

00015

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



ACTA
CONSEJO DIRECTIVO
DÉCIMA QUINTA SESIÓN ORDINARIA
Lima, 09 de agosto de 2017

Siendo las nueve y cuarenta horas del día 09 de agosto de 2017, se reunió el Consejo Directivo del Seguro Social de Salud – EsSalud, en el tercer piso de la sede central, sito en jirón Domingo Cueto 120, distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima, bajo la presidencia del ingeniero **Jorge Gabriel Del Castillo Mory**, con la asistencia de los consejeros **Mario Eduardo Amorrortu Velayos**, **Rafael Guillermo Ferreyros Cannock**, **Elías Grijalva Alvarado**, **Mauro Chipana Huayhuas**, y **Víctor David Irala Del Castillo**.

Participó de manera no presencial el consejero **Raúl Emilio Del Solar Portal** quien dejó constancia de su intervención de la sesión vía correo electrónico y a través de la suscripción de la presente acta.

Asimismo, participaron el abogado **Samuel Torres Benavides**, Secretario General, y el abogado **Manuel De La Flor Matos**, Gerente General.

El Presidente Ejecutivo dio la bienvenida a los asistentes y, acto seguido, otorgó el uso de la palabra al Secretario General, quién procedió a dar inicio a la sesión, conforme a los temas de agenda que a continuación se detallan:

1. DESPACHO

- El Secretario General informó que con Carta N° 131-CD-RASP-ESSALUD-2017, el consejero Mauro Chipana Huayhuas comunicó que realizará una visita inopinada a los hospitales de las Redes Asistenciales de Tacna y Moquegua del 14 al 18 del presente mes, quien estará acompañado por la trabajadora Sra. Diana Inocente Jurado, por lo cual el Consejo Directivo tomó conocimiento de la mencionada visita inopinada.

El consejero Irala solicitó realizar una acotación respecto a la comunicación del consejero Chipana, informando que remitió una comunicación a la Secretaría General solicitando se gestione pasajes y viáticos para su visita inopinada a la ciudad de Cajamarca, sin embargo, indicó que esta fue denegada.

El Secretario General mencionó que la propuesta de lineamientos fue entregada a los consejeros en la Décima Cuarta Sesión Ordinaria de Consejo Directivo, de fecha 26 de julio del 2017, para su revisión correspondiente, así como remitida vía correo electrónico, el cual a la fecha no se ha obtenido ninguna observación por parte de los miembros del Consejo Directivo.

Resaltó que respecto a la solicitud de la visita inopinada del consejero Irala, precisó que el viaje programado era anterior a la fecha de la presente sesión del Consejo Directivo, motivo por el cual recomendó que se re programe la visita inopinada, a fin que se haga de conocimiento previo del Consejo Directivo, en tanto no se aprueben los lineamientos respectivos.

Los consejeros Grijalva, Irala y Chipana sugirieron se introduzca la propuesta de lineamientos en agenda, para su aprobación del Consejo Directivo.

El consejero Chipana comentó que con la aprobación del citado lineamiento permitirá tener una rendición de cuentas de manera transparente, recomendando que dicho trámite no genere autorización previa del Consejo Directivo. A lo que el Secretario General mencionó que una vez aprobado los lineamientos por parte del colegiado, la Secretaría General gestionará de manera directa los requerimientos de pasajes y viáticos que correspondan conforme a los respectivos lineamientos.

- Asimismo, se hizo de conocimiento al Consejo Directivo el Oficio N° 316-2017-DVM-SP/MINSA, mediante el cual la consejera Silvia Ester Pessah Eljay, informa al Presidente

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

Ejecutivo que por motivos personales se encontrará de licencia del 03 al 23 de agosto del 2017, manifestando sus disculpas por su inasistencia a la reunión del Consejo Directivo.

2. LECTURA Y APROBACIÓN DE ACTA

- El Secretario General, procedió a solicitar la aprobación del Acta de la Décima Cuarta Sesión Ordinaria realizada el día 26 de julio de 2017, la misma que fue aprobada por los miembros del Consejo Directivo, previa inserción de la aclaración del consejero Irala.

3. ORDEN DEL DÍA

1. Aprobación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud – EsSalud 2017

La presentación estuvo a cargo del ingeniero Gianmarco Mello Loayza, Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto, quien inició su exposición manifestando que como información prospectiva mencionó que hay grandes tendencias que no escapan a la gestión institucional como son los casos de: i) crisis global de financiamiento el tema de salud; ii) elevados costos de las tecnologías sanitarias; y, iii) envejecimiento poblacional y transición epidemiológica, mostrando el segmento mayor población a nivel nacional de 10 a 14 años, mientras que en EsSalud el segmento es de 30 a 34 años.

Dichas tendencias traen serias diferencias con las políticas que se puedan realizar. Asimismo, mencionó que hay una consolidación de una economía peruana integrada al mundo, como la hoja de ruta de integración del Perú a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), participación del Perú en el Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC), la consolidación del proceso de modernización del estado, y la Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Indicó que dichas tendencias marcan el camino del Plan Estratégico, destacando en ese contexto la línea de tiempo de los objetivos estratégicos planteados en los años 2003 – 2007, 2008- 2011 y 2012 -2016, resaltando que en el año 2016 se aprobó un Plan Maestro al 2021, que si bien es un Plan Estratégico que se elaboró con el Banco Mundial, actualmente se está tomando referencia.

Destacó las iniciativas en común en los objetivos estratégicos aprobados en los años mencionados, refiriendo que hay un énfasis en el asegurado vinculado a su salud, calidad y bienestar. Asimismo, mencionó que en dichos documentos se habla de mejorar la salud, la calidad de vida, centrado en el usuario, prestaciones integrales con calidad, mejorar la atención al asegurado, servicios, salud y mejorar la salud del asegurado, atención integral de los asegurados con altos estándares de calidad.

Comentó que esas líneas de acción que son transversales han obtenido avances, y los resultados de los mismos son utilizados por los epidemiólogos para conocer el estado de Salud.

Indicó que en los últimos tres años de la evaluación de satisfacción de calidad percibidas por los servicios recibidos presentó una mejoraría de los asegurados. Otro tema principal es que el enfoque es la atención primaria y prevención.

Asimismo, mencionó que en los años anteriores las mejoras de la gestión estaban basados en: la mejora reforma en salud, modelo prestados asegurador de gestión por resultados y procesos de soporte, gestión basada en el mérito y fortalecer la gestión a través de Buen Gobierno Corporativo y modernización de proceso del sistémica e integral.

Indicó que en el 2013 la comisión reorganizadora en su informe de diagnóstico reveló: i) débil avance en la separación de funciones de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS); ii) énfasis en el aspecto recuperativo, falta de continuidad en los niveles de atención e incipiente desarrollo del Primer Nivel de Atención; iii) organización densa,

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



fragmentada, no orientada a gestión por procesos; y iv) desarticulación entre planeamiento y presupuesto.

Por otro lado, resaltó que el Estudio Actuarial del año 2015 mostró que: i) se tiene una brecha crítica de recursos humanos y limitadas políticas de desarrollo con indicadores de desempeño; ii) brecha de financiamiento, limitada gestión de riesgos y ausencia de estudios de siniestralidad por cada tipo de seguros; iii) asignación de recursos por oferta y no por demanda, ausencia de modelo, estructura y sistema de costos; y, iv) deficiente gestión con la tendencia creciente de la demanda, limitado nivel de gestión clínica, limitado nivel de gestión clínica, limitada capacidad para atender la demanda de la población de adultos mayores y necesidad de un mejor abordaje de las enfermedades crónicas.

Adicionalmente, mencionó que en el último quinquenio se habla de garantizar la sostenibilidad financiera, mostrando un gráfico del resultado económico presupuestal 2007-2016 y proyección 2017-2019. Indicó que en el 2008 al 2010 el resultado económico fue negativo ello debido a cuando se retiró el 9% de las aportaciones gratificación el impacto fue contra la planificación presupuestal de la entidad, siendo el periodo 2010 la única vez que el Consejo Directivo autorizó el uso de la reserva técnica por un tema de crisis de financiamiento. Indicó que en el 2016 y la proyección al 2019 el resultado económico actual es en negativo.

El Presidente Ejecutivo consultó si la reserva técnica se puede usar por una crisis financiera, a lo que el ingeniero Mello indicó que, si es posible, pero se revisará la vigencia de los sustentos que permitieron aprobar dicha autorización.

Por otro lado, el Presidente Ejecutivo indicó que considerando que en el 2016 se cerró con un resultado económico negativo de S/ 123 millones, consultó de dónde se obtuvieron los recursos, a lo que el ingeniero Mello mencionó de recursos disponibles de años anteriores, como saldos de balance.

El consejero Grijalva consultó si el Fenómeno del Niño Costero ha afectado a las aportaciones, a lo que el ingeniero Mello indicó que, si ha habido un impacto en los ingresos, lo cual mencionó que se verá a más detalle en el presupuesto modificado 2017 y presupuesto 2018, lo cual será presentado en una siguiente sesión.

Continuando con la presentación el ingeniero Mello pasó a detallar las estrategias que se están tomando en consideración en el Plan Estratégico Institucional 2017 al 2021, las mismas que están enfocados a: i) sostenibilidad administrativa financiera; ii) excelencia operativa; iii) calidad y empatía en el servicio; iv) tecnología y sistemas como facilitador; v) excelencia en prevención y atención clínica; vi) legalidad y ética en el trabajo; y, vii) colaboradores reconocidos y agentes del cambio.

Indicó que los ejes mencionados han sido trabajados por un Comité que involucró la participación de todas Gerencias Centrales, teniendo como resultado una propuesta de valor que tiene por objetivo "brindar servicios de salud, sociales y económicos, con enfoque de prevención y alivio de riesgos, garantizando la satisfacción de los asegurados de EsSalud, maximizando la calidad de dichos servicios y la eficiencia en el uso de los recursos aportados, reconociendo en sus colaboradores al equipo que hace posible este cometido, en cumplimiento de los principios de ética en la función pública".

Indicó que la base de todo ello se basa en los principios de ética, marco legal y rectoría en salud establecida, la cual tiene tres pilares: i) las personas; ii) los servicios de calidad; y, iii) la eficiencia en el uso de recursos aportados. Todo ello a fin que se brinde servicios con enfoque de prevención y alivio frente a riesgos de salud para lograr la satisfacción de los asegurados de EsSalud.

Mencionó que en el PEI se ha propuesto cuatro objetivos estratégicos con sus respectivas acciones estratégicas, la cual cada acción tiene definido sus indicadores y metas para el 2017 al 2021, los cuales están vinculados a: i) Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados; sobre este punto mencionó que las acciones estratégicas están enfocadas a mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado y alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud; ii)

Desarrollar una gestión con excelencia operativa; las acciones estratégicas están referidas a mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia e implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales iii) Brindar servicios sostenibles financieramente; la acción estratégica está referida a fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones; y finalmente iv) Promover una gestión con ética y transparencia; cuyas acciones estratégicas buscan contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio y promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la pobreza, mencionando como ejemplo a Joint Commission.

Sobre lo expuesto, el consejero Amorrortu consultó, respecto al objetivo "brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados", quien define que se utilicen los parámetros de calidad de Joint Commission en el caso de producirse un evento centinela; así como por qué no se visualiza en la línea de base, el indicador Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral, de la acción estratégica. Asimismo, señaló la necesidad de mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado del primer objetivo estratégico, recomendando que se incorpore información de PADOMI.

El ingeniero Mello indicó que el indicador busca mejorar la atención en los adultos mayores, por ello PADOMI es una estrategia relevante.

Asimismo, mencionó que respecto a Joint Commission es una organización que a nivel presupuestal brinda la posibilidad de traer especialistas a la entidad sin costo alguno, para lo cual posterior a una evaluación acredita a una institución por cumplir con los más altos niveles de seguridad y calidad para el paciente.

Asimismo, el Presidente Ejecutivo manifestó respecto a Joint Commission, que se refiere a los sistemas de calidad y bioseguridad, y que a la fecha el Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR, viene siendo evaluado, y de ser acreditado sería la primera entidad pública con la mencionada certificación. Asimismo, comentó que actualmente se viene realizando despliegue de capacidades y asistencia a los adultos mayores de los Centros Adultos Mayores - CAM.

El Presidente Ejecutivo manifestó que más adelante se podría sumar en el indicador Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral acciones vinculadas a la Atención Domiciliaria (PADOMI).

Los consejeros Ferreyros y Amorrortu consultaron sobre el diferimiento de citas que toma a un asegurado hasta que se atiende, lo cual está referido al segundo objetivo estratégico "desarrollar una gestión con excelencia operativa".

El ingeniero Mello indicó a la fecha el registro que se tiene sobre el diferimiento de citas son las que se realizan vía teléfono, sobre lo cual se viene analizando estrategias específicas.

El consejero Amorrortu comentó que un tema relevante que se tiene trabajar de manera prioritaria son las historias clínicas, solicitando que la Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones informe los avances realizadas respecto a lo informado en la Tercera Sesión Ordinaria de Consejo Directivo, vinculado a las historias clínicas.

El consejero Irala manifestó su conformidad a la propuesta del Plan Estratégico, indicando como un tema a parte que en la gestión anterior se realizó un Convenio con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en el cual como producto de ello se atendieron a usuarios de la entidad. Asimismo, comentó que se elevó un proyecto de trabajo a la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad para poder coordinar con los alcaldes y poder atender a los adultos mayores no registrados en el CAM, requiriendo retomar dichas coordinaciones.

El consejero Ferreyros expresó su felicitación por la presentación realizada, enfatizando que los ejes planteados son los adecuados y si bien hay un déficit a nivel presupuestal se está proponiendo iniciativas al respecto. Por otro lado, manifestó su preocupación sobre la propuesta planteada y que ésta no esté alineada al sector; ya que habiendo tomado de

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO

00017



conocimiento una declaración del Viceministro de Trabajo, indicó que se reduciría los aportes, lo cual reduciría los ingresos de la institución. Asimismo, resaltó lo mencionado por el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo quien está planteando aumentar la formalidad en un 30%, lo cual tendría un impacto en los ingresos, sin embargo, las instalaciones de la entidad no estarían en las condiciones para atender esa mayor cantidad de asegurados. Adicionalmente, enfatizó la prioridad que se tendría que realizar en el enfoque tecnológico y los servicios que se ejecutan; y en el caso de la calidad de servicio, recomendó que se debería contratar un servicio especializado que permita evaluar a través de una encuesta la satisfacción de los servicios.

El consejero Irala comentó que se debería realizar un control de los médicos, considerando que ha recibido una denuncia del Hospital de Comas que los médicos no estarían en sus horas de trabajo.

El Presidente Ejecutivo mencionó que lo indicado por el Viceministro de Trabajo se refiere a un informe emitido por una comisión cuyo resultado no es el definitivo.

El consejero Chipana saludó la propuesta planteada y los ejes considerados, esperando que se concrete e implemente, bajo la supervisión de la alta dirección. Por otro lado, respecto a la encuesta de satisfacción del servicio se podría realizar con los propios asegurados. Asimismo, mencionó que el gobierno actual no estaría aplicando lo dispuesto por el Convenio sobre la Seguridad Social del Organismo Internacional de Trabajo – OIT (C 102), proponiendo que se debería aplicar un porcentaje de impuestos a los licores y tabacos para que sea otorgado al sector salud y educación.

El consejero Irala comentó sobre la reunión que sostendría con el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, en el cual entre otros temas se abordara la exclusión de EsSalud del ámbito de Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado-FONAFE, así como lo comentado por el consejero Ferreyros, preocupación que fue compartida por el consejero Grijalva.

El consejero Amorrortu aprobó los comentarios de los consejeros, solicitando se incorpore los comentarios vertidos, como las acciones de PADOMI en la propuesta planteada. Asimismo, comentó que respecto a los temas tecnológicos se podrían ser abordados no necesariamente con expertos en temas de tecnologías.

El Secretario General recomendó que, considerando el numeral de exoneración de presente acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta para que entre en ejecución inmediata, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto realice las coordinaciones con el consejero Amorrortu para la incorporación de las consideraciones propuestas.

El ingeniero Mello comentó que el Plan Estratégico Institucional debe desarrollarse a niveles más específicos, por lo que allí podrían incorporarse los comentarios del consejero Amorrortu.

En ese sentido, en merito a la información presentada por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, la cual obra en las carpetas distribuidas a los consejeros, física y virtual y que forma parte del archivo del acta de la presente sesión, los consejeros, con el voto virtual a favor del consejero Del Solar, luego de la deliberación respectiva, aprobaron por unanimidad, el Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud – EsSalud 2017, adoptándose el siguiente acuerdo:

ACUERDO N.º 19-15- ESSALUD-2017

VISTOS:

La Carta N° 2088-GCPP-ESSALUD-2017 de fecha 07 de julio de 2017 e Informe Técnico N° 004-GPC-GCPP-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, las Actas de la Comisión del Planeamiento Estratégico de fechas 30 de mayo de 2017 y 06 de julio de 2017; la Carta N° 2183-GCAJ-ESSALUD-2017 de fecha 18 de julio de 2017 e Informe N° 417-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central

[Handwritten signature]

de Asesoría Jurídica; la Carta N° 897-GG-ESSALUD-2017 de fecha 4 de agosto de 2017 de la Gerencia General; y,

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en el artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), y el artículo 39° de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, ESSALUD es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable; cuya finalidad principal es dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 14-11-ESSALUD-2016 de fecha 10 de junio de 2016 se aprobó el Plan Maestro al 2021 del Seguro Social de Salud – ESSALUD, documento que establece la hoja de ruta para el desarrollo institucional de ESSALUD y su alineamiento estratégico con la Política de Modernización de la Gestión Pública y del Aseguramiento Universal en Salud, el cual establece cinco modelos estratégicos de intervención con el fin primordial de obtener la satisfacción de los asegurados; de los cuales se articularon cuatro objetivos estratégicos que orientan la gestión al año 2021;

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 1351-GG-ESSALUD-2016 de fecha 29 de diciembre de 2016 se aprobó la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2016 denominada "Directiva para la Formulación, Aprobación y Evaluación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud-ESSALUD" que tiene por objetivo normar los procesos de formulación, aprobación y evaluación del Plan Estratégico Institucional, con la finalidad de contribuir a que los recursos se asignen y gestionen con eficiencia y eficacia y contribuyan con la obtención de resultados dirigidos al bienestar de los asegurados; en cuyo numeral 1.2.1.2 se indica que se conformará mediante Resolución de Gerencia General una Comisión de Planeamiento Estratégico;

Que, por Resolución de Gerencia General N° 696-GG-ESSALUD-2017 de fecha 24 de mayo de 2017 se conformó la Comisión de Planeamiento Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud-ESSALUD, encargada de la validación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021;

Que, mediante Actas de fechas 30 de mayo y 06 de julio de 2017 se instaló la Comisión de Planeamiento Estratégico, y se efectuó la revisión final y validación del proyecto del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, respectivamente;

Que, mediante Informe Técnico de Vistos, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto sustenta técnicamente la aprobación del Plan Estratégico Institucional 2017-2021, el cual considera alineado con las Políticas Nacionales, Sectoriales e Institucionales;

Que, el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 constituye el marco orientador de la gestión institucional que contiene la visión y misión institucionales, cuatro objetivos estratégicos y acciones estratégicas para su implementación; el cual permitirá formular las actividades de los planes operativos y planes de inversiones anuales articulándose con el presupuesto institucional;

Que, con Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica indica que de la revisión de los aspectos formales y legales del Plan Estratégico Institucional 2017-2021 se observa que se ha cumplido con lo dispuesto en la Directiva N° 18-GG-

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



ESSALUD-2016 y en la Resolución de Gerencia General N° 696-GG-ESSALUD-2017, resultando legalmente viable su aprobación; correspondiendo someterlo a consideración del Consejo Directivo para su aprobación;

Que, conforme a lo establecido en el numeral 5.1 del artículo 5° y en el literal a) del artículo 7° de la Ley N° 27056, corresponde al Consejo Directivo establecer la política institucional y supervisar la aplicación de la misma; así como, dictar las políticas y lineamientos institucionales, en concordancia con la Política Nacional de Salud;

Con los vistos de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica y de la Gerencia General;

En virtud de las facultades conferidas, por unanimidad, el Consejo Directivo;

ACUERDA:

1. **APROBAR** el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 del Seguro Social de Salud-ESSALUD, que en anexo forma parte integrante del presente Acuerdo.
2. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto para que incorpore en el desarrollo de la herramienta de gestión aprobada en el numeral precedente, las consideraciones expuestas en la presente sesión por el consejero Mario Eduardo Amorrortu Velayos, Representante de la pequeña y micro empresa del Consejo Directivo de EsSalud.
3. **ENCARGAR** a la Gerencia General que emita las disposiciones necesarias para la implementación del Plan aprobado en el numeral 1 del presente Acuerdo, en coordinación con la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto en lo que corresponda.
4. **EXONERAR** el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta para que entre en ejecución inmediata.



PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2017-2021

EsSalud con el Perú por la senda del Desarrollo



SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSalud

2017

PK

ef

M,

guc

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Índice

Página

Presentación	4
1. Marco Normativo del Planeamiento Estratégico de EsSalud	6
2. Diagnóstico Situacional	9
2.1. Información Prospectiva.	9
2.1.1. Escenario Internacional de globalización conflictiva y nuevos actores emergentes.	9
2.1.2. Crisis global de financiamiento en salud y los elevados costos de las tecnologías sanitarias	11
2.1.3. Envejecimiento Poblacional y Transición Epidemiológica	13
2.1.4. Consolidación de una Economía Peruana integrada al mundo global. Hoja de ruta de integración del Perú a la OCDE, participación del Perú en APEC	17
2.2. El punto de partida para el cambio	18
2.2.1. El envejecimiento poblacional: Un desafío a enfrentar	21
2.2.2. Alta demanda por enfermedades crónicas transmisibles asociadas a intervenciones de alto costo	24
2.2.3. Ausencia de una gestión efectiva de la demanda de atención	28
2.2.4. Necesidades de inversión	29
2.2.5. Riesgos en la sostenibilidad financiera	30
3. Marco Estratégico Institucional	35
3.1. Proceso de Modernización del Estado: Un estado al servicio de los ciudadanos.	35
3.2. Políticas de Estado relacionadas a la seguridad social.	36
3.3. Políticas de implementación transversal	40
3.4. Lineamientos de Política Institucional	42
3.5. Las recomendaciones de la Comisión Reorganizadora de EsSalud	45
3.6. La separación de funciones	46
3.7. EsSalud en camino a ser una Organización de Seguridad Social de Salud de Alto Desempeño.	47
3.8. Cadena de Valor de la Función de Protección Social de EsSalud	48
3.9. Visión y Misión Institucional	50
3.10. Objetivos Estratégicos Institucionales	50
ANEXOS	57
ANEXO 1: Priorización de Proyectos de Inversión	58
ANEXO 2: Articulación de metas e indicadores	78
ANEXO 3: Ficha técnica de indicador de Objetivo Estratégico Institucional	80
ANEXO 4: Ficha técnica de indicador de Acciones Estratégicas Institucionales	88
ANEXO 5: Matriz Resumen de Objetivos Estratégicos Institucionales	108
ANEXO 6: Matriz Resumen de Acciones Estratégicas Institucionales	110

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

PRESENTACIÓN

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

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

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

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

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

De esta manera, el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 de EsSalud constituye el marco orientador de la gestión institucional para este período, el cual permitirá formular las actividades de los planes operativos y de inversiones anuales articulándose de esta manera con el presupuesto institucional.

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

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

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

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



1. Marco Normativo del Planeamiento Estratégico de EsSalud

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

EsSalud se crea mediante Ley N° 27056 como un Organismo Público Descentralizado, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, otorgando cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales.

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

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

Con relación al componente IAFAS de la Institución, un primer elemento a considerar es el relacionado al contexto normativo vigente. La promulgación de un conjunto de leyes, principalmente la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE)¹, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud² y un paquete de Decretos Legislativos orientados a fortalecer la reforma de salud -promulgados por el Ministerio de Salud - MINSa en diciembre del 2013- establecen el marco normativo para la separación de roles y funciones entre la regulación, el financiamiento, la operación y la supervisión de la prestación de servicios de salud de los diferentes actores a nivel nacional. Es importante señalar que la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento, que constituyen el marco normativo vigente para la protección financiera de la salud, son posteriores a la fecha de creación de EsSalud y constituyen un aspecto de máxima relevancia para definir sus ajustes organizacionales y operacionales.

De igual manera, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), constituye un actor importante considerando que ha promulgado un marco regulatorio que establece la separación de funciones entre IAFAS e IPRESS y que adicionalmente, en el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, establece las disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas³, generando en EsSalud la necesidad institucional de realizar los arreglos organizacionales correspondientes, a fin de adecuarse al marco normativo vigente.

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

- El Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- El Decreto Legislativo N° 1157, que aprueba la Modernización de la Inversión Pública en Salud.
- El Decreto Legislativo N° 1169, que establece la implementación del sistema de comunicación por vía electrónica para que EsSalud notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del sistema financiero.
- El Decreto Legislativo N° 1170, que establece la prelación del pago de las deudas a la Seguridad Social en Salud.
- El Decreto Legislativo N° 1172, que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la Seguridad Social en Salud y la obligación de informar del trabajador.

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

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

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

sc

mu

pf

- El Decreto Legislativo N° 1302 que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.

Por otro lado, EsSalud brinda prestaciones económicas, las cuales están reguladas en el artículo 14° del Reglamento de la Ley N° 26790⁴, que señala que las prestaciones económicas comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio. Así mismo, EsSalud regula el otorgamiento de las prestaciones económicas⁵, a través del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA)⁶ de EsSalud, en sus Procedimientos N° 16 al 22, donde se establecen los requisitos para el trámite y posterior pago. Respecto a las prestaciones sociales, EsSalud brinda Rehabilitación Profesional para los asegurados con discapacidad y Servicio Gerontológico Social a los adultos mayores.

Para el proceso de Planeamiento Estratégico, EsSalud considera los pilares y ejes de la política de modernización de la gestión pública para el Estado Peruano promulgados en la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado⁷ y en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública⁸, los cuales constituyen elementos que orientarán la gestión institucional.

2. Diagnóstico situacional

2.1 Información prospectiva.

Los sistemas de seguridad social, son instrumentos fundamentales para avanzar hacia la justicia social en un mundo globalizado. Constituyen un mecanismo eficaz para reducir la pobreza, limitar la desigualdad, promover la igualdad y sustentar un crecimiento económico equitativo⁹. Sin embargo, para entender el escenario desde donde planificar y desarrollar una política de seguridad social para un país como el Perú, que aspira a integrarse plenamente a la globalización, se requiere entender la complejidad de este proceso, donde existen numerosas áreas de definición y escenarios de conflicto, donde predomina la incertidumbre y el cambio permanente, en lo que se ha denominado sociedad del riesgo global¹⁰.

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

Otros aspectos a considerar lo constituyen por una parte el aspecto demográfico, cuya tendencia es la de aumento de la esperanza de vida en la población y que tiene como impacto directo el incremento de la cantidad de personas con enfermedades crónico degenerativas o de alto costo y por otra parte, el tránsito epidemiológico de la población que señala la predominancia de los daños que afectan a los grupos específicos de la población asegurada tal como se observa en el estudio "Estimación de carga de enfermedad y lesiones en la población asegurada 2014"¹¹ publicado el 2015.

2.1.1 Escenario Internacional de globalización conflictiva y nuevos actores emergentes.

La economía es un campo importante que impacta en el diseño de las políticas de seguridad social y en ese sentido, el escenario económico global muestra un nuevo alineamiento de actores a partir de la consolidación de China como una economía de alcance global. Sin embargo, lo que se observa como tendencia es una multipolaridad económica, en la cual el centro de gravedad estará en Asia, que hacia el año 2030, superará a Estados Unidos y Europa en aspectos del poder global, como tamaño del PBI, cantidad de población, gasto militar e inversión tecnológica¹².

Sin embargo, este proceso será acompañado por una gran inestabilidad, volatilidad financiera, crisis cíclicas, déficits presupuestales y acumulación de deuda pública, lo cual pondrá en una seria tensión a los sistemas de seguridad social de muchas economías¹³. Los problemas derivados de un

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

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

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

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

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

⁹ Informe IV. Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa. Discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra 2011.

¹⁰ Beck U. La Sociedad del Riesgo Global. Siglo XXI Editores, Madrid, 2002.

¹¹ Seguro Social de Salud, EsSalud. (noviembre, 2015). Carga de Enfermedad y lesiones en EsSalud, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014.

¹² National Intelligence Council. Global Trends 2030: Alternative Worlds. Disponible en: <https://globaltrends2030.files.wordpress.com/2012/11/global-trends-2030-november2012.pdf>

¹³ Stiglitz J. Crisis Mundial, protección social y empleo. Revista Internacional del Trabajo, 2009, (1-2): 1-16.

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



escenario de elevada incertidumbre y tensiones asociadas al establecimiento de nuevas esferas de influencia geopolítica y migraciones masivas debido a guerras de baja intensidad, colapso de estados fallidos, sequías y hambrunas que son producto del cambio climático, van a generar un ambiente político de elevada conflictividad política y social, en un grupo importante de países desarrollados y de ingresos medios¹⁴.

Frente a este escenario, los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), plantean políticas que pongan en valor las capacidades de gobierno, mediante un marco regulatorio y de gobernanza sólida, que pueda alinear incentivos, mientras que a su vez mantiene un sano equilibrio entre los mercados y las intervenciones de política¹⁵.

Ello implica el desarrollo de capacidades para sistemas de salud resilientes a las crisis, que tengan capacidad de innovación y adaptación a los escenarios cambiantes y que puedan, mediante un buen gobierno corporativo, eficiencia y articulación con los actores sociales, lograr superar los escenarios contra-cíclicos, sin perder la equidad y manteniendo los niveles de protección social. La Organización Panamericana de la Salud define para las Américas las siguientes características para los Sistemas de Salud resilientes¹⁶:

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

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

La crisis del financiamiento de los sistemas de salud, es uno de los elementos que ha caracterizado el debate sanitario de los últimos años. La Organización Mundial de la Salud, en un informe sobre la salud mundial, puso en el tapete la centralidad del financiamiento, como elemento esencial en la operación y sostenibilidad de los sistemas de salud¹⁷.

La crisis global de financiamiento en salud se ha ido desplegando, afectando incluso a países con procesos consolidados de cobertura universal, donde se observan severos impactos e incluso francos retrocesos en sus sistemas de salud. Sin embargo, el contexto de severas crisis económicas o institucionales en algunos países, ha hecho perder de vista la complejidad de aristas de la problemática de financiamiento¹⁸, que es la suma de varias disfuncionalidades de los sistemas de salud -algunas de carácter global- que impactan negativamente en los procesos de protección social en salud.

¹⁴ Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Megatendencias, un análisis del Estado Global. CEPLAN, Lima, 1ra Edición, 2014.

¹⁵ Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. Respuesta estratégica de la OCDE a la crisis económica y financiera. Contribuciones al esfuerzo global. OCDE, 2009.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud - 55ª Sesión del Consejo Directivo. Los Sistemas de Salud Resilientes. OPS Washington 21 de Julio del 2016.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. La Financiación de los Sistemas de Salud. El Camino hacia la Cobertura Universal. OMS, Ginebra, 2010.

¹⁸ Franco GA. Enfoque para el análisis de la crisis económica global de la salud. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 2009, 27(3):329-340.

gce

M

PF

Modelo Recuperativo en Salud.

En los países del hemisferio norte, se ha consolidado un modelo de atención basado en hospitales de alta complejidad, en el uso intensivo de recursos sobre todo de tecnologías médicas y en la expansión indiscriminada de intervenciones terapéuticas¹⁹. El paradigma de ello ha sido durante años el sistema de salud de los Estados Unidos considerado uno de los sistemas de salud más ineficientes del mundo desarrollado²⁰. Existe extensa evidencia de sistemas de salud, que con otras lógicas de organización y con un fuerte desarrollo de intervenciones costo-efectivas, logran mejores resultados sanitarios^{21 22}.

Elementos como el incremento de la Esperanza de Vida, la emergencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, que implican una larga historia natural y que son altamente demandantes de recursos, en un escenario de oferta prestadora basada en hospitales de alta complejidad y la presión creciente de la industria por expandir su mercado de tecnologías médicas, hacen que el modelo de atención basado en intervenciones recuperativas de alta complejidad sea uno de los elementos centrales de las crisis de financiamiento en salud.

Los altos costos de la innovación de las tecnologías médicas se trasladan a los servicios recuperativos que vuelven a seguir demandando más tecnología, lo que se convierte en un círculo perverso. La gestión de las tecnologías médicas, entendida como una plataforma de innovación orientada a obtener los mayores retornos económicos por inversión y los mejores resultados sanitarios en los pacientes se convierte en un elemento estratégico para la sostenibilidad de los sistemas de salud²³. Ello implica el desarrollo de mayores capacidades en regulación y rectoría de la gestión clínica, entendida como un compromiso ético por el logro de los mejores resultados para el paciente, pero también de un compromiso con la sostenibilidad del sistema de salud, a través de una mayor efectividad y un uso racional de las tecnologías médicas²⁴.

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

La ineficiencia en las intervenciones sanitarias, es un elemento a tener en cuenta en la compleja problemática del financiamiento en salud, algunos estudios evidencian que el porcentaje de lo que denominan "gasto basura" puede llegar en algunos sistemas de salud del primer mundo al 33% de los costos en salud. Este tipo de disfuncionalidad ha sido ampliamente descrita en los países de la OCDE²⁵ y agrupa un conjunto de fuentes que originan la ineficiencia del sistema de salud, entre ellas: fallas en la entrega del servicio, fallas en la coordinación de los tratamientos excesivos o innecesarios sin ningún impacto clínico, complejidad administrativa, sobre precios y el fraude²⁶. Procedimientos simples y cotidianos, como exámenes básicos de laboratorio hasta operaciones quirúrgicas como las cesáreas pueden constituirse en una fuente importante de exceso de gasto.

La corrupción en salud es una causa importante de ineficiencia de los sistemas de salud y adopta una amplia gama de disfuncionalidades que afectan la capacidad de brindar servicios oportunos, eficientes y de calidad al ciudadano. Hussmann, ha descrito para el Perú una serie de mecanismos por los cuales la corrupción debilita la capacidad de gestión de nuestras organizaciones sanitarias. Entre ellos remarca el ausentismo laboral y la adquisición no planificada de tecnologías médicas, medicamentos e insumos. Asimismo, señala como elementos de especial vulnerabilidad a la corrupción, la debilidad de los sistemas de información, la ausencia de mecanismos de control de los procesos potencialmente susceptibles de corrupción y en general un limitado liderazgo y gobernanza en esta materia.²⁷ Existe consenso que intervenciones específicas y una gobernanza adecuada podría liberar una cantidad importante de recursos para poder fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud.²⁸

La crisis global de recursos humanos en salud

Los recursos humanos son un elemento central en el funcionamiento eficaz y equitativo de los sistemas de protección social en salud. La crisis global de recursos humanos es en este momento

¹⁹ Grouse L. Cost-effective medicine vrs the medical-industrial complex. J Thorac Diseases, 2014, 6(9):E203-E206.

²⁰ Delaune J, Everett W. Waste and inefficiency in the US health care system. New England Healthcare Institute, 2008.

²¹ Jourmara I, André Ch, Nicq Ch. Health care systems. OECD Economics Department Working Papers N°769, Paris 2010.

²² Medeiros J, Schwierz Ch. Efficiency estimates of care systems. Economic Papers N°549. Economic and Financial Affairs, Bruselas, 2015.

²³ Cutler D, Mc Clellan M. Is Technological change in Medicine worth it?. Health Affairs, 2001, 20(5):11-29.

²⁴ OECD. New Health technologies: Managing, Access, value and sustainability. OECD, Paris 2017.

²⁵ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD, Paris 2017.

²⁶ Caffarella LN. Reducing waste in health care. A third or more of what the US spends annually may be wasteful. How much could be pared back –and how- is a key question. Health affairs. Health Policy Brief, December 12, 2012.

²⁷ Hussmann K. Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: Perspectivas de América Latina en los subs-sistemas para los pobres (Con un enfoque especial en el nivel sub-nacional). PNUD, Panamá (2011)

²⁸ Informe Global de la Corrupción 2006. Corrupción y Salud. Transparency International-BID, Washington 2006.

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



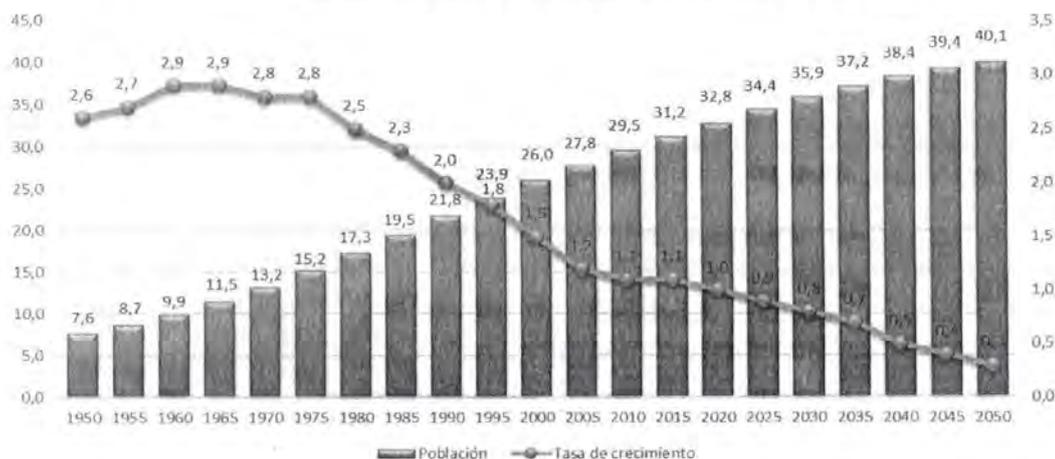
no de los problemas más urgentes de los sistemas de salud²⁹. Se estima que en América Latina existe un déficit de 391,000 puestos de trabajo en salud. En general se estima que la escasez de recursos humanos en salud es un serio obstáculo para el cumplimiento de los objetivos de los sistemas de protección social y para el logro de resultados de las intervenciones en salud.³⁰

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

2.1.3 Envejecimiento Poblacional y Transición Epidemiológica

El envejecimiento de la población constituye el mayor reto sanitario que enfrentan los sistemas de protección social en salud en el siglo XXI. El incremento de la esperanza de vida en América Latina ha pasado de 51 años en 1950 a 73 años en 2010 y deberá llegar a 77 años en el 2025³¹. Las consecuencias del proceso de envejecimiento en nuestros países ponen en severa tensión a los sistemas de protección social en salud, los cuales todavía no han logrado desplegar una fase de transición al nuevo escenario demográfico y tienen que enfrentar una creciente demanda de prestaciones de salud, sociales y económicas por parte de este segmento emergente de población. En el caso del Perú este proceso se muestra en la gráfica siguiente:

Gráfico N° 1. Proyecciones poblacionales (en millones de habitantes) y tasas de crecimiento de la población peruana 1950 – 2050



Fuente: INEI, "Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050". Boletín de Análisis Demográfico n.º 36, marzo 2009; INEI, Perfil Sociodemográfico del Perú. Lima: INEI, agosto 2008.

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

En el caso del Perú este proceso se inició el 2005 y se extendería hasta el año 2047. Este escenario generará a EsSalud un periodo de oportunidades para consolidar sus mecanismos de financiamiento, en la medida que este periodo se encuentre acompañado de una expansión del empleo formal. Un elemento a tener en cuenta es la tasa de dependencia, es decir la proporción de población dependiente (niños-jóvenes y adultos mayores) respecto a la población adulta joven. En el Perú después de haber alcanzado sus valores máximos en 1967 (98,8%), se observa una reducción progresiva de la tasa de dependencia total, es decir cada vez tenemos más adultos

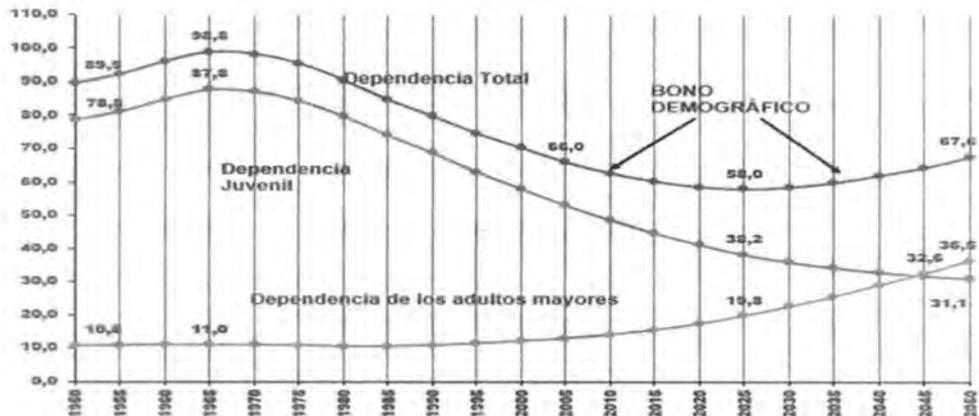
²⁹ Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization, 2013.

³⁰ Scheil-Adlung X, Behrendt T, Wong L. Health sector employment: a tracer indicator for universal health coverage in national social protection floors.

³¹ Murad S, Miller T, Martínez C. Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina. Revista bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, 2009, 26(2):237-261.

jóvenes en condiciones de solventar las necesidades de las poblaciones dependientes. El valor de esta dependencia total continuará reduciéndose hasta alcanzar su mínimo valor de 58%, entre 2025 y 2032³², tal como se observa en la gráfica a continuación.

Gráfico N° 2. Proyecciones de las tasas de dependencia económica (total, juvenil y de adultos mayores) y del bono demográfico en el Perú (1950-2050)



Fuente: INEI.

Sin embargo, este escenario de cambio demográfico, plantea un complejo escenario futuro, el aumento de la proporción de la población de la tercera edad, a causa del incremento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de dependencia, hacen que EsSalud tenga que prepararse para evolucionar de ser una institución que brinda prioritariamente prestaciones de salud a una institución que brinda prioritariamente cuidados en salud. En América Latina se espera que la cantidad de personas con dependencia moderada-severa se duplicará desde el año 2000 hasta el 2050, pasando de 23 a 50 millones de personas, lo que implica una enorme presión sobre los sistemas de protección social en salud, para garantizar de manera efectiva los derechos y las necesidades de cuidado de los ciudadanos adultos mayores y de reducir el impacto económico del cuidado en núcleos familiares cada vez más pequeños.

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

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

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

Cambio y complejidad del perfil de enfermedades

Un elemento, sin duda de importancia es el proceso de transición epidemiológica, global, derivado del aumento de la esperanza de vida de la población, pero también mediado por los cambios en los

³² Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Bono Demográfico Regional en el Perú. UNFPA, Lima 2012.

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



riesgos y en los estilos de vida, los procesos de urbanización y el desarrollo de sistemas de protección social eficaces. Actualmente, los estudios muestran que el proceso de transición epidemiológica es de carácter global. Si bien, a fines del siglo XX ya existía una preeminencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, los cambios han continuado, por un lado, consolidando la presencia de la diabetes, que ha adquirido un carácter epidémico en algunos países; las patologías osteo-musculares y una gran expansión de enfermedades mentales como la Depresión Mayor y la Esquizofrenia³³.

Estas tendencias se observan claramente en la población asegurada de EsSalud. El último estudio de carga enfermedad para dicha población concluye que para el año 2014, en la población asegurada se perdieron 935,619 años de vida saludables (AVISA), la razón de AVISA fue de 87,9 por mil asegurados. Del total de AVISAS perdidos 518,145 se dieron en mujeres representando el 55,4% de la carga de enfermedad, en tanto que en hombres se perdieron 417,474 AVISA representando el 44,6% de la carga de enfermedad. Los daños que causaron mayor carga de enfermedad en la población asegurada fueron las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, las condiciones perinatales, las enfermedades neuro-psiquiátricas, las lesiones no intencionales y las enfermedades endocrinas y de la sangre³⁴.

Comparativamente con resultados del año 2010, el número de años de vida saludables ha disminuido un 16%, pasando de 1'113,364 estimados en el año 2010 a 935,619 para el año 2014. Este resultado es un elemento relevante en términos de adecuación de los servicios de salud para la atención a estas enfermedades tanto en su componente preventivo como recuperativo, señalando que las enfermedades neuro-psiquiátricas constituyen un porcentaje importante de Años Vividos con Discapacidad.

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

Asimismo los resultados del estudio plantean la necesidad de adaptar la cartera de servicios de EsSalud a las nuevas tendencias de enfermedad, introducir nuevas estrategias de intervención y de cuidado y desplegar estrategias de gestión clínica, orientada a enfermedades con una elevada carga de comorbilidad y con una cada vez más, creciente presencia, de acciones de prevención y control, considerando que una proporción de la carga de riesgos asociadas a estos daños son condiciones susceptibles de intervención y seguimiento precoz³⁵.

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

A partir del Decreto Supremo N.º 057-2005-PCM que aprueba el Plan Nacional de Competitividad, el Perú cuenta con un instrumento que permite el desarrollo de una política de estado que establece una pauta orientadora al proceso de desarrollo del país. Posteriormente esta política de estado, se consolida con el establecimiento de la Agenda de Competitividad 2014-2018, que plantea una serie de acciones para evitar caer en la "trampa del ingreso medio", planteando una visión orientada a alcanzar tasas de crecimiento superiores al 6% que permitan seguir generando empleo formal y reduciendo la pobreza, profundizando en acciones públicas y privadas que estimulen el crecimiento del PBI potencial de forma "extensiva", con mayor acumulación de capital y mano de obra capacitada, e "intensiva", con mayor productividad³⁶. Como parte de este proceso el Perú solicitó a la OCDE la suscripción de un programa país, orientado a la mejora de sus políticas públicas, lo que determinará una mejor gestión de gobierno y por ende de los servicios que el Estado brinda a sus ciudadanos. En el caso del Perú, el Programa País suscrito el año 2014 con la OCDE establece los siguientes objetivos de política:

- Alinear el crecimiento económico con la inclusión social: reforzar programas sociales de alivio a la pobreza, promover acceso universal a servicios básicos, empleo formal y seguridad social.

³³ Global Burden of Disease Study Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. Lancet 2015, 386:743-800.

³⁴ Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2014.

³⁵ Center of Disease Control. Chronic Disease... The Public Health Challenge of the 21st Century. CDC, Atlanta, 2009.

³⁶ Ministerio de Economía y Finanzas. Consejo Nacional de la Competitividad. Agenda de Competitividad 2014-2018. Rumbo al Bicentenario. Lima, 2014.

- Mejorar la competitividad y diversificar la economía nacional: remover cuellos de botella en materia de infraestructura y mejorar los niveles de capital humano.
- Incrementar la credibilidad de la institucionalidad pública: continuar los esfuerzos para sancionar la corrupción y prevenir pérdidas económicas por mal uso de los recursos públicos.
- Lograr mejores resultados en materia ambiental: promover el uso sostenible de los recursos naturales.

En la misma línea de desarrollo de una política de competitividad e inserción a los mercados globales, el Perú se incorporó al Foro de Cooperación Económica Asia Pacífico (APEC) en 1998, posteriormente asumió el compromiso, en el marco de este foro, de liberalizar y facilitar las transacciones del comercio y las inversiones, proceso que de acuerdo a nuestro nivel de desarrollo debe finalizar el año 2020³⁷. Asimismo en el marco de este foro, el Perú participa en acuerdos que delimitan recomendaciones específicas de política para los estados miembros como el 6to Encuentro de Alto Nivel de APEC en Salud y Economía que planteó como recomendación a los países miembros construir sistemas de salud de alto desempeño, más eficientes, reduciendo el gasto innecesario, mejorando la calidad de atención, asegurando una apropiada fuerza de trabajo en planificación, destinando suficientes recursos presupuestales, realizando inversiones de alto impacto y promoviendo alianzas público-privadas. En ese sentido APEC hace un llamado a realizar un trabajo conjunto para desarrollar datos de la mayor calidad en orden de un desarrollo de políticas basado en evidencias, intervenciones efectivas en salud, mejora de los procesos de toma de decisiones y medición de impactos de las intervenciones³⁸.

2.2 El punto de partida para el cambio

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

En virtud de ello se realizaron una serie de estudios que han consolidado un conjunto de evidencia acerca de las disfuncionalidades que presenta EsSalud. En ese sentido, se observa importantes problemas que abarcan aspectos de la Organización, de los Recursos Humanos, donde se observa una brecha importante de especialistas; de infraestructura y equipamiento, sobre todo en el primer nivel de atención; de tecnologías de información obsoletas e inadecuadas para las diversas operaciones de la institución y del financiamiento donde se evidencian limitaciones en garantizar la sostenibilidad. Asociado a ello un sistema de Planeamiento poco articulado a la formulación presupuestal, una tendencia creciente de la demanda de prestaciones y un modelo de atención que no permite satisfacer en forma adecuada las necesidades de protección social en salud de la población asegurada. Todos estos hallazgos, confirmados por la evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016³⁹ y las recomendaciones derivadas de diversos estudios, son un valioso punto de partida para el desarrollo de una propuesta estratégica que permita impulsar un nuevo ciclo de desarrollo institucional, y la transición a un proceso de cambio sostenido, acompañando el avance del país hacia el desarrollo. Una sistematización de los principales problemas identificados se observa en la tabla a continuación:

³⁷ Ferrero Diez Canseco, A. Estableciendo nuevos vínculos con Asia-Pacífico. Apuntes, 2000, 46:77-98.

³⁸ Joint Statement of the 6th APEC High-Level Meeting on Health & the Economy. APEC, Lima 22 August 2016

³⁹ Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Evaluación del Plan Estratégico Institucional 2012-2016 (al mes de diciembre 2016). EsSalud, Lima marzo 2017.

Tabla N°1. Problemas de Gestión Institucional Identificados. EsSalud 2005-2016

Problema Identificado	Descripción del problema	Documento de Referencia	Año
Organización	Densa, fragmentada, no orientada a gestión por Procesos. Débil avance en la separación de funciones IAFAS e IPRESS.	Informe de Diagnóstico de la Comisión Reorganizadora	2013
Recursos Humanos	Brecha crítica de recursos humanos. Limitadas políticas de desarrollo con indicadores de desempeño.	Estudio Financiero Actuarial	2015
Infraestructura	Brecha en Infraestructura y equipamiento.	Plan Maestro al 2021	2016
Tecnologías de Información	de Sistemas de información fragmentados y obsoletos. Ausencia de políticas de seguridad de la información.	Plan Maestro al 2021	2016
Financiamiento	Brecha de Financiamiento y limitada gestión de riesgos. Ausencia de estudios de siniestralidad por cada tipo de seguros.	Estudio Financiero Actuarial	2015
Planeamiento y Presupuesto	y Desarticulación entre planeamiento y presupuesto Desarrollo de Presupuesto Histórico (No se asignan con criterios de calidad, ni productividad). Asignación de recursos orientados al nivel de atención especializada. Inversiones escasas en los últimos años. Asignación de recursos por oferta y no por demanda. Ausencia de Modelo, Estructura y Sistema de Costos.	Informe de la Comisión Reorganizadora Estudio Financiero Actuarial	2013 2015
Tendencia creciente de Demanda	de Deficiente gestión de la tendencia creciente de la demanda. Limitado nivel de gestión clínica. Limitada capacidad para atender la demanda de la población de adultos mayores. Necesidad de un mejor abordaje de las enfermedades crónicas.	Estudio Financiero-actuarial y de la Gestión de EsSalud	2005
Modelo de Atención	Énfasis en el aspecto recuperativo. Falta de continuidad en los niveles de atención. Incipiente desarrollo del Primer Nivel de Atención. Importante insatisfacción en los asegurados	Informe de la Comisión Reorganizadora	2013

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



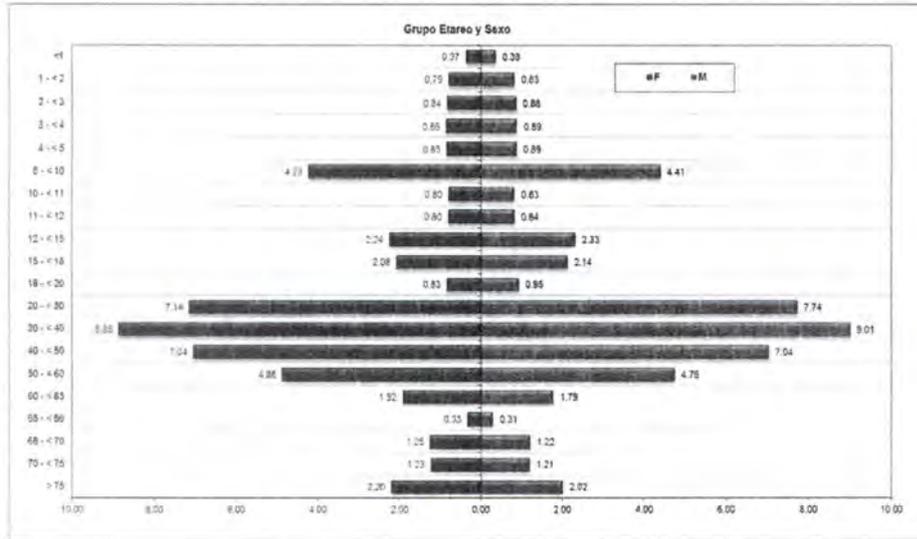
00024



2.2.1 El envejecimiento poblacional: Un desafío a enfrentar

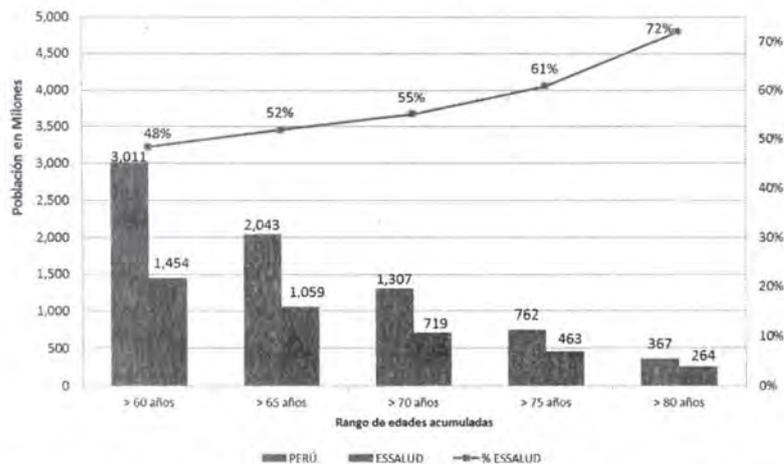
Como se expresó anteriormente, EsSalud es una organización de Seguridad Social de Salud que brinda prestaciones orientadas a una población en franco proceso de envejecimiento, tal como se observa en la pirámide demográfica que se muestra en el gráfico a continuación:

Gráfico N° 3. Pirámide poblacional de EsSalud. Población asegurada 2016 (en millones)



El año 2016 EsSalud registró 1,474,919 asegurados de 60 años a más, representando el 13.5% del total de asegurados y 5% de la población general proyectada para ese año (31,488,625)⁴⁰. En el año 2015 la proporción fue similar pues se registró 1,403,153 asegurados de 60 años a más. Al analizar la población de EsSalud por grupos de edad respecto a la población del país para el año 2015, se observa que EsSalud tiene al 48% de la población mayor de 60 años del país. Cuando hacemos el análisis de la población de mayores de 70 años, EsSalud tiene el 55% de la población mayor de 70 años del país y alcanza el 61% en la población mayor de 75 años⁴¹, tal como se aprecia en la gráfica a continuación:

Gráfico N° 4. Porcentaje de Población Adulta Mayor Asegurada 2015 respecto a la población general



Fuente: INEI población junio 2015. EsSalud, GCSyPE población junio 2015.
Elaboración: GCPD/GGI/SGAE

⁴⁰ INEI. Población estimada y proyectada por sexo y tasa de crecimiento, según años calendario, 2000 - 2050
⁴¹ Estudio Financiero Actuarial 2015

[Handwritten signature]

[Handwritten checkmark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

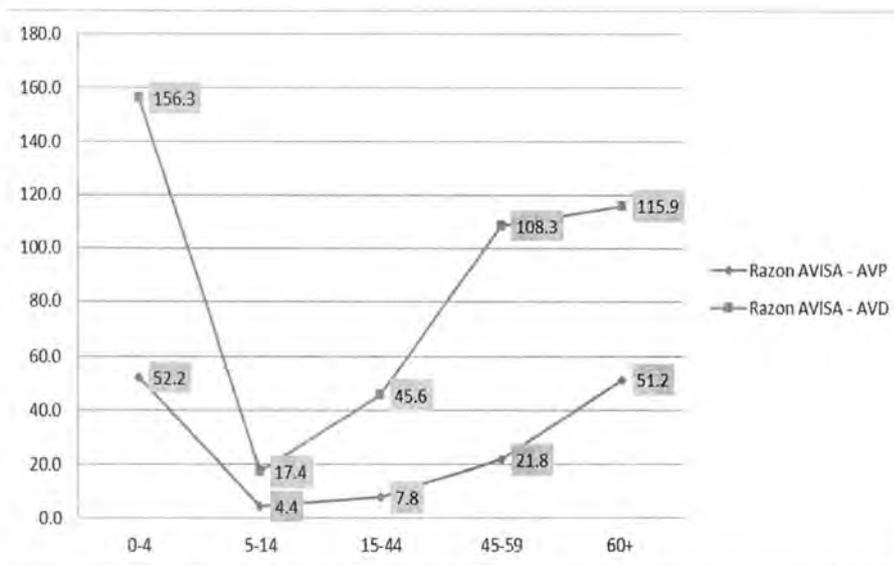
SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



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

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

Gráfico N°5. Carga de Enfermedad según Edad. EsSalud 2014



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Como se puede apreciar en el estudio de carga de enfermedad del año 2014, a partir de los 45 años se incrementa considerablemente tanto los años perdidos (que incluye una fracción de mortalidad evitable) como la discapacidad. Es decir, la afectación producida por la enfermedad, se traduce en una menor capacidad para el trabajo y en una afectación a la calidad de vida. Esto implica, necesariamente que la demanda tiene un componente demográfico, es decir que, a mayor edad se genera mayor discapacidad, episodios de enfermedad más frecuentes y por ende mayor necesidad de uso de los servicios. Sin embargo, la evidencia en los análisis de la ENAHO realizados en el marco de las Cuentas Nacionales de Salud, muestra que del 100% de asegurados que reportaron episodios de enfermedad, solo se atendieron en EsSalud el 38.7% el 2004, porcentaje que decreció a un 28% en el 2012.⁴²

Aunque no se cuenta con datos actuales referidos al uso de servicio de parte de asegurados que reportaron enfermedad, se tiene que para el año 2016, la extensión de uso de la consulta externa, es decir la proporción de los asegurados que hacen uso de los servicios de consulta externa, fue de 35.8% a nivel nacional⁴³. Esto significa que casi dos tercios de la población asegurada no utilizó los servicios de consulta externa, ni una vez en el año.

EsSalud tiene el reto de fortalecer sus servicios de prestaciones de salud, con énfasis en el primer nivel de atención, para prevenir, brindar atención temprana y reducir el impacto del incremento de la carga de enfermedad en asegurados adultos mayores, para los próximos años.

⁴² Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2012. Organización Panamericana de la Salud, Lima 2015.

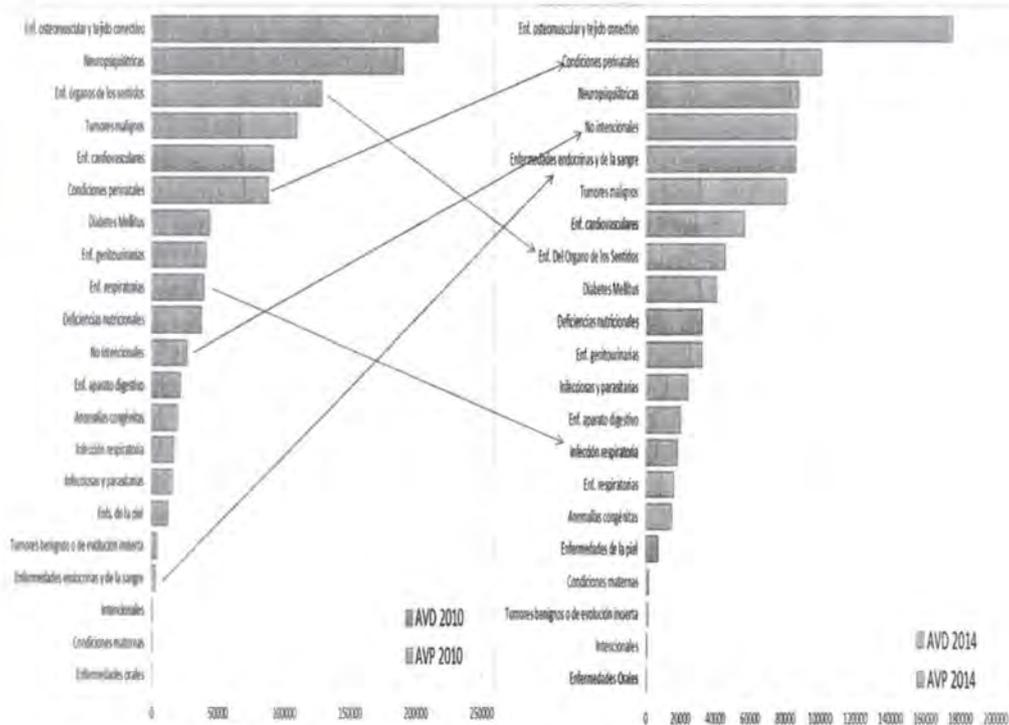
⁴³ Análisis ejecutivo a nivel nacional de las prestaciones de salud 2016. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Gerencia de Gestión de la Información. Sub Gerencia de Estadística. Lima, marzo 2017

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

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

El 62.8% de la carga de enfermedad que se presenta en EsSalud corresponde a Enfermedades No Transmisibles. Al analizar los distintos grupos de edad, se tiene que, en el segmento de edad de 15 a 44 años, el 75% de la carga de enfermedad son Enfermedades No Transmisibles, porcentaje que en los mayores de 45 años supera el 90%. Esto es de por sí todo un desafío en términos de oferta de servicios, por el rápido cambio del perfil de la carga de enfermedad. En el 2010, las enfermedades endocrinas estaban en el 18avo lugar de la carga de enfermedad, situándose en sólo 4 años en el quinto lugar y las lesiones no intencionales pasan del 11avo al cuarto lugar. Esta emergencia de nuevos daños y la presencia de grupos de daños importantes como las enfermedades osteo-musculares, neuro-psiquiátricas, los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares⁴⁴, configuran un escenario de gran complejidad, que se expresa en la gráfica a continuación:

Gráfico N°6. Escenario de cambios de perfil de carga de enfermedad. EsSalud 2014



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud. EsSalud

La implicancia de estos cambios es sumamente seria, en la medida que está asociada a emergencia de la epidemia de obesidad en la población peruana⁴⁵, condición que es prevenible y que requiere de atención temprana. Diversos estudios muestran que en un mediano plazo los costos de las enfermedades crónicas no transmisibles seguirán escalando progresivamente, colocando en riesgo la sostenibilidad financiera de la institución y en general, constituyendo un serio problema para el conjunto del sistema de salud peruano^{46 47}. Sin embargo, ya se observa un impacto financiero importante en las prestaciones de alto costo, asociadas a estos daños, cuya curva de incremento se muestra en la gráfica a continuación:

⁴⁴ Carga de Enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2014. Lima. Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud, 2016

⁴⁵ Alvarez DD, Sánchez AJ, Gómez GG, Tarqui MC. Sobrepeso y Obesidad. Prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2012). Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2012, 29(3):303-313.

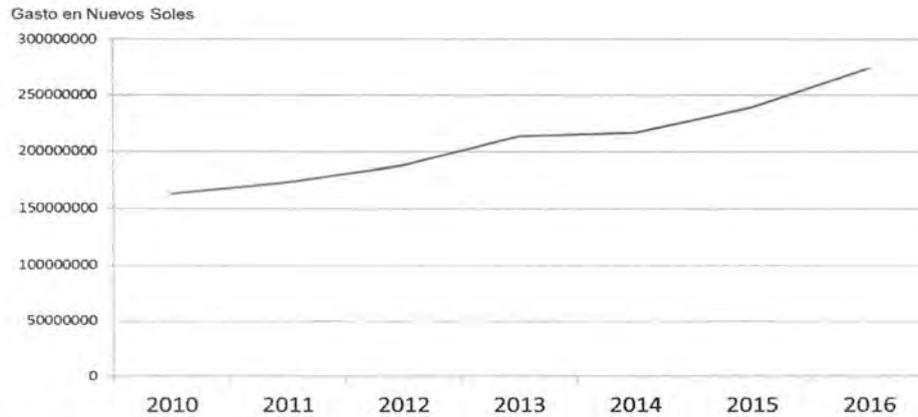
⁴⁶ Beltrán A, Sainfeld J. Retos del Sistema de Salud: el paradigma del Cáncer. En Cuando despertemos en el 2062. Visiones del Perú en 50 años. Seminario B. Sanborn C, Alva N. Editores. Universidad del Pacífico, Lima, 2012, páginas 443-483.

⁴⁷ Castillo N, Malo M, Villacrés N et al. Metodología para la estimación de costos directos de la atención integral para enfermedades no transmisibles. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2017, 34(1):119-125.

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Gráfico N°7. Evolución del gasto en tratamientos de alto costo. EsSalud 2010 - 2016



Fuente: Sub Gerencia de Estadística, Sub Gerencia de Costos. GCPP-EsSalud

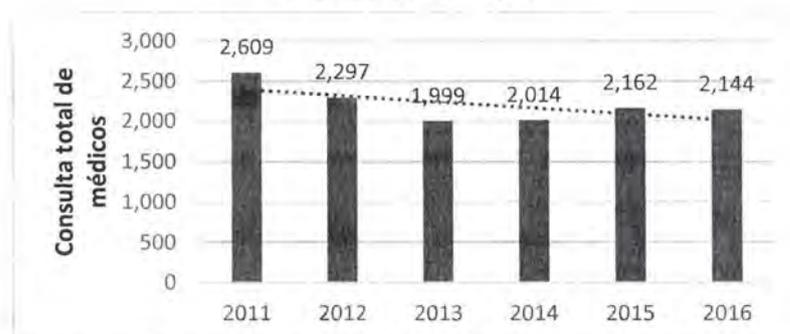
Como se observa, existe una tendencia creciente en el incremento del gasto en esta línea de tratamientos asociados a intervenciones de alta complejidad o a condiciones de alta prioridad clínica o sanitaria. Para el periodo 2010 al 2016, el costo en estos tratamientos se ha incrementado en un 68%. Es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

Para el caso del cáncer, el financiamiento de los productos farmacéuticos del 2015 representó 80 veces el monto asignado el año 2012. Durante este año un gran porcentaje del gasto público en medicamentos oncológicos fue de EsSalud (62.4%). Asimismo, en el año 2014, casi la totalidad del gasto en la adquisición de productos biotecnológicos de alto costo fue en el sector público, siendo EsSalud el principal comprador (81.9%).⁴⁸

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

Gráfico N°8. Evolución de la producción de consultas externas promedio médico-año.

EsSalud 2011 - 2016



Fuente: Sub Gerencia de Estadística. GCPP-EsSalud

⁴⁸ Carta N° 8-IETSI-ESSALUD-2017

El 2011, la producción global de consultas externas entre el total de médicos de EsSalud nos daba una relación de 2,609 consultas-médico-año. Cinco años después, el 2016, esta relación baja a 2,144 consultas-médico-año, a pesar de que en el último quinquenio el número de médicos se incrementó en un 28%. De manera similar, en el año 2010 cada cama hospitalaria, producía 68.1 egresos al año, 6 años después, cada cama hospitalaria en EsSalud produce 64.4 egresos al año, es decir ha disminuido un 5.5%. La productividad de las salas de operaciones ha pasado de 1,610 operaciones-sala el 2010 a 1425 operaciones-sala el 2016, es decir, se ha reducido un 11.5%. En general, lo que se observa en el último quinquenio es un proceso de estancamiento del conjunto de la planta de producción de prestaciones de salud.⁴⁹ Este escenario, pone en tensión las brechas de Recursos Humanos y de Infraestructura existentes en la institución. El estudio de análisis de brechas de recursos humanos, realizado por el MINSA (2011) determinó que, en el año 2009, EsSalud presentaba una brecha de 7,204 médicos especialistas⁵⁰, sin embargo, esta estimación no contempla la extensión de la oferta de servicios al primer nivel de atención en el marco del despliegue progresivo de un nuevo modelo de cuidado, por lo que la brecha de recursos humanos puede ser sensiblemente mayor.

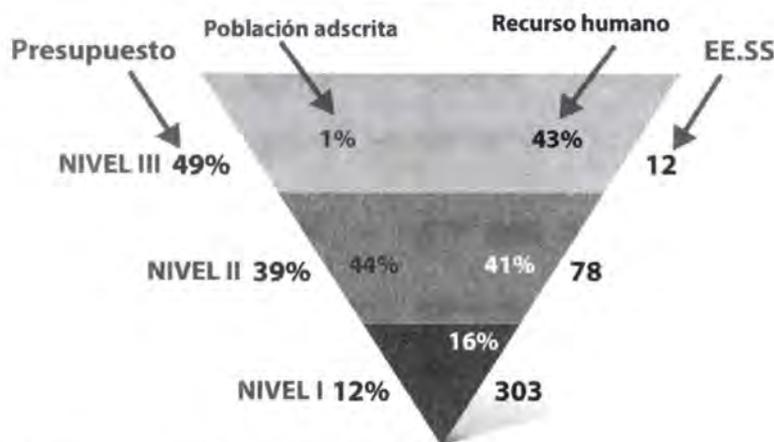
El modelo de atención de EsSalud

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

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

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

Gráfico N° 9. Asignación de presupuesto, recurso humano y población según niveles de complejidad.



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

⁴⁹ Sistema Estadístico de Salud. SES - EsSalud

⁵⁰ Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Necesidad de Médicos Especialistas de Salud del Sector Salud. MINSA, Lima 2011.

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



2.2.3 Ausencia de una gestión efectiva de la demanda de atención

Por lo señalado anteriormente, la existencia de barreras de acceso es un problema estructural de EsSalud. Existen múltiples barreras de acceso identificadas, por ejemplo, el diferimiento de las citas de un paciente del primer nivel a un establecimiento de segundo o tercer nivel es de 27.8 días promedio. Respecto a este indicador 8 Redes Asistenciales superan los 30 días y una de ellas, la Red Rebagliati alcanza 47.5 días de diferimiento de citas del primer nivel a otros niveles de atención. De manera similar, EsSalud presenta un prolongado tiempo de espera quirúrgico de 81.7 días promedio, sin embargo, Hospitales de alta capacidad resolutive presentan tiempos de espera quirúrgicos muy significativos como el Hospital Almenara (211 días) y el Hospital Rebagliati (138 días)⁵¹.

Las barreras de acceso, se verifican incluso dentro del proceso de atención de las emergencias. Según la Defensoría del Pueblo, en el 2016, un 34.1 % de las emergencias supervisadas tenían pacientes pendientes de ingreso a una unidad de cuidados intensivos. Luego de supervisar 41 establecimientos de EsSalud con servicios de emergencia, a nivel nacional, el 87.3% de las atenciones en dichos servicios durante el periodo de supervisión, no correspondían a situaciones de emergencia según la norma técnica de referencia.⁵² En estos servicios, la supervisión encontró que el 82.9% (34) de los establecimientos visitados tuvieron una permanencia en la emergencia mayor de 12 horas. Asimismo, en el 65.9% de las emergencias de EsSalud supervisadas se pudo constatar la presencia de camillas en los pasillos.

Todas estas disfuncionalidades se expresan en una alta frecuencia de quejas y reclamos por parte de los asegurados de EsSalud. En el año 2015, SUSALUD consignó 96,803 quejas, lo que implica una tasa general de quejas a SUSALUD de 90 quejas por 10,000 asegurados, sin embargo, algunas redes presentan tasas de reclamos sensiblemente mayores, como las redes Lambayeque (151 x 10,000), Rebagliati (129.1 x 10,000) y Almenara (126.9 x 10,000). De todas estas quejas presentadas a SUSALUD, el 43.9% corresponden a problemas de accesibilidad, el 31.4% de las quejas corresponden a falta de oportunidad de la atención y sólo un 21.9% se relacionan con la calidad de atención⁵³. Sin embargo, estudios a nivel poblacional muestran una mayor magnitud del problema. Según la Encuesta ENSUSALUD, el 19.6% de usuarios de los servicios de consulta externa presentaron quejas o formularon algún tipo de reclamo, de los cuales, el 20.2% fueron resueltos parcialmente y el 50.6% no fueron resueltos.⁵⁴

El escenario descrito, configura lo que Margarita Petretera señala como la "Paradoja del Financiamiento"⁵⁵, es decir a pesar de contar con una evolución creciente de recursos financieros, lo que se evidencia como resultado es una desaceleración de la producción de los servicios de salud por unidades de recursos disponibles, la ampliación de las barreras de acceso y un impacto en la salud y en la economía de la población asegurada. Este escenario inercial, es el punto de partida para los profundos cambios que se espera desarrollar, para poner a EsSalud a la altura de las necesidades de los asegurados y erigirse en una organización capaz de acompañar al país por la senda del desarrollo.

2.2.4 Necesidades de inversión

El año 2014 EsSalud aprobó la Directiva "Norma para la identificación, evaluación, registro y priorización de necesidades de inversión de EsSalud"⁵⁶. El análisis de oferta y demanda de atención primaria logró identificar, al 2021, la brecha de inversiones a nivel nacional por Departamentos, así como el monto referencial de inversión de S/4 868 millones de soles requeridos para su ejecución y de S/730 millones de soles anuales para gasto de operación y mantenimiento. Ese mismo año se elaboró el documento técnico Priorización multianual de necesidades de inversión (PMNI) donde se registraron más de 400 necesidades de inversión a nivel nacional, de estas 82 quedaron inscritas y 324 quedaron en calidad de observadas.

De igual manera, como resultado de un macro análisis de oferta y demanda de camas hospitalarias, que consideró la distribución de población asegurada por nivel de atención, el ámbito geográfico y el estándar de cantidad de camas por habitante, se identificó la brechas de camas hospitalarias de EsSalud a nivel nacional y por Departamentos al 2021 y se estimó un monto referencial de S/16 289

⁵¹ Informe de Evaluación del Plan Operativo Institucional. Resultados al mes de diciembre 2016. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto / Gerencia Central de Operaciones, EsSalud, 2016.

⁵² Defensoría del Pueblo. El Derecho a la Salud. Los servicios de emergencia en los establecimientos de salud públicos y acceso a los medicamentos esenciales. Informe de Adjuntía, N°15-AAEE/DP, Lima 2016.

⁵³ SUSALUD. Anuario Estadístico 2015. Lima 2016.

⁵⁴ Resultados Definitivos ENSUSALUD 2016. INEI-SUSALUD-MINSA, Lima 2016.

⁵⁵ Petretera M. Reflexiones para la política sectorial de salud en el Perú a partir de las cuentas nacionales en salud. Economía, 2016, 34(78):35-65.

⁵⁶ Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014, aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 816-GG-ESSALUD-2014.

[Handwritten signatures]

[Handwritten initials]

millones de soles para cubrir el déficit, así como S/517 millones de soles para gastos de operación y mantenimiento. Posteriormente, en el marco de lo establecido por el Decreto Legislativo N° 1157, que aprueba la Modernización de la Inversión Pública en Salud y su reglamento, la Comisión Multisectorial de Inversiones en Salud aprobó las prioridades de inversiones de EsSalud al 2020.

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

2.2.5 Riesgos en la sostenibilidad financiera

El Estudio Financiero Actuarial 2015⁵⁷ elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), concluye que hay un margen importante entre los niveles de los ingresos afectos, considerados para el cálculo de las aportaciones a EsSalud y los ingresos totales realmente percibidos por los trabajadores; lo que constituye un riesgo para la sostenibilidad financiera de la institución. Este fenómeno se da principalmente en el sector público, aunque también en el sector privado, pero con menor intensidad:

- Para los trabajadores del Magisterio se ha establecido una base imponible del 65% de sus ingresos afectos a cargas sociales, lo que resulta en una tasa de cotización del 5.85% del total de sus ingresos (Ley N° 30002).
- El Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado, establece que el 65% de la compensación económica están afectas a cargas sociales y es de naturaleza pensionable, la pérdida económica de EsSalud, se estima, ascendería a 72.2 Millones de nuevos soles por año.
- Para los trabajadores bajo el régimen de contratación administrativa de servicios (CAS D.L. N° 1057), el cálculo de las aportaciones se aplica sobre la base imponible máxima vigente del 30% de la UIT, de tal manera que el aporte no se incrementa si la remuneración es mayor.
- Similar situación se presenta en el caso del Seguro de Salud Agrario, cuya aportación es del 4% de la remuneración de cada trabajador sea este dependiente o independiente. Asimismo, la Ley no establece una base imponible mínima para el cálculo de los aportes (el 36% de los trabajadores dependientes aporta sobre remuneraciones inferiores a la RMV), por lo tanto, el Seguro de Salud Agrario está siendo subsidiado por el fondo del Seguro Regular. Por otro lado, es importante mencionar que actualmente las empresas relacionadas al sector agroindustrial muestran un crecimiento sostenido que se refleja en un incremento de sus ingresos presentando actualmente una realidad distinta con relación al momento en que se otorgó este beneficio.
- Respecto a los pensionistas de las AFP, no existe una base imponible mínima para el cálculo de las aportaciones a EsSalud, por lo cual el 46% de ellos aportan por debajo de la pensión mínima establecida para el Sistema Nacional de Pensiones, lo que obliga a EsSalud a subsidiar la cobertura de un grupo importante y creciente de pensionistas con ingresos bajos o incluso nulos.

Adicionalmente, la sostenibilidad financiera a mediano y largo plazo de EsSalud se pone en riesgo con la aprobación de la Ley N° 29351, Ley que reduce los costos laborales a los aguinaldos y gratificaciones por fiestas patrias y navidad, modificada por la Ley N° 29714 y por la Ley N° 30334 "Ley que establece medidas para dinamizar la economía en el año 2015"⁵⁸, que establece que las gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad no se encuentran afectas a aportaciones, contribuciones ni descuentos de índole alguna; excepto aquellos otros descuentos establecidos por ley o autorizados por el trabajador.

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

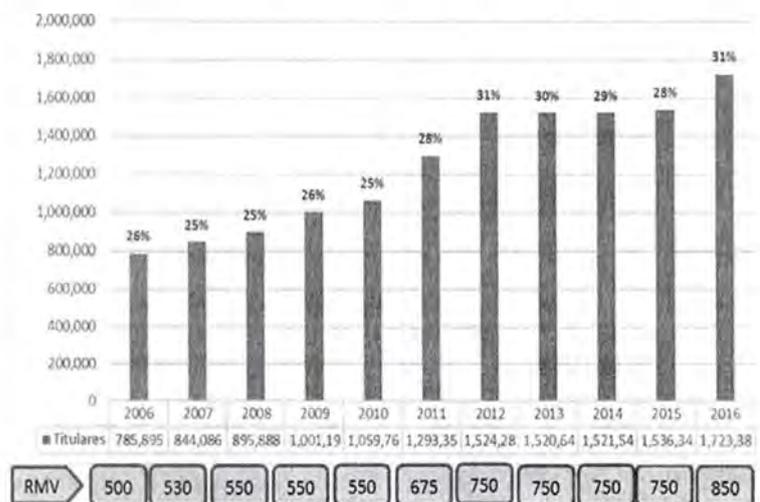
⁵⁷ Estudio Financiero Actuarial de EsSalud 2015. Lima, OIT - Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2016.

⁵⁸ Ley 30334, de fecha 24 de junio de 2015.

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Gráfico N° 10. Titulares con aportes sobre Remuneración Mínima Vital o menos.



Porcentajes calculados sobre el total de asegurados titulares
Incluye todos los tipos de seguros de EsSalud
Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

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

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

Situación de las deudas por cobrar

De acuerdo a la información proporcionada por la Oficina Técnica de los Recursos de Seguridad Social de SUNAT a través de los archivos valores, la deuda total al 31 de diciembre de 2016 es de S/3,269 millones (32.4% insoluto y 67.6% interés), de los cuales, S/121 millones (11.4 %) corresponden a deuda insoluta por periodos hasta julio 1999 contraída con el IPSS.

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

(Expresado en unidades de soles)

SECTOR	COMPOSICIÓN DE LA DEUDA			PARTICIPACIÓN	
	INSOLUTO	INTERÉS	TOTAL	% INSOLUTO	% TOTAL
PERIODOS HASTA JUL 1999	120,823,459	718,907,340	839,730,799	11.4%	25.7%
PERIODOS DESDE AGO 1999	937,130,866	1,492,301,647	2,429,432,513	88.6%	74.3%
DEUDA TRIBUTARIA	1,057,954,325	2,211,208,986	3,269,163,312	100.0%	100.0%
%	32.4%	67.6%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Archivo Valores SUNAT al 31 DIC 2016.

Por otro lado, considerando los ratios informados por SUNAT a través del último Informe de Gestión del total de la deuda actualizada al 31 de diciembre de 2016 que asciende a S/3,269 millones, el 37.9% (S/1,237 millones) corresponde a deuda de difícil recuperación (calificada por SUNAT al haber agotado las acciones de cobranza); S/ 678 millones (20.8%) es deuda de los gobiernos locales que las nuevas autoridades que asumen la gestión no reconocen y que podrían ser susceptibles

de acogimiento a las facilidades de pago reguladas por el Decreto Legislativo N° 1275 que establece con carácter excepcional el Régimen de Sinceramiento de Deudas por Aportaciones al Seguro Social de Salud; S/ 258 millones (7.9%) corresponde a deuda del gobierno central. La deuda de las empresas agroindustriales alcanza el 4.8% (S/156 millones), mientras que la deuda de las instituciones públicas y gobiernos regionales asciende a S/45 millones y S/38 millones (1.4% y 1.2% respectivamente). Finalmente, la deuda calificada como gestionable por SUNAT asciende a 304 millones de soles (9.29% del total de la deuda).

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

CLASIFICACIÓN DE LA DEUDA SEGÚN ETAPA AL 31DIC2016
(Expresado en unidades de soles)

ETAPA	COMPOSICIÓN DE LA DEUDA			%
	CAPITAL	INTERES	TOTAL	
NO EXIGIBLE	146,820,122	362,072,541	508,892,664	15.57%
EXIGIBLE				
Difícil Recuperación *	415,829,922	821,661,760	1,237,491,681	37.85%
Municipalidades	187,569,994	490,725,863	678,295,856	20.75%
Gobierno Central	53,376,912	204,788,175	258,165,087	7.90%
Gestionable **	162,907,888	140,766,828	303,674,716	9.29%
Agroindustrial	57,636,401	97,967,895	155,604,297	4.75%
Instituciones Públicas	9,804,957	34,703,334	44,508,291	1.36%
Gobierno Regional	7,761,666	29,864,786	37,626,452	1.15%
Proceso Concursal	6,191,319	10,611,974	16,803,293	0.51%
Sociedad de Beneficencia	2,563,125	5,785,864	8,348,989	0.25%
Entidad Tratamiento Empresarial	6,701,772	11,118,624	17,820,396	0.55%
Acciones Judiciales	39,114	6,196	45,310	0.00%
Impugnados	25,007	65,327	90,334	0.00%
Otros	726,126	1,065,819	1,791,945	0.05%
TOTAL	1,057,954,325	2,211,208,986	3,269,163,312	100.00%

Elaborado por la GCCyC con registros del archivo valores al 31DIC2016 remitido por SUNAT, y considerando los ratios de clasificación de etapas informados por SUNAT al 30SET2016.

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

3. Marco Estratégico Institucional

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

Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública

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

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

Gestión pública orientada a resultados al servicio del ciudadano

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Componentes de la Gestión Pública orientada a Resultados:

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

Pilares centrales de la Política de Modernización de la gestión pública

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

Ejes transversales de la Política de Modernización

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

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

3.2 Políticas de Estado relacionadas a la seguridad social

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

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

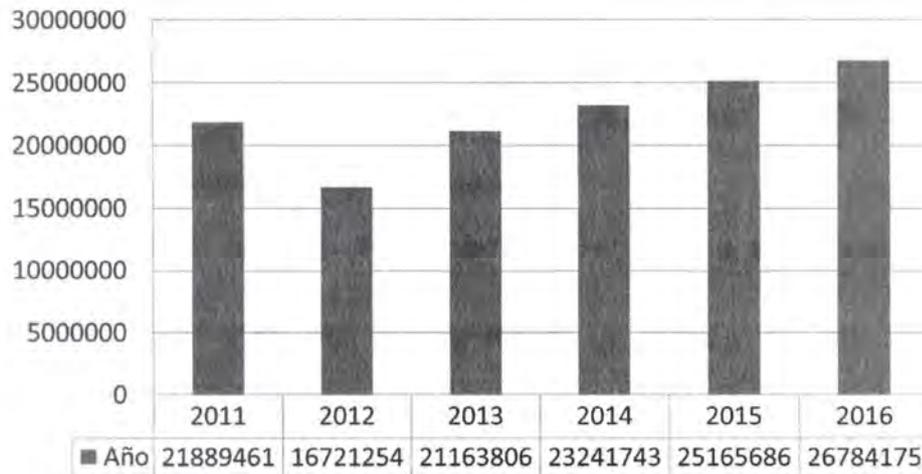
Respecto a la política de estado "acceso universal a servicios de salud y seguridad social" se desarrolla -en gran parte- a través de las políticas institucionales del Sector Salud, plasmadas en el **Plan Estratégico Sectorial Multianual del Sector Salud 2016 - 2021** y en dispositivos legales relacionados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

En el Perú se estableció como Política Nacional el Aseguramiento Universal en Salud y se avanzó hacia una reforma sostenida en 5 pilares: (i) Mejora y mantenimiento de la salud y calidad de vida de la población a través de intervenciones efectivas sobre los principales problemas de la salud pública y sus determinantes sociales, (ii) ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento para la población, en salud, (iii) mejorar el cuidado y la atención integral de salud, (iv) promover y proteger efectivamente los derechos de la salud, y (v) fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema de salud. Con el fin de ampliar el acceso y cobertura de aseguramiento, se promulgaron un conjunto de dispositivos legales que "introdujeron reglas para la extensión de la cobertura de aseguramiento; el cambio en el modelo de atención por medio de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS); la reducción de la fragmentación y segmentación del sistema de salud; políticas de inversiones y de remuneraciones; la protección de derechos en salud"⁵⁹; entre otros.

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

⁵⁹ Ministerio de Salud. Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021

Gráfico N° 11. Evolución de afiliados a Seguros de Salud en el marco AUS



Fuente: Registro nominal de afiliados. SUSALUD, Diciembre 2016

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

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

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

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.

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

Artículo 1. Creación, definición y fines

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

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

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



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

Siendo EsSalud una IAFAS, dentro del alcance de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su reglamento⁶⁰ requiere adecuar su organización interna y funcionamiento a la de una IAFAS de acuerdo al marco normativo vigente. Asimismo, en su calidad de IAFAS pública, EsSalud debe incorporar en sus documentos de gestión el objeto o finalidad en relación a la recepción, captación, o gestión de fondos para la cobertura de las atenciones de salud u ofrecer cobertura de riesgos de salud, según corresponda. Además, debe diferenciar contablemente las transacciones concernientes a las actividades de la IAFAS de aquellas correspondientes a sus IPRESS⁶¹.

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

Respecto a la política de estado "acceso a empleo pleno, digno y productivo", EsSalud contribuye en su rol de entidad pública adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuyas políticas sectoriales tienen como uno de sus componentes el acceso a servicios de seguridad social⁶² y el fortalecimiento de las condiciones laborales entendida como "la provisión de un marco institucional que promueva la seguridad y salud en el trabajo"⁶³.

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

En ese contexto, el gobierno del Perú implementará un plan de reformas estructurales para alcanzar un crecimiento potencial de 5,0% en el mediano plazo a través de una mayor acumulación de capital (destrabe de proyectos de infraestructura y simplificación de sistemas de inversión) y ganancias de productividad (mayor formalización)⁶⁴ liderada por el Sector Trabajo y Promoción del Empleo. Así, la estrategia de formalización consta de tres ejes:

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

En el marco de la implementación de las reformas estructurales señaladas, se espera cumplir con un hito de incrementar la tasa de empleo formal desde 26.8% en el año 2015 a más del 50% en el año 2021⁶⁵, ello evidentemente impactaría en la gestión de EsSalud por el incremento en la demanda de prestaciones para llevar la protección social en salud a todo este nuevo contingente de trabajadores formales y sus derechohabientes. Asimismo, en el marco de las políticas institucionales del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, EsSalud contribuye al objetivo de mejora de las condiciones laborales, promoviendo los beneficios de la formalización laboral respecto a la seguridad social y particularmente la mejora en la seguridad y salud en el trabajo.

3.3 Políticas de implementación transversal

Enfoque intercultural⁶⁶. – Implica que las instituciones del Estado valoricen e incorporen las diferentes visiones culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales en los servicios que prestan. De esta manera, la incorporación del enfoque intercultural

⁶⁰ Ley N° 29344 y Decreto Supremo 008-2010-SA

⁶¹ Decreto Supremo N° 010-2016-SA. Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas

⁶² "Entendida como las actividades relacionadas con el aseguramiento respecto a la prestación de servicios de salud, prestaciones económicas y prestaciones sociales; la atención del seguro de riesgos laborales y el otorgamiento de pensiones a personas jubiladas". PESEM Sector Trabajo y promoción del Empleo 2017 - 2021

⁶³ "condición básica para la protección social y el desarrollo de las relaciones de trabajo decentes, que propicia el mejoramiento de las condiciones de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, a fin de evitar o prevenir daños a la salud de los trabajadores, como consecuencia de la actividad laboral". PESEM Sector Trabajo y promoción del Empleo 2017 - 2021

⁶⁴ Ministerio de Economía y Finanzas. Marco Macroeconómico Multianual 2017-2019 Revisado. Aprobado en la sesión del Consejo de Ministros; Lima 26 de agosto de 2016

⁶⁵ Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2017-2021. Sector Trabajo y Promoción del Empleo. Ministerio de Trabajo, diciembre 2016

⁶⁶ Decreto Supremo N°003-2015-MC. Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.

busca garantizar el ejercicio de los derechos de poblaciones históricamente excluidas y discriminadas como los pueblos indígenas y la población afroperuana.

En el Sector Salud se aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural⁶⁷ "con el propósito de definir objetivos prioritarios, lineamientos y contenidos principales de política pública del sector salud, así como los estándares nacionales de cumplimiento y provisión que deben ser alcanzados para asegurar una adecuada prestación de los servicios de salud en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud", del que EsSalud forma parte. Contiene cuatro ejes: i) la promoción del derecho a la salud, la inclusión social y la equidad en los servicios de salud para los pueblos indígenas, andinos y amazónicos, así como para los afroperuanos y asiático peruanos, ii) la promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina convencional, iii) el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural, y iv) el fortalecimiento de la identidad cultural y participación de los pueblos andinos, amazónicos, afroperuanos y asiático peruanos en los servicios de salud.

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

La ley de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres⁶⁸ "establece el marco normativo, institucional y de políticas públicas en los ámbitos, nacional, regional y local, para garantizar a mujeres y hombres el ejercicio de sus derechos a la igualdad, dignidad, libre desarrollo, bienestar y autonomía, impidiendo la discriminación en todas las esferas de su vida, pública y privada, propendiendo a la plena igualdad".

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

Gestión del riesgo de desastres⁶⁹. – El Perú se encuentra permanentemente en riesgo de sufrir el impacto de fenómenos naturales, debido a la zona geográfica donde se ubica. Dicho impacto se ve agravado por la deficiente planificación urbana y de infraestructura, que podría colapsar en caso de un desastre natural, acarreando consecuencias en las condiciones de vida y de salud de la población.

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

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

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

⁶⁷ Decreto Supremo N° 016-2016-SA. Política Sectorial de Salud Intercultural.

⁶⁸ Ley N° 28983, marzo 2007

⁶⁹ Decreto Supremo N° 111.2012-PCM. Decreto Supremo que incorpora la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres como Política Nacional de Obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



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

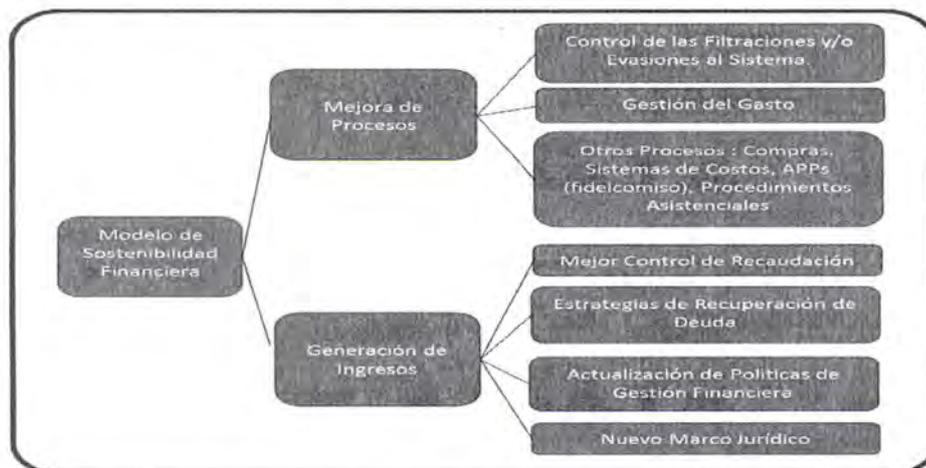
3.4 Lineamientos de política institucional

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

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

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

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



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

sa

M

AK

Impacto económico estimado			
Medidas / Acciones	Estimado anual*	Nivel de Implementación	Agente externo
Régimen Excepcional de Facilidades de pago	S/.30 MM (2016 -2020)	Interna	No
Estrategias de Cobranza	S/.70 MM	Mixta	SUNAT
Nueva Política y Reglamento de Inversiones Financieras	S/.32 MM	Interna	No
Control de la Recaudación : Devolución de Detracciones	S/.78 mm (2016-2020)	Externa	SUNAT / MEF
Trabajadores CAS : modificación de base imponible (igual a remuneración y no máximo del 30% de la UIT)	S/.300 MM	Externa	MTPE /Congreso de la República
Magisterios y Sector Salud :eliminar la reducción (65%) de la base imponible del sueldo ^{1/}	S/.170 MM	Externa	MTPE /Congreso de la República
Seguro Agrario : modificación gradual de la tasa de aportación.	S/.35 MM (por cada punto porcentual)	Externa	MTPE /Congreso de la República
Seguro Regular : modificación de la tasa de aportación del 9% al 10%	S/.1,100 MM	Externa	MTPE /Congreso de la República
Reserva Técnica : disminución de tasa exigida de 30% a 15 % de acuerdo a lo recomendado por la OIT	S/.1,130 MM (2018)	Externa	MTPE /Congreso de la República
Revaluar la permanencia de la exoneración de gratificaciones.	S/.1,000 MM	Externa	MTPE /MEF /Congreso de la República
Pensiones (D.L N° 20530 y D.L. N°18846) Estimado Preliminar a partir del 2018 <i>1/.Fuente .GCSPE</i>	S/.160 MM (D.L. N° 18846) S/490 MM (D.L. 20530)	Externa	MEF /ONP

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

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

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

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

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



3.5 Las recomendaciones de la Comisión Reorganizadora de EsSalud⁷⁰

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

- 1) Implementación y homologación de los estándares del sector. (DNI, código de medicamentos, material médico, equipos médicos, mobiliario médicos, procedimientos, guías de prácticas clínicas, protocolos y otros).
- 2) Remitir información que requiera SUSALUD, fortaleciendo las bases del Aseguramiento Universal en Salud con:
 - a) Suscribir convenios de Intercambio Prestacional en todas las regiones.
 - b) Comprar servicios de salud de manera conjunta con el Seguro Integral de Salud-SIS, utilizando el mecanismo establecido en la Ley de Presupuesto 2013.
 - c) Desarrollar mecanismos conjuntos con el Seguro Integral de Salud SIS para la captación de las personas que no cuentan con seguro de salud.

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

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

3.6 La separación de funciones

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

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

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

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

⁷⁰ Creada en el marco del Decreto Supremo N°016-2012-TR

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

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

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

Los Sistemas de Salud de Alto Desempeño ("High-Performing Health Systems") son sistemas que se organizan de una manera proactiva y eficaz, para responder a una tendencia creciente de demanda de servicios por parte de los ciudadanos, brindando servicios de calidad y reduciendo las disparidades en salud, a partir de intervenciones en el primer nivel de atención y el desarrollo intensivo de innovaciones que permitan mejorar los resultados de la inversión en salud y crear valor en la sociedad⁷¹.

Estos Sistemas agrupan un conjunto de atributos orientados a lograr el acceso universal al mejor cuidado de la salud posible. Si bien se plantean un conjunto de buenas prácticas para el desarrollo de la eficiencia en el uso de los recursos, ello se asocia a la transformación de los sistemas de salud, a redes de servicio centradas en las necesidades de los ciudadanos, a una mayor centralidad de la prevención y del cuidado y a estrategias explícitas de reducción de las inequidades⁷². Este modelo nos plantea los atributos que EsSalud necesita alcanzar para constituirse en una organización de seguridad social de salud de alto desempeño que sea capaz de responder a las demandas y expectativas de los asegurados.

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

- Recuperación de estándares de atención y de condiciones de trabajo similares a las instituciones líderes en América Latina
- Desarrollo de un sistema asistencial de economía de escala, que permita resultados y retornos en salud, satisfacción del usuario y eficiencia económica.
- Implementación de redes hospitalarias macro-regionales de prevención, cuidados, diagnóstico y tratamiento, que elimine barreras de acceso.
- Desarrollo de una gestión con excelencia operativa, con ética y transparencia, que permita el logro de resultados en salud a los asegurados y eficiencia técnica y financiera a la institución, de acuerdo a las mejores prácticas existentes.
- Desarrollo de un sistema de tableros de control, que permitan disponer de la información apropiada para la toma de decisiones requeridas en los diversos niveles de la institución.
- Puesta en valor del máximo de las capacidades institucionales a partir de la innovación permanente.

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

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

⁷¹ The OECD Health Project. Toward high performing health system. Summary Report, Paris, 2004.

⁷² Extending Social Protection in Health. Developing countries experiences, lessons learnt and recommendations. ILO-GTZ-OMS, Frankfurt 2005

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO

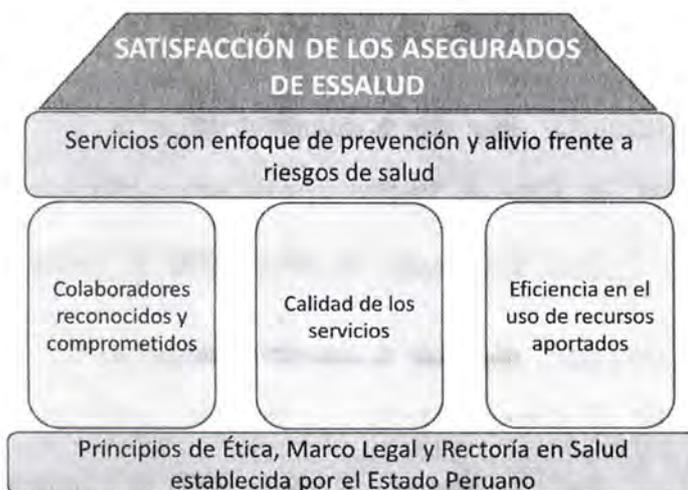


Propuesta de Valor

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

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

Gráfico N° 12. Estrategias institucionales para el logro de la propuesta de valor



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

El modelo de excelencia operativa, es la base de un modelo de gobernanza orientado a los más altos estándares de gestión corporativa⁷³, incorpora dos elementos de importancia en este modelo, la gestión de los recursos humanos, entendiendo a estos como los agentes fundamentales del cambio y reinventar nuestras relaciones con los asegurados en aras de construir un gobierno corporativo abierto y participativo⁷⁴.

El modelo de gestión por resultados de EsSalud, se expresa a través de una cadena de valor, donde a partir de garantizar los derechos y responder a las demandas de la población -en el marco de las políticas de Seguridad Social y los procesos de excelencia operativa- se debe organizar los recursos disponibles de la manera más eficiente posible, para el logro de resultados específicos en la población asegurada (mayor bienestar y calidad de vida) y los fines de la Seguridad Social de Salud, contribuyendo al crecimiento económico (mayores ingresos por la reducción del impacto de la enfermedad). Asimismo, se considera que el modelo propuesto permite, en base a la evidencia disponible, integrar las capacidades de EsSalud con economía de escala que le permita desarrollar una mayor eficiencia en el nuevo escenario de cambio institucional⁷⁵. El modelo de gestión propuesto se observa en el gráfico siguiente:

⁷³ Bernal A, Oneto A, Penfold M, Schneider L y Wilcox J. Gobierno corporativo en América Latina. Importancia de las empresas de propiedad estatal. Corporación Andina de Fomento, 2012.

⁷⁴ OCDE (2016). Estudios de la OCDE sobre gobernanza pública. Perú gobernanza integrada para el crecimiento inclusivo. Éditions OCDE, Paris.

⁷⁵ Porter M, Olmsted Teisberg E. Redefining Health Care. Creating value-based competition on results. Harvard Business Review Press. Boston 2006.

Gráfico N° 13. Modelo de Gestión por Resultados de EsSalud



Referencia Normativa: Decreto Supremo N°004-2013-PCM

3.9 Visión y Misión Institucional

Visión

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

Misión

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

3.10 Objetivos Estratégicos Institucionales

Los objetivos del Plan Estratégico Institucional para el periodo 2017-2021 son los siguientes:

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

OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

OE 3: Brindar servicios sostenibles financieramente.

OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.

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

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

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Para abordar los problemas del asegurado cuya solución se construye a un mediano plazo, por su complejidad y la diversidad de intervenciones que se requieren, la salud de los asegurados está en el nivel de mayor relevancia, por la importancia de la vida de las personas. Sin embargo, este objetivo podría quedar en una buena intención sino se aborda sobre la base de los Estudios de Carga de Enfermedad y Lesiones de los asegurados, realizados por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, (a través de sus áreas de inteligencia sanitaria) con el fin de establecer un orden jerárquico, un orden de prioridades, en las intervenciones a realizar para mejorar la salud de los asegurados, así como para asignar eficientemente los recursos financieros, humanos y materiales.

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

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

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

N°	ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
AE 1.1	Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado
AE 1.2	Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud

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

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

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

- Conclusión de solicitudes dentro del plazo.
- Usuarios que comunican un problema en el servicio.
- Eventos centinela gestionados a tiempo.
- Pacientes correctamente identificados según directiva vigente
- Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.
- Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral
- Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas Médicas en Primer Nivel)
- Tasa de hospitalizaciones evitables

OE 2. Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

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

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

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

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

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

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

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

N°	ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
AE 2.1	Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.
AE 2.2	Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales.

Para medir el cumplimiento del objetivo estratégico se ha considerado el siguiente indicador:

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

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

[Handwritten signatures and initials in blue ink at the bottom of the page]

00035

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



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

OE 3. Brindar servicios sostenibles financieramente

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

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

Un reto importante que se propone en este plan es el de continuar con establecer claramente las funciones y responsabilidades de las dos (2) principales unidades de negocio del seguro social de salud: el rol prestador y el rol financiador asegurador.

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

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

NUM.	ACCIÓN ESTRATÉGICA
AE 3.1	Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones.

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

- Gastos Operativos / Ingresos

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

- Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado
- Déficit del Presupuesto Institucional

OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia

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

se reconozca la proactividad, el desempeño de los equipos de trabajo y sus propuestas de mejora institucional.

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

Para efectos del logro de este objetivo se ha previsto la siguiente acción estratégica:

N°	ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
AE 4.1	Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio.
AE 4.2	Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción.

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

- Índice de integridad institucional.

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

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

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

00036

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



ANEXOS

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ANEXO 1

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in black ink.

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in black ink.

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten signature in black ink.

Handwritten signature in black ink.

ANEXO 1: PRIORIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL /ÓRGANO DESCENTRALIZADO/ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (2)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	GERENCIA CENTRAL DE PROYECTOS DE INVERSIÓN	CENTRO DE EMERGENCIA LIMA METROPOLITANA	3,269,531				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL ÁREA PEDIÁTRICA DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR - INCOR, ESSALUD EN EL DISTRITO DE JESÚS MARÍA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	3,964,908	28,534			
		AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, DISTRITO DE AREQUIPA, PROVINCIA DE AREQUIPA DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	100,000	833,226			
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL POLICLÍNICO PABLO BERMÚDEZ EN LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI, DISTRITO DE JESÚS MARIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	260,000	59,844			
		INSTALACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TOMOGRAFÍA EN LA UPSS AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HOSPITAL I VÍCTOR ALFREDO LAZO PERALTA DE ESSALUD - PUERTO MALDONADO, DISTRITO DE TAMBOPATA - PROVINCIA DE TAMBOPATA - DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS	1,743,552	1,483,738			
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE TOMOGRAFÍA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA.	4,845,642	438,547			
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA.	9,092,751	1,694,191			
		MEJORAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DEL EQUIPAMIENTO DEL CENTRO QUIRÚRGICO Y DEL SERVICIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SOLIDO DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ-HUANCAJO	6,011,307				
		MEJORAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DEL EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE TRASPLANTE DE	1,480,446				

**SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO**



00037

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL /ÓRGANO DESCONCENTRADO/ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (3)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)					
			2017	2018	2019	2020	2021	
		ÓRGANO SOLIDO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI M. – RAR-LIMA						
		MEJORAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DEL EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SOLIDO DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-RAA-ESSALUD-LIMA	1,574,136					
		CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE SANTA ANITA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	8,290,137	40,412				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL CHINCHEROS DE ESSALUD, DISTRITO DE CHINCHEROS, PROVINCIA DE CHINCHEROS Y DEPARTAMENTO DE APURÍMAC	8,339,514	986,406				
		CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	8,262,914	822,663				
		MEJORAMIENTO DE LAS SALAS DE AISLAMIENTO RESPIRATORIO PARA PACIENTES BK POSITIVOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA N1-INFECTOLOGIA Y VIH DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA-ESSALUD, DISTRITO LA VICTORIA	1,436,982	59,664				
		MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA.	9,031,768	56,000				
		MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA CONTROL DE TUBERCULOSIS DEL POLICLÍNICO PABLO BERMÚDEZ EN LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI, DISTRITO DE JESÚS MARIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	579,084	459,369				
		INSTALACIÓN DE LA PLANTA DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS EN EL HOSPITAL I VICTOR ALFREDO LAZO PERALTA DE LA RED ASISTENCIAL MADRE DE DIOS - ESSALUD DE LA PROVINCIA DE TAMBOPATA, DISTRITO DE TAMBOPATA, DEPARTAMENTO MADRE DE DIOS	779,194					
		MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL II HUANCVELICA - RED ASISTENCIAL HUANCVELICA - DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA	1,072,216					
		IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL II MOQUEGUA- RED	992,546					

ff

R

[Signature]

[Signature]

[Signature]

M

[Signature]

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL / ÓRGANO DESCENTRALIZADO / ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (3)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
		ASISTENCIAL MOQUEGUA - DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA					
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE MEDICINA COMPLEMENTARIAS EN LAS REDES ASISTENCIALES DE ESSALUD, A NIVEL NACIONAL	799,039	688,017			
		NUEVOS HOSPITAL II HUACHO - RAS	3,135,221	23,236,068	34,854,103		15,939,319
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II PASCO DE LA RED ASISTENCIAL PASCO, EN EL DISTRITO DE FUNDICIÓN DE TINYAHUARCO, PROVINCIA DE PASCO, DEPARTAMENTO DE PASCO	AD	25,382,380	93,962,746		118,722,069
		CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DEL ALTIPLANO DE LA REGIÓN PUNO - ESSALUD, EN EL DISTRITO DE PUNO, PROVINCIA DE PUNO, DEPARTAMENTO DE PUNO	152,500	25,128,612	96,271,335		125,339,248
		AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA CON ACELERADOR LINEAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD - ESSALUD - DISTRITO LA ESPERANZA - PROVINCIA TRUJILLO - DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	1,882,148	16,491,642			
		MEJORAMIENTO DE LA TECNOLOGÍA DEL EQUIPAMIENTO DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES DEL HNRPP - JUNIN	253,024	3,883,465	276,343		
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE DÍA DEL HOSPITAL I UL DARICO ROCCA FERNANDEZ, DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI, EN EL DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, PROVINCIA DE LIMA Y DEPARTAMENTO DE LIMA	5,000	1,083,710			
		MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA POSTA MÉDICA CASTROVIRREYNA DE LA RED ASISTENCIAL HUANCVELICA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE CASTROVIRREYNA, PROVINCIA DE HUANCVELICA	1,029,241	1,670			
		MEJORAMIENTO, AMPLIACIÓN DEL CERCO PERIMÉTRICO DE LA POSTA MÉDICA ZARUMILLA - ESSALUD EN EL DISTRITO DE ZARUMILLA, PROVINCIA DE ZARUMILLA, DEPARTAMENTO DE TUMBES	161,364	514,421			
		MEJORAMIENTO DEL ÁREA DE TOMA DE MUESTRAS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL ALMENARA, DISTRITO LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO LIMA	48,000	1,056,903			
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO CLÍNICO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III PUENTE PIEDRA DE LA GERENCIA DE LA RED	580,664	30,682			

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



00038

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL /ÓRGANO DESCONCENTRADO/ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (3)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)					
			2017	2018	2019	2020	2021	
		DESCONCENTRADA SABOGAL, DISTRITO PUENTE PIEDRA, PROVINCIA LIMA, DEPARTAMENTO LIMA						
		MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD DE MEZCLAS ONCOLÓGICAS DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO.	0	1,119,367				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LA SALA DE OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III – IQUITOS – ESSALUD EN EL DISTRITO DE PUNCHANA, PROVINCIA DE MAYNAS, DEPARTAMENTO DE LORETO	AD	1,199,994				
		CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE TRANSPLANTES DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICO DE DONANTE NO RELACIONADO EN EL HNERM - ESSALUD, DISTRITO DE JESÚS MARÍA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	AD	10,565,541				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL CALCA DE ESSALUD, DISTRITO DE CALCA, PROVINCIA DE CALCA Y DEPARTAMENTO DE CUSCO	AD	20,000,000				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO MÉDICO URCOS DE LA RED ASISTENCIAL CUSCO, EN LA PROVINCIA DE QUISPICANCHIS, DISTRITO DE URCOS	AD	20,000,000				
		MEJORAMIENTO DEL CENTRO MEDICO PAMPAS DE LA RED ASISTENCIAL HUANCVELICA, DISTRITO DE PAMPAS, PROVINCIA DE TAYACAJA, DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA	200,000	27,200,000	6,600,000			
		INSTALACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION RENAL AMBULATORIA EN EL HOSPITAL II DE PUCALLPA DE LA RED ASISTENCIAL UCAYALI EN EL DISTRITO DE CALLERIA, PROVINCIA CORONEL PORTILLO, DEPARTAMENTO DE UCAYALI	110,900	6,206,992	2,549,239			
		CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA DE LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA - ESSALUD, DISTRITO DE JACOBO HUNTER, PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	AD	13,995,013	5,995,657			
		CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN RENAL AMBULATORIA DE LA RED ASISTENCIAL CUSCO - ESSALUD, DISTRITO DE WANCHAQ, PROVINCIA DE CUSCO, DEPARTAMENTO DE CUSCO	AD	13,024,465	5,581,914			
		CREACION DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PIALÉ PARA LA RED ONCOLOGICA JUNÍN -	80,900	30,211,559	22,658,669			29,158,635

12

Handwritten notes and signatures in blue ink on the left margin, including a large signature and the letters 'Ms' and 'CF'.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL /ÓRGANO DESCENTRALIZADO/ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (3)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
		ESSALUD, DISTRITO DE EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNÍN					
		INSTALACION DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO - RADIOTERAPIA EXTERNA Y QUIMIOTERAPIA - DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE LA RED ASISTENCIAL ICA ESSALUD DISTRITO DE ICA PROVINCIA DE ICA, DEPARTAMENTO DE ICA	82,000	16,477,512	12,358,134		12,276,134
		CREACION DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO ONCOLOGICO DE LA RED ONCOLOGICA CUSCO, EN EL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO DE LA RED ASISTENCIAL CUSCO - ESSALUD, EN EL DISTRITO DE WANCHAQ, PROVINCIA DE CUSCO, DEPARTAMENTO DE CUSCO	100,000	25,785,785	19,339,339		19,239,339
		CREACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA - ESSALUD, DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	120,000	21,472,107	16,104,080		15,984,080
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CAP II HUAMACHUCO DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, DISTRITO DE HUAMACHUCO, PROVINCIA DE SÁNCHEZ CARRIÓN, REGIÓN LA LIBERTAD.	210,000	13,390,000	10,200,000		10,200,000
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL ESPINAR DE LA RED ASISTENCIAL CUSCO, EN LA PROVINCIA DE ESPINAR, DISTRITO DE ESPINAR	AD	23,800,000	10,200,000		
		MEJORAMIENTO DEL CAP II CABALLOCOCHA DE LA RED ASISTENCIAL LORETO - DISTRITO DE CABALLOCOCHA, PROVINCIA DE RAMON CASTILLA, DEPARTAMENTO DE LORETO	200,000	8,200,000	5,600,000		
		CREACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL POLICLINICO DE COMPLEJIDAD CRECIENTE LA TINGUIÑA EN LA RED ASISTENCIAL ICA - ESSALUD DISTRITO DE LA TINGUIÑA. PROVINCIA DE ICA, DEPARTAMENTO DE ICA	100,000	18,139,200	13,679,400		13,679,400
		CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL CAP III JAÉN DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, EN EL DISTRITO DE JAÉN, PROVINCIA DE JAÉN, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	80,000		5,880,814		3,973,876
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL CHOCOPE DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, EN EL DISTRITO DE CHOCOPE, PROVINCIA DE ASCOPE Y DEPARTAMENTO LA LIBERTAD	360,000				
		RECUPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL MARIE REICHE DE LA RED ASISTENCIAL ICA -	511,135				

**SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO**



OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL /ÓRGANO DESCONCENTRADO/ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL ⁽²⁾	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN ⁽⁴⁾	AÑOS ^(1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
		ESSALUD, DISTRITO DE MARCONA, PROVINCIA DE NAZCA, DEPARTAMENTO DE ICA					
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA – ESSALUD, EN EL DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	225,000				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II TALARA DE ESSALUD EN EL DISTRITO DE PARIÑAS, PROVINCIA DE TALARA, DEPARTAMENTO DE PIURA (*)	63,000				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II VITARTE DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA-ESSALUD, DISTRITO DE VITARTE, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	0				
		CREACION DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH - ESSALUD EN EL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH	AD				
		CREACIÓN DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PIURA DE LA RED ASISTENCIAL PIURA – ESSALUD EN EL DISTRITO DE PIURA, PROVINCIA DE PIURA, DEPARTAMENTO DE PIURA	53,900				
		CREACIÓN DEL INSTITUTO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE DEL SEGURO SOCIAL – ESSALUD, EN EL DISTRITO DE JESÚS MARÍA, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	53,900				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II ILO DE LA RED ASISTENCIAL MOQUEGUA - ESSALUD, DISTRITO DE ILO, PROVINCIA DE ILO, DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA	275,114				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I JUANJUI DE LA RED ASISTENCIAL TARAPOTO, DISTRITO DE JUANJUI, PROVINCIA DE MARISCAL CACERES, DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN	AD				
		CREACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE COMPLEJIDAD CRECIENTE DE ESSALUD EN EL DISTRITO DE SAN BORJA, PROVINCIA DE LIMA Y DEPARTAMENTO DE LIMA	340,000				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL III JULIACA DE LA RED ASISTENCIAL JULIACA, DISTRITO DE JULIACA, PROVINCIA DE SAN ROMAN, DEPARTAMENTO DE PUNO	654,090				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL POLICLINICO JUAN JOSE RODRIGUEZ LAZO DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA	481,140				

Handwritten signatures and initials at the top of the page.

Handwritten signature on the left margin.

Handwritten initials on the left margin.

Handwritten initials at the bottom left margin.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL / ÓRGANO DESCENTRALIZADO / ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (2)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
		REBAGLIATI-ESSALUD DISTRITO DE CHORRILLOS, PROVINCIA LIMA, DEPARTAMENTO LIMA					
		CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO EN LA RED ASISTENCIAL CAJAMARCA - ESSALUD, DISTRITO DE CAJAMARCA, PROVINCIA DE CAJAMARCA, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA (*)	AD				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I FLORENCIA DE MORA DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD – ESSALUD, DIST. DE FLORENCIA DE MORA, PROV. DE TRUJILLO, DEPTO. DE LA LIBERTAD	507,644				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE LA RED ASISTENCIAL TACNA, DISTRITO DE CALANA, PROVINCIA DE TACNA, DEPARTAMENTO DE TACNA	797,940				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I EL BUEN SAMARITANO DE LA RED ASISTENCIAL AMAZONAS - ESSALUD, DISTRITO DE BAGUA, PROVINCIA DE BAGUA, DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	434,000				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL VICTOR LAZARTE DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD – ESSALUD, DIST. DE TRUJILLO, PROV. DE TRUJILLO, DEPTO. DE LA LIBERTAD	500,000				
		CREACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL CHOTA DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE - ESSALUD, DISTRITO DE CHOTA, PROVINCIA DE CHOTA, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	30,000				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA NASCA DE LA RED ASISTENCIAL ICA - ESSALUD, DISTRITO DE NASCA, PROVINCIA DE NASCA, DEPARTAMENTO DE ICA	70,000				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I RIOJA DE LA RED ASISTENCIAL MOYOBAMBA – ESSALUD, DISTRITO DE RIOJA, PROVINCIA DE RIOJA, DEPARTAMENTO DE SAN MARTÍN	573,996				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL YURIMAGUAS DE LA RED ASISTENCIAL LORETO - DISTRITO DE YURIMAGUAS, PROVINCIA DE ALTO AMAZONAS, DEPARTAMENTO DE LORETO	296,000				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO ASISTENCIAL MOCHE DE LA RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD, EN EL DISTRITO DE	20,000				

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



00040

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL /ÓRGANO DESCONCENTRADO/ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (2)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
		MOCHE, PROVINCIA DE TRUJILLO, DEPARTAMENTO LA LIBERTAD					
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL II MOQUEGUA DE LA RED ASISTENCIAL MOQUEGUA - DISTRITO DE MOQUEGUA, PROVINCIA DE MARISCAL NIETO, DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA	686,664				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL HOSPITAL II HUARAZ DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH - ESSALUD EN EL DISTRITO DE INDEPENDENCIA, PROVINCIA DE HUARAZ, DEPARTAMENTO DE ANCASH	473,152				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I EDMUNDO ESCOMEL DE LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA – ESSALUD, DISTRITO DE PAUCARPATA, PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	343,951				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI – ESSALUD EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	46,881				
		CREACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MEDIANA ESTANCIA DE LA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI - ESSALUD, EN EL DISTRITO DE JESUS MARIA, PROVINCIA LIMA, DEPARTAMENTO LIMA	AD				
		CREACION DEL INSTITUTO DE MEDICINA DE REHABILITACION Y DEL DEPORTE - ESSALUD, DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	15,000				
		MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD, DISTRITO DE YANAHUARA, PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	714,039				
		AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL I SAMUEL PASTOR DE ESSALUD, DISTRITO DE SAMUEL PASTOR, PROVINCIA DE CAMANA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	544,000				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL MANUEL DE TORRES DE MUÑOZ DE ESSALUD, DISTRITO DE MOLLENDO, PROVINCIA DE ISLAY, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	632,400				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III MELITON SALAS TEJADA DE ESSALUD, DISTRITO DE SOCABAYA,	200,536				

Handwritten mark at the top left.

Handwritten signatures at the top center.

Handwritten mark on the left margin.

Handwritten mark on the left margin.

Handwritten mark on the left margin.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL / ÓRGANO DESCENTRALADO / ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (2)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
		PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA					
		CREACION DEL HOSPITAL I LAMBAYEQUE DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO DE LAMBAYEQUE, PROVINCIA DE LAMBAYEQUE, DEPARTAMENTO LAMBAYEQUE	479,720				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO MEDICO CUTERVO DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO Y PROVINCIA DE CUTERVO, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	483,300				
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO Y PROVINCIA DE CHICLAYO, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	677,040				
		MEJORAMIENTO DE LAS ATENCIONES DEL HOSPITAL NAYLAMP DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE - ESSALUD, PROVINCIA DE CHICLAYO, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	450,000				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL TERCER NIVEL DE ATENCION DE LA RED ASISTENCIAL SABOGAL, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA DEL CALLAO, DEPARTAMENTO DE LIMA	539,048				
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y QUEMADOS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA	AD				
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - ESSALUD, DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA,	AD				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE CLINICA PEDIÁTRICA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-ESSALUD-DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE LIMA,	AD				
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN DE LA RED ASISTENCIAL ALMENARA - ESSALUD - LA VICTORIA - LIMA. COD SNIP	AD				
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR DEL HNGAI DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD				
		MEJORAMIENTO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y SUMINISTROS DEL HNGAI DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD				

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



00041

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL / ÓRGANO DESCONCENTRADO / ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (2)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)					
			2017	2018	2019	2020	2021	
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE RESONANCIA NUCLEAR DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD					
		MEJORAMIENTO DE LAS UNIDADES DE APOYO DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS DE HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN: UNIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL Y VENTILOTERAPIA	AD					
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LA ÁREAS DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA DE LA RED ASISTENCIA ALMENARA, DEPARTAMENTO DE LIMA, PROVINCIA DE LIMA Y DISTRITO DE LA VICTORIA	AD					
		MEJORAMIENTO DEL SISTEMA ELECTRICO DEL HOSPITAL ALMENARA	AD					
		MEJORAMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ELECTROMECÁNICO DE LA TORRE DE CONSULTA EXTERNA DEL HNGAI	AD					
		IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE MANEJO DEL PACIENTE CON DESORDEN CEREBROVASCULAR DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA DE LA RED ASISTENCIA ALMENARA, DEPARTAMENTO DE LIMA,	AD					
		IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFIA DOPPLER A COLOR PARA USO INTRAOPERATORIO DEL SERVICIO DE PANCREAS, BAZO Y RETROPERITONEO DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD					
		MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD					
		MEJORAMIENTO DE LA CADENA DE FRIO DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD					
		MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD					
		MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE RECUPERACION Y TERAPIA DEL DOLOR DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD					
		MEJORAMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL ALMENARA	AD					
		INSTALACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III MIRAFLORES DE ESSALUD, DISTRITO DE MIRAFLORES, PROVINCIA DE AREQUIPA, DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	AD					
		MEJORAMIENTO DE TAMIZAJE DE ANEMIA A NIÑOS DE 6 A 36 MESES EN LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA	AD					

Handwritten signatures and initials at the top of the page.

Handwritten initials on the left side of the page.

Handwritten initials at the bottom left of the page.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL / ÓRGANO DESCENTRALIZADO / ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (2)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)					
			2017	2018	2019	2020	2021	
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE, DE LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN	AD					
		MEJORAMIENTO DEL CAM SAN RAMON DE LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO DE SAN RAMON, PROVINCIA DE LA MERCED, DEPARTAMENTO DE JUNIN	AD					
		AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE DE LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN	AD					
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL RAMIRO PRIALE PRIALE DE LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN	AD					
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO DE JAUJA, PROVINCIA DE JAUJA, DEPARTAMENTO DE JUNIN	AD					
		MEJORAMIENTO DEL POLICLINICO METROPOLITANO HUANCAYO, RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO EL TAMBO, PROVINCIA DE HUANCAYO, DEPARTAMENTO DE JUNIN	AD					
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL CENTRO MEDICO JUNIN EN LA RED ASISTENCIAL JUNIN, DISTRITO DE JUNIN, PROVINCIA DE JUNIN, DEPARTAMENTO DE JUNIN	AD					
		MEJORAMIENTO Y AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PUCARA, RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE - ESSALUD, DISTRITO DE PUCARA, PROVINCIA DE JAEN, DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	AD					
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL II LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, PROVINCIA DE CHICLAYO, DISTRITO DE PIMENTEL	AD					
		MEJORAMIENTO DE LAS ATENCION DOMICILIARIA DE LA RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE.	AD					
		MEJORAMIENTO DEL CAP III CARLOS CASTAÑEDA IPARRAGUIRRE DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO DE LA VICTORIA, PROVINCIA DE CHICLAYO, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	AD					
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO ASISTENCIAL CHONGOYAPE DE LA RED ASISTENCIAL	AD					

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



00042

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL /ÓRGANO DESCONCENTRADO/ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (2)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
		DE LAMBAYEQUE, DISTRITO DE DE CHONGOYAPE, PROVINCIA DE DE CHICLAYO, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE					
		MEJORAMIENTO DE LAS ATENCIONES DEL HOSPITAL I CHEPEN DE LA RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE, DISTRITO DE CHEPEN, PROVINCIA DE CHEPEN, DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	AD				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO CLINICO DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III HNA MARIA DONROSE DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA SABOGAL, DISTRITO DE VENTANILLA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO.	AD				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO CLINICO DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III BELLAVISTA DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA SABOGAL, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO.	AD				
		MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UPSS DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO CLINICO DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III CARABAYLLO DE LA GERENCIA DE RED DESCONCENTRADA SABOGAL, DISTRITO DE CARABAYLLO, PROVINCIA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LIMA.	AD				
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DE LA GERENCIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	AD				
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE UROLOGIA DE LA GERENCIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	AD				
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DE LA GERENCIA CLINICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	AD				
		MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD DE DOSIS UNITARIA DEL SERVICIO DE FARMACOTECNIA DE LA GERENCIA DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL	AD				

Se

ce

ce

ce

ce

ce

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ÓRGANO CENTRAL /ÓRGANO DESCENTRALIZADO/ÓRGANO PRESTADOR NACIONAL (3)	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVERSIÓN (4)	AÑOS (1,2)				
			2017	2018	2019	2020	2021
		HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO					
		MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE TERAPIA DE DOLOR DE LA GERENCIA QUIRURGICA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	AD				
		MEJORAMIENTO DE LA COCINA Y COMEDOR DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	AD				
		MEJORAMIENTO DE LAS FARMACIAS DEL SERVICIO DE FARMACOTECNIA DE LA GERENCIA DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, DISTRITO DE BELLAVISTA, PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	AD				

(1) De acuerdo al Reglamento del DL N° 1252, Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones. Título III - Ciclo de Inversión, Art.10 "Programación Multianual": La Programación Multianual de Inversiones se realiza para un periodo mínimo de 03 años, contados desde el año siguiente a aquel en que se realiza la programación.

(2) Programa Multianual de Inversión ESSALUD 2018-2020 presentado al Órgano Resolutorio del sector salud con Oficio N° 073-GG-ESSALUD-2017, de fecha 12.05.2017, en el cumplimiento a la Directiva N° 001-2017-MEF/ 63.01 "Directiva para la Programación Multianual en el marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones".

(3) La Sub Gerencia de Evaluación de Inversiones de la Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones de la GCPP en el marco de sus funciones elabora el Programa Multianual de Inversiones ESSALUD 2018-2020 que incluye financiamiento para proyectos de inversión y gastos de capital no ligado a proyectos.

(4) En este ítem se consigna la relación de proyectos de inversión de ESSALUD priorizados y concordados con la cartera de inversiones del Programa Multianual de Inversiones ESSALUD 2018-2020 presentado oficialmente al sector salud MINSa y registrado en el Aplicativo Informático (PMI) de la Dirección General de Inversión Pública del Ministerio de Economía y Finanzas

*AD Proyectos de Inversión por administración directa de la Unidad Formuladora correspondiente

Los montos están dados en Nuevos Soles

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



00043

ANEXO 2

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

Anexo 2: Articulación de Metas e Indicadores

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

ANEXO 3

h

4

r

f

se

na x

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 3: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

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

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the left margin]

[Handwritten initials 'pf' in blue ink at the bottom right]

[Handwritten signature in blue ink at the bottom left]

[Handwritten signature in blue ink at the bottom center]

Anexo 3: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

Nombre del Indicador	Años de vida saludable perdidos por 1,000 habitantes				
Definición	<p>El cálculo de los Años de Vida Saludables Perdidos es un indicador sintético resultante de la suma de los Años de Vivos con Discapacidad (AVD) y los Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP).</p> <p>Los estudios de carga de enfermedad miden las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, incluyen tanto las pérdidas por muerte prematura como aquellas producidas por la discapacidad que originan los problemas de salud. Para ello se utilizan indicadores llamados AVISA que miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz o la incidencia y duración de la discapacidad en la población. Los AVISA son el resultado de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) que son ponderados por la gravedad de la discapacidad.</p>				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Año t-3 (2014)			Año t-1 (2016)	
	87			N.D.	
Justificación	<p>Actualmente EsSalud se enfrenta al incremento de población asegurada como consecuencia del impulso de la política de formalización laboral. Asimismo, debido a la transición demográfica se enfrenta a la tendencia de envejecimiento de la población asegurada con mayor presencia de enfermedades crónicas. Otro problema a enfrentar es el alto costo de las prestaciones y la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera de las mismas. En ese contexto, el estudio de carga de enfermedad permite a la institución determinar las prioridades sanitarias institucionales y evaluar el impacto que tienen las intervenciones en el reducción de los años perdidos por discapacidad y muerte prematura, así como orientar sus recursos financieros con mayor eficiencia.</p>				
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Calidad del registro de datos de la información sanitaria. Debido a la complejidad de las variables consideradas para el Estudio de Carga de Enfermedad, el tiempo para obtener los resultados es prolongado, lo cual determina que se tengan estudios aproximadamente cada 4 años</p>				
VARIABLES DE MEDICIÓN	<p>Los años de vida ajustados saludables perdidos miden la magnitud del daño que producen las enfermedades o lesiones. Su cálculo requiere de la determinación de los parámetros básicos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> La duración del tiempo perdido como consecuencia de la muerte prematura; El valor social del tiempo vivido a diferentes edades; La preferencia de tiempo y La medición de resultados no fatales. <p>La medición de los AVISA implica la realización de tres grandes tareas:</p> <ol style="list-style-type: none"> La construcción del listado de enfermedades. La medición de los años de vida perdidos por muerte prematura. La medición de los años de vida perdidos por discapacidad. 				
Fórmula o método de cálculo	$\text{Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD)} + \text{Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVP)} = \text{Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA)}$				
Meta institucional:	2017	2018	2019	2020	2021
			73		61 (2024)
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Trianual				
Fuente de datos	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH, SGSS, SISCAP).				
Base de datos	Estadística asistencial				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Prestaciones de Salud				

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 3: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

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

je

Me

pt

Anexo 3: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

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

00047

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 3: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

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

b
u
w

f

JCE

M
AF

Anexo 3: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Brindar servicios sostenibles financieramente

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

Handwritten signature

Handwritten initials

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 3: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL: Promover una gestión con ética y transparencia.

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

bo
up

ANEXO 4

A

f

see

M₁ pf

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado

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

SM

A

AK

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado

Nombre del Indicador	Porcentaje de Eventos Centinela gestionados a tiempo.				
Definición	Este indicador mide la gestión del Eventos Centinela en las IPRESS del Seguro Social de Salud - ESSALUD.				
Tipo de indicador	Indicador de Proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional - ESSALUD				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			N.D.	
Justificación	Identificar oportunidades de mejora para la reducción o mitigación del riesgo de presentación de eventos centinela a partir del análisis y gestión del evento centinela acontecido en las IPRESS/OPN de ESSALUD.				
Limitaciones y Supuestos empleados	-Subregistro de eventos centinela en el REGINCIAD. -Eventos Centinelas registrados a la fecha de reporte que, en atención al plazo establecido, se encuentran en el proceso de gestión del evento, no habiéndose concluido este.				
Variables de medición	<p>N° Eventos Centinela gestionados según Directiva: Número de Eventos Centinela acontecidos en la IPRESS durante el trimestre evaluado, que son notificados, analizados y gestionados en la IPRESS según normativa institucional, los cuales deben contar con un plan de intervención terminado registrado en la Ficha de Reporte y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en la Atención de Salud y en el Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos.</p> <p>N° Eventos Centinela notificados: Número de eventos centinela acontecidos en la IPRESS durante el trimestre evaluado que son reportados a través de la Ficha de Reporte y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos en la Atención de Salud y en el Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos.</p> <p>Las IPRESS que no presenten casos deben informarlo mensualmente a la Oficina de Calidad de la IPRESS "sin casos".</p>				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{N° de Eventos Centinela gestionados según directiva}}{\text{N° de Eventos Centinela registrados}} \times 100$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	60%	70%	80%	90%	98%
Periodicidad de las mediciones (Organo responsable)	Trimestral				
Fuente de datos	Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos. REGINCIAD				
Base de datos	Base de datos generada del REGINCIAD				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Trimestral				
Órgano responsable	Responsable de la medición del Indicador: Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención - Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización				
Órganos involucrados	Responsable de la alimentación de base de datos: Usuarios del REGINCIAD de IPRESS y UGIPRESS Responsable de la base de datos del indicador: Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones.				

[Handwritten signature]

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado

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

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO

00051



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado

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

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the left margin]

[Handwritten signature in blue ink at the bottom left]

[Handwritten signature in blue ink at the bottom center]

[Handwritten initials in blue ink at the bottom right]

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.1.: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado

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

[Handwritten signature]

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.2.: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud.

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

(*) Medicina, Ginecología, Obstetricia y Pediatría

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 1.2.: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud.

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

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 2.1 Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 2.1.: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL 2.1 Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.

Nombre del Indicador	Items de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes) a nivel de almacenes				
Definición	Tener una cobertura óptima de stock (30 días de Inventario) mínima en todos los almacenes a nivel nacional para el abastecimiento de bienes estratégicos.				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D.		< 10%		
Justificación	Asegurar la cobertura de stocks para el consumo promedio diario de los diferentes puntos de atención médica a nivel nacional.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Capacidad en los almacenes. Presupuestos asignados de acuerdo a las necesidades. Descargas reales y a tiempo en SAP. Establecimientos sin SAP				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Cobertura de Stock en base a consumo promedio mensual				
Fórmula o método de cálculo	Items con Cobertura mayor a 30 días / Items Totales solicitados				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	<10%	<6%	<4%	<2%	<1%
Periodicidad de las mediciones (Organo responsable)	Mensual				
Fuente de datos	Sistema SAP				
Base de datos	Sistema SAP				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Mensual				
Órgano responsable	CEABE				
Órganos involucrados	Redes Asistenciales, Redes Prestacionales y Organos Prestadores Nacionales				

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.

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

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 3.1 Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones

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

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3: Brindar Servicios sostenibles financieramente.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 3.1 Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones

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

00056

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.1 Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio

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

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.1 Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio

Nombre del Indicador	Porcentaje de colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño				
Definición	Mide el porcentaje de los servidores que obtengan una calificación Alta y Muy Alta en el proceso de Evaluación de Desempeño. El tamaño de la Muestra para el año 2 será el 20% del total de trabajadores de nivel nacional, para el Año 3 el 45% , para el Año 4 el 70% y para el Año 5 el 100%				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	A nivel nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D.		N.D.		
Justificación	Es importante identificar las brechas de capacidades, que diferencian a los trabajadores con calificaciones Alta y Muy Alta, de los que se encuentran por debajo de este rango en la evaluación de desempeño; a fin de tomar las medidas necesarias para fortalecer el desarrollo de sus competencias, así como también para el mejoramiento de las condiciones que contribuyan a incrementar el clima laboral y promuevan el logro de resultados institucionales.				
Limitaciones y Supuestos empleados	<p>Limitaciones: Se puede encontrar resistencia al cambio, en algunos servidores.</p> <p>Supuestos: La Implementación del proceso de Evaluación de Desempeño se efectuará de manera progresiva. Pueden existir factores de Subjetividad en los evaluadores. El primer año se realizarán acciones preparatorias tales como: Definición de modelo, normas de criterios de aplicación que determinarán los rangos de calificación, elaboración de formatos.</p>				
Variables de medición	<p>Nº de trabajadores participantes en el proceso de Evaluación de Desempeño, que alcanzaron una calificación Alta y Muy Alta</p> <p>Nº de trabajadores participantes en el proceso de Evaluación de Desempeño.</p>				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Nº de trabajadores participantes en el proceso de Evaluación de Desempeño con calificación Alta y Muy Alta}}{\text{Nº de trabajadores participantes del proceso de Evaluación de Desempeño}} \times 100$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	Modelos, normas de aplicación y formatos	3%	7%	13%	20%
Periodicidad de las mediciones (Organo responsable)	Anual, a partir del 2018				
Fuente de datos	Fichas de Evaluación de Desempeño				
Base de datos	Sistema en el cual se registrará los resultados del proceso de Evaluación de Desempeño				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Semestral				
Órgano responsable	Gerencia Central de Gestion de las Personas				
Órganos involucrados	Redes Asistenciales, Redes Desconcentradas, Organos Prestadores Nacionales y Organos Centrales.				

Cre

Ar

Ar

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.1 Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio

Nombre del Indicador	Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1,000 colaboradores internos.				
Definición	Mide el ratio de iniciativas de mejora presentadas por los colaboradores las que luego de ser evaluadas, serán seleccionadas y se les brindará el apoyo para su implementación.				
Tipo de indicador	Indicador de Resultado				
Nivel de desagregación geográfica	A Nivel Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)		Año t-1 (2016)		
	N.D.		N.D.		
Justificación	El indicador promueve el involucramiento y participación de los colaboradores con el desarrollo institucional, reconociendo sus aportes y despliegue de capacidades y competencias en la elaboración de proyectos de mejora estratégica orientados a la excelencia operativa.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Se debe contar con un fondo financiero destinado a la implementación de proyectos de mejora seleccionados. Los planes de capacitación tomarán en cuenta el desarrollo de capacidades y competencias de los colaboradores, para dar valor agregado a sus iniciativas.				
VARIABLES DE MEDICIÓN	Iniciativa de Proyectos de Mejora presentados				
Fórmula o método de cálculo	$\frac{\text{Nº de Iniciativas de Proyecto de Mejora presentadas}}{\text{Total de colaboradores}} \times 1000$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	Diseño del Programa	2	3	6	10
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Anual, a partir del 2018				
Fuente de datos	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentaria a Nivel Nacional. Relación de mejoras Implementadas en las diferentes dependencias.				
Base de datos	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentaria a Nivel Nacional. Relación de mejoras Implementadas en las diferentes dependencias.				
Periodicidad de reporte del indicador (GCPP)	Anual				
Órgano responsable	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.				
Órganos involucrados	Organos Desconcentrados, Organos Prestadores Nacionales y Organos Centrales.				

Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.

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

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

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 4: FICHA TÉCNICA DE INDICADOR DE ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES Ficha de Protocolo de Indicador

OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 4: Promover una gestión con ética y transparencia.

ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción

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

h

u

d

z

ANEXO 5

sa

me z

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 5: Matriz Resumen de Objetivos Estratégicos Institucionales*

OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADOR	LINEA BASE		META						FUENTE DE DATOS	FUENTE DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
		Valor	Año	2017	2018	2019	2020	2021	Meta Final			
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	Índice de satisfacción general	74.9%	2016	78%	81%	84%	87%	90%	90%	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Gerencia Central de Atención al Asegurado
	Años de vida saludable perdidos por 1,000 habitantes	87	2016			73			61 (2024)	61 (2014)	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH, SGSS, SISCAP).	Estadística asistencial
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	Estancia Hospitalaria	5.2	2016	4.7	4.2	3.7	3.2	2.7	2.7	Sistema Estadístico de Salud (SES)	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH)	GCOP (Consolidación) y EESS (medición de la meta)
	Diferimiento de Citas	12	2016	11	10	9	8	7	7	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH)	Producción asistencial	GCOP (Consolidación) y EESS (medición de la meta)
	Tiempo de espera quirúrgico. (días)	87	2016	80	75	60	55	45	45	Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH)	Centro Quirúrgico, MOPRI, Consulta Externa	Gerencia Central de Operaciones
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	Gastos Operativos / Ingresos	96%	2016	99%	97%	95%	93%	91%	91%	SAP	SAP	Todos los OODD y OOC
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	Índice de integridad institucional.	N.D.	2016	90%	94%	96%	98%	99%	99%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Todas las dependencias del Seguro Social de Salud - EsSalud.

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

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

PF

-

h

u

d

f

se

ANEXO 6

M

pe

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Anexo 6: Matriz Resumen de Acciones Estratégicas Institucionales*

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ACCIÓN ESTRATÉGICA	INDICADOR	LINEA BASE		META					FUENTE DE DATOS	FUENTE DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES
			Valor	Año	2017	2018	2019	2020	2021			
OE 1: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados.	AE 1.1: Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado	Conclusión de solicitudes dentro del plazo.	69.3%	2016	95%	96%	97%	98%	99%	Base de datos de Sistema de Información de Atención al Asegurado	Base de datos de Sistema de Información de Atención al Asegurado	Gerencia Central de Atención al Asegurado
		Usuarios que comunican un problema en el servicio	11%	2016	15%	16%	17%	18%	19%	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Base de datos de encuestas realizadas en el periodo	Gerencia Central de Atención al Asegurado
		Eventos centinela gestionados a tiempo.	N.D.	2016	60%	70%	80%	90%	98%	Sistema de Registro, Notificación y Procesamiento de Incidentes y Eventos Adversos. REGINCIAD	Base de datos generada del REGINCIAD	Responsable de la medición del indicador: Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención - Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
		Pacientes correctamente identificados según directiva vigente	N.D.	2016	Implementación	20%	40%	60%	80%	Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC)	Base de datos del Sistema de Gestión de Indicadores de Calidad (SGIC)	Responsable de la medición del indicador: Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención - Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización
		Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente.	1,659	2016	1,825	2,008	2,209	2,410	2,673	Reporte Mensual de CERPS y MBRPS.	Formato en excel	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad - Sub Gerencia de Rehabilitación Social y Laboral
	Adultos Mayores beneficiados con Atención Integral	N.D.	2016	Basal	1.10 x Basal	1.20 x Basal	1.33 x Basal	1.45 x Basal	Reportes estadísticos de cada Red consolidados por la GPAMYS.	Reportes estadísticos de cada Red	Subgerencia de Protección al Adulto Mayor - Gerencia de Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales - Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad	
	AE 1.2: Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud	Grado de Resolutividad del Primer Nivel (Consultas Médicas en Primer Nivel)	41.4%	2016	42%	50%	52%	60%	70%	Registro en los sistemas de Gestión de Servicios de Salud o Sistema de Gestión Hospitalaria, data enviada por IPRESS.	Sistema Estadístico de Salud (SES)	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, Gerencia de Operaciones Territoriales de la Gerencia Central de Operaciones, Gerente de Red Desconcentrada, Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red/ Oficinas de Planificación/ Unidad Estadística, Director de Operaciones Prestacionales, Director de EESS/ Oficinas de Planificación/ Unidades de Estadística y Director de IPRESS.
Tasa de hospitalizaciones evitables	N.D.	2016	Basal	0.99 x Basal	0.97 x Basal	0.94 x Basal	0.90 x Basal	Registros TRANSACCIONES del Sistema de Gestión Hospitalaria, Sistema de Gestión de Servicios de Salud, Sistema de Información de los Centros de Atención	Registros de información de hospitalización centralizada del SGH, SGSS, SSCAP	Gerente de Red Desconcentrada o Gerente/Director de Red Asistencial/ Gerente/Director de IPRESS/ Oficina de Gestión y Desarrollo /Jefe o responsable de la Oficina y/o Unidad de Inteligencia Sanitaria		
OE 2: Desarrollar una gestión con excelencia operativa.	AE 2.1: Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia.	Disponibilidad de equipos médicos, electromecánicos y vehículos.	N.D.	2016	20%	40%	60%	80%	90%	FISICA: OTMs (Orden de Trabajo de Mantenimiento) con información parcial.	Información enviada por las ODCs	Gerencia Central de Proyectos de Inversión -GCPI
		Cobertura de puestos laborales activos a Nivel Nacional.	N.D.	2016	95%	96%	97%	98%	99%	Sistema de Consulta de Planillas, Sistema de Administración de Personal y el Sistema de Selección de Personal (SISEP).	Sistema de Consulta de Planillas, Sistema de Administración de Personal y el Sistema de Selección de Personal (SISEP).	Gerencia Central de Gestión de las Personas.
	Ítems de Bienes estratégicos con cobertura crítica (menor a 1 mes)	< 10%	2016	<10%	<6%	<4%	<2%	<1%	Sistema SAP	Sistema SAP	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos - CEABE	
	AE 2.2: Implementar tecnologías y sistemas de información modernos, adecuados a las necesidades institucionales.	Sistemas integrados de gestión institucional.	0%	2016	5%	10%	40%	50%	70%	Inventario de Sistemas de GCTIC	Inventario de Sistemas de GCTIC	Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones - GCTIC
OE 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente	AE 3.1: Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones.	Establecimientos con nuevo sistema de costos implementado	N.D.	2016	5%	15%	40%	80%	100%	SISCOS	SISCOS	Gerencia de Planeamiento y Presupuesto - GCPP
		Déficit del Presupuesto Institucional	1.23%	2016	5.00%	3.50%	1.50%	0.75%	0.00%	Sistema SAP	Sistema SAP	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto / Gerencia de Presupuesto
OE 4: Promover una gestión con ética y transparencia.	AE 4.1: Centar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio	Ausentismo laboral	N.D.	2016	Basal	0.90 x Basal	0.85 x Basal	0.80 x Basal	0.75 x Basal	Reporte de Asistencia de las Oficinas de Personal de los Organos Desconcentrados, Organo Prestador Nacional y Organo Central.	Reporte de Asistencia de las Oficinas de Personal de los Organos Desconcentrados, Organo Prestador Nacional y Organo Central.	Gerencia de Administración de Personal de la Gerencia Central de Gestión de las Personas.
		Colaboradores con evaluación alta y muy alta de desempeño	N.D.	2016	Modelos, normas de aplicación y formatos	3%	7%	13%	20%	Fichas de Evaluación de Desempeño	Sistema en el cual se registrará los resultados del proceso de Evaluación de Desempeño	Gerencia Central de Gestión de las Personas.
		Iniciativas de Proyectos de Mejora presentadas por cada 1,000 Colaboradores Interiores	N.D.	2016	Diseño del Programa	2	3	6	10	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentada a Nivel Nacional. Relación de mejoras implementadas en las diferentes dependencias.	Archivos en Excel de las propuestas de mejora sobre reducción de costos y tiempos de atención documentada a Nivel Nacional. Relación de mejoras implementadas en las diferentes dependencias.	Gerencia Central de Gestión de las Personas.
	AE 4.2: Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción	Índice de Prevención de la corrupción	N.D.	2016	90%	94%	96%	98%	99%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Secretaría General
Índice de Respuesta frente a la corrupción		N.D.	2016	90%	94%	96%	98%	99%	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Registros manuales y aplicativos informáticos de las diversas dependencias participantes de la implementación de medidas anticorrupción.	Secretaría General	

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2. Autorización para suscripción de contratos derivados de compra corporativa de productos farmacéuticos

La presentación estuvo a cargo del ingeniero Juan Manuel García Guevara, Gerente Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE, quien inició su exposición manifestando que el objetivo de la presentación es solicitar al Consejo Directivo el otorgamiento de poder especial para suscribir dos contratos derivados de compras corporativas de productos farmacéuticos que superan los S/ 45 millones de soles, considerando lo establecido en el artículo 25 del Reglamento de Representación de ESSALUD que el otorgamiento de poderes por montos superiores a los S/ 45 millones requerirá la autorización del Consejo Directivo.

De lo señalado, a título preliminar, comentó que los contratos derivados de compras corporativas se enmarcan en el artículo 93 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado que dispone que las entidades del Gobierno Nacional que formulan las políticas nacionales y/o sectoriales del Estado están facultadas a establecer, mediante Resolución del Titular de la Entidad, la relación de bienes y servicios en general que se contratan a través de compra corporativa.

Indicó, en ese contexto, que el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N.º 528-2016/MINSA aprobó la lista de productos farmacéuticos para la compra corporativa para el abastecimiento del año 2017, siendo participe el Seguro Social de Salud – EsSalud, en el cual a través de la subasta inversa electrónica corporativa SIEC N.º 009-2016-CENARES/MINSA, cuya entidad encargada es el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (CENARES), se convocó el 30 de diciembre del 2016, para la adquisición de productos farmacéuticos de 240 ítems, por un monto total estimado de S/ 221 millones, para un abastecimiento de 24 meses.

Mencionó que el procedimiento de selección y suscripción del contrato han sido llevados a cabo de acuerdo a lo establecido en la Ley N.º 30225 Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, D.S. 350-2015-EF.

De lo expuesto, recalcó que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 25 del Reglamento de Representación antes mencionado, la autorización del Consejo Directivo corresponde a dos contratos que exceden los S/ 45 millones, de los proveedores Laboratorios Americanos S.A. y MEDIFARMA S.A, con monto total adjudicado de S/ 49 y S/ 70 millones, respectivamente.

Asimismo, indicó que ambos proveedores han presentado la documentación requerida de acuerdo a lo establecido en el artículo 119 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, el mismo que ha sido verificado por la Gerencia a su cargo.

Finalmente mencionó que el poder expreso a solicitar es que el Gerente General y el Gerente de la Gerencia Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos puedan suscribir de manera conjunta los contratos derivados de la Subasta Inversa Electrónica Corporativa N.º 009-2016-CENARES/MINSA que se detallan en el presente proyecto de Acuerdo.

El consejero Amorrortu consultó si los contratos corresponden al presupuesto 2017, a lo que el ingeniero García indicó que corresponde al ejercicio 2017, con una provisión al 2019, resaltando que la compra corporativa a gestionar permite empalmar con los contratos que están por vencer.

Como un tema a parte, el consejero Amorrortu mencionó que los costos de los productos farmacéuticos actualmente son mayores a lo que ofrecen los mercados internacionales, a lo que el ingeniero García mencionó que, analizando los costos a nivel regional, los costos en la actualidad lo fijan el mercado.

El consejero Irala mencionó que los precios de los productos farmacéuticos se regulan en los mercados internacionales, siendo distinto al mercado nacional.

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



El consejero Chipana solicitó, sobre lo expuesto por los consejeros, que se elabore una propuesta de Ley, a fin de elevarlo al Congreso de la República, que permita que el Seguro Social de Salud – EsSalud, pueda realizar compras internacionales de productos farmacéuticos como lo realiza el Ministerio de Salud.

En ese sentido, en merito a la información presentada por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, la cual obra en las carpetas distribuidas a los consejeros, física y virtual y que forma parte del archivo del acta de la presente sesión, los consejeros, con el voto virtual a favor del consejero Del Solar, luego de la deliberación respectiva, aprobaron por unanimidad, autorización para suscripción de contratos derivados de compra corporativa de productos farmacéuticos, adoptándose el siguiente acuerdo:

ACUERDO N.º 20-15- ESSALUD-2017

VISTOS:

Las Cartas Nros. 1960 y 1964-CEABE-ESSALUD-2017 de fecha 21 de julio de 2017 y la Carta N° 2055-CEABE-ESSALUD-2017 de fecha 2 de agosto de 2017 e Informe Técnico N° 020-GABE-CEABE-ESSALUD-2017 de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos; la Carta N° 2366-GCAJ-ESSALUD-2017 de fecha 3 de agosto de 2017 e Informe N° 451-GNAAGCAJ-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; la Carta N° 896-GG-ESSALUD-2017 de fecha 04 de agosto de 2017 de la Gerencia General; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 93° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado establece que las Entidades del Gobierno Nacional que formulen las políticas nacionales y/o sectoriales del Estado están facultadas a establecer, mediante Resolución del Titular de la Entidad, la relación de bienes y servicios en general que se contratan a través de compra corporativa, debiendo señalar la Entidad encargada de la compra corporativa, las Entidades participantes, así como las obligaciones y responsabilidades de estas últimas. Los bienes y servicios en general que se contraten a través de la compra corporativa son aquellos que sean necesarios para la ejecución de las políticas nacionales y/o sectoriales que tengan a su cargo las Entidades del Gobierno Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 528-2016/MINSA del 26 de julio de 2016, el Ministerio de Salud aprobó el listado de Productos Farmacéuticos para la compra corporativa para el abastecimiento del año 2017, incluyendo al Seguro Social de Salud - ESSALUD;

Que, con fecha 30 de diciembre de 2016 se publicó en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE la convocatoria de la Subasta Inversa Electrónica Corporativa N° 009-2016 CENARES/MINSA, “Compra Corporativa de productos farmacéuticos para el abastecimiento de 24 meses”, constituido por ciento treinta y dos (132) ítems, por un valor estimado total ascendente a S/ 610'744,348.76 (Seiscientos Diez Millones Setecientos Cuarenta y Cuatro Mil Trescientos Cuarenta y Ocho con 76/100 Soles);

Que, con fecha 27 de junio de 2017, el Comité de Selección del citado procedimiento de selección publicó en la ficha respectiva del SEACE el consentimiento de la Buena Pro en los Ítems correspondientes a la Subasta Inversa Electrónica Corporativa N° 009-2016-CENARES/MINSA;

Que, el artículo 119° del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado establece que dentro del plazo de ocho (8) días hábiles siguientes al registro en el SEACE del consentimiento de la buena pro o que haya quedado administrativamente firme, el postor ganador de la buena pro debe presentar la totalidad de los requisitos para

perfeccionar el contrato. En un plazo que no puede exceder de los tres (3) días hábiles siguientes de presentados los documentos la Entidad debe suscribir el contrato;

Que, con fechas 07 y 10 de julio de 2017 las empresas LABORATORIOS AMERICANOS S.A. y MEDIFARMA S.A., respectivamente, presentaron la documentación para la firma de contrato derivado del procedimiento de selección;

Que, el literal a) del artículo 19° del Reglamento de Representación del Seguro Social de Salud, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 10-9-ESSALUD-2017 de fecha 10 de mayo de 2017, establece que los apoderados de las Categorías de Poder General B, C, D y E que pertenezcan a la Sede Central, acompañarán su firma con los apoderados de la Categoría de Poder General A que sean titulares de órganos de la Sede Central cuando ejerzan las facultades señaladas en los incisos "a", "b", "c", "d" y "e" del artículo 12° del citado Reglamento (que incluyen la facultad para suscripción de contratos) hasta la suma de S/. 45'000,000.00 (Cuarenta y cinco millones con 00/100 Soles);

Que, los contratos que corresponden a los documentos remitidos por los postores adjudicatarios exceden la cuantía máxima establecida en el Reglamento de Representación de ESSALUD, por lo que resulta necesario que previamente se cuente con un poder expreso otorgado por el Consejo Directivo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 25° del citado Reglamento;

Que, para tal efecto, el Consejo Directivo designará a uno de sus miembros para que otorgue las facultades especiales que requieran ser conferidas, de conformidad al segundo párrafo del precitado artículo;

Que, con Cartas e Informe de Vistos, la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos señala que resulta pertinente y necesario suscribir los contratos derivados de los ítems adjudicados a las empresas LABORATORIOS AMERICANOS S.A. y MEDIFARMA S.A., en tanto que los mismos resultan necesarios para garantizar el abastecimiento de los productos farmacéuticos respectivos; asimismo, expresa su opinión favorable para la gestión de la suscripción de los contratos en mención, toda vez que han verificado el cumplimiento de los requisitos y procedimientos para su suscripción, establecidos en la normativa vigente en materia de contratación estatal;

Que, con Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica señala, desde el punto de vista legal, que corresponde la tramitación del poder expreso para la suscripción de los Contratos referidos con las empresas LABORATORIOS AMERICANOS S.A. y MEDIFARMA S.A., el cual deberá ser otorgado por el Consejo Directivo, en atención a lo establecido en el artículo 25° del Reglamento de Representación de ESSALUD;

Que, con Carta de Vistos, la Gerencia General dispone continuar con el trámite para el otorgamiento de un poder expreso para la suscripción de contratos derivados de la Subasta Inversa Electrónica Corporativa N° 009-2016-ESSALUD/CEABE a través del Consejo Directivo; en atención a la facultad establecida en el artículo 25° del Reglamento de Representación del Seguro Social de Salud (ESSALUD);

En uso de las atribuciones establecidas, por unanimidad, el Consejo Directivo;

ACORDÓ:

1. OTORGAR poder expreso al Gerente General y al Gerente de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos, para suscribir de manera conjunta los contratos derivados de la Subasta Inversa Electrónica Corporativa N° 009-2016-CENARES/MINSA que se detallan, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 25° del Reglamento de Representación de ESSALUD;

**SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO**



POSTOR ADJUDICATARIO	ITEMS	MONTO TOTAL (S/.)
LABORATORIOS AMERICANOS S.A.	14, 17, 25, 33, 40, 45, 64, 66, 78, 86, 91, 94, 95, 114	49,216,645.77
MEDIFARMA S.A.	02, 06, 21, 24, 34, 37, 41, 42, 46, 47, 48, 52, 58, 62, 68, 70, 77, 81, 82, 87, 92, 97, 108, 111, 117, 118, 122, 124, 125, 126	70,879,235.60

2. **DESIGNAR** al Presidente del Consejo Directivo señor Jorge Gabriel Del Castillo Mory para que en representación del Consejo Directivo otorgue el poder expreso referido en el numeral 1 del presente Acuerdo.
3. **EXONERAR** el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del Acta, para que entre en inmediata ejecución.
3. **Modificación del artículo 2 de los Reglamentos del Régimen Excepcionales de Facilidades de Pago para deuda no tributaria aprobada con el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015 para incorporar deuda del periodo 2014 y 2015 así como ampliación de vigencia del mencionado Acuerdo**

El Secretario General mencionó que el presente punto de agenda fue expuesto en la Décima Tercera Sesión Ordinaria, de fecha 11 de julio de 2017, y en esa oportunidad el Consejo Directivo solicitó que con la finalidad de proceder a la deliberación de la aprobación de la "Modificación del artículo 2 de los Reglamentos del Régimen Excepcionales de Facilidades de Pago para deuda no tributaria aprobada con el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015 para incorporar deuda del periodo 2014 y 2015 así como ampliación de vigencia del mencionado Acuerdos", la Gerencia Central de Gestión Financiera previamente realice una presentación sobre la deuda total desagregada a nivel público y privado que se tiene a EsSalud; así como las acciones que se vienen adoptando para el recupero de las mismas.

Cabe señalar en vista de la información presentada por la economista María Maravi Ticse, Gerente Central de Gestión Financiera, la cual obra en las carpetas distribuidas a los consejeros, física y virtual y que forma parte del archivo del acta de la presente sesión, los consejeros luego de la presentación del Informe de "Análisis de la Cartera de Cobranza de la Deuda No Tributaria Estratégica de Cobranza y la Gestión de Cobranza de la Deuda Tributaria a cargo de la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración – SUNAT, aprobaron por unanimidad, con el voto virtual a favor del consejero Del Solar, la Modificación del artículo 2 de los Reglamentos del Régimen Excepcionales de Facilidades de Pago para deuda no tributaria aprobada con el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015 para incorporar deuda del periodo 2014 y 2015 así como ampliación de vigencia del mencionado Acuerdo, adoptándose el siguiente acuerdo:

ACUERDO N° 21-15-ESSALUD-2017

VISTOS:

La Carta N° 1184-GCGF-ESSALUD-2017 de fecha 14 de junio de 2017 y el Informe Técnico N° 28-GCCyC-GCGF-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Gestión Financiera; la Carta N° 1896-GCAJ-ESSALUD-2017 de fecha 03 de julio de 2017 y el Informe N° 379-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2017 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; la Carta N° 770 -GG-ESSALUD-2017 de fecha de 06 de julio de 2017 de la Gerencia General; y,

CONSIDERANDO:

Que, el literal d) del numeral 11.1 del artículo 11° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), establece que son recursos de ESSALUD, entre

otros, los ingresos por prestaciones de salud a no asegurados y aquellos que adquiera con arreglo a Ley;

Que, los numerales 14.4 y 14.5 del artículo 14° de la Ley N° 27056, disponen que en casos excepcionales debidamente justificados pueden establecerse modalidades de extinción de obligaciones distintas al pago en efectivo, mediante canje de bienes o servicios que incrementen el patrimonio de ESSALUD y/o estén vinculados directamente con las prestaciones que éste otorga;

Que, asimismo, el numeral 14.7 del artículo 14° de la Ley N° 27056 establece que cuando el empleador no realice el pago oportuno de las aportaciones que da derecho a la cobertura, ESSALUD otorgará las prestaciones correspondientes, sin perjuicio de su derecho de exigir posteriormente del empleador el reembolso del monto de la prestación otorgada;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015, publicado el 10 de agosto de 2015, se estableció un Régimen Excepcional de Facilidades de Pago para Deuda de Terceros no Asegurados o Asegurados Sin Derecho de Cobertura por Prestaciones de Salud Otorgadas por ESSALUD y un Régimen Excepcional de Facilidades de Pago y/o Canje de Deudas con Bienes Inmuebles para Deuda No Tributaria por concepto de reembolso del costo de las prestaciones y multas administrativas a cargo de ESSALUD; y, se aprobó los Reglamentos de los citados regímenes de facilidades de pago;

Que, los artículos 18° y 16° de los citados Reglamentos establecieron, respectivamente, un plazo de vigencia de las facilidades de pago aprobadas, desde el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano y por un término de doce (12) meses;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 28-15-ESSALUD-2016 de fecha 10 de agosto de 2016 se amplió hasta el 10 de agosto de 2017 la vigencia de los citados regímenes excepcionales de facilidades de pago; y, sus Reglamentos aprobados por el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015;

Que, mediante la Carta y el Informe Técnico de Vistos, la Gerencia Central de Gestión Financiera sustenta la necesidad de incorporar en la gestión de cobranza la cartera correspondiente a los periodos 2014 y 2015 y extender hasta el 31 de marzo de 2018 la vigencia de los Reglamentos aprobados con el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015;

Que, en el mencionado sustento se señala que al primer trimestre del 2017 como resultado de la evaluación de las cuentas por cobrar por deuda no tributaria referente al reembolso de costo de prestaciones de empleadores y terceros no asegurados, se ha observado incremento de la cartera dentro de la cual si bien se tiene deuda a diciembre del 2013, cuya cobranza está siendo inducida a los alcances del Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015, existe un grupo de deudores que no pueden acogerse porque las prestaciones otorgadas entre los periodos 2014 y 2015 no fueron contempladas en la propuesta del referido Acuerdo, toda vez que correspondía a deudas corrientes a la dación de la norma;

Que, asimismo la deuda por el periodo 2014 y 2016 (debe decir 2015) asciende a S/ 69.81 MM de los cuales el 64% corresponde al periodo 2014 y el 36% al 2015 y por tipo de deudor el 64% corresponde a empleadores y un 36 % a terceros;

Que, de igual modo se indica que en el primer trimestre del 2017 como consecuencia de los desastres naturales suscitados en diversos departamentos del Perú que han dado lugar a que el Gobierno Central los declare en emergencia, se ha originado entre otros efectos, para ESSALUD, un descenso en la presentación del número de solicitudes de facilidades de pago de deuda no tributaria en el marco del Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015, sobre todo en el caso de la deuda no tributaria de terceros no asegurados, que está incidiendo en el cumplimiento de la meta

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



propuesta al 10 agosto de 2017, aprobada en el Acuerdo de Consejo Directivo N° 28-15-ESSALUD-2016;

Que, en los 20 meses de vigencia de los Reglamentos de los Regímenes Excepcionales de Facilidades de Pago para deuda no tributaria aprobados con el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015 y ampliado con el Acuerdo de Consejo Directivo N° 28-15-ESSALUD-2016, indica que se ha logrado al 31 de marzo de 2017 gestionar la cobranza de una deuda ascendente a S/101.37MM, que con los beneficios otorgados por el citado Acuerdo, representa una deuda acogida de S/ 68.91MM, respecto de la cual ya se ha recaudado efectivamente la suma de S/. 38.36MM. La deuda gestionada representa el 63% de los S/160.50MM de la meta propuesta al Consejo Directivo quedando pendiente por comprometer para su pago el importe de S/ 59.13MM que representa el 37%;

Que, mediante Carta y el Informe de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica opina que legalmente es factible que el Consejo Directivo modifique los artículos 2° de los respectivos Reglamentos de facilidades de pago y amplíe el plazo de vigencia de los regímenes excepcionales de facilidades de pago aprobados por el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015;

Que, con Carta N° 770-GG-ESSALUD-2017 la Gerencia General dispone continuar con el trámite para modificar los artículos 2° de los Reglamentos aprobados con el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015, así como, ampliar el plazo de vigencia de los regímenes excepcionales de facilidades de pago, en atención a la facultad establecida en el inciso b) del artículo 9° de la Ley N° 27056;

Que, de conformidad con el literal e) del artículo 7° de la Ley N° 27056, el Consejo Directivo tiene la facultad de dictar las disposiciones relacionadas con las obligaciones de las entidades empleadoras y sus asegurados;

Con los vistos de la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica y la Gerencia General, y;

En mérito a lo expuesto y de acuerdo con las facultades conferidas, el Consejo Directivo por unanimidad:

ACORDÓ:

1. **AMPLIAR** hasta el 31 de marzo de 2018 la vigencia del Régimen Excepcional de Facilidades de Pago para Deuda de Terceros no Asegurados o Asegurados sin Derecho de Cobertura por Prestaciones de Salud otorgadas por ESSALUD, y del Régimen Excepcional de Facilidades de Pago y/o Canje de Deudas con Bienes Inmuebles para Deuda no Tributaria por Concepto del Reembolso del Costo de las Prestaciones y Multas Administrativas a cargo de ESSALUD, aprobados por Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015 y ampliados por Acuerdo de Consejo Directivo N° 28-15-ESSALUD-2016.
2. **MODIFICAR** el artículo 2° del Reglamento del Régimen Excepcional de Facilidades de Pago para Deuda de Terceros no Asegurados o Asegurados sin Derecho de Cobertura por Prestaciones de Salud otorgadas por ESSALUD, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015, el mismo que queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 2°. - DEUDA MATERIA DE ACOGIMIENTO

Los documentos de cobranza, pendiente de cancelación, que contienen deuda por concepto de prestaciones de salud otorgadas hasta el 31 de diciembre de 2015 por ESSALUD a terceros no asegurados o asegurados sin derecho de cobertura, sin incluir el Impuesto General de Ventas.

La deuda materia de acogimiento puede encontrarse en cualquier estado, en Cobranza Pre – Judicial, Convenio de Facilidades de Pago vigente o en Proceso judicial.

No podrá ser acogida la deuda que se derive por la pérdida del beneficio del presente régimen excepcional, salvo que dicha deuda se acoja a la modalidad de pago al contado establecido en el numeral 7.1 del artículo 7°.

3. **MODIFICAR** el artículo 2° del Reglamento del Régimen Excepcional de Facilidades de Pago y/o Canje de Deudas con Bienes Inmuebles para Deuda no Tributaria por Concepto del Reembolso del Costo de las Prestaciones y Multas Administrativas a cargo de ESSALUD, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015, el mismo que queda redactado de la siguiente forma:

"Artículo 2°. -DEUDA COMPRENDIDA EN EL REGIMEN EXCEPCIONAL DE FACILIDADES DE PAGO

Se encuentran incluidas las deudas hasta el período de diciembre del 2015, por concepto de prestaciones asistenciales y/o económicas otorgadas a trabajadores y derechohabientes de entidades empleadoras morosas en el pago de sus contribuciones al Seguro Regular, Seguro de Salud Agrario y aportes al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, el reembolso de las prestaciones indebidamente otorgadas, respecto de documentos de cobranza pendientes de pago, notificados a la fecha de presentación de la solicitud de acogimiento al presente Régimen Excepcional de Facilidades de Pago, cualquiera fuera el estado en que se encuentre: Cobranza Pre - Coactiva, Cobranza Coactiva, Facilidad de Pago, Indecopi, impugnadas ante ESSALUD y Demanda Contenciosa Administrativa ante el Poder Judicial, así como las Resoluciones de Multa impuestas por sanciones administrativas a los empleadores hasta por un monto de 5 U.I.T".

4. **DISPONER** que la Gerencia Central de Gestión Financiera, a través de la Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas, adopte las acciones pertinentes a fin que las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales y Redes Desconcentradas, cumplan con implementar operativamente los Reglamentos de los regimenes excepcionales de facilidades de pago aprobados por el Acuerdo de Consejo Directivo N° 8-13-ESSALUD-2015 y modificados mediante el presente Acuerdo.
5. **EXONERAR** el presente acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta, para que entre en inmediata ejecución.

4. INFORMES

1. **Informe de Plan de Modernización de la Nutrición Clínica Hospitalaria y de Seguridad Alimentaria, a través del Convenio entre la Fundación General de la Universidad de Salamanca y el Seguro Social de Salud – EsSalud**

A solicitud del Presidente Ejecutivo durante la presente sesión, y con la conformidad del Consejo Directivo, se incluyó el presente informe para conocimiento de los miembros del Órgano Colegiado.

La presentación estuvo a cargo del Doctor Luis Augusto Bromley Coloma, Gerente del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen quien inició su presentación señalando que actualmente el tema de la malnutrición es desapercibido en el marco de las políticas institucionales, resaltando que en las gestiones anteriores se ha tenido poca atención sobre la adecuada alimentación de los pacientes hospitalizados.

Indicó que cuando un paciente llega con síntomas de malnutrición genera los siguientes efectos: i) incremento de los tiempos de efecto de los medicamentos; ii) incremento de los tiempos de cicatrización en las heridas; iii) incremento de los tiempos de consolidación ósea;

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



iv) incremento de costos; v) incremento de efectividad y la eficiencia de tratamiento médico; entre otros.

Asimismo, mostró el diagnóstico realizado al inicio de la gestión del Hospital Guillermo Almenara, en donde manifestó en imágenes los problemas existentes en la recepción de víveres, almacenamiento, preparación y distribución de los alimentos; las cuales a la fecha se vienen adoptando algunas acciones.

De todo lo expuesto, comentó que a través de la suscripción del proyecto de Convenio Marco entre la Fundación General de la Universidad de Salamanca – España y el Seguro Social de Salud – EsSalud, el cual está previsto a firmarse el mes de setiembre del 2017, permitirá mejorar la calidad de la nutrición hospitalaria, reducir el riesgo de contaminación para evitar enfermedades transmitidas por los alimentos, reducir estancia hospitalaria, entre otros, cuyo convenio no genera ningún costo a la entidad.

2. Informe de la Gerencia Central de Gestión Financiera

La presentación estuvo a cargo de la economista María Maravi Ticse, Gerente Central de Gestión Financiera, quien estuvo acompañada de la Lic. Ana María Muguruza Vallejo, Gerente de Control Contributivo y Cobranza; Sr. Robert Nilton Escobar Monzón, Sub Gerente de Control Contributivo; y, la Lic. Mery Luz Peralta Limache, Sub Gerente de Contribución No Tributaria.

La economista Maravi indicó que el objetivo de la presentación es informar sobre la deuda total que se tiene a favor a EsSalud al 30 de junio del 2017, correspondiente a tributarias y no tributarias, la cual asciende a S/ 4, 508 millones, conforme se solicitó en la Décima Tercera Sesión Ordinaria de Consejo Directivo de fecha 11 de julio de 2017.

Asimismo, mencionó que la deuda tributaria este cargo de la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria - SUNAT, y la deuda no tributaria está a cargo de EsSalud.

Sobre la deuda tributaria otorgó el uso de la palabra al Sr. Robert Nilton Escobar Monzón, quien expondrá a nivel de detalle la normativa y las acciones que viene realizando la SUNAT al respecto.

2.1. Gestión de Cobranza de la Deuda Tributaria a cargo de la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria - SUNAT

El Sr. Escobar mencionó de manera preliminar el marco normativo que se toma a consideración para la cobranza de la deuda tributaria, en el cual a través de la Ley N° 27334, se amplía las funciones de la SUNAT asignándole la administración, aplicación, fiscalización y recaudación de las contribuciones de la Seguridad Social en Salud y de la Oficina de Normalización Previsional - ONP.

Asimismo, mencionó que a través Decreto Supremo N° 039-2001-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27334, se establece los alcances, períodos y el tipo de información que debe proporcionar SUNAT a EsSalud; resaltando en dicha normativa que en su artículo 2° las funciones se ejecutarán de acuerdo a las facultades y atribuciones que le otorga el Código Tributario y demás normas tributarias en concordancia con lo establecido en la Norma II del T.U.O. del Código Tributario, aprobado por Decreto Supremo N° 133-2013-EF.

Sobre lo expuesto, el consejero Grijalva consultó tomando en considerando lo indicado en la Ley N° 27334, la SUNAT a la fecha realiza fiscalización, por lo que para dicha acción se paga porcentaje. A lo que el Sr. Escobar indicó que, respecto a la consulta, ésta se explicará más adelante.

Continuando con la presentación el Sr. Escobar mencionó que en el artículo 5° de la Ley N° 29816, se establece son funciones de la SUNAT administrar, aplicar, fiscalizar y recaudar los

tributos internos del Gobierno Nacional, entre ellos, las contribuciones de la Seguridad Social de Salud.

Asimismo, mencionó que de conformidad con lo dispuesto en el D. S. N° 034-2008-PCM, actualizado por el D.S. N° 048-2010-PCM, la SUNAT es un Organismo Ejecutor que depende del Ministerio de Economía y Finanzas; para lo cual de acuerdo a lo que se establece en la Ley N° 20158 Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, los organismos ejecutores están sujetos a los lineamientos técnicos del sector que dependen, y la formulación de sus objetivos y estrategias es coordinada con estos.

En ese sentido, indicó que entre las funciones de los Ministros de Estado de establecer mediciones de gestión de las entidades de su sector y evaluar su cumplimiento; y como funciones de los Viceministros, coordinar, orientar y supervisar las actividades de los órganos del Ministerio y demás entidades de su sector, conforme a su ROF, EsSalud no está facultado para ejercer labores de supervisión y/o control sobre el ente recaudador, SUNAT, resaltando que solo a través del Decreto Legislativo N.º 1160, EsSalud participa en la medición de los objetivos de recaudación e indicadores de gestión, a fin de determinar el pago del porcentaje adicional (0.4%) de la comisión.

El consejero Amorrortu consultó si en el reporte de la deuda tributaria se han incluido los intereses, a lo que el Sr. Escobar aseveró lo consultado.

El Presidente Ejecutivo consultó si solamente SUNAT es el único responsable de realizar la recaudación de cobranza de deuda tributaria, y si se puede diversificar recaudadores como por ejemplo el Banco de la Nación; a lo que la economista Maraví indicó que en el marco de las normas vigentes la SUNAT es la única entidad autorizada para realizar los cobros de las contribuciones de la Seguridad Social de Salud. Sin embargo, comentó de la consulta que se tendría que realizar un cambio normativo de similar rango.

El consejero Chipana consultó si hay antecedentes donde EsSalud cobraba directamente, a lo que la economista Maraví mencionó que EsSalud antes de la aprobación de las normas vigentes, era responsable directo.

El Sr. Escobar pasó a detallar la composición de la deuda tributaria por sectores y estado exigible al 30 de junio del 2017, resaltando que un tercio de toda la deuda que asciende a S/ 3, 271 millones, corresponde a la deuda del sector público, y los dos tercios corresponde al sector privado. Destacó que de dicha composición el 86.2 %, corresponde a la deuda exigible y el 13.8% representa a deuda no exigible.

Asimismo, paso a detallar el estado de la deuda tributaria mencionando que el 86.2% de la deuda se encuentra en cobranza coactiva, mientras que el 13.8% se ubica en estado no exigible. Por otro lado, mencionó que de acuerdo al reporte de la SUNAT solo un 11.0% de la deuda exigible, que representa el 9.5% de la deuda total, tiene capacidad de recupero; y el 45.7%, el cual representa el 39.4% de la deuda total, ha sido clasificada como "Deuda de Difícil Recuperación", al haberse agotado las acciones de cobranzas contempladas en el procedimiento de cobranza coactiva.

El consejero Chipana consultó que de los S/ 3, 271 que se tiene como deuda, solo el 9.5% es la deuda recuperable, a lo que el Sr. Escobar afirmó dicha consulta.

El Sr. Escobar paso a detallar la composición de la deuda según el tamaño del deudor, indicando que el reporte presentando la deuda con periodos mayores a 6 años representa el 83.9% de la deuda total. Asimismo, indicó al 30 de junio del 2017 las Medianos y Pequeños Contribuyentes -MEPECOS, concentran el 76.6% de la deuda, mientras que las principales o Principales Contribuyentes Nacionales - PRICOS representan el restante 23.4%, siendo estas últimas de acuerdo a lo indicado por la SUNAT de fácil recuperación.

Mostró a nivel de detalle los principales deudores públicos y privados, diferenciando deuda exigible y no exigible. Asimismo, mencionó que, de 412 entidades empleadoras en liquidación al 30 de junio del 2017, se registran una deuda de S/ 145 millones, la cual representa el 4.5% de la deuda total tributaria.

**SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO**

El Presidente Ejecutivo sobre lo expuesto, solicitó a la Gerente Central de Gestión Financiera tener un informe con los datos más concretos, que permita a la entidad realizar sus gestiones de cobranza, resaltando que inclusive se podría coordinar con SUNAT sobre la base de dicha información.

El consejero Grijalva planteó que se realice una propuesta de modificación de la Ley vigente en materia de cobranza, ello debido a que el sector privado tiene la mayor deuda y que de los reportes expuestos la SUNAT no estaría desempeñando con efectividad su labor de fiscalización, para la cual recibe el pago de 1% por recaudación.

Prosiguiendo con la presentación el Sr. Escobar pasó a explicar que, en el caso de las empresas agroindustriales, siendo acogidas al Régimen de Protección Patrimonial, sólo 2 de las cuatro 4 entidades informadas por el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI, mantienen deuda tributaria a favor de EsSalud por un monto aproximado de S/120 millones que representa el 3.7% de la deuda total tributaria.

Asimismo, mostró la evolución respecto a la recaudación a nivel de ingresos de julio del 1999 a junio del 2017, el cual a la fecha la recaudación de enero a junio del 2017 ascendió a S/ 4.864 millones.

Por otro lado, resaltó el tipo de recaudación y la cobranza coactiva que en el 2015 representó un promedio de 2.4% de toda la bolsa de ingresos, en el 2016 el promedio fue de 2.8% y a junio del 2017 representa el 3.1% del total, por lo tanto, no existe mayores esfuerzos que se tendría que realizar la cobranza coactiva.

El Presidente Ejecutivo consultó cuanto es el porcentaje total que representa la cobranza coactiva, a lo que la economista Maravi indicó que representa el 37%.

El consejero Chipana consultó si las deudas que se tienen a EsSalud prescriben, a lo que la economista Maravi indicó que las deudas mayores a 6 años prescriben, siempre y cuando no se haya realizado un requerimiento de pago por parte de la SUNAT.

El consejero Irala solicitó un informe legal que evalúe las implicancias que estaría causando las deudas que tienen las empresas privadas a EsSalud, considerando que a éstas se le deducen sus impuestos.

El Sr. Escobar presentó el análisis comparativo de las acciones de fiscalización y las características de la población a nivel nacional, recalando que, en Tumbes, Amazonas, Apurímac, Huancavelica, Moquegua, Pasco y Puno a la fecha SUNAT no ha realizado ninguna acción de fiscalización, a pesar que representa el 10% de la población asegurada. Asimismo, exceptuando Lima, Arequipa, La Libertad, Piura y Lambayeque que concentran el 42.85% de la población asegurada en provincia, la SUNAT dispuso la ejecución de solo un 17.27% del total de acciones de fiscalización, evidenciando que no hay coherencia técnica sobre acciones de fiscalización sobre la población asegurada.

Del mismo modo, pasó a detallar los valores, evolución y los tipos de las acciones de fiscalización ejecutadas a nivel nacional, resaltando que, en el 2016 de las 42,219 acciones ejecutadas por la SUNAT, sólo 28 fueron Auditorías, acción que cuestiona la base imponible afecta y permite la emisión de Resoluciones de Determinación.

A nivel de detracción informó que es un régimen que administra SUNAT de junio del 2002, y a través del régimen las empresas facturan su venta de servicio a través de un porcentaje de volumen de ventas que iba a dirigido a una cuenta corriente. Indicó que estas retracciones no han sido transferidas oportunamente a EsSalud y que a la fecha el importe asciende a S/ 406 millones.

El Presidente Ejecutivo consultó a qué corresponde las detracciones, a lo que el Sr. Escobar indicó que son fondos que fueron depositados en las cuentas corrientes de las entidades empleadoras y que fueron retenidas por la SUNAT para el cumplimiento de las obligaciones del titular de esa cuenta.

Finalmente, pasó a detallar el reporte de ingresos no transferidos oportunamente por la SUNAT a EsSalud en los años 2002 al 2016, resaltando que en los años 2013 y 2014 concentran el 62.5% de los ingresos no transferidos.

La economista Maraví mencionó que respecto a la devolución de los aportes acumulados desde del año 2002 no transferidos a EsSalud, de acuerdo a lo establecido en la Ley N.º 30519 Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017, corresponderá a la Dirección General de Endeudamiento y Tesoro Público del MEF, devolver la recaudación realizada por la Administración Tributaria acreditada en cuentas de dicha Dirección General y que corresponde al pago de deuda tributaria o aportaciones a favor de otras entidades beneficiarias distintas al Tesoro Público. En ese contexto, la Gerencia a su cargo ha elaborado un proyecto de Decreto Supremo para que se realice dicha devolución, el mismo que se informará oportunamente al Consejo Directivo.

El consejero Amorrtu consultó que incentivos se viene realizando para que la SUNAT realice una mayor recaudación. A lo que la economista Maraví indicó que para una siguiente sesión presentará un informe con propuestas de indicadores, alternativas y escenarios respecto a la gestión de cobranza.

2.2. Análisis de la Cartera en Cobranza de la Deuda No Tributaria Estratégica de Cobranza

Sobre este punto la economista Maraví otorgó el uso de la palabra a la Lic. Mery Luz Peralta Limache, Sub Gerente de Contribución No Tributaria, quién presentará el análisis de la cartera en cobranza de la deuda no tributaria que administra EsSalud.

La Lic. Peralta indicó que hay dos tipos de deuda no tributaria de indicadores y de terceros. La primera es el reembolso que solicita EsSalud al empleador cuando la entidad empleadora no cumple con el pago íntegro y/u oportuno de la declaración y pagos de los aportes a la Seguridad Social respecto de sus trabajadores dentro de un periodo de 18 meses anteriores a la prestación otorgada, las cuales se sustentan en los instrumentos normativos legales vigentes. Respecto a la deuda no tributaria de terceros manifestó que se ampara de lo dispuesto en la Ley N.º 26842, modificado por la Ley N.º 27604, Ley General de Salud, que señala que, los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a brindar atención médica quirúrgica de emergencia cuando se encuentra en peligro la vida de la persona, debiendo recuperar el gasto incurrido ante el tercero, dentro del marco del Aseguramiento Universal en Salud, Ley N.º 29344 y el artículo 18º de la Ley N.º 26790, que establece que EsSalud podrá reclamar al tercero responsable del daño el valor de las prestaciones otorgadas al afiliado y a sus derechohabientes.

Por otro lado, mostró el flujograma de cobranza a las entidades empleadoras en ambos tipos de deuda no tributaria.

Resaltó que a junio del 2017 la deuda no tributaria con indicador reembolso asciende a S/ 1, 237 millones, y respecto a terceros asciende a S/ 214 millones.

De igual forma pasó a detallar la composición de la cartera de deuda por situación legal al 30 de junio del 2017, resaltando que la ONP concentra el 20.78% de la deuda de empleadores.

El Presidente Ejecutivo consultó si los trabajadores son perjudicados ante un incumplimiento de pago de las entidades y por qué las entidades públicas no pagan a EsSalud, a lo que la economista Maraví manifestó que el trabajador sigue percibiendo prestaciones de salud.

El consejero Amorrtu de lo expuesto consultó qué medidas se pueden realizar para que las entidades públicas paguen.

El Presidente Ejecutivo de lo indicado solicitó a la economista Maraví trabajar una propuesta para poder captar mayor recaudación.

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



La Lic. Peralta mencionó que actualmente hay medidas que se vienen adoptando para aquellos funcionarios que incumplen la normatividad y se da a través de los informes que emite la Contraloría General de la República.

Asimismo, mencionó las limitaciones de norma de rango constitucional y legales que inciden en la cobranza de la deuda no tributaria del sector público, así como presentó el reporte de los principales deudores públicos y privados de las entidades empleadoras y de los terceros no asegurados.

Del mismo modo, mostró el reporte de los principales deudores de las entidades empleadoras por reembolso de prestaciones acogidos a la Ley del Sistema Concursal y Ley Protección Patrimonial de las Empresas Azucareras.

Finalmente, como medidas adoptadas informó que se realizó entre el periodo 2011 a 2013 se impulsaron procesos de tercerización de cobranza de la deuda de terceros, sin embargo, durante la etapa de estudio de mercado dentro del proceso logístico de contratación no se presentaron postores porque la cartera puesta en cobranza era muy antigua y la comisión por éxito que proponían los postores superaban el 30% del monto recuperado. Asimismo, indicó que de acuerdo al pronunciamiento de OSCE por la naturaleza de cobranza de la deuda en etapa coactiva no procede su tercerización, porque la facultad de cobranza coactiva es indelegable.

En ese sentido, en merito a la información presentada por la Gerencia Central de Gestión Financiera, la cual obra en las carpetas distribuidas a los consejeros; y cuya presentación forma parte del archivo de la presente sesión, los miembros del Consejo Directivo tomaron conocimiento del informe presentado.

5. PEDIDOS

1. Consejero Mario Eduardo Amorrortu Velayos

- Se informe en una siguiente sesión los avances realizados por la Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, en el marco de lo informado en la Tercera Sesión Ordinaria de Consejo Directivo, vinculado a las historias clínicas.

2. Consejero Mauro Chipana Huayhuas

- Se elabore una propuesta de Ley, a fin de elevarlo al Congreso de la República, que permita que el Seguro Social de Salud – EsSalud, pueda realizar compras internacionales de productos farmacéuticos como lo ejecuta el Ministerio de Salud.
- Se amplíe el plazo para emitir opinión al Reglamento de Organización y Funciones de la Red Prestacional Lima Centro, requerido por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.
- Se elabore un informe legal que se evalué la declaración en emergencia del Hospital II Ramón Castilla, a fin que los trabajadores se ubiquen en el local de la Farmacia Universal.

3. Consejero Elías Grijalva Alvarado

- Solicitó que el Gerente del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen brinde una orientación al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, considerando el reporte de estado de productos farmacéuticos que se tiene al 100%.
- Se realice una propuesta de modificación de la Ley vigente en materia de cobranza, ello debido a que el sector privado tiene la mayor deuda, considerando que la SUNAT no estaría desempeñando con efectividad su labor de fiscalización.

4. Consejero Víctor Irala Del Castillo

- Se retome las gestiones con la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad para poder coordinar con los alcaldes y poder atender a los adultos mayores no registrados en el CAM.
- Se elabore un informe legal que evalúe las implicancias que estaría causando las deudas que tienen las empresas privadas a EsSalud, considerando que a éstas se le deducen sus impuestos.
- Se informe sobre la habitabilidad y operatividad del Hospital II Ramón Castilla, por lo que ha tomado conocimiento que Defensa Civil ha autorizado su operatividad a una escuela colindante al Hospital.

Siendo las dos y treinta horas, del día 09 de agosto de 2017, se dio por concluida la presente sesión del Consejo Directivo.

Jorge Gabriel Del Castillo Mory

Raúl Emilio Del Solar Portal

Mario Eduardo Amorrortu Velayos

Rafael Guillermo Ferreyros Cannock

Víctor David Irala Del Castillo

Mauro Chipana Huayhuas

Elías Grijalva Alvarado

SAMUEL TORRES BENAVIDES
SECRETARIO GENERAL
ESSALUD