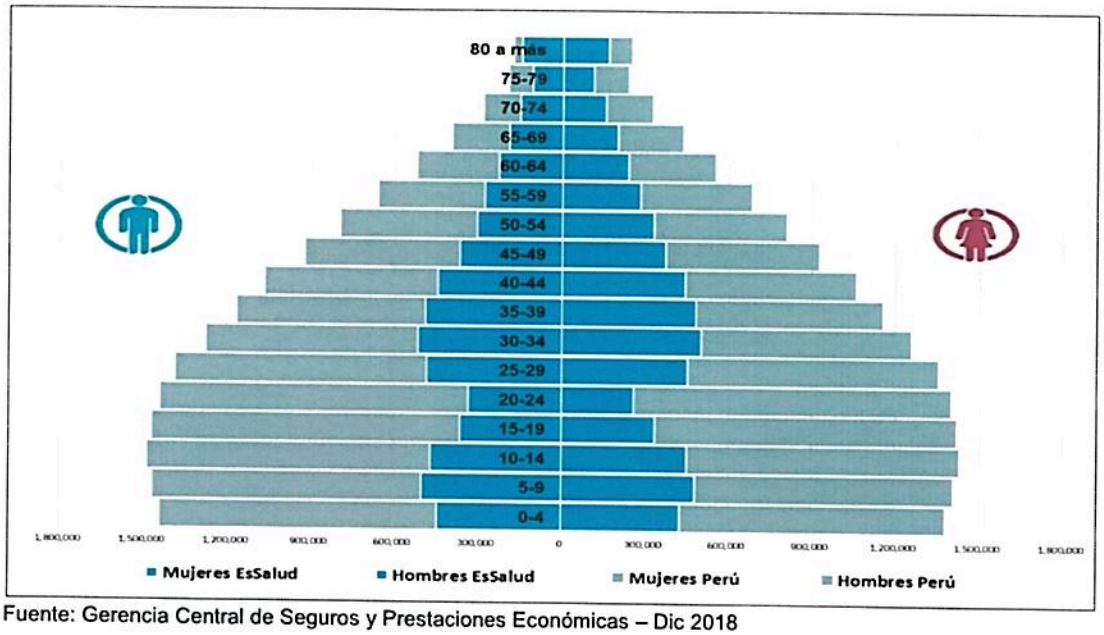


Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas- junio 2019

Como resultado del análisis comparativo entre la población peruana y la población asegurada por grupos de edad, se observa en el caso particular de la población adulta mayor (60 años a más) que más de la mitad de dicho grupo se encuentra cubierta por EsSalud, tal como se muestra a continuación, siendo esta tasa mayor en grupos de edades superiores como los adultos mayores de 80 años (75%). Ello implica para EsSalud una mayor presión de recursos destinadas a atenciones de

salud, prestaciones sociales y económicas. Como se observa en el siguiente gráfico más del 50% de la población adulta mayor del país se encuentra asegurada en EsSalud.

Gráfico N° 10 Demografía EsSalud vs demografía Perú



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas – Dic 2018

Según niveles de atención

La población asegurada no siempre es adscrita a establecimientos de salud de menor complejidad. En los casos que se requiera de hospitalización, los asegurados son referidos a los hospitales de mayor complejidad: Hospitales Nacionales y Hospitales IV.

Los registros estadísticos muestran que el 57% de la población asegurada está adscrita al nivel I, en tanto el 43% se encuentra adscrita al nivel II.

Cuadro N° 6 Población asegurada adscrita según niveles de atención

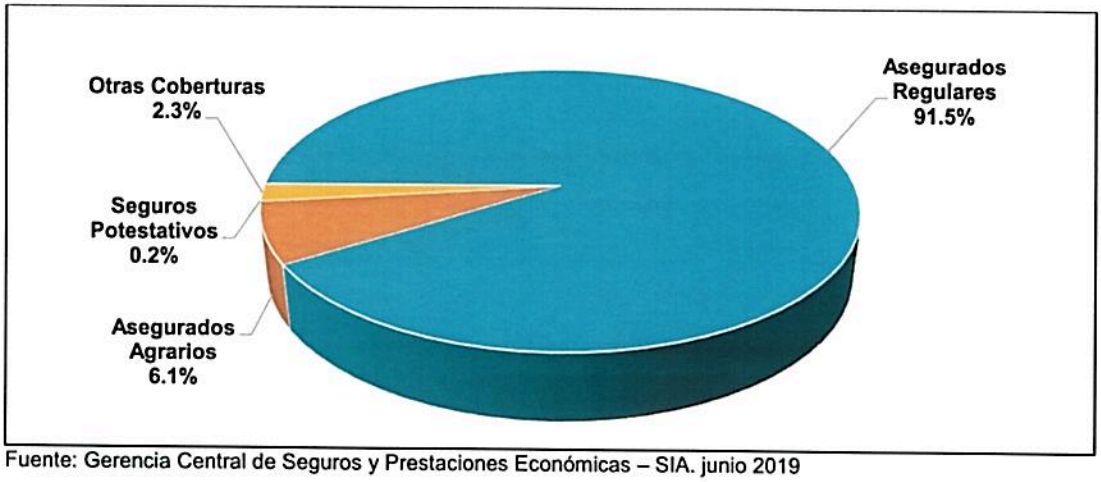
Nivel de Atención	Población Total asegurada	Titular	Derecho habiente
Total	**11,507,670**	**6,589,358**	**4,918,312**
Primer Nivel	**6,558,107**	**3,757,533**	**2,800,574**
Centro de Atención Primaria - I	166,383	95,176	71,207
Centro de Atención Primaria - II	684,742	374,454	310,288
Centro de Atención Primaria - III	2,268,359	1,299,460	968,899
Posta Médica	434,655	256,071	178,584
Centro Médico	617,388,	359,337	258,051
Policlínico	2,022,846	1,166,695	856,151
IPRESS	363,734	206,340	157,394
Segundo Nivel	**4,949,563**	**2,831,825,**	**2,117,738**
Hospital - I	2,651,290	1,517,931,	1,133,359
Hospital - II	1,874,719,	1,073,214	801,505
Hospital - III	423,554	240,680	182,874

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, jun.2019
Nota: La población adscrita solo es para el nivel I y nivel II

Según tipo de seguro

Del total de la población asegurada, el 91.4% son asegurados regulares, 6.4% son asegurados agrarios, 0.2% tienen seguro potestativo y 2% tienen otras coberturas (Beneficiario Ley N°30478[22] y solicitante de pensión), tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

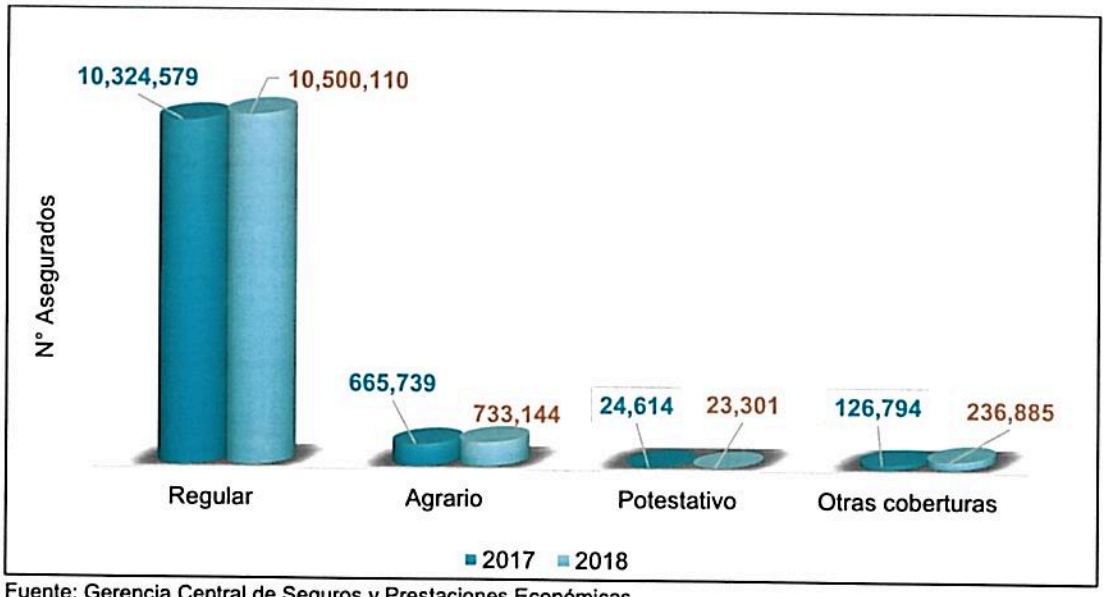
Gráfico N° 11 Distribución de asegurados por tipo de seguro



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas – SIA. junio 2019

Los asegurados afiliados al Seguro Regular se han incrementado en un 1.7 % respecto al año 2017, los asegurados agrarios se han incrementado en un 10.1%, los asegurados potestativos tuvieron una disminución de 5.3%, y, los asegurados de otras coberturas[23] se incrementaron en un 86.8% respecto al año 2017, tal como se puede observar a continuación:

Gráfico N° 12 Composición de la población asegurada de EsSalud (periodo 2017-2018)



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
Nota: La población asegurada está conformada por la población afiliada (acreditada), más los asegurados (titulares y derechohabientes) que tuvieron alguna acreditación en los últimos 12 meses (incluyendo periodo de determinación de población).

[22] Ley N°30478: Ley que modifica el artículo 40 y la vigésimo cuarta disipación final y transitoria del TUO de la Ley del Sistema Privado de Administración de Fondo de Pensiones

[23] Las otras coberturas están referidas a población asegurada por Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR (+ Protección) y Seguro de Accidentes (+ Vida)

Cuadro N° 7 Descripción por tipo de seguro

Tipo de Seguro	Descripción
a) Seguro Regular (+ Seguro)	Son afiliados todos los trabajadores activos que se encuentran obligatoriamente bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. También, los pensionistas que reciben pensión de jubilación, de incapacidad o de sobrevivencia. Este tipo de seguro brinda atención médica a los siguientes derechohabientes de los afiliados titulares: (La (el) cónyuge o concubina (o), hijos menores de edad, hijos mayores de edad incapacitados en forma total y permanente para el trabajo).
b) Seguro Agrario (EsSalud)	Son afiliados todos los trabajadores dependientes e independientes que desarrollen actividades de cultivo y/o crianza, avícola, agroindustrial o acuícola, con excepción de la industria forestal.
c) Seguro Potestativo (+ Salud)	Son afiliados todas las personas residente en el país, nacional o extranjero, sin límite de edad, especialmente trabajadores independientes (profesionales, técnicos, artesanos, comerciantes, transportistas y artistas) y sus dependientes, asimismo, universitarios, practicantes y demás emprendedores; que no se encuentren afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) o a EsSalud a través de un empleador.
d) Otros tipos de seguros	• **Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - SCTR (+ Protección):** Es un seguro de naturaleza no tributaria, el cual otorga cobertura adicional por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud - EsSalud, que desempeñan actividades de alto riesgo. • **Seguro de Accidentes (+ Vida)**: Es un seguro voluntario y complementario de accidentes, dirigido a los afiliados al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y sectores organizados de la sociedad que así lo requieran

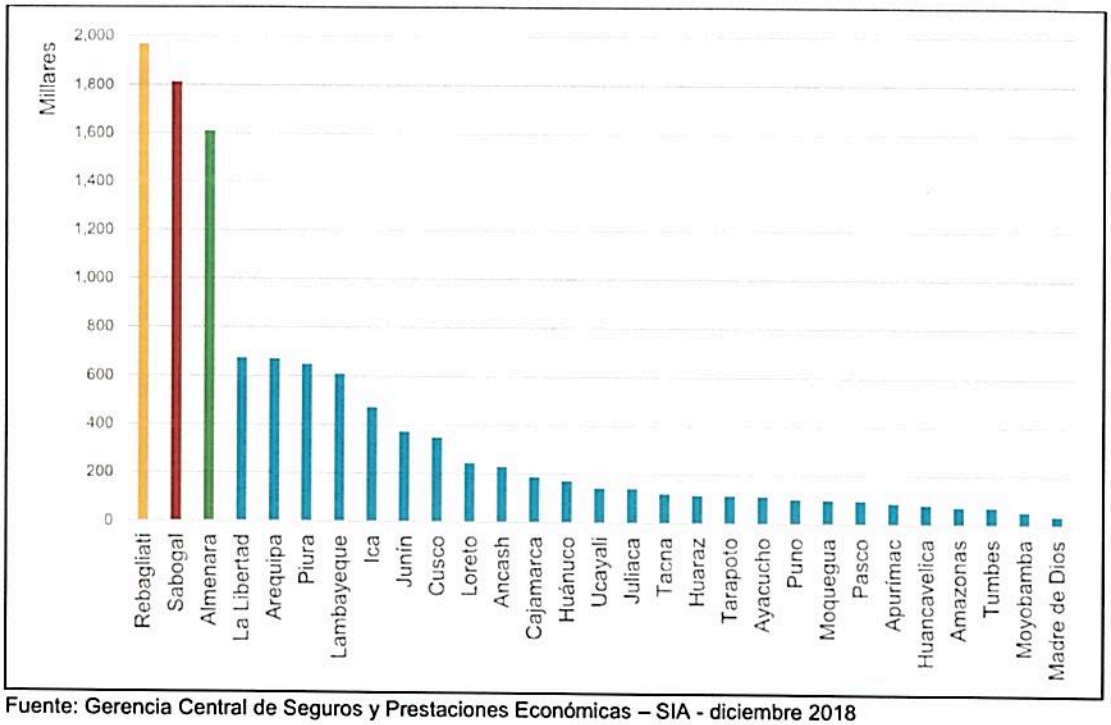
Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Según redes asistenciales

De los veinticinco departamentos existentes, cinco de ellos (Lima, Arequipa, La Libertad, Piura y Callao) han concentrado aproximadamente al 65% de los asegurados. Este porcentaje ha variado marginalmente en el periodo de años del 2014 al 2018.

Los cinco departamentos que en el 2014 lideraban la afiliación son los mismos en el 2018, con la diferencia que La Libertad ascendió ahora al segundo lugar. Al otro extremo de la lista se ubican los cinco departamentos con menor número de asegurados (Huancavelica, Apurímac, Amazonas, Tumbes y Madre de Dios), que apenas totalizan el 3.0% del total. Por otro lado, amplias brechas caracterizan la cobertura de EsSalud a nivel departamental. Ica, por ejemplo, tiene una tasa 3,4 veces superior a la de Amazonas.

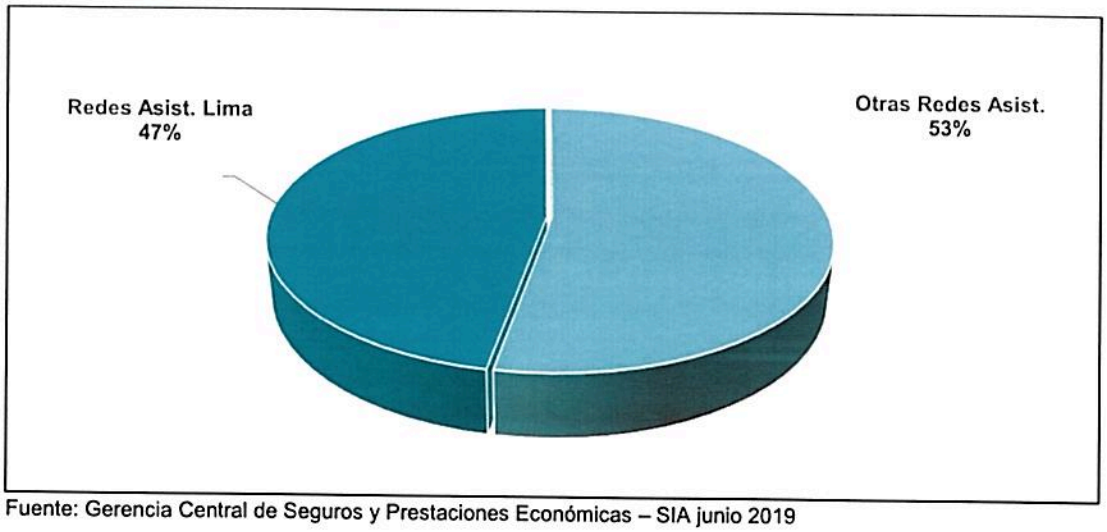
Gráfico N° 13 Población asegurada por red asistencial



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas – SIA - diciembre 2018

De las veintinueve redes en las que se organiza la oferta prestacional de la institución, se observa que las redes prestacionales Almenara, Sabogal y Rebagliati, ubicadas en el ámbito de Lima y Callao, se posicionan como las más grandes al concentrar el 47.3% de los asegurados totales.

Gráfico N° 14 Población asegurada según redes de Lima y otras

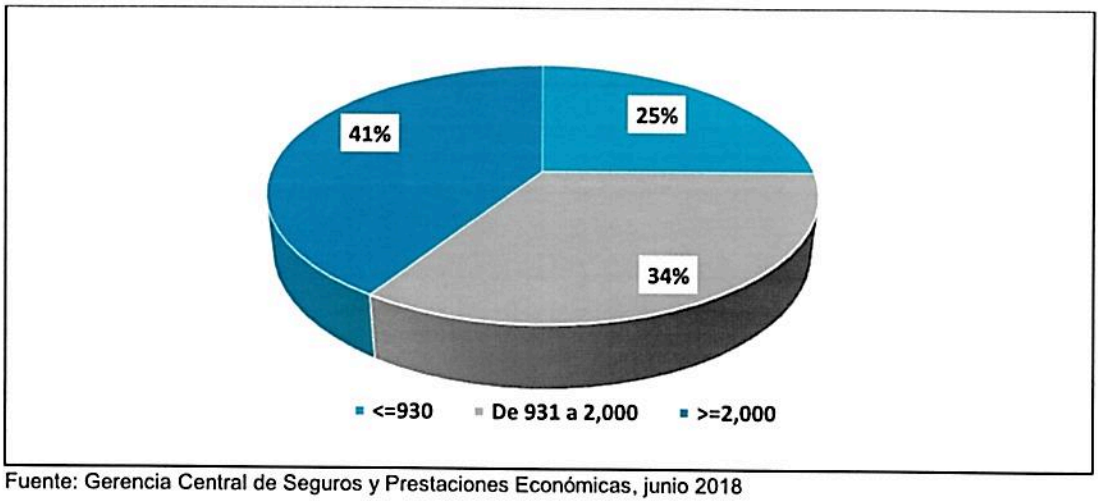


Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas – SIA junio 2019

Distribución de asegurados titulares, según rango de aportación

A junio del año 2018, el 34% de los asegurados titulares percibía como ingreso, montos menores o iguales a S/. 930.00; el 41% entre S/ 931.00 y S/. 2,000.00 y solo el 25% tenía ingresos por encima de los S/ 2,000.00.

Gráfico N° 15 Rango salarial de los asegurados titulares

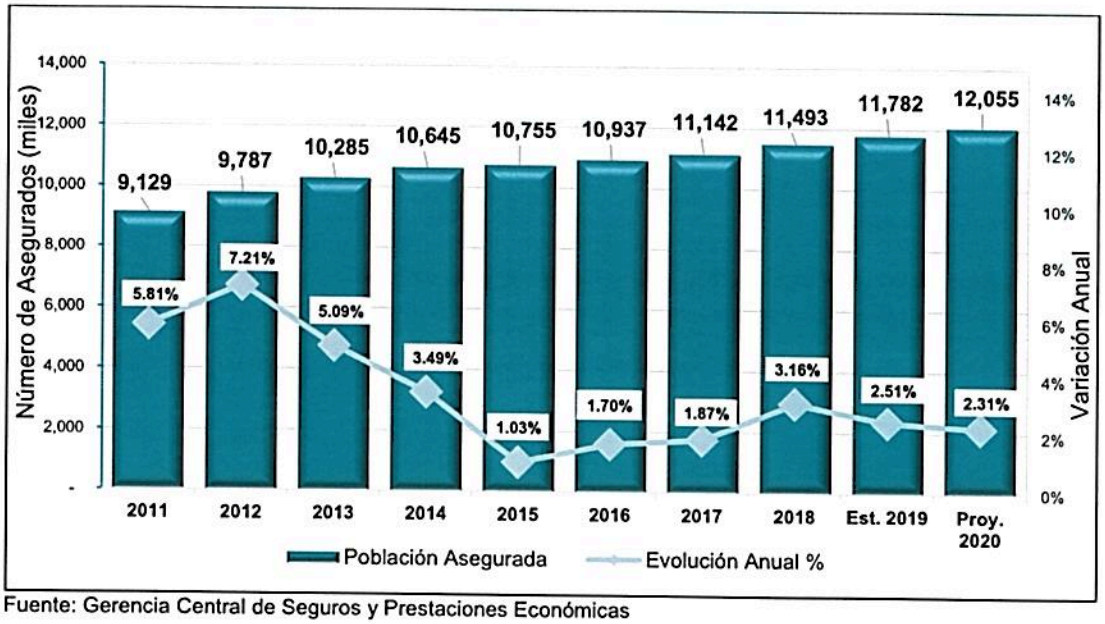


Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, junio 2018

Comportamiento de la Población Asegurada en los últimos años

El comportamiento de la población asegurada en el periodo 2011 al 2018 presenta una tendencia creciente. En el año 2011 la tasa de crecimiento fue de 5.81%, alcanzando la mayor tasa al año siguiente con 7.21%; a partir de ese año, se observa un decrecimiento de las tasas, alcanzando un mínimo en el año 2015 con 1.03%. Para el año 2018 la tasa de crecimiento alcanzó el 3.16%, tal como se puede observar en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 16 Población asegurada (periodo 2011 – 2020)



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Para estimar la población asegurada de 2019 y proyectar la de 2020 se ha tomado en cuenta el marco Macroeconómico Multianual 2019-2021, comportamiento de la formalización laboral, así como el análisis de las tasas de crecimiento de los años anteriores respecto a la evolución del PBI, y consultas a estudios del BCRP e INEI. Como resultado de ello, para el año 2019 se estima brindar cobertura a una población asegurada de 11,782,377; proyectándose para el año 2020 alcanzar 12,055,014 asegurados, lo que representaría un incremento de 2.31% en relación al estimado del año anterior.

Respecto al incremento de asegurados por tipo de seguros se puede observar que, la población que más ha crecido es el Seguro Agrario; así mismo la población asegurada afiliada a "otras coberturas" muestra un incremento relevante desde el año 2017.

Cuadro N° 8 Evolución de la población asegurada por tipo de seguro

Tipo de Seguros	2015		2016		2017		2018		2019	
	Titular	Derecho habitante	Titular	Derecho habitante	Titular	Derecho habitante	Titular	Derecho habitante	Titular	Derecho habitante
Asegurados Regulares	5,485,591	4,658,018	5,785,113	4,462,413	5,827,097	4,497,482	5,970,086	4,530,024	6,059,774	4,554,544
Asegurados Agrarios	306,373	272,173	338,186	270,494	371,432	294,307	424,716	308,428	440,903	312,701
Asegurados Potestativos	27,809	4,701	24,878	2,667	22,682	1,932	21,618	1,683	22,689	1,771
Otras coberturas			53,196	132	116,854	9,940	163,448	73,437	183,374	89,228
Total	**5,819,773**	**4,934,892**	**6,201,373**	**4,735,706**	**6,338,065**	**4,803,661**	**6,579,868**	**4,913,572**	**6,706,740**	**4,958,244**

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, recuperado de http://intranet.essalud/portal/modules/enterprise/aboutus.php?item=17
* Información al cierre del tercer trimestre del 2019.

La población asegurada está constituida por tipo de asegurados, en varios tipos de seguro (Regulares, agrarios, potestativos y otros); desde el año 2015 hasta el cierre de 2018, se evidencia un crecimiento promedio de 9% en asegurados titulares regulares, 39% en asegurados titulares agrarios, y, una reducción en 22% de asegurados titulares potestativos.

Asimismo, es importante señalar que en promedio toda la población asegurada ha tenido un crecimiento de 7%.

2.2.2. Perfil epidemiológico[24]

Las condiciones epidemiológicas y de salud de los asegurados han variado en el transcurso de los años, por las variaciones demográficas y las tendencias de las enfermedades actuales (envejecimiento de la población, nuevas y más complejas necesidades de atención, cambios en los estilos de vida, entre otros). Ambos factores, vienen generando una considerable inclinación de gastos a tratamientos asociados a intervenciones de alta complejidad o condiciones de alta prioridad clínica o sanitaria incidiendo directamente en las tasas de utilización de los servicios y por ende en los gastos del Seguro Social de Salud.

En el periodo 2010-2016, el costo de estos tratamientos se incrementó en un 68%; y los incrementos más importantes se dieron en enfermedades o daños prevenibles, como la insuficiencia renal (73%), la infección por VIH (83%) y la tuberculosis multidrogo resistente (117%).

Por otro lado, se debe mencionar que la población adulta mayor representará entre el 20% al 24% al año 2050 del total de la población en el Perú de acuerdo al Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud de la OMS[25], la mayoría de los problemas de salud de las personas adultas mayores son el resultado de enfermedades crónicas, presentando casos de afecciones más comunes como la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia, entre otras[26].

[24] Banco Mundial (2019)
[25] OMS. Informe Mundial del Envejecimiento y la Salud. 2015
[26] OMS. Informe Mundial del envejecimiento y la salud. 2015

Según datos de la Encuesta Nacional Especializada en Discapacidad 2012, ENEDIS, la población con discapacidad en el Perú es de 1'575,402 personas. De otro lado, de acuerdo a los Resultados de los Censos nacionales 2017, el 10.4% de los asegurados por EsSalud tendría alguna limitación (discapacidad), lo cual representa más de 1 millón 300 mil personas.

Considerando que la población adulta mayor (60 años a más) de EsSalud presenta una tendencia incremental, es importante continuar promoviendo líneas de intervención que mejoren el acceso a la salud con un enfoque preventivo y la promoción de hábitos de vida saludable durante todo el ciclo de vida, en especial a los asegurados que se encuentran en transición a la vejez, permitiendo detectar, atender y dar seguimiento a las personas con factores de riesgo que pueden generar situaciones de discapacidad y de dependencia.

Asimismo, es necesario avanzar en alternativas de apoyo diversificadas en el campo sociosanitario, desde la atención y servicios que posibiliten la permanencia del adulto mayor en su entorno comunitario y familiar a alternativas residenciales asistidas, así como el desarrollo de recursos especializados para atender discapacidades asociadas con la edad (alzheimer, parkinson, demencias, enfermedades cerebrovasculares, etc.)[27].

De acuerdo a la información recopilada en el Estudio Actuarial 2018 elaborada por la OIT, a continuación, se muestran algunas de las características epidemiológicas de los asegurados de EsSalud:

En el ámbito de los principales diagnósticos de consulta externa, sobresalen la faringitis aguda y la amigdalitis aguda como el principal diagnóstico en el 2010 y en el 2017. Esta enfermedad representó 6.12 casos por cada 100 asegurados en el 2017. Otras dorsopatías fue el segundo padecimiento en presentar la mayor cantidad de casos: 4.63 por cada 100 asegurados. Los diagnósticos de otras enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y trastornos de los tejidos blandos, también se ubicaron dentro de los principales cinco diagnósticos de consulta externa en el 2017. Gastritis y duodenitis dejo de ocupar el quinto lugar en la lista en el 2017, posición que alcanzo en el 2010 al registrar 2.82 atenciones por cada 100 asegurados.

Por su parte, la lista de los principales diagnósticos de los egresos hospitalarios es liderada en el 2010 y el 2017 por el parto único espontaneo, así como por otras complicaciones del embarazo y del parto. En el 2017 la primera de ellas reporto 2.72 egresos por cada 1000 asegurados, mientras que la segunda contabilizó 2.77 egresos por cada 1,000 asegurados. Pese a reportar una disminución en la cantidad de egresos por cada 1,000 asegurados, el diagnóstico de colelitiasis y colecistitis ocupo el tercer lugar de importancia tanto en el 2010 como en el 2017. Enfermedades del apéndice y otras enfermedades del sistema urinario ocuparon el cuarto y quinto lugar en dicha lista en ambos periodos.

Asimismo, el principal diagnóstico causante de incapacidad temporal en el 2012, 2015 y 2017 ha sido el lumbago no especificado. Sin embargo, la cantidad de casos por 1000 asegurados ha disminuido en el tiempo pasando de 10.3 casos por 1,000 asegurados en el 2012 a 9.4 en el 2017. El segundo diagnóstico en cantidad de casos por 1,000 asegurados es diarrea y gastroenteritis de presunto origen

[27] OMS. Informe Mundial del envejecimiento y la salud. 2015

infeccioso. Este diagnóstico muestra una leve disminución en el número de casos por cada 1,000 asegurados al pasar de 7.6 en el año 2012 a 7.4 en el 2017.

Es importante tomar en cuenta las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia y las que generan mayores costos. 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 son las que constituyen las prioridades sanitarias en términos de mayor carga de enfermedad, según los registros y reportes de los establecimientos de salud (Estudio de carga de enfermedad 2014 de EsSalud).

Las estimaciones realizadas y la actualización del estudio de carga de enfermedad y lesiones en la población asegurada brindan una fuente de información valiosa para la identificación de los problemas de salud en la población asegurada, valorando de manera integral el efecto de un daño o lesión, considerando las perdidas mortales y no mortales de padecerlos, desde un punto de vista de limitación física, social y bienestar. Asimismo, permiten evaluar el impacto de intervenciones sanitarias sobre las prioridades institucionales identificadas y las estrategias orientadas a la mejora de la esperanza y calidad de vida de la población asegurada.

2.2.3. Diagnóstico de las prestaciones

Modelo de atención

El modelo se enfoca en el aspecto recuperativo, con reducidos esfuerzos en la dimensión preventiva (Banco Mundial, 2019). Esta situación se refleja en el incipiente progreso del primer nivel de atención y la escasa capacidad resolutiva del segundo nivel de atención, producto de la saturación de los establecimientos de salud de mayor nivel (EsSalud, 2019) y a la considerable proporción de asegurados adscritos a los hospitales de EsSalud en aproximadamente un tercio del total de asegurados sin EPS (Banco Mundial, 2019).

En el modelo de prestación actual, existe una atención poco integrada a las necesidades de los usuarios. Los mecanismos de atención de las necesidades sanitarias se desarrollan en forma desarticulada de las de prestaciones sociales (EsSalud, 2017). Además, el financiamiento y los incentivos están orientados a la producción en lugar de resultados sanitarios y los mecanismos de pago heterogéneos benefician al prestador y no al asegurado (Banco Mundial, 2019).

Las consecuencias de este modelo de atención, son los elevados costos que afronta la institución y los altos índices de insatisfacción de los usuarios[6] (Banco Mundial, 2019). Cabe destacar que, dado que no se implementan mecanismos institucionales que permitan corregir los problemas identificados por EsSalud y SUSALUD, los mecanismos de protección de los derechos de los usuarios no son efectivos.

Asimismo, la articulación e integración de las redes es escasa. Como se ha mencionado previamente, el modelo de prestación tiene que enfrentar una dinámica nueva por la carga de enfermedad de una población que envejece y también con enfermedades emergentes en la población adulta y adolescente.

Prestaciones de salud

EsSalud brinda a sus asegurados y derechohabientes servicios asistenciales como consulta externa, intervenciones quirúrgicas y hospitalización. La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, ha reportado la siguiente producción al cierre del año 2018.

Cuadro N° 9 Producción asistencial por grupo de actividad

Principales Prestaciones de Salud[28]	Total 2018	% > 60 años
Consulta externa	23,746,252	36.2
Intervenciones quirúrgicas	380,970	29.4
Egresos hospitalarios y de emergencia	587,805	25.4

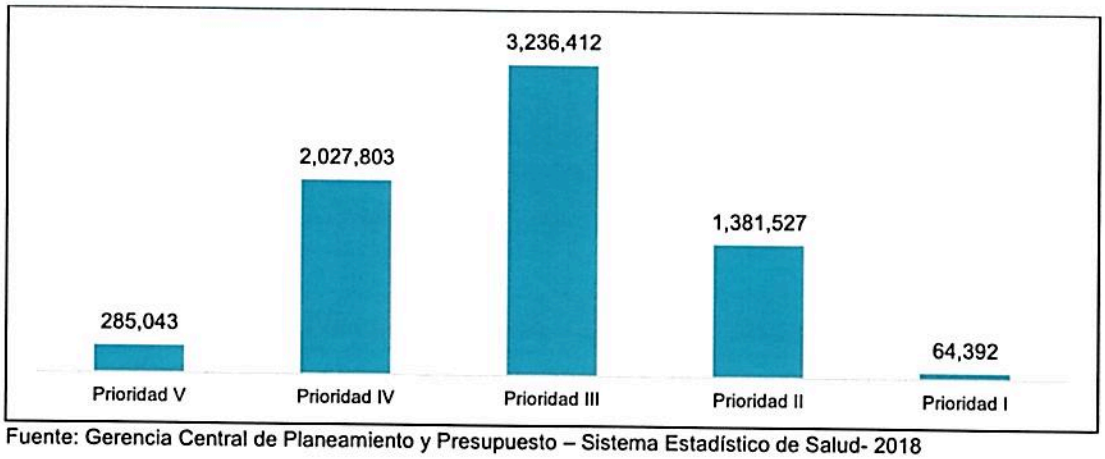
Fuente: EsSalud - SES, SGSS, SGH - 2018

Emergencias

Durante el año 2018 se atendieron 6´995,177 emergencias, registrando un incremento del 3.4% respecto al año 2017. De los cuales el 46.3% se efectuaron como Prioridad III, es decir, aquellas atenciones que no presentan riesgo de muerte ni riesgo de secuelas.

Asimismo, los servicios de Prioridad I incluyen atención en trauma shock para pacientes críticos, la Prioridad II se brinda en el Tópico de Emergencia a pacientes con cuadros agudos y la Prioridad IV se brinda a pacientes sin compromiso de atenciones vitales ni riesgo de complicación inmediata que pueden ser derivados a consultorios externos. Estos servicios se otorgan en todos los niveles, precisando que el mayor número de emergencias se han realizado en los centros asistenciales de nivel II (73.2%).

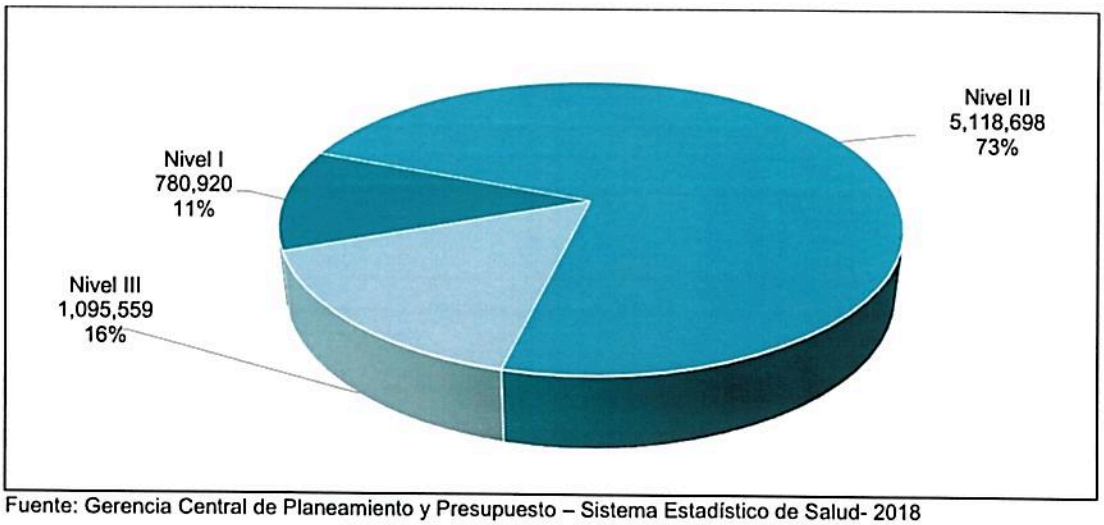
Gráfico N° 17 Emergencias por tipos de prioridad



Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – Sistema Estadístico de Salud- 2018

[28] Informe Memoria 2018, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 21-20-EsSalud-2019, de fecha 24 de octubre del 2019.

Gráfico N° 18 Emergencias por niveles de atención



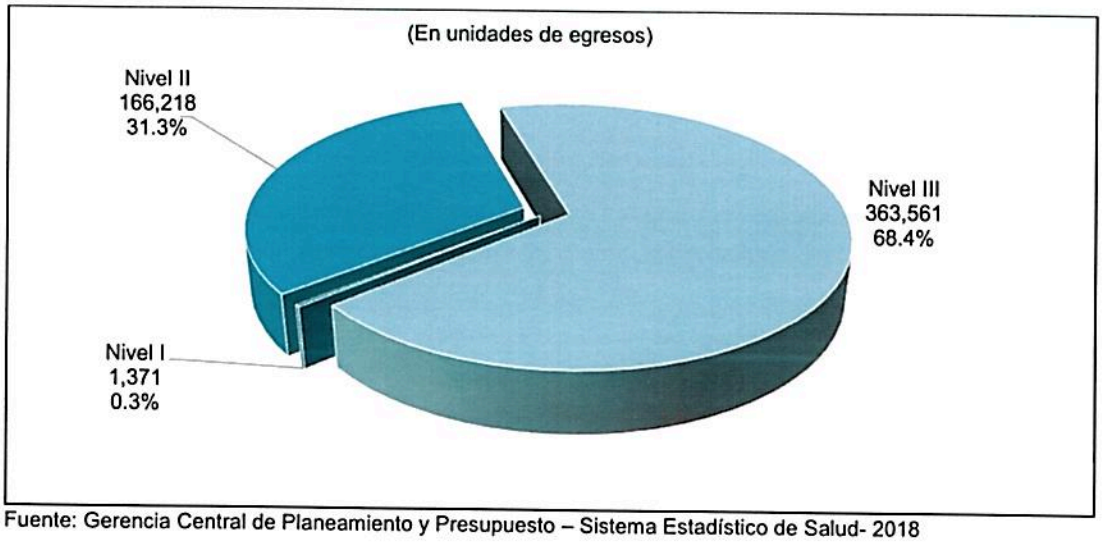
Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – Sistema Estadístico de Salud- 2018

Hospitalización

Durante el año 2018, se registraron 531,150 egresos hospitalarios, mostrando un incremento del 1% respecto al año 2017, de los cuales el 68.4% se efectuaron en el Nivel de Atención II. Teniendo en cuenta la hospitalización según ubicación geográfica el 60% corresponde a las Redes de Provincias y el 40% a las Redes Asistenciales ubicadas en Lima y Callao.

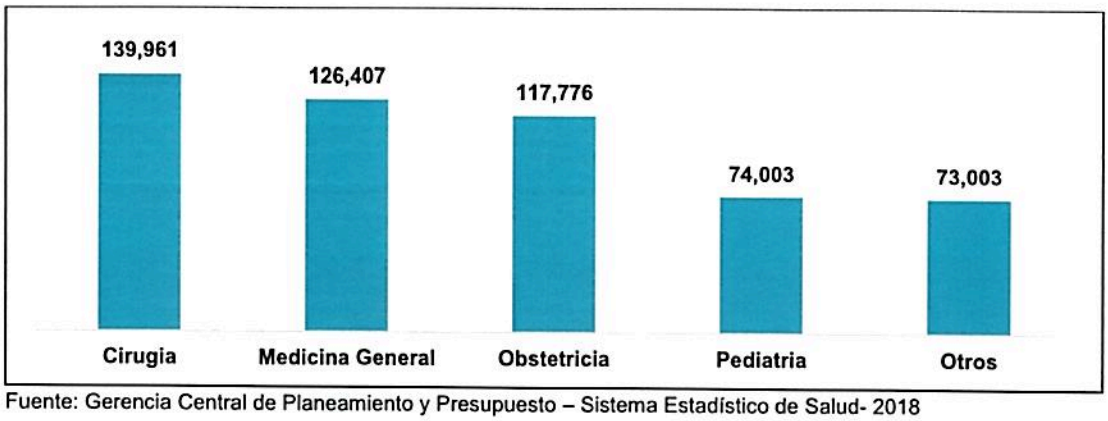
Los establecimientos Nivel II concentran el 68.4% de los egresos; y el mayor egreso hospitalario alcanzó el 26.4% y corresponde al servicio de cirugía.

Gráfico N° 19 Egresos hospitalarios – nivel de atención



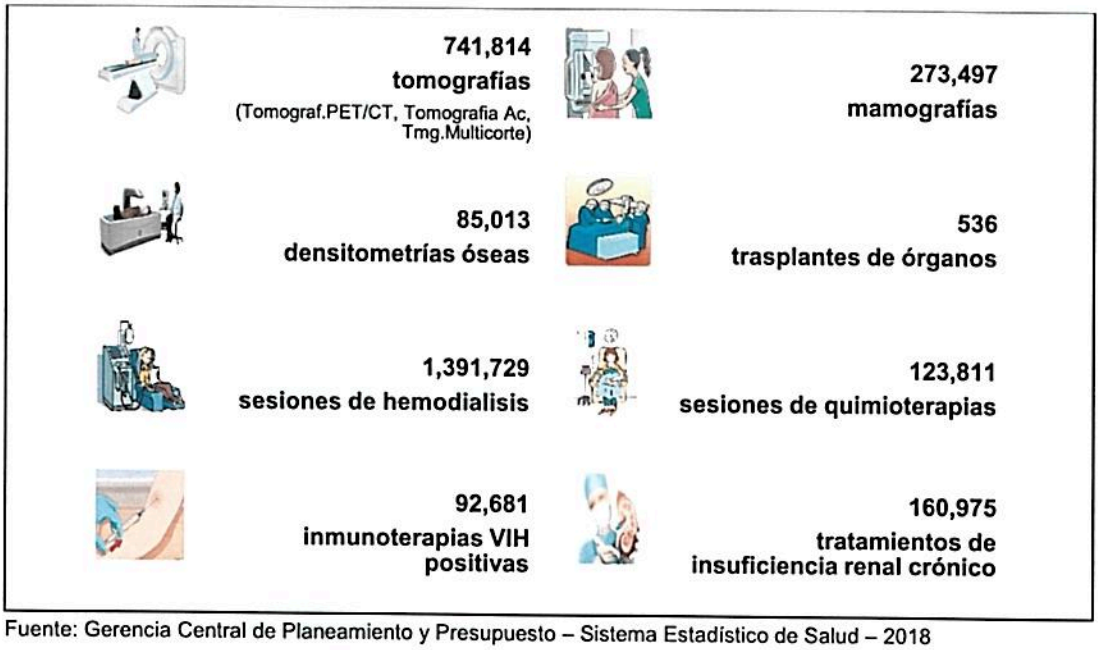
Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – Sistema Estadístico de Salud- 2018

Gráfico N° 20 Egresos hospitalarios según servicio



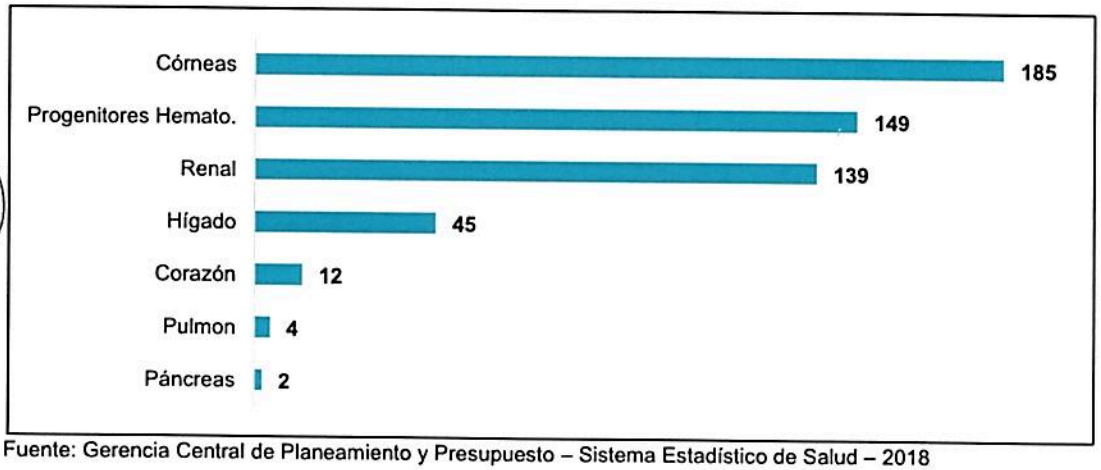
Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – Sistema Estadístico de Salud- 2018

Gráfico N° 21 Tratamientos y procedimientos



Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – Sistema Estadístico de Salud – 2018

Gráfico N° 22 Trasplantes realizados según tipo

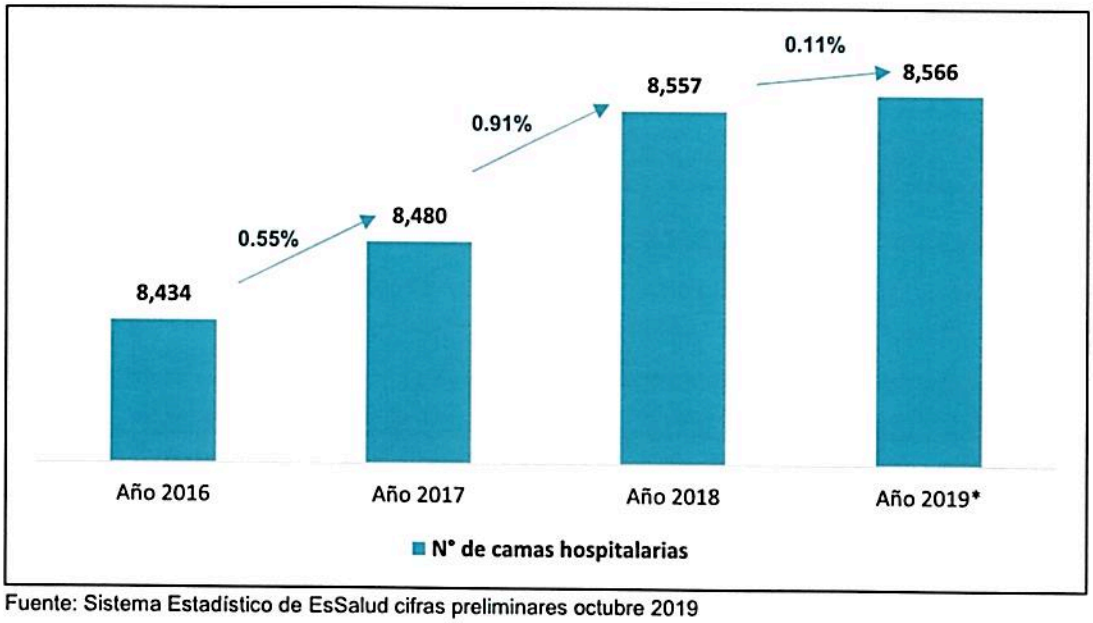


Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – Sistema Estadístico de Salud – 2018

Recursos médicos

El número de camas hospitalarias se ha incrementado en aproximadamente en un 1.6% del 2016 al 2019*, al disponer de 132 camas adicionales; este incremento se refleja en el gráfico adjunto.

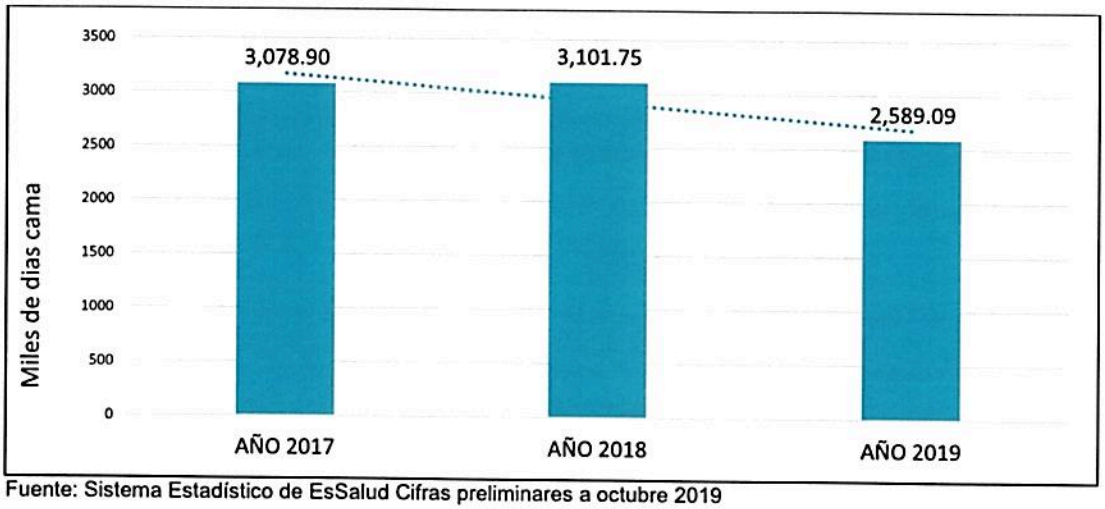
Gráfico N° 23 Número de camas hospitalarias



Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud cifras preliminares octubre 2019

Durante el año 2018, se incrementaron en 23 mil días cama disponible; y para el 2019, de acuerdo al comportamiento mensual mostrado, se puede estimar un aproximado de 10 mil días adicionales de cama disponible respecto a lo alcanzado en el 2018.

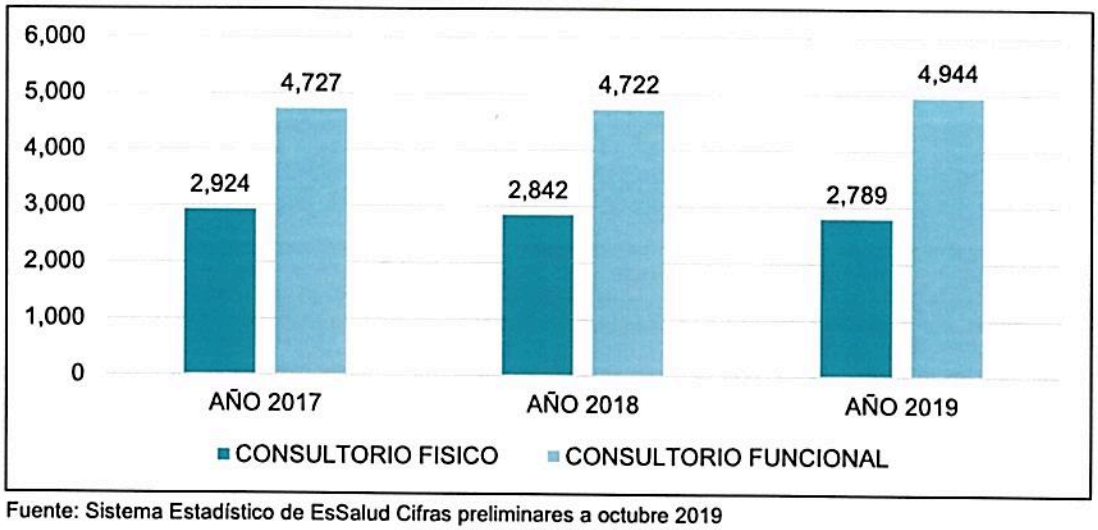
Gráfico N° 24 Número de días cama disponible



Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud Cifras preliminares a octubre 2019

Consultórios

Gráfico N° 25 Número de consultórios



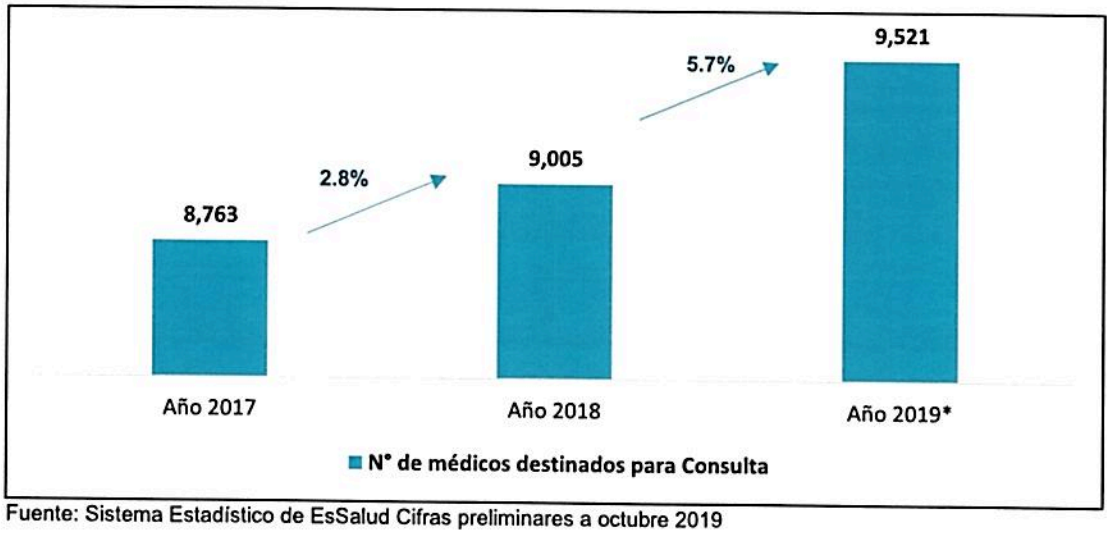
Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud Cifras preliminares a octubre 2019

Los consultorios funcionales de la consulta médica al mes de octubre de 2019, se incrementaron en un 5% con relación al año 2017, lo que significa una variación de 217 consultorios adicionales para la atención médica de los pacientes ambulatorios.

Médicos destinados a Consulta Externa

Los médicos programados en la consulta médica se han incrementado en los últimos años, variando la cantidad programada durante el año 2019 con respecto al año 2017 en un 9%, lo que representa un incremento absoluto de 758 médicos adicionales que se programan para la atención de la consulta médica.

Gráfico N° 26 Número de médicos destinados para consulta



Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud Cifras preliminares a octubre 2019

Prestaciones Económicas

En el año 2018, EsSalud otorgó prestaciones económicas por un monto ascendente a S/ 732 millones, que corresponde a un total de 368,423 solicitudes procesadas, a través de las 35 Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE) a nivel nacional.

Se observa que en comparación al año 2016, el monto por incapacidad temporal se incrementó en 47.7%, 3% en lactancia, 36.7 % en maternidad, y 2.6 % en sepelio; mientras que en número de expedientes atendidos no se incrementó en la misma magnitud como el subsidio por incapacidad temporal, en cuyo caso el número de expedientes atendidos solo se incrementó en 5.5%, mientras que en el de maternidad creció el 29.0%.

Cuadro N° 10 Número de solicitudes y monto pagado por tipo de subsidio (periodo 2016-2018)

Tipo de subsidio	2016		2017		2018	
	N° de Solicitudes	Monto Pagado S/	N° de Solicitudes	Monto Pagado S/	N° de Solicitudes	Monto Pagado S/
Incapacidad Temporal	120,347	179,277,432	141,568	209,674,749	127,038	264,849,306
Maternidad	40,518	197,296,024	52,380	276,362,231	52,257	269,879,161
Lactancia	147,681	121,098,420	149,930	122,942,600	152,162	124,772,840
Sepelio	34,345	70,537,270	35,667	73,496,963	36,966	72,405,237
Total	**342,891**	**568,209,146**	**379,545**	**682,476,543**	**368,423**	**731,906,544**

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Comparando en términos globales, el año 2017 versus el año 2016, se observa un incremento de 20.11% y la relación del año 2018 respecto al 2017 se incrementa en 7.24%.

Prestaciones Sociales

En el año 2018, se brindó a 98,518 asegurados adultos mayores, servicios gerontológicos sociales, en los 126 CAM[29] y 105 CIRAM[30] en el ámbito nacional.

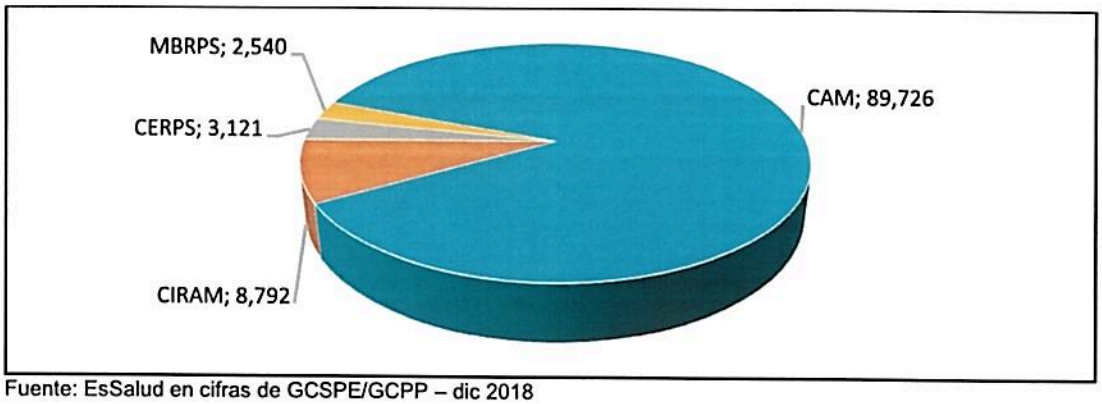
Cuadro N° 11 Prestaciones sociales 2016-2018 (Número de personas)

Prestaciones Sociales	2016	2017	2018
Prestación de los Centros del Adulto Mayor (CAM)	79,355	85,348	89,726
Población de los Círculos del Adulto Mayor (CIRAM)	8,430	8,937	8,792
Participantes de los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS)	2,951	3,024	3,121
Participantes Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS)	2,048	2,302	2,540

Fuente: Sub Gerencia de Protección al Adulto Mayor. / Sub Gerencia de Rehabilitación Social y Laboral.

[29] CAM: Centro de Adulto Mayor (86 CAM en provincia y 40 en Lima).
[30] CIRAM: Círculos de Adulto Mayor (103 CIRAM en provincia y 02 en Lima).

Gráfico N° 27 Prestaciones sociales
(Número de personas)



Fuente: EsSalud en cifras de GCSPE/GCPP – dic 2018

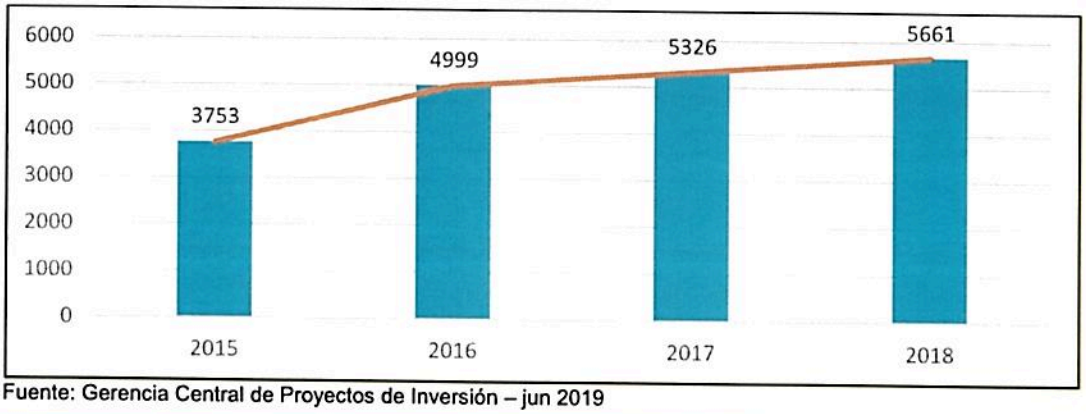
Durante el ejercicio 2018, los participantes en los centros de adulto mayor se incrementaron en 5.1%, respecto al año 2017. La cantidad de miembros de los círculos del adulto mayor disminuyó en 1.6%, respecto a diciembre del 2017. Los participantes en los CERPS registraron un aumento de 3.2%, respecto al año 2017. El número de asegurados en los MBRPS en el año 2018 se incrementó en 10.3%, respecto al año anterior 2017.

Durante el ejercicio 2018, los participantes en los CAM se incrementaron en 5.1%, respecto al año 2017. La cantidad de miembros de los CIRAM disminuyó en 1.6%, respecto a diciembre del 2017, esto en razón a que uno de los CIRAM pasó a funcionar como CAM dada la demanda creciente de esta población, es el caso del CAM Concepción de la Red Asistencial Junín. Es menester señalar, que los CIRAM dependen administrativa y presupuestalmente de los CAM; en ese sentido, una disminución de los recursos para los CAM implica una disminución de las actividades en los CIRAM y por ende disminución de la participación.

En el año 2018, EsSalud atendió a 5,661 Personas con Discapacidad Aseguradas que fueron beneficiarias de la cartera de Rehabilitación Profesional y Social que brindan los 4 CERPS y 13 MBRPS en el ámbito nacional; a través de procesos y procedimientos en los que participa la familia, entidades empleadoras, instituciones educativas y comunidad, con el objetivo de mantener la máxima independencia física, mental, social y laboral de la persona con discapacidad, a través de su inclusión educativa e integración socio laboral.

Durante el ejercicio 2018, los participantes en los CERPS y MBRPS se incrementaron en 50.83%, respecto al año 2015.

Gráfico N° 28 Incremento de PCD que participan en los CERPS y MBRPS



Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión – jun 2019

2.2.4. Infraestructura y equipamiento

Establecimientos de Salud

La infraestructura asistencial de EsSalud, se encuentra categorizada por niveles de atención y tipos de establecimiento los cuales al mes de septiembre del año 2019 sumaron 407 establecimientos de salud (390 oferta propia y 17 de oferta extra institucional); el 38.72% de los 390 establecimientos de salud son propios, mientras que el 36.15% son alquilados y el 25.13% son convenios, cesión de uso y otros.

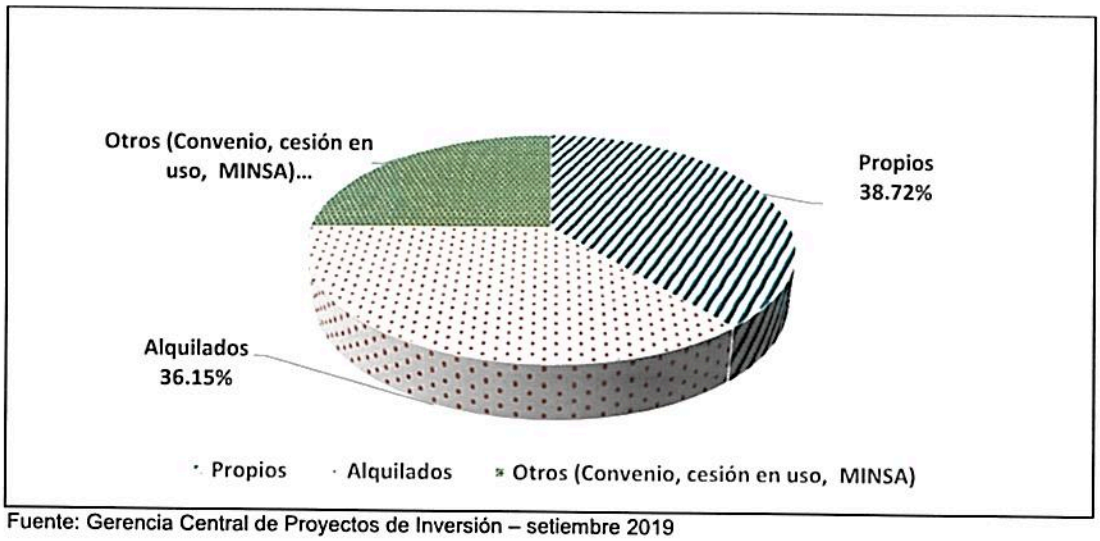
De acuerdo a un estudio del Banco Mundial del 2019, se indica que el 76% de los establecimientos de oferta propia, presenta deficiencias en su infraestructura y cerca del 54% requiere mejorar sus instalaciones; y un 22%, rehabilitar el total de las mismas.

Cuadro N° 12 Oferta de servicios de EsSalud

Tenencia de Propiedad	EE.SS.	%
EsSalud	151	38.72%
Alquilados	141	36.15%
Otros (Convenio, cesión en uso, MINSA)	98	25.13%
TOTAL	**390**	**100%**

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión – setiembre 2019

Gráfico N° 29 Tenencia de propiedad de establecimientos de salud



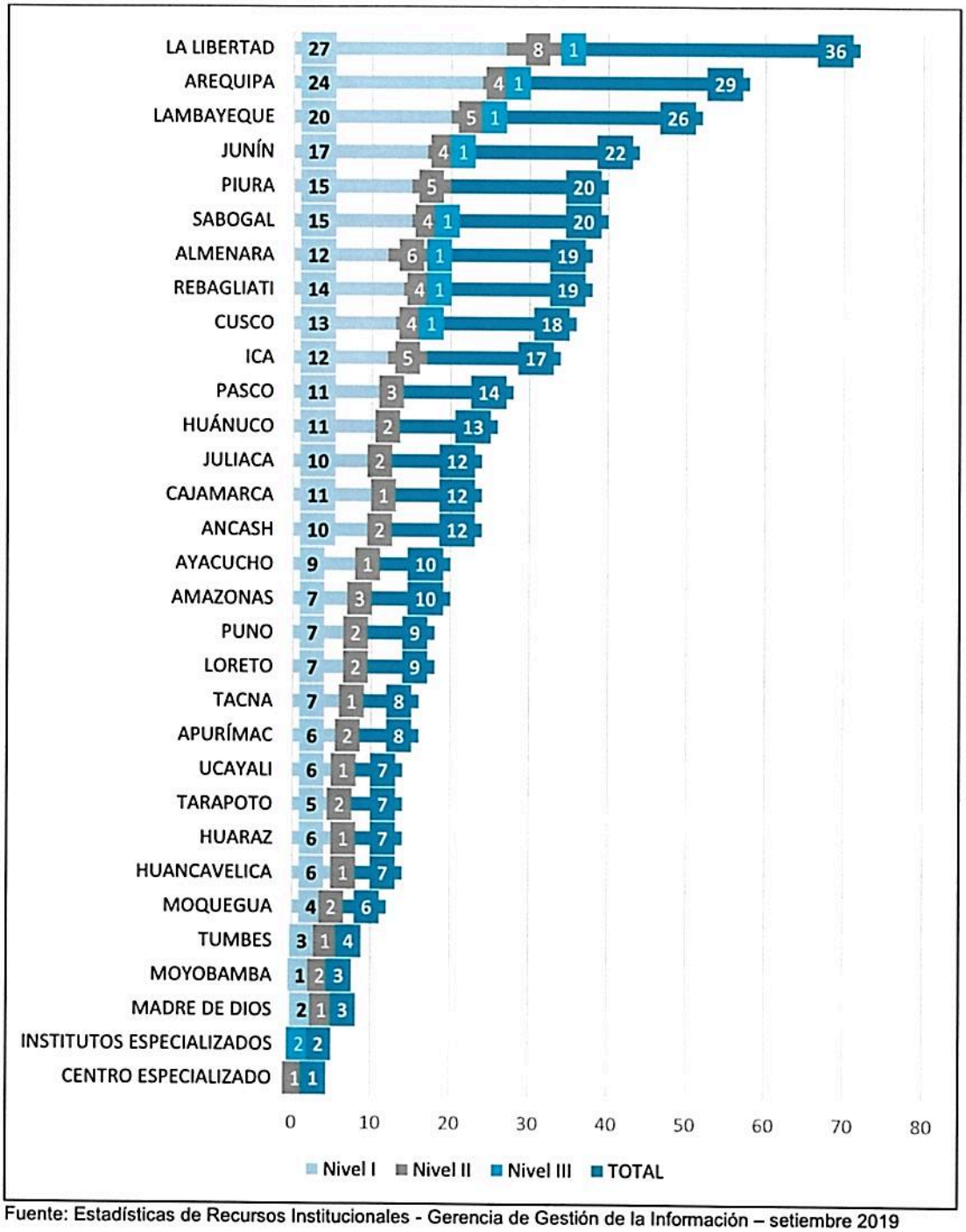
Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión – setiembre 2019

Las principales limitaciones identificadas en la oferta de infraestructura asistencial son las siguientes:

- Rezago de las inversiones realizadas y el incremento de la demanda de servicios.
- Insuficiente asignación del presupuesto por nivel de atención. Con la atención primaria se debería solucionar el 70% u 80% de los problemas de salud; sin embargo, solo el 12% del presupuesto se destina al primer nivel de atención (EsSalud, 2019).
- Es limitado el número de locales sobre los que EsSalud puede realizar inversiones, solo el 38.72 % de sus establecimientos es propio.

En cuanto a la distribución de la oferta asistencial, esta se encuentra organizada en veintinueve (29) redes asistenciales, dos (2) institutos especializados y un (1) centro especializado.

Gráfico N° 30 Distribución de EESS por red asistencial, según nivel de atención



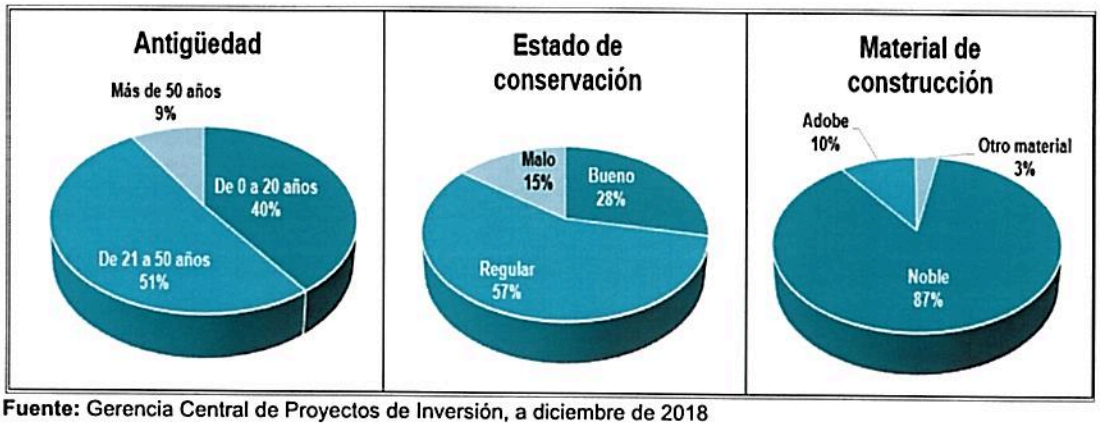
Fuente: Estadísticas de Recursos Institucionales - Gerencia de Gestión de la Información – setiembre 2019

Nota: No se Incluye el Instituto Peruano de Oftalmología de la Red Asistencial Piura, el cual está considerado en Centros e Institutos.

Asimismo, de la información estadística al mes de diciembre de 2018, se muestra que el 40% de la oferta propia de EsSalud tiene una antigüedad de 0 a 20 años, mientras que el 51% tiene entre 21 a 50 años y el 9% tiene más de 50 años de antigüedad.

Por otro lado, el 87% de estos establecimientos de salud están construidos con material noble, el 10% con material adobe y el 3% con otros materiales, de los cuales el 57% de los establecimientos de salud se encuentran en estado de conservación regular, el 28% en estado de conservación bueno y el 15% en estado malo.

Gráfico N° 31 Características de la infraestructura de los establecimientos de salud

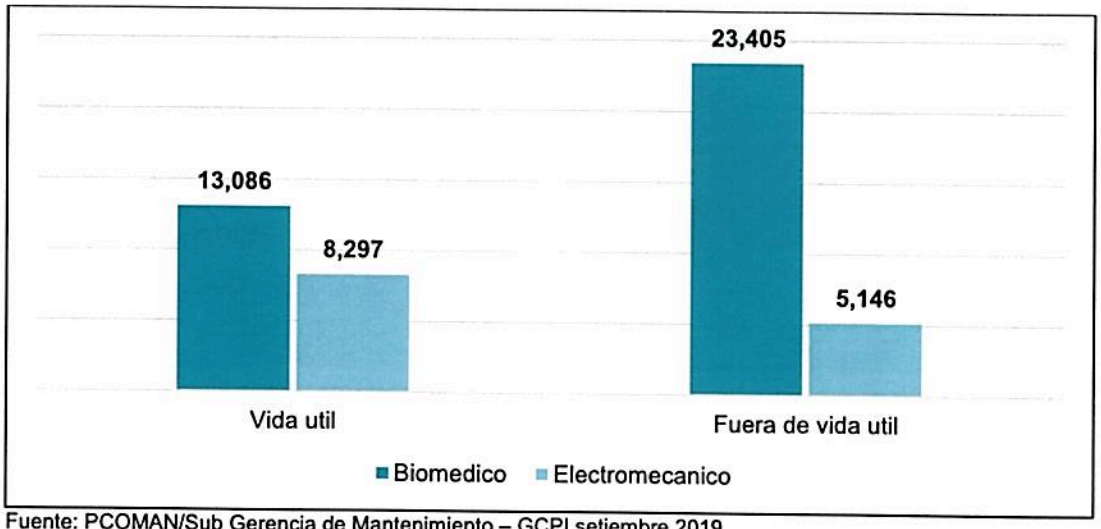


Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión, a diciembre de 2018

Operatividad y distribución de la vida útil del equipamiento asistencial

Por otro lado, en relación a la situación de los equipos biomédicos de acuerdo a la información del PCOMAN al mes de setiembre 2019[31], se evidencia que el 64.1% de los equipos biomédicos en la Institución se encuentran fuera de su vida útil u obsolescencia y el 35.9% dentro de su vida útil y en relación al equipamiento electromecánico el 61.8% se encuentra dentro de su vida útil y el 38.2% con obsolescencia, tal como se muestra en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 32 Equipos biomédicos y electromecánicos dentro y fuera de su vida útil

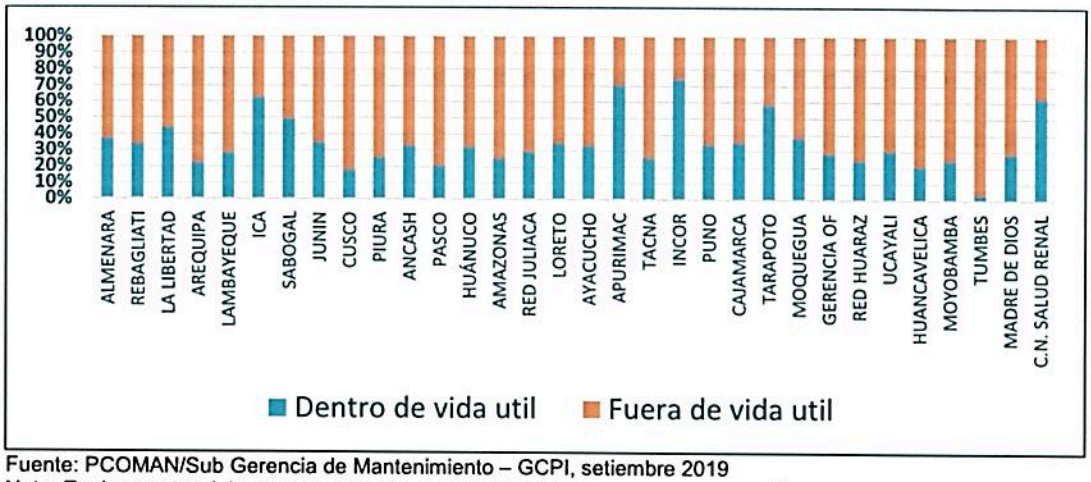


Fuente: PCOMAN/Sub Gerencia de Mantenimiento – GCPI setiembre 2019
Nota: Equipos potenciales para reposición, no incluye equipos nuevos con garantía.

En el siguiente gráfico, se muestra el equipamiento biomédico dentro y fuera de su vida útil por Red Asistencial/Prestacional; siendo uno de los casos preocupantes el de la Red Asistencial Tumbes que tiene el 98.2% del equipamiento biomédico fuera de su vida útil.

[31] Sub Gerencia de Mantenimiento – GCPI.

Gráfico N° 33 Vida útil de equipos biomédicos por red



Fuente: PCOMAN/Sub Gerencia de Mantenimiento – GCPI, setiembre 2019
Nota: Equipos potenciales para reposición, no incluye equipos nuevos con garantía.

A continuación, se muestra que el 95.6% de equipamiento biomédico y electromecánico está operativo y solo el 4.4% está en condición inoperativa; del detalle de la información solo la red de Pasco y Piura están por debajo del 90% de equipamiento operativo.

Cuadro N° 13 Equipamiento operativo e inoperativo por órgano desconcentrado

ÓRGANO DESCONCENTRADOS	OPERATIVOS				INOPERATIVOS						TOTAL
					Biomédico		Electr.		Total	%	
	Biomédico	Electro mecánico	Total	%	Por reparar	Para baja	Por reparar	Para baja			
ALMENARA	3,924	2,130	6,054	96.0%	135	106	4	4	249	4.0%	6,303
AMAZONAS	619	198	817	92.8%	4	43	0	16	63	7.2%	880
ANCASH	1,328	359	1,687	95.2%	34	39	5	7	85	4.8%	1,772
APURIMAC	632	306	938	98.6%	3	8	2	0	13	1.4%	951
AREQUIPA	2,377	546	2,923	99.0%	17	12	1	0	30	1.0%	2,953
AYACUCHO	624	128	752	95.9%	20	6	6	0	32	4.1%	784
CAJAMARCA	523	55	578	98.3%	3	7	0	0	10	1.7%	588
CUSCO	1,409	416	1,825	95.3%	27	46	11	7	91	4.7%	1,916
HUANCAVELICA	335	78	413	90.0%	2	41	0	3	46	10.0%	459
HUÁNUCO	767	84	851	97.1%	24	0	0	1	25	2.9%	876
HUARAZ	399	88	487	97.6%	0	10	0	2	12	2.4%	499
ICA	1,821	717	2,538	90.9%	115	125	4	10	254	9.1%	2,792
JUNIN	1,725	592	2,317	97.2%	33	26	6	2	67	2.8%	2,384
LA LIBERTAD	2,674	1,553	4,227	96.9%	35	51	40	7	133	3.1%	4,360
LAMBAYEQUE	2,234	849	3,083	94.5%	93	57	22	6	178	5.5%	3,261
LORETO	634	362	996	96.6%	6	12	11	6	35	3.4%	1,031
MADRE DE DIOS	228	129	357	100.0%	0	0	0	0	0	0.0%	357
MOQUEGUA	440	130	570	95.6%	24	2	0	0	26	4.4%	596
MOYOBAMBA	259	66	325	94.2%	1	13	0	6	20	5.8%	345
PASCO	780	149	929	89.3%	16	63	1	31	111	10.7%	1,040
PIURA	1,258	302	1,560	89.2%	46	118	5	20	189	10.8%	1,749
PUNO	560	73	633	97.4%	15	1	0	1	17	2.6%	650
REBAGLIATI	3,786	1,654	5,440	97.0%	84	77	4	6	171	3.0%	5,611
RED JULIACA	642	81	723	96.5%	5	6	2	13	26	3.5%	749
SABOGAL	1,883	798	2,681	95.6%	65	29	19	9	122	4.4%	2,803
TACNA	572	95	667	91.1%	22	41	2	0	65	8.9%	732
TARAPOTO	466	451	917	94.6%	13	34	1	4	52	5.4%	969
TUMBES	237	58	295	98.3%	4	1	0	0	5	1.7%	300
UCAYALI	383	234	617	98.9%	5	2	0	0	7	1.1%	624
GERENCIA OFERTA FLEXIBLE	355	18	373	89.9%	5	35	1	1	42	10.1%	415
C.N. SALUD RENAL	95	94	189	95.9%	0	8	0	0	8	4.1%	197
INSTITUTO NAC. CARDIOVASCULAR	593	373	966	97.8%	9	9	4	0	22	2.2%	988
TOTAL	**34,562**	**13,166**	**47,728**	**95.6%**	**865**	**1,028**	**151**	**162**	**2,206**	**4.4%**	**49,934**

Fuente: SISMAC
GCPI – GEP – Sub Gerencia de Mantenimiento

Brecha de Infraestructura

Mediante Decreto Legislativo N° 1252[32] se crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones - Invierte.pe, con la finalidad de orientar el uso de los recursos públicos destinados a la inversión, para la efectiva prestación de servicios y la provisión de la infraestructura. El Invierte.pe considera como principal objetivo el cierre de brechas de infraestructura o de acceso a los servicios públicos para la población.

A nivel Institucional la identificación y valorización de las necesidades de inversión se da en función de las brechas de infraestructura de prestaciones de salud y de infraestructura de prestaciones sociales, de acuerdo a lo señalado en la Ley N° 27056[33] y en el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud vigente[34].

Sobre la base de estas necesidades, se ha estimado un monto referencial de la inversión requerida para el cierre de brechas al año 2035, el cual se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 14 Monto de la brecha de infraestructura por tipo de prestación

Tipo de Prestación	Monto referencial en soles para atender la brecha (S/)
Prestaciones de Salud	28,281,431,967
Prestaciones Sociales	2,944,623,077
Total	**31,226,055,044**

Fuente: Proyecto del Plan Estratégico de Inversiones de EsSalud 2019-2035 - Banco Mundial

De acuerdo a lo establecido por el Sector Salud[35] las brechas de infraestructura para las Prestaciones de Salud son de dos tipos: brechas de cobertura (Establecimientos de Salud del primer nivel de atención/Hospitales requeridos) y las brechas de calidad (Establecimientos de Salud del primer nivel de atención/Hospitales con capacidad instalada inadecuada), mientras que las brechas de infraestructura de Prestaciones Sociales consideran las intervenciones en los Centros del Adulto Mayor (CAM) y los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS).

En relación a la brecha de calidad de las prestaciones de salud (capacidad instalada inadecuada), se tienen identificados 242 establecimientos de salud del primer nivel de atención, 73 del segundo nivel de atención y 08 del tercer nivel de atención, que requieren de un mejoramiento integral36. Precisar que en el horizonte del presente Plan Estratégico Institucional se tienen programadas intervenciones de mejoramiento integral, así como la atención a los requerimientos de inversión en las Unidades Productoras de Servicios de los mismos, a través de Inversiones de Optimización, Ampliación Marginal, Rehabilitación y Reposición-IOARRS, que contribuirán a disminuir la brecha de calidad que tiene la Institución.

Asimismo, como una estrategia para contribuir con el cierre de brecha de cobertura (establecimientos de salud nuevos requeridos), de acuerdo con lo señalado en el primer lineamiento de la Política de Inversiones en EsSalud[37], el cual establece "Promover las inversiones para fortalecer los servicios de salud del primer nivel de

[32] Decreto Legislativo N° 1252 aprobado el 1° de diciembre del año 2016
[33] Ley N°27056. Ley de Creación del Seguro Social de Salud
[34] Reglamento de Organización y Funciones Sistematizado.
[35] Documento Técnico "indicadores asociados a la medición de las brechas de servicios y criterios de priorización para las inversiones del Sector Salud".
[36] Resolución Ministerial N° 358-2019/MINSA, de fecha 16 de abril 2019.
[37] Acuerdo N° 15-12-EsSalud-2017, de fecha 21 de junio 2017.

atención", se considera la implementación de Policlínicos de Complejidad Creciente a nivel nacional, lo cual contribuirá a ampliar la cobertura de servicios de salud y su implementación permitirá la contención de la demanda sobre todo de problemas que podrían solucionarse en el primer nivel de atención donde, de acuerdo a la normatividad vigente[38], se debería resolver del 70% al 80% de los problemas de salud de la población.

En diciembre del año 2019, en el marco de las facultades conferidas al Poder Ejecutivo, en el marco de lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución Política del Perú, se publicaron los siguientes Decretos de Urgencia: 1) D.U. N° 028-2019: que "***Dispone medidas extraordinarias para el sostenimiento y equilibrio financiero del Seguro Social de Salud - ESSALUD para garantizar el derecho fundamental a la salud de los asegurados***", 2) D.U. N° 037-2019: que "***Establece medidas extraordinarias para garantizar el derecho fundamental a la salud, a través de la recuperación de las deudas por aportaciones al Seguro Social de Salud – ESSALUD***" y 3) D. U. N° 043-2019: que ***"Modifica la Ley Nº 27360, para promover y mejorar las condiciones para el desarrollo de la actividad agraria***".

El Decreto de Urgencia Nº 028-2019, establece en el artículo 3° numeral 3.1, referido a la finalidad de los recursos recaudados: que los recursos recaudados en aplicación de las modificaciones dispuestas por el presente Decreto de Urgencia se destinan exclusivamente, bajo responsabilidad, a lo siguiente:

a) Ejecutar las inversiones para nuevos establecimientos de salud y equiparlos.
b) Concluir los proyectos en ejecución.
c) Realizar mejoras, ampliación, rehabilitación y reforzamiento de la infraestructura asistencial existente.
d) Garantizar el mantenimiento y operación de la nueva oferta asistencial, conforme a los literales a), b) y c) del presente artículo.
e) Reposición de equipamiento estratégico y asistencial.

Asimismo, la primera disposición complementaria final del citado D.U., establece que el Seguro Social de Salud, a través del Consejo Directivo aprueba un Plan para la optimización e incremento de la oferta institucional que incorpora estrategias de cierre de brechas y otras para incrementar la oportunidad, acceso y calidad de los servicios a los asegurados.

Como resultado de la implementación de lo dispuesto en los citados Decretos de Urgencia se dispondrán de mayores ingresos para la Institución lo que permitirá incrementar el presupuesto de inversiones y por ende las intervenciones en infraestructura y equipamiento en beneficio de los asegurados.

Si bien los ingresos que se generen como resultados de la aplicación de los precitados Decretos de urgencia contribuirán a reducir la brecha existente en materia de inversiones, esta no será suficiente, por lo cual la institución, continuará impulsando mecanismos para la obtención de mayores recursos y estrategias para garantizar la eficiencia en los gastos. Es por ello, que se insistirá en el trámite para la aprobación del uso de la reserva técnica para proyectos de inversión en beneficios de la población asegurada.

2.2.5. Análisis y gestión de la información

Al inicio de la gestión EsSalud carecía de una efectiva política de seguridad de la información y de un modelo de inteligencia de negocios que posibilite la adecuada

[38] Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA aprueba el Documento Técnico Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

gestión para la toma de decisiones. Los sistemas de información se encuentran fragmentados y emplean tecnología que no es moderna, a la fecha se viene impulsando líneas de intervención orientadas a mejorar la gestión de la información para la toma de decisiones.

El soporte tecnológico no se encuentra integrado lo que dificulta el análisis de información. En cuanto al sistema operativo, los softwares empleados para la gestión como el SIAD o el sistema SAP/R3, se encuentran desactualizados, a lo que se suma la limitada conectividad de internet y la saturada capacidad contratada para el almacenamiento y procesamiento de datos.

En el mes de marzo de 2019 se implementó el sistema 'EsSalud Servicios de Salud Inteligentes' (EsSi) base para la Historia Clínica Digital (HDC), en tal sentido y para aprovechar dicha información para la toma de decisiones, en el mes de setiembre se creó la Unidad funcional denominada Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos (UIAD) para coadyuvar el análisis, integración, difusión y uso de la información resguardada por las unidades orgánicas de EsSalud.

Si bien estos avances realizados son importantes, aún existe una brecha en cuanto a la infraestructura necesaria para el procesamiento óptimo de la información, así como un deficiente control y seguimiento de la cobertura e impacto de las prestaciones en los asegurados y ausencia de indicadores que permitan tomar decisiones oportunas.

Por otro lado, según el Banco Mundial (2019), ha identificado la siguiente problemática:

- Escasa información de los servicios prestados como consultas, intervenciones quirúrgicas, entre otros;
- Ausencia de indicadores para la toma de decisiones eficientes y oportunas;
- Imposibilidad de valorar las intervenciones de salud;
- Esquemas de pagos por criterios históricos, que impactan negativamente en la sostenibilidad financiera de EsSalud;
- Ausencia de herramientas informáticas que permitan recoger sus opiniones y apreciaciones de los asegurados.

2.2.6. Desempeño económico financiero

El riesgo de la sostenibilidad financiera es uno de los principales problemas identificados. A pesar de presentar una evolución creciente de los recursos, existe una ampliación de las barreras de acceso, una desaceleración en la producción de servicios y un escaso impacto en la salud y economía de la población asegurada.

Entre las tres principales causas del problema se encuentran:

- El aumento del gasto.
- La incipiente evolución de los ingresos.
- El deficiente manejo de la deuda.

De acuerdo con el Banco Mundial (2019), se calcula que el componente del gasto podría alcanzar entre 4.482 y 34.973 millones de soles en el periodo 2018-2028[39].

Los factores causales son identificados:

[39] Esta cifra se calculó a partir de tres simulaciones de escenarios costos envejecimiento de la población, medicalización de la salud e inflación médica.

- Método de pago actual a los prestadores de salud, que se realiza en función de criterios históricos y se basa en un presupuesto global que no distingue costos por tipo de actividad asistencial.

- Alta proporción del gasto en hospitales de segundo y tercer nivel, en contraposición con la asignación presupuestal. El 50% del presupuesto se asigna para IPRESS nivel I/II; y el 50% restante, para IPRESS nivel III.

- El alto porcentaje de "gasto basura" (costos asociados a no calidad), el cual puede llegar a ser 33% de los costos de salud, lo cual implica que, procedimientos sencillos como exámenes de laboratorio, se conviertan en una fuente considerable de exceso de gasto.

Respecto al componente del ingreso, en los últimos cuatro años se ha producido una brecha creciente entre los ingresos y gastos operativos de la institución. Ello se debe a la menor tasa de incremento anual de los ingresos en 2017, el cual tuvo un déficit de 576 millones de soles. Esto se enmarca en un esquema de aportes poco coherentes con el gasto efectivamente realizado (Banco Mundial, 2019). Asimismo, se conoce los ingresos recaudados de los aportes de los asegurados, mas no se cuenta con la información para asociar los ingresos por grupos de edad o por resultados con los gastos efectuados. Además, no se cuenta con estudios de siniestralidad, estudios de mercado, ni análisis de riesgo por cada tipo de seguro.

Esta deficiencia se profundiza debido a la dependencia de los procedimientos del FONAFE en materia presupuestal y de remuneraciones al personal, ya que ralentiza la gestión de recursos. Más aún, las contribuciones al sistema de seguridad social están diferenciadas por normas y regímenes especiales para el sector público, sector privado y pensionistas, lo cual genera diferencias en el porcentaje y proporción de los aportes, a pesar de que la oferta de prestaciones de salud, económicas y sociales, es idéntica a la recibida por un aportante regular.

Respecto a la gestión del cobro y pago de deuda, los mecanismos de EsSalud son insuficientes. La deuda total al 31 de diciembre de 2016 fue de 3,269 millones de soles (32.4% insoluto y 67.6% interés) de los cuales, 121 millones de soles corresponden a deuda insoluta por periodos hasta julio de 1999 contraída con el desaparecido Instituto Peruano de Seguridad Social. Asimismo, las deudas por cobrar de EsSalud a las entidades públicas y privadas por contribuciones impagas bordean los 4,000 millones de soles. De este monto, el 67% corresponde a obligaciones del sector privado.

Según el Banco Mundial (2019), los principales efectos identificados respecto a la situación financiera de EsSalud son los siguientes:

- Dificultad para asignar de forma eficiente y eficaz los recursos para la inversión de la oferta de servicios.
- Reducción de incentivos para mejorar la producción.
- Amenaza al logro de metas sanitarias y protección financiera de los asegurados;
- Puesta en riesgo la atención a los más de once millones de asegurados, el pago de subsidios y las prestaciones sociales.
- Deterioro de la calidad, suficiencia y oportunidad de los servicios prestados, lo que tendría un impacto negativo en la salud, productividad y bienestar de los beneficiarios.

Cuadro N° 15 Aportes por grupo de población y salarios

	Población	Población (%)	Aporte anual para salud (79% del aporte total)	Gasto en salud	Superávit (+) o Déficit (-) total	Superávit (+) o Déficit (-) per cápita	Impuesto (+) o subsidio (-) como % del aporte para salud
PÚBLICO	**2,972,366.00**	**26%**	**1,850,813,369**	**2,282,408,027**	**-431,594,658**	**-145**	**-23%**
Educación	650,660.00	6%	430,632,817	616,364,144	-185,731,327	-285	-43%
Salud	232,588.00	2%	186,511,929	238,690,106	-52,178,177	-224	-28%
CAS	499,098.00	4%	268,801,438	614,111,400	-345,309,962	-692	-128%
Otros gobiernos central	1,062,612.00	9%	658,257,658	599,057,671	59,199,987	56	9%
Municipalidades	419,562.00	4%	245,477,173	170,021,164	75,456,009	180	31%
Regiones	107,846.00	1%	61,132,354	44,163,542	16,968,812	157	28%
PRIVADO	**6,021,648.00**	**52%**	**6,297,125,694**	**3,266,898,676**	**3,030,227,018**	**503**	**48%**
ASEGURADO AGRARIO	**868,470.00**	**8%**	**155,675,618**	**351,960,431**	**-196,284,813**	**-226**	**-126%**
PENSIONISTA	**1,511,879.00**	**13%**	**412,817,692**	**2,656,273,473**	**-2,243,455,781**	**-1484**	**-543%**
Pensionista regular	1,274,994.00	11%	372,219,592	2,454,524,154	-2,082,304,563	-1633	-559%
Solicitante de pensión	90.00	0%	-	342,843	-342,843	-3809	
Beneficiario ley 30478	236,795.00	2%	40,598,100	201,406,476	-160,808,376	-679	-396%
OTROS	**125,470.00**	**1%**	**57,846,959**	**184,216,172**	**-126,369,213**	**-1007**	**-218%**
TOTAL	**11,499,833.00**	**100%**	**8,774,279,331**	**8,741,756,779**	**32,522,552**		

Fuente: Las colas de EsSalud una tomografía económica, lo bueno, lo malo y lo feo – Daniel Cotlear, agosto 2019

De acuerdo al estudio realizado por Daniel Cotlear[40] EsSalud, por motivo de los topes contributivos en el sector público, tiene una base imponible es 29.9 mil millones de soles. Esta cifra debería bordear sin topes contributivos por los 35.7 mil millones de soles, esta menor base imponible afecta aproximadamente 500 millones de soles anuales por una menor recaudación a EsSalud.

Se observa que, el uso de los servicios de salud por tipo de población de acuerdo a su aporte, evidencia un déficit en la población agraria de 196 millones, población del sector público de 431.5 millones de soles y en la población pensionista de 2,243 millones de soles. Estas cifras negativas son cubiertos con el superávit que se genera por el aporte que corresponde a la población del sector privado de aproximadamente 3,030 millones de soles (por el menor uso de los servicios), por lo que se requiere implementar medidas de eficiencia en la gestión de los recursos con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera.

[40] Una tomografía económica, lo bueno, lo malo y lo feo – Daniel Cotlear, agosto 2019

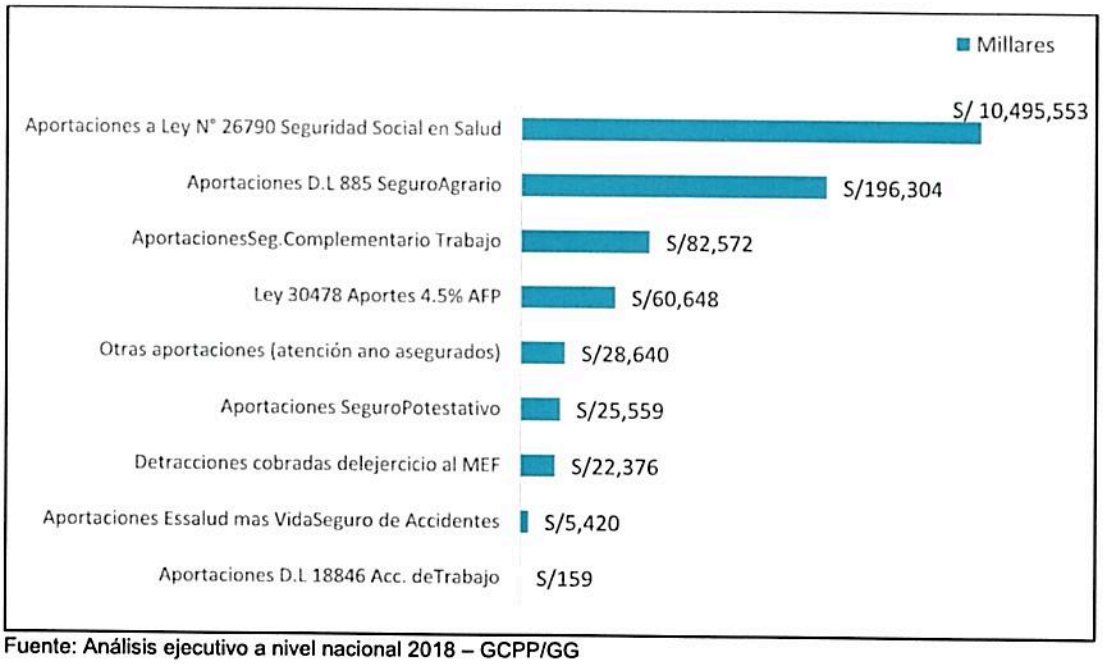
Ingresos brutos de operaciones

El financiamiento de EsSalud corresponde íntegramente al empleador, quien afilia a sus trabajadores con una alícuota de 9%. Asimismo, los trabajadores autónomos pueden afiliarse al sistema mediante un seguro potestativo[41]. Los familiares del grupo de trabajadores llamados derechohabientes comprenden, de acuerdo al Artículo 326° del Código Civil, al esposo(a) o cónyuge; incluye, según la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, a hijos menores de 18 años e hijos mayores en situación de incapacidad total y permanente para el trabajo[42].

En algunas categorías se cuenta con una normativa especial que diferencia las contribuciones, por ejemplo, el sector agrario aporta sobre el 4%. En el caso de las microempresas, los trabajadores y conductores (persona natural propietaria de la unidad económica) están comprendidos como asegurados regulares.

Durante el 2018 se percibieron ingresos por 10,917,221.837 soles, correspondientes, a las aportaciones y venta a no asegurados. Los ingresos se incrementaron en 761,478.438 soles, significando una variación de 7.5% respecto al año anterior. A continuación, se muestran los ingresos brutos de las operaciones del 2018.

Gráfico N° 34 Ingresos brutos de operaciones en soles



Fuente: Análisis ejecutivo a nivel nacional 2018 – GCPP/GG

La deuda al mes de julio 2019 se ha incrementado en un 9.3% respecto al año 2017; la que corresponde al sector público aumentó en un 10.3%, la deuda del sector privado creció en un 12%; y la deuda no tributaria se incrementó en un 5% en el mismo periodo, tal como se puede observar a continuación:

[41] Según Resolución N° 30-GCSPE-ESSALUD-2015. Se suspende temporalmente por el periodo de ocho (8) meses, la afiliación de nuevos asegurados al Seguro EsSalud independiente en tanto se desarrollen los correspondientes estudios orientados a replantear su configuración (prima y planes de seguros).
[42] Texto extraído del Documento Técnico EsSalud Plan Maestro 2021.

Cuadro N° 16 Deudas tributarias y no tributarias

Deuda	2017	2018	A julio 2019
Deuda tributaria	2,535,094,829	2,736,137,713	2,833,916,636
Sector Público	403,269,147	430,161,758	444,970,896
Sector Privado	2,131,825,682	2,305,975,955	2,388,045,740
Deuda No Tributaria	1,277,117,093	1,240,294,509	1,335,119,042
Total	**3,812,211,922**	**3, 976,432,222**	**4,168,135,678**

Fuente: Gerencia Central de Gestión Financiera

2.2.7. Recursos humanos

Población laboral de EsSalud según régimen

La brecha existente en recursos humanos, especialmente de personal asistencial afecta la atención de los asegurados, ocasionando la demora en la prestación de los servicios; lo cual se acentúa por la inadecuada distribución de los recursos humanos en los diferentes niveles de atención.

En el caso de la atención primaria solo el 16% del personal asistencial de la institución está destinado a esta área, adicionalmente existe la necesidad de especialidades que requiere EsSalud, aspecto que no se resuelve debido al modelo de formación de médicos residentes existente en el país, teniendo una serie de dificultades para atraer y retener al personal altamente calificado.

EsSalud al mes de setiembre de 2019, cuenta con 56,762 trabajadores, de los cuales 8,839 corresponden al personal administrativo y 47,923 al personal asistencial, demostrando que, por cada trabajador administrativo, existen 6.44 trabajadores asistenciales.

Cuadro N° 17 Número total de trabajadores de EsSalud

Descripción	III trimestre 2019
Asistencial	47,923
Administrativo	8,839
Total	**56,762**

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas – setiembre 2019

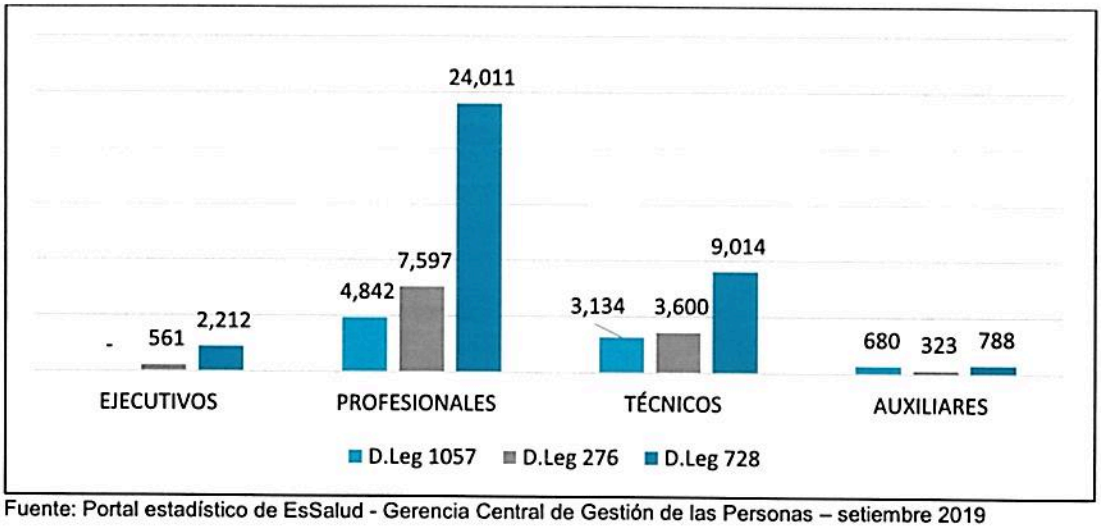
Asimismo, se observa que en los regímenes D.L. N° 276 / D.L. N° 728, EsSalud cuenta con 48,106 trabajadores y 8,656 colaboradores bajo la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios - CAS, haciendo un total de 56,762 colaboradores entre asistenciales y administrativos.

Cuadro N° 18 Número de trabajadores según régimen laboral

Descripción	III trimestre 2019
276 / 728	48,106
1057 (CAS)	8,656
Total	**56,762**

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas – setiembre 2019

Gráfico N° 35 Número de trabajadores de EsSalud según régimen / contrato y nivel

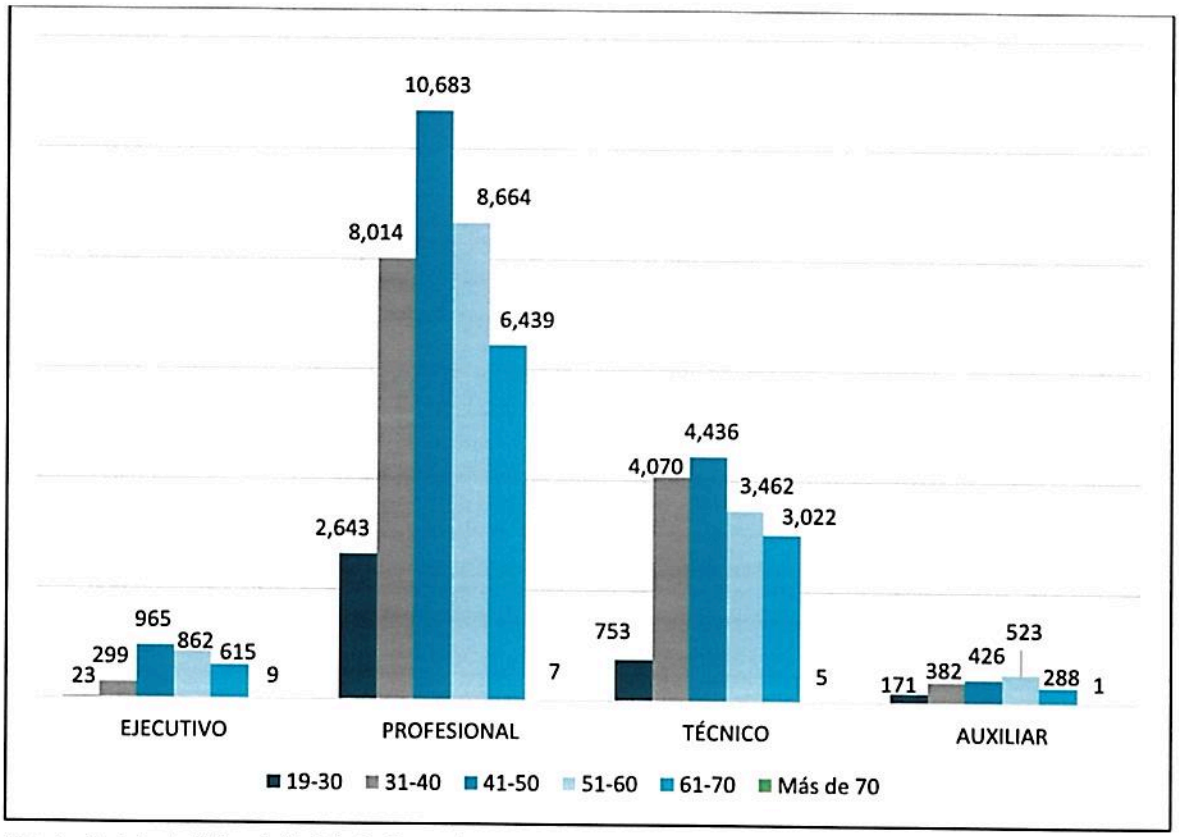


Fuente: Portal estadístico de EsSalud - Gerencia Central de Gestión de las Personas – setiembre 2019

De los registros mencionados, se puede observar que el 64.2% de la población laboral de EsSalud a setiembre de 2019, estuvo conformada por profesionales, 27.7% por técnicos, 4.9% por ejecutivos y 3.2% por auxiliares. Como se observa, el mayor grupo laboral lo conforman personal contratado bajo el Régimen D.L 728, con 36,025 trabajadores, que representan el 63.4% de todo el personal de EsSalud.

Población laboral por nivel de cargo según rango de edad

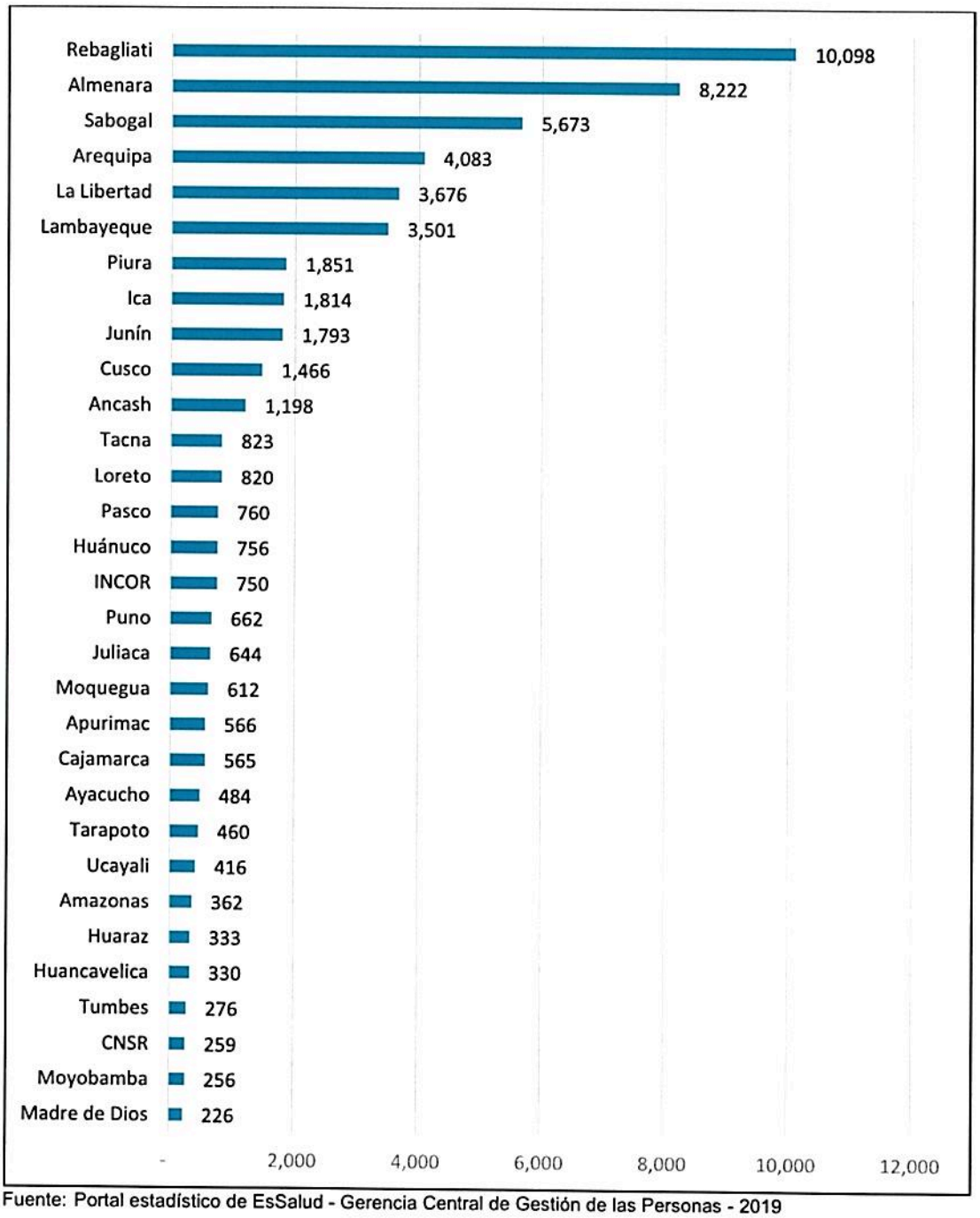
Gráfico N° 36 Personal por nivel de cargo según rango de edad
(D. Leg.276, D. Leg.728 y D. Leg.1057)



Fuente: Portal estadístico de EsSalud - Gerencia Central de Gestión de las Personas - setiembre 2019

La población laboral de EsSalud, concentra su mayor población en el rango de edad entre los 41 y 50 años, representando un 29.17%, seguido del rango mayor de 51 a 60 años con un 23.87%. Ante esta situación resulta necesario prestar atención al cambio generacional que puede ocurrir especialmente con los médicos especialistas, sobre todo en los Hospitales de mayor complejidad. Asimismo, en el área asistencial el rango predominante es de 41 a 50 años, mientras que en el sector administrativo el rango de edad va de 51 a 60 años.

Gráfico N° 37 Población laboral según red asistencial (a setiembre 2019)



Fuente: Portal estadístico de EsSalud - Gerencia Central de Gestión de las Personas - 2019

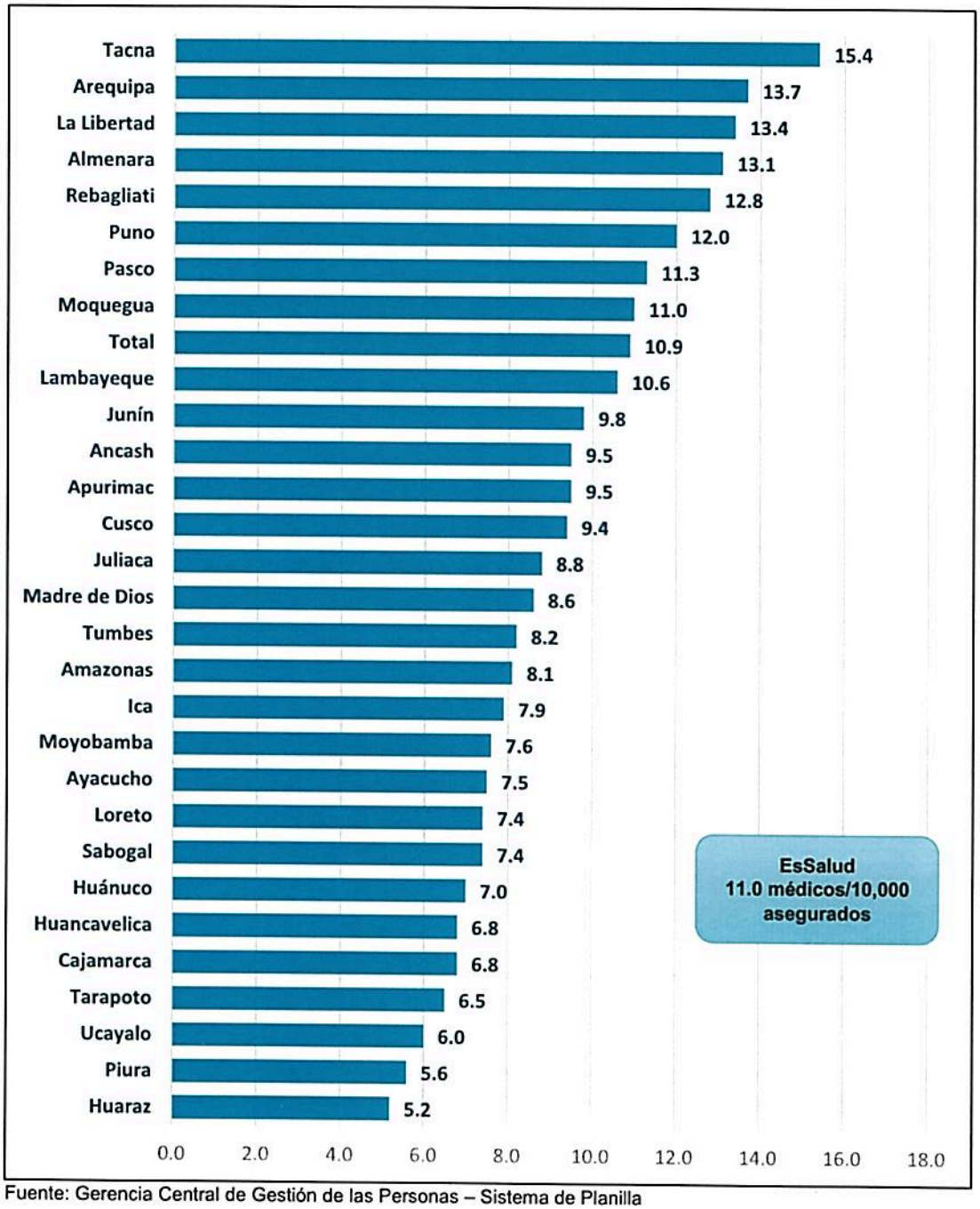
Del total de los trabajadores de EsSalud, el 42.2% están distribuidos en las tres redes prestacionales (Almenara, Rebagliati y Sabogal).

Personal médico por asegurado

A junio 2019, EsSalud cuenta con un total de 12,596 médicos. A nivel de régimen laboral 72.2% pertenecen al DL. 728, el 17% al DL 1057 y 10.8% al DL. 276.

Asimismo, la relación del número de médicos por asegurados es de 11 por cada 10,000 asegurados.

Gráfico N° 38 Médicos por cada 10, 000 asegurados (enero – junio 2019)



Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas – Sistema de Planilla

2.2.8. Organización institucional y sus relaciones interinstitucionales

Articulación inter e intrainstitucional

En concordancia con el marco normativo vigente y al Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de EsSalud, esta se constituye en una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social con personería jurídica de derecho público interno, y autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. Asimismo, administra los fondos intangibles de la seguridad social en salud destinado al financiamiento de las prestaciones de salud, económicas, sociales y otras del régimen contributivo, otorga cobertura a los afiliados regulares o potestativos y derechohabientes en el ámbito nacional a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS

A este panorama, se añaden en el aspecto intrainstitucional, propiciando un adecuado manejo de la información y los mecanismos de intercambio prestacional con otras IPRESS.

Como resultado del análisis realizado, respecto a la articulación inter e intra institucional, se aprecian los siguientes efectos:

- Débil integración y articulación de redes asistenciales
- Deficiente administración dentro de las redes asistenciales y dificultad para identificar correctamente las responsabilidades
- Excesiva centralización de los procesos logísticos
- Ausencia de una cultura de gestión por resultados y de procesos
- Limitada articulación entre el proceso de planeamiento y el presupuesto.
- El Sistema de Costos en EsSalud no cuenta con un modelo, ni una estructura de costos integral
- La Redes de salud cuentan con una asignación presupuestal vinculadas al desempeño histórico y metas de actividad.

Separación de funciones en EsSalud

La Superintendencia Nacional de Salud emitió un marco regulatorio referido a la separación de funciones de financiamiento/prestación, con disposiciones administrativas a través del Decreto Supremo N° 010-2016-SA, el cual establece las disposiciones que regulan a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas (IAFAS). Siendo sus procesos los siguientes: diseño de planes de salud, suscripción y afiliación, administración de fondos de aseguramiento, gestión de asegurados, gestión de compra de prestaciones y gestión de siniestros. Las IAFAS públicas tienen la posibilidad de tercerizar la obtención de servicios en entidades públicas o privadas, mediante convenios o contratos según corresponda.

La separación de estas dos funciones definiría que la parte financiadora se oriente a determinar cuáles son los problemas de salud que deben ser atendidos y cómo se asignan los recursos a los prestadores que brindan los servicios. A su vez, los prestadores se podrían enfocar a mejorar la calidad y la gestión de los servicios de salud, buscando la eficiencia en el funcionamiento del sistema[43]. Desde el punto de vista conceptual el despliegue de las funciones de financiamiento y prestaciones permitirá alcanzar la cobertura universal y lograr una mayor eficiencia de la institución.

[43] Organización Internacional de Trabajo 2019

Al respecto, EsSalud cuenta con una serie de normas internas aprobadas como sigue:

- Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014 "Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social – EsSalud". En esta directiva se dota a los órganos centrales y desconcentrados de EsSalud de herramientas, criterios para identificar, modelar, analizar, mejorar y rediseñar los procesos.
- Resolución N° 943-GG-ESSALUD-2016 "Plan de trabajo para la implementación del Proceso de Separación de Funciones de EsSalud".

Entre las principales consecuencias del modelo actual de organización de EsSalud, se encuentran:

- Organización vertical.
- Desarticulación entre las funciones de prestaciones de servicios y las de financiamiento y aseguramiento.
- Demora en toma de decisiones.
- Falta de especialización y actuación independiente de los equipos a cargo de los procesos de financiamiento y prestaciones.

2.2.9. Calidad en los servicios

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud realizada por SUSALUD en el año 2016, el nivel de satisfacción agregada por la atención recibida en EsSalud es de 74.9% de usuarios satisfechos; mientras que MINSA cuenta con 66.7% de usuarios en similar condición. Además, debe considerarse la diferente composición de los usuarios que acuden a los servicios en ambas instituciones y por la legitima percepción del derecho que tiene un asegurado a EsSalud sobre las atenciones que debe recibir, aspecto que probablemente sea diferente en un asegurado al SIS, a pesar de tener ambos similar condición de ciudadanía.

Según la Encuesta Nacional Socioeconómica de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud - ENSSA 2015, el 49.1% de los asegurados desconfía de EsSalud. Además de ello, existe una percepción de insuficiencia en la calidad en los servicios disponibles y escases de medicamentos. Cabe destacar que, del total de 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.

Respecto a la calidad de los servicios se han identificado los principales problemas:

1. Focalización en la oferta de servicios en lugar de mejorar la cobertura de los existentes.
2. Establecimientos de salud saturados[44], sobre todo en los de alta complejidad y en las áreas de emergencia (Banco Mundial, 2019).
3. Elevado tiempo de espera para obtener una cita para una consulta o un proceso quirúrgico (EsSalud, 2018a).
4. Procedimientos ineficientes, ya que se destina demasiado personal para brindar atenciones presenciales (Banco Mundial, 2019).

[44] Medida como superación de la capacidad instalada

III

MARCO ESTRATÉGICO

3. MARCO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

En el contexto del diagnóstico situacional de la institución y el marco legal vigente, y habiendo identificado el reto a alcanzar, se definen los contenidos del Marco Estratégico para EsSalud en este nuevo periodo de tiempo. De modo concordante a la Política de Modernización de la Gestión Pública, que toma como aspecto central a las necesidades del ciudadano, el foco de la gestión de EsSalud son todos sus beneficiarios: los asegurados y sus derechohabientes.

Para tal efecto, la actual gestión ha elaborado un documento técnico que contiene los lineamientos y políticas institucionales denominado Libro Blanco, el mismo que establece un conjunto de estrategias de mediano y largo plazo orientadas hacia la Modernización de la Seguridad Social de Salud en el Perú, agrupadas en tres (3) pilares *(i) Poner al paciente asegurado al centro de todas las decisiones de EsSalud, (ii) Priorizar la prevención y promoción de la salud, (iii) Fortalecer el primer nivel de atención primaria*) y nueve (9) políticas, como sigue:

- *Garantizar los derechos de los Asegurados.*
- *Adoptar un modelo integral centrado en el asegurado.*
- *Optimizar las operaciones del aparato prestados y aprovechar economías de escala.*
- *Aumentar la protección financiera de los Asegurados en forma sostenible.*
- *Asociar el financiamiento a las necesidades de los Asegurados y a incentivos a la calidad y eficiencia.*
- *Diversificar las modalidades para la expansión de la provisión de servicios.*
- *Fortalecer la transparencia y la participación del asegurado en la gobernanza.*
- *Separar las funciones de aseguramiento y prestación, especializando a la Organización.*
- *Orientar la institución hacia la transformación digital.*

En esa línea, se han identificado los ejes de intervención, considerando los procesos misionales de la institución y los aspectos de gobernanza y organización necesarios para desplegar el Plan Estratégico Institucional - PEI. Estableciendo cuatro (4) ejes, como fundamentos que sostienen y orientan el quehacer en la institución, que se detallan a continuación:

i. **Eje Atención Integral:** Se describe como la provisión de prestaciones de salud que comprende la promoción, prevención, diagnóstico, recuperación y rehabilitación para el asegurado, mediante un modelo integral, adecuado a las necesidades y demandas de las personas.

ii. **Eje Gestión de Redes:** Es el modelo de operación brindado mediante el conjunto de establecimientos de salud de la institución con diferentes capacidades resolutivas y niveles de atención, interrelacionados con establecimientos de salud de otros subsistemas mediante acuerdos, procesos y procedimientos, para brindar el cuidado y atención necesaria, compartiendo recursos y logrando que el servicio de salud sea oportuno, de calidad y suficiente, generando satisfacción en el asegurado y el equipo de salud.

iii. **Eje Recursos Humanos:** Se orienta a fortalecer las habilidades y destrezas del personal de la institución con la finalidad de brindar un mejor servicio, para lo cual se deben desarrollar estrategias en respuesta a necesidades identificadas, potenciar las capacidades del talento humano, y promover incentivos orientados al logro de los objetivos institucionales, midiendo el desempeño para lograr una gestión sostenida y de calidad.

iv. **Eje Sostenibilidad Financiera:** Se caracteriza por asegurar y proteger los recursos necesarios para la operación institucional, gestionar con eficiencia y transparencia los ingresos y gastos, establecer las estrategias adecuadas de financiamiento, y la previsión del gasto, a través de la implementación de planes de sostenibilidad financiera, con la finalidad de atender las necesidades y otorgar servicios oportunos y de calidad a los asegurados, mediante prestaciones de salud, económicas y sociales.

Finalmente, se tiene como eje transversal a la modernización:

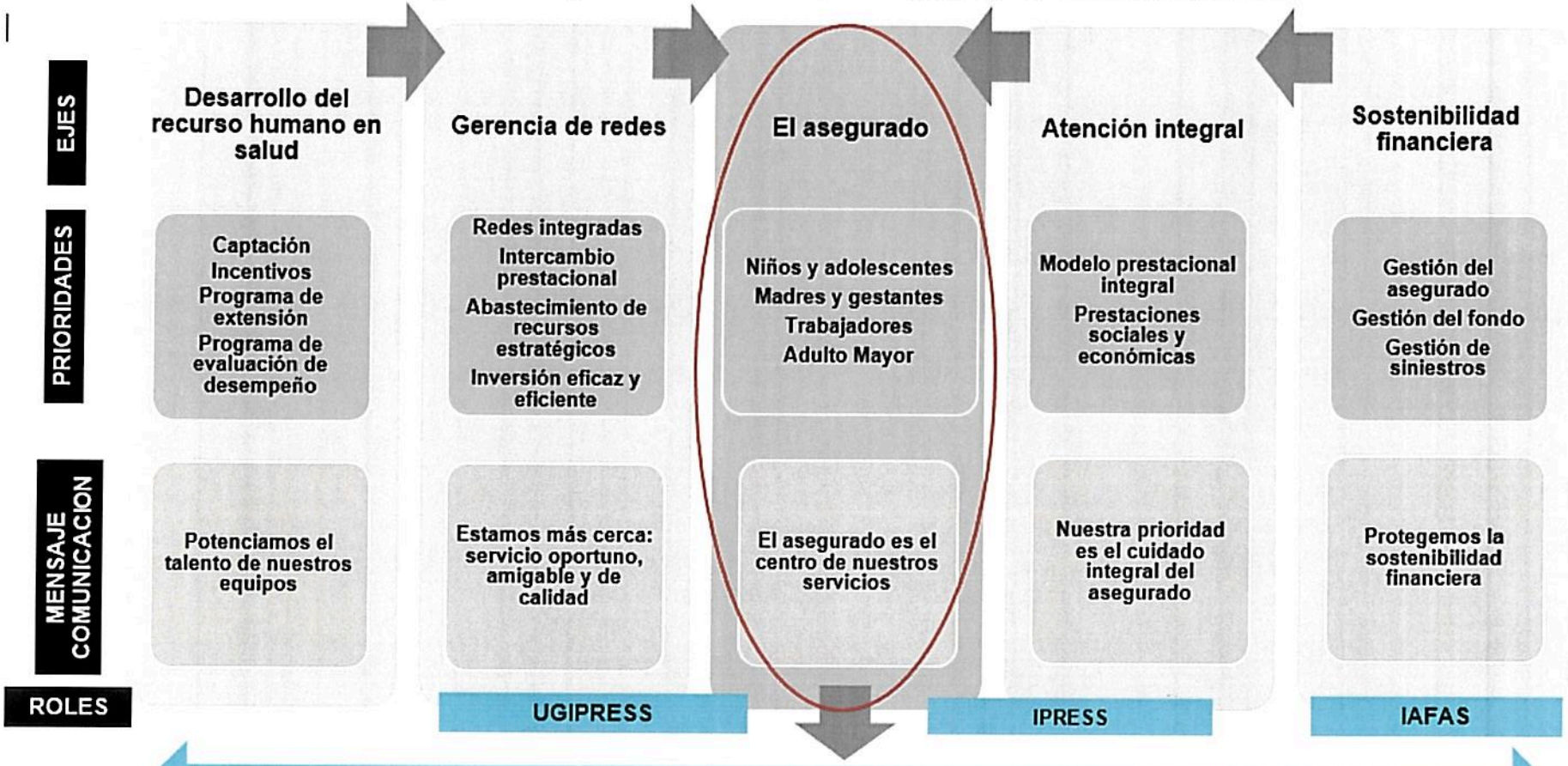
v. **Eje Modernización institucional -** Este eje busca transformar y fortalecer la gestión interna de la institución para que los servicios, generados por los procesos misionales, se otorguen de manera adecuada, como respuesta efectiva a las necesidades y demanda de los asegurados, para lo cual se consideran los siguientes componentes:

i) Fortalecimiento de la gobernanza,
ii) Separación de roles,
iii) Gestión ética,
iv) Eficiencia y simplificación y
v) Transformación digital.

Estos cuatro (4) ejes, se alinean en torno al asegurado y se sustentan en un eje transversal que, es la Modernización del sistema de seguridad social, brindando el soporte para proveer direccionalidad y recursos necesarios en la institución. También se establecen, de modo genérico, las prioridades a abordar y se proponen algunos mensajes para transmitir el sentido y la urgencia del cambio que EsSalud propone realizar en este periodo.

Asimismo, considerando el marco de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se mencionan a los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal (IAFAS, UGIPRESS, IPRESS). En el caso del eje de modernización se identifican los componentes que dan sustento a las acciones a realizar, para lograr los objetivos institucionales durante el próximo quinquenio, tal como se muestra en el gráfico adjunto.

Gráfico N° 39 Ejes estratégicos institucionales para la gestión del cambio institucional



Fuente: Elaboración propia

Cadena de valor de la función de protección social en salud

Una vez definido el centro de los servicios institucionales (el asegurado), se define el norte a seguir, siendo necesario alinear y emplear todas las capacidades existentes para generar valor en función de los resultados comprometidos con los asegurados, de modo que se logre brindar protección social en salud.

Para ello es muy útil emplear el concepto de cadena de valor de Michael Porter utilizada por EsSalud:

> *Facilita la comprensión de la estrategia de la entidad a través de la desagregación de sus principales actividades como eslabones de una cadena, en donde los bienes y servicios que brinda EsSalud van adquiriendo/generando valor a medida que pasa por cada una de dichas actividades. Asimismo, permite identificar las ventajas competitivas sobre las actividades que desarrolla.*[45]

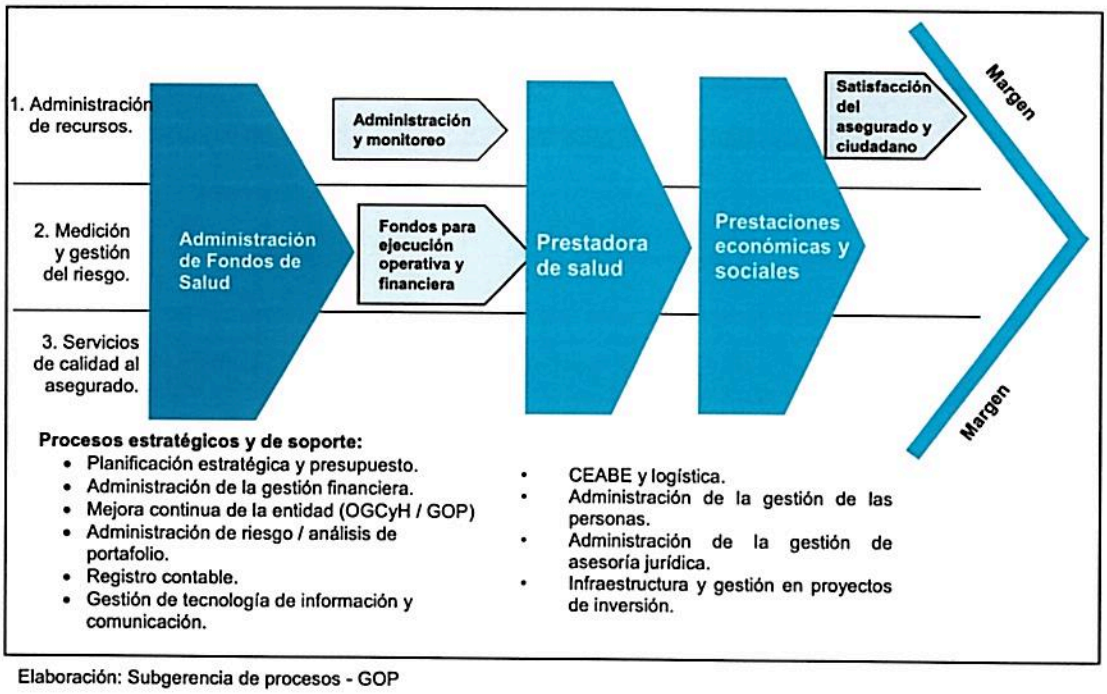
Según lo planteado por Michael Porter y Thomas Lee en el Harvard Business Review, la propuesta de valor de la atención médica es "proporcionar la atención de mejor calidad al paciente al menor costo general" y plantea una estrategia de seis puntos:

1. Organizar la atención alrededor del paciente, no de las herramientas.
2. Medir los resultados y el costo de cada paciente, y hacerlo en tiempo real.
3. Pagar la atención de manera diferente, reembolsando a los proveedores a través de precios agrupados para los ciclos de atención.
4. Integrar la prestación de atención en instalaciones separadas.
5. Desglosar la naturaleza local de la prestación de atención.
6. Construir una plataforma habilitadora de tecnología de la información.

Esto aporta elementos de juicio para alcanzar a cumplir con el mandato que tiene EsSalud de conseguir la protección de los derechos en salud de la población asegurada, tomando en cuenta sus necesidades y demandas, gestionando una entidad organizada en procesos con actividades que agregan valor, en un contexto promotor de la excelencia y la modernización, logren los resultados, productos y servicios de la manera más eficiente y eficaz posible.

[45] Resolución 0973-GG-ESSALUD-2019 que aprueba el mapa de macroprocesos de EsSalud

Gráfico N° 40 Cadena de valor de EsSalud

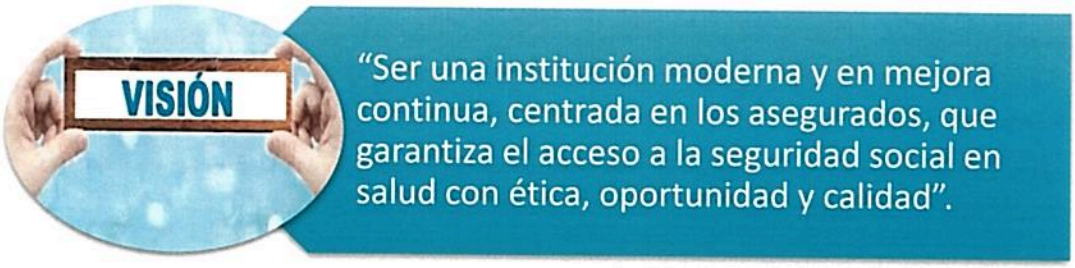


Elaboración: Subgerencia de procesos - GOP

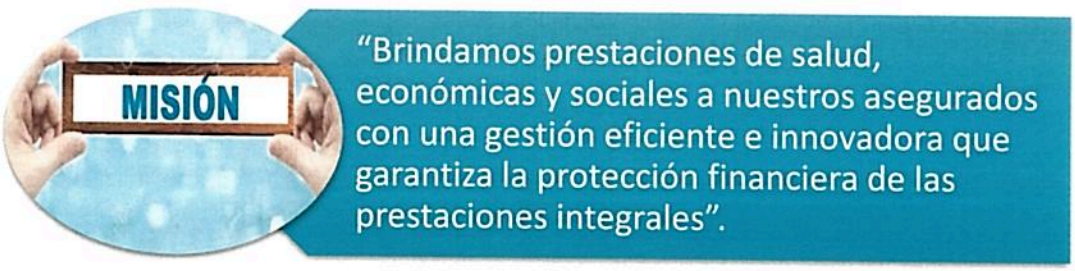
Para el proceso de elaboración se han considerado los aportes definidos en el "Libro Blanco, *Hacia la Modernización de la Seguridad Social en el Perú*", en particular los contenidos relacionados a las "Políticas y hoja de ruta para el fortalecimiento del Seguro Social de Salud – EsSalud 2019 – 2022", donde se propone un conjunto de políticas y estrategias como "lineamientos para orientar las decisiones y las acciones estratégicas de la institución".

3.1. Visión y misión institucional

3.1.1. Visión



3.1.2. Misión



3.2. Objetivos, acciones estratégicas institucionales, indicadores y metas

El Seguro Social de Salud – EsSalud, a través de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, en estrecha coordinación con los Órganos Centrales, y los Órganos Desconcentrados, con quienes se han desarrollado un conjunto de reuniones de trabajo y talleres con la finalidad de definir el marco estratégico Institucional, de donde se derivan los ejes estratégicos, como soporte fundamental de los objetivos estratégicos institucionales, sustentados con información citada en documentos como el Marco Macroeconómico Multianual - MMM, el Plan Nacional de Competitividad y productividad e instrumentos de gestión institucional, como el estudio actuarial de la OIT, el libro blanco para el diálogo, entre otros.

Como resultado del desarrollo de este proceso, se lograron definir los Objetivos estratégicos, así como las acciones estratégicas institucionales, con sus respectivos indicadores y metas, empleando información que ha sido revisada y validada por cada una de las dependencias, según sus competencias, teniendo como referencia los pilares de la gestión y las prioridades institucionales, en el marco de la modernización de la Seguridad Social en Salud en el Perú.

Este documento es un esfuerzo conjunto del Equipo Técnico de la Gerencia de Planeamiento Corporativo de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y los equipos de apoyo, que mediante una labor participativa han definido, sobre la base de un marco estratégico, 03 Objetivos Estratégicos y 12 Acciones Estratégicas y la identificación y desarrollo de la respectivas fichas técnicas de 8 indicadores a nivel de Objetivo Estratégico y 21 indicadores a nivel de Acción Estratégica, como aspectos centrales del proceso de elaboración del Plan Estratégico Institucional – PEI EsSalud, cuya vigencia está definida para el periodo 2020 a 2024, con el nivel de detalle que se muestra en cuadro adjunto.

Cuadro N° 19 Matriz de objetivos y acciones estratégicas e indicadores

Objetivo Estratégico	Indicadores	Acciones Estratégicas	Indicadores
OEI. 01: Proteger Financieramente las Prestaciones que se brindan a los Asegurados garantizando una gestión eficiente de os recursos	Índice de siniestralidad por tipo de Seguro Regular (Salud, Educación y CAS), Agrario, Pensionistas	AEI. 1.1: Gestión oportuna y eficiente de los recursos para financiar los servicios institucionales	Ratio de deuda respecto al Presupuesto
			Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior
	Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito	AEI. 1.2: Manejo eficiente de los gastos institucionales	Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud
			Porcentaje de Gasto administrativo respecto al Presupuesto total.
OEI. 02: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	Satisfacción del usuario	AEI. 2.1: Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido
		AEI. 2.2: Estándares de calidad alineados a las expectativas y necesidades de los asegurados	Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido
			Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel
			Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente
	Reducción de la carga de enfermedades	AEI. 2.3: Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	Porcentaje de referencia no pertinentes
			Porcentaje de Contrarreferencias
	Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie Diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)	AEI. 2.4: Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados	Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en, Radiología y Ecografía
			Porcentaje de equipamiento operativo, de Resonador, Tomógrafo, Equipo de rayos X, Ecógrafo, Endoscopio
	Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	AEI. 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	Porcentaje de personal evaluado
			Ratio médico x 10000 asegurados
			Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)
		AEI. 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos
OEI. 03: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución	Porcentaje de sistemas clave interoperables	AEI. 3.1: Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS.	Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones
		AEI. 3.2: Implementación de Sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución	Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables
	Porcentaje de aplicativos implementados en nube	AEI. 3.3: Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en los Procesos misionales
		AEI. 3.4: Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	Índice de percepción de buen trato en los servicios
			Índice de clima laboral

Fuente: Elaboración GCPP/GPC - EsSalud

Teniendo como marco la Visión y la Misión institucional, se han definido tres objetivos estratégicos institucionales, cuya descripción mostramos a continuación:

OEI 01: PROTEGER FINANCIERAMENTE LAS PRESTACIONES QUE SE BRINDAN A LOS ASEGURADOS GARANTIZANDO UNA GESTIÓN EFICIENTE DE LOS RECURSOS

Las diferentes fuentes y medios de información, recomiendan incrementar los ingresos de EsSalud a través de la promoción de iniciativas legislativas, en coordinación con los sectores vinculados, a fin de homologar las bases de las cotizaciones de los asegurados. Para lo cual se impulsarán las medidas necesarias a fin de revertir la afectación que han generado anteriores disposiciones legales vigentes, que han implicado nuevos gastos o menores ingresos para EsSalud. Todo esto, además, implica realizar una gestión de los recursos eficiente.

De otro lado, resulta necesario controlar la demanda de recursos de EsSalud, principalmente por los gastos hospitalarios que tienen una tendencia a incrementarse, empleando estrategias relacionadas a fortalecer la atención primaria de salud, como un anillo de contención que brinde cobertura territorial de calidad, considerando el acceso y las necesidades de los asegurados.

Se debe tomar en cuenta que los gastos en salud varían según la edad y el sexo del asegurado; niños y adultos mayores gastan más que los adolescentes y adultos, y las mujeres en edad fértil gastan más que los hombres. En la actualidad, EsSalud está pasando por un cambio sociodemográfico y epidemiológico, debido a la evolución de la estructura etaria de los asegurados. La población de EsSalud tiene una edad promedio mayor que la peruana y se encuentra asentada sobre todo en el ámbito urbano.

Tomando en cuenta que los gastos en salud varían según la edad y el sexo del asegurado; es decir que niños y adultos mayores emplean mayores servicios que los adolescentes y adultos, y las mujeres en edad fértil necesitan más recursos en comparación a los hombres, se establecerán líneas de acción para enfrentar una dinámica nueva en la carga de enfermedad en una población que envejece y presenta enfermedades crónicas y re-emergentes.

En cuanto al gasto de bolsillo, los asegurados siguen pagando por servicios, diagnósticos y medicamentos fuera del seguro social en salud, lo que afianza una percepción de insuficiente calidad de los servicios y falta de disponibilidad de medicamentos. Se ha considerado aplicar una serie de medidas como la introducción de innovaciones, mejoras en la cobertura de atención primaria, garantías de atención para patologías crónicas, revisar los altos costos, entre otras acciones. Asimismo, se realizará un monitoreo permanente a la carga del gasto de bolsillo como indicador de acceso a salud y equidad financiera. Este gasto es uno de los principales desafíos de la Seguridad Social de Salud-EsSalud y que para reducirlo tiene como elemento fundamental lograr la implementación de la Atención Primaria en Salud en una lógica de red y empleando tecnologías y uso intensivo de información.

De otro lado, el estudio actuarial 2018 de la OIT, hace notar la importancia para la sostenibilidad financiera de EsSalud, analizar la política de inversiones de EsSalud a la luz de la actual composición de la cartera de inversiones y las tasas de rentabilidad observadas. Por ello se revalorará la estrategia actual en cuanto al portafolio de opciones, de forma que se exploren otros instrumentos de inversión, más aún si en el 2013 y el 2015 los rendimientos reales fueron negativos.

Por estos elementos de juicio, este objetivo se orienta a mejorar la gestión para maximizar los ingresos y optimizar una adecuada administración de los egresos, con el fin de poder contar con la disponibilidad de recursos para poder otorgar prestaciones continuas, oportunas y de calidad, cautelando la sostenibilidad financiera.

Para ello se ha considerado las siguientes acciones estratégicas que se observa en la tabla a continuación:

a. **Gestión oportuna y eficiente de los recursos para financiar los servicios institucionales:** es importante mejorar la recaudación y la recuperación de las deudas de los empleadores de los sectores público y privado. Para ello es necesario mejorar la sinergia con la SUNAT, entidad que ejerce funciones vinculadas a estos aspectos. Por otro lado, es clave promover ante el Estado la mejora en la predictibilidad y las condiciones de sostenibilidad financiera de la institución. Se debe sustentar institucionalmente la necesidad de eliminar la práctica de "aprobar legislación que implique nuevo gasto o menores ingresos para EsSalud, si esta no tiene una contraparte equivalente" que evite el efecto adverso en sus finanzas, lo que incluso constituye un incumplimiento a lo establecido en el Convenio con la OIT (Estudio Financiero Actuarial).

   En concordancia con el DS N° 010-2016, disposiciones para las IAFAS, se establecen 6 procesos misionales que son auditables por SUSALUD:

   1. Gestión del Diseño de Planes de Salud.
   2. Gestión de la Suscripción y Afiliación.
   3. Administración de Fondos de Aseguramiento en Salud.
   4. Gestión de Asegurados.
   5. Gestión de Compra de Prestaciones de Salud.
   6. Gestión de Siniestros.

b. **Manejo eficiente de los gastos institucionales:** alcanzar la eficiencia de la ejecución y el gasto es un reto para EsSalud. Requiere adoptar diversas medidas vinculadas a un prolijo manejo económico y contable, desde la gestión por centros de costos vinculados a la definición y uso de costos estándares, hasta la mejora de las estrategias para reducir la filtración empleando herramientas de inteligencia de negocio (BI por sus siglas en idioma inglés). Es imprescindible estimar el impacto que tendrá en la situación financiera de EsSalud, por los cambios demográficos y epidemiológicos, el aumento del uso de servicios específicos y de tecnologías sanitarias, para poder desplegar eficazmente estrategias de mejora de la eficiencia, incluyendo una mejor gestión de adquisiciones.

Se ha considerado los siguientes indicadores para evaluar este objetivo estratégico:

- Índice de siniestralidad por tipo de Seguro Regular (Salud, Educación y CAS), Agrario y Pensionistas.
- Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito.

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

- Ratio de deuda respecto al Presupuesto
- Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior
- Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud
- Porcentaje de Gasto administrativo respecto al Presupuesto total.

OEI. 02: BRINDAR A LOS ASEGURADOS ACCESO OPORTUNO A PRESTACIONES INTEGRALES Y DE CALIDAD ACORDE A SUS NECESIDADES

Según un estudio realizado por el Banco Mundial por encargo de EsSalud, el modelo de provisión de EsSalud es de carácter recuperativo. Los esfuerzos en la prevención y la cobertura de atención primaria son limitados.

De acuerdo al estudio realizado por Cotlear para EsSalud, en el 2018 el 10% de la población del Perú tenía 60 años o más; y ese año en EsSalud 14% de la población estaba en ese rango de edad. En 12 de los 25 departamentos del país, la cobertura de adultos mayores en el 2017 era más alta que la de la población más joven: en seis regiones (Arequipa, Callao, Ica, Lima, Moquegua y Tacna), la cobertura de adultos mayores es de más del 60%.

La expansión de la cobertura entre adultos mayores va a acelerarse aún más por la entrada en vigor de la Ley N° 30478. En muchos países, solo las personas que se jubilan con una pensión mínima tienen acceso al seguro social de salud, pues una fracción de la pensión es necesaria para pagar los costos de ese seguro de salud. La ley 30478 permite que las personas que alguna vez contribuyeron a una AFP, aún si no llegaron a contribuir suficiente como para alcanzar una pensión mínima, sean automáticamente admitidos de forma vitalicia en EsSalud. De esta manera, la ley permite que, al llegar a los 65 años, las personas que alguna vez hicieron alguna contribución a una cuenta individual de capitalización, puedan solicitar que se les haga entrega del 95.5% del monto disponible en la cuenta y el 4.5% restante (que puede y suele ser un monto insignificante) sea transferido a EsSalud asegurando con ello que la persona y su familia tengan cobertura del seguro de forma ilimitada y vitalicia. (Cotlear, 2019).

El modelo de atención predominante en EsSalud privilegia la oferta sobre la demanda; es decir, no está centrado en el usuario. De acuerdo al Informe de Evaluación del Plan Operativo Institucional 2019 para el primer trimestre, el promedio nacional para el indicador de tiempo de espera quirúrgica fue de 110.76 a marzo 2019[46], 16.05 días menos respecto a marzo 2018. A pesar de la mejora, se sigue estando muy por encima de la meta planteada de 90 días. Los mayores tiempos de espera para las intervenciones quirúrgicas, son en los hospitales de alta y media complejidad, como HN Edgardo Rebagliati (275 días), HN Guillermo Almenara (155 días) y HN Carlos Alberto Seguín (101 días). Estos indicadores además demuestran la importancia de tener una red asistencial integrada para facilitar el acceso de los asegurados a los distintos establecimientos de salud, que debe iniciarse en el primer nivel de atención como puerta de entrada de los asegurados, excepto en el caso de una emergencia médica.

Por otro lado, los mecanismos establecidos para la protección de los derechos de los usuarios, a pesar de los esfuerzos internos, son aún poco efectivos, ya que no establecen mecanismos institucionales que permitan controlar y corregir las principales distorsiones identificadas en las mediciones de satisfacción elaboradas tanto por EsSalud como por SUSALUD[47]. Estos datos reafirman la importancia de poner al asegurado como centro en la atención y es por ello que se implementaran programas sostenidos de mejora continua de la calidad de atención y buen trato al paciente, así como se establecerán mecanismos de pago que promuevan la calidad de la atención.

[46] Informe POI 2019 - I trimestre
[47] EsSalud 2016- El 22.8% de los encuestados declaró haber tenido problemas de maltrato en la atención.

Se estandarizarán las guías de práctica clínica y protocolos nacionales que incorporen intervenciones en los tres niveles de atención que promuevan la Calidad de los servicios de salud, reduciendo la variabilidad y garantizar un nivel mínimo de Calidad.

En línea con la política de estado de promover el aseguramiento universal en salud, se requiere brindar una atención oportuna y accesible, considerando las necesidades de los asegurados. Para ello se debe priorizar la atención primaria, la mejora de la calidad de atención y la eficiencia en la gestión clínica y sanitaria empleando el enfoque de gestión por procesos, son aspectos a considerar. Asimismo, la implementación de programas de información, educación y comunicación centrados en la promoción de la salud, el autocuidado y la prevención de las enfermedades, así como el empoderamiento de los asegurados a través del conocimiento de sus derechos, contribuirá eficazmente al logro de resultados. Las redes asistenciales necesitan contar con capacidad de gestión, para la organización de sus recursos y mejora de sus procesos de atención, con especial énfasis en los referidos a emergencia, hospitalización, consulta externa, otorgamiento de citas, referencias y contrarreferencias. El buen trato a los asegurados es fundamental, recordando que son el centro de los servicios de la institución.

Con el presente objetivo se pretende ofrecer una atención al asegurado oportuna y con calidad, para lo cual se implementará un modelo de atención integral y centrado en las personas valorando el rol del asegurado como corresponsable de su salud, que respondan a las características de la demanda, y mejorar el acceso a una atención integral de la institución a través de un conjunto de medidas orientadas a impulsar servicios basados en el respeto, bajo un enfoque de género e intercultural, para satisfacer las reales necesidades del asegurado a fin de colocarlo en el centro de las decisiones de la seguridad social en salud.

Se continuará difundiendo, promoviendo y protegiendo los derechos de los asegurados como corresponsables de su salud, así como se fortalecerá la atención a la población asegurada adulta mayor y a la atención integral de enfermedades no transmisibles. Asimismo, se reducirá la brecha de infraestructura y equipamiento y se promoverán estrategias para contar con el suficiente personal profesional capacitado, acorde a las necesidades del asegurado. Se propone cambiar el enfoque de gestión de recursos estratégicos, orientándolo a brindar los niveles de servicio que requiere la salud del asegurado. Además, se mejorará la articulación interinstitucional e intrainstitucional tomando en cuenta la complementariedad con la oferta pública y privada, así como la capacidad interna.

Para ello se han considerado las siguientes acciones estratégicas que se observa en la tabla a continuación:

a. **Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida y con asegurados empoderados en sus derechos y deberes:** a partir del modelo de cuidado de salud que la institución desarrolle, es urgente reforzar el primer nivel de atención como oferta de servicios accesible a los asegurados. Al ser un anillo de contención de la demanda, debe estar articulado a la red institucional y extrainstitucional. Y, en el marco de la promoción de ciudadanía, es necesario establecer un vínculo explícito entre la institución y los empleadores y asegurados para que estos ejerzan sus deberes y derechos en relación a las prestaciones que reciben de EsSalud.

b. **Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados:** EsSalud debe brindar un servicio que maximice el bienestar del paciente mediante la mejora continua del proceso de atención, a cargo de

equipos disponibles y competentes. Para ello también es importante culminar el proceso de definición de herramientas de normalización de gestión de la calidad, tales como las directivas de seguridad del paciente, el sistema de gestión de eventos relacionados a la seguridad del paciente, implementar el proceso de acreditación de las IPRESS, aplicación de GPC o las vías clínicas, para mejorar la toma de decisiones. Asimismo, la institución necesita migrar de un paradigma centrado en proveer solo la oferta de servicios que llegará, de alguna manera, al asegurado, por otro que prioriza conseguir el nivel de servicio que las personas necesitan y demandan recibir con oportunidad, calidad y suficiencia, de una manera accesible.

c. **Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado:** el Estado necesita mejorar la estrategia de intercambio prestacional para expandir la oferta de servicios a los asegurados de EsSalud. Esto a través del empleo efectivo de la red intrainstitucional y la mejora de la coordinación con la red interinstitucional. Para ello, EsSalud necesita fortalecer su oferta propia. Luego, en una lógica de red de servicios, debe promover convenios con otros sectores del Estado (MINSA, GORE, Defensa, PNP) y, de ser necesario, establecer contratos con el sector privado para obtener la cartera de servicios que los asegurados necesitan.

d. **Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados:** la calidad de los servicios a los asegurados se mantendrá a partir de disponer de una oferta de recursos tales como tecnologías sanitarias e infraestructura. Para ello, deben seguir perfeccionándose los aspectos vinculados a la autorización de uso de nuevas tecnologías, y ampliar la eficiente operación logística de recursos estratégicos. Además, EsSalud cuenta con una propuesta de Plan Estratégico de Inversiones 2019-2035 que permite orientar las prioridades institucionales de inversiones. Un aspecto poco visto es la necesidad de realizar análisis prospectivo sobre el perfil epidemiológico del asegurado de EsSalud en los próximos años, de manera que se programe con anticipación los requerimientos para atender este escenario de demanda, y también sus necesidades de financiamiento.

e. **Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido:** mejorar la disponibilidad y distribución del personal de salud, con conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el servicio en toda la red prestacional, es una labor no culminada. En consecuencia, es necesario prever un escenario de reducción de profesionales en áreas críticas por el proceso de jubilación y retiro de la institución, como algunas especialidades médicas en algunos hospitales. Para ello, se requiere un análisis sobre las necesidades futuras, de manera que EsSalud despliegue las estrategias del caso, al interior y en otros sectores.

f. **Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres:** el Perú es un país que enfrenta el riesgo de catástrofes y desastres. Por ello, EsSalud necesita estar organizado para manejar eficazmente y con capacidad de respuesta oportuna situaciones de riesgo y crisis tales como un desastre natural o situaciones epidemiológicas de mayor magnitud.

Se han considerado los siguientes indicadores para evaluar este objetivo estratégico:

- Satisfacción del usuario.
- Reducción de la carga de enfermedades.

- Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie Diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico).
- Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V.

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

- Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido.
- Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido.
- Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel.
- Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente.
- Porcentaje de referencias no pertinentes.
- Porcentaje de Contrarreferencias.
- Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en, Radiología y Ecografía.
- Porcentaje de equipamiento operativo, de Resonador, Tomógrafo, Equipo de rayos X, Ecógrafo, Endoscopio.
- Porcentaje de personal evaluado.
- Ratio de médicos x 10000 asegurados
- Porcentaje de ausentismo laboral (en horas).
- Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos.

OEI. 03: IMPULSAR LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y LA GESTIÓN PARA RESULTADOS CENTRADA EN LOS ASEGURADOS LOGRANDO MODERNIZAR LA INSTITUCIÓN

De acuerdo a su marco normativo y al Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de EsSalud, esta se constituye en una entidad administradora de fondos intangibles de salud, es decir, asume el rol de Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, pero también tiene el mandato de brindar prestaciones de salud entre otras.

Hoy en su estructura se integran verticalmente los roles de aseguradora y prestadora. Dicha situación genera algunos problemas como la confusión de roles al interior de la institución y las trabas para tomar decisiones por la existencia de intereses encontrados en las unidades que comparten estas funciones vinculadas a procesos misionales, que no están diferenciadas orgánicamente. Esto último no contribuye con los esfuerzos de especialización y de eficaz gestión en beneficio de la institución (Banco Mundial, 2019).

En enero del 2013, la Comisión Reorganizadora de EsSalud sugirió que la separación de funciones está orientada a reducir los costos y a mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, con lo cual se incrementaría la cobertura y se elevaría la calidad de atención a los asegurados y sus derechohabientes. Asimismo, esta decisión facilitaría la especialización y actuación independiente de los equipos a cargo de los procesos de financiamiento y prestaciones. Se espera que la separación de funciones en EsSalud eleve los niveles de calidad del aseguramiento y de los servicios de salud, pues al ser independientes, existirá una clara distinción entre las funciones de la IAFAS y las que corresponden a la Unidad de Gestión de IPRESS (UGIPRESS)-EsSalud, favoreciendo su especialización y dotándolas de crecientes grados de autonomía en su funcionamiento y mandato, con supervisión y rendición de cuentas, generando una dinámica complementaria,

se transparentarán sus resultados, permitiendo afrontar la resolución de deficiencias que hoy persisten al interior de una sola organización.

En esa línea de mejora organizacional, es importante contar con ajustes en los sistemas de información institucional, contar con interfaces en el ERP[48] y otros sistemas clave para que puedan interactuar y facilitar la gestión en EsSalud. Además, es necesario promover una cultura de cambio, alineada a la digitalización. Los estudios de caso ilustran que las TIC pueden realizar mejoras significativas en la prestación de atención médica mediante las decisiones basadas en la evidencia, la prevención de la duplicación y reduciendo la ineficiencia en la prestación de las prestaciones. Asimismo, revelan que las TIC son fundamentales en los esfuerzos por reorganizar la atención clínica para enfrentar los nuevos desafíos en el manejo de las enfermedades crónicas, y, que permiten una mayor integración entre la atención primaria y la oferta especializada. Además, se resalta que los registros de salud electrónicos brindan un nuevo esquema para mejorar los informes y la evaluación de la calidad clínica. EsSalud presenta las condiciones organizacionales para lograr este salto tecnológico.

En cumplimiento con la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública - que tiene como visión un Estado moderno al servicio de las personas, concibiendo sus servicios o intervenciones como expresiones de derechos de los ciudadanos - EsSalud se orienta 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. EsSalud toma en cuenta 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[49] y en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública[50], los cuales orientan la gestión institucional.

Con ese contexto, este objetivo se orienta a efectivizar una serie de intervenciones transversales: la separación de roles (IPRESS – IAFAS), la modernización de los sistemas de información y logro de la interoperabilidad, la simplificación de los procesos y el aseguramiento de transitar a una gestión para resultados, así como el logro de mejorar el trato a los equipos y personal de la institución. Se señala que es transversal a los procesos misionales de la institución, pues establece una línea de dirección y además brinda soporte al cambio de los procesos estratégicos.

Para ello se ha considerado las siguientes acciones estratégicas que se observa a continuación:

a. **Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS:** esa decisión se da en el marco de vincular el financiamiento a las necesidades de los asegurados, promoviendo incentivos en el prestador para mejorar la calidad y la eficiencia. Para ello, debe establecerse una relación sinérgica entre las dos cadenas de valor de la institución a través de la gestión de la IAFAS y de las IPRESS y futuras UGIPRESS. La compra estratégica y la adopción de mecanismos de pago mejorarán el acceso a atenciones de mayor calidad, las condiciones para una mayor eficiencia, y la continuidad entre servicios, especialidades y niveles, todo lo cual beneficiará al asegurado.

b. **Implementación de Sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución:** la

[48] Enterprise Resource Planning – Planificación de Recursos Empresariales
[49] Ley N° 27658, que aprueba la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado
[50] Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública

transformación digital ayuda a reinventar la organización en un contexto de búsqueda de respuestas ante los retos cambiantes que se presentan cotidianamente. Un paso clave en esa dirección es impulsar el cambio cultural en los equipos de la institución, de modo que se conviertan en actores de este proceso. Otro elemento necesario es centrar el desarrollo de los nuevos servicios desde la perspectiva del asegurado, previniendo los cambios necesarios en los procesos internos. En esa ruta es importante impulsar la articulación y accesibilidad de los sistemas de información institucional y su vínculo consistente con otros sistemas extrainstitucionales necesarios.

c. **Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado:** la gestión por procesos para el logro de resultados articula sinérgicamente los diversos componentes de la organización. Esto plantea un cambio en el actual modelo de gestión, pues establece claramente reglas de desempeño para las IPRESS (institucionales y terceras) buscando una mejor labor en la entrega de servicios y en el logro de las metas sanitarias que se definan. Esto incluye los procesos de supervisión y verificación de logros para modular el comportamiento de los prestadores.

d. **Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución:** los equipos de la institución están comprometidos en brindar un buen trato al asegurado, y también al personal asistencial y administrativo. Y, con ese marco desarrollar, acciones o intervenciones que promuevan la transparencia y eviten la corrupción en la institución. En esa línea de trabajo, es importante destacar la necesidad de desarrollar sistemas de información que, desde su diseño, prevean la rendición de cuentas, la medición de la calidad, conocer los costos y la satisfacción de los asegurados y fomentar la vigilancia ciudadana como mecanismo de participación en el control de la gestión institucional a través de la transparencia.

Se han considerado los siguientes indicadores para evaluar este objetivo estratégico:

- Porcentaje de sistemas clave interoperables.
- Porcentaje de aplicativos implementados en nube.

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

- Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones.
- Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables.
- Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en los Procesos misionales.
- Índice de percepción de buen trato en los servicios.
- Índice de clima laboral.

IV

CARTERA DE INVERSIONES DE ESSALUD 2020-2024

4. CARTERA DE INVERSIONES DE ESSALUD 2020-2024

4.1. Necesidades de inversiones al 2024

Como parte del proceso de planificación de las inversiones para el periodo 2020-2024 se han identificado un conjunto de necesidades de inversión en infraestructura y equipamiento que contribuirán a mejorar el estado de salud de los asegurados y por lo tanto aportar al logro de los objetivos estratégicos institucionales planteados en el presente Plan Estratégico 2020-2024.

Estas necesidades de inversión identificadas, se encuentran bajo el marco de las políticas nacionales, sectoriales e institucionales, así como, cumplen con los criterios establecidos en las normas vigentes para la fase de Programación Multianual de Inversiones para las empresas bajo el ámbito del FONAFE incluido EsSalud.

Según lo dispuesto en el numeral 15.1 del artículo 15 del reglamento del Decreto Legislativo N° 1252, referido a la fase de Programación Multianual de Inversiones de las empresas públicas bajo el ámbito del FONAFE, incluido EsSalud, el Programa Multianual de Inversiones (PMI) se elaboró de acuerdo a los objetivos, indicadores y metas aprobadas por el Sector Salud. Asimismo, se tomó en cuenta las prioridades institucionales, su orientación a atender el primer nivel de atención y además, los establecimientos de salud declarados en riesgo en el marco del Decreto Legislativo N° 1355.

Los costos de inversión utilizados en la programación de esta cartera de inversiones se sustentan en los registros disponibles en el Banco de Inversiones a la fecha, así como, en las estimaciones referenciales, por lo que los montos definitivos corresponderán al desarrollo de los estudios de pre inversión y expedientes técnicos del Programa Multianual de Inversiones (PMI) respectivo, por lo que se podría presentar diferencias en los precitados costos considerados en la presente propuesta.

En tal sentido, la Cartera de Inversiones propone los siguientes proyectos:

a. Proyectos de inversión en ejecución.- Se ha programado veintinueve (29) proyectos de inversión en ejecución, cuyo monto de inversión total asciende a S/ 2,748,246,104.00, de los cuales veintiún (21) proyectos estan orientados a continuar con la ejecución de las inversiones para el mejoramiento integral de los establecimientos de salud y nueve (9) proyectos de inversión que se inician a nivel hospitalario como reemplazo de la oferta existente.

b. Proyectos de inversión modalidad APP.- Se ha programado la retribución de tres (03) proyectos de inversión modalidad APP (Hospital Villa María, Hospital Callao y SALOG), además se ha previsto la proyección del presupuesto del proyecto Torre Trecca (En elaboración de estudios detallados de ingeniería - EDI) y de los hospitales de Alta Complejidad de Piura y Chimbote, los mismos que se encuentran en etapa de promoción.

c. Ideas de proyecto a nivel de Policlínico de complejidad creciente.- **son** intervenciones en el **primer nivel de atención**, las cuales se encuentra alineadas a la Política de Inversión Institucional[51] que orientará el accionar de EsSalud a la atención primaria fortaleciéndola como puerta de ingreso a la red

51 Política de Inversiones en ESSALUD, aprobado mediante Acuerdo N° 15-12-ESSALUD-2017 adoptado por el Consejo Directivo en su Décima Segunda Sesión. Ordinaria realizada el 21 de junio del 2017.

de prestaciones gestionada por EsSalud, **se ha propuesto** 19 Policlínicos de Complejidad Creciente, nuevos, los mismos que contribuirán al cierre de brecha de infraestructura y acceso a los servicios de salud en las Redes Asistenciales a nivel nacional.

d. Proyectos viables para iniciar ejecución.- Se ha considerado proyectos de inversión que han sido declarados viables en el presente ejercicio y que según orden de prelación deben continuar con la fase de ejecución del ciclo de inversión.

e. Proyectos de Inversión en el marco del Decreto Legislativo N° 1355[52].- La programación considera catorce (14) establecimientos de salud calificados de alto riesgo, según el siguiente detalle:

Cuadro N° 20 Lista de Hospitales priorizados de nivel de atención

N°	Hospitales	Antigüedad (Años)	Estado de la Infraestructura				
			ARQ	ESTR	II.SS.	II.EE.	E.G.
1	Hospital Grau	51	M	M	M	M	M
2	Hospital Pasco	55	B	B	M	M	R
3	Hospital Chocope	64	M	M	M	M	M
4	Hospital Chimbote	48	M	M	M	M	M
5	Hospital Cañete	63	R	M	R	R	M
6	Hospital Vitarte	48	R	R	M	R	R
7	Hospital Almanzor Aguinaga	61	R	M	M	R	M
8	Hospital Gustavo Lanatta Luján	71	M	M	R	R	M
9	Hospital Huánuco	36	B	R	B	B	B
10	Hospital Iquitos	42	B	B	R	R	R
11	Hospital Yurimaguas	22	B	B	R	R	R
12	Hospital Rioja	30	B	B	B	R	B
13	Hospital Naylamp	40	R	R	M	R	R
14	Hospital Lampa	26	B	R	B	B	B

Leyenda M: Malo; R: Regular; B: Bueno
Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión

f. Gastos de capital no ligado a proyectos de inversión.- En este rubro se han programado las inversiones por reposición del equipamiento asistencial (estratégicos y no estratégicos), además de otros gastos de capital relacionados a equipamiento informático, administrativo y otros gastos prioritarios.

Cuadro N° 21 Resumen de la cartera de inversiones (Periodo 2020-2024)

INVERSIONES	COSTO INVERSION (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
Proyectos de Inversión en Ejecucion	2,748,246,104	422,064,357	410,217,037	591,982,086	585,894,986	326,835,796
Proyectos de Inversión Modalidad APP	1,231,766,075	81,887,560	96,365,020	123,570,689	207,826,727	292,082,765
Proyectos Viables para Iniciar Ejecución	800,648,973	0	8,206,489	4,103,245	11,202,366	36,254,732

[52] Decreto Legislativo que autoriza al Seguro Social de Salud a utilizar el procedimiento de adjudicación simplificada establecido en la Ley N° 30225, sin tope presupuestal, para la consultoría y ejecución de obras de infraestructura calificada de alto riesgo hospitalario

Ideas de Proyecto: Policlinico de Complejidad Creciente	747,302,371	0	2,156,717	7,548,509	27,174,632	167,576,895
Ideas de proyecto de inversión de hospitales incluidos en D. Leg. 1355	3,292,254,900	0	0	13,500,000	18,250,000	52,666,250
Gastos de Capital No Ligado a Proyectos de Inversión	0	209,773,339	168,501,168	101,094,123	116,575,237	135,064,515
TOTAL S/		**713,725,256**	**685,446,431**	**841,798,651**	**966,923,948**	**1,010,480,953**

Fuente: Capacidad Presupuestal 2018-2044 EsSalud/ PMI EsSalud 2020-2024/ Planes Directores de Inversión GPEI-GCPP.

Sobre la sostenibilidad y estrategias a implementar para el cierre de las brechas de infraestructura

En el marco de la Politica Nacional de Competitividad y Productividad (PNCP) promulgada en el mes de diciembre de 2018, donde se establece como uno de sus nueve objetivos prioritarios el **"Dotar al pais de infraestructura económica y social de calidad"** y donde se señala que el MEF a través del Consejo Nacional de Competeitividad y Formalización es la entidad responsabe de articular los esfuerzos y estrategias de los sectores para desarrolar un plan de infraestructura para el pais, se eaboró el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad (PNIC), que es un primer esfuerzo del estado peruano por tener un plan de infraestructura que contribuira al cierre de la brecha existente, tomando como base prioridades sectoriales y articulación territorial a nivel pais.

El mencionado plan propone que como cierre de brecha a nivel pais, en el corto plazo, optar por un monto de inversión que alcance los niveles de acceso básico de infraestructura que debería tener un país con nuestras características socioeconómicas y geográficas de 117.183 millones de soles y en el largo plazo veinte (20) años, atender una brecha de infraestructura de acceso básico de 363.452 millones de soles, monto de inversión para alcanzar los niveles de acceso básico de infraestructura de grupos de países más desarrollados, como la OCDE..."[53]

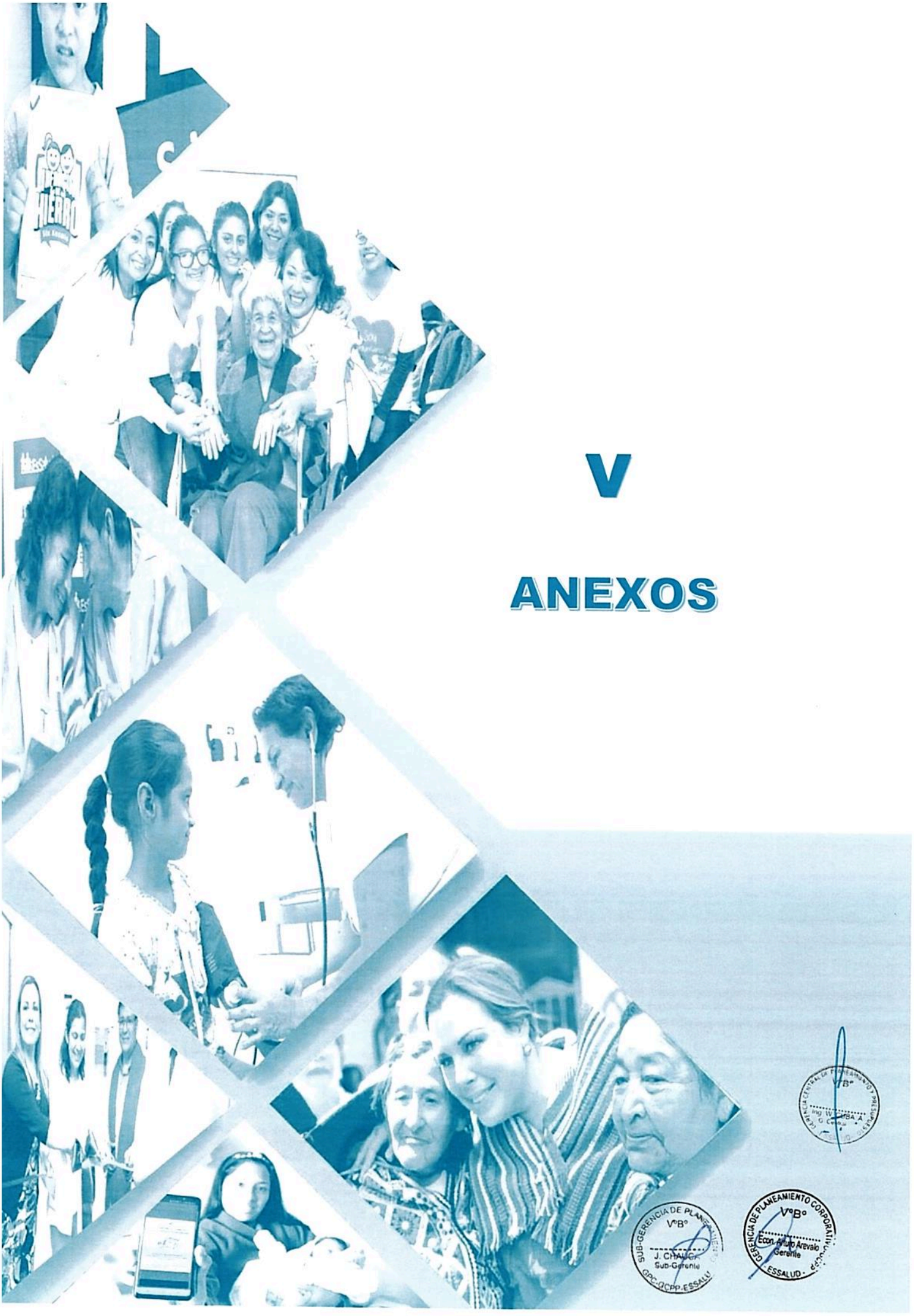
En concordancia con las politicas y planes nacionales en materia de inversiones, EsSalud ha programado el cierre de brechas para los próximos años en función a la disponibilidad de los recursos financieros.

En ese sentido, la sostenibilidad de la programación de inversiones de EsSalud en los próximos años se sustenta en los recursos asignados según el marco del presupuesto de inversiones de la capacidad presupuestal para el periodo 2018 - 2044 aprobado por FONAFE[54], además, en los ingresos adicionales que se generen como resultado de las gestiones realizadas para la homologación del porcentaje de aportes de los asegurados.

Considerando, que las proyecciones estimadas en la capacidad presupuestal antes señalada, no resultan suficientes para atender las necesidades de inversión de EsSalud, se han propuesto diversas iniciativas para mejorar el financiamiento de las inversiones para el mediano y largo plazo.

La cartera de inversiones de EsSalud para el periodo 2020-2024, se detalla en los anexos adjuntos.

[53] Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad (PNIC)
[54] Oficio N° 052/2018/DE-FONAFE de fecha 01.10.2018



V

ANEXOS

5. ANEXOS

Anexo 5.1. Priorización de proyectos de inversión

- 5.1.1. Proyectos de inversión en ejecución
- 5.1.2. Proyectos de inversión modalidad APP
- 5.1.3. Proyectos viables para iniciar ejecución
- 5.1.4. Ideas de proyecto: Policlínico de complejidad creciente
- 5.1.5. Ideas de proyecto de inversión de Hospitales incluidos en Decreto Legislativo N° 1355
- 5.1.6. Gastos de capital no ligado a proyectos de inversión

Anexo 5.2. Matriz resumen de objetivos y acciones estratégicas institucionales

- 5.2.1. Matriz resumen de objetivos estratégicos institucionales
- 5.2.2. Matriz resumen de acciones estratégicas institucionales

Anexo 5.3. Ficha técnica de indicadores

5.1. Priorización de proyectos de inversión

5.1.1. Proyectos de inversión en ejecución

N°	Código Único	Proyectos de Inversión	Costo Inversión (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
1	2405647	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	4,029,052	3,625,262	2,000,000			
2	2323908	Creación e Implementación de la Unidad de Trasplantes de Progenitores Hematopoyéticos Alogénico de Donante No Relacionado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud, Distrito de Jesús María, Provincia de Lima, Departamento de Lima	7,642,813	3,382,152	3,581,971			
3	2268036	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	366,805,173	4,623,585	73,506,138	149,125,446	120,407,882	17,914,939
4	2259669	Mejoramiento de los Servicios de Salud del Hospital II Talara de EsSalud en el Distrito de Pariñas, Provincia de Talara, Departamento de Piura	290,213,315	2,450,489	2,062,203	48,578,080	43,937,210	85,078,080
5	2254030	Mejoramiento de la capacidad resolutiva del centro Quirúrgico de Emergencia, del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud, Distrito de la Victoria, Provincia de Lima, Departamento de Lima.	9,987,291	758,343	3,658,777			
6	2312185	Mejoramiento y ampliación de las salas de observación del servicio de emergencia del hospital III Iquitos de la red asistencial Loreto,	9,382,044	3,251,660	4,120,000	436,434		
7	2300016	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	378,348,121	103,805,941	70,914,442	101,718,185	97,814,315	
8	2324229	Instalación de los Servicios de Atención Renal Ambulatoria - EsSalud, de la Red Asistencial Arequipa, en el Distrito de Jacobo Hunter, Provincia Arequipa, Departamento de Arequipa	19,371,157	10,331,446	8,251,183			
9	2284956	Creación de los Servicios de Salud del Hospital Especializado en la Red Asistencial Cajamarca - EsSalud, Distrito de Cajamarca, Provincia de Cajamarca, Departamento de Cajamarca	397,059,867	115,863,057	71,427,259	101,241,450	88,199,285	15,545,125
10	2405714	Creación de la Unidad de Atención Renal Ambulatoria de EsSalud en el Distrito de Villa El Salvador, Provincia Lima, Departamento de Lima	19,787,331	8,674,477	6,151,063			
11	2405667	Mejoramiento de los Servicios de Salud del Centro Asistencial Chincheros de EsSalud, Distrito de Chincheros, Provincia de Chincheros y Departamento de Apurímac	27,831,174	9,575,233	1,000,000	3,930,747		

N°	Código Único	Proyectos de Inversión	Costo Inversión (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
12	2335953	Mejoramiento del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Distrito de Bellavista, Provincia Constitucional del Callao	4,653,597	26,357	4,614,526			
13	2405716	Ampliación del Centro de Radioterapia para el Tratamiento de Pacientes de la Red Oncológica La Libertad - EsSalud - Distrito la Esperanza - Provincia de Trujillo - Departamento de La Libertad	18,373,790	971,423	1,426,550	5,031,528	10,901,238	
14	2405710	Mejoramiento del servicio de neonatología en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Red Asistencial Almenara EsSalud en el distrito de La Victoria, provincia de Lima - departamento de Lima	10,878,657	602,850	300,010			
15	2405532	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento del centro quirúrgico y del servicio de trasplante de órgano solido del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale-Huancayo	6,011,308	236,230				
16	2255359	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	429,458,728	119,484,228	95,526,339	110,076,615	88,519,360	13,603,063
17	2405561	Mejoramiento de las salas de aislamiento respiratorio para pacientes BK positivos en el servicio de medicina interna N1-infectologia y VIH del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de la Red Asistencial Almenara-EsSalud, distrito La Victoria	1,501,646	536,936	801,514			
18	2405560	Creación de la Unidad de Atención Renal Ambulatoria - EsSalud en el Distrito de Santa Anita, Provincia de Lima, Departamento de Lima	16,367,960	2,614,469	3,990,602			
19	2405600	Mejoramiento de los servicios de salud de los centros de atención de medicina complementaria en las Redes Asistenciales de EsSalud, a Nivel Nacional	1,487,056	534,730	893,126			
20	2405594	Mejoramiento de la tecnología del equipamiento de ayuda al diagnóstico por imágenes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale - Huancayo-Red Asistencial Junín-EsSalud	4,412,832	107,095	2,141,869			
21	2354923	Mejoramiento de los servicios de atención renal ambulatoria en el Hospital Adolfo Guevara Velasco de la Red Asistencial Cusco	27,607,757	702,965	14,610,025	11,307,809		
22	2327847	Recuperación de los Servicios de Salud del Hospital Maria Reiche de la Red Asistencial Ica - EsSalud, Distrito de Marcona, Provincia de Nazca, Departamento de Ica	109,279,457	12,544,780	26,140,870	42,544,780	27,206,681	
23	2258772	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud del hospital I Florencia de Mora de la Red Asistencial La libertad – EsSalud, Dist. de Florencia de Mora, Prov. de Trujillo, Departamento de la Libertad	231,477,495	2,732,942	1,091,898		58,195,227	88,195,227

N°	Código Único	Proyectos de Inversión	Costo Inversión (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
24	2331034	Mejoramiento de los Servicios de Salud del Hospital II de Chocope de la Red Asistencial La Libertad - EsSalud, Distrito de Chocope, Provincia de Ascope, Departamento de La Libertad	293,218,713	2,703,748	2,937,117		44,063,727	96,524,270
25	2432800	Creación de la Unidad de Atención Renal Ambulatoria del Hospital II René Toche Groppo de la Red Asistencial Ica, Distrito de Chincha Alta, Provincia de Chincha, Departamento de Ica	21,070,846	483,702	5,828,210	14,665,981		
26	2405530	Mejoramiento de las condiciones de atención del servicio de hospitalización del hospital II Huancavelica - Red Asistencial Huancavelica - Departamento de Huancavelica	5,164,222	4,707,765	93,313			
27	2405528	Instalación de planta de tratamiento de residuos sólidos hospitalarios en el hospital I Víctor Alfredo Lazo Peralta	1,553,491	613,475	1,384,388			
28	2405734	Implementación del Servicio de Anatomía Patológica del hospital II Moquegua, Red Asistencial Moquegua, Departamento de Moquegua	992,546	313,681	1,415,184			
29	2436214	Mejoramiento del Centro Médico Calca de la Red Asistencial Cusco, Departamento de Cusco, Provincia de Calca, Distrito de Calca	34,278,665	679,900	348,460	3,325,031	6,650,061	9,975,092
30	S/C	Otros Proyectos		5,125,436				
SUB TOTAL S/			**2,748,246,104**	**422,064,357**	**410,217,037**	**591,982,086**	**585,894,986**	**326,835,796**

Fuente: Elaboración GPEI/ GCPP - EsSalud

5.1.2. Proyectos de inversión modalidad APP

N°	Código Único	proyectos APP	Costo Inversión (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
1	2431888	Proyecto APP Hospital Villa María	58,121,858	40,956,247	36,011,624	36,011,624	36,011,624	36,011,624
2	2431887	Proyecto APP Hospital Callao	57,654,312	39,074,740	34,270,614	34,270,614	34,270,614	34,270,615
3	2431886	Proyecto APP Almacenes (Salog)	16,147,239	1,856,573	6,650,160	6,650,160	6,650,160	6,650,160
4	2431889	Proyecto APP Torre Trecca	51,282,800		19,432,622	46,638,291	46,638,291	46,638,292
5	220048	Hospital Alta Complejidad Piura	594,243,857				47,532,516	95,065,030
6	2328142	Hospital Alta Complejidad Chimbote	454,316,009				36,723,522	73,447,044
SUB TOTAL S/			**1,231,766,075**	**81,887,560**	**96,365,020**	**123,570,689**	**207,826,727**	**292,082,765**

Fuente: Elaboración GPEI/ GCPP - EsSalud

5.1.3. Proyectos viables para iniciar ejecución

N°	Código único	Proyectos	Costo Inversión (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
1	2303080	Hospital II Huaraz	262,321,432		2,623,214	1,311,607	5,771,072	11,542,143
2	2329646	Hospital III Juliaca	246,877,020		2,468,770	1,234,385	5,431,294	10,862,589
3	2341243	Hospital III Tacna (*)	291,450,521		3,114,505	1,557,253		13,850,000
SUB TOTAL S/			**800,648,973**	**0**	**8,206,489**	**4,103,245**	**11,202,366**	**36,254,732**

Fuente: Elaboración GPEI/ GCPP - EsSalud
(*) Proyecto aprobado pendiente de viabilidad

5.1.4. Ideas de proyecto: Policlínico de complejidad creciente

N°	Código único	Policlínicos de complejidad creciente	Costo Inversión (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
1	S/C	San Martin de Porres (Sabogal)	35,585,827		1,078,358		10,352,241	20,704,481
2	S/C	Huancavelica (Huancavelica)	35,585,827		1,078,358		10,352,241	20,704,481
3	S/C	San Agustin de Cajas (Junín)	35,585,827			1,078,358		17,253,734
4	S/C	Carmen Alto (Ayacucho)	35,585,827			1,078,358		17,253,734
5	S/C	Tumbes (Tumbes)	35,585,827			1,078,358		17,253,734
6	S/C	San Juan de Lurigancho (Almenara)	35,585,827			1,078,358		17,253,734
7	S/C	Tambopata (Madre de Dios)	35,585,827			1,078,358		17,253,734
8	S/C	Callería (Ucayali)	35,585,827			1,078,358		17,253,734
9	S/C	Moyobamba (Moyobamba)	35,585,827			1,078,358		17,253,734
10	S/C	Utcubamba (Amazonas)	35,585,827				1,078,358	
11	S/C	San Juan Miraflores (Rebagliati)	35,585,827				1,078,358	
12	S/C	Ilo (Moquegua)	35,585,827				1,078,358	
13	S/C	Caraz (Huaraz)	35,585,827				1,078,358	
14	S/C	Tacna (Tacna)	35,585,827				1,078,358	
15	S/C	Amárilis (Huánuco)	35,585,827				1,078,358	
16	S/C	Villa el Salvador (Rebagliati)	35,585,827					1,078,358
17	S/C	Ate (Almenara)	35,585,827					1,078,358
18	S/C	Comas (Sabogal)	35,585,827					1,078,358
19	S/C	Miraflores (Arequipa)	35,585,827					1,078,358
20	S/C	Juliaca (Juliaca)	35,585,827					1,078,358
21	S/C	Piura (Piura)	35,585,827					1,078,358
SUB TOTAL S/			**747,302,371**	**0**	**2,156,717**	**7,548,509**	**27,174,632**	**167,576,895**

Fuente: Elaboración GPEI/ GCPP - EsSalud
Nota: Proyectos sin estudio de pre-inversión

5.1.5. Ideas de proyecto de inversión de Hospitales incluidos en D.L. N° 1355

N°	Código único	Ideas de Proyecto	Costo Inversión (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
1	S/C	Hospital Especializado Iquitos	450,000,000			4,500,000	2,250,000	18,000,000
2	S/C	Hospital Especializado Huacho	450,000,000			4,500,000	2,250,000	18,000,000
3	S/C	Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo	700,000,000				7,000,000	3,500,000
4	S/C	Hospital Naylamp	240,000,000			4,500,000	2,250,000	
5	S/C	Hospital II Huánuco	419,625,000					3,656,250
6	S/C	Hospital III Emergencias Grau	690,629,900				4,500,000	2,250,000
7	S/C	Hospital Cañete	114,000,000					2,420,000
8	S/C	Hospital Rioja	114,000,000					2,420,000
9	S/C	Hospital Lampa	114,000,000					2,420,000
SUB TOTAL S/			**3,292,254,900**	**0**	**0**	**13,500,000**	**18,250,000**	**52,666,250**

Fuente: Elaboración GPEI/ GCPP - EsSalud

5.1.6. Gastos de capital no ligado a proyectos de inversión

N°	Código único	Gastos de Capital	Costo Inversión (S/)	2020	2021	2022	2023	2024
1	S/C	Equipamiento Asistencial		179,647,573	132,901,168	72,294,123	83,775,237	96,164,515
2	S/C	Equipamiento Informático		8,651,437	9,200,000	9,800,000	10,000,000	11,500,000
3	S/C	Equipamiento Administrativo		4,100,000	4,500,000	4,000,000	4,800,000	5,100,000
4	S/C	Otros Gastos de Capital Prioritarios		17,374,329	21,900,000	15,000,000	18,000,000	22,300,000
SUB TOTAL S/ (6)			0	209,773,339	168,501,168	101,094,123	116,575,237	135,064,515
TOTAL S/				**713,725,256**	**685,446,431**	**841,798,651**	**966,923,948**	**1,010,480,953**

Fuente: Elaboración GPEI/ GCPP - EsSalud

5.2. Matriz resumen de objetivos y acciones estratégicas institucionales

5.2.1. Matriz resumen de objetivos estratégicos institucionales

Objetivo Estratégico	Cód.	Indicadores	Línea Base		Meta Programada					Fuente de información	Fuente de verificación	Órgano Responsable
			Valor	Año	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024			
OEI. 01: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos	1.A	Índice de siniestralidad por tipo de Seguro Regular (Salud, Educación y CAS), Agrario y Pensionistas	100%	2018	100%	100%	100%	100%	100%	EEFF Combinados de EsSalud	SAP	Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
	1.B	Porcentaje de dispensación de medicamentos respecto al total prescrito	84%	2019	88%	92%	96%	100%	100%	SGSS-EsSI	SGSS-EsSI	Gerencia Central de Operaciones
OEI. 02: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	2.A	Satisfacción del usuario	62%	2018	65%	68%	71%	73%	75%	• Reporte validado o acceso para consulta otorgado por GCTIC. • Reporte validado o Acceso para consulta otorgado por GCPAMPCD	Servicio de Salud Inteligente (EsSi)	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	2.B	Reducción de la carga de enfermedades	87.9 AVP perdidos x 1000 asegurados	2014					80 AVP x 1000 asegurados	Servicio de salud Inteligente (EsSi)	Estadística asistencial; Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria	Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Objetivo Estratégico	Cód.	Indicadores	Línea Base		Meta Programada					Fuente de información	Fuente de verificación	Órgano Responsable
			Valor	Año	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024			
	2.C	Porcentaje de complicaciones en enfermedades trazadoras: DM (Pie Diabético y coma), HTA (ACV), SIDA (Neumonía), TBC (Fracaso terapéutico)	N.D.	-	7.5%	6%	5.7%	5.2%	4.5%	Servicio de salud inteligente (EsSi)	Egresos Hospitalarios	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
	2.D	Porcentaje de atenciones de emergencia de prioridad IV y V	17.10%	2017	15%	13%	11%	10%	8%	Servicio de salud inteligente (EsSi)	Emergencias	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP/GGI
OEI. 03: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	3.A	Porcentaje de sistemas clave interoperables	10%	2018	20%	40%	60%	80%	100%	Aplicaciones clave	-	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones - GCTIC
	3.B	Porcentaje de aplicativos implementados en nube	0	-	10%	30%	50%	70%	100%	Sistemas internos de EsSalud	-	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones - GCTIC

Fuente: Elaboración GPC/ GCPP - EsSalud

5.2.2. Matriz resumen de acciones estratégicas institucionales

Objetivo Estratégico	Cód.	Acciones Estratégicas	Cód.	Indicadores	Línea Base		Meta Programada					Fuente de información	Fuente de verificación	Órgano Responsable
					Valor	Año	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024			
OEI. 01: Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos.	1.1	Gestión oportuna y eficiente de los ingresos para financiar los servicios institucionales	1.1.A	Ratio de deuda respecto al Presupuesto	30%	2018	29.90%	27.00%	23.00%	20.00%	17.00%	SUNAT, cc EsSalud	Informe de Gestión Trimestral SUNAT	Gerencia Central de Gestión Financiera
			1.1.B	Variación de la tasa de retorno de inversiones financieras respecto al periodo anterior	5.8%	2019	6.4%	6.4%	6.4%	6.4%	6.4%	MEF, BCRP, SBS, PIP, etc.	Informe diario de inversiones - IDI	Gerencia Central de Gestión Financiera
	1.2	Manejo eficiente de los gastos institucionales	1.2.A	Variación del gasto asistencial de las personas atendidas en situación de afiliación indebida o por fuera de su cobertura de salud	N.D.	-	4%	3.5%	3%	1%	1%	Sistema de Cobranza/Módulo de Facturación	Reporte GCSyPE	Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
			1.2.B	Porcentaje de Gasto administrativo respecto al Presupuesto total.	10.5%	2019	10.00%	9.5%	9.0%	8.5%	8%	SAP/SISTEMA DE COSTOS	SAP/SISTEMA DE COSTOS	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (Gerencia de Presupuesto)
OEI. 02: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	2.1	Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes	2.1.A	Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido	N.D.	-	70%	75%	80%	90%	95%	Sistema transaccional vigente de UPSS Laboratorio / Libro de registro de pacientes diabetes mellitus	Sistema transaccional vigente de UPSS Laboratorio / Libro de registro de pacientes diabetes mellitus	Gerencia Central Prestaciones de Salud
	2.2	Estándares de calidad definidos y alineados a las necesidades de los asegurados	2.2.A	Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido.	8%	2019	8%	10%	20%	33%	45%	EsSi	Reporte IETSI	IETSI
			2.2.B	Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel.	6 días	2018	4 días	3 días	3 días	3 días	3 días	SGSS/EsSi	Registros	Gerencia Central de Operaciones

Objetivo Estratégico	Cód.	Acciones Estratégicas	Cód.	Indicadores	Línea Base		Meta Programada					Fuente de información	Fuente de verificación	Órgano Responsable
					Valor	Año	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024			
			2.2.C	Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente	100%	2019	100%	100%	100%	100%	100%	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad	Reportes	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
	2.3	Articulación efectiva de la red inter e intrainstitucional al servicio del asegurado	2.3.A	Porcentaje de referencia no pertinentes	Nivel I: 5.2% Nivel II: 6.3%	2019	Nivel I: 4.8% Nivel II: 5.3%	Nivel I: 4.3% Nivel II: 4.3%	Nivel I: 3.5% Nivel II: 3.3%	Nivel I: 2% Nivel II: 2.3%	Nivel I: 0% Nivel II: 0%	SGSS-EsSi	Registros	Gerencia Central de Operaciones
			2.3.B	Porcentaje de Contrarreferencias[55]	69%	2019	70%	72%	74%	76%	78%	SGSS - EsSi	Registros	Gerencia Central de Prestaciones de Salud /Gerencia Central de Operaciones
	2.4	Servicios disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados	2.4.B	Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en, Radiología y Ecografía	15 días	2018	12 días	10 días	8 días	7 días	7 días	SGSS - EsSi	Registros	Gerencia Central de Operaciones
			2.4.C	Porcentaje de equipamiento operativo, de Resonador, Tomógrafo, Equipo de rayos X, Ecógrafo, Endoscopio.	95.5%	2019	95.6%	95.8%	96%	96.2%	96.4%	Sistema de Mantenimiento de Activos-SISMAC	Reportes	Gerencia Central de Proyectos de Inversión
	2.5	Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	2.5.A	Porcentaje de personal evaluado	N.D.	-	50%	55%	60%	62%	65%	Sistema de Registro del Proceso de Evaluación de Desempeño /Módulo Web GdR	Registros	Gerencia Central de Gestión de las Personas
			2.5.B	Ratio de médicos x 10000 asegurados	10.96	2018	11	11.5	12.2	13.5	15	SES/SAP	Reporte	Gerencia Central de Operaciones
			2.5.D	Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)	0.91%	2019	0.80 %	0.75 %	0.70 %	0.65 %	0.60 %	SACAP/EsSi	Reporte	Gerencia Central de Gestión de las Personas

[55] Promedio Institucional (2019: H.I:80.6%, H.II:75.6%, H.III:57.9%, H.IV: 100%, H.N.: 60.4%, Institutos: 99.5%)

Objetivo Estratégico	Cód.	Acciones Estratégicas	Cód.	Indicadores	Línea Base		Meta Programada					Fuente de información	Fuente de verificación	Órgano Responsable
					Valor	Año	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024			
	2.6	Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	2.6.A	Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos	N.D.	-	5	10	20	25	29	No aplica	Registros Informes de evaluación firmados por los evaluadores responsables de cada Red y ODN.	Oficina de Defensa Nacional- ODN
OEI. 03: Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados, centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.	3.1	Implementación de procesos para la separación de funciones según la Ley AUS	3.1.A	Porcentaje de procesos implementados en el marco de la separación de funciones	0	-	45%	70%	100%	100%	100%	Inventario de Procesos/Manuales de Procesos y Procedimientos	Informe Técnico	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto /Gerencia de Organización y Procesos
	3.2	Implementación de Sistemas interoperables, que brinden información confiable y oportuna para tomar decisiones en la institución	3.2.A	Porcentaje de procesos que son soportados por sistemas clave interoperables	N.D.	-	5.5%	11.1%	16.67%	27.78%	30%	Inventario de Procesos/Manuales de Procesos y Procedimientos Informe	Informe Técnico	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto /Gerencia de Organización y Procesos
	3.3	Gestión institucional articulada con enfoque de resultados y centrada en el asegurado	3.3.A	Ratio de indicadores clave de gestión obtenidos por algoritmos automatizados, en: Procesos misionales y de soporte.	N.D.		20%	40%	60%	80%	100%	Sistemas de Información Institucionales	Informe	Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos
	3.4	Desempeño ético y empático de los colaboradores en la institución	3.4.A	Índice de percepción de buen trato en los servicios	64%	2019	68%	71%	73%	75%	78%	EsSi	Reporte	Gerencia Central de Atención del Asegurado
			3.4.B	Índice de clima laboral	N.D.	-		70%		75%		SD	Reportes	Gerencia Central de Gestión de las Personas

Fuente: Elaboración GPC/ GCPP - EsSalud

EsSalud

MAS Y MEJOR PARA TODOS

GERENCIA DE PLANEAMIENTO CORPORATIVO GCPP ESSALUD
VºBº
Econ. Arturo Arevalo
Gerente

SUB-GERENCIA DE PLANEAMIENTO GPC-GCPP-ESSALUD
VºBº
J. CHAUCA
Sub-Gerente

VºBº