



INFORME DE EVALUACIÓN

“PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL POI DESAGREGADO POR DEPENDENCIAS”

II TRIMESTRE 2026

Contenido

I.	Presentación	3
II.	Marco Estratégico	5
III.	Programación del POI 2026 Desagregado.....	6
IV.	Resultados alcanzados de la Evaluación del desagregado correspondiente al II Trimestre 2026.....	10
4.1.	Cumplimiento de las Actividades Operativas programadas en los OOC	10
4.2.	Cumplimiento de las Actividades Operativas de los OOC alineadas al PEI.....	14
4.3.	Cumplimiento de Metas Prestacionales programadas en los OOD	15
4.3.1.	Prestaciones de Salud	15
4.3.2.	Actividades de Prestaciones de Salud	15
4.3.3.	Estrategia EsSalud en Casa	21
4.3.4.	Cumplimiento de Indicadores Prestacionales en los OOD	23
4.3.5.	Cumplimiento de Metas de Prestaciones Económicas	39
4.3.6.	Cumplimiento de Metas de Prestaciones Sociales	43
V.	Logros alcanzados a nivel de Actividades Operativas	47
5.1.	De los Órganos Centrales.....	47
5.2.	De los Órganos Desconcentrados.....	77
VI.	Identificación de Problemática	92
6.1.	De los Órganos Centrales.....	92
6.2.	De los Órganos Desconcentrados.....	93
VII.	Ejecución Presupuestal.....	95
7.1	Ejecución presupuestal institucional.....	95
7.2	Ejecución presupuestal de los Órganos Centrales.....	96
7.3	Ejecución presupuestal de los Órganos Desconcentrados	98
VIII.	Conclusiones.....	99
IX.	Recomendaciones.....	101

I. Presentación

El Seguro Social de Salud – EsSalud es una entidad administradora de fondos intangibles de la Seguridad Social de Salud, adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es brindar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes mediante prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como prestaciones económicas y sociales, en el marco del régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud.

En el marco del Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026–2030, aprobado mediante Acuerdo N.º 11-12E-EsSalud-2025, el Plan Operativo Institucional 2026 Desagregado por Dependencias, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N.º 000803-GG-ESSALUD-2026, constituye el instrumento mediante el cual se operacionalizan las prioridades institucionales para el ejercicio 2026, a través de actividades operativas, metas e indicadores articulados con los cuatro Objetivos Estratégicos Institucionales (OEI) y las trece Acciones Estratégicas Institucionales (AEI) establecidas en el PEI vigente.

El Plan Operativo Institucional (POI) 2026 Desagregado por Dependencias comprende la programación de 468 actividades operativas correspondientes a las dependencias del nivel central; metas de prestaciones de salud agrupadas en 14 familias, que comprenden 320 actividades de prestaciones de salud; la implementación de la estrategia EsSalud en Casa; así como la programación de metas de prestaciones económicas y prestaciones sociales a cargo de las dependencias del nivel desconcentrado, según corresponda. Asimismo, incorpora indicadores orientados al seguimiento del desempeño de los procesos y prestaciones institucionales.

La Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP), a través de la Gerencia de Planeamiento Corporativo, en el marco de las competencias establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de EsSalud, realiza el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las actividades, metas e indicadores establecidos en el POI 2026 Desagregado, con la finalidad de generar información que contribuya a la toma de decisiones y al fortalecimiento de la gestión institucional.

En ese contexto, el presente Informe de Evaluación del POI 2026 al II trimestre analiza los resultados alcanzados durante el periodo enero-junio de 2026. La evaluación comprende el avance de las actividades operativas de los Órganos Centrales; las prestaciones de salud, la estrategia EsSalud en Casa; los indicadores institucionales; las prestaciones económicas y sociales de los Órganos Desconcentrados; así como la ejecución presupuestal correspondiente al periodo evaluado. El análisis no se limita a la verificación cuantitativa del cumplimiento de las metas programadas, sino que busca proporcionar una lectura integral del desempeño operativo institucional, identificando los avances alcanzados, las brechas de ejecución, las actividades que requieren mayor seguimiento y los principales factores que incidieron en los resultados. De esta manera, la evaluación permite orientar la adopción de medidas destinadas a fortalecer el cumplimiento de las metas durante el segundo semestre de 2026.

Asimismo, se considera la necesidad de fortalecer progresivamente la articulación entre la ejecución física y presupuestal, a fin de mejorar la correspondencia entre las actividades programadas, los recursos utilizados y los resultados obtenidos. En este marco, la implementación del código de Área Funcional en SAP constituye un mecanismo para avanzar en la vinculación de las actividades operativas con los centros de costo y la ejecución presupuestal, fortaleciendo la trazabilidad de la información y el análisis del desempeño institucional.

Para la interpretación de los resultados se diferencian las actividades que cuentan con programación y registran avance de aquellas que, pese a encontrarse programadas para el periodo, presentan ejecución igual a cero; así como de las actividades cuya programación corresponde a periodos posteriores y de aquellas respecto de las cuales no se dispone de información suficiente. Esta diferenciación permite evitar que situaciones de distinta naturaleza

sean consideradas bajo una misma condición de desempeño y contribuye a una lectura consistente de los resultados de la evaluación.

En consecuencia, la evaluación del POI constituye un instrumento de retroalimentación de la gestión, orientado a proporcionar información objetiva para la toma de decisiones, fortalecer el seguimiento de las actividades operativas, promover el cierre de las brechas identificadas y mejorar progresivamente la articulación entre el planeamiento, la asignación de recursos y los resultados institucionales.



Misión Institucional

Brindar aseguramiento y prestaciones de salud, económicas y sociales sostenibles para el cuidado integral de nuestros asegurados, con talento humano especializado y un enfoque de modernización, innovación y eficiencia de la gestión, que promueva la accesibilidad, la inclusión, la equidad, la oportunidad, la pertinencia y la calidad de los servicios, así como un trato humanizado con integridad.

II. Marco Estratégico

El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2026–2030 establece la ruta estratégica que articula los objetivos y acciones estratégicas institucionales con el Plan Operativo Institucional (POI) 2026 Desagregado por Dependencias, mediante las actividades, metas e indicadores programados por los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados de EsSalud.

La evaluación del II trimestre se desarrolla bajo esta lógica de articulación, buscando que la lectura del cumplimiento operativo permita identificar su contribución al logro progresivo de los resultados estratégicos institucionales.

Tabla N.º 01: Objetivos Estratégicos y Acciones Estratégicas Institucionales del PEI 2026–2030 de EsSalud

Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	Acciones Estratégicas Institucionales (AEI)	
OEI.1 Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	AEI 1.1	Carta de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.
	AEI 1.2	Capacidad resolutoria fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad.
	AEI 1.3	Prestaciones Económicas otorgadas oportunamente con validación del derecho al pago hacia los asegurados.
	AEI 1.4	Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad.
OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional	AEI 2.1	Ingresos que garanticen el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.
	AEI 2.2	Mecanismos de pago basados en un sistema de costos prestacionales estandarizado e implementado, que permitan una gestión eficiente y sostenible de los gastos en todos los niveles de atención.
	AEI 2.3	Sistema de auditoría de seguros que garantice la optimización de la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.
OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud.	AEI 3.1	Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la gestión por procesos y la gestión del conocimiento.
	AEI 3.2	Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital.
	AEI 3.3	Gestión Institucional fortalecida mediante implementación de mecanismos de integridad y gestión de riesgos.
	AEI 3.4	Inversiones hospitalarias de EsSalud para la mejora de la gestión institucional.
	AEI 3.5	Sistema de Monitoreo y Evaluación del desempeño Institucional fortalecido.
OEI 4. Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional	AEI 4.1	Talento humano institucional con bienestar integral y satisfacción laboral fortalecidos.

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2026–2030 de EsSalud.

III. Programación del POI 2026 Desagregado

El Plan Operativo Institucional (POI) 2026 Desagregado por Dependencias incorpora un enfoque de seguimiento orientado a fortalecer el cumplimiento de las actividades operativas, metas e indicadores y su articulación con los objetivos estratégicos institucionales. Asimismo, su programación se encuentra vinculada con el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) 2026, constituyendo la base para el seguimiento de la gestión física y presupuestal.

Para efectos de la evaluación al II trimestre, el ámbito de análisis comprende las actividades operativas de los Órganos Centrales y las metas e indicadores de los Órganos Desconcentrados, de acuerdo con la estructura que se resume a continuación:

Ámbito	Componente	Programación / alcance 2026
Órganos Centrales	Actividades operativas	468 actividades operativas anuales; 418 con programación acumulada al II trimestre.
Prestaciones de Salud	Familias de prestaciones	14 familias; el POI anual comprende 320 registros de programación de prestaciones de salud.
EsSalud en Casa	Estrategia preventiva	Implementación progresiva en 35 centros asistenciales durante 2026.
Prestaciones Económicas	Subsidios	Incapacidad Temporal, Maternidad, Lactancia y Sepelio.
Prestaciones Sociales	Servicios sociales	CAM, CIRAM, MBRPS, CERPS y prestaciones dirigidas a niñas, niños y adolescentes, según corresponda.
Indicadores	Indicadores institucionales y prestacionales	Seguimiento de indicadores priorizados de producción, oportunidad, calidad, abastecimiento y gestión, conforme a las fichas técnicas y fuentes institucionales.

La programación constituye el referente para determinar el avance acumulado al II trimestre. Las actividades cuya meta se inicia en periodos posteriores no forman parte del universo evaluable al corte y no deben ser interpretadas como incumplimiento.

Asimismo, el POI 2026 Desagregado por Dependencias ha sido formulado en concordancia con el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) 2026. Esta alineación permite vincular la asignación de recursos con la ejecución de las actividades operativas, las prestaciones de salud, la estrategia EsSalud en Casa; los indicadores institucionales; las prestaciones económicas y sociales programadas, contribuyendo en el cumplimiento de las metas institucionales y la generación de bienes y servicios orientados al asegurado. De esta manera, se vienen adoptando acciones y estrategias que permitan fortalecer la capacidad institucional para lograr alcanzar los Objetivos Estratégicos Institucionales (OEI) y las Acciones Estratégicas Institucionales (AEI) establecidas en el PEI 2026-2030, promoviendo una gestión más eficiente, articulada y enfocada en la obtención de resultados.

La evaluación de la gestión institucional enmarca a todos los órganos de la entidad conforme lo determina el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) mediante el Organigrama Estructural de EsSalud conforme al resumen siguiente:

Tabla N°02: Cantidad de Actividades Operativas del POI 2026 Desagregado a nivel institucional

Dependencias	Cantidad	Descripción
ÓRGANOS CENTRALES	26	- Consejo Directivo - Presidencia. Ejecutiva - Gerencia General - Órgano de Control Institucional - Secretaría General - Oficina De Relaciones Institucionales - Oficina De Gestión De La Calidad y Humanización - Oficina De Cooperación Internacional

Dependencias	Cantidad	Descripción
		- Oficina De Defensa Nacional - Oficina De Integridad - Gerencia Central De Planeamiento y Presupuesto - Gerencia Central De Asesoría Jurídica - Gerencia Central De Gestión De Las Personas - Gerencia Central De Gestión Financiera - Gerencia Central De Logística - Gerencia Central De Tecnologías De Información Y Comunicaciones - Gerencia Central De Proyectos De Inversión - Gerencia Central De Promoción Y Gestión De La Inversión Privada - Gerencia Central De Atención Al Asegurado - Gerencia Central De Seguros Y Prestaciones Económicas - Gerencia Central De Prestaciones De Salud - Gerencia Central De La Persona Adulta Mayor y Persona Con Discapacidad - Gerencia Central De Operaciones - Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud e Investigación - Central De Abastecimiento De Bienes Estratégicos - Centro Nacional De Telemedicina – CENATE
TOTAL	26	
ÓRGANOS DESCONCENTRADOS	REDES ASISTENCIALES	- Red Asistencial Amazonas - Red Asistencial Ancash - Red Asistencial Apurímac - Red Asistencial Arequipa - Red Asistencial Ayacucho - Red Asistencial Cajamarca - Red Asistencial Cusco - Red Asistencial Huancavelica - Red Asistencial Huánuco - Red Asistencial Huaraz - Red Asistencial Ica - Red Asistencial Jaén - Red Asistencial Juliaca - Red Asistencial Junín - Red Asistencial La Libertad - Red Asistencial Loreto - Red Asistencial Madre De Dios - Red Asistencial Moquegua - Red Asistencial Moyobamba - Red Asistencial Pasco - Red Asistencial Piura - Red Asistencial Puno - Red Asistencial Tacna - Red Asistencial Tarapoto - Red Asistencial Tumbes - Red Asistencial Ucayali
	REDES PRESTACIONALES	- Red Prestacional Almenara - Red Prestacional Rebagliati - Red Prestacional Sabogal - Red Asistencial Lambayeque
	ORGANOS PRESTADORES DE NACIONALES	- Centro Nacional De Salud Renal - CNSR - Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR
	TOTAL	32

En ese marco, los Órganos Centrales (OCC) y Órganos Desconcentrados (OOD) deberán garantizar el cumplimiento oportuno de las actividades operativas, metas e indicadores operativos programados, asegurando su contribución efectiva al logro de los objetivos y acciones estratégicas institucionales del PEI 2026-2030.

El siguiente cuadro resumen, permite identificar de manera cuantitativa el número de actividades operativas, metas e indicadores operativos a nivel de Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados, según detalle:

Tabla N°03: Número de actividades operativas, indicadores y metas a nivel de Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados del POI 2026 Desagregado ¹

OEI	AEI	Servicio	Componente	Número de Actividades Operativas
Órganos Desconcentrados				
OEI 1: Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados	AEI.1.1 Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.	Prestaciones de Salud	Actividad Operativa: Familias de Producción	14
	AEI.1.2 Capacidad resolutoria fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad.			
	AEI.1.1 Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.		EsSalud en Casa	1
	AEI.1.1 Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.		Indicador	18
	AEI.1.2 Capacidad resolutoria fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad.			
	AEI.1.4 Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad. ¹²			
OEI 3: Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud	AEI.3.1 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la gestión por procesos y la gestión del conocimiento			
	AEI.3.2 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital			

¹ <https://www.gob.pe/institucion/essalud/informes-publicaciones/7615921-plan-operativo-institucional-2026>

OEI	AEI	Servicio	Componente	Número
Órganos Desconcentrados				
OEI 1: Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados	AEI.1.3 Prestaciones económicas otorgadas oportunamente con validación del derecho al pago hacia los asegurados.	Prestaciones Económicas	Actividad Operativa	4
			Indicador	1
	AEI.1.4 Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad.	Prestaciones Sociales	Actividad Operativa	29
			Indicador	1
Órganos Centrales				
Todas las OEI	Todas las AEI	Actividad Operativa		468

Fuente: POI 2026 Desagregado de EsSalud

La programación aprobada en el Plan Operativo Institucional (POI) 2026 Desagregado por Dependencias, conforme a la tabla N.º 03, los Órganos Centrales registran 468 actividades operativas, mientras que los Órganos Desconcentrados ejecutan metas vinculadas a prestaciones de salud agrupadas en 14 familias de producción, prestaciones económicas, prestaciones sociales, la estrategia EsSalud en Casa y un conjunto de indicadores operativos orientados al seguimiento del desempeño institucional.

En materia de prestaciones de salud, la Gerencia Central de Operaciones remitió la programación de metas para el ejercicio 2026, ajustada al Presupuesto Institucional de Apertura (PIA), comprendiendo 320 actividades operativas agrupadas en 14 familias de prestaciones, así como las metas de la estrategia EsSalud en Casa, conforme al "Plan de implementación de la visita domiciliaria con enfoque de cuidado integral de salud por curso de vida – EsSalud en Casa para el periodo 2026-2027".

Por su parte, la programación de las metas de prestaciones económicas fue efectuada por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, en su calidad de órgano responsable de la gestión presupuestal de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPES). Asimismo, la programación de las metas de prestaciones sociales fue realizada por la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, en coordinación con las dependencias responsables de su ejecución, conforme a lo establecido en los anexos correspondientes del POI 2026 Desagregado aprobado.

IV. Resultados alcanzados de la Evaluación del desagregado correspondiente al II Trimestre 2026

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación del Plan Operativo Institucional (POI) 2026 Desagregado por Dependencias al cierre del II trimestre, considerando el cumplimiento de las actividades operativas, metas prestacionales e indicadores, así como las principales brechas que requieren seguimiento durante el segundo semestre.

Escala de semaforización para la evaluación del cumplimiento de las actividades operativas

Para la evaluación del nivel de cumplimiento de las actividades operativas del POI 2026 Desagregado por Dependencias se aplicó una escala de semaforización basada en el porcentaje de ejecución alcanzado respecto de la meta programada para el período evaluado.

La clasificación permite identificar oportunamente los niveles de desempeño y orientar la toma de decisiones para la implementación de acciones de mejora, según los criterios establecidos en la siguiente tabla:

Tabla N°04: Escala de semaforización para la evaluación del cumplimiento de las actividades operativas

Estado de cumplimiento	Ponderación de cumplimiento	Color	Interpretación
Excelente	≥ 90%	 Verde oscuro	La actividad operativa alcanzó o superó el nivel esperado de cumplimiento.
Bueno	< 90% y ≥ 75%	 Verde claro	La actividad operativa presenta un nivel satisfactorio de cumplimiento, con brechas menores respecto de la meta programada.
Regular	< 75% y ≥ 60%	 Amarillo	La actividad operativa presenta un cumplimiento moderado y requiere seguimiento para asegurar el logro de la meta anual.
Malo	< 60% y > 0%	 Naranja	La actividad operativa registra un bajo nivel de cumplimiento respecto de lo programado.
Sin avance	= 0%	 Blanco	Corresponde a actividades operativas que no registran avance al cierre del período evaluado, ya sea por falta de reporte de la unidad de organización responsable o porque no se ejecutaron acciones orientadas al cumplimiento de la meta programada.

Fuente: Criterios establecidos por la GCPP y aplicados en las evaluaciones del PEI y POI.

4.1. Cumplimiento de las Actividades Operativas programadas en los OOC

De acuerdo con la información reportada por los Órganos Centrales de EsSalud a través de los formatos de evaluación del POI en Excel, de las 468 actividades operativas previstas para el ejercicio 2026, la cantidad de 418 actividades operativas contaban con programación física acumulada al cierre del II trimestre, por lo que constituyen el universo evaluable para el periodo enero-junio. Las 50 actividades operativas restantes, equivalentes al 10,68 % del total anual, no presentan programación al corte evaluado, debido a que su ejecución se encuentra prevista para periodos posteriores del ejercicio.

Con la finalidad de analizar comparativamente el desempeño de los Órganos Centrales, las 418 actividades operativas evaluables fueron clasificadas, de acuerdo con los criterios establecidos por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - GCPP, en los niveles Excelente, Bueno, Regular, Malo y Sin Avance, según el porcentaje de cumplimiento de sus metas programadas. Asimismo, para cada órgano se determinó el porcentaje de actividades con desempeño favorable, considerando aquellas que alcanzaron un nivel de cumplimiento igual o superior al 75 %. Sobre esta base, la Tabla N.º 05 presenta los resultados obtenidos por los Órganos Centrales, ordenados de mayor a menor según dicho porcentaje.

Tabla N.º 05: Nivel de Cumplimiento de las Actividades Operativas programadas por los Órganos Centrales

Nº	Órganos Centrales	Programado II TRIM	Estado de las Actividades Operativas al Segundo Trimestre 2026					Total	Porcentaje de actividades con desempeño favorable (≥75 %)
			Excelente ≥90%	Bueno <90%-75%]	Regular <75%-60%]	Malo <60%-0%>	Sin Avance =0%		
1	Gerencia Central de Operaciones	26	22	4				26	100.00%
2	Oficina de Integridad	19	18	1				19	100.00%
3	Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas	14	14					14	100.00%
4	Oficina de Gestión de Calidad y Humanización	14	14					14	100.00%
5	Gerencia Central de Logística	12	12					12	100.00%
6	Secretaría General	9	9					9	100.00%
7	Oficina de Cooperación Internacional	8	8					8	100.00%
8	Gerencia Central de Promoción y Gestión de la Inversión Privada	5	5					5	100.00%
9	Consejo Directivo	3	3					3	100.00%
10	Presidencia Ejecutiva	3	3					3	100.00%
11	Gerencia General	2	2					2	100.00%
12	Gerencia Central de Atención al Asegurado	20	19			1		20	95.00%
13	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI	16	15				1	16	93.75%
14	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad	15	14		1			15	93.33%
15	Oficina de Relaciones Institucionales	10	9			1		10	90.00%
16	Gerencia Central de Asesoría Jurídica	9	8		1			9	88.89%
17	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto	24	21			1	2	24	87.50%
18	Órgano de Control Institucional	15	12	1		2		15	86.67%
19	Gerencia Central de Gestión Financiera	13	11			1	1	13	84.62%
20	Gerencia Central de Gestión de las Personas	36	27	3	2	4		36	83.33%
21	Gerencia Central de Prestaciones de Salud	12	10			1	1	12	83.33%
22	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos - CEABE	12	8	2		2		12	83.33%
23	Centro Nacional de Telemedicina - CENATE	21	16	1	2	1	1	21	80.95%
24	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones	15	11	1	1	1	1	15	80.00%
25	Oficina de Defensa Nacional	8	6	0	1	1	0	8	75.00%
26	Gerencia de Oferta Flexible	55	36	5	9	5	0	55	74.55%
27	Gerencia Central de Proyectos de Inversión	22	4	0	1	10	7	22	18.18%
	TOTAL GENERAL	418	337	18	18	31	14	418	84.93%
			80.62%	4.31%	4.31%	7.41%	3.35%	100%	

Fuente: Reportes Excel al II Trimestre del POI 2026 Desagregado de EsSalud

La evaluación de las 418 actividades operativas evidencia, en términos generales, un desempeño favorable. Del total de actividades operativas evaluadas, 337 actividades (80.62 %) alcanzaron el nivel “Excelente”, al registrar un cumplimiento igual o superior al 90 % de la meta programada; mientras que 18 actividades (4.31 %) se ubicaron en el nivel “Bueno”, con un cumplimiento igual o superior al 75 % y menor al 90 %. En conjunto, 355 actividades, equivalentes al 84.93 % del universo evaluado, alcanzaron un desempeño favorable igual o superior al 75 %.

Análisis de las actividades con desempeño inferior al 75 %

Las 63 actividades con desempeño inferior al 75 % no se distribuyen homogéneamente entre los Órganos Centrales. Se observa una concentración significativa principalmente en la Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI) y en la Gerencia de Oferta Flexible (GOF).

La GCPI concentra 18 actividades con desempeño inferior al 75 %, de las cuales una se encuentra en nivel “Regular”, diez en nivel “Malo” y siete “Sin avance”. En consecuencia, únicamente 4 de las 22 actividades evaluadas de este órgano presentan desempeño favorable, equivalente al 18.18 %, mientras que el 81.82 % presenta un nivel de cumplimiento inferior al 75 %. Este resultado constituye el principal punto crítico dentro de la evaluación de los Órganos Centrales y requiere un análisis específico de las actividades involucradas, las causas que incidieron en su ejecución y las medidas previstas para revertir las brechas durante el segundo semestre.

La Gerencia de Oferta Flexible presenta, por su parte, 14 actividades con desempeño inferior al 75 %, correspondientes a nueve actividades en nivel “Regular” y cinco en nivel “Malo”. De las 55 actividades evaluadas, 41 se encuentran en niveles “Excelente” o “Bueno”, obteniendo un porcentaje de actividades con desempeño favorable de 74.55 %, ligeramente por debajo del umbral establecido para el nivel “Bueno”. Si bien la magnitud de su brecha es sustancialmente menor a la observada en la GCPI, el número de actividades comprometidas amerita efectuar seguimiento a los factores que vienen limitando el cumplimiento de las metas programadas.

En conjunto, GCPI y GOF concentran 32 de las 63 actividades con desempeño inferior al 75 %, es decir, el 50.79 % del total de actividades que presentan brechas de cumplimiento. Este resultado permite focalizar las acciones de seguimiento, sin perjuicio de atender las actividades con desempeño desfavorable registradas en los demás órganos.

La Gerencia Central de Gestión de las Personas registra seis actividades por debajo del 75 %; CENATE presenta cuatro actividades; mientras que la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones registran tres cada uno. Los demás órganos que presentan brechas concentran entre una y dos actividades en condición “Regular”, “Malo” o “Sin avance”.

Los resultados muestran que, si bien el desempeño agregado de los Órganos Centrales es favorable, persisten actividades que requieren seguimiento durante el segundo semestre. En particular, 45 actividades, correspondientes a las categorías “Malo” y “Sin Avance”, que representan el 10.76 % del total de actividades operativas evaluadas y constituyen el segmento que requiere mayor atención, al presentar un nivel de cumplimiento inferior al 60 % de la meta programada o no registrar avance al cierre del II trimestre.

**Tabla N.º 06 Distribución de actividades operativas con desempeño inferior al 75 %
por Órgano Central**

Órgano	Regular	Malo	Sin avance	Total, con desempeño < 75 %
GCAA	0	1	0	1
IETSI	0	0	1	1
GCPAMyPCD	1	0	0	1
ORI	0	1	0	1
GCAJ	1	0	0	1
OCI	0	2	0	2
GCGF	0	1	1	2
GCGP	2	4	0	6
GCPP	0	1	2	3
GCPS	0	1	1	2
CEABE	0	2	0	2
CENATE	2	1	1	4
GCTIC	1	1	1	3
ODN	1	1	0	2
GOF	9	5	0	14
GCPI	1	10	7	18
Total	18	31	14	63

Fuente: Gerencia de Planeamiento Operativo GPC-GCPP. Reportes de evaluación POI 2026 al II trimestre

Actividades sin avance

Particular atención requieren las 14 actividades clasificadas como “Sin avance”, debido a que, contando con programación al II trimestre, no registran ejecución física al corte evaluado. Estas actividades se encuentran principalmente en la Gerencia Central de Proyectos de Inversión, que concentra siete; la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, con dos; y, en menor medida, IETSI, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, CENATE y la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, con una actividad cada uno.

La condición “Sin avance” debe diferenciarse expresamente de aquellas actividades que no cuentan con programación al II trimestre. Las primeras forman parte del universo evaluado y presentan ejecución igual a cero frente a una meta prevista para el periodo; las segundas corresponden a las 50 actividades cuya programación se inicia en periodos posteriores y, por tanto, no constituyen incumplimiento al corte evaluado.

Esta diferenciación resulta necesaria para preservar la correcta interpretación de los resultados y evitar que la ausencia de programación sea considerada como falta de ejecución.

Lectura integral de los resultados

En términos generales, los resultados muestran un avance favorable en la ejecución física del POI de los Órganos Centrales al cierre del primer semestre de 2026, considerando que el 84.93 % de las actividades evaluadas alcanzó niveles de cumplimiento “Excelente” o “Bueno”. No obstante, el análisis evidencia que el desempeño institucional presenta diferencias entre órganos y actividades que requieren una gestión focalizada durante el segundo semestre.

En ese sentido, el resultado de la evaluación no debe interpretarse únicamente a partir del porcentaje de actividades clasificadas como “Excelente”, sino considerando también la magnitud y concentración de las brechas. Las 63 actividades con cumplimiento inferior al 75 %, particularmente las 45 calificadas como “Malo” o “Sin avance”, constituyen el principal ámbito de seguimiento para los siguientes periodos.

Para dichas actividades corresponde que los órganos responsables identifiquen y sustenten las causas que incidieron en el nivel de ejecución alcanzado, diferenciando factores relacionados con programación, disponibilidad presupuestal, recursos humanos, procesos y procedimientos, tecnologías de información, equipamiento, disponibilidad de bienes o servicios y otros factores que resulten aplicables. Asimismo, resulta necesario establecer las medidas correctivas correspondientes, responsables, plazos y proyección de cumplimiento al cierre del ejercicio.

El análisis cualitativo desarrollado en el numeral V utiliza los informes y evidencias de las unidades responsables para explicar los principales resultados y brechas. La descripción se realiza a nivel de órgano, profundizando en las actividades que explican el desempeño, mientras que el detalle individual de la producción y medios de verificación se conserva en los sustentos de la evaluación. Esta metodología evita convertir el cuerpo del informe en una relación de las 418 actividades y permite concentrar la lectura en los resultados relevantes, riesgos y medidas de mejora.

4.2. Cumplimiento de las Actividades Operativas de los OOC alineadas al PEI

La distribución de las 418 actividades operativas evaluables según Objetivo Estratégico Institucional permite identificar la concentración del esfuerzo operativo de los Órganos Centrales y su correspondencia con las prioridades del PEI 2026–2030.

OEI	Descripción	Actividades evaluables	Participación
OEI 1	Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales.	122	29.19 %
OEI 2	Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional.	19	4.55 %
OEI 3	Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud.	235	56.22 %
OEI 4	Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional.	42	10.05 %
Total		418	100.00 %

La mayor concentración se registra en el OEI 3, con 235 actividades (56.22 %), seguido del OEI 1, con 122 actividades (29.19 %). Esta distribución evidencia que más de la mitad de las actividades evaluadas de los Órganos Centrales se orienta a la modernización y fortalecimiento de la gestión institucional.

Para mantener consistencia con el consolidado general, el análisis por OEI se presenta sobre el número de actividades evaluables. La clasificación de desempeño debe sustentarse en la misma matriz fuente utilizada para el ranking por órgano, evitando diferencias entre consolidaciones.

4.3. Cumplimiento de Metas Prestacionales programadas en los OODD

4.3.1. Prestaciones de Salud

- El resultado de las 14 familias de actividades de prestaciones de salud del POI Desagregado se obtiene de la plataforma de la OIO de la GCOP.
- Asimismo, la GCTIC viene desarrollando un reporte estadístico desde el ESSI para el seguimiento de la estrategia EsSalud en Casa.
- También se cuenta con 19 indicadores institucionales, cuya medición responde a las particularidades operativas de cada red. Los resultados de los indicadores del ítem 01 al 08 se obtienen del POI FONAFE a cargo de la GPC³. El indicador del ítem 09 será reportado por la Gerencia de Gestión de la Información. Los indicadores del ítem 10 al 18 fueron reportados por las unidades orgánicas responsables y el 19 del POI FONAFE.

4.3.2. Actividades de Prestaciones de Salud

Para efectos de la evaluación al II trimestre de 2026, la matriz consolidada de los Órganos Desconcentrados comprende 376 registros evaluables correspondientes a las combinaciones OODD–familia de prestaciones de salud, agrupadas en las 14 familias definidas en el POI 2026 Desagregado.

Las metas, ejecución y porcentajes de cumplimiento, se presentan en las Tablas N.º 07, 08 y 09 “Metas de las Actividades de Prestaciones de Salud al II Trimestre”, “Ejecución de las Actividades de Prestaciones de Salud al II Trimestre” y 4 “Porcentaje de cumplimiento de las Actividades de Prestaciones de Salud al II Trimestre”, respectivamente:

³ Memorando N.º 000037-GPC-GCPP-ESSALUD-2026, del 13.04.2026.

Tabla N.º 07: Metas de las Actividades de Prestaciones de Salud al II Trimestre

Nº	OODD	META AL II TRIMESTRE													
		1. Consulta Externa	2. intervenciones Quirúrgicas	3. Hospitalización	4. Emergencias	5. Apoyo Diagnóstico	6. Procedimientos	7. Tratamientos especializados	8. Dialisis	9. Atención parto	10. Programa Atención Domiciliaria	11. Salud Ocupacional	12. Transplante de órganos	13. Prevenir	14. Control Post Hospitalario en Domicilio
1	RP ALMENARA	2,762,542	28,806	292,188	446,660	6,283,074	824,310	107,616	37,794	3,755	630	7,320	72	20,112	36
2	RA AMAZONAS	223,665	1,175	6,054	19,200	168,048	35,238	5,298	1,278	276	1,869			3,414	
3	RA ÁNCASH	581,481	2,863	26,675	119,431	999,942	177,930	9,378	11,190	560	32,722	2,292		10,854	
4	RA APURÍMAC	417,897	1,686	12,537	42,300	253,152	113,304	384	4,572	404	10,956	870		9,492	
5	RA AREQUIPA	1,550,846	18,005	104,843	374,904	2,215,272	597,888	31,152	39,000	1,820	16,148	1,374		20,592	8,070
6	RA AYACUCHO	338,783	2,408	11,703	32,370	424,134	48,822	312	2,346	434	5,501			7,926	
7	RA CAJAMARCA	358,869	2,482	11,033	30,639	928,134	73,488	576	7,248	473	5,515	788		7,980	
8	CNSR	4,740				511,620	1,650	1,974	32,688			30			
9	RA CUSCO	656,006	7,159	64,197	117,036	537,432	122,688	7,608	8,502	978	5,082	2,532		4,386	18
10	RA HUANCVELICA	214,309	903	5,241	9,870	190,962	49,242		630	126	1,152	312		3,678	
11	RA HUANUCO	550,988	2,465	16,230	59,151	563,886	150,900	648	6,120	741	21,967			5,922	
12	RA HUARAZ	300,558	1,560	10,700	30,828	203,388	65,274	336	906	365	5,316	246		6,192	
13	RA ICA	993,463	8,448	51,283	243,672	1,290,360	403,650	4,296	13,440	1,794	21,057	5,234		6,054	
14	INCOR	33,955	911	18,372	1,572	117,126	49,716	3,108	330				6		
15	RA JAÉN	119,711	695	4,607	23,329	144,498	2,532			213	1,046			1,074	
16	RA JULIACA	453,883	2,140	12,407	32,172	456,300	166,974	294	3,630	501	13,596			4,824	
17	RA JUNÍN	828,230	7,896	61,317	106,128	1,086,924	351,900	16,980	23,520	1,315	14,739	1,212	6	17,538	
18	RA LA LIBERTAD	1,617,244	15,735	104,110	207,888	2,603,682	482,754	52,176	24,138	1,913	24,200	3,690		14,658	
19	RP LAMBAYEQUE	1,484,492	10,898	93,422	203,612	1,672,284	334,230	16,962	17,712	1,594	27,007	270	12	15,030	2,082
20	RA LORETO	414,926	3,240	21,990	96,870	95,610	156,564	2,244	4,974	633	4,500	5,994		8,160	
21	RA MADRE DE DIOS	130,237	2,835	9,115	18,295	137,154	14,250	810	3,342	226	2,700			5,178	
22	RA MOQUEGUA	341,139	2,284	10,040	67,398	498,402	267,744	1,644	10,914	292	8,916	336		1,650	
23	RA MOYOBAMBA	165,721	1,576	5,871	26,379	159,966	47,496	144	360	244	5,766			1,626	
24	RA PASCO	402,493	1,877	20,503	26,766	331,290	98,832	3,606	1,398	532	2,612	1,200		4,422	228
25	RA PIURA	889,229	9,051	59,532	151,056	1,025,610	196,218	21,132		1,711	26,520	390	30	22,860	
26	RA PUNO	346,790	1,856	12,124	24,870	359,634	58,602	5,310	6,720	345	4,714	294		11,148	
27	RP REBAGLIATI	2,824,192	27,719	293,436	414,358	7,818,588	991,164	240,870	32,052	3,732	342	8,478	114	14,832	28,950
28	RP SABOGAL	2,464,757	26,495	161,991	496,544	4,148,106	902,256	55,542	31,110	4,338	3,504	4,470	6	16,818	5,700
29	RA TACNA	399,009	2,584	22,385	57,270	728,304	275,976	6,354	22,200	567	12,990	1,908		8,358	
30	RA TARAPOTO	336,273	2,633	13,412	66,816	369,714	68,310	426	17,412	555	3,384	576		6,660	702
31	RA TUMBES	251,873	720	9,125	19,070	189,132	96,576	7,254		417	10,323	1,104		1,098	
32	RA UCAYALI	373,974	2,871	18,440	64,698	657,810	381,102	1,848	16,410	366	7,344			2,802	

Fuente: Plan Operativo Institucional Desagregado 2026

Tabla N.º 08. Ejecución de las Actividades de Prestaciones de Salud al II Trimestre

Nº	OODD	EJECUCIÓN AL II TRIMESTRE													
		1. Consulta Externa	2. intervenciones Quirúrgicas	3. Hospitalización	4. Emergencias	5. Apoyo Diagnóstico	6. Procedimientos	7. Tratamientos especializados	8. Dialisis	9. Atención parto	10. Programa Atención Domiciliaria	11. Salud Ocupacional	12. Transplante de órganos	13. Prevenir	14. Control Post Hospitalario en Domicilio
1	RP ALMENARA	2,804,713	28,747	285,388	434,271	6,810,392	947,096	108,606	40,067	3,109	0	6,481	91	9,479	37
2	RA AMAZONAS	181,178	1,156	6,029	20,329	168,629	27,423	0	1,570	240	2,100			2,572	
3	RA ÁNCASH	573,319	2,925	27,084	131,005	1,161,830	178,872	3,740	11,839	499	33,696	1,616		5,735	
4	RA APURÍMAC	336,782	1,795	11,207	41,847	339,865	74,150	1,043	10,437	382	9,352	342		6,648	
5	RA AREQUIPA	1,702,572	17,488	98,653	404,000	3,039,633	831,968	36,780	45,459	1,806	16,243	2,844		5,717	10,334
6	RA AYACUCHO	318,251	2,410	10,627	31,757	398,425	54,281		2,052	404	5,611			5,143	
7	RA CAJAMARCA	396,659	2,485	11,943	29,232	1,309,333	78,798	433	6,676	418	4,757	1,680		2,092	
8	CNSR	6,379				368,416	1,751	1,971	29,620						
9	RA CUSCO	674,453	7,309	66,570	114,550	1,163,156	246,000	12,794	17,359	1,261	8,050	4,252		4,666	
10	RA HUANCAYELICA	219,544	1,036	5,150	9,710	187,678	42,786		413	144	2,783	201		1,461	
11	RA HUANUCO	511,912	2,208	16,123	63,875	615,783	138,231	845	5,632	751	20,390			4,104	
12	RA HUARAZ	331,035	1,617	11,541	28,246	215,675	77,332		362	378	5,940	125		3,764	
13	RA ICA	974,380	7,091	52,090	261,418	1,299,343	366,947	4,096	13,927	1,597	12,246	835		6,714	
14	INCOR	39,918	958	17,062	2,186	100,368	63,793	12,660	441				6		
15	RA JAÉN	132,920	807	3,309	18,459	152,712	20,892			187	1,253			162	
16	RA JULIACA	453,399	2,071	12,929	35,832	383,600	163,137	211	3,773	392	9,225			3,519	
17	RA JUNÍN	857,134	7,028	57,853	106,157	1,218,009	374,709	17,431	33,190	1,174	13,645	1,275	2	4,619	
18	RA LA LIBERTAD	1,607,383	13,121	87,426	252,600	2,409,459	512,194	57,888	24,118	1,790	18,866	1,053		4,531	
19	RP LAMBAYEQUE	1,651,251	13,138	98,804	213,462	2,145,589	411,232	20,148	21,469	1,572	24,418	462	2	2,565	2,264
20	RA LORETO	450,750	2,736	21,946	74,842	525,077	169,432	895	4,620	599	4,075	0		0	
21	RA MADRE DE DIOS	88,725	718	6,158	16,457	129,656	113,425	338	2,194	203	2,010			1,243	
22	RA MOQUEGUA	349,909	1,940	8,387	60,227	401,411	237,352	172	11,265	221	9,750	494		1,152	
23	RA MOYOBAMBA	175,180	1,242	4,815	20,713	215,085	54,088	281	362	220	5,628			1,781	
24	RA PASCO	365,264	1,304	16,696	26,824	239,322	67,883	298	1,029	287	1,710	185		1,045	29
25	RA PIURA	972,598	8,149	55,373	152,481	1,406,742	225,489	15,910		1,583	15,871	256	20	11,142	
26	RA PUNO	346,736	2,425	12,814	28,559	379,336	64,195	3,991	5,389	280	4,281	272		3,395	
27	RP REBAGLIATI	2,710,323	30,380	303,954	413,352	9,186,605	946,401	223,097	38,588	3,258		7,373	105	9,861	28,877
28	RP SABOGAL	2,609,700	25,235	158,045	484,299	4,610,989	942,756	61,041	33,451	3,545	2,753	3,628	8	12,294	5,345
29	RA TACNA	379,403	2,321	21,316	46,427	659,052	303,363	951	17,615	356	12,369	1,328		4,997	
30	RA TARAPOTO	351,077	2,628	11,875	64,344	453,036	81,646		13,418	446	3,654	0		1,865	910
31	RA TUMBES	262,355	707	6,693	13,051	220,219	112,210	480		304	10,215	81		1,410	
32	RA UCAYALI	411,729	2,529	19,461	69,696	641,761	876,033	2,904	21,698	612	7,448			2,846	

Fuente: Oficina de Información de Operaciones - Gerencia Central de Operaciones, actualizado al 30.06.2026

: Producción realizada a pesar de no haber sido programado

Tabla N.º 09. Porcentaje de cumplimiento de las Actividades de Prestaciones de Salud al II Trimestre

N°	OODD	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL II TRIMESTRE														
		1. Consulta Externa	2. intervenciones Quirurgicas	3. Hospitalizacion	4. Emergencias	5. Apoyo Diagnóstico	6. Procedimientos	7. Tratamientos especializados	8. Dialisis	9. Atencion parto	10. Programa Atencion Domiciliaria	11. Salud Ocupacional	12. Transplante de órganos	13. Prevenir	14. Control Post Hospitalario en Domicilio	
1	RP ALMENARA	101.53%	99.80%	97.67%	97.23%	108.39%	114.90%	100.92%	106.01%	82.80%	0.00%	88.54%	126.39%	47.13%	102.78%	
2	RA AMAZONAS	81.00%	98.38%	99.59%	105.88%	100.35%	77.82%	0.00%	122.85%	86.96%	112.36%			75.34%		
3	RA ÁNCASH	98.60%	102.17%	101.53%	109.69%	116.19%	100.53%	39.88%	105.80%	89.11%	102.98%	70.51%		52.84%		
4	RA APURÍMAC	80.59%	106.47%	89.39%	98.93%	134.25%	65.44%	271.61%	228.28%	94.55%	85.36%	39.31%		70.04%		
5	RA AREQUIPA	109.78%	97.13%	94.10%	107.76%	137.21%	139.15%	118.07%	116.56%	99.23%	100.59%	206.99%		27.76%	128.05%	
6	RA AYACUCHO	93.94%	100.08%	90.81%	98.11%	93.94%	111.18%	0.00%	87.47%	93.09%	102.00%			64.89%		
7	RA CAJAMARCA	110.53%	100.12%	108.25%	95.41%	141.07%	107.23%	75.17%	92.11%	88.37%	86.26%	213.20%		26.22%		
8	CNSR	134.58%				72.01%	106.12%	99.85%	90.61%			0.00%				
9	RA CUSCO	102.81%	102.10%	103.70%	97.88%	216.43%	200.51%	168.17%	204.18%	128.94%	158.40%	167.93%		106.38%	0.00%	
10	RA HUANCAVELICA	102.44%	114.73%	98.26%	98.38%	98.28%	86.89%		65.56%	114.29%	241.58%	64.42%		39.72%		
11	RA HUANUCO	92.91%	89.57%	99.34%	107.99%	109.20%	91.60%	130.40%	92.03%	101.35%	92.82%			69.30%		
12	RA HUARAZ	110.14%	103.65%	107.86%	91.62%	106.04%	118.47%	0.00%	39.96%	103.56%	111.74%	50.81%		60.79%		
13	RA ICA	98.08%	83.94%	101.57%	107.28%	100.70%	90.91%	95.34%	103.62%	89.02%	58.16%	15.95%		110.90%		
14	INCOR	117.56%	105.16%	92.87%	139.06%	85.69%	128.31%	407.34%	133.64%				100.00%			
15	RA JAÉN	111.03%	116.12%	71.83%	79.12%	105.68%	825.12%			87.79%	119.79%			15.08%		
16	RA JULIACA	99.89%	96.78%	104.21%	111.38%	84.07%	97.70%	71.77%	103.94%	78.24%	67.85%			72.95%		
17	RA JUNÍN	103.49%	89.01%	94.35%	100.03%	112.06%	106.48%	102.66%	141.11%	89.28%	92.58%	105.20%	33.33%	26.34%		
18	RA LA LIBERTAD	99.39%	83.39%	83.97%	121.51%	92.54%	106.10%	110.95%	99.92%	93.57%	77.96%	28.54%		30.91%		
19	RP LAMBAYEQUE	111.23%	120.55%	105.76%	104.84%	128.30%	123.04%	118.78%	121.21%	98.62%	90.41%	171.11%	16.67%	17.07%	108.74%	
20	RA LORETO	108.63%	84.44%	99.80%	77.26%	549.19%	108.22%	39.88%	92.88%	94.63%	90.56%	0.00%		0.00%		
21	RA MADRE DE DIOS	68.13%	25.33%	67.56%	89.95%	94.53%	795.96%	41.73%	65.65%	89.82%	74.44%			24.01%		
22	RA MOQUEGUA	102.57%	84.94%	83.54%	89.36%	80.54%	88.65%	10.46%	103.22%	75.68%	109.35%	147.02%		69.82%		
23	RA MOYOBAMBA	105.71%	78.81%	82.01%	78.52%	134.46%	113.88%	195.14%	100.56%	90.16%	97.61%			109.53%		
24	RA PASCO	90.75%	69.47%	81.43%	100.22%	72.24%	68.69%	8.26%	73.61%	53.95%	65.47%	15.42%		23.63%	12.72%	
25	RA PIURA	109.38%	90.03%	93.01%	100.94%	137.16%	114.92%	75.29%		92.52%	59.85%	65.64%	66.67%	48.74%		
26	RA PUNO	99.98%	130.66%	105.69%	114.83%	105.48%	109.54%	75.16%	80.19%	81.16%	90.81%	92.52%		30.45%		
27	RP REBAGLIATI	95.97%	109.60%	103.58%	99.76%	117.50%	95.48%	92.62%	120.39%	87.30%	0.00%	86.97%	92.11%	66.48%	99.75%	
28	RP SABOGAL	105.88%	95.24%	97.56%	97.53%	111.16%	104.49%	109.90%	107.52%	81.72%	78.57%	81.16%	133.33%	73.10%	93.77%	
29	RA TACNA	95.09%	89.82%	95.22%	81.07%	90.49%	109.92%	14.97%	79.35%	62.79%	95.22%	69.60%		59.79%		
30	RA TARAPOTO	104.40%	99.81%	88.54%	96.30%	122.54%	119.52%	0.00%	77.06%	80.36%	107.98%	0.00%		28.00%	129.63%	
31	RA TUMBES	104.16%	98.19%	73.35%	68.44%	116.44%	116.19%	6.62%		72.90%	98.95%	7.34%		128.42%		
32	RA UCAYALI	110.10%	88.09%	105.54%	107.73%	97.56%	229.87%	157.14%	132.22%	167.21%	101.42%			101.57%		
% Cumplimiento por familia		93.36%	88.39%	89.92%	91.69%	92.11%	92.11%	65.00%	88.19%	85.17%	79.92%	59.24%	72.50%	51.58%	75.00%	
ESTADO		EXCELENTE	BUENO	BUENO	EXCELENTE	EXCELENTE	EXCELENTE	REGULAR	BUENO	BUENO	BUENO	BUENO	MALO	REGULAR	MALO	BUENO

Fuente: Oficina de Información de Operaciones - Gerencia Central de Operaciones, actualizado al 30.06.2026

: Producción realizada a pesar de no haber sido programado

En la Tabla N.º 08 “Ejecución de las Actividades de Prestaciones de Salud al II Trimestre”, se muestran las actividades de prestaciones de salud agrupadas en las 14 familias, realizadas por los OODD. No se incluyen aquellas actividades que, sin haber sido programadas en el POI Desagregado, fueron ejecutadas por algunas redes como, según se indica:

- De la familia “Diálisis”, las Redes Asistenciales Piura y Tumbes reportaron 31 887 y 3 790 atenciones al II Trimestre.
- De la familia “Salud Ocupacional”, las Redes Asistenciales Amazonas, INCOR y Juliaca reportaron 176 574 y 507 atenciones al II Trimestre.
- De la familia “Trasplante de Órganos”, las Redes Asistenciales Arequipa, Cusco y La Libertad reportaron 5, 4 y 1 trasplantes al II Trimestre.

Por ello, para efectos del cálculo del nivel de cumplimiento, que se realiza en la tabla siguiente, no se considerarán estos resultados por no tener metas.

En la Tabla N.º 09 “Porcentaje de cumplimiento de las Actividades de Prestaciones de Salud al II Trimestre”, se presentan los porcentajes de cumplimiento obtenidos en las diferentes familias de actividades de prestaciones de salud de los 32 OODD. De las 14 familias consideradas:

- Cuatro (04) familias de prestaciones de salud: Consulta Externa, Emergencias, Apoyo al Diagnóstico y Procedimientos obtuvieron el Estado “Excelente”.
- Seis (06) familias de prestaciones de salud Intervenciones Quirúrgicas, Hospitalización, Diálisis, Atención parto, Programa Atención Domiciliaria y Control posthospitalario, obtuvieron el Estado “Bueno”.
- Dos (02) familias de prestaciones de salud “Tratamientos Especializados” y “Trasplante de órganos” obtuvieron el Estado “Regular”.
- Dos (02) familias de prestaciones de salud “Salud Ocupacional” y “Prevenir” obtuvieron el Estado “Malo”.

Para calcular el porcentaje general de cumplimiento del indicador, considerando que los datos que poseemos corresponden a rangos o categorías, no a las notas exactas de cada una de las familias que comprenden las actividades prestacionales de salud en los órganos Desconcentrados.

Por lo tanto, no se puede obtener un valor exacto, pero sí se puede calcular un estimado muy preciso mediante los puntos medios de cada rango. Los puntos medios de cada rango son: 95.0% para el estado Excelente (considerando que lo justo obtenido es el 100%), 82.5% para el estado “Bueno”, 68.5% para el estado “Regular”, 30.0% para el estado “Malo” y 0.0% para el estado “Sin Avance”. Para el cálculo estimado por el punto medio, multiplicamos la cantidad de centros por el valor promedio de su categoría.

En la Tabla N.º 10, se presenta el ranking ordenado por Órganos Desconcentrados obtenidos en base a los porcentajes de cumplimiento de las 14 familias consideradas en la tabla anterior:

Tabla N.º 10. Ranking de las actividades de prestaciones de salud de las 14 familias en los OODD respecto al desempeño Excelente y Bueno

OODD	Estado de las Actividades de Prestaciones de Salud Al II Trimestre						Ranking de % Cumplimiento Excelente + Bueno
	Excelente >=90%	Bueno <90%-75%]	Regular <75%-60%]	Malo <60%-0%	Sin Avance =0%	Total	
RA UCAYALI	10	1	0	0	0	11	100.00%
INCOR	8	1	0	0	0	9	100.00%
RA MOYOBAMBA	8	3	0	0	0	11	100.00%
RP SABOGAL	10	3	1	0	0	14	92.86%
RA AREQUIPA	12	0	0	1	0	13	92.31%
RA CUSCO	12	0	0	0	1	13	92.31%
RA CAJAMARCA	8	3	0	1	0	12	91.67%
RA PUNO	8	3	0	1	0	12	91.67%
RA HUÁNUCO	9	1	1	0	0	11	90.91%
RA AMAZONAS	6	4	0	0	1	11	90.91%
RP LAMBAYEQUE	12	0	0	2	0	14	85.71%
RP REBAGLIATI	10	2	1	0	1	14	85.71%
RP ALMENARA	10	2	0	1	1	14	85.71%
RA JUNÍN	9	2	0	2	0	13	84.62%
RA ICA	8	2	0	2	0	12	83.33%
RA LA LIBERTAD	7	3	0	2	0	12	83.33%
RA MOQUEGUA	4	6	1	1	0	12	83.33%
RA AYACUCHO	8	1	1	0	1	11	81.82%
RA JAÉN	5	2	1	1	0	9	77.78%
RA TARAPOTO	7	3	0	1	2	13	76.92%
RA ÁNCASH	8	1	1	2	0	12	75.00%
RA LORETO	7	2	0	1	2	12	75.00%
RA APURÍMAC	6	3	2	1	0	12	75.00%
RA HUANCARELICA	7	1	2	1	0	11	72.73%
RA JULIACA	6	2	3	0	0	11	72.73%
CNSR	4	0	1	0	1	6	66.67%
RA HUARAZ	8	0	1	2	1	12	66.67%
RA PIURA	7	1	2	2	0	12	66.67%
RA TACNA	5	3	2	2	0	12	66.67%
RA TUMBES	6	0	3	2	0	11	54.55%
RA MADRE DE DIOS	2	2	4	3	0	11	36.36%
RA PASCO	2	1	5	5	0	13	23.08%
Total	239	58	32	36	11	376	
Porcentaje	63.56%	15.43%	8.51%	9.57%	2.93%	100.00%	

Fuente: Oficina de Información de Operaciones – Gerencia Central de Operaciones

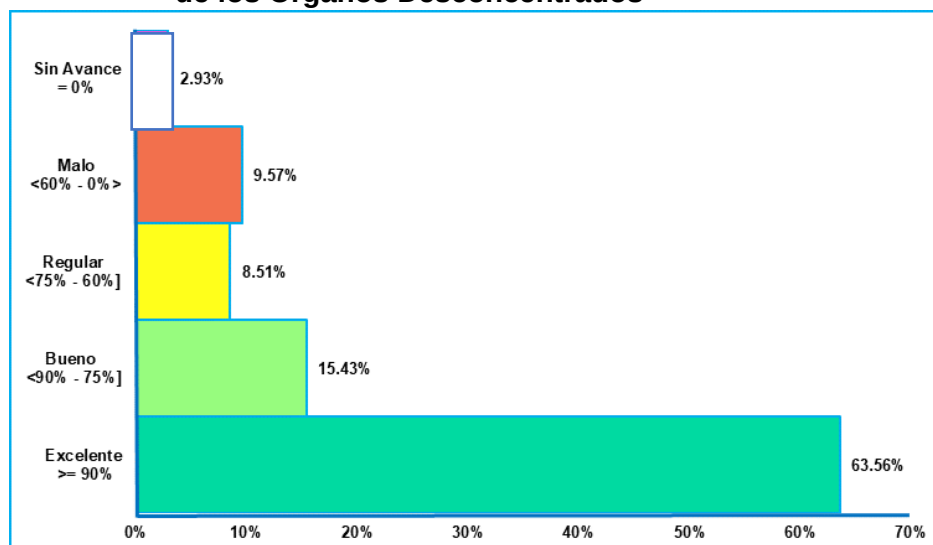
- El 72 % de los Órganos Desconcentrados (23 OODD) tuvieron desempeño “Excelente” y “Bueno”.
- Se observa que tres (03) Órganos Desconcentrados: Tumbes, Madre de Dios y Pasco, se encuentran en el estado de desempeño “Malo”.

Asimismo, del total de 376 registros evaluados de prestaciones de salud:

- El 63.56 % de las familias de actividades de prestaciones de salud (239 actividades), alcanzaron un nivel de cumplimiento “Excelente” (>=90%)
- El 15.43 % del total (58 actividades) tuvieron un desempeño “Bueno” ([75%-90%>)
- El 8.51 % del total (32 actividades) tuvieron un desempeño “Regular” ([60%-75%>)
- El 9.57 % del total (36 actividades) tuvieron un desempeño “Malo” (<0%-60%>) y
- El 2.93 % del total (11 actividades) no muestran avances.

En la siguiente figura se muestra el resultado de la evaluación de las familias de actividades de prestaciones de salud de los OODD al II Trimestre 2026.

Figura N.º1: Consolidado del Estado de Avance de las Prestaciones de Salud de los Órganos Desconcentrados



Fuente: Oficina de Información de Operaciones – Gerencia Central de Operaciones

Los 376 registros evaluados de prestaciones de salud se encuentran vinculados al Objetivo Estratégico N.º 1 “Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados”.

4.3.3. Estrategia EsSalud en Casa

EsSalud en Casa es una estrategia preventiva del Seguro Social de Salud que lleva servicios de salud directamente a los hogares de los asegurados para realizar chequeos, detectar riesgos a tiempo y promover estilos de vida saludables, antes de que aparezcan enfermedades como hipertensión, diabetes, obesidad y cáncer.

Esta estrategia se sustenta en que más del 70 % de las patologías que hoy saturan los servicios de emergencia -como hipertensión, diabetes, obesidad y cáncer- pueden prevenirse si se detectan de manera oportuna desde el primer nivel de atención. En ese marco, EsSalud fortalece un enfoque basado en la prevención y la promoción de la salud, con esta intervención se busca cambiar el modelo de atención, priorizando la prevención sobre el tratamiento tardío de las enfermedades. Esta estrategia se implementa de manera progresiva en 35 centros asistenciales a partir del año 2026.

El ingreso a esta estrategia se realiza bajo criterios establecidos por EsSalud como: ser asegurado, no haber acudido a un centro de salud en el último año y no contar con un seguro EPS y se enmarca en los ejes de gestión institucional orientados al fortalecimiento de la atención primaria, el incremento de la producción asistencial y la sostenibilidad del sistema de salud, contribuyendo a reducir la carga sobre los hospitales de mayor complejidad.

De acuerdo con la información consignada en la Tabla N.º 11, de los 35 centros asistenciales comprendidos en la estrategia EsSalud en Casa, 4 alcanzaron el nivel “Excelente”, 4 el nivel “Bueno”, 2 el nivel “Regular”, 13 se ubicaron en “Malo”, 8 no registraron avance y 4 no reportaron información. En conjunto, 8 centros (22,86 %) presentan desempeño favorable igual o superior al 75 %. La diferenciación entre “Sin avance” y “No reportó” resulta indispensable, debido a que la primera condición supone una meta programada con ejecución igual a cero, mientras que la segunda refleja ausencia de información suficiente para evaluar el cumplimiento.

Tabla N.º 11: Resultados de la Estrategia EsSalud en Casa en los ODD

N.º	OODD	ESSALUD EN CASA			
		META AL II TRIM	EJEC AL II TRIM	% CUMP.	ESTADO
1	RP ALMENARA				
	Pol. Pizarro	228	0	0.00%	NO REPORTÓ
	CAP III Huaycán	228	0	0.00%	NO REPORTÓ
2	RA AMAZONAS				
	CAP II Rodríguez de Mendoza	228	190	83.33%	BUENO
3	RA ÁNCASH				
	PCC Víctor Panta	228	114	50.00%	MALO
4	RA APURÍMAC				
	PCC Las Américas	228	184	80.70%	BUENO
	CAPII Chincheros	228	184	80.70%	BUENO
5	RA AREQUIPA				
	Pol. Metropolitano	228	0	0.00%	NO REPORTÓ
6	RA AYACUCHO				
	CAP III Metropolitano	228	105	46.05%	MALO
7	RA CAJAMARCA				
	CAP II Baños del Inca	228	83	36.40%	MALO
9	RA CUSCO				
	CM San Francisco	228	17	7.46%	MALO
	CM Metropolitano	228	0	0.00%	SIN AVANCE
10	RA HUANCARELICA				
	CM Pampas	228	224	98.25%	EXCELENTE
11	RA HUÁNUCO				
	PM Pano	228	114	50.00%	MALO
12	RA HUARAZ				
	CM Huari	228	123	53.95%	MALO
13	RA ICA				
	CAP II La Tinguiña	228	163	71.49%	REGULAR
15	RA JAÉN				
	CAP II San Ignacio	228	76	33.33%	MALO
16	RA JULIACA				
	Pol. Juliaca	228	0	0.00%	SIN AVANCE
17	RA JUNÍN				
	CM Concepción	228	114	50.00%	MALO
18	RA LA LIBERTAD				
	CAP II Laredo	228	0	0.00%	SIN AVANCE
19	RP LAMBAYEQUE				
	CAP III Carlos Castañeda	228	0	0.00%	NO REPORTÓ
20	RA LORETO				
	CAP III Iquitos	228	0	0.00%	SIN AVANCE
21	RA MADRE DE DIOS				
	PM Mazuko	228	30	13.16%	MALO
22	RA MOQUEGUA				
	CAP II Torata	228	0	0.00%	SIN AVANCE
23	RA MOYOBAMBA				
	CM Rioja	228	39	17.11%	MALO
24	RA PASCO				
	CM San Juan	228	75	32.89%	MALO
25	RA PIURA				
	CAP III Metropolitano	228	450	197.37%	EXCELENTE
26	RA PUNO				
	Pol. Ilave	228	38	16.67%	MALO
27	RP REBAGLIATI				
	CAP II Lurín	228	549	240.79%	EXCELENTE
	CM Mala	228	342	150.00%	EXCELENTE
28	RP SABOGAL				
	Pol. Retablo	228	172	75.44%	BUENO
	Pol. Sayán	228	139	60.96%	REGULAR
29	RA TACNA				
	CAP III Metropolitano	228	0	0.00%	SIN AVANCE
30	RA TARAPOTO				
	CAP I Morales	228	0	0.00%	SIN AVANCE

N.º	OODD	ESSALUD EN CASA			
		META AL II TRIM	EJEC AL II TRIM	% CUMP.	ESTADO
31	RA TUMBES				
	PM La Cruz	228	0	0.00%	SIN AVANCE
32	RA UCAYALI				
	CAP I Manantay	228	114	50.00%	MALO

Fuente: Reportes Excel del Aplicativo

4.3.4 Cumplimiento de Indicadores Prestacionales en los OODD

(Del Indicador 1 al indicador 8)

Respecto a los resultados de indicadores asistenciales priorizados, la Gerencia de Financiamiento y la Oficina de Información de Operaciones de la Gerencia Central de Operaciones y la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, remitieron la información mediante correo de los documentos que sustentan los resultados que se presentan a continuación:

a) Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino

Este indicador evalúa la capacidad de captación e identificación oportuna de mujeres aseguradas en el grupo etario de 25 a 64 años con lesiones precursoras de neoplasia cervical en estadios tempranos. La detección precoz a través del tamizaje cérvico-vaginal (Papanicolaou - PAP) constituye una intervención de alta costo-eficiencia que mitiga los indicadores de morbilidad y optimiza el uso de los recursos institucionales.

El indicador se obtiene midiendo:

$$\frac{\text{Nº de resultados de muestras PAP cérvico vaginal de tamizaje realizados en mujeres de 25 a 64 años}}{\text{Total de mujeres aseguradas de 25 a 64 años}} \times 100\%$$

Al segundo trimestre 2026, se programó una cobertura del 17.50 %, alcanzándose un avance del 9.66 %, que representa un nivel de cumplimiento del 55.20 %. Estos resultados evidencian un progreso gradual; sin embargo, aún persisten brechas significativas, particularmente en redes con alta demanda asistencial y condiciones geográficas dispersas.

Tabla N.º 12: Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino al II Trimestre 2026

Redes Asistenciales/ Prestacionales	Población 2026	Al II Trimestre 2026			
		Producción	Cobertura al II Trimestre	Meta	% Cumplimiento
Pasco	25,484	4,628	18.16%	17.50%	103.77%
Moquegua	28,257	4,141	14.65%	17.50%	83.74%
Cajamarca	54,314	7,577	13.95%	17.50%	79.72%
Moyobamba	16,696	2,235	13.39%	17.50%	76.49%
Arequipa	201,355	25,623	12.73%	17.50%	72.72%
Ayacucho	38,798	4,817	12.42%	17.50%	70.95%
Tacna	38,632	4,749	12.29%	17.50%	70.25%
Tarapoto	34,890	4,168	11.95%	17.50%	68.26%
Ica	143,600	16,998	11.84%	17.50%	67.64%
Junín	110,839	13,091	11.81%	17.50%	67.49%
Amazonas	22,862	2,504	10.95%	17.50%	62.59%
Puno	31,580	3,453	10.93%	17.50%	62.48%
Áncash	65,048	6,946	10.68%	17.50%	61.02%
Huancavelica	24,605	2,627	10.68%	17.50%	61.01%
Ucayali	43,753	4,628	10.58%	17.50%	60.44%

Redes Asistenciales/ Prestacionales	Población 2026	Al II Trimestre 2026			
		Producción	Cobertura al II Trimestre	Meta	% Cumplimiento
Juliaca	48,073	5,045	10.49%	17.50%	59.97%
RP Sabogal	490,078	50,991	10.40%	17.50%	59.46%
La Libertad	197,570	19,564	9.90%	17.50%	56.58%
Lambayeque	168,772	16,115	9.55%	17.50%	54.56%
Tumbes	20,558	1,896	9.22%	17.50%	52.70%
Loreto	61,285	5,478	8.94%	17.50%	51.08%
Piura	190,086	16,532	8.70%	17.50%	49.70%
Apurímac	30,943	2,603	8.41%	17.50%	48.07%
Jaen	19,191	1,602	8.35%	17.50%	47.70%
RP Rebagliati	528,484	41,063	7.77%	17.50%	44.40%
Cusco	121,323	9,240	7.62%	17.50%	43.52%
Madre de Dios	12,387	927	7.48%	17.50%	42.76%
RP Almenara	415,700	30,880	7.43%	17.50%	42.45%
Huaraz	35,345	2,554	7.23%	17.50%	41.29%
Huánuco	54,402	3,705	6.81%	17.50%	38.92%
TOTAL	3,274,910	316,380	9.66%	17.50%	55.20%

Fuente: Corte SES del 07.07.2026

Remitido con correo institucional el 09.07.2026 (18:00 h) por la Sub Gerencia de Control Prestacional de la Atención Primaria-GAP-GCPS

A nivel de redes asistenciales, destaca la Red Asistencial Pasco, que alcanzó una cobertura de 18.16 %, superando la meta programada con un nivel de cumplimiento de 103.77 %. Asimismo, el 20.00% de las redes asistenciales (6 RAS) registraron niveles de cumplimiento entre 70 % y 90 %, siendo estas: Moquegua (83.74 %), Cajamarca (79.72%), Moyobamba (76.49 %), Arequipa (72.72 %), Ayacucho (70.95 %), y Tacna (70.25%).

Por otro lado, el 46.67 % de las redes asistenciales (14 RAS) presentan niveles de cumplimiento entre 50.00 % y 70.00 %, mientras que el 30.00 % (9 RAS) muestran desempeños por debajo del 50.00 %, evidenciando la necesidad de fortalecer las intervenciones en estos ámbitos.

b) Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama

El cáncer de mama, constituye una de las principales patologías oncológicas en la población femenina asegurada. El tamizaje en mujeres de 50 a 69 años permite la detección precoz de lesiones en estadios iniciales, facilitando la implementación de intervenciones oportunas que contribuyen a reducir la morbi-mortalidad, mejorar la calidad de vida y optimizar los costos de atención en salud.

El indicador se obtiene midiendo:

$$\frac{\text{Nº de resultados de mamografías preventivas en mujeres entre 50 a 69 años por periodo de evaluación}}{\text{Total de mujeres aseguradas de 50 a 69 años}} \times 100\%$$

Al segundo trimestre de 2026, frente a una meta corporativa programada de 17.50 % de cobertura, la institución alcanzó una ejecución real de apenas 6.79 %. Este resultado determina un nivel de cumplimiento deficiente del 38.78%, exponiendo un rezago estructural y una brecha de 10.71 puntos porcentuales pendientes de ejecución para el segundo semestre.

Tabla N.º 13: Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama al II Trimestre 2026

Redes Asistenciales	Población 2026	Al II Trimestre 2026			
		Producción	Cobertura al II Trimestre	Meta	% Cumplimiento
Pasco	8,568	1,076	12.56%	17.50%	71.76%
Arequipa	83,394	9,992	11.98%	17.50%	68.47%
Tumbes	8,072	905	11.21%	17.50%	64.07%
Áncash	27,003	2,948	10.92%	17.50%	62.38%
Moyobamba	5,012	542	10.81%	17.50%	61.79%
Tacna	16,395	1,768	10.78%	17.50%	61.62%
Junín	41,756	4,409	10.56%	17.50%	60.34%
Huancavelica	6,714	691	10.29%	17.50%	58.81%
Tarapoto	12,321	1,258	10.21%	17.50%	58.34%
Cajamarca	17,599	1,744	9.91%	17.50%	56.63%
Ica	52,505	4,920	9.37%	17.50%	53.55%
Lambayeque	63,823	5,277	8.27%	17.50%	47.25%
Ucayali	14,631	1,106	7.56%	17.50%	43.20%
Puno	12,664	924	7.30%	17.50%	41.69%
Madre de Dios	3,473	245	7.05%	17.50%	40.31%
Piura	64,477	4,430	6.87%	17.50%	39.26%
Amazonas	7,025	456	6.49%	17.50%	37.09%
Huaraz	12,031	775	6.44%	17.50%	36.81%
RP Rebagliati	250,897	15,082	6.01%	17.50%	34.35%
RP Sabogal	193,398	11,450	5.92%	17.50%	33.83%
La Libertad	71,652	4,233	5.91%	17.50%	33.76%
Huánuco	17,002	937	5.51%	17.50%	31.49%
Moquegua	11,893	585	4.92%	17.50%	28.11%
Juliaca	16,202	775	4.78%	17.50%	27.33%
Cusco	39,687	1,824	4.60%	17.50%	26.26%
RP Almenara	167,654	7,191	4.29%	17.50%	24.51%
Jaén	5,413	211	3.90%	17.50%	22.27%
Ayacucho	12,253	430	3.51%	17.50%	20.05%
Apurímac	9,367	222	2.37%	17.50%	13.54%
Loreto	22,485	138	0.61%	17.50%	3.51%
TOTAL	1,275,366	86,544	6.79%	17.50%	38.78%

Fuente: SES /

Remitido con correo institucional el 09.07.2026 (18:00 h) por la Sub Gerencia de Control Prestacional de la Atención Primaria-GAP-GCPS.

A nivel de redes asistenciales, la Red Pasco registra el mayor nivel de cumplimiento (71.76%), constituyéndose como referente de desempeño. Sin embargo, el análisis global muestra una alta heterogeneidad entre redes: el 30% (9 RAS) presenta avances entre 50% y 65%; el 50.00% (15 RAS) registra niveles de cumplimiento entre 20% y 49%; y el 16% (5 RAS) evidencia desempeños críticos, con avances menores al 20%.

La Red Pasco registró el mayor cumplimiento de gestión con 71.76 % (cobertura real de 12.56 %), seguida por Arequipa con 68.47 % (cobertura real de 11.98 %), consolidándose como los principales referentes operativos del periodo. Ninguna red logró alcanzar la meta intermedia del 17.50 %. Las Redes Prestacionales Rebagliati, Almenara y Sabogal concentran a 611,949 mujeres elegibles (el 48% del total nacional) y su incapacidad para procesar mamografías masivas arrastra el resultado macro de la institución. Se identificaron situaciones críticas en las redes Apurímac (13.54 % de cumplimiento) y Loreto, esta última con un alarmante 3.51% de cumplimiento (solo 138 mamografías realizadas en un universo de 22,485 mujeres), evidenciando un quiebre total en la oferta del servicio preventivo en la región amazónica.

c) Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia

El presente indicador tiene el objetivo de monitorear el proceso de tratamiento hasta la recuperación, asegurando una evaluación objetiva del impacto de las intervenciones sanitarias en la reducción de la anemia infantil en menores de 18 meses.

El indicador se calcula de la siguiente manera:

<i>Número de niños entre los 12 meses a 17 meses y 29 días de edad, asegurados sin cobertura EPS y adscritos a las IPRESS, que fueron diagnosticados con anemia entre los 6 meses a 11 meses y 29 días de edad, y que se han recuperado tras 6 meses de tratamiento, normalizando su nivel de hemoglobina en valores ≥ 10.5 g/dL</i>	
<i>Número de niños entre los 12 meses a 17 meses y 29 días de edad diagnosticados con anemia entre los 6 meses a 11 meses de edad, 29 días, asegurados sin cobertura EPS y adscritos a las IPRESS, en el periodo de evaluación.</i>	x 100%

La meta programada al segundo trimestre del año 2026 para este indicador es de 21%, registrándose un cumplimiento de 47.35 %, lo que evidencia un desempeño deficiente y de alerta.

Al cierre del segundo trimestre de 2026, la evaluación acumulada del indicador de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia expone un escenario de alta vulnerabilidad sanitaria, registrando un quiebre en la tendencia de cumplimiento del POI.

- **Incumplimiento de la Meta Corporativa Escalonada:** Frente a una meta física programada acumulada del 21.00% para el II Trimestre, el Seguro Social de Salud alcanzó una ejecución real ponderada a nivel nacional de apenas 9.94 %. Este resultado confirma que la institución no cumplió con el estándar establecido, ampliando la brecha de desprotección infantil.

- **Análisis del Desbordamiento Operativo (Efecto Volumen):** El quiebre del indicador se sustenta en la incorporación de la cohorte epidemiológica registrada entre octubre y diciembre de 2025 (683, 753 y 650 nuevos diagnósticos respectivamente). Esto generó que el universo acumulado de niños a evaluar se incrementara exponencialmente en un 144.46 %, pasando de 1 444 niños en el I Trimestre a 3 530 niños acumulados en el II Trimestre. La Red de Atención Primaria no logró absorber este volumen de pacientes con esquemas de seguimiento domiciliario, reduciendo el indicador macro nacional del 10.66 % al 9.94 %.

Tabla N.º 14: Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia al II trimestre 2026

RED	Total Diagnosticados Jul-Dic 2025						Total Recuperados Ene-Jun 2026						Total Acumulado II Trimestre			Meta %	Cumplimiento %
	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Diagnosticados	Recuperados	%		
RP Sabogal	4	10	9	104	125	104	0	1	2	21	38	25	356	87	24.44	21	116.37
RP Rebagliati	39	57	35	26	47	35	11	12	16	2	4	3	239	48	20.08	21	95.64
RP Almenara	67	85	73	70	79	77	14	9	16	16	12	14	451	81	17.96	21	85.52
Tacna	1	3	1	4	8	7	0	0	0	2	1	1	24	4	16.67	21	79.37
Moquegua	6	2	1	17	13	9	0	0	0	1	5	0	48	6	12.5	21	59.52
Piura	6	21	17	22	30	26	1	3	0	3	6	2	122	15	12.3	21	58.55
Amazonas	30	39	30	2	5	2	1	4	8	0	0	0	108	13	12.04	21	57.32
Tumbes	3	2	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	9	1	11.11	21	52.91
La Libertad	23	45	21	12	28	25	6	2	7	0	0	0	154	15	9.74	21	46.38
Tarapoto	38	57	80	7	5	7	1	4	13	0	0	0	194	18	9.28	21	44.18
RP Lambayeque	10	10	7	66	67	46	2	2	2	2	1	10	206	19	9.22	21	43.92
Ica	1	1	3	17	15	8	0	0	0	0	0	3	45	3	6.67	21	31.75
Puno	2	18	7	8	7	6	0	0	0	0	3	0	48	3	6.25	21	29.76
Cajamarca	27	14	20	10	5	7	0	3	2	0	0	0	83	5	6.02	21	28.69
Jaén	20	12	10	4	2	3	3	0	0	0	0	0	51	3	5.88	21	28.01
Junín	0	3	14	91	89	71	0	0	0	6	8	0	268	14	5.22	21	24.88
Apurímac	5	10	7	3	13	6	1	0	0	0	1	0	44	2	4.55	21	21.65
Huaraz	13	13	18	6	6	4	0	1	0	1	0	0	60	2	3.33	21	15.87
Áncash	24	26	17	9	14	7	0	0	0	0	2	1	97	3	3.09	21	14.73
Ayacucho	14	15	21	9	15	8	0	0	0	0	0	2	82	2	2.44	21	11.61
Loreto	3	7	6	8	8	19	0	0	1	0	0	0	51	1	1.96	21	9.34
Juliaca	13	14	11	26	17	31	0	1	0	0	1	0	112	2	1.79	21	8.50
Cusco	19	37	50	27	23	36	1	1	1	0	0	0	192	3	1.56	21	7.44
Arequipa	4	12	13	48	58	51	0	1	0	0	0	0	186	1	0.54	21	2.56
Moyobamba	2	4	9	11	9	5	0	0	0	0	0	0	40	0	0	21	0
Madre de Dios	2	4	10	3	7	3	0	0	0	0	0	0	29	0	0	21	0
Huancavelica	7	8	5	3	5	8	0	0	0	0	0	0	36	0	0	21	0
Huánuco	0	0	0	25	14	4	0	0	0	0	0	0	43	0	0	21	0
Pasco	2	2	6	11	10	7	0	0	0	0	0	0	38	0	0	21	0
Ucayali	7	9	8	33	29	28	0	0	0	0	0	0	114	0	0	21	0
Total	392	540	512	683	753	650	42	44	68	54	82	61	3530	351	9.94	21	47.34

Fuente: Módulo CRED-Anemia incorporado al Sistema de Gestión de Servicios de Salud (ESSI) - GCTI

Análisis Analítico del Desempeño Territorial al II Trimestre

- **Único Referente de Cumplimiento Meta:** La Red Prestacional Sabogal se constituyó como la única demarcación a nivel nacional en superar la meta del periodo, alcanzando un 24.44% de recuperación real (87 niños recuperados sobre un universo de 356). Este resultado se asocia a un despliegue eficiente de su back-office y al control nominal de tratamiento.
- **Desaceleración Crítica en Grandes Redes:** La Red Prestacional Rebagliati experimentó una contracción severa en su eficacia de gestión, cayendo del 29.77 % en el I Trimestre al 20.08 % acumulado en el II Trimestre (perdiendo 9.69 puntos porcentuales de efectividad). La Red Almenara mantuvo un comportamiento de contención en 17.96 %, mientras que Tacna se ubicó en la cuarta posición nacional con 16.67 %.
- **Cronificación de Redes Omitentes (0 % de Recuperación):** Seis (6) redes asistenciales del país (Moyobamba, Madre de Dios, Huancavelica, Huánuco, Pasco y Ucayali) cerraron el semestre con cero (0) niños recuperados reportados [2.3]. El caso de Ucayali y Huánuco es de alarma extrema, registran de forma conjunta 157 niños diagnosticados y desatendidos en el flujo de recuperación del sistema informático, confirmando un quiebre crítico en el monitoreo intramural.

Limitaciones Subregistro Tecnológico Crítico:

- El Módulo CRED-Anemia presenta asimetría de consistencias en el sistema ESSI, impidiendo que el procesamiento manual califique con oportunidad las altas médicas.
- Quiebre de la Adherencia por efectos Adversos: Alta tasa de deserción familiar al tratamiento por intolerancia del menor a los suplementos de hierro.

Medidas correctivas

- ✓ Autoridad Informática Nominal: Disponer que la GCTIC establezca y audite de forma nominal el flujo de datos del Módulo CRED-Anemia en las seis redes con reporte en 0%, eliminando el sesgo de subregistro
- ✓ Plan de Acompañamiento Domicilio: Implementar a través de la GCPS brigadas de enfermería orientadas a la consejería nutricional activa e identificación temprana de efectos colaterales para evitar abandonos

d) Promedio de Días de Estancia III Nivel de Atención

Este indicador constituye un parámetro crítico para evaluar la eficiencia operativa, la gestión del giro de cama y el costo-efectividad del manejo clínico de alta complejidad. Mide el número promedio de días que un paciente permanece internado desde su admisión hasta su egreso definitivo.

El indicador se obtiene midiendo:

$$\frac{\text{Total de días de estancia de hospitalización III nivel}}{\text{Total de egresos de hospitalización III nivel}}$$

Nota.- Se excluyen las admisiones de un solo día.

Al segundo trimestre del año 2026, el indicador alcanza un valor de 9.01 días promedio de estancia, frente a una meta programada de 10 días, lo que representa un cumplimiento del 110.94 %.

Tabla N.º 15. Promedio de Día Estancia en el III Nivel de Atención al II Trimestre 2026

Redes	Estancia Hospitalaria	Egresos	Indicador	Meta 2026	% Cumplimiento
LORETO	62985	3705	4.75	10.00	210.39%
CUSCO	62985	9480	6.64	10.00	150.51%
PIURA	38313	5402	7.09	10.00	141.00%
INCOR	17469	2442	7.15	10.00	139.79%
JUNIN	46821	6442	7.27	10.00	137.59%
LAMBAYEQUE	67191	8966	7.49	10.00	133.44%
LA LIBERTAD	74602	9086	8.21	10.00	121.79%
RP SABOGAL	91100	11019	8.27	10.00	120.95%
AREQUIPA	73029	7423	9.84	10.00	101.64%
RP ALMENARA	178671	16243	11.00	10.00	90.91%
RP REBAGLIATI	252455	21883	11.54	10.00	86.68%
TOTAL NACIONAL	920,246	102,091	9.01	10.00	110.94%

Fuente: Sistema Estadístico de Salud – SES (Corte el 07.07.2026 –17:00 h)

El desempeño alcanzado refleja una gestión eficiente del proceso de hospitalización, caracterizada por:

- Adecuada rotación de camas hospitalarias.
- Optimización del tiempo de permanencia sin afectar la calidad de atención.
- Capacidad resolutoria sostenida en los establecimientos del III Nivel.

El comportamiento descentralizado entre las once (11) redes que cuentan con infraestructura de tercer nivel expone dos realidades operativas diferenciadas:

- **Liderazgo en Optimización de Camas (81.82 % de las Redes):** Nueve (9) redes asistenciales cumplieron satisfactorias metas de contención. Destacan por su alta rotación de camas Loreto (4.75 días promedio y 210.39% de cumplimiento), Cusco (6.64 días) y Piura (7.09 días). Asimismo, el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) mantuvo un estándar de excelencia con 7.15 días de estancia, resultado sobresaliente considerando la alta complejidad quirúrgica y de cuidados intensivos que maneja. La Red Sabogal logró alinearse óptimamente con 8.27 días.
- **Brechas Críticas en Macro Hospitales Metropolitanos (18.18 % de las Redes):** Las dos redes prestacionales más grandes del país excedieron el límite máximo permitido de 10 días: Almenara registró un promedio de 11.00 días (90.91 % de cumplimiento) y Rebagliati evidenció el mayor retraso con 11.54 días (86.68 % de cumplimiento). Al absorber de forma conjunta el 46.8 % de todos los egresos nacionales (47,811 casos) y el 43.1 % de los pacientes de mayor complejidad, sus estancias prolongadas reflejan cuellos de botella estructurales.

e) Rendimiento Hora Médico I, II y III Nivel de Atención

El indicador de rendimiento Hora Médico, mide el número de atenciones brindadas por hora en consulta externa, a cargo del médico, constituyéndose en un indicador clave de productividad y eficiencia en el uso del recurso humano médico.

El indicador se obtiene midiendo:

$$\frac{\text{Nº Total de Consultas Externas en el trimestre}}{\text{Nº de horas médico en consulta externa en el trimestre}}$$

Al segundo trimestre del año 2026, el rendimiento hora médico alcanzó un promedio nacional de 4.63 consultas por hora, representando un cumplimiento global de 104.13 % respecto a las metas establecidas.

El desempeño por nivel de atención es el siguiente:

✓ I Nivel: - Programado: 5.00 consultas - Ejecutado: 5.04 consultas - Cumplimiento: 100.77%	✓ II Nivel: - Programado: 4.50 consultas - Ejecutado: 4.90 consultas - Cumplimiento: 108.78%	✓ III Nivel: - Programado: 3.85 consultas - Ejecutado: 3.94 consultas - Cumplimiento: 102.25%
---	--	---

Los resultados evidencian que los tres niveles de atención superan las metas programadas, con un desempeño particularmente destacado en el II Nivel.

El comportamiento del indicador refleja una adecuada gestión de la consulta externa y del recurso médico, evidenciada por:

- Cumplimiento generalizado de metas en los tres niveles de atención.
- Mayor eficiencia en el II nivel, lo que sugiere una mejor organización de agendas y flujo de pacientes en establecimientos de mediana complejidad.
- Un I nivel estabilizado, cercano al estándar esperado, lo cual es consistente con su rol de puerta de entrada al sistema.
- En el III nivel, el cumplimiento se mantiene dentro de lo esperado, considerando la mayor complejidad de los casos atendidos.

**Tabla N.º 16a: Rendimiento Hora Médico Mensual y Trimestral Acumulado por niveles
(II Trimestre 2026)**

Nivel de Atención	Periodo	Consulta Médica	Horas Médica Efectiva	Rendimiento Hora Médico	Meta	% Cumplimiento
I NIVEL	Ene-Mar	2,586,218	512,982	5.04	5.00	100.77%
	Abr-Jun	2,599,182	516,134	5.04		
	Acumulado	5,185,400	1,029,116	5.04		
II NIVEL	Ene-Mar	2,342,806	477,394	4.91	4.50	108.78%
	Abr-Jun	2,414,669	494,468	4.88		
	Acumulado	4,757,475	971,862	4.90		
III NIVEL	Ene-Mar	928,005	234,465	3.96	3.85	102.25%
	Abr-Jun	966,489	246,795	3.92		
	Acumulado	1,894,494	481,260	3.94		

Fuente: Sistema Estadístico de Salud – SES (Corte el 07.07.2026 horas: 17:00 pm)

Tabla N.º 16b: Rendimiento Hora Médico en el I, II y III Nivel de Atención al II Trimestre 2026

Redes	CONSULTA EXTERNA			HORAS MEDICAS			RENDIMIENTO			CUMPLIMIENTO		
	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Amazonas	17263	61698	0	3802	12151	0	4.54	5.08	0	90.81%	112.84%	
Áncash	172615	87746	0	31682	18560	0	5.45	4.73	0	108.97%	105.06%	
Apurímac	24537	123378	0	5352	24935	0	4.58	4.95	0	91.69%	109.96%	
Arequipa	491299	198741	132851	94288	40426	31516	5.21	4.92	4.22	104.21%	109.25%	109.49%
Ayacucho	59735	80411	0	11892	17053	0	5.02	4.72	0	100.46%	104.79%	
Cajamarca	49173	120270	0	9727	24942	0	5.06	4.82	0	101.11%	107.16%	
CNSR	0	3565	0	0	1249	0	0	2.85	0	0.00%	63.43%	
Cusco	179345	15781	127920	38363	3277	31421	4.67	4.82	4.07	93.50%	107.02%	105.74%
Huancavelica	41724	54051	0	7340	11937	0	5.68	4.53	0	113.69%	100.62%	
Huánuco	99666	97456	0	20118	20105	0	4.95	4.85	0	99.08%	107.72%	
Huaraz	49178	79774	0	9130	15612	0	5.39	5.11	0	107.73%	113.55%	
Ica	144432	291606	0	27552	57925	0	5.24	5.03	0	104.84%	111.87%	
INCOR	0	0	17161	0	0	5488	0	0	3.13	0.00%	0.00%	81.22%
Jaén	10016	56029	0	1835	12217	0	5.46	4.59	0	109.17%	101.91%	
Juliaca	69710	97724	0	12390	19101	0	5.63	5.12	0	112.53%	113.69%	
Junín	186219	55587	113216	36784	10743	27821	5.06	5.17	4.07	101.25%	114.98%	105.70%
La Libertad	342766	225693	163901	66731	43593	38027	5.14	5.18	4.31	102.73%	115.05%	111.95%
Lambayeque	254515	281518	182699	51186	53556	45342	4.97	5.26	4.03	99.45%	116.81%	104.66%
Loreto	92194	23256	81996	18034	4629	19317	5.11	5.02	4.24	102.24%	111.64%	110.25%
Madre de Dios	4736	35561	0	986	7764	0	4.8	4.58	0	96.06%	101.78%	
Moquegua	22053	123219	0	4369	24757	0	5.05	4.98	0	100.95%	110.60%	
Moyobamba	26852	54526	0	5270	10588	0	5.1	5.15	0	101.91%	114.44%	
Pasco	46483	82710	0	9128	19039	0	5.09	4.34	0	101.85%	96.54%	
Piura	359886	172925	82356	71173	38571	21963	5.06	4.48	3.75	101.13%	99.63%	97.40%
Puno	48499	109319	0	8954	21020	0	5.42	5.2	0	108.33%	115.57%	
Tacna	107594	72000	0	19234	16591	0	5.59	4.34	0	111.88%	96.44%	
Tarapoto	63533	97344	0	12236	19363	0	5.19	5.03	0	103.85%	111.72%	
Tumbes	21804	89313	0	4166	16937	0	5.23	5.27	0	104.68%	117.18%	
Ucayali	65810	146174	0	12844	29681	0	5.12	4.92	0	102.48%	109.44%	
RP Almenara	419302	786317	337024	87097	162876	86557	4.81	4.83	3.89	96.28%	107.28%	101.13%
RP Rebagliati	840257	480853	395671	168587	99348	106655	4.98	4.84	3.71	99.68%	107.56%	96.36%
RP Sabogal	874204	552930	259699	178866	113316	67153	4.89	4.88	3.87	97.75%	108.43%	100.45%
Total general	5185400	4757475	1894494	1029116	971862	481260	5.04	4.9	3.94	100.77%	108.78%	102.25%

Fuente: Sistema Estadístico de Salud – SES (Corte el 07.07.2026, 17:00 h)

El análisis desagregado de las treinta y dos (32) redes asistenciales y centros especializados expone un cumplimiento generalizado, pero con excepciones técnicas específicas a considerar:

- **La Redes Prestacionales de Lima y Callao**, absorben la mayor presión de la demanda asistencial del país. Las Redes Prestacionales, Almenara (Nivel I: 96.28 %, Nivel II: 107.28 %, Nivel III: 101.13%), Rebagliati (Nivel I: 99.68%, Nivel II: 107.56 %, Nivel III: 96.36 %) y Sabogal (Nivel I: 97.75 %, Nivel II: 108.43 %, Nivel III: 100.45 %) operan de manera balanceada y cercana al límite óptimo de saturación, justificando sus ligeras variaciones por el alto volumen de pacientes crónicos.
- **Eficiencia Descentralizada Sobresaliente:** Un bloque integrado por 18 redes del interior del país superó el 100 % de cumplimiento en todos los niveles administrados. Destacan Juliaca (Nivel I: 112.53 %, Nivel II: 113.69 %), La Libertad (Nivel I: 102.73 %, Nivel II: 115.05 %, Nivel III: 111.95 %) y Tumbes (Nivel I: 104.68%, Nivel II: 117.18 %), demostrando una sólida disciplina en el cumplimiento de la programación horaria.

f) Promedio de días para el inicio de tratamiento de Paciente con Diagnóstico Oncológico Priorizado⁴

El indicador Promedio de días para el inicio de tratamiento de Paciente con Diagnóstico Oncológico Priorizado evalúa críticamente la oportunidad de la respuesta asistencial. Mide el tiempo transcurrido (en días diferidos) entre la confirmación del diagnóstico mediante resultado anatomopatológico y el inicio efectivo de la terapia oncológica.

Las patologías priorizadas debido a su alta carga de morbilidad y mortalidad corresponden a: cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colon, estómago, linfomas y cáncer infantil (leucemias y linfomas).

Se calcula mediante la siguiente relación:

<i>Suma días (Fecha Tratamiento⁵ – Fecha resultado ANATPAT⁶)</i>
<i>Total de pacientes que iniciaron tratamiento oncológico</i>

Al cierre del segundo trimestre de 2026, el indicador registró un promedio ponderado nacional de 39.73 días, superando la meta corporativa máxima fijada en 44.00 días. Al lograr una reducción neta de 4.27 días en los tiempos de espera de los pacientes, la gestión alcanzó un nivel de cumplimiento de eficiencia del 111 %.

El resultado consolidado se sustentó en la evaluación y el procesamiento oportuno de 3,916 pacientes únicos distribuidos en 13 Redes Asistenciales y Prestacionales, acumulando un total de 155,573 días de estancia en flujo de espera diagnóstica.

Tabla N.º 17: Promedio de días para el inicio de Tratamiento de pacientes con diagnóstico oncológico priorizado al II Trimestre 2026

Redes	Días	N.º de Pacientes	Tiempo Promedio	Meta	% Cumplimiento
Cusco	4,039	150	26.93	44	163%
Junín	7,096	242	29.32	44	150%
Ancash	119	4	29.75	44	148%
Pasco	90	3	30.00	44	147%
RP Lambayeque	12,069	314	38.44	44	114%
Arequipa	13,576	352	38.57	44	114%

⁴ Información remitida mediante correo electrónico el día viernes 10.04.2026 (13:02 pm).

⁵ Fecha Tratamiento: fecha del primer tratamiento del paciente con diagnóstico oncológico.

⁶ Fecha ANATPAT: fecha de resultado o primera fecha de diagnóstico oncológico presuntivo o definitivo.

Redes	Días	N.º de Pacientes	Tiempo Promedio	Meta	% Cumplimiento
RP Almenara	30,424	778	39.11	44	113%
La Libertad	6,064	154	39.38	44	112%
RP Rebagliati	58,068	1,395	41.63	44	106%
RP Sabogal	19,581	447	43.81	44	100%
Cajamarca	824	18	45.78	44	96%
Piura	311	6	51.83	44	85%
Ica	3,312	53	62.49	44	70%
Total general	155,573	3,916	39.73	44.0	111%

Fuente: ESSI – Data 08.07.206 – OIO - GCOP

El despliegue del indicador muestra una alta variabilidad operativa entre las redes evaluadas, identificándose dos tramos de cumplimiento:

- Diez (10) de las trece (13) redes asistenciales (76.92 % del total) lograron cumplir de manera satisfactoria con el estándar institucional de oportunidad. Destacan de forma sobresaliente las redes de Cusco (26.93 días), Junín (29.32 días), Ancash (29.75 días) y Pasco (30.00 días), las cuales optimizaron los flujos internos muy por debajo del tope programado. Las Redes Prestacionales de alta complejidad corporativa (Almenara, Rebagliati y Sabogal) absorbieron el mayor volumen de pacientes (2,620 casos de forma conjunta) manteniendo un desempeño adecuado dentro del rango normativo de contención.
- Tres (3) redes asistenciales registraron retrasos y desviaciones desfavorables respecto al estándar máximo de 44 días. La red de Cajamarca evidenció un desfase menor de 45.78 días (96 % de cumplimiento); sin embargo, se identificaron nudos de botella críticos en las redes de Piura (51.83 días y 85% de cumplimiento) e Ica (62.49 días y un deficiente 70 % de cumplimiento).

(Del Indicador 9 al indicador 20)

En las siguientes Tablas se consideran los siguientes doce (12) indicadores, del indicador 9 al indicador 20, con sus metas, ejecución y nivel de cumplimiento.

El indicador 19 se obtiene de la información recibida para la elaboración del POI FONAFE.

El indicador 20 corresponde exclusivamente al INCOR.

Tabla N.º 18: Metas de los Indicadores 9 al 20 al II Trimestre

N°	OODD	META AL II TRIMESTRE															
		9. RATIO REND CAMAS					10. CERT DIGIT	11. MANT HOSP	12. COB STOCK FARM	13. COB STOCK DISPOS	14. COB STOCK INS LAB	15. AUTOEVAL ACREDIT	16. PAC	17. RES SOL	18. SERV CONT	19. PREST SOC	20. RED DE INFARTO
		HN-HIV-INC	HIII	HII	HI	IPO											
1	RP ALMENARA	3.0	4.5	6.0	6.7		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1	100.00%	
2	RA AMAZONAS				6.7		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
3	RA ÁNCASH		4.5		6.7		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
4	RA APURIMAC			6.0	6.7		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
5	RA AREQUIPA	3.0	4.5	6.0	6.7		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
6	RA AYACUCHO			6.0			40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
7	CNSR						40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
8	RA CAJAMARCA			6.0			40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
9	RA CUSCO	3.0			6.7		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
10	RA HUANCABELICA			6.0			40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%		>=80%	>=70%	1		
11	RA HUÁNUCO			6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
12	RA HUARAZ			6.0		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
13	RA ICA	3.0		6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
14	INCOR	3.0				40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1	1			
15	RA JAÉN			6.0		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
16	RA JULIACA		4.5		6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
17	RA JUNÍN	3.0		6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
18	RP LAMBAYEQUE	3.0		6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
19	RA MADRE DE DIOS				6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
20	RA MOQUEGUA			6.0		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
21	RA MOYOBAMBA				6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
22	RA PASCO			6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
23	RA PIURA		4.5	6.0	6.7	18.0	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1			
24	RA PUNO		4.5		6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
25	RP REBAGLIATI	3.0	4.5	6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1	100%			
26	RP SABOGAL	3.0		6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1	100%			
27	RA TACNA		4.5			40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
28	RA TUMBES				6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
29	RA UCAYALI			6.0		40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
30	RA LA LIBERTAD	3.0		6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
31	RA LORETO		4.5		6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				
32	RA TARAPOTO			6.0	6.7	40.0%	>=80%	40.0%	40.0%	40.0%	>=80%	>=70%	1				

Fuente: Plan Operativo Institucional Desagregado 2026

 : No se programaron metas

Tabla N.º 19. Ejecución de los Indicadores 9 al 20 al II Trimestre

Nº	OODD	EJECUCIÓN AL II TRIMESTRE																
		9. RATIO REND CAMAS					10. CERT DIGIT	11. MANT HOSP	12. COB STOCK FARM	13. COB STOCK DISPOS	14. COB STOCK INS LAB	15. AUTOEVAL ACREDIT	16. PAC	17. RES SOL	18. SERV CONT	19. PREST SOC	20. RED DE INFARTO	
		HN-HIV-INC	HIIII	HII	HI	IPO												
1	RP ALMENARA	3.1	6.8	3.9	11.5		62.1%	92.4%	37.4%	25.3%	16.3%		56.5%	100.0%	1	91.2%		
2	RA AMAZONAS				6.9		37.1%	85.3%	34.6%	25.2%	29.3%		27.3%	66.7%	1			
3	RA ÁNCASH		5.1		12.0		41.3%	98.1%	9.5%	16.3%	15.4%		77.5%	100.0%	1			
4	RA APURÍMAC			6.8	8.9		36.7%	98.8%	51.3%	51.9%	37.7%		54.6%	100.0%				
5	RA AREQUIPA		4.0	6.8	8.0		8.7	-	-	-	-		-	-	-			
6	RA AYACUCHO			7.7			30.0%	94.8%	25.6%	14.9%	4.5%		88.4%	100.0%	1			
7	CNSR						88.9%	56.1%	100.0%	96.0%	94.9%		42.9%	100.0%	1			
8	RA CAJAMARCA			5.7			9.5%	95.9%	14.3%	9.1%	7.4%		25.0%	57.1%				
9	RA CUSCO		-		5.8		41.5%	97.3%	28.1%	13.0%	11.8%		-	87.5%	1			
10	RA HUANCAMELICA			6.8			29.0%	111.2%	70.0%	70.6%	56.0%		61.5%	71.4%	1			
11	RA HUÁNUCO			6.3	5.23		74.0%	98.4%	46.5%	17.9%	10.3%		30.8%	85.7%	1			
12	RA HUARAZ			5.4			30.0%	84.7%	11.0%	8.3%	17.2%		-	78.9%	1			
13	RA ICA		6.2		8.3		6.9	55.0%	97.3%	61.2%	21.7%		65.1%	92.9%	83.3%	1		
14	INCOR	8.6					20.5%	98.9%	50.0%	44.0%	31.7%		50.0%	100.0%	1			1
15	RA JAÉN			6.2			63.2%	66.7%	24.1%	36.1%	32.8%		50.0%	100.0%	1			
16	RA JULIACA		5.5		17.0		69.8%	100.0%	31.4%	12.0%	12.3%		100.0%	72.7%				
17	RA JUNÍN	4.6		4.6	6.8	76.2%	93.1%	20.3%	17.0%	24.5%	100.0%	75.0%	1					
18	RP LAMBAYEQUE	3.9		7.1	5.5	52.6%	95.8%	29.3%	19.4%	36.2%	82.4%	100.0%	1					
19	RA MADRE DE DIOS				6.9	66.7%	99.4%	2.8%	5.8%	12.5%	100.0%	100.0%	1					
20	RA MOQUEGUA			5.9		53.8%	101.9%	38.3%	21.9%	12.5%	20.9%	73.3%	4					
21	RA MOYOBAMBA				8.4	98.9%	59.9%	41.2%	36.5%	37.5%	38.5%	100.0%						
22	RA PASCO			5.2	6.3	40.0%	78.7%	20.9%	29.5%	13.8%	100.0%	50.0%	1					
23	RA PIURA		4.7	7.1	6.1	20.6	40.9%	87.7%	16.3%	25.7%	21.4%	16.3%	100.0%	1				
24	RA PUNO		6.3		6.3		91.7%	105.6%	29.5%	12.2%	18.5%	87.1%	100.0%	1				
25	RP REBAGLIATI	2.9	9.4	8.4	8.8		81.8%	86.3%	30.0%	12.0%	4.0%	32.9%	95.1%	1	77.7%			
26	RP SABOGAL	4.4		6.7	6.0		41.2%	65.9%	8.1%	6.0%	4.9%	65.2%	100.0%	1	68.1%			
27	RA TACNA		4.6				88.9%	100.0%	41.0%	37.7%	40.8%	100.0%	91.7%	1				
28	RA TUMBES				6.3		40.0%	99.8%	20.5%	18.6%	35.0%	75.0%	100.0%	1				
29	RA UCAYALI			5.8			100.0%	100.0%	13.5%	16.5%	16.0%	80.0%	75.0%	1				
30	RA LA LIBERTAD	4.4		19.0	7.6		-	-	-	-	-	-	-	-	-			
31	RA LORETO		5.5		8.3		-	-	-	-	-	-	-	-	-			
32	RA TARAPOTO			7.3	8.4		68.0%	90.0%	23.2%	15.4%	9.6%	55.0%	60.0%	1				

Fuente: Indicador N.º 9: “Ratio de rendimiento de camas” - Gerencia de Gestión de la Información
Indicadores N.º 10 al 19: Proporcionado por las Redes

Tabla N.º 20: Porcentaje de cumplimiento de los Indicadores 9 al 20 al II Trimestre

Nº	OODD	% CUMPLIMIENTO AL II TRIMESTRE															
		9. RATIO REND CAMAS					10. CERT DIGIT	11. MANT HOSP	12. COB STOCK FARM	13. COB STOCK DISPOS	14. COB STOCK INS LAB	15. AUTOEVAL ACREDIT	16. PAC	17. RES SOL	18. SERV CONT	19. PREST SOC	20. RED DE INFARTO
		HN-HIV-INC	HIII	HII	HI	IPO											
1	RP ALMENARA	101.7%	151.8%	64.3%	171.5%		155.2%	115.5%	93.4%	63.3%	40.7%		70.6%	142.9%	100.0%	69.5%	
2	RA AMAZONAS				103.3%		92.8%	106.6%	86.6%	63.0%	73.2%		34.1%	95.2%	100.0%		
3	RA ÁNCASH		113.6%		179.1%		103.3%	122.7%	23.8%	40.8%	38.5%		96.9%	142.9%	100.0%		
4	RA APURÍMAC			113.0%	132.7%		91.7%	123.6%	128.2%	129.7%	94.3%		68.2%	142.9%	0.0%		
5	RA AREQUIPA	133.3%	150.9%	132.5%	129.1%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%		
6	RA AYACUCHO			128.7%			75.0%	118.5%	64.0%	37.4%	11.2%		110.5%	142.9%	100.0%		
7	CNSR						222.2%	70.2%	250.0%	240.0%	237.4%		53.6%	142.9%	100.0%		
8	RA CAJAMARCA			95.3%			23.7%	119.9%	35.7%	22.8%	18.4%		31.3%	81.6%	0.0%		
9	RA CUSCO	0.0%			86.6%		103.7%	121.6%	70.2%	32.5%	29.5%		0.0%	125.0%	100.0%		
10	RA HUANCVELICA			112.8%			72.5%	139.1%	175.0%	176.5%	140.0%		76.9%	102.0%	100.0%		
11	RA HUÁNUCO			104.5%	78.1%		185.0%	123.0%	116.3%	44.9%	25.7%		38.5%	122.4%	100.0%		
12	RA HUARAZ			90.5%			75.0%	105.9%	27.5%	20.8%	43.0%		0.0%	112.7%	100.0%		
13	RA ICA	205.0%		137.8%	103.4%		137.5%	121.6%	153.0%	54.1%	162.8%		116.1%	119.0%	100.0%		
14	INCOR	286.7%					51.4%	123.7%	125.0%	110.0%	79.2%		62.5%	142.9%	100.0%		100.0%
15	RA JAÉN			102.5%			157.9%	83.3%	60.3%	90.1%	82.0%		62.5%	142.9%	100.0%		
16	RA JULIACA		123.1%		253.7%		174.4%	125.0%	78.6%	29.9%	30.8%		125.0%	103.9%	0.0%		
17	RA JUNÍN	154.3%		76.7%	101.5%		190.4%	116.4%	50.7%	42.6%	61.2%		125.0%	107.1%	100.0%		
18	RP LAMBAYEQUE	131.0%		118.3%	81.6%		131.5%	119.7%	73.2%	48.6%	90.5%		102.9%	142.9%	100.0%		
19	RA MADRE DE DIOS				103.3%		166.7%	124.3%	7.0%	14.3%	31.3%		125.0%	142.9%	100.0%		
20	RA MOQUEGUA			97.5%			134.5%	127.4%	95.7%	54.7%	31.1%		26.2%	104.8%	400.0%		
21	RA MOYOBAMBA				125.7%		247.3%	74.9%	103.0%	91.2%	93.8%		48.1%	142.9%	100.0%		
22	RA PASCO			87.2%	93.3%		100.0%	98.4%	52.3%	73.7%	34.5%		125.0%	71.4%	100.0%		
23	RA PIURA		104.7%	118.5%	90.7%	114.6%	102.2%	109.6%	40.8%	64.3%	53.4%		20.4%	142.9%	100.0%		
24	RA PUNO		140.7%		93.9%		229.3%	132.0%	73.7%	30.6%	46.3%		108.9%	142.9%	100.0%		
25	RP REBAGLIATI	97.0%	208.4%	139.7%	130.6%		204.6%	107.8%	75.0%	30.0%	10.0%		41.1%	135.8%	100.0%	77.3%	
26	RP SABOGAL	145.3%		111.0%	88.8%		103.0%	82.3%	20.3%	15.1%	12.3%		81.5%	142.9%	100.0%	68.1%	
27	RA TACNA		101.1%				222.3%	125.0%	102.5%	94.3%	102.0%		125.0%	131.0%	100.0%		
28	RA TUMBES				93.4%		100.0%	124.8%	51.3%	46.5%	87.5%		93.8%	142.9%	100.0%		
29	RA UCAYALI			95.8%			250.0%	125.0%	33.8%	41.2%	39.9%		100.0%	107.1%	100.0%		
30	RA LA LIBERTAD	145.0%		316.7%	113.1%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%		
31	RA LORETO		122.2%		123.4%		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.0%		
32	RA TARAPOTO			121.2%	125.4%		170.0%	112.5%	58.0%	38.5%	24.0%		68.8%	85.7%	100.0%		
% Cumplimiento por indicador		85.50%	95.00%	92.38%	92.73%	95.00%	78.52%	83.59%	47.97%	29.22%	32.73%	-	51.33%	84.45%	77.19%	72.50%	95.00%
ESTADO		EXCELENTE					BUENO	BUENO	MALO	MALO	MALO	NO PROG	MALO	BUENO	BUENO	REGULAR	EXCELENTE

Fuente: Aplicativo de los Formatos de Evaluación del POI

En la Tabla N.º 19 observamos que:

- Las Redes Arequipa, La Libertad y Loreto no registraron los indicadores del 10 al 18.
- Las Redes Apurímac, Cajamarca, Juliaca y Moyobamba, no registraron avances del indicador “Monitoreo de la ejecución de los servicios contratados”.
- Las Redes Asistenciales Cusco y Huaraz no registraron avances del Indicador “Cumplimiento oportuno del Plan Anual de Contrataciones (PAC)”
- La Red Cusco no registró avance del indicador “Ratio de rendimiento de camas”.

En la Tabla N.º 20 “Porcentaje de cumplimiento de los Indicadores 9 al 20 al II Trimestre”, utilizando el mismo método de cálculo:

- Dos (02) indicadores: “Ratio de rendimiento de camas en los niveles HN-HIV-INCOR, HIII, HII, HI e IPO” e “Implementar la Red de Infarto”, obtuvieron el Estado “Excelente”.
- Cuatro (04) indicadores: “Porcentaje de personal médico único con programación asistencial en el ESSI que hace uso del certificado digital”, “Cumplimiento del Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario”, “Verificación de la gestión y manejo de residuos sólidos” y “Monitoreo de la ejecución de los servicios contratados”, obtuvieron el Estado “Bueno”.
- Un (01) indicador: “Cumplimiento de la programación de metas de prestaciones sociales”, obtuvieron el Estado “Regular”.
- Cuatro (04) indicadores “Porcentaje de productos farmacéuticos que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS”, “Porcentaje de dispositivos médicos que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS”, “Porcentaje de insumos de laboratorio que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS” y “Cumplimiento oportuno del Plan Anual de Contrataciones (PAC)” obtuvieron el Estado “Malo”.
- Un (01) indicador: “Porcentaje de IPRESS que realizan la autoevaluación para la Acreditación”, aún no está programado su ejecución.

En la Tabla N.º 21, se presenta el ranking ordenado por Órganos Desconcentrados obtenidos en base a los porcentajes de cumplimiento de los 12 indicadores considerados en la tabla anterior:

Tabla N.º 21: Ranking de los indicadores 9 al 20 de los OODD respecto al desempeño Excelente y Bueno

OODD	Estado de las Indicadores de Gestión Al II Trimestre						Ranking de % Cumplimiento Excelente + Bueno
	Excelente >=90%	Bueno <90%-75%]	Regular <75%-60%]	Malo <60%-0%	Sin Avance =0%	Total	
RA TACNA	9	0	0	0	0	9	100.00%
RA ICA	10	0	0	1	0	11	90.91%
RA HUANCVELICA	7	1	1	0	0	9	88.89%
RP LAMBAYEQUE	8	1	1	1	0	11	81.82%
RA APURIMAC	8	0	1	0	1	10	80.00%
INCOR	7	1	1	1	0	10	80.00%
RA JAÉN	5	2	2	0	0	9	77.78%
RA MOYOBAMBA	7	0	1	1	0	9	77.78%
RA TUMBES	6	1	0	2	0	9	77.78%
RP REBAGLIATI	8	2	0	3	0	13	76.92%
CNSR	6	0	1	1	0	8	75.00%
RA JUNÍN	7	1	1	2	0	11	72.73%
RA ÁNCASH	7	0	0	3	0	10	70.00%
RA HUÁNUCO	6	1	0	3	0	10	70.00%
RA JULIACA	6	1	0	2	1	10	70.00%
RA PUNO	7	0	1	2	0	10	70.00%
RA AMAZONAS	5	1	2	1	0	9	66.67%
RA AYACUCHO	5	1	1	2	0	9	66.67%
RA MADRE DE DIOS	6	0	0	3	0	9	66.67%
RA MOQUEGUA	6	0	0	3	0	9	66.67%
RA PIURA	8	0	1	3	0	12	66.67%
RP SABOGAL	5	3	1	3	0	12	66.67%
RA UCAYALI	6	0	0	3	0	9	66.67%
RP ALMENARA	8	0	4	1	0	13	61.54%
RA PASCO	5	1	2	2	0	10	60.00%
RA TARAPOTO	5	1	1	3	0	10	60.00%
RA HUARAZ	4	1	0	3	1	9	55.56%
RA CUSCO	4	1	1	2	2	10	50.00%
RA AREQUIPA	4	0	0	0	8	12	33.33%
RA CAJAMARCA	2	1	0	5	1	9	33.33%
RA LA LIBERTAD	3	0	0	0	8	11	27.27%
RA LORETO	2	0	0	0	8	10	20.00%
Total	192	21	23	56	30	322	
Porcentaje	59.63%	6.52%	7.14%	17.39%	9.32%	100.00%	

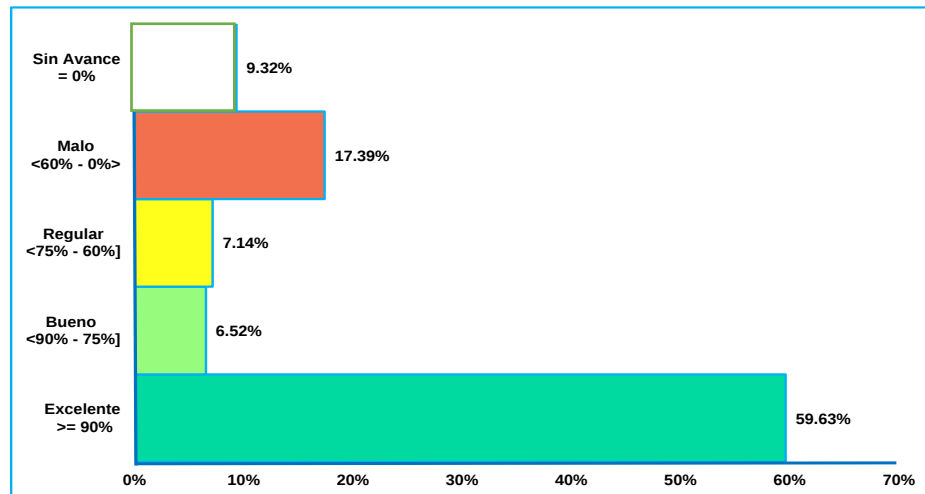
Fuente: Registro de los Órganos Desconcentrados en el link de evaluación

- El 34 % de los Órganos Desconcentrados (11 OODD) tuvieron desempeño “Excelente” y “Bueno”.
- Se observa que seis (06) Órganos Desconcentrados: Huaraz, Cusco, Arequipa, Cajamarca, La Libertad y Loreto, se encuentran en el estado de desempeño “Malo”.

Asimismo, del total de 322 registros evaluados de indicadores de gestión correspondientes a los OODD:

- El 59.63% de indicadores (192 indicadores), alcanzaron un nivel de cumplimiento “Excelente” (>=90%)
- El 6.52 % del total (21 indicadores) tuvieron un desempeño “Bueno” ([75%-90%>)
- El 7.14 % del total (23 indicadores) tuvieron un desempeño “Regular” ([60%-75%>)
- El 17.39 % del total (56 indicadores/registros) tuvieron un desempeño “Malo” (<0%-60%>) y
- El 9.32 % del total (30 indicadores) no muestran avances.

Figura N.º2: Consolidado del Estado de los Indicadores de Gestión de los Órganos Desconcentrados



Fuente: Oficina de Información de Operaciones – Gerencia Central de Operaciones

Los 322 indicadores de gestión, corresponden al Objetivo Estratégico N.º 1 “Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados”.

4.3.5. Cumplimiento de Metas de Prestaciones Económicas

Pagos Realizados con Tipo de Subsidios en EsSalud

Según el Informe N.º 000029-SGPE-GPE-GCSPE-ESSALUD-2026, que contiene el cierre contable del II trimestre, las prestaciones económicas alcanzaron una ejecución acumulada de 217 861 solicitudes frente a 176 580 programadas, equivalente al 123 % de la meta física del periodo. La valorización de las prestaciones pagadas ascendió a S/ 475 587 843 frente a S/ 410 050 002 programados, equivalente al 116 %. Los resultados comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio, conforme se detalla en las tablas siguientes.

Tabla N.º 22. Producción de Metas de Prestaciones Económicas

Prestaciones Económicas	Programado al II Trimestre	Ejecutado al II Trimestre	% Cumplimiento
Incapacidad Temporal	88,206	122,402	139%
Maternidad	20,544	19,760	96%
Lactancia	50,004	51,551	103%
Sepelio	17,826	24,148	135%
TOTAL	176,580	217,861	123%

Fuente: Sistema SAP junio 2026. Informe N.º 000029-SGPE-GPE-GCSPE-ESSALUD-2026, con cierre contable al II trimestre 2026.

Elaboración: SGPE-GPE-GCSPE

Tabla N.º 23. Producción de Metas Valorizadas de Prestaciones Económicas

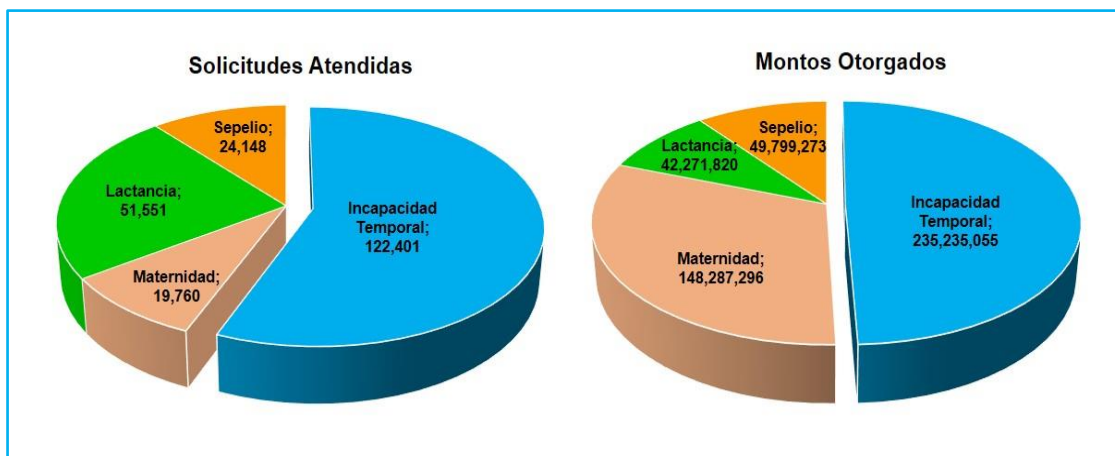
Prestaciones Económicas	Programado al II Trimestre	Ejecutado al II Trimestre	% Cumplimiento
Incapacidad Temporal	184,520,670	235,229,454	127%
Maternidad	147,619,416	148,287,296	100%
Lactancia	41,004,918	42,271,820	103%
Sepelio	36,904,998	49,799,273	135%
TOTAL	410,050,002	475,587,843	116%

Fuente: Sistema SAP junio 2026. Informe N.º 000029-SGPE-GPE-GCSPE-ESSALUD-2026, con cierre contable al II trimestre 2026.

Elaboración: SGPE-GPE-GCSPE

La Figura N.º 3 muestra la composición de las prestaciones económicas otorgadas durante el periodo, tanto en número de solicitudes como en monto ejecutado, según tipo de subsidio

Figura N.º 3. Prestaciones Económicas otorgadas por tipo de Subsidio al II Trimestre 2026



Elaborado: GCSPE

Comentarios

a) Subsidio de Incapacidad Temporal

Las solicitudes del subsidio de incapacidad temporal representan el 56 % del total de las metas físicas y el 49 % del total de las prestaciones económicas ejecutadas, siendo la prestación económica con mayor ejecución.

Se otorgó un monto total de S/ 235 229 454 por incapacidad temporal, equivalente al 127 % de la valorización programada; en metas físicas se reconocieron 122 402 solicitudes, que representan un cumplimiento del 139 % frente a lo programado.

Esta ejecución depende de la remuneración per cápita; en Lima Metropolitana el ingreso promedio mensual fue de S/ 2 317 de acuerdo al reporte INEI⁷ (7.5 % más alto que el mismo periodo del año anterior).

El comportamiento de este subsidio, depende también de la cantidad de días de subsidiados, cuyo promedio para este año es de 19 días.

⁷ INEI: Informe del Empleo N° 06 - Trimestre: Marzo-mayo 2026

b) Subsidio por Maternidad

Las solicitudes por maternidad representan el 9% del total de las metas físicas y el 31 % del total de la ejecución presupuestal, siendo la segunda prestación económica según ejecución.

Se otorgó un monto total de S/ 148 287 296 lo que representa una ejecución presupuestal del 100 %. En cuanto a metas, se reconocieron 19 760 solicitudes que significan un cumplimiento del 96 %.

Al igual que los casos anteriores, la ejecución se sustenta en la información de remuneraciones brindada por INEI⁸ pero esta vez, se considera solo el ingreso promedio mensual de las mujeres el cual fue de S/ 1 988.80 (10.8 % más alto comparado con el mismo periodo del año anterior)

Con respecto al cumplimiento de la meta física programada, existe déficit del 4 % mientras que, en la valorización en soles se logró un equilibrio, lo que se relaciona además con la baja en la evolución de la tasa de natalidad peruana⁹.

c) Subsidio por Lactancia

Representa el 24% del total de las metas ejecutadas y el 9% del monto otorgado en soles ubicándose en la cuarta posición del total de prestaciones económicas.

El monto que se reconoce por lactante – hijo del asegurado titular - es de S/ 820.00.

Se otorgó un total de S/ 42'271,820 que representa una ejecución presupuestal del 103 % respecto al monto programado, y se reconocieron 51,551 solicitudes que representan también, un cumplimiento de 103 %.

d) Prestación por Sepelio

Esta prestación representa el 11% del total de las metas físicas ejecutadas y el 10% del monto total otorgado en soles siendo el tercer subsidio con mayor ejecución.

Por el fallecimiento de un asegurado titular, se reconoce hasta un tope de S/ 2 070. El monto total otorgado fue de S/ 49 799 273 lo que representa una ejecución del 135 % respecto al monto programado y en cuanto a metas físicas, se reconocieron 24,148 solicitudes que significan un cumplimiento de 135 %.

Cabe mencionar que la ejecución de esta prestación está relacionada con la cantidad de fallecimientos de asegurados registrados durante este periodo y la oportunidad de presentación de la solicitud del beneficiario para el otorgamiento de esta prestación en las oficinas a nivel nacional.

Evaluación de Indicadores de Prestaciones Económicas

Nivel de cumplimiento para el otorgamiento de Prestaciones Económicas

Mide el grado de cumplimiento para el otorgamiento de Prestaciones Económicas (lactancia, sepelio, maternidad e Incapacidad temporal) sobre la base de las estimaciones de prestaciones económicas.

⁸ Ibidem

⁹ INEI: Estadísticas Vitales: Nacimientos, Defunciones, Matrimonios y divorcios 2024 – Perú.

Se mide:

$$\frac{\text{Valor de Prestaciones Económicas Cobradas}}{\text{Valor Total de Prestaciones Económicas}} \times 100\%$$

Tabla N.º 24a. Metas del Indicador de Prestaciones Económicas

Metas	2026			
	Al I Trim	Al II Trim	Al III Trim	Al IV Trim
Programado	71%	81%	85%	88%

Al II Trimestre, se han obtenido los siguientes resultados:

**Tabla N.º 24b: Resultados Obtenidos Prestaciones Económicas
(nivel de cumplimiento)**

Prestación Económica	Monto Soles Proyectado	Valor (S/) Emisión – SIA *	Valor (S/) Aprobados	% Cumplimiento
		II Trimestre	II Trimestre	
Incapacidad Temporal	369 041 335	268 790 827	235 229 454	87.52%
Maternidad	295 238 835	165 288 203	148 287 296	89.71%
Lactancia	82 009 840	46 725 240	42 271 820	90.47%
Sepelio	73 809 990	52 329 937	49 799 273	95.16%
Total	820 100 000	533 134 207	475 587 843	89.21%

Fuente: Sistema SAP junio 2026. Informe N.º 000029-SGPE-GPE-GCSPE-ESSALUD-2026, con cierre contable al II trimestre 2026.

Elaboración: SGPE-GPE

(*) SIA: Sistema Integrado de Aseguramiento

Tabla N.º 24c: Porcentaje de Cumplimiento del Indicador de Prestaciones Económicas

Monto Soles Proyectado	Meta II trimestre	Valor (S/) Resultado al II Trim.
Indicador	81%	89%
Exceso / Defecto		8%
% Cumplimiento		110%

El avance del indicador “Porcentaje de Cumplimiento de Prestaciones Económicas cobradas” se desarrolla considerando el valor de ejecución presupuestal trimestral SAP y el valor de las prestaciones económicas procesadas.

Análisis del Nivel de Cumplimiento

Al cierre del II trimestre, el indicador alcanzó 89 % frente a una meta de 81 %, equivalente a un nivel de cumplimiento de 110 %. El resultado acumulado es favorable; no obstante, debe analizarse junto con el comportamiento trimestral y las condiciones que sostienen la oportunidad del pago, principalmente la capacidad operativa de las OSPE, la continuidad de los recursos financieros y el soporte tecnológico de los procesos de evaluación y pago.

La lectura trimestral muestra una desaceleración respecto del primer trimestre: durante abril-junio se pagaron 80 556 solicitudes frente a 88 290 programadas (91 %). Por tipo de subsidio, incapacidad temporal alcanzó 96 %, maternidad 78 %, lactancia 82 % y sepelio 109 %. En consecuencia, el sobrecumplimiento acumulado del semestre se explica en parte por la elevada ejecución del primer trimestre y no elimina la necesidad de monitorear la recuperación de maternidad y lactancia durante el segundo semestre.

Entre los factores que pueden afectar la sostenibilidad del resultado se encuentran el retraso en la implementación de VIVA 2.0, la reducción de capacidad operativa de las OSPE y el embalse de solicitudes, así como restricciones de disponibilidad financiera que durante mayo y junio redujeron el número habitual de emisiones de pago. Por ello, el desempeño favorable acumulado debe acompañarse de medidas para asegurar continuidad operativa, reducir tiempos de atención y evitar que las restricciones se trasladen al usuario asegurado.

De la evaluación realizadas se concluye:

- De acuerdo con el registro SAP con cierre contable, el monto ejecutado al II trimestre de 2026 asciende a S/ 475 587 843, equivalente al 116 % de lo programado para el periodo. Frente al monto registrado en similar periodo de 2025 (S/ 421 435 273), representa un incremento aproximado del 13 %.
- Respecto de las metas físicas de prestaciones económicas, se ejecutaron 217 861 solicitudes, equivalente al 123 % de las 176 580 solicitudes programadas al II trimestre de 2026.
- Respecto al Indicador, el resultado de la ejecución presupuestal para el segundo trimestre 2026 es del 89 %, lo cual muestra un avance estable en el otorgamiento de las prestaciones económicas, obteniendo un nivel de cumplimiento del 110 % respecto a lo programado (81 %).
- Durante el segundo trimestre 2026 se observó un nivel de ejecución sostenido de las prestaciones económicas. La sostenibilidad del desempeño del indicador dependió de la capacidad operativa de las OSPE (desarrollo tecnológico y locadores) y de los recursos financieros necesarios para el otorgamiento del pago de las prestaciones económicas.

4.3.6. Cumplimiento de Metas de Prestaciones Sociales

Según Informe N.º 000017-OAS-GCPAMyPCD-ESSALUD-2026, de Evaluación Metas de Prestaciones Sociales al II Trimestre Año 2026 - POI FONAFE, remitido mediante Memorando N.º 000747-GCPAMyPCD-ESSALUD-2026, de fecha 08.07.2026, al II Trimestre 2026, se tiene un nivel de cumplimiento de 94.05 % "Excelente", como resultado de lo ejecutado en sus actividades estratégicas. Es preciso mencionar que para el promedio de porcentaje de cumplimiento se toma el tope máximo del 100 % aunque la actividad haya superado la meta:

- ✓ Centros del Adulto Mayor (CAM) y los Círculos del Adulto Mayor (CIRAM), obtuvo el 97.38 % (Excelente);
- ✓ Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS) y los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS), obtuvo el 89.55 % (Bueno); y
- ✓ Prestaciones Sociales para Niños, Niñas y Adolescentes – NNA, obtuvo el 95.20 % (Excelente); como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla N.º 25: Actividades Ejecutadas al II Trimestre 2026: CAM, CIRAM, MBRPS, CERPS y PS-NNA

ACTIVIDADES		Unidad de Medida	Programa do al II Trim.	Ejecutado al II Trim.	% Avance	
					Al II Trim.	Estado
1	Actividades: CENTROS DEL ADULTO MAYOR – CAM y los CIRCULOS DEL ADULTO MAYOR - CIRAM					
	Evaluación de Ingreso al CAM y CIRAM	Participantes	6,122	5,566	90.9%	Excelente
	Programa de Ejercicio de Derechos Humanos	Participantes	16,132	19,918	123.5 %	Excelente
	Programa de Autocuidado	Participantes	38,208	49,390	129.3 %	Excelente
	Programa de Fortalecimiento Productivo	Participantes	13,080	12,405	94.8%	Excelente
	Servicios Complementarios	Participantes	9,770	13,762	140.9 %	Excelente
	Población Adulta Mayor afiliada	Participantes	68,783	67,789	98.6%	Excelente
ACTIVIDADES: MÓDULOS BÁSICOS DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL Y SOCIAL – MBRPS y CENTROS DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL Y SOCIAL – CERPS						
2	REHABILITACION PROFESIONAL					
	Brindar Servicio de Rehabilitación Dependiente	PCD atendidas	1,728	2,587	149.7 %	Excelente
		PCD atenciones	19,590	20,358	103.9 %	Excelente
	Brindar Servicio de Rehabilitación Independiente	PCD atendidas	1,279	1,793	140.2 %	Excelente
		PCD atenciones	56,060	38,495	68.7%	Regular
	Colocar laboralmente a las Personas con Discapacidad	PCD colocadas	912	560	61.4%	Regular
	UNIDAD DE REHABILITACION SOCIAL					
	Brindar el Servicio de Escuela de Familias y Discapacidad	PCD Atendidos	3,060	5,234	171.0 %	Excelente
		PCD Atenciones	85,537	65,518	76.6%	Bueno
	Brindar el Servicio de Rehabilitación Social del asegurado con Discapacidad intelectual	PCD Atendidos	1,027	1,658	161.4 %	Excelente
		PCD Atenciones	13,077	7,519	57.5%	Malo
	Brindar el Servicio de Transición a la Vida Independiente para Personas con Discapacidad	PCD Atendidos	161	711	441.6 %	Excelente
		PCD Atenciones	611	1,461	239.1 %	Excelente
	Brindar el Servicio de Deportes Adaptados	PCD Atendidos	828	1,592	192.3 %	Excelente
		PCD Atenciones	18,036	24,067	133.4 %	Excelente
METAS DE PRESTACIONES SOCIALES PARA NIÑOS, NIÑAS y ADOLESCENTES - NNA (No cuentan con Unidades Operativas)						
3	Brindar el Programa de Fortalecimiento Familiar	Participantes	1,420	1,537	108.2 %	Excelente
	Programa Protagonista de Éxito - Habilidades para la vida	Participantes	1,140	1,081	94.8%	Excelente
	Brindar Programa de Mejora de Competencias	Participantes	360	329	91.4%	Excelente
	Brindar el Programa de Enfoque de Derechos y Ejercicios de Deberes	Participantes	480	443	92.3%	Excelente
	Programa Mujer Transformadora	Participantes	240	234	97.5%	Excelente

Fuente: Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
Elaboración: SGCEG – GPC – GCPP

Centros del Adulto Mayor (CAM) y Círculos del Adulto Mayor (CIRAM)

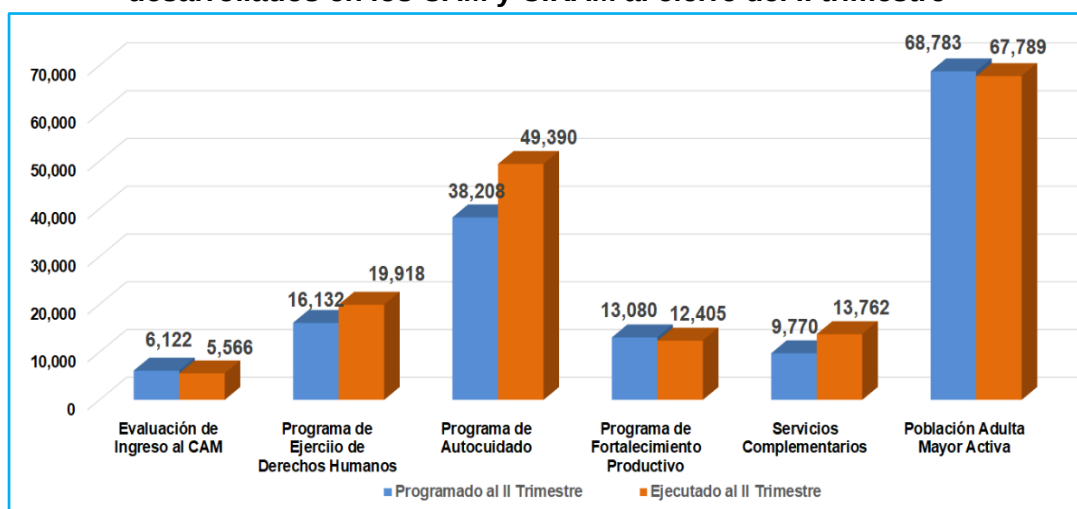
Según Informe N.º 000065-SGPAM-GCPAMyPS-GCPAMyPCD-ESSALUD-2026, de Evaluación Metas de Prestaciones Sociales al II Trimestre Año 2026 - POI FONAFE, se desarrollaron actividades como parte de los Programas de Gerontología Social, logrando una ejecución promedio del 97.38%, lo cual, de acuerdo a los parámetros establecidos

por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, representa un avance calificado como “Excelente”, según se refiere a continuación:

- ✓ **5,566 participantes** del Evaluación de Ingreso al CAM y CIRAM
- ✓ **19,918 participantes** del Programa de Ejercicio de Derechos Humanos.
- ✓ **49,390 participantes** del Programa de autocuidado.
- ✓ **12,405 participantes** Programa de Fortalecimiento Productivo.
- ✓ **13,762 participantes** en el Programa de Servicios Complementarios.
- ✓ **67,789 población** Adulta Mayor Activa.

En la siguiente figura, se aprecia la tendencia el avance de cada uno de los programas, teniendo en general una categoría de calificación de “**Excelente**”, según parámetros institucionales.

Figura N.º 4: compara las metas programadas y ejecutadas de los programas desarrollados en los CAM y CIRAM al cierre del II trimestre



Fuente: Subgerencia de Protección al Adulto Mayor – Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social MBRPS

Según Informe N.º 000017-OAS-GCPAMyPCD-ESSALUD-2026, de Evaluación Metas de Prestaciones Sociales al II Trimestre Año 2026 – POI FONAFE, la ejecución al II trimestre de 2026 de las actividades de los Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y los Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS), logró una ejecución de 89.55 % respecto a lo programado, lo cual representa un avance de “**Bueno**”.

Prestaciones Sociales para Niños, Niñas y Adolescentes

Según Informe N.º 000037-SGPSOGV-GPAMYPS-GCPAMyPCD-ESSALUD-2026, de Evaluación Metas de Prestaciones Sociales al segundo trimestre del Año 2026 – POI FONAFE, al II Trimestre 2026, las Prestaciones Sociales para niños, niñas y adolescentes - NNA, han logrado ejecutar el 95.20 % de las metas programadas, lo cual representa un avance de “**Excelente**”.

Análisis evaluativo. El resultado agregado de 94.05 % es favorable, pero presenta heterogeneidad entre componentes y redes. En los CAM y CIRAM se observa un desempeño global elevado; sin embargo, la evaluación de ingreso y determinadas actividades de fortalecimiento productivo muestran brechas en algunas redes. En los CERPS y MBRPS, el 89.55 % global convive con desempeños menores en atenciones

de rehabilitación profesional independiente, colocación laboral y rehabilitación social de personas con discapacidad intelectual, por lo que el seguimiento debe orientarse a las prestaciones específicas y no únicamente al promedio consolidado.

Los reportes territoriales confirman esta dispersión. En la Red Junín, la población adulta mayor afiliada alcanzó 95.3 % y los servicios complementarios 100 %, mientras que autocuidado y fortalecimiento productivo se ubicaron en nivel Regular y se registraron brechas en deportes adaptados y continuidad de atención de personas con discapacidad. En la Red Pasco, las seis metas CAM/CIRAM alcanzaron 91.4 % en conjunto, pero la evaluación de ingreso registró 25.9 % y el fortalecimiento productivo 60.0 %. Estos casos evidencian la necesidad de planes de recuperación diferenciados por red y tipo de servicio.

Entre los factores de sostenibilidad destacan las brechas de recursos humanos en los CAM —plazas no cubiertas, pendientes de activación presupuestal o requeridas para contar con profesionales idóneos— y, para la cartera dirigida a otros grupos vulnerables, la dependencia de locadores de psicología para sostener el volumen de prestaciones. En consecuencia, el segundo semestre debe priorizar la cobertura de recursos críticos, la búsqueda activa de usuarios y el seguimiento nominal de las actividades con menor desempeño.

Evaluación de Indicadores de Prestaciones Sociales

Cobertura de Prestaciones Sociales dirigidas a personas Adultas Mayores autovalentes aseguradas

Para el periodo 2026 se planteó el indicador: "Cobertura de Prestaciones Sociales dirigidas a personas adultas mayores autovalentes aseguradas", el cual contribuye al cumplimiento del OE1: "Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados".

Su objetivo es incrementar la cobertura de prestaciones sociales dirigidas a personas adultas mayores autovalentes aseguradas.

En cuanto al avance en el cumplimiento del Indicador, se ha obtenido una ejecución del 10.95 %.

Se mide:

$$\frac{\text{N° de PAM usuaria de prestaciones sociales}}{\text{Total de PAM aseguradas autovalentes}} \times 100\%$$

Datos obtenidos:

- N.º de PAM usuarias de prestaciones sociales: 67 789.
- Total de PAM aseguradas autovalentes (cifra considerada en la ficha del indicador): 619 000.
- Cálculo: 10.95 %.

Tabla N.º 26: Porcentaje de cumplimiento del indicador de Prestaciones Sociales

Indicador	Programado II Trimestre 2026	Ejecutado II Trimestre 2026	Avance
Cobertura de Prestaciones Sociales dirigidas a personas adultas mayores	11.31%	10.95%	96.83%

v. Logros alcanzados a nivel de Actividades Operativas

Los logros presentados en el presente informe han sido registrados por las dependencias de la institución en el link y se sustenta en los informes debidamente suscritos. Asimismo, se sustenta en los documentos remitidos por cada dependencia, los mismos que se detallan en el Anexo N.º 1.

5.1. De los Órganos Centrales

Consejo Directivo

Las tres actividades operativas evaluables del Consejo Directivo se ubicaron en nivel Excelente, por lo que el 100 % presenta desempeño favorable. La evidencia muestra una producción de acuerdos e informes superior a la inicialmente prevista. Dado que estas metas dependen de la agenda y de los asuntos sometidos a consideración del órgano colegiado, las sobreejecuciones deben interpretarse como mayor carga efectiva de trabajo y no como una mejora proporcional del desempeño; corresponde considerar este comportamiento para afinar la programación de periodos futuros.

El Consejo Directivo tuvo una mayor producción, conforme se detalla a continuación:

- **Acuerdos:** Inicialmente sólo se encontraba programada la aprobación de dos (2) Órdenes del Día, una de las cuales fue visto con antelación conforme lo solicitado por el área técnica y la otra fue presentada conforme el cronograma establecido.
- No obstante, cabe precisar que, en total, durante el periodo II Trimestre 2026 (avance del 01 de abril al 30 de junio de 2026), se presentaron un total de seis (6) Órdenes del Día adicionales (presentadas en sesiones ordinarias).
- **Informes:** Inicialmente sólo se encontraba programada la presentación de cinco (5) informes ante el Consejo Directivo.
- No obstante, en total durante el II Trimestre 2026 (avance del 01 de abril al 30 de junio de 2026), se presentaron un total veinte (20) Informes, (de los cuales 5 correspondían a informes programados y 15 a informes no programados).

Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE

CEABE registró 12 actividades evaluables: 8 en nivel Excelente, 2 en Bueno y 2 en Malo, alcanzando 83.33 % de actividades con desempeño favorable. Entre los resultados relevantes se encuentra el seguimiento al internamiento de 10 136 órdenes de compra de 10 952, equivalente a 92.5 %, así como acciones de redistribución de bienes estratégicos. Las brechas se relacionan con factores de abastecimiento y logística, entre ellos información desactualizada de proveedores y estados de órdenes en SAP, disponibilidad de presupuesto para traslados y capacidad operativa. El análisis debe concentrarse en las dos actividades en nivel Malo y en la continuidad del abastecimiento, evitando que el resultado agregado favorable oculte riesgos de oportunidad.

- En el II Trimestre, CEABE mantuvo una cobertura mayor a 1 mes en el 95.00 % de los dispositivos médicos centralizados, superando la meta trimestral de 90 % (105.6 % de cumplimiento). Este resultado es relevante porque garantiza la continuidad del abastecimiento a las IPRESS a nivel nacional, reduciendo el riesgo de desabastecimiento de insumos críticos para la atención de los asegurados.
- Se fiscalizaron 111 ofertas ganadoras frente a una meta de 25 para el presente trimestre, alcanzándose un cumplimiento equivalente al 444 % de la meta trimestral programada. Este resultado evidencia la operatividad sostenida del proceso de control posterior a la

Buena Pro, así como la trazabilidad documental a través del Sistema de Gestión Documentaria (SGD).

- Se redujeron S/ 7 125 352.20 en productos próximos a vencer durante el II Trimestre, mediante el seguimiento activo a los bienes estratégicos con fecha de expiración cercana en los órganos desconcentrados y prestadores nacionales, evitando así una pérdida económica directa a la institución.
- Se redistribuyeron S/ 4 541 277.71 (3 935 ítems transferidos) de bienes en sobre stock o próximos a vencer hacia redes con cobertura corta, cumpliendo el 100% de la meta trimestral.
- Se logró un 93 % de cumplimiento en el internamiento de órdenes de compra centralizadas en el trimestre, superando la meta de 92 %.
- Se atendieron 820 expedientes legales de un total de 1 000 programados para el trimestre (82 % de avance), mejorando los tiempos de revisión de contratos, adendas y el sustento de cancelaciones de procedimientos de selección.

Buenas prácticas implementadas

- Se elaboró en conjunto con la Subgerencia de Adquisición y Ejecución Contractual, una base de datos actualizada de proveedores, orientado a una revisión constante, para optimizar el seguimiento del internamiento de órdenes de compra.
- Se implementó la remisión de reportes mensuales a las redes a nivel nacional para el sinceramiento de la información registrada en el sistema, con el fin de mejorar la calidad de la toma de decisiones respecto al seguimiento de bienes estratégicos próximos a vencer.
- Priorización de expedientes legales próximos a vencer mediante comunicación directa con los órganos de CEABE.

Centro Nacional de Telemedicina - CENATE

CENATE registró 21 actividades evaluables: 16 en nivel Excelente, 1 en Bueno, 2 en Regular, 1 en Malo y 1 Sin Avance, con 80.95 % de desempeño favorable. Las evidencias muestran resultados en teleconsulta, teleinterconsulta, telemonitoreo, diagnóstico por imágenes, investigación en salud digital, asistencia técnica y fortalecimiento del sistema de gestión de calidad. No obstante, cuatro actividades se encuentran por debajo del 75 %, entre ellas una sin ejecución física al corte. Por ello, el seguimiento del segundo semestre debe diferenciar los avances de gestión de los productos efectivamente concluidos y focalizar las actividades de regulación, calidad, innovación o soporte que aún no alcanzan el nivel esperado.

- Se presentó el proyecto de Directiva "Red de Telesalud en el Seguro Social de Salud – EsSalud", orientado a establecer las disposiciones para la conformación y funcionamiento de la Red de Telesalud, integrada por las IPRESS que brindan servicios de Telesalud y el Centro Nacional de Telemedicina.
- Se desarrollaron investigaciones en salud digital y se formularon proyectos e iniciativas orientadas al reconocimiento de buenas prácticas y al acceso a fondos concursables, superando las metas programadas para el periodo evaluado.
- Se implementaron acciones para el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad del CENATE mediante la evaluación técnica del servicio para la implementación de la Norma ISO. Asimismo, se validaron las prestaciones de Telemedicina registradas en el sistema ESSI, superando la meta programada para el II Trimestre.
- Se alcanzaron resultados favorables en la prestación de servicios de Telesalud, registrándose el cumplimiento y, en algunos casos, la superación de las metas programadas para las actividades de Teleconsulta, Teleinterconsulta, Telemonitoreo, lectura de diagnóstico por imágenes y Teleprocedimientos especializados.
- Se fortaleció la articulación con las Redes Prestacionales e IPRESS mediante la ejecución de asistencias técnicas y la implementación del Teleconsultorio del CAP II Requena de la Red Asistencial Loreto.

- Se brindó soporte operativo, administrativo y presupuestal para asegurar la continuidad de la ejecución de las actividades operativas del CENATE.

Buenas prácticas implementadas

- Validación y sinceramiento de los registros de prestaciones de telemedicina en la plataforma ESSI antes de la evaluación de metas, permitiendo mejorar la confiabilidad de la información reportada.
- Fortalecimiento de la articulación técnica con las Redes Prestacionales e IPRESS mediante asistencias técnicas orientadas a la implementación y mejora de los servicios de Telesalud.
- Implementación de acciones de seguimiento para el Sistema de Gestión de Calidad, orientadas a fortalecer la mejora continua y la estandarización de procesos institucionales.
- Desarrollo de iniciativas en salud digital y formulación de proyectos para promover la innovación institucional y la participación en fondos concursables.

Gerencia Central de Atención al Asegurado

La GCAA registró 20 actividades evaluables, de las cuales 19 alcanzaron nivel Excelente y una nivel Malo, obteniendo 95 % de actividades con desempeño favorable. La gestión evidencia resultados en reclamos, supervisión de plataformas, atención y acompañamiento al asegurado, medición de satisfacción y voluntariado. Sin embargo, se identificó una brecha de formulación del propio POI: la GAAIPRESS informó que solo una de seis actividades vinculadas a sus servicios fue incorporada formalmente, y la GCAA sustentó además la necesidad de incluir actividades de voluntariado y rectificar asignaciones de fondos. Las acciones ejecutadas fuera de la programación formal pueden reconocerse como resultados de gestión, pero no deben incorporarse al denominador del POI sin la modificación correspondiente. La situación requiere regularizar la correspondencia entre funciones, actividades, metas y recursos.

- Se fortalecieron las competencias blandas y operativas vinculadas con el trato humanizado, la orientación, y la comunicación empática, superándose la meta trimestral de 200 a 539 voluntarios.
- Se logró que la institución cumpla con el envío a SUSALUD, de las tramas de reclamos y medidas adoptadas por las IPRESS e IAFAS.
- Se logró que 121 IPRESS participen en el proceso de emisión mensual de la información sobre los reclamos y medidas adoptadas para su elevación a SUSALUD
- Se logró la automatización de los reportes estratégicos orientados al seguimiento de indicadores relacionados a los reclamos y solicitudes.
- Se logró realizar 8,838 entrevistas a usuarios y/o asegurados, es decir el 32.40% de la meta anual (40,000), según lo establecido por FONAFE. El indicador “Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas”, alcanzó un resultado de 68.20% cercano a la meta del umbral institucional referencial de 70 %.
- Se logró formular la propuesta del “Plan de Medición Integral de la satisfacción del asegurado”, respecto de las Prestaciones de Salud, Económicas y Sociales 2026.
- Se logró el monitoreo a la aplicación de encuestas de satisfacción de 65 IPRESS a través del tablero Power BI “Análisis de Resultados de Encuestas de Satisfacción por IPRESS”, identificándose 39 IPRESS con resultados e informes emitidos y 26 IPRESS pendientes de ejecución.
- Se realizó la difusión de los derechos y herramientas de la institución, así como la absolución de consultas a un total de 471 asegurados, superándose en 105% la meta (450 asegurados).
- Se realizaron 25 supervisiones a las plataformas de atención al asegurado en Lima y Callao, brindándose asistencia técnica sobre el uso adecuado de los Libros de reclamaciones en el marco del D.S. N ° 002-2019-SA y el D.S. N ° 007-2020-PCM y la normativa vigente referente a la gestión de atención de reclamos, con la finalidad de

mejorar los estándares de satisfacción de los usuarios que acuden a las mismas.

- Se logró la participación de 477 servidores en los eventos de capacitación "Gestión Integral de Reclamos IPRESS, IAFAS y Administrativos" y "Gestión Integral de Reclamos y Protocolos de Atención: Aplicación Práctica en IPRESS, IAFAS, Reclamos Administrativos y CEVIT", superándose la meta en 239% la meta (200 colaboradores).
- Se registró un total de 9,742 solicitudes gestionadas en el II trimestre del 2026, lo que evidencia la alta demanda de intervenciones gestionadas por la Gerencia y la capacidad de respuesta de las plataformas de atención.
- Se logró cumplir con 03 envíos oportunos de la trama de información de reclamos y medidas adoptadas a SUSALUD, tal como lo exige el Decreto Supremo N.º 002-2019-SA., fortaleciendo el control y el seguimiento de la gestión de reclamos.
- Se supervisó el cumplimiento de los parámetros de funcionamiento del servicio de EsSalud en Línea a 09 Redes: RA Tarapoto, RA Moyobamba, RA Tumbes, RA Piura, RA Ucayali, RA Tacna, RA Moquegua, RA La Libertad y RA Huaraz.
- Se realizaron 446,174 llamadas a través de "EsSalud en Línea, lográndose reconfirmar 271,356 asegurados citados, obteniendo una tasa de efectividad de 60,82%.
- Se logró atender 63,258 llamadas entrantes a través de la Línea 107 con una tasa de atención de 97.3% sobre el total de llamadas entrantes. La información brindada correspondió en un 68% a la Opción de Información sobre Promoción y Prevención en Salud, seguido de Orientación Psicológica cuyo porcentaje de ingreso de llamadas fue de 19.6%.
- A través del Call Center del Programa Farmacia Vecina", la central telefónica de Farmacia Vecina logró atender 32,851 llamadas entrantes relacionadas al programa, con una tasa de atención de 94.6%. Adicionalmente se realizaron 81,406 llamadas, dando un total de 114,257 atenciones.
- Se atendió 3,922,911 llamadas lográndose otorgar 1,616,178 citas para los asegurados en provincia. En cuanto a la tasa de atención de llamadas se logró el 97.7%. El 41.2% de llamadas entrantes culminaron con una cita otorgada.
- Se atendió 2,511,332 llamadas, lográndose otorgar 633,185 citas a los asegurados de Lima y Callao. En cuanto a la tasa de atención de llamadas se logró el 89.2%. El porcentaje de llamadas con cita otorgada (efectividad) 25.2%.

Buenas prácticas implementadas.

- Se implementó la modalidad virtual para la capacitación de los voluntarios a nivel nacional, priorizando el uso de herramientas para la orientación de los pacientes y familiares durante el proceso de atención en las IPRESS
- Se viene realizando la revisión integral de los procesos transversales de la Gerencia Central de Atención al Asegurado, para las propuestas de mejora orientadas a la simplificación, automatización, integración y estandarización o rediseño, a fin de optimizar flujos de trabajo, reducir reprocesos, mejorar la calidad y disponibilidad de la información, fortalecer la trazabilidad de las actuaciones y generar condiciones para una gestión más eficiente, moderna y orientada a resultados.
- Mediante Resolución N° 008-GCAA-ESSALUD-2026 de fecha 12.06.2026, se aprobó el Plan de Intervención: Gestión Preventiva del Reclamo, orientado a identificar oportunamente a los asegurados en riesgo de presentar reclamos, promoviendo la orientación, mediación y coordinación con las áreas competentes para resolver las situaciones de insatisfacción antes de su formalización, estrategia que permitirá fortalecer la prevención, atención temprana y resolución oportuna de situaciones de insatisfacción de los asegurados en los servicios de atención de ESSALUD
- Se implementó el monitoreo en tiempo real de las llamadas a las opciones de EsSalud en Línea Lima y Callao.
- Se implementó la estandarización de los procesos de supervisión mediante instrumentos técnicos que permitieron uniformizar criterios de evaluación, asimismo se brindó asistencia técnica orientadas a fortalecer las capacidades del personal responsable de las plataformas de atención. Se realizó el monitoreo permanente de las solicitudes de

intervención a través del RIAA, facilitando el seguimiento oportuno de los casos. Así también, se efectúa la coordinación permanente con las Redes Prestacionales y Asistenciales para la atención oportuna de los casos complejos y se realizó el seguimiento de indicadores de gestión para identificar oportunidades de mejora y fortalecer la calidad de los servicios brindados al asegurado.

Gerencia Central de Asesoría Jurídica

La GCAJ registró 9 actividades evaluables: 8 en nivel Excelente y 1 en Regular, alcanzando 88.89 % de actividades con desempeño favorable. La principal brecha corresponde a la supervisión de las unidades del sistema de asesoría jurídica, con 2 informes frente a 3 programados acumulados (66.7 %), afectada por cambios de gestión y reprogramaciones de visitas. En contraste, la defensa jurídica y otros productos presentan sobreejecuciones importantes, asociadas al volumen efectivo de expedientes y requerimientos. En consecuencia, además de recuperar las supervisiones pendientes, resulta pertinente revisar la programación de actividades cuya demanda es exógena para que la meta refleje mejor la carga histórica real.

- Se realizó el "Primer Encuentro Nacional de Actualización Jurídica – EsSalud 2026", con la finalidad de estandarizar la representación jurídica de ESSALUD.
- También se realizó la representación jurídica de ESSALUD logrando el archivamiento de 394 procesos judiciales, extrajudiciales, administrativos y arbitrajes.
- Se proyectó y suscribió ocho (08), Contratos por la Gerencia General, mayor a 8 millones.
- La Sub Gerencia de Asesoría Jurídica en Normativa emitió un total de cincuenta y un (51) informes que contienen las opiniones técnico-legales formuladas respecto de los proyectos de ley sometidos a evaluación.

Buenas prácticas implementadas

- Se viene realizando acciones de control interno a fin de brindar atención eficiente y oportuna a los procesos judiciales, extrajudiciales, administrativos y arbitrajes seguidos por ESSALUD.
- La Subgerencia de Asesoría Jurídica en Contratación Estatal, mantuvo como buena práctica el seguimiento y control de los expedientes de contrataciones. Asimismo, considera como temas urgentes y/o prioritarios de atención de los siguientes: nulidades, apelaciones ante el Tribunal de Contrataciones Públicas y ante la Entidad, por tener plazos legales, llevando a cabo el seguimiento constante en cuando a solicitudes de información con las áreas y redes, para la atención oportuna la remisión de información que se solicitan.
- La Sub Gerencia de Asesoría Jurídica en Normativa consolidó como buena práctica la implementación del seguimiento y monitoreo de los expedientes normativos y de los instrumentos de cooperación interinstitucional sometidos a evaluación, permitiendo controlar el estado de tramitación, identificar oportunamente los plazos críticos y priorizar la atención de aquellos asuntos con mayor impacto para la gestión institucional.
- La Sub Gerencia de Asesoramiento Administrativo mantuvo como buena práctica el seguimiento y control interno de los documentos ingresados y atendidos, a fin de contar con información ordenada, verificable y actualizada para el reporte de avance de la actividad operativa programada en el POI 2026.

Gerencia Central de Gestión Financiera

La GCGF registró 13 actividades evaluables: 11 en nivel Excelente, 1 en Malo y 1 Sin Avance, con 84.62 % de actividades favorables. La principal brecha se relaciona con la recuperación de deuda no tributaria: aunque se recuperaron aproximadamente S/ 49 millones y el resultado supera al observado en similar periodo previo, el avance continúa siendo reducido frente a la meta anual oficialmente aprobada. Entre los factores reportados se encuentran la alta concentración de cartera en entidades públicas, restricciones para la cobranza y capacidad operativa. La actividad

Sin Avance corresponde al inventario físico de existencias programado para junio, cuya ejecución fue aplazada a agosto; por tanto, al corte debe mantenerse en 0 %, reconociendo en el análisis que existe una fecha de ejecución definida para el III trimestre.

- Se ejecutaron acciones de asistencia técnica presencial en ocho (8) Redes Asistenciales: Áncash, Tarapoto, Cusco, Ucayali, Piura, Puno, Pasco y Junín, con la participación de los Ejecutores y Auxiliares Coactivos del Núcleo de Cobranza Coactiva de Lima, con el fin de fortalecer las acciones de cobranza personalizada y el seguimiento a las entidades deudoras, promoviendo el acogimiento al Régimen de Facilidades de Pago y la cancelación de sus obligaciones, en el marco de las disposiciones establecidas en la Ley N.º 32513.
- Se elaboró el flujo de Caja, asimismo el reporte de los abonos por Recaudación y otros Ingresos Institucionales, ambos por los meses abril, mayo y junio 2026.
- Al cierre del segundo trimestre de 2026, la recuperación de deuda no tributaria por concepto de reembolso de prestaciones ascendió a S/ 49.00 millones y se logró superar la meta establecida en un 137.2% en lo que respecta a la gestión de pagos
- Se ejecutaron acciones de asistencia técnica presencial en ocho (8) Redes Asistenciales: Áncash, Tarapoto, Cusco, Ucayali, Piura, Puno, Pasco y Junín, con la participación de los Ejecutores y Auxiliares Coactivos del Núcleo de Cobranza Coactiva de Lima.

Gerencia Central de Gestión de las Personas

La GCGP cuenta con 36 actividades evaluables al II trimestre: 27 en nivel Excelente, 3 en Bueno, 2 en Regular y 4 en Malo, equivalente a 83.33 % de actividades con desempeño favorable. El resultado muestra un desempeño mayoritariamente satisfactorio, pero seis actividades se mantienen por debajo del 75 %. Los sustentos identifican restricciones vinculadas con procesos logísticos, rotación de funcionarios, disponibilidad presupuestal y condiciones para realizar inspecciones, supervisiones y actividades de capacitación. En consecuencia, el análisis del segundo semestre debe priorizar las seis actividades con brecha, verificando que las medidas de recuperación se traduzcan en ejecución física y no solo en acciones preparatorias.

- Las renovaciones de Convenios con las Instituciones Educativas (Universidades) a nivel nacional permitirá la cooperación recíproca entre EsSalud y las Universidades, a través del desarrollo de actividades de docencia en servicio, investigación y capacitación que contribuirá a la formación, adiestramiento y actualización de los recursos humanos de ambas instituciones, en el marco de las políticas institucionales y la normatividad vigente.
- Aprobación del Plan de Comunicación Interna 2026-2027, mediante Resolución de gerencia central, estableciendo los lineamientos y acciones para fortalecer la comunicación interna institucional.
- A través de la Feria "El Mercadito ESSALUD", se ofrece a los trabajadores diversidad de productos (alimentos, servicios y bisutería) con la finalidad de satisfacer las necesidades de consumo alimenticio y saludable, a través de la Asociación del Campo a tu Mesa y pequeños productores locales, a precios accesibles en comparación del mercado local. Asimismo, el Programa "Emprendedores EsSalud", ofrece un espacio exclusivo para que los emprendedores (trabajadores de la Sede Central) presenten y comercialicen sus productos y servicios incentivando la innovación y el desarrollo empresarial.
- Se logró coberturar seguros como: Seguro Vida Ley, SCTR, Seguro de accidentes personas nombrados y contratados, Seguro de accidentes personales por comisión de servicios, seguro de practicantes e internos de medicina
- Se realizaron actividades de reconocimiento a los trabajadores de los Órganos Centrales como: Reconocimiento al trabajador por el Día del Trabajo, Reconocimiento a la madre, Reconocimiento a los padres servidores de la Sede Central.
- Se garantizó que la información registrada en los legajos sea íntegra, auténtica, actualizada y concordante con los requisitos exigidos en la normativa institucional y legal vigente, de acuerdo a reporte.
- Se cumplió con la realización de los procesos de selección de personal interna y externa; así como el proceso de inducción al personal que se incorpora a la institución.

- Se cumplió con el soporte operativo y administrativo para la implementación de las actividades de la GCGP, en la parte presupuestal, logística y notificaciones en general.

Buenas prácticas implementadas

- Implementación y monitoreo de LACTARIOS institucionales a nivel nacional
- Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de EsSalud

Gerencia Central de Logística

La GCL registró 12 actividades evaluables y todas alcanzaron nivel Excelente. Los resultados comprenden gestión de contrataciones, PAC y CMN, atención de requerimientos, control patrimonial, seguros, mantenimiento, transporte y servicios generales. Sin embargo, el 100 % de actividades favorables no implica ausencia de riesgos: parte del cumplimiento de procedimientos de selección depende de procesos iniciados en periodos anteriores, y se reportan limitaciones por recursos técnicos, certificación presupuestal, calidad y oportunidad de requerimientos, desempeño de proveedores y trámites aduaneros. Asimismo, sobreejecuciones en seguros y gestión patrimonial responden en parte al volumen de eventos y expedientes. Por ello, corresponde sostener el seguimiento y revisar la calidad de la programación donde la ejecución excede ampliamente las metas.

- Se identificaron y priorizaron diez (10) procesos críticos del Manual de Procesos y Procedimientos, a su vez, se dio inicio a la formulación de los términos de Referencia que viabilizaran la contratación del Servicio Especializado para realizar la Implementación del Sistema de Control Interno según la Gestión por Procesos y Gestión de Riesgos de la GCL.
- Como parte de las acciones de implementación se realizaron reuniones técnicas en las cuales se acordó solicitar a la Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones la formulación de los Términos de Referencia para la contratación del servicio de estandarización y creación del Catálogo Único de Bienes, Servicios y Obras (CUBSO) de ESSALUD, conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas.
- Se evidenciaron las acciones de supervisión y seguimiento a la gestión del Plan Anual de Contrataciones (PAC) 2026 de las Redes y de los órganos desconcentrados, verificando el cumplimiento de las actividades programadas y contribuyendo al fortalecimiento de la gestión de las contrataciones.
- Se dio cumplimiento con los indicadores de la Sub Gerencia de Adquisiciones logrando que el 56.41% de los procedimientos de selección convocados por la Gerencia Central de Logística ya cuentan con contrato suscrito y publicado en el SEACE.
- La evaluación y el control del Cuadro Multianual de Necesidades (CMN) y del Plan Anual de Contrataciones (PAC) contribuyeron a garantizar la programación oportuna para el abastecimiento de bienes no estratégicos, servicios y obras necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales. En ese sentido, la Sub Gerencia de Programación y Almacenamiento, fortaleció la programación de las contrataciones, asegurando su alineamiento con el Cuadro Multianual de Necesidades (CMN), lo que permitió reducir las contrataciones no programadas en comparación con ejercicios anteriores, gracias a una mejor identificación y priorización de las necesidades institucionales.
- Se garantizó la atención oportuna de las solicitudes del servicio de transporte de carga, asegurando la continuidad operativa de las redes y contribuyendo al abastecimiento oportuno de bienes necesarios para el desarrollo de sus actividades.
- Se superó la meta trimestral programada para el mantenimiento preventivo y correctivo de la Sede Central, garantizando el adecuado funcionamiento de los sistemas críticos de bombeo de agua y pozos sépticos.
- Se gestionaron de manera exitosa tres (03) Declaraciones Aduaneras de Mercancías (DAM) para el desaduanaje e internamiento en el Almacén Central de productos farmacéuticos esenciales (Bedaquilina, Inmunoglobulina Humana y Clofazimina)

procedentes de la India, asegurando de forma anticipada el cumplimiento del 100% de la meta programada para este rubro, del mismo modo, no se registró incidentes que atentaran contra la integridad de las personas o la infraestructura institucional durante el periodo evaluado, asimismo, se ejecutó el mantenimiento preventivo y correctivo en las unidades vehiculares asignadas a Lima Metropolitana y Callao, garantizando la continuidad operativa de las actividades administrativas y asistenciales de la institución.

- Se fortaleció la gestión del patrimonio institucional mediante el cumplimiento oportuno del reporte del inventario al ente rector (DGA-MEF), obteniendo el estado oficial de "CUMPLIÓ". Asimismo, se optimizó la gestión de siniestros patrimoniales y vehiculares, agilizando los procesos de indemnización y reparación, y se ejecutó la disposición final de bienes muebles dados de baja conforme a la normativa vigente, contribuyendo al adecuado control y administración del patrimonio institucional.

Buenas prácticas implementadas.

- Se fortalecieron las prácticas de gestión y supervisión de las contrataciones mediante el seguimiento permanente al estado situacional de los procedimientos de selección y a la ejecución del Plan Anual de Contrataciones (PAC), lo que permitió identificar oportunamente riesgos, prevenir retrasos en las convocatorias y adoptar acciones correctivas para asegurar el cumplimiento de la programación institucional. Asimismo, se implementaron indicadores de gestión complementarios y se reforzó el registro oportuno de la información en la plataforma SEACE, mejorando el monitoreo y la evaluación del desempeño de los procesos de contratación.
- Se consolidó la coordinación con las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, Centros e Institutos Especializados mediante reuniones periódicas de supervisión y asistencia técnica, orientadas a evaluar el avance del PAC, identificar brechas en la programación de las contrataciones y fortalecer la aplicación de la normativa vigente. Estas acciones fueron respaldadas con actas de supervisión y un monitoreo continuo de los compromisos asumidos por las unidades involucradas.
- Se fortaleció la programación de las contrataciones a través de la priorización de requerimientos estratégicos, la planificación anticipada de necesidades, el análisis de la demanda histórica y la estandarización de especificaciones técnicas, términos de referencia y formatos documentarios, permitiendo optimizar la trazabilidad de los expedientes y mejorar la oportunidad de las contrataciones.
- Se reforzaron los mecanismos de control patrimonial y de supervisión de los servicios de infraestructura, transporte y ejecución contractual, mediante revisiones periódicas, seguimiento al cumplimiento de las obligaciones contractuales y control de penalidades, contribuyendo a una gestión transparente, eficiente y alineada con la normativa vigente, así como a la adecuada protección de los recursos institucionales.

Gerencia Central de Operaciones

La GCOP presenta 26 actividades evaluables, con 22 en nivel Excelente y 4 en Bueno; por tanto, el 100 % se ubica en desempeño favorable. Las evidencias muestran que las actividades de conducción, asistencia técnica, monitoreo y supervisión permitieron identificar brechas en redes e IPRESS relacionadas con programación de personal, infraestructura, equipamiento, abastecimiento, oportunidad de atención, capacidad resolutive y sistemas de información. Este resultado debe interpretarse correctamente: el cumplimiento favorable de la actividad de supervisión no significa que el ámbito supervisado carezca de problemas; parte del producto de la GCOP consiste precisamente en detectar brechas, generar compromisos y realizar seguimiento. El reto del segundo semestre es verificar el cierre efectivo de los compromisos derivados de las supervisiones.

- Ejecución del 100% de las supervisiones programadas, permitiendo identificar brechas operativas y establecer compromisos de mejora en las IPRESS supervisadas.
- Superación de la meta de asistencia técnica programada, fortaleciendo las capacidades de gestión de las redes asistenciales.

- Seguimiento permanente a indicadores estratégicos vinculados a programación asistencial, gestión de recursos humanos, referencias y contrarreferencias.
- Fortalecimiento de la gestión operativa mediante el monitoreo de la detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino y del abastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos
- Se emitieron tres (03) resoluciones por la Gerencia de Operaciones Especiales y dos (02) resoluciones por la Gerencia Central de Operaciones, las cuales autorizan a los pacientes asegurados para efectuar su tratamiento en los Centros Asistenciales del Extranjero.
- Se capacitó a los funcionarios y personal asistencial en vigilancia epidemiológica, flujos diferenciados para la atención de pacientes febriles, estrategias de vacunación y protocolos de bioseguridad para afrontar los casos de Sarampión.
- Se coordinó la implementación de consultorios febriles diferenciados en las IPRESS periféricas y se colaboró con el rediseño del flujo visible de atención para casos de Dengue en la Red que lo requería
- Se implementó la socialización de los lineamientos del DTO tras la reunión virtual técnica de inducción con los equipos de planificación locales, logrando que las Oficinas de Planificación y Calidad locales migraran sus requerimientos hacia los formatos de los Anexos A, B y C.
- Se validó e incorporó al diagnóstico la necesidad física de soporte para 393 establecimientos de salud propios y 9 extra institucionales, garantizando que los requerimientos de renovación o ampliación analizados respondan a la infraestructura realmente disponible para el otorgamiento de prestaciones asistenciales.
- Se logró regularizar el avance de las metas contempladas en el Plan de Capacitación de la Red Asistencial de Tarapoto sobre acciones frente a casos de Dengue, mediante un despliegue de jornadas formativas virtuales en vivo durante 03 días
- Se logró identificar la necesidad de recursos humanos asistenciales por 18,444 para las 30 Redes Prestacionales/Asistenciales y 04 Órganos Prestadores Nacionales (OPNs) correspondiente al primer semestre de 2026.
- Se reporta al II trimestre un 62.5 % de avance de las actividades programadas en el Plan de adecuación para el seguimiento y control de los Riesgos Operacionales identificados en el año 2026, reportando el cumplimiento de 05 actividades del total de 08 actividades programadas.
- Las Unidades de coordinación de procura a nivel nacional han logrado obtener 16 donantes de órganos procurados en el II Trimestre, lo que ha permitido trasplantar en los Establecimientos de Salud Donadores – Trasplantadores: 22 trasplantes de riñón, 06 trasplantes de hígado, 04 trasplantes de corazón, 30 trasplantes de córneas, 02 trasplante de pulmón, 01 trasplante páncreas – riñón, 01 trasplante riñón – hepático.
- Durante el II Trimestre del 2026 se obtuvieron a un total de 26 córneas con fines de trasplante, siendo un 57.7% córneas obtenidas en Hospitales, 7.7% de clínicas y 34.6% córneas de los Institutos de Medicina Legal o morgues a nivel nacional.

Buenas prácticas implementadas

- Implementación de mecanismos de supervisión con enfoque de asistencia técnica.
- Elaboración de actas de compromiso con responsabilidades y plazos definidos para el cierre de brechas identificadas.
- Seguimiento sistemático de indicadores de desempeño y gestión operativa de las Redes Funcionales.
- Articulación interinstitucional para el monitoreo oportuno de riesgos sanitarios y del cumplimiento de metas institucionales.
- Ejecución de planes y programas para el fortalecimiento de capacidades prioritarias del personal asistencial en coordinación con el nivel central.
- Se logró coordinar mecanismos para la atención de emergencias sanitarias, la gestión de recursos asistenciales, la identificación de brechas de capacidad operativa, el fortalecimiento de competencias del personal de salud y la consolidación de las necesidades de recursos humanos, permitiendo optimizar la planificación operativa y

mejorar la oportunidad de respuesta institucional frente a riesgos epidemiológicos y requerimientos asistenciales prioritarios.

- Se fortalecieron las diversas acciones ejecutadas a través de matrices, actas de compromiso y procesos de seguimiento continuo, contribuyendo a una mayor transparencia, trazabilidad y sostenibilidad de las intervenciones desarrolladas por la Gerencia de Operaciones Especiales, en concordancia con las funciones establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud.
- Implementación de mecanismos de evaluación de la ejecución de la Jornada Laboral Extraordinaria.
- Utilización eficiente de los sistemas informáticos para los reportes de reembolso.
- Utilización de reportes del sistema ESSI y Sistema de Facturación Electrónica para la evaluación de Convenios de Intercambio Prestacional de Venta.
- Implementación de tableros de control para las evaluaciones de JLE, Reembolsos y Convenios de venta.
- Presentación del Plan: Hospital “Amigo de la donación”, lo que permitirá incrementar el número de donantes efectivos en EsSalud a nivel nacional.
- Presentación al concurso nacional de buenas prácticas en calidad de servicios. Organizado por la PCM: “Centro de Operaciones Procura: gestión continua y oportuna para mejorar el acceso de los pacientes al trasplante de órganos en EsSalud”.
- Creación de la Unidad Funcional del Centro de Operaciones Procura, que permitirá el incremento de la notificación de posibles y potenciales donantes en EsSalud a nivel nacional.
- Implementación de tableros institucionales de monitoreo con actualización automática diaria a partir de la base de datos de explotación del ESSI.
- Desarrollo de mecanismos de validación de la programación asistencial mediante reglas de negocio que permiten detectar inconsistencias y alertar oportunamente a las Redes Asistenciales.
- Estandarización del proceso de asistencia técnica a las Redes Asistenciales e IPRESS mediante el uso de herramientas de inteligencia de negocios y criterios homogéneos para el análisis de información.
- Fortalecimiento del seguimiento de los indicadores de gestión mediante reportes ejecutivos y tableros interactivos que facilitan el monitoreo permanente del desempeño institucional.
- Promoción de una cultura de calidad de datos a través del acompañamiento técnico y la retroalimentación continua a las unidades responsables del registro de información.
- Optimización de los tiempos de procesamiento y análisis de la información operacional mediante la automatización de procesos de extracción, consolidación y visualización de datos.

Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

La GCPAMyPCD registró 15 actividades evaluables: 14 en nivel Excelente y 1 en Regular, alcanzando 93.33 % de actividades con desempeño favorable. La brecha corresponde a la elaboración y actualización de documentos técnico-normativos, con 2 productos aprobados frente a 3 programados acumulados; los sustentos muestran que existió avance de gestión en un producto adicional, aún en proceso de aprobación. Esta situación debe diferenciarse de la inacción: mientras el producto final no se apruebe, la ejecución física no puede contabilizarse, pero el avance del proceso debe explicarse cualitativamente. Las supervisiones, asistencias técnicas y acciones de participación muestran resultados superiores a lo programado, lo que también aconseja revisar la pertinencia de algunas metas futuras.

- Se aprobó un (01) instructivo con el objetivo de promover hábitos saludables de sueño y contribuir a su bienestar integral; asimismo se encuentra en proceso de aprobación del Manual Técnico Administrativo del Programa de Enfoque de Derechos de y Ejercicios de Deberes, enfocada directamente en el desarrollo integral de NNA.

- Se realizaron en total 22 supervisiones virtuales y/o presenciales a las unidades operativas y redes asistenciales a nivel nacional, superando la meta programada al II trimestre.
- En el marco de la actividad del POI "Fomento de la participación de los asegurados Persona Adulta Mayor y comunidad en general en actividades que permitan la visibilización de esta población vulnerable como sujetos de derechos y centro de las políticas públicas", se logró la participación de 2,052 asegurados y actores de la comunidad, superando la meta programada de 1,500 participantes.
- Se realizaron:
 - ✓ Jornada Académica sobre Derechos, Protección y Actuación frente al Abuso y Maltrato en la Vejez, con la participación de 350 personas, entre personas adultas mayores y servidores de EsSalud.
 - ✓ Jornada de sensibilización por el Día Mundial de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez con la participación de 1,190 personas, entre personas adultas mayores y servidores de EsSalud.
 - ✓ Día del Niño Peruano – Feria de Servicios "Unidos por la Niñez Peruana y la Familia", con la participación de 185 personas.
 - ✓ Expo Feria "Familias que se cuidan, generaciones que se protegen", con la participación de 219 personas.
- Se fortaleció la ejecución de la Cartera de Prestaciones Sociales dirigidas a las personas adultas mayores en los Centros y Círculos del Adulto Mayor a nivel nacional, alcanzando un alto nivel de cumplimiento de las metas prestacionales mediante el desarrollo de actividades orientadas al empoderamiento y ejercicio de derechos, autocuidado, fortalecimiento productivo y servicios complementarios.
- Se realizó el II Encuentro Intersectorial para el Cuidado de las Personas Adultas Mayores: Construyendo una comunidad comprometida con nuestras personas mayores en la región Cajamarca, con la participación de 200 personas adultas mayores de los CAM y CIRAM de Cajamarca, Baños del Inca, Contumazá, Celendín y Cajabamba.
- Durante el II trimestre de 2026, la Subgerencia de Promoción Social de Otros Grupos Vulnerables fortaleció la ejecución de la Cartera de Prestaciones Sociales mediante estrategias preventivo-promocionales desarrolladas en coordinación con las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales e IPRESS a nivel nacional. Como resultado, se registró la participación de 2,304 beneficiarios, quienes recibieron 15,471 atenciones a través de los programas que conforman la Cartera de Prestaciones Sociales, fortaleciendo la cobertura y el acceso oportuno a las prestaciones de promoción social.
- En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Cámara de Comercio de Lima (CCL) y el Seguro Social de Salud (EsSalud), se desarrolló el taller "Luzcan Bien, Siéntanse Mejor", dirigido a mujeres aseguradas con diagnóstico oncológico.
- Se realizó la Expo Feria Artesanal de Emprendedoras con Discapacidad "LLANKAJ WARMY" (Mujer Emprendedora) – 2026, registrándose la participación de 43 participantes.
- Se brindó atención a 117 personas con discapacidad visual, frente a una meta programada de 50, alcanzándose un cumplimiento del 234 %, lo que evidencia un desempeño superior al previsto y una ampliación significativa de la cobertura del servicio.

Buenas prácticas implementadas

- Con la aprobación del instructivo se estandariza a nivel nacional la intervención educativa sobre higiene del sueño para personas adultas mayores de los Centros y Círculos del Adulto Mayor.
- Se implementó un modelo de supervisión que combinó supervisiones virtuales y presenciales, permitiendo brindar asistencia técnica oportuna a las Redes Asistenciales/Prestacionales y verificar en campo las condiciones de funcionamiento de los Centros del Adulto Mayor y los programas de promoción social dirigidos a Niños, Niñas, Adolescentes (NNA) y otros grupos vulnerables. Esta estrategia fortaleció el monitoreo de la ejecución de la Cartera de Prestaciones Sociales, facilitó la identificación

de oportunidades de mejora en aspectos administrativos y operativos, y promovió la adopción de acciones correctivas orientadas a optimizar la calidad de las prestaciones sociales dirigidas a las personas adultas mayores y niños, niñas y adolescentes.

- Se fortaleció la participación activa de las personas adultas mayores, niñas, niños, adolescentes, familias y comunidad mediante el desarrollo de espacios de sensibilización, integración y articulación interinstitucional, promoviendo el enfoque de derechos, la corresponsabilidad social y el trabajo coordinado con entidades públicas y actores locales.
- Durante el presente año, se ha seguido avanzando en el despliegue de CIRAM dentro de las IPRESS de primer nivel de atención. Este aspecto ha potenciado el trabajo articulado entre las prestaciones sociales y sanitarias, beneficiándose las personas adultas mayores de actividades de prestaciones sociales y a la vez de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
- Se fortaleció la articulación intersectorial mediante el desarrollo de encuentros regionales que promovieron la participación activa de las personas adultas mayores, los equipos técnicos de los CAM y CIRAM y las autoridades locales, aplicando una metodología participativa basada en mesas de trabajo para la identificación de necesidades, el intercambio de experiencias y la formulación de propuestas de mejora.
- Se fortaleció la ejecución descentralizada de la Cartera de Prestaciones Sociales mediante la implementación de estrategias de abordaje en IPRESS, instituciones educativas y Centros de Empoderamiento (CEMPO), promoviendo una intervención articulada entre las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales y actores locales.

Gerencia Central de Promoción y Gestión de la Inversión Privada

La GCPGIP registró 5 actividades evaluables y todas se ubicaron en nivel Excelente, alcanzando 100 % de desempeño favorable. Los productos desarrollados se orientan a la promoción, estructuración y seguimiento de mecanismos de inversión privada. Al no presentarse actividades por debajo del 75 % en el corte evaluado, el énfasis del seguimiento debe situarse en la calidad y oportunidad de los productos, la continuidad de los hitos previstos para el segundo semestre y la consistencia entre la programación física y los procesos de maduración de las iniciativas.

- En el ámbito territorial Lima, se otorgó conformidad a seis (06) Informes Mensuales de Supervisión (IMS): dos (02) presentados por la empresa Currie & Brown sobre los servicios de la Sociedad Operadora SALOG S.A. correspondiente a los meses de noviembre y diciembre 2025; tres (03) presentados por el Consorcio ADIMSA-ESAN respecto del Contrato de APP de Villa Maria del Triunfo Salud S.A.C. de los meses noviembre 2025, diciembre 2025 y enero 2026; y uno (01) presentado por el mismo consorcio respecto del Contrato de APP de Callao Salud S.A.C. del mes de noviembre 2025.
- Se gestionaron nueve (09) instrucciones de pago ante la Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF): tres (03) para Callao Salud S.A.C., tres (03) para Villa Maria del Triunfo Salud S.A.C. y tres (03) para SALOG S.A., correspondientes a los meses de abril, mayo y junio de 2026.
- Se gestionaron tres (03) instrucciones de pago de retribución mensual (RPMO) a SALOG S.A. por los meses de abril, mayo y junio de 2026, así como tres (03) instrucciones adicionales por concepto de Ajuste del RPMO-CE correspondientes a enero, febrero y marzo de 2026, obteniendo una ejecución física acumulada (11 de 12 pagos programados) superando la meta proyectada al II Trimestre.
- En el ámbito Territorial Norte, se otorgó conformidad a siete (07) Informes Mensuales de Supervisión (IMS): cuatro (04) presentados por la empresa Currie & Brown sobre los servicios realizados por el Concesionario Chimbote Salud S.A.C. que corresponden a los periodos de noviembre y diciembre de 2025 y enero y febrero 2026; y tres (03) Informes Mensuales de Supervisión presentados por la empresa AXIOMA TECCENTER sobre el cumplimiento de obligaciones del Concesionario Piura Health

S.A.C. que corresponden a los periodos de diciembre 2025 y de enero y febrero del 2026.

Buenas prácticas implementadas

- Fortalecimiento de la coordinación permanente entre la supervisión de los contratos de APP y las áreas competentes de la institución, agilizando la revisión y otorgamiento de conformidad a los IMS.
- Mejora continua de los procedimientos de supervisión aplicados tanto por los supervisores de los contratos como por la GCPGIP, orientada a verificar el cumplimiento de las obligaciones de las Sociedades Operadoras establecidas en los Contratos de APP.

Gerencia Central de Proyectos de Inversión

La GCPI constituye el principal punto crítico de los Órganos Centrales: de 22 actividades evaluables, 4 alcanzaron nivel Excelente, 1 Regular, 10 Malo y 7 Sin Avance, por lo que solo 18.18 % presenta desempeño favorable. Una actividad anual adicional no era evaluable al corte por iniciar programación en periodos posteriores. Si bien se cuenta con información parcial sobre el estado de determinados proyectos, no se remitió un informe consolidado del órgano que permita vincular de manera validada las causas con cada una de las actividades críticas. En consecuencia, no corresponde atribuir causas específicas sin sustento; la prioridad es regularizar la trazabilidad documental de las 18 actividades por debajo del 75 %, precisando brecha, causa, evidencia, medida correctiva, responsable y proyección de cierre.

No fue posible determinar las causas específicas por falta de sustento del órgano responsable.

Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

La GCPP registró 24 actividades evaluables: 21 en nivel Excelente, 1 en Malo y 2 Sin Avance, alcanzando 87.50 % de actividades con desempeño favorable. Los resultados favorables comprenden gestión y análisis de información, elaboración de reportes y tableros, seguimiento presupuestario, herramientas como SIGPRE y acciones de organización, procesos e innovación institucional. No obstante, tres actividades se encuentran por debajo del 75 %, dos de ellas con ejecución física igual a cero. Para estas actividades debe verificarse si existen productos en elaboración que todavía no configuran la unidad de medida prevista o si la brecha responde a dependencias externas, programación o disponibilidad de insumos. El seguimiento debe preservar la diferencia entre avance de gestión y producto concluido, y establecer fechas concretas de cierre.

Gestión de la Información

- Se cumplió con la publicación de los reportes estadísticos mensuales institucionales (EsSalud en Cifras, Tablero de Monitoreo y Boletín Ejecutivo), los cuales constituyen instrumentos de apoyo para la evaluación de la gestión en los niveles estratégico, táctico y operativo.
- Asimismo, la mejora de los procesos operativos de gestión de la información, y el fortalecimiento de la toma de decisiones institucional basada en datos a partir del Sistema SIEST.
- Se realizaron 04 Informes técnicos: Perfil del asegurado al I Trimestre del 2026, Demanda y estimación del costo de atención por enfermedades raras o huérfanas en la consulta externa de EsSalud 2019-2024, Análisis estadístico de atenciones mensuales del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de la Red Prestacional de Lambayeque – I Trimestre 2026, Análisis estadístico de atenciones mensuales del Hospital Nacional Carlos Seguin Escobedo de la Red Asistencial de Arequipa – I Trimestre.
- Se desarrolló un tablero dinámico sobre Medicamentos de alto costo (estimaciones de gasto), el listado de medicamentos corresponde a lo establecido por IETSI, el tablero se alojó en el Observatorio de EsSalud.

- Se presentó un informe sobre el avance de Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos, adjuntando el desarrollo del Plan de Gobernanza y Calidad de Datos.

Buenas prácticas implementadas

- Los sectoristas asignados a cada red asistencial, realizaron el proceso de consistencia y validación de la información registrada mediante los reportes del aplicativo GREP y coordinando con sus respectivas redes los ajustes correspondientes para subsanar las observaciones encontradas, garantizando que los datos sean coherentes, oportunos y confiables.
- Mediante la correcta implementación de estándares en el procesamiento de las variables estadísticas de prestaciones asistenciales y la presentación de dashboards en el SIEST se implementaron buenas prácticas para la gestión de información estadística.

Presupuesto

- Elaboración del proyecto de Directiva para la programación del presupuesto asignable y certificación presupuestal, actualmente en proceso de aprobación institucional.
- Elaboración y sustento técnico del Proyecto del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) 2026.
- Ejecución del monitoreo permanente de la ejecución presupuestaria institucional mediante nueve reportes técnicos.
- Seguimiento de la implementación de medidas de austeridad en los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados de EsSalud.
- Implementación del Sistema de Gestión Presupuestaria (SIGPRE), fortaleciendo la gestión presupuestaria institucional y la oportunidad en la información para la toma de decisiones.

Buenas prácticas implementadas

- Sistematización del proceso de Gestión Presupuestaria de EsSalud en el Sistema - SIGPRE.
- Integración de los procesos de modificaciones presupuestarias y disponibilidad presupuestal en una plataforma única.
- Fortalecimiento del monitoreo mensual mediante reportes estandarizados e indicadores de gestión.
- Coordinación permanente entre la Gerencia de Presupuesto y los Órganos Centrales y los Órganos Desconcentrados para el seguimiento presupuestario.

Planeamiento Corporativo

- Se viene realizando la actualización del módulo de evaluación del Sistema SISPOI, el cual permitirá realizar la evaluación de las Actividades Operativas de los Órganos Centrales.
- Se elaboraron los informes del PO FONAFE correspondiente al I Trimestre, mes de abril y mayo; asimismo, se elaboró el informe de evaluación del POI 2026 Desagregado por dependencias, correspondiente al I Trimestre y al seguimiento del mes de abril y mayo.

Buenas prácticas implementadas

- Se viene realizando el seguimiento continuo a las actividades operativas del POI y a las metas prestacionales en las Redes.

Organización y Procesos

- Se ejecutaron acciones de difusión, articulación interorgánica y asistencia técnica para la implementación del Plan de Gestión Administrativa para la Separación de Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD 2026, en cuyo informe se permitió registrar el avance de los componentes del plan con productos técnicos concretos: propuesta de Mapa de Procesos, análisis normativos sectoriales, avances en el Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos, y avances en el Diseño de Planes de Salud.
- Se avanzó en la implementación de la gestión de la innovación institucional mediante la formulación y presentación del Plan de Implementación de la Gestión de Innovación Institucional ante la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Asimismo, se fortaleció la articulación con la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros, ente rector en materia de innovación pública, a través de acciones de coordinación y asistencia técnica.

Buenas prácticas implementadas

- Se implementó una matriz de seguimiento a las asistencias técnicas solicitadas por las distintas unidades de organización, con el fin de hacer seguimiento a su atención oportuna.
- El equipo encargado del Plan de Innovación Pública Institucional, asistió a asistencias técnicas relacionadas a la materia de Innovación Pública para la elaboración del proyecto de plan remitido a la Gerencia de Planeamiento Corporativo.

Gerencia Central de Prestaciones de Salud

La GCPS registró 12 actividades evaluables: 10 en nivel Excelente, 1 en Malo y 1 Sin Avance, alcanzando 83.33 % de actividades favorables. Las principales brechas se concentran en productos normativos: los sustentos muestran documentos en validación, adecuación o aprobación que todavía no configuran el producto final exigido por la unidad de medida. En consecuencia, corresponde mantener la ejecución física según el producto efectivamente aprobado y reconocer por separado el avance de gestión. Entre las fortalezas se encuentran asistencias técnicas, monitoreo y acciones de categorización; entre las limitaciones, recursos humanos, presupuesto, conectividad, dependencia de opiniones técnicas y limitaciones de los sistemas de información. Estos factores deben ser gestionados para recuperar las metas normativas en el segundo semestre.

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud

- Se brindó treinta y dos (32) Asistencias técnicas, sobre las actividades preparatorias de la categorización o recategorización de las IPRESS propias de ESSALUD; Norma para las prestaciones de salud de atención domiciliaria – ESSALUD; aplicación del Aplicativo Categoriza T, muerte materna, Salud Materna, HTA-DM y Enfermedad osteomuscular y tejido conectivo, Salud Mental, TB y VIH entre otras, dirigidas a las Redes Prestacionales y Redes Asistenciales.
- Se ejecutaron tres (03) supervisiones, en el marco de las actividades preparatorias de la categorización o recategorización de las IPRESS propias de ESSALUD.

Gerencia de Atención Primaria

- Estandarización de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el ámbito de nutrición para implementar la cartera de servicios de atención primaria mediante la asistencia técnica a 60 nutricionistas de las Redes Prestacionales y Asistenciales de EsSalud.
- Fortaleciendo las competencias técnicas de 240 profesionales de obstetricia, nutrición y enfermería de las Redes Prestacionales y Asistenciales para la implementación de las intervenciones de prevención y control de la anemia por curso de vida dirigidas a niños, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puerperas.
- Formulación y aprobación del Manual Técnico Administrativo "Control del Crecimiento y Desarrollo del Adolescente en el Seguro Social de Salud – EsSalud", en el cual se

establece criterios técnicos y procedimientos estandarizados como parte del control integral del adolescente en las Redes Prestacionales y Asistenciales.

- Creación de la Central de Monitoreo de Atención Primaria (tablero de control), sistema que optimiza los esfuerzos de control en beneficio de nuestros asegurados, generando estrategias de gestión para el cumplimiento de metas de los indicadores de la Gerencia de Atención Primaria y ejecución del plan de supervisión de las estrategias sanitarias.
- Articulación con CENATE respecto a la problemática de registro de actividades de lectura d mamografías pendientes.
- Captación Activa y Pasiva (ESSI) para tamizaje de cáncer de mama y cuello uterino en forma progresiva a fin obtener información en tiempo real
- Se gestionó la articulación a través de reuniones de trabajo entre el MINSA y EsSalud que permitan la interoperabilidad entre los sistemas de información, a fin de garantizar la trazabilidad y seguimiento de pacientes, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y la gestión integral del cáncer nivel nacional.
- Fortalecimiento del Monitoreo de las Prioridades Sanitarias: Inmunizaciones, Prevención y Control de la Anemia, Crecimiento y Desarrollo del Niño en las Redes Asistenciales Puno, Cajamarca y Juliaca
- Fortalecimiento del monitoreo y supervisión de las prestaciones del Cumplimiento Normativo de la etapa vida adulto en la promoción y prevención de Tamizaje de Cáncer de Mama y el Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino", en las Redes Asistenciales Puno, Cajamarca y Juliaca
- Fortalecimiento del Monitoreo del cumplimiento de los documentos normativos de Medicina Complementaria y la estrategia Prevenir.
- Gestión para la implementación de mensajes de alertas en el ESSI cuando una usuaria requiera según el grupo etario que se le solicite Papanicolaou en todas las atenciones de cualquier profesional para la captación de usuarias dentro de cada establecimiento de salud.
- Se realizó el monitoreo y supervisión virtual del Plan de Salud Mental en las redes asistenciales: Moquegua, Madre de Dios, Jaén, Tumbes, Huancavelica Moyobamba.
- Se lograron incluir dos indicadores de la estrategia Prevenir (N° de empleadores que cumplen con la intervención de la Estrategia Prevenir y N° de trabajadores beneficiarios en la intervención de la Estrategia Prevenir, etapa de reevaluación) a la propuesta de Estrategia Nacional para la gestión de riesgos psicosociales Laborales y la Promoción de entornos de Trabajo saludable con enfoque en Salud Mental al 2030, propuesta formulada por el equipo del Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo; el cual será aprobado por decreto supremo

Salud Ambiental

- Despliegue Operativo de Monitoreo: Evaluación física presencial de cumplimiento normativo en Redes Asistenciales estratégicas (Lambayeque, Madre de Dios, Pasco, La Libertad y Ayacucho) enfocada en bioseguridad, control de residuos sólidos, limpieza de ambientes y el seguimiento de la Norma ISO 14001-2015 "Gestión Ambiental" en los hospitales Voto Bernales, Octavio Mongrut y Carlos Alcántara.
- Fortalecimiento del Sistema Nacional: Ejecución de 5 asistencias técnicas (Puno, Servicio de Neonatología e Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR), destacando la capacitación virtual en coordinación con el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria

- Se realizaron 03 Asistencias Técnicas presenciales en las Macro Región Lima, Centro y Oriente, Macro Norte y Macro Sur logando fortalecer las capacidades técnicas para el desarrollo de los procesos de vigilancia normados en los DTO de VIH/SIDA-ITS; Tuberculosis y Cáncer, a un total de 246 profesionales de salud de la Red de Inteligencia Sanitaria Institucional.
- Se ejecutó la evaluación del comportamiento de las IAAS en el Servicio de UCI de Neonatología del Hospital José Cayetano Heredia de la Red Piura y el Estudio de

Prevalencia Puntual de IAAS en el Hospital III de Chimbote -Red Asistencial Ancash, evaluando al 100% de los Servicios Hospitalarios, encuestando a un total de 138 asegurados que reunieron los criterios de inclusión, encontrándose una tasa de prevalencia de IAAS de 9.4%. Indicador trazador para la implementación de mejoras en la atención de salud prestada.

Buenas prácticas implementadas

- Seguimiento a los procesos de implementación de los Documentos, para la identificación de nudos críticos y articulación con unidades orgánicas relacionadas (Sede Central) y Redes
- Se desarrollaron tableros de control de monitoreo de los indicadores de cáncer de colorrectal, cáncer de próstata y salud materna.
- Se están desarrollando y construyendo tableros de control de indicadores para salud bucal y salud mental.
- Se realizó la programación de envío de alertas en los indicadores sanitarios, con fines de identificar oportunamente bajas coberturas para fomentar la implementación de acciones de mejora.
- Se realizaron mejoras en los tableros de indicadores de atención primaria, en base a las fichas técnicas descritas en la normatividad vigente.
- Articulación estratégica y acompañamiento preventivo intergerencial orientado a mitigar los tiempos burocráticos de revisión y asegurar la celeridad en la aprobación de los documentos técnicos regulatorios de salud ambiental.
- Elaboración del Tablero de Vigilancia de Brotes y Contingencias Sanitarias, permite evaluar el comportamiento de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica sectorial y nacional, para la respuesta oportuna institucional y nacional.

Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

La GCSPE registró 14 actividades evaluables y todas alcanzaron nivel Excelente. Los resultados abarcan prestaciones económicas, aseguramiento, acceso y acreditación, auditoría de seguros y soporte operativo. En prestaciones económicas, el semestre cerró con 217,861 solicitudes pagadas frente a 176,580 programadas (123 %) y un indicador de otorgamiento de 89 % frente a una meta de 81 %. También se registran sobreejecuciones en consultas y verificaciones de asegurados y acciones de digitalización. Estos resultados son favorables, pero las desviaciones amplias deben analizarse considerando la demanda efectiva y los cambios operativos, de modo que la programación futura se base en patrones reales y no únicamente en el cumplimiento porcentual.

- Al cierre del segundo trimestre se ejecutó el pago de 217,861 solicitudes de prestaciones económicas, superando las 176,580 solicitudes programadas, alcanzándose un nivel de cumplimiento del 123 % respecto de la meta establecida para el periodo. Este resultado evidencia la capacidad institucional para responder a la demanda de subsidios presentada por la población asegurada y sus derechohabientes.

Con la finalidad de incrementar la productividad y reducir los tiempos de atención de las solicitudes, durante el periodo evaluado se implementaron diversas acciones de fortalecimiento operativo, entre ellas que permitieron sostener la continuidad operativa y mejorar la capacidad de respuesta frente al incremento de la demanda de prestaciones económicas.

Como resultado de la ejecución de las actividades operativas, se beneficiaron 152 245 asegurados y derechohabientes, garantizando el acceso oportuno a los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio, fortaleciendo así la protección económica de la población asegurada frente a contingencias previstas en la normativa vigente, incrementando la confiabilidad de los procesos institucionales.

- Para el desarrollo del diseño y rediseño de los planes de seguro (PEAS, Complementarios), se conformó el equipo de trabajo para realizar el Análisis de Impacto Regulatorio Evaluación de modificación de tasas SCTR y se está coordinando con GCTIC

para que el ESSI pueda mostrar los tipos de seguros que presta ESSALUD, con el objetivo que el costo de la atención sea brindado y sea dirigida a dicho seguro.

- Con el Diseño de estrategias de mercadeo de los productos de seguros de la GCSPE, se fortalecieron los procesos de afiliación, la modernización tecnológica y el desarrollo de mecanismos de aseguramiento. Asimismo, se impulsaron acciones de articulación con la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC), la Gerencia Central de Asesoría Jurídica (GCAJ), la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y la empresa aseguradora, permitiendo consolidar la viabilidad técnica y legal de la afiliación digital del Seguro +Vida y del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR).
- Con respecto a la actividad operativa “Evaluación a las OSPE sobre la ejecución de auditorías de seguros y verificación sobre casos que vulneran el sistema de aseguramiento, en el II trimestre 2026” se ejecutó la meta establecida, representando el 100% del total. Este resultado evidencia que se alcanzó el nivel esperado de cumplimiento.
- Con respecto a la actividad operativa “Supervisión de las IPRESS en el uso de lectores biométricos no móviles para la verificación de la identidad de las personas que requieran prestaciones de salud” se ejecutó la meta establecida en el II trimestre 2026.
- Se impulsó la implementación de una estrategia integral de comunicación para fortalecer la información y orientación de los asegurados y representantes de empresas sobre los productos de seguros y prestaciones económicas, mediante la gestión de los servicios de marketing digital (por notificar a ganador), producción audiovisual (en estudio de mercado) e impresión de material informativo (para certificación presupuestal).
El desarrollo de los servicios indicados favorecerá el acceso informado a los servicios institucionales, reduce las barreras de información, disminuye errores en la presentación de trámites y contribuye a que las prestaciones de salud, económicas y sociales sean otorgadas de manera más eficiente, equitativa y oportuna.
- Se logró la optimización y depuración continua del padrón de asegurados mediante la consulta en línea directa con el RENIEC, lo que garantizó que la información de datos personales se obtenga en tiempo real y sin la opción de registro manual, reduciendo a cero los errores de digitación. Asimismo, se ejecutó con éxito el cotejo masivo del 100% de la población asegurada adscrita a los distritos de La Molina y Santiago de Surco.
Se implementó un mecanismo eficaz para la baja oportuna de registros mediante el cruce de información con los reportes diarios y mensuales de defunciones del SINADEF, reforzando el control prestacional ante la detección temprana de asegurados fallecidos.
Se consolidaron los procesos de verificación de identidad mediante herramientas de autenticación biométrica en línea, mitigando de manera drástica el riesgo de suplantación de identidad en el acceso a las prestaciones de salud y económicas de la institución.

Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones

GCTIC registró 15 actividades evaluables: 11 en nivel Excelente, 1 en Bueno, 1 en Regular, 1 en Malo y 1 Sin Avance, alcanzando 80 % de actividades con desempeño favorable. Las evidencias acreditan desarrollos, mantenimientos y pases a producción en sistemas institucionales, incluyendo mejoras en RAAUS, VIVA, módulos sociales y otros aplicativos, así como acciones de seguridad y soporte tecnológico. El resultado muestra que la mayor parte de la cartera avanza favorablemente, pero tres actividades permanecen por debajo del 75 %. Para estas últimas, el análisis debe identificar con precisión dependencias técnicas, disponibilidad de recursos, requerimientos de áreas usuarias y productos pendientes, evitando trasladar el buen desempeño de desarrollos específicos al conjunto de la cartera tecnológica.

- Implementación de nuevos desarrollos y mejoras funcionales en diversos sistemas de información institucionales, fortaleciendo los procesos asistenciales y administrativos de EsSalud.
- Ejecución de mantenimientos evolutivos, correctivos y preventivos en sistemas institucionales, contribuyendo a la continuidad operativa de los servicios tecnológicos.

- Fortalecimiento de la interoperabilidad entre plataformas institucionales para optimizar el intercambio de información.
- Implementación de mecanismos de seguridad informática, auditoría, trazabilidad y control de accesos, fortaleciendo la protección de los activos de información institucional.
- Ejecución de controles de calidad y validaciones funcionales para los pases a producción de sistemas institucionales.
- Administración y monitoreo de la infraestructura tecnológica, servicios de comunicaciones y Centro de Datos, asegurando la disponibilidad de los servicios críticos.
- Fortalecimiento de la protección de los equipos institucionales mediante la actualización de herramientas de seguridad informática.
- Alcanzar una ejecución presupuestal acumulada del 57 %, superando en 17 puntos porcentuales la meta programada para el II Trimestre (40 %), reflejando una gestión eficiente de los recursos institucionales.

Buenas prácticas implementadas

- Coordinación permanente entre las áreas usuarias y los equipos técnicos durante el desarrollo, implementación y mantenimiento de los sistemas institucionales.
- Aplicación de controles de calidad y validaciones funcionales previas a los pases a producción.
- Fortalecimiento de la gestión de la seguridad de la información mediante mecanismos preventivos y correctivos.
- Seguimiento permanente de la ejecución física y presupuestal de las actividades operativas.
- Monitoreo continuo de la infraestructura tecnológica, servicios de comunicaciones y plataformas críticas institucionales.

Gerencia General

Las 2 actividades evaluables de la Gerencia General se ubicaron en nivel Excelente. El resultado refleja el cumplimiento de los productos programados para el periodo y su función de conducción institucional. Al tratarse de un número reducido de actividades, el análisis debe centrarse en la oportunidad y calidad de los productos generados y en su contribución al funcionamiento de los órganos bajo su ámbito, más que en la lectura aislada del porcentaje de cumplimiento.

- Se consolidó y validó la información de las gerencias centrales, fortaleciendo la articulación institucional para el informe de gestión
- Se realizó la validación de la información mediante coordinaciones previas y un repositorio institucional centralizado que garantice las evidencias, la trazabilidad, transparencia y oportunidad del proceso.

Gerencia de Oferta Flexible

La GOF registró 55 actividades evaluables: 36 en nivel Excelente, 5 en Bueno, 9 en Regular y 5 en Malo; por tanto, 41 actividades (74.55 %) presentan desempeño favorable y 14 se encuentran por debajo del 75 %. Las brechas se concentran en Programas Especializados, Hospital Perú, CEPRI y STAE, con restricciones asociadas a disponibilidad de especialistas y locadores, equipamiento, vacunas, movilidad, viáticos y capacidad operativa. En STAE debe considerarse además que el tiempo de respuesta es un indicador inverso: un menor valor representa mejor desempeño. La GOF requiere un plan de recuperación focalizado en las 14 actividades con brecha, sin perder de vista que varias sobreejecuciones en prestaciones domiciliarias y operativos también ameritan revisar la calidad de la programación.

- Se ejecutaron ocho supervisiones aleatorias mediante la Ficha de Control Concurrente, cinco en Programas Especiales y tres en Hospital Perú, fortaleciendo la verificación in situ de capacidad operativa, recursos humanos y registro prestacional.

- Se realizaron 4 114 procedimientos no médicos en los programas especializados. equivalente a 166.4% de cumplimiento. La ejecución superó ampliamente la programación y evidencia capacidad operativa en procedimientos no médicos.
- Se realizaron 76 intervenciones quirúrgicas en los programas especializados, equivalente a 128.8% de cumplimiento. Se superó la meta trimestral.
- Se realizaron 11 227 atenciones por otros profesionales de la salud en operativos y apoyos puntuales en las Redes de EsSalud, equivalente a 111.5% de cumplimiento mediante atenciones de enfermería, obstetricia, odontología y otros profesionales.
- Se realizaron 6 093 procedimientos médicos en operativos y apoyos puntuales en las Redes de EsSalud equivalente a 117.2% de cumplimiento, priorizando especialidades y procedimientos de alta demanda.
- Se realizaron 5 196 exámenes de imágenes en operativos y apoyos puntuales en las Redes de EsSalud equivalente a 76.3% de cumplimiento.
- Se realizaron 18 694 exámenes de laboratorio en operativos y apoyos puntuales en las Redes de EsSalud equivalente a 83.1%.
- Se desarrollaron 824 intervenciones de promoción en seguridad y salud en el trabajo dirigidas a empresas y trabajadores.
- Se brindaron 326 asistencias técnicas en Seguridad y Salud en el Trabajo con participación de 1 014 representantes empresariales.
- Se capacitó a 41 818 trabajadores sobre riesgos laborales, superando significativamente la programación del periodo.
- Se efectuaron 625 evaluaciones preventivas por riesgo de trabajo específico a trabajadores, con importante sobreejecución.
- Se contestaron 111 765 llamadas de 112 535 ingresadas a la Central 117, manteniendo un desempeño excelente de teleoperación.
- Se realizaron 48 643 triajes médicos sobre 49 803 llamadas pertinentes transferidas, preservando alta capacidad de regulación.
- Se mantuvo una cobertura de 86% de las solicitudes de urgencias a los afiliados de PADOMI de prioridades III y IV.
- Se realizaron valoraciones iniciales a nuevos afiliados, sosteniendo el ingreso ordenado al programa conforme a requisitos institucionales.
- Se efectuaron 128 927 atenciones domiciliarias por médico general, sosteniendo la principal línea asistencial de PADOMI.
- Se ejecutaron 40 207 atenciones domiciliarias por médicos especialistas, superando la meta trimestral.
- Se efectuaron 6 111 teleconsultas por especialistas, superando la programación.
- Se realizaron 35 491 atenciones domiciliarias de enfermería, superando la meta del periodo.
- Se brindaron 37 312 atenciones de terapia física y rehabilitación, con desempeño favorable.
- Se ejecutaron 4 457 atenciones domiciliarias de psicología, alcanzando desempeño excelente.
- Se realizaron 6 848 atenciones de nutrición, superando la meta trimestral.
- Se ejecutaron 3 806 atenciones domiciliarias de odontología, con sobreejecución significativa.
- Se efectuaron 1 663 procedimientos domiciliarios, superando ampliamente la programación y fortaleciendo la resolutiveidad en domicilio.
- Se realizaron 10 114 visitas médicas de internación domiciliaria, superando la meta del periodo.
- Se efectuaron 8 240 visitas de internación domiciliaria por enfermería, superando la programación.
- Se realizaron 7 419 visitas médicas de cuidados paliativos, con sobreejecución.
- Se realizaron 6 375 visitas de cuidados paliativos por enfermería, superando la meta del periodo.
- Se procesaron 336 651 exámenes auxiliares de laboratorio, superando la meta trimestral.

- Se realizaron 8 788 teleconsultas pediátricas, con sobreejecución significativa.
- Se ejecutaron 3 513 atenciones domiciliarias de enfermería pediátrica, superando ampliamente la programación.
- Se realizaron 1 670 visitas del equipo multidisciplinario de cuidados paliativos pediátricos, manteniendo avance favorable.
- Se realizaron 500 teleorientaciones de psicología, cumpliendo exactamente la meta trimestral.
- Se alcanzó 89% de entrega de medicamentos a domicilio frente a una meta de 80%, favoreciendo la continuidad terapéutica.
- Se capacitó a 4 311 personas y se implementaron tres nuevos cursos especializados, con cobertura presencial y virtual sincrónica.
- Se certificó a 3 924 trabajadores y se mantuvo la acreditación académica otorgada por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Buenas prácticas implementadas

- Aplicación de la Ficha de Control Concurrente para validar in situ recursos humanos, capacidad operativa, registros ESSI y sustento prestacional de DHP y DPE.
- Seguimiento de producción por tipo de prestación dentro de programas especializados y ejecución extramural con enfoque preventivo-promocional; debe reforzarse la trazabilidad cuantitativa por actividad.
- Seguimiento de producción por tipo de prestación dentro de programas especializados y ejecución extramural con enfoque preventivo-promocional; debe reforzarse la trazabilidad cuantitativa por actividad.
- Ejecución de operativos itinerantes y apoyos puntuales como mecanismo de desembalse clínico-quirúrgico y ampliación temporal de oferta especializada.
- Adaptación de la programación hacia procedimientos de alta demanda para responder a necesidades acumuladas en las redes.
- Ejecución de operativos itinerantes y apoyos puntuales como mecanismo de desembalse clínico-quirúrgico y ampliación temporal de oferta especializada.
- Articulación con las redes asistenciales para disponer de reactivos y equipos de procesamiento de muestras durante los operativos.
- Focalización de acciones preventivas en empresas según actividad económica y riesgo laboral, integrando promoción y difusión de los servicios de SST.
- Asistencia técnica directa a empresas para fortalecer su gestión de riesgos y la implementación de medidas de control.
- Capacitación masiva y sectorizada en riesgos laborales, incluyendo contenidos normativos y preventivos actualizados.
- Aplicación de tamizajes preventivos específicos según riesgo ocupacional audiometría, espirometría, pruebas psicológicas, entre otros para detección precoz.
- Monitoreo continuo de llamadas ingresadas y contestadas en la Línea 117, con operación protocolizada de teleatención.
- Triage médico estructurado sobre llamadas pertinentes para priorizar la respuesta según condición clínica.
- Programación territorial y continuidad de la atención domiciliaria sobre una población de alta vulnerabilidad y complejidad clínica.
- Difusión de requisitos institucionales a través de las redes para mejorar la orientación de nuevos afiliados y preservar oportunidad de atención.
- Programación territorial y continuidad de la atención domiciliaria sobre una población de alta vulnerabilidad y complejidad clínica.
- Programación territorial y continuidad de la atención domiciliaria sobre una población de alta vulnerabilidad y complejidad clínica.
- Uso de atención remota como complemento de la visita domiciliaria, favoreciendo continuidad, seguimiento clínico y reducción de desplazamientos evitables.

- Programación territorial y continuidad de la atención domiciliaria sobre una población de alta vulnerabilidad y complejidad clínica.
- Enfoque multidisciplinario que integra prestaciones no médicas al plan de cuidado domiciliario.
- Enfoque multidisciplinario que integra prestaciones no médicas al plan de cuidado domiciliario.
- Enfoque multidisciplinario que integra prestaciones no médicas al plan de cuidado domiciliario.
- Enfoque multidisciplinario que integra prestaciones no médicas al plan de cuidado domiciliario.
- Continuidad asistencial en domicilio mediante coordinación médica y de enfermería, reduciendo hospitalizaciones evitables.
- Continuidad asistencial en domicilio mediante coordinación médica y de enfermería, reduciendo hospitalizaciones evitables.
- Modelo de atención domiciliaria multidisciplinaria orientado a continuidad, control de síntomas y soporte integral al paciente y su familia.
- Buena práctica: Modelo de atención domiciliaria multidisciplinaria orientado a continuidad, control de síntomas y soporte integral al paciente y su familia.
- Buena práctica: Integración del procesamiento de exámenes auxiliares al modelo domiciliario para sostener decisiones clínicas oportunas.
- Atención domiciliaria especializada para población pediátrica, articulando medicina, enfermería y telemedicina.
- Uso de atención remota como complemento de la visita domiciliaria, favoreciendo continuidad, seguimiento clínico y reducción de desplazamientos evitables.
- Atención domiciliaria especializada para población pediátrica, articulando medicina, enfermería y telemedicina.
- Modelo de atención domiciliaria multidisciplinaria orientado a continuidad, control de síntomas y soporte integral al paciente y su familia.
- Modelo de atención domiciliaria multidisciplinaria orientado a continuidad, control de síntomas y soporte integral al paciente y su familia.
- Uso de atención remota como complemento de la visita domiciliaria, favoreciendo continuidad, seguimiento clínico y reducción de desplazamientos evitables.
- Distribución domiciliaria de medicamentos y gestión de transferencias para proteger la continuidad terapéutica de pacientes PADOMI.
- Programación mensual, modalidades presencial y virtual sincrónica, ampliación de la oferta con tres cursos nuevos y seguimiento permanente de participantes.
- Certificación vinculada a una malla curricular institucional y mantenimiento de la acreditación académica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI

El IETSI cuenta con 16 actividades evaluables al II trimestre: 15 en nivel Excelente y 1 Sin Avance, equivalente a 93.75 % de desempeño favorable. La actividad con 0 % corresponde a la actualización de un documento normativo de gestión de tecnologías sanitarias; la evidencia reporta avance técnico aproximado de 35 %, pero el producto final aún no se encontraba concluido. Metodológicamente, corresponde mantener la ejecución física en cero mientras no exista el documento actualizado, reconociendo el avance de gestión en el análisis cualitativo. A la vez, se registran sobreejecuciones en descripciones técnicas, farmacovigilancia y capacitación, que reflejan mayor producción, pero también justifican revisar la estimación de metas futuras.

Consolidación del tablero de control DETS:BI: Primera digitalización integral del proceso de gestión de solicitudes de Inclusión, Modificación y Exclusión en los Petitorios de Dispositivos Médicos y Equipos Biomédicos de acuerdo con la Directiva N°01-IETSI-ESSALUD-2018, optimizando el seguimiento técnico de los códigos SAP.

Aprobación de la cartera de productos de investigación (DIS): Publicación oficial del Volumen 1, Número 2 de la Revista Científica Institucional orientada a "Ciencia y Tecnología Aplicada a la Salud Pública", junto con el registro ante INDECOPI del software "Radox: un sistema de apoyo a la atención y generación de radiografías de tórax basado en inteligencia artificial".

Implementación del observatorio de adherencia a GPC: Plataforma digital interactiva basada en Power BI que expone la línea de base institucional y analiza de forma automatizada (usando vistas EXPLOTA ESSI) el cumplimiento clínico de las recomendaciones priorizadas.

Celeridad y sostenibilidad administrativa (Oficina de Administración): Gestión financiera con sobrecumplimiento en las metas de ejecución del devengado, garantizando de forma ágil la continuidad del soporte técnico y el pago de servicios de terceros para el desarrollo del plan operativo.

Buenas prácticas implementadas

Automatización del análisis de adherencia clínica: Desarrollo y validación de algoritmos de medición que extraen de forma automatizada los datos del sistema de información clínica institucional (ESSI), permitiendo análisis periódicos ágiles y con mínima variabilidad manual.

Acompañamiento técnico virtualizado en regulación: Ante limitaciones de viabilidad para desplazamientos físicos, se intensificó el uso de metodologías de asistencia técnica y supervisión virtual para las IPRESS periféricas, alcanzando el 100% de cumplimiento en las metas de regulación del CRI-EsSalud.

Control integrado del uso racional de medicamentos de alto costo: Interacción multidisciplinaria de las áreas de evaluación y guías clínicas que permite retroalimentar la toma de decisiones basada en reportes de farmacovigilancia intensiva (como en el caso de TRIKAFTA®) y evaluaciones de tecnologías sanitarias con metodología multicriterio.

Órgano de Control Institucional

El OCI registró 15 actividades evaluables: 12 en nivel Excelente, 1 en Bueno y 2 en Malo, alcanzando 86.67 % de actividades con desempeño favorable. Los sustentos acreditan orientaciones de oficio, verificaciones de Infobras, recopilación de información, seguimiento de recomendaciones, evaluación del Sistema de Control Interno y atención de expedientes. Las dos actividades en nivel Malo requieren seguimiento específico, mientras que las sobreejecuciones observadas en otros productos deben interpretarse en función de la carga efectiva de servicios de control. Para el informe institucional, la evidencia de Contraloría cumple principalmente una función de trazabilidad y verificación de los productos reportados.

- Se evaluaron 4 denuncias, superando la meta al 133.3%.
- Se efectuó el seguimiento a las acciones para el tratamiento de las situaciones adversas, cumpliéndose la meta programada del 100% y se comunicó a Presidencia Ejecutiva de EsSalud con oficio N° 000646-OCI-ESSALUD del 6 de mayo de 2026.
- Se emitieron 7 orientaciones de oficio con informes N° 012, 013, 014, 015, 016, 017 y 018-2026-OCI-0251-SOO, superando la meta en 233.3%.
- Se verificó los registros de INFOBRAS, emitiendo 3 informes N° 004,005 y 006-INFOBRAS-OCI-ESSALUD-2026, correspondiente a los meses abril, mayo y junio, cumpliendo con la meta al 100%.
- Se emitieron 7 informes de Recopilación de información, superando la meta propuesta en un 350%.

- Se realizó el seguimiento a la implementación de recomendaciones derivadas de los servicios de control, alcanzándose la meta programada al 100% y comunicando a la Presidencia Ejecutiva de EsSalud con Oficio N° 000120-2026-CG-OC0251 del 8 de junio.
- Se presentó informe N° 006-OCI-ESSALUD-2026 de la evaluación de la implementación del Sistema de Control Interno de EsSalud, remitiéndose a Presidencia con oficio N° 000133-2026-CG-OC0251, cumpliendo la meta al 100%.
- En el presente trimestre se atendieron 4 expedientes del congreso, relacionados a los problemas en Hospitales, atenciones médicas, adquisiciones de sistemas de cirugía y ejecución de obras en el servicio de atención de salud, entre otros. cumpliéndose la meta propuesta en un 133,3%.
- Se emitieron ocho (8) Hojas de recepción con las evaluaciones de denuncias correspondientes son: N° 005, 007, 009, 010, 011, 012, 013 y 014-2026, superando la meta propuesta en 400%.

Buenas prácticas implementadas

En el presente trimestre se efectuaron dos actividades nuevas:

Verificación del Registro de sujetos obligados en el sistema de declaraciones juradas en línea de ingresos y bienes y rentas

El resultado fue el reporte virtual de los sujetos obligados a declarar en el sistema de declaraciones juradas en línea de ingresos y bienes y rentas y no se encontraban registrados. cumpliéndose la meta al 100%.

Verificación del registro sujetos obligados en el sistema de declaraciones juradas para la gestión de conflicto de intereses

El resultado fue el reporte virtual de los sujetos obligados a declarar en el sistema de declaraciones juradas para la gestión de conflicto de intereses y no se encontraban registrados. cumpliéndose la meta al 100%.

Oficina de Defensa Nacional

La ODN registró 8 actividades evaluables: 6 en nivel Excelente, 1 en Regular y 1 en Malo, alcanzando 75 % de actividades con desempeño favorable. La actividad de elaboración/actualización de documentos técnico-normativos alcanzó alrededor de 67 %, afectada por demoras en opiniones y coordinaciones; la supervisión a redes en gestión del riesgo de desastres y Hospitales Seguros alcanzó 33 %, identificándose restricciones presupuestales. En contraste, el COE emitió 658 productos frente a 640 programados y se capacitó a 1,254 colaboradores frente a 700 programados. Las evidencias del Índice de Seguridad Hospitalaria muestran, además, que el resultado de las supervisiones se traduce en identificación y seguimiento de mejoras, por lo que el análisis debe combinar producción física y efecto operativo.

- Con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 441-PE-ESSALUD-2026, se aprobó el Plan ante Bajas Temperaturas 2026-2027.
- Se desarrollo evaluaciones ISH v.2 a 03 IPRESS, con participación conjunta del equipo técnico ODN y personal de ingeniería de las Redes de Lima.
 - ✓ RP Sabogal, HI Octavio Mongrut, calificada con categoría C.
 - ✓ RP Rebagliati, HII Carlos Alcántara, categoría B.
 - ✓ RP Almenara, HII-E San Isidro Labrador, categoría A.
- De dichas evaluaciones se deriva el seguimiento plasmado en un Plan de Intervención para la implementación de mejoras.
- Del seguimiento a 10 IPRESS se han implementado 37 mejoras en los tres componentes (02 estructural, 19 no estructural y 16 gestión de emergencias y desastres).
- COE emitió 320 productos (reportes, boletines, notas, comunicados e informes de cumplimientos), del monitoreo de peligros, emergencias y desastres a nivel nacional.
- Se logró fortalecer capacidades a 350 colaboradores a nivel nacional en temas referidos a Plan de Lluvias 2025-2027, Prevención y Preparación ante Elecciones Presidenciales,

Sismos y peligros diversos para Brigadistas, Preparación y coordinación previa al simulacro 29.05, Evaluación post simulacro, Reunión técnica GTGRD evaluación y status Plan de lluvias vigente, Asistencia técnica sobre Fenómeno El Niño.

- Se ejecutó solo 01 supervisión en el marco de hospitales seguros a la Red Asistencial Tarapoto para evaluar el componente estructural del Hospital II Tarapoto, HI Juanjuí, así como la implementación de mejoras en el mantenimiento y conservación de su infraestructura con apoyo del FF 002202.

Buenas prácticas implementadas

Informe de resultados de la aplicación del modelo matemático en IPRESS evaluadas, Planes de intervención con mejoras a implementar, aprobación de una normativa institucional en el marco de la GRD.

Oficina de Cooperación Internacional

La Oficina de Cooperación Internacional registró 8 actividades evaluables y todas alcanzaron nivel Excelente. La evidencia comprende convenios de cooperación, visitas y misiones de profesionales internacionales, becas y oportunidades de formación, acciones de representación y gestión de reconocimientos. El desempeño favorable muestra capacidad para movilizar oportunidades de cooperación; sin embargo, en productos sujetos a decisiones de terceros —como donaciones o reconocimientos— resulta pertinente diferenciar la gestión realizada del resultado efectivamente concretado. Las sobreejecuciones deben utilizarse también como insumo para ajustar la programación de actividades de demanda variable.

- Se firmaron 6 convenios: 1. Memorando de entendimiento entre el Seguro Social de Salud y Astrazeneca, fecha 16.04.26. 2. Memorando de entendimiento entre Seguro Social de Salud y Clínica Universidad de Navarra, fecha 05.05.2026 3. Memorando de entendimiento entre el Seguro Social de Salud y la Asociación HAPPY HAND, fecha 20.05.2026 4. Convenio CAF y Seguro Social de Salud, 17.06.2026 y 22.06.2026 5. Memorando de entendimiento entre el Seguro Social de Salud y FIADOWN, fecha 19.05.2026 6. Memorando de entendimiento entre el Seguro Social de Salud y Fundación Corall Family, fecha 11.06.2026.
- Se desarrolló la Misión Global Smile, en la Red Asistencial la Libertad "Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta", del 22 al 30 de mayo de 2026.
- Durante el II trimestre de 2026, correspondiente a los meses de abril y mayo, no se concretó la recepción de donaciones. No obstante, se vienen realizando las gestiones para la obtención de donaciones de Zidovudina (Ministerio de Salud de Brasil), Nevirapina, Melfalán, Insulina Glargina, Injerto Vascular, ORAS CONHU e Inmunoglobulina contra la Hepatitis B. Cabe señalar que durante el I trimestre de 2026, se recibieron dos (2) donaciones, superando la meta física programada de una (1) donación. En ese sentido, al cierre del II trimestre se mantiene el cumplimiento de la meta institucional, acumulando un total de dos (2) donaciones.
- Se atendieron 3 visitas de profesionales internacionales:
 - ✓ Visita Dr. Matsuda del 06 al 17 de abril de 2026 en las Redes Asistenciales de Arequipa y Cusco. El objetivo se centró en analizar las metas de enseñanza en ortopedia y establecer canales para el reclutamiento de futuros voluntarios especialistas para realizar capacitaciones en la institución.
 - ✓ Reunión con representantes de Astrazeneca, lunes 13.04.2026
 - ✓ Reunión con el Dr. Usama Hamdan Fundador de Global Smiles Foundation, jueves 21 de mayo 2026
- Durante el I trimestre de 2026 se cumplió con la totalidad de los premios establecidos como meta para el presente año. La meta programada fue de dos (2) premios; sin embargo, se alcanzó un total de cinco (5) premios, superando la meta prevista en tres (3) premios.

- Se logró 13 becas de Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud de la OISS y la Universidad de Alcalá.
- Representaciones Institucionales
 - ✓ Intervención del Dr. Pablo Yvan Best de Bandenay, Jefe de la Oficina Estudios y Gestión de Riesgos de Seguros de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, como ponente en la Mesa Redonda del webinar internacional "Protección social en salud en América Latina: Hacia la cobertura universal" (AISS/OIT) el 21 de abril de 2026.
 - ✓ Liderazgo en Salud Digital y Telemedicina: Participación del Dr. Pedro Ripalda, Director del Centro Nacional de Telemedicina (CENATE), en el II Congreso de Seguridad Social organizado por la CISS y la UNAM, posicionando los avances institucionales en tecnologías aplicadas a la salud. El día 10 de abril de 2026
 - ✓ Representación institucional del Dr. Mariano Jaime Cuentas Jara, Gerente General de EsSalud, en el Foro Internacional para el Fortalecimiento en el Acceso a Medicamentos, el día 6 de mayo, organizado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), a través de su Comisión Americana Jurídico-Social (CAJS) para abordar la compra estratégica y la sostenibilidad financiera de fármacos de alto costo.
 - ✓ Participación de la Dr. Daysi Zulema Díaz Obregón en el "Programa de Intercambio Técnico para el Fortalecimiento de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS)", evento desarrollado en España del 16 al 23 de marzo y organizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Oficina de Integridad

La Oficina de Integridad registró 19 actividades evaluables: 18 en nivel Excelente y 1 en Bueno, alcanzando 100 % de actividades con desempeño favorable. Los resultados comprenden supervisiones, seguimiento del Programa de Integridad, acciones de sensibilización, asistencia técnica, veedurías y herramientas de seguimiento. El desempeño refleja una ejecución sostenida; el reto para el segundo semestre es asegurar que la elevada producción se traduzca en implementación efectiva de medidas de integridad, cierre de observaciones y continuidad de los mecanismos de prevención y monitoreo, evitando limitar la evaluación al número de acciones realizadas.

- Durante el II Trimestre de 2026 se ejecutaron un total de noventa y nueve (99) supervisiones a las redes a nivel nacional, distribuidas en treinta y tres (33) supervisiones durante los meses de abril, mayo y junio, respectivamente, en el marco de la implementación del Modelo de Integridad. Estas acciones permitieron fortalecer los mecanismos de supervisión institucional, verificar el nivel de cumplimiento de las disposiciones en materia de integridad e identificar oportunidades de mejora para la implementación de acciones preventivas y correctivas. De estas supervisiones se destaca un nivel de cumplimiento del 79% en promedio siendo la Red Juliaca la de mayor porcentaje de cumplimiento (99%).
- Se realizó el monitoreo del cumplimiento de las actividades previstas en el Programa de Integridad, permitiendo evaluar el nivel de cumplimiento de las acciones programadas para el I Trimestre, el cual registra un cumplimiento del 100% de 32 actividades programadas de ejecución, así como identificar oportunidades de mejora para fortalecer la implementación del Modelo de Integridad en la entidad.
- Se reportó el cumplimiento de las actividades correspondientes a la Programación de Difusión y Concientización de Integridad de los meses de abril y mayo de 2026, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura de integridad, la promoción de principios éticos y la sensibilización de los servidores de la entidad.
- Durante el II Trimestre de 2026 se realizaron sesenta y ocho (68) acciones de sensibilización dirigidas a funcionarios, personal asistencial y administrativo de las diferentes Redes Asistenciales de EsSalud. Los resultados de estas actividades, incluyendo la temática desarrollada y el número de participantes, fueron comunicados a

la Gerencia Central de Gestión de las Personas, fortaleciendo la difusión de la cultura de integridad y la prevención de conductas contrarias a la ética pública.

- Se efectuó el seguimiento de las denuncias derivadas a las Secretarías Técnicas de los Procedimientos Administrativos Disciplinarios, las Oficinas de Asesoría Jurídica y el Órgano de Control Institucional a nivel nacional. Como resultado de estas acciones, durante el periodo de enero a mayo de 2026 se gestionaron seiscientos siete (607) denuncias, de las cuales cuarenta y siete (47) cumplieron con los requisitos de admisibilidad y fueron derivadas a las instancias competentes, contribuyendo al fortalecimiento de la trazabilidad de los casos, al seguimiento oportuno de su atención y a la mejora de los mecanismos de control e integridad institucional.
- Durante el II Trimestre de 2026, la Oficina de Integridad (OFIN) realizó dos (02) asistencias técnicas dirigidas al personal del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) y de la Oficina de Control y Legajo, orientadas a la identificación de contextos de riesgo y riesgos que podrían afectar la integridad pública.
- Durante el II Trimestre de 2026, representantes de la Oficina de Integridad (OFIN) participaron como veedores en dieciséis (16) procesos de selección de personal de EsSalud, promoviendo la observancia de los principios de transparencia, imparcialidad e integridad durante su desarrollo, fortaleciendo los mecanismos de control preventivo y la confianza en la gestión institucional.

Buenas prácticas implementadas

- Se actualizó la matriz de preguntas de evaluación utilizada en las supervisiones a las redes asistenciales, redes prestacionales y Órganos Desconcentrados, incorporando los hallazgos y oportunidades de mejora identificados en supervisiones previas. Esta actualización permitió fortalecer la estandarización de los criterios de evaluación, optimizar la identificación de brechas de cumplimiento y mejorar la calidad de la información obtenida durante las supervisiones, favoreciendo la formulación de recomendaciones más precisas y orientadas a la mejora continua del Modelo de Integridad.
- Se implementó un tablero de control en Power BI para automatizar el procesamiento, consolidación y presentación de los resultados de las supervisiones realizadas a nivel nacional. Esta herramienta permitió disponer de información organizada, dinámica y de fácil acceso para el seguimiento de los indicadores de supervisión, optimizando el análisis de resultados obtenidos.
- Se implementó una matriz de seguimiento de los procesos de selección de personal en los que participan representantes de la Oficina de Integridad (OFIN) en calidad de veedores, permitiendo registrar y controlar de manera sistemática cada una de las etapas del proceso, las actuaciones realizadas y los informes emitidos como resultado de dicha participación. Esta herramienta fortaleció la trazabilidad de las intervenciones, facilitó el monitoreo de los procesos y optimizó el seguimiento de las acciones desarrolladas por la OFIN en el marco de sus funciones de control preventivo y promoción de la transparencia.

Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización registró 14 actividades evaluables y todas se ubicaron en nivel Excelente. Entre los resultados se encuentran la actualización de instrumentos de calidad y humanización, acreditación de IPRESS, acciones de seguridad del paciente, pilotos de humanización, mejora continua y herramientas de registro y monitoreo. El 100 % favorable debe leerse junto con los resultados sustantivos de calidad: el cumplimiento físico acredita la ejecución de las actividades programadas, pero la evaluación debe continuar observando la adopción efectiva de mejoras y su impacto en los servicios, especialmente en seguridad del paciente y experiencia del asegurado.

Del Despacho

- Se logró la actualización y aprobación de la Política de Calidad y Humanización de ESSALUD, estableciendo los principios y compromisos institucionales para garantizar de manera sostenible la calidad, humanización y satisfacción de nuestros asegurados.
- Elaboración de documentos normativos “Directiva del Sistema de Gestión de la Calidad y Humanización del Seguro Social de Salud” y “Plan específico institucional de Gestión de la Calidad y Humanización de ESSALUD 2026-2027”.
- Acreditación de 03 nuevas IPRESS, Policlínico Fiori, CAP III Don Rose y Hospital Negreiros.
- Se logró el reconocimiento de Proyectos de Mejora mediante el premio AISS de Buenas Prácticas para las Américas 2026 de la Red Asistencial Rebagliati, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Red Asistencial Amazonas, Hospital II Lima Norte Callao, Luis Negreiros Vega e INCOR.
- Se dio impulso a la transformación digital a través del desarrollo e implementación de Sistema de Gestión de Auditorías Médicas, Nuevo Reginciad.
- Se intervino de manera preventiva y proactiva mediante visitas de supervisión a Redes de Lima y Provincias como Red Huaraz, Cajamarca, Lambayeque, Rebagliati, Almenara, Ica y Piura, así como a IPRESS tales como Hospital Carlos Alcántara, Hospital Voto Bernal y Hospital Sabogal.
- Se ejecutó el evento por el “Día Mundial de la Higiene de Manos” con la finalidad de promover una cultura de seguridad y cuidado, donde la higiene de manos es un compromiso de que salva vidas.
- Se realizó el piloto de Humanización en INCOR.

De la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención:

- Se implementó y operativizó un sistema integral de seguimiento, monitoreo y evaluación de los procesos de seguridad del paciente y humanización, fortaleciendo la medición del desempeño, la trazabilidad de la información y la toma de decisiones basada en evidencia.
- Asimismo, la implementación del Registro FOR-SGC-044 V.02 permitió fortalecer el enfoque de gestión por productos.
- Se consolidó el monitoreo integrado de indicadores mediante la Herramienta de Gestión de Indicadores de la GSPHA, permitiendo realizar seguimiento sistemático a los principales procesos relacionados con prácticas seguras, rondas de seguridad y eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Entre los resultados obtenidos se alcanzó un 61 % en el Índice de Desempeño de Seguridad del Paciente a nivel nacional. Asimismo, se registró una adherencia de 76.47% en higiene de manos en práctica clínica y 87.78 % en práctica quirúrgica; un cumplimiento de 98.47 % en la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía y un 95.13% en la aplicación de los cinco correctos de la administración de medicamentos.
- En materia de rondas de seguridad, se alcanzó un cumplimiento nacional de 87.55 %, un 93.76 % de cumplimiento de buenas prácticas de seguridad del paciente y un 92.90 % en la implementación de mejoras derivadas de las rondas de seguridad, fortaleciendo la capacidad de las IPRESS para identificar riesgos e implementar acciones correctivas.
- Asimismo, durante el II trimestre se desarrollaron cinco capacitaciones nacionales, abordándose los ejes de Higiene de Manos, Humanización de la Atención, Rondas de Seguridad, Cirugía Segura y Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente, alcanzando la participación de 2,167 profesionales y una cobertura del 100 % de las redes convocadas a nivel nacional.
- Como parte de las estrategias de sensibilización, se desarrolló la campaña por el Día Mundial de la Higiene de Manos, realizada el 05 de mayo de 2026, así como el concurso institucional “Higiene de manos: la acción salva vidas”, registrándose una calificación promedio de satisfacción de 4.68 puntos.

- Se logró además la implementación de cinco módulos virtuales en el Campus Virtual MUSUQ SONQO, correspondientes a Higiene de Manos, Humanización de la Atención, Seguridad de la Cirugía, Rondas de Seguridad y Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente.
- Se desarrollaron 2 Macrorregionales virtuales, que permitieron hacer un análisis situacional de cada una de las redes y permitieron dar a conocer algunas experiencias exitosas con alto potencial de réplica a nivel nacional.

De la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad:

- Concepción del Sistema de Acreditación y Mejora Continua (SAMEC) como una herramienta informática destinada a optimizar el registro, seguimiento y control de las actividades relacionadas con los procesos de autoevaluación, evaluación, acreditación y mejora continua de los establecimientos de salud.

Buenas prácticas implementadas

Del Despacho:

Implementación de medidas de austeridad, orientadas al uso eficiente de los recursos institucionales como:

- Realización preferente de reuniones y asistencias técnicas de forma virtual, a fin de reducir gastos por pasajes, viáticos y movilidad, salvo en las ocasiones y/o actividades que deba ser de forma presencial y/o cuando deben acudir nuestros funcionarios a reuniones convocadas por la Alta Dirección u Otras Entidades.
- Control permanente de certificaciones presupuestales, solicitadas previamente a la contratación de bienes y servicios.
- En cuanto al uso de material de escritorio este se restringe al mínimo indispensable, utilizando hojas bond solamente cuando se debe presentar algún documento solicitado por Alta Dirección por esa vía y/o para imprimir material necesario para las actividades de supervisión y/o capacitación que ejecuta nuestro personal a las diferentes IPRESS de las Redes Prestacionales en Lima y cuando corresponde en provincias.

De la Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención:

- Desarrollo de la Herramienta de Gestión de Indicadores, que permite consolidar, analizar y visualizar información vinculada a seguridad del paciente y humanización, facilitando la identificación de brechas y la toma oportuna de decisiones.
- Asimismo, las visitas con enfoque GEMBA constituyen una práctica de gestión orientada a la evaluación directa de los procesos en el lugar donde ocurren los hechos, permitiendo identificar riesgos, verificar la implementación de prácticas seguras y formular oportunidades de mejora en las IPRESS. El informe de gestión documenta la ejecución de visitas GEMBA como estrategia de supervisión directa de los procesos institucionales.
- La implementación de módulos virtuales en el Campus MUSUQ SONQO representa una estrategia replicable para fortalecer las competencias del personal asistencial mediante capacitación continua y acceso descentralizado a contenidos técnicos.
- Asimismo, las reuniones macrorregionales constituyen una estrategia de articulación con las Redes Asistenciales y Prestacionales, permitiendo fortalecer el monitoreo de indicadores, la identificación de brechas y el intercambio de experiencias exitosas en seguridad del paciente y humanización.

De la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad:

- Incorporación de contenidos técnicos actualizados relacionados con la garantía de la calidad en salud, acreditación, auditoría y mejora continua.
- Fortalecimiento del Campus Virtual como herramienta institucional de capacitación, asistencia técnica y estandarización del conocimiento.
- Disponibilidad de material técnico para consulta, reforzamiento y autoaprendizaje del personal de salud.

- Cabe mencionar, que, a través del asesoramiento y acompañamiento integral brindado mediante las asistencias técnicas a los equipos de mejora en IPRESS, se obtuvo como logro el reconocimiento de 05 proyectos de mejora en el Premio de Buenas Prácticas para las Américas 2026 de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.
- Asimismo, las reuniones macrorregionales constituyen una estrategia de articulación con las Redes Asistenciales y Prestacionales, permitiendo fortalecer el monitoreo de indicadores, la identificación de brechas y el intercambio de experiencias exitosas en Acreditación y Mejora de la Calidad.
- Concepción del Sistema de Acreditación y Mejora Continua (SAMEC) como una herramienta informática destinada a optimizar el registro, seguimiento y control de las actividades relacionadas con los procesos de autoevaluación, evaluación, acreditación y mejora continua de los establecimientos de salud, contribuyendo a la estandarización de los procesos, la disponibilidad oportuna de información y la toma de decisiones basada en evidencia.

Oficina de Relaciones Institucionales

La Oficina de Relaciones Institucionales registró 10 actividades evaluables: 9 en nivel Excelente y 1 en Malo, alcanzando 90 % de actividades con desempeño favorable. La producción de contenidos y material periodístico superó ampliamente lo programado, reflejando una demanda comunicacional mayor a la prevista. Estas sobreejecuciones deben interpretarse en función de la dinámica informativa institucional y pueden sustentar una revisión de metas futuras. La actividad en nivel Malo requiere seguimiento específico y una explicación causal sustentada, de manera que el elevado volumen de producción comunicacional no diluya la brecha existente en una línea concreta de trabajo.

- Se aseguró la representación institucional de EsSalud en eventos nacionales e internacionales, ceremonias oficiales y actividades de alto impacto relacionadas con la salud pública, fortaleciendo la imagen institucional.
- Se fortaleció a articulación interinstitucional mediante reuniones de trabajo con congresistas, ministerios, gobiernos regionales, organismos internacionales, universidades y organizaciones sociales para abordar temas relacionados con infraestructura hospitalaria, equipamiento, gestión institucional y prestación de servicios de salud.
- Se contribuyó a la difusión de iniciativas institucionales de alto impacto, como campañas de donación de sangre, trasplantes, inauguración de infraestructura hospitalaria, presentación del Plan de Desembalse para atención cardiovascular infantil y lanzamiento del reglamento de protección laboral para personas con cáncer
- Se brindó asistencia protocolar y de coordinación para las actividades de los presidentes ejecutivos durante el periodo evaluado, garantizando el normal desarrollo de los actos oficiales y el proceso de transferencia de gestión

Presidencia Ejecutiva

Las 3 actividades evaluables de la Presidencia Ejecutiva alcanzaron nivel Excelente, por lo que el 100 % presenta desempeño favorable. Los productos se vinculan con la conducción y representación institucional. Dado que parte de estas actividades responde a la agenda institucional y a requerimientos de coordinación externa, el análisis debe valorar el cumplimiento de los productos programados sin inferir que una mayor cantidad de actuaciones representa necesariamente una mejora proporcional del desempeño.

- Se aseguró la representación institucional de EsSalud en eventos nacionales e internacionales, ceremonias oficiales y actividades de alto impacto relacionadas con la salud pública, fortaleciendo la imagen institucional.
- Se brindó asistencia protocolar y de coordinación para las actividades de los presidentes ejecutivos durante el periodo evaluado, garantizando el normal desarrollo de los actos oficiales y el proceso de transferencia de gestión.

- Se fortaleció la articulación interinstitucional mediante reuniones de trabajo con congresistas, ministerios, gobiernos regionales, organismos internacionales, universidades y organizaciones sociales para abordar temas relacionados con infraestructura hospitalaria, equipamiento, gestión institucional y prestación de servicios de salud.
- Se contribuyó a la difusión de iniciativas institucionales de alto impacto, como campañas de donación de sangre, trasplantes, inauguración de infraestructura hospitalaria, presentación del Plan de Desembalse para atención cardiovascular infantil y lanzamiento del reglamento de protección laboral para personas con cáncer.

Secretaría General

La Secretaría General registró 9 actividades evaluables y todas alcanzaron nivel Excelente. La evidencia muestra una alta producción en gestión documental, despacho, archivo, biblioteca, atención de requerimientos y soporte normativo. El resultado favorable evidencia continuidad de los servicios transversales; no obstante, por tratarse de actividades con demanda administrativa variable, las sobreejecuciones deben analizarse respecto de la carga real y de los estándares de oportunidad y calidad, de modo que la programación futura represente adecuadamente el volumen esperado.

- Se logró gestionar 23 829 documentos, los cuales fueron ingresados a través de los cuatro canales de recepción a cargo de este Despacho (Mesa de Partes Digital, Mesa de Partes Presencial, Plataforma de Acceso a la Información Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros-PCM, Casilla SUSALUD y Plataforma Interoperabilidad del Estado - PIDE).
- Las áreas de despacho local y nacional, lograron gestionar 6 691 documentos, continúan atendiendo de manera presencial permanentemente, recepcionando y gestionando la documentación recibida de las diferentes dependencias de la Sede Central con destino a las redes nacionales y/o terceros a través de las empresas encargadas de la mensajería.
- Durante el segundo trimestre se ha descongestionado espacios en los repositorios del Archivo Central de ESSALUD, a través del procesamiento de documentos para el procedimiento de eliminación.
- En el segundo trimestre del ejercicio 2026 se mantuvo de manera considerable y continua las atenciones de los servicios de la Biblioteca Central a través de sus distintas modalidades.
- Durante el segundo trimestre, se viene actualizando la normativa interna en coordinación con los órganos formuladores registrándose catorce (14) documentos en el Compendio Normativo ESSALUD.
- Para el presente trimestre se ha gestionado los pedidos, escritos de congresistas y comisiones del Congreso de la República, teniendo en consideración la importancia que tienen para la labor de control político del Parlamento peruano, constituyendo una obligación legal, fundamentalmente en el marco del artículo 96° de la Constitución y el artículo 87° del Reglamento del Congreso. Para este trimestre se registraron un total de 271 expedientes de pedidos congresales, de los cuales se atendieron 135 expedientes, quedando en estado pendiente de atención 136 expedientes.

5.2. De los Órganos Desconcentrados

Centro Nacional de Salud Renal - CNSR

- Optimización en la producción de consulta externa y procedimientos
- Excelencia en gestión de stock y digitalización
- Cumplimiento pleno en monitoreo de servicios contratados
- Buenas prácticas implementadas

Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR

- Se superó la meta programada en Consulta Externa, alcanzando un cumplimiento acumulado del 122.2%, fortaleciendo la oportunidad de atención a los pacientes.
- Se logró un cumplimiento de 105.8% en Intervenciones Quirúrgicas, garantizando la continuidad de los procedimientos cardiovasculares de alta complejidad.
- Se obtuvo un cumplimiento de 122.1% en Procedimientos, respondiendo oportunamente a la demanda asistencial.
- Se cumplió al 100% la meta de Trasplante de Órganos, consolidando la atención integral de pacientes con patologías cardiovasculares complejas.
- Se implementó al 100% la Red de Infarto en la Red Asistencial Sabogal, fortaleciendo la articulación de la red asistencial para la atención oportuna de pacientes con síndrome coronario agudo.
- Se superó la meta programada en los indicadores Rendimiento hora médico en el III nivel de atención (104%), Ratio de rendimiento de camas (112%), Cumplimiento del Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario (124%), Porcentaje de productos farmacéuticos que mantienen una cobertura de stock de 2 a 4 meses (125%) y Porcentaje de dispositivos médicos que mantienen una cobertura de stock de 2 a 4 meses (110%), evidenciando una adecuada gestión de los recursos asistenciales y de soporte.

Buenas prácticas implementadas

- Seguimiento de los indicadores del Plan Operativo Institucional mediante reuniones de monitoreo y evaluación periódica con las unidades orgánicas responsables.
- Fortalecimiento de la coordinación entre las áreas asistenciales, administrativas y de soporte para asegurar el cumplimiento de las metas institucionales.
- Ejecución del Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario, permitiendo mantener la operatividad de la infraestructura y del equipamiento biomédico.
- Implementación de mecanismos de seguimiento para la mejora del uso del certificado digital en el Sistema ESSI, en coordinación con la Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.
- Implementación de la Red de Infarto en la Red Asistencial Sabogal, fortaleciendo la referencia, contrarreferencia y la atención oportuna de pacientes con síndrome coronario agudo.
- Seguimiento continuo a la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos e insumos de laboratorio, favoreciendo la continuidad de la atención y reduciendo el riesgo de desabastecimiento.

Red Asistencial Amazonas

- Avance de 91% en promedio en los 11 indicadores de metas de prestaciones de salud programadas durante el segundo trimestre 2026.
- Avance del 83% en la estrategia EsSalud en Casa.
- Avance de 63% en “Cobertura de cáncer de mama”, 37% en “Cobertura de cáncer de cuello uterino”, 57% en “Porcentaje de niños recuperados de anemia”, 91% en el “Rendimiento hora médico en el I nivel de atención” y 113% en el “Rendimiento hora médico en el II nivel de atención”
- Avance de 67% en promedio y calificación Bueno en los 9 indicadores de gestión programados durante el segundo trimestre 2026.

Red Asistencial Áncash

- EsSalud logró destrabar el proyecto del futuro Hospital Especializado de Chimbote tras obtener la autorización de altura del MTC, permitiendo retomar la etapa final del

expediente técnico y acercando el inicio de obras que beneficiará a más de 440 mil asegurados de Áncash.

- Para la adquisición de bienes estratégicos, la Red Asistencial Áncash de EsSalud gestionó la adquisición y viene recibiendo varios lotes de medicamentos e insumos médicos valorizados en S/.1'415,000 alcanzando un nivel óptimo de abastecimiento para la atención de los pacientes asegurados.
- El Hospital III de Chimbote realizó por primera vez una compleja intervención quirúrgica que permitió extraer, en una sola operación, la presencia de cálculos biliares y piedras en el colédoco en una paciente adulta mayor. El procedimiento es una colecistectomía, exploración de vías biliares por vía laparoscópica y colangioscopia.
- Inauguración del nuevo y moderno laboratorio del servicio de emergencia del Hospital III de Chimbote. Este importante avance permitirá realizar exámenes de emergencia como analítica, bioquímica, hematología, perfiles hepático y lipídico, pruebas de coagulación, VIH y hepatitis, entre otros, mejorando significativamente la rapidez y calidad de atención para los pacientes.
- Con la participación de más de 30 directivos y representantes de diversas instituciones públicas y privadas, se realizó el Foro empresarial Llinkasum kamayniq (trabajemos empresarios) que organizó la Red a través del MBRPyS con el objetivo de promover la inserción laboral de las personas con discapacidad.
- Promoviendo un ambiente de integración y compañerismo, la Red desarrolló diversas actividades deportivas reuniendo a asegurados del Centro del Adulto Mayor (CAM) y trabajadores de la institución. Durante la actividad, el CAM presentó los beneficios de sus talleres de taichí, yoga y otras disciplinas.

Red Asistencial Apurímac

- Superación de metas en la oportunidad de Intervenciones Quirúrgicas: La Red Asistencial Apurímac logró superar la meta proporcional semestral establecida (50%), alcanzando un 59.18% de avance acumulado en intervenciones quirúrgicas. Este logro resalta de manera especial en el centro asistencial de Andahuaylas, que lideró la productividad quirúrgica con un notable 68.45% de ejecución frente a su meta anual, agilizando la atención de los pacientes quirúrgicos de su jurisdicción.
- Optimización y alta capacidad de respuesta en el Servicio de Apoyo Diagnóstico: Se consolidó un avance global del 66.90% en la línea de Apoyo Diagnóstico, superando ampliamente la meta esperada para la mitad del año. Esto se debió a una alta capacidad de resolución en exámenes clave, destacando la cobertura en tomografías computarizadas con contraste en los principales centros de la red (Abancay al 372.0% y Andahuaylas al 386.1% de avance acumulado), garantizando diagnósticos rápidos y especializados para la población.
- Garantía y ampliación de cobertura en Tratamientos Especializados y Diálisis: Se cubrió con creces la demanda de pacientes con enfermedades crónicas complejas, logrando un avance del 137.24% en tratamientos especializados y del 114.14% en el servicio de Diálisis a nivel de la red. El centro de Abancay desempeñó un rol crucial en este logro al alcanzar un 123.73% de ejecución en diálisis, con énfasis en la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (215.2%), asegurando la continuidad de la vida y el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Buenas prácticas implementadas

- Descentralización de la capacidad quirúrgica de alta complejidad: Implementar una estrategia de fortalecimiento quirúrgico en centros estratégicos de la red. Al potenciar operativamente al hospital de Andahuaylas (logrando un 68.45% de avance acumulado), se logró mitigar la saturación del hospital principal en Abancay, redistribuyendo el flujo de pacientes quirúrgicos y reduciendo los tiempos de espera en toda la región.
- Estrategia de priorización y libre demanda para diagnósticos de alta complejidad: La flexibilización y priorización en la emisión de órdenes para tomografías computarizadas

con contraste y análisis bioquímicos en los centros asistenciales de Abancay y Andahuaylas. Esta práctica permitió dar una respuesta inmediata ante la sospecha de patologías complejas, logrando una productividad diagnóstica sobresaliente que superó las metas anuales programadas en beneficio de los asegurados.

- Optimización del Programa de Diálisis Peritoneal en el domicilio del paciente: El fomento de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria en el centro de Abancay (con un cumplimiento de meta del 215.2%). Esta práctica no solo descongestiona las salas de hemodiálisis intrahospitalarias, sino que mejora sustancialmente la calidad de vida del paciente al permitirle realizar su tratamiento de manera segura y asistida desde la comodidad de su hogar.

Red Asistencial Arequipa

No presentaron su Informe.

Red Asistencial Ayacucho

- Al cierre del II trimestre de 2026, la Red Asistencial Ayacucho presenta resultados favorables como: Prestaciones de salud: el 72,7 % de las metas evaluadas alcanzó un nivel excelente, destacando Procedimientos (109,9 %), Programa de Atención Domiciliaria (102,0 %), Intervenciones Quirúrgicas (100,1 %), Emergencias (98,1 %) y Consulta Externa (93,9 %).
- Indicadores institucionales: 8 de 14 indicadores evaluados (57,1 %) alcanzaron calificación excelente, resaltando el porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia (364,1 %), la verificación de gestión de residuos sólidos (142,9 %) y el cumplimiento oportuno del PAC (110,5 %), este último con una notable recuperación respecto del primer trimestre (41,3 %).
- El rendimiento hora médico se mantuvo por encima de la meta tanto en el I nivel (100,2 %) como en el II nivel de atención (104,9 %).

Buenas prácticas implementadas

- La priorización de actividades con alta demanda asistencial (Procedimientos, Apoyo al Diagnóstico, Consulta Externa) permitió superar las metas programadas pese a las limitaciones de recursos.
- La recuperación acelerada del cumplimiento del Plan Anual de Contrataciones entre el I y II trimestre evidencia una buena práctica de gestión que debe mantenerse para sostener la disponibilidad de bienes y servicios.
- El seguimiento del rendimiento hora médico y del ratio de rendimiento de camas del Hospital Nivel II ha permitido mantener niveles de productividad superiores a los programados.
- No obstante, esta práctica debe complementarse con reuniones periódicas de seguimiento, responsables claramente designados y planes de recuperación para las metas con bajo avance, en especial EsSalud en Casa y Tratamientos Especializados.

Red Asistencial Cajamarca

Buenas prácticas implementadas

- A partir de los resultados obtenidos, se identificó como buenas prácticas implementadas la priorización de actividades con alta demanda asistencial, la capacidad de respuesta para atender solicitudes de prestaciones económicas, la continuidad del mantenimiento hospitalario y el seguimiento de la productividad médica. También destaca la orientación preventiva y familiar evidenciada en la recuperación de niños con anemia, el desarrollo de actividades de autocuidado para adultos mayores y el fortalecimiento de la Escuela de Familias y Discapacidad.
- Asimismo, constituye una buena práctica la utilización de indicadores de cumplimiento para clasificar las metas en niveles de desempeño, permitiendo identificar oportunamente

actividades excelentes, buenas, regulares o críticas. Sin embargo, esta práctica debe complementarse con reuniones periódicas de seguimiento, responsables claramente designados y planes de recuperación para las metas con bajo avance.

Red Asistencial Cusco

- Se alcanzó un cumplimiento del 41.5% en el indicador de personal médico con certificado digital, superando la meta programada del 40%, gracias a la depuración de la base de datos y el monitoreo permanente por IPRESS.
- Se logró un 97.2% de cumplimiento del Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario, garantizando la continuidad de los servicios mediante la implementación de un sistema de planificación de servicios.
- Se verificó el 87.5% de cumplimiento en la gestión y manejo de residuos sólidos, alcanzando 14 fichas aceptables de 16 evaluadas según la NTS N.º 144-MINSA.
- Se consolidó el uso de una base de datos validada y actualizada para el seguimiento del indicador de certificado digital, identificando oportunamente a los profesionales con certificado vencido o pendiente de renovación.
- Se mejoró el monitoreo de los indicadores de cobertura de stock mediante reportes periódicos y coordinación con las áreas usuarias.

Buenas prácticas implementadas

- Sistema de Planificación de Servicios: Herramienta web y móvil para el seguimiento y control de pagos y ejecución de servicios continuos de mantenimiento.
- Procesamiento automatizado de datos: Identificación de médicos que producen y firman, médicos con certificado que no firman y médicos sin certificado digital.
- Seguimiento preventivo de certificados: Notificaciones SMS por vencimiento, renovación y activación de certificados digitales.
- Supervisión permanente de residuos sólidos: Capacitación y sensibilización continua al personal asistencial, técnico y de limpieza.

Red Asistencial Huancavelica

El 82% de los 11 indicadores de metas de prestaciones de salud programadas durante el segundo trimestre 2026 se encuentran con calificación de Excelente y Bueno, garantizando la atención oportuna y de calidad en la consulta externa y atenciones de apoyo al diagnóstico y tratamiento, lográndose los siguientes resultados:

- Superación de la meta institucional de consulta externa.
- Incremento de la producción quirúrgica.
- Cumplimiento de las metas de hospitalización y emergencias.
- Alto desempeño del Programa de Atención Domiciliaria.
- Mejora de la productividad médica.
- Adecuado abastecimiento de medicamentos e insumos estratégicos.
- Ejecución satisfactoria del mantenimiento hospitalario.

Se garantiza la operatividad de los servicios, considerando el nivel de cumplimiento del Plan Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario al 139%.

Buenas prácticas implementadas.

- Se optimizó la programación asistencial de los profesionales médicos y se monitorea de manera permanente a través de un Dashboard tanto en el primer y segundo nivel lo que repercutió en el rendimiento hora médico del primer y segundo nivel con 113% y 104% respectivamente.

- Fortalecimiento de la estrategia EsSalud en Casa (mensualmente 38 familias intervenidas por el equipo multidisciplinario).
- Gestión del abastecimiento orientada a garantizar continuidad de la atención.

Red Asistencial Huánuco

- **Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia;**
Como resultado de las actividades implementadas, se alcanzó un porcentaje de recuperación de 43.9%, superando la meta programada para el II Trimestre (21%). Este resultado evidencia un avance significativo en la mejora del estado de salud infantil y contribuye directamente a la Acción Estratégica Institucional, relacionada con la implementación de la cartera de servicios de atención primaria con enfoque preventivo. Asimismo, aporta al cumplimiento del Objetivo Estratégico Institucional, orientado a mejorar la seguridad social en salud mediante prestaciones oportunas y de calidad, reflejando una mejora en la efectividad de las intervenciones sanitarias dirigidas a la población asegurada.
- **Porcentaje de personal médico único con programación asistencial en el ESSI que hace uso del certificado digital;**
Disponibilidad de actos médicos con firma digital de profesional ante un eventual requerimiento de las historias clínicas y otros, impresión de recetas médicas en Farmacia, reducción del uso de impresoras en los consultorios y otros puntos de atención médica.
- **Cumplimiento del Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario;**
Se alcanzó un 98% de ejecución física consolidada, logrando la atención de 937 actividades de las 952 planificadas. Se obtuvo un 100% de ejecución en el mantenimiento de ambientes en el Hospital II Huánuco y el Hospital I Tingo María. Diez (10) establecimientos de salud alcanzaron un nivel de cumplimiento del 100% en el mantenimiento de su equipamiento (P.M. Aucayacu, Baños, La Unión, Llata, Santa Lucía, Panao, Sungaro, Tocache y Uchiza) y el mantenimiento realizado garantiza la disponibilidad de los activos estratégicos, mitigando riesgos operativos y fortaleciendo la calidad de atención asistencial.
- **Porcentaje de productos farmacéuticos que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS;**
En este trimestre se cuenta con cobertura mayor a 4 meses así mismo las compras locales ya se ingresaron.
- **Porcentaje de dispositivos médicos que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS.**
Se cuenta con cobertura mayor a los 4 meses.
- **Porcentaje de insumos de laboratorio que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS.**
Se cuenta con cobertura mayor a los 4 meses.
- **Cumplimiento oportuno del Plan Anual de Contrataciones (PAC);**
Durante el segundo trimestre de 2026 se logró la convocatoria de cuatro (04) procedimientos de selección correspondientes a las contrataciones programadas para el periodo, permitiendo dar continuidad al abastecimiento de servicios esenciales para la atención asistencial y el funcionamiento de la Red Asistencial Huánuco, tales como el servicio de movilizaciones para el Programa PADOMI, el servicio de lavado de ropa hospitalaria y el mantenimiento preventivo de la flota vehicular de los establecimientos de salud. Asimismo, se concretó la convocatoria del procedimiento de contratación del servicio de fotocopiado, el cual se encontraba pendiente de un periodo anterior,

contribuyendo al avance en la ejecución del Plan Anual de Contrataciones y a la reducción de procesos programados pendientes de convocatoria, se fortaleció la coordinación con las áreas usuarias para la gestión de los requerimientos y actuaciones preparatorias, permitiendo continuar con el desarrollo de los procedimientos programados y generar las condiciones necesarias para su convocatoria en los siguientes periodos.

- **Verificación de la gestión y manejo de residuos sólidos;**

Se logró optimizar el flujo de segregación de residuos sólidos en origen dentro de las diferentes áreas y/o servicios generales de la Red Asistencial Huánuco, validado mediante reportes técnicos de supervisión, Reducir los costos de facturación por kilogramo con la empresa operadora del servicio, logrando un impacto positivo económico para la institución debido al manejo controlado en la generación de residuos biocontaminados, se garantizó la conformidad legal ante los entes reguladores mediante la presentación y registro formal en la plataforma de SIGERSOL de la Declaración Anual 2025 y la declaración del primer trimestre del periodo actual sobre residuos sólidos peligrosos, se logró la asignación presupuestal aprobada para acondicionar los puntos de acopio de la Red Asistencial, para la compra de equipamiento (contenedores y señalética), asegurando el estricto cumplimiento de las normas vigentes, con la dirección del Comité de Residuos Sólidos se permitió viabilizar el presupuesto para la adquisición de contenedores y señaléticas para el acondicionamiento en los diferentes establecimientos de la Red Asistencial Huánuco, en cumplimiento a la NTS 144- MINSA /2018/ DIGESA y la sostenibilidad del servicio de recojo especializado.

- **Monitoreo de la ejecución de los servicios contratados**

Seguimiento integral de los servicios contratados vigentes, Verificación de la ejecución conforme a las condiciones contractuales, Coordinación con las áreas usuarias para la validación de los servicios, Contribución a la continuidad de los servicios hospitalarios.

Buenas prácticas implementadas

- Respecto a insumos de material médico la CEABE ha delegado 03 listados correspondientes a los meses de junio, julio y agosto, del mes de junio se ha realizado la compra local al 100%, de los meses de julio y agosto su ejecución está al 69%, se espera tener un abastecimiento normal al tercer trimestre.
- Respecto a insumos de laboratorio al II trimestre no se alcanzó la meta por restricción presupuestal que no se pudo convocar los procesos logísticos.
- De los 13 procesos programados solo se han ejecutado 04 debido a la falta de certificación de crédito presupuestario por parte de la Unidad de Finanzas, incluso existen procesos declarados desiertos.

Red Asistencial Huaraz

- **Ejecución asistencial superior a la programación.** La Red alcanzó 676 469 atenciones frente a 625 669 programadas, con 108,1 % de cumplimiento y una brecha positiva de 50 800 atenciones.
- **Recuperación destacada de anemia infantil.** El indicador de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia llegó a 78,8 %, asociado al seguimiento nominal, consejería a cuidadores, control de hemoglobina y continuidad de la atención en CRED.
- **Rendimiento favorable de la oferta médica.** Se obtuvieron 5,17 consultas por hora en el primer nivel y 5,03 en el segundo nivel, superando las metas institucionales de 5,0 y 4,5, respectivamente.
- **Fortalecimiento de la intervención preventiva y territorial.** Se realizaron actividades de captación activa, programación anticipada, agrupamiento de citas y seguimiento de poblaciones priorizadas, generando una base operativa para recuperar los tamizajes durante el segundo semestre.

- **Mejora técnica de la estimación de bienes estratégicos.** La Oficina de Planeamiento y Calidad reevaluó las necesidades reales del Hospital II Huaraz y gestionó ante la CEABE el incremento de cantidades y la incorporación de nuevos ítems para julio-diciembre de 2026.
- **Formalización de gestiones para asegurar el abastecimiento.** Las Notas N° 000332-2026-OPYC-RAHZ y N° 000354-2026-OPYC-RAHZ sustentaron la habilitación presupuestal crítica y la modificación del CMN, dejando expedito el seguimiento ante las instancias competentes.
- **Monitoreo contractual y de procedimientos de selección.** Durante el mes de abril y mayo se verificaron obligaciones, plazos, vigencia, adendas y conformidades de contratos iniciados en el período, priorizándose además las certificaciones y actos preparatorios vinculados con servicios esenciales y abastecimientos críticos.

Buenas prácticas implementadas

- **Captación activa y acercamiento territorial.** Salidas hacia zonas de difícil acceso, orientación directa, programación temprana y agrupamiento de citas preventivas.
- **Seguimiento nominal de poblaciones priorizadas.** Uso de bases nominales para identificar, localizar y monitorear usuarios pendientes de tamizaje, control o seguimiento.
- **Continuidad del cuidado en anemia infantil.** Consejería, verificación de adherencia terapéutica, control de hemoglobina y seguimiento nutricional coordinado con CRED.
- **Conciliación y validación de información.** Contraste entre ESSI, bases nominales, Estadística y reportes operativos para reducir subregistro e inconsistencias.
- **Planificación de bienes basada en la necesidad real.** Estimación sustentada en demanda, nivel resolutive y requerimientos técnicos, evitando depender únicamente del consumo histórico.
- **Gestión preventiva de riesgos logísticos y contractuales.** Seguimiento de stock, certificaciones, actos preparatorios, contratos, adendas y conformidades para proteger la continuidad operativa.
- **Coordinación directa con responsables funcionales.** Comunicación periódica para identificar brechas, solicitar evidencias y disponer medidas correctivas antes del cierre de cada período.

Red Asistencial Ica

- **Ampliación del Servicio PADOMI:** Incremento del 6.8% en la cobertura de visitas de la estrategia EsSalud en Casa en la zona periféricas de Ica, logrando una atención integral a pacientes crónicos y dependientes en sus domicilios.

Red Asistencial Jaén

- Optimización del Sistema de Gestión de Citas y Admisión Hospitalaria
- Suscripción de Convenios de Colaboración Mutua para Banco de Sangre
- Alianzas Estratégicas y Convenios de Cooperación Académica
- Acondicionamiento y Puesta en Funcionamiento de Unidades Asistenciales Críticas
- Despliegue de Campañas Especializadas Descentralizadas
- Programación de Operativos de Desembalse con Hospital Perú
- Implementación de Triage Presencial en el Servicio de Emergencia
- Formulación de Planes de Mitigación y Contingencia ante Alertas Climáticas y Sanitarias
- Contratación de Personal Asistencial para Mitigación de Brechas de Recursos Humanos
- Gestión de Recursos Humanos Orientada al Desembalse Prestacional
- Evaluaciones de Desempeño e Indicadores con Jefaturas Asistenciales
- Articulación Interinstitucional para Ampliación de Servicios Complejos
- Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en la Red
- Optimización de la Programación Asistencial y Maestro de Personal

- Reubicación Estratégica y Categorización Histórica de la Posta Médica
- Ejecución Exitosa de los Planes de Apoyo al Diagnóstico a través de la estrategia de PAAD
- Equipamiento Tecnológico mediante Transferencia Institucional
- Adquisición e Instalación de Tecnología Avanzada para Diagnóstico por Imágenes
- Optimización Sostenida de Indicadores de Gestión Institucional
- Descentralización de la Oferta y Lanzamiento del Programa EsSalud en Casa
- Formulación Inédita de Instrumentos y Documentos de Gestión Estratégica

Buenas prácticas implementadas

- Rediseño del Flujo de Admisión y Digitalización Multicanal de Citas
- Reingeniería del Triage Crítico y Estandarización de Bioseguridad
- Estrategia Focalizada de Desembalse Diagnóstico y Quirúrgico (PAAD + Hospital Perú)
- Optimización de Capacidad Operativa mediante Cesión en Uso y Digitalización Radiológica
- Articulación Intersectorial para la Continuidad de Servicios Críticos y Docencia
- Modelo Contingencial de Cobertura de Personal y Evaluación de Desempeño Clínico
- Institucionalización de la Planificación Sanitaria Estratégica y Gestión del Riesgo

Red Asistencial Juliaca

- La mayoría de las actividades e indicadores se viene cumpliendo con lo programado.
- Se viene fortalecido los servicios de salud en las IPRESS con mayor seguimiento y supervisión, dotando con Recursos Humanos, Material médico, de laboratorio, infraestructura y otros.

Buenas prácticas implementadas

- Seguimiento y monitoreo diario a las IPRESS, con respecto a la programación, indicadores, seguimiento de colas y otros.

Red Asistencial Junín

- La Red logró contener el volumen de demanda de manera óptima en las áreas críticas, superando la meta programada de atenciones en Apoyo al Diagnóstico y Consulta Externa.
- Operatividad e Infraestructura: Reactivación y cumplimiento superior al 100% de la ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario (116.36%) y Manejo de Residuos (107.14%), garantizando la seguridad en los ambientes físicos.

Buenas prácticas implementadas

- Se maximizó la operatividad de los profesionales médicos. Los excelentes resultados de "Rendimiento hora médico" en los tres niveles de atención reflejan una programación y gestión de turnos altamente eficientes, que logró sobrepasar las ratios de "Rendimiento Médico" (entre 105% y 115%).

Red Asistencial La Libertad

No presentaron su Informe.

Red Asistencial Loreto

No presentaron su Informe.

Red Asistencial Madre de Dios

- Alta productividad de los servicios de apoyo diagnóstico. Evidencia una elevada capacidad operativa del laboratorio clínico y de los servicios de imágenes, los cuales lograron responder a la creciente demanda generada por Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa.
Asimismo, demuestra un uso intensivo de la infraestructura y equipamiento disponible, aunque también revela la necesidad de fortalecer recursos humanos especializados y revisar la programación de metas para alinearlas con la demanda real de la población asegurada.
- Continuidad de la atención en Consulta Externa pese a las restricciones de recursos humanos. La continuidad operativa fue posible gracias a la reorganización de horarios, la redistribución del recurso humano disponible y la priorización de las especialidades con mayor demanda asistencial
No obstante, la brecha pendiente refleja que las restricciones de recursos humanos continúan afectando la capacidad de ampliar la oferta de consultas y de alcanzar plenamente las metas programadas, por lo que se requiere fortalecer la dotación de personal asistencial y consolidar estrategias de gestión de la demanda.
- Mantenimiento de la atención hospitalaria en el Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta. Este resultado demuestra la capacidad del hospital para sostener su funcionamiento como principal establecimiento de la Red Asistencial Madre de Dios. Sin embargo, el nivel de cumplimiento evidencia la existencia de una brecha importante en la producción hospitalaria, asociada principalmente a la prolongación de estancias.
- Sostenimiento de las prestaciones asistenciales prioritarias. El mantenimiento de estas prestaciones permitió garantizar la continuidad de los servicios esenciales y reducir el riesgo de interrupción de la atención en grupos vulnerables y pacientes con patologías de mayor impacto sanitario.

Red Asistencial Moquegua

- Se ha procedido con la culminación de los trabajos previos en el almacén central de la red, con el objetivo de cumplir con los estándares requeridos para la acreditación en Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA). Estas acciones aseguran el alineamiento técnico y operativo con la normativa vigente del MINSA, garantizando la calidad y seguridad en la gestión de los insumos.
- Se ha ejecutado con éxito la certificación de calidad de los equipos de ayuda al diagnóstico del Hospital Moquegua, en cumplimiento estricto de la NTS N° 110-MINSA/DGIEM, garantizando así una atención con los más altos estándares de garantía, precisión y seguridad para el paciente.
- La Red Asistencial continúa impulsando acciones de prevención y promoción de la salud en empresas de la región, fomentando estilos de vida saludables y controles preventivos.
- La Red Asistencial intensificar la vacunación y seguimiento en niños menores de 5 años para prevenir el sarampión, una enfermedad altamente contagiosa
- En el Área de Recursos Médicos: A fin de garantizar la continuidad de las prestaciones, se vienen ejecutando estrategias de contingencia como la redistribución interna entre las IPRESS de la Red, gestiones de transferencia nacional con otras redes y adquisiciones mediante caja chica. Así mismo priorizando y dando la celeridad de los trámites de compra de bienes estratégicos delegados.
- Se viene impulsando una estrategia para mejorar el seguimiento del embarazo organizando de manera integral la información de las gestantes y promoviendo controles prenatales más oportunos.
- Más de 220 asegurados participaron en ferias de salud en Moquegua donde se promovió los hábitos saludables con charlas educativas, atención integral y orientación nutricional en el Hospital II Moquegua y el Hospital II Ilo.
- Durante el presente año se han desarrollado las campañas de atención Integral "El maletín crecer" en el Hospital II Ilo, en el Centro Médico Pampa Inalámbrica, CM

Samegua y el Hospital II Moquegua, asimismo se realizaron campañas en atención a Diabetes Anemia.

- Se debe precisar que se vienen realizando campañas de atención cada 15 días en el distrito de Carumas por el personal de la OCPyAP y las realizadas en las fechas efemérides a fin de promover estilos de vida saludables y prevención y detección temprana, así como campaña de atención integral por el aniversario de la ciudad de Moquegua donde se realizaron alrededor de 4000 atenciones, del mismo modo durante estas atenciones se han llegado a atender cerca de 13.152 atendidos.

Buenas prácticas implementadas.

Se viene monitoreando los avances y haciéndolos saber a través de reuniones permanentes, para tomar las medidas correctivas en caso el cumplimiento no se encuentre en el nivel esperado.

Red Asistencial Moyobamba

- El comportamiento del indicador de recuperación de niños con anemia demuestra una evolución favorable de la gestión institucional.
Durante el primer trimestre se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con el seguimiento nominal, la adherencia al tratamiento y la oportunidad de los controles de hemoglobina.
A partir de dicho análisis se fortalecieron las actividades de monitoreo de cohortes, supervisión de pacientes en tratamiento, coordinación entre Medicina, Enfermería, Nutrición y Laboratorio, así como la actualización de los registros institucionales.
Los resultados obtenidos durante el segundo trimestre evidencian que dichas acciones permitieron incrementar el número de recuperaciones registradas.
- Respecto al Monitoreo de la ejecución de los servicios contratados se puede indicar que, al cierre del segundo trimestre, la ejecución presupuestal de los servicios contratados asciende a S/ 2,961,837.79, equivalente al 74.56 % del presupuesto total contratado de S/ 3,972,638.74, manteniéndose un saldo pendiente de ejecución de S/ 1,010,800.95, correspondiente principalmente a servicios continuos y órdenes de servicio cuya ejecución se encuentra en proceso.
- Respecto al manejo de residuos sólidos, el CAP I Nueva Cajamarca presenta un cumplimiento Aceptable, al no evidenciarse observaciones durante la verificación, reflejando una correcta implementación de las etapas del manejo de residuos sólidos. El Hospital I Alto Mayo y el Hospital I Rioja presentan cumplimiento Aceptable, con algunas deficiencias en etapas críticas como el acondicionamiento, la segregación y el almacenamiento.

Red Asistencial Pasco

- El cumplimiento global del POI 2026 de la Red Asistencial Pasco al II Trimestre es BUENO, alcanzando un 80.51% de avance en metas físicas prestacionales (721,876 atenciones ejecutadas de 896,665 programadas). Asimismo, el 66.7% de los indicadores institucionales evaluados se ubicaron en niveles EXCELENTE y BUENO.
- Se observan avances técnico-operativos significativos en la digitalización asistencial (100% uso de firma digital ESSI), eficiencia médica (101.2% de rendimiento hora-médico) y en programas prioritarios de salud preventiva como la Recuperación de Anemia Infantil (150.69%) y Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino (103.77%). No obstante, existen brechas críticas en insumos de diagnóstico y medicina especializada que merman la capacidad resolutive.

Red Asistencial Piura

- Al cierre del segundo trimestre, la Red Asistencial presenta un desempeño favorable en los indicadores relacionados con productividad asistencial, mantenimiento hospitalario, gestión ambiental y transformación digital. Sin embargo, persisten brechas significativas en los indicadores de prevención del cáncer, abastecimiento de bienes estratégicos y ejecución del Plan Anual de Contrataciones, los cuales concentran el mayor riesgo para el cumplimiento de las metas institucionales.
- Para el siguiente trimestre será prioritario fortalecer la gestión logística, garantizar el abastecimiento oportuno de medicamentos e insumos, optimizar la ejecución del PAC y reforzar las estrategias de captación de población para tamizajes oncológicos. Estas acciones permitirán mejorar el cumplimiento de los indicadores críticos y consolidar los avances alcanzados en los componentes asistenciales y de gestión.

Red Asistencial Tacna

- Durante el primer semestre del ejercicio 2026, la Red Asistencial Tacna registró un desempeño heterogéneo en la ejecución de las metas del Plan Operativo Institucional (POI), evidenciándose resultados favorables en diversas prestaciones asistenciales, indicadores operativos y prestaciones económicas; sin embargo, persisten brechas significativas en determinadas actividades estratégicas que podrían comprometer el cumplimiento de las metas institucionales al cierre del ejercicio.
- En el ámbito de las prestaciones de salud, destacaron los avances alcanzados en Consulta Externa, Hospitalización, Apoyo al Diagnóstico, Procedimientos y Atención Domiciliaria, así como el cumplimiento de indicadores institucionales relacionados con la recuperación de niños de 12 a 18 meses con anemia, tamizaje de cáncer de cuello uterino, rendimiento médico, gestión del mantenimiento del equipamiento hospitalario, gestión de residuos sólidos y abastecimiento de dispositivos médicos e insumos de laboratorio.

Red Asistencial Tarapoto

No presentaron su Informe.

Red Asistencial Tumbes

- La Red Asistencial Tumbes consolidó resultados significativos en ámbitos directamente vinculados con la continuidad, seguridad y calidad de las prestaciones. Sobresale la superación de la meta de recuperación de anemia infantil, sustentada en el seguimiento domiciliario, la vigilancia de la adherencia terapéutica, la consejería nutricional y el control clínico periódico; resultado que demuestra que la articulación multidisciplinaria genera impactos concretos sobre la salud de la población asegurada.
- En materia de soporte operativo, se alcanzó una ejecución del 99,80 % del mantenimiento del equipamiento hospitalario, garantizando la disponibilidad funcional de equipos biomédicos, electromecánicos, de alta tecnología y complementarios. Del mismo modo, se logró el 100 % de ejecución del manejo de residuos sólidos hospitalarios, fortaleciendo las condiciones de bioseguridad y gestión ambiental de las IPRESS.
- Otro logro relevante fue sostener la ejecución de la totalidad de los servicios contratados al cierre del II trimestre, protegiendo la continuidad de procesos indispensables para la atención asistencial. Paralelamente, se fortaleció el monitoreo de bienes estratégicos mediante reportes periódicos de stock, alertas tempranas, redistribución entre establecimientos y coordinación con las áreas responsables de adquisición.
- Finalmente, constituye un avance de gestión la obtención del pronunciamiento favorable de la Gerencia Central de Operaciones respecto de la necesidad de conformar el equipo multidisciplinario de EsSalud en Casa. Si bien el programa aún no se encuentra implementado efectivamente, la validación técnica del requerimiento fortalece su

viabilidad y delimita con claridad la necesidad de gestionar el financiamiento correspondiente.

Buenas prácticas implementadas

- La gestión institucional ha incorporado prácticas orientadas a anticipar riesgos y sostener la continuidad operativa. Destacan el monitoreo digital de bienes estratégicos, la generación de alertas tempranas frente al riesgo de agotamiento, la redistribución eficiente entre IPRESS y la emisión periódica de reportes de stock, mecanismos que fortalecen la trazabilidad y permiten intervenir antes de que una brecha se convierta en una situación crítica de desabastecimiento.
- Asimismo, el seguimiento domiciliario y clínico implementado en la estrategia contra la anemia constituye una buena práctica replicable, pues integra visitas de Enfermería y Nutrición, consejería alimentaria, vigilancia de la adherencia terapéutica y evaluación periódica por Medicina General y Pediatría. Este enfoque articula prevención, seguimiento y recuperación clínica bajo una lógica centrada en resultados.

Red Asistencial Ucayali

- Cumplimiento sobresaliente (superior al 150% de la meta acumulada) en Procedimientos (229,9%), Atención de Parto (167,2%) y Tratamientos Especializados (157,1%).
- Cumplimiento superior al 100% en Diálisis (132,2%), Emergencias (107,7%), Hospitalización (105,5%), Apoyo al Diagnóstico (100,8%), Programa de Atención Domiciliaria (101,4%) y Prevenir (101,6%).
- 9 de 14 indicadores institucionales operativos evaluables (64,3%) alcanzaron la calificación EXCELENTE, destacando el Cumplimiento del Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario (125,0%), la Verificación de la gestión y manejo de residuos sólidos (107,1%) y el Cumplimiento oportuno del PAC (100,0%).
- En Prestaciones Sociales, el Programa de Fortalecimiento Productivo (97,6%), la Población Adulta Mayor afiliada (96,6%) y el indicador corporativo de Cobertura de Prestaciones Sociales (97,3%) reflejan un desempeño consistentemente favorable.

Buenas prácticas implementadas

- Priorización de la atención en Consulta Externa, Procedimientos y Apoyo al Diagnóstico, que permitió superar ampliamente las metas acumuladas al II Trimestre.
- Seguimiento continuo del Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario y del Plan Anual de Contrataciones, que sustenta su cumplimiento pleno.
- Articulación de las actividades de los Centros del Adulto Mayor (CAM/CIRAM) con el Programa de Empoderamiento y Derechos Humanos y el Programa de Fortalecimiento Productivo, con resultados superiores al 90% de avance

Red Prestacional Almenara

- En el segundo trimestre las metas asistenciales 2026 en las IPRESS de la RPA han alcanzado en promedio el **107.69%**, sobrepasando la meta programada, por lo que, según el rango establecido se considera como Aceptable o Bueno.
- Respecto al avance general por IPRESS, todos superaron el 100% a excepción del Hospital I Aurelio Díaz Ufano con 98.17%. En el caso del CAP III San Borja a partir del mes de junio empezó sus actividades, por lo que actualmente registra un cumplimiento del 31.8% de ejecución de actividades programadas.

Red Prestacional Lambayeque

- Se superó la meta acumulada del II Trimestre en Consulta Externa (111,2%), Intervenciones Quirúrgicas (120,6%), Hospitalización (105,8%), Emergencias (104,8%),

Apoyo al Diagnóstico (128,3%), Procedimientos (123,0%), Tratamientos Especializados (118,8%), Diálisis (121,2%), Salud Ocupacional (171,1%) y Control Post Hospitalario en Domicilio (108,7%).

- Se fortaleció el monitoreo de indicadores institucionales mediante evaluaciones periódicas con las IPRESS.
- Se optimizó la capacidad operativa de los servicios asistenciales, permitiendo superar las metas programadas en la mayoría de prestaciones.
- Presentaron formalmente la remodelación y el equipamiento integral de la Sala de Procedimientos Especializados en Endourología de la Unidad de Litotripsia.

Buenas prácticas implementadas.

- Implementación de acciones de asistencia técnica a las IPRESS para supervisión y monitoreo de los indicadores estratégicos de atenciones de salud.
- Seguimiento permanente de la producción asistencial para la toma oportuna de decisiones.
- Fortalecimiento de la coordinación entre las áreas asistenciales y administrativas para optimizar la gestión institucional.

Red Prestacional Rebagliati

- La evaluación al 2do. trimestre del 2026 de las Metas Prestacionales agrupadas en 14 Familias, muestra un avance del **110.57%** de ejecución de las Actividades de Prestaciones de Salud del POI 2026, con una calificación “Excelente”.

Red Prestacional Sabogal

- La Red Prestacional Sabogal consolidó resultados significativos en ámbitos directamente vinculados con la continuidad, seguridad y calidad de las prestaciones. Sobresalen los indicadores de: 1) Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia con 186%, 2) Ratio de rendimiento de camas: Hospital Nacional 146%, 3) Hospitales Nivel II 110% y, 4) Rendimiento hora médico en el II nivel de atención 107%, los que superaron el 100%.
- En materia de soporte operativo, se alcanzó una ejecución del 100% en la verificación y manejo del residuo sólido. En cuanto al indicador: Cumplimiento del Programa Anual de Mantenimiento Hospitalario que alcanzó el 65.82% de ejecución, el resultado es parcial toda vez que la Unidad de Mantenimiento de Infraestructura informó que no registra avance ejecutado para el segundo trimestre debido a que las empresas contratistas de mantenimiento se encuentran aun procesando y culminando el cierre físico y administrativo de las OTM de abril, mayo y junio de 2026, no habiendo remitido la información a dicha unidad.
- De otro lado, el Porcentaje de personal médico único con programación asistencial en el ESSI que hace uso del certificado digital alcanzó 41% de ejecución, respecto al 40% de la meta programada, con el 103% de cumplimiento, denotando una mayor adhesión al objetivo institucional OEI 3: Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud.
- En cuanto al Indicador Porcentaje de IPRESS que realizan la autoevaluación para la Acreditación, si bien, su ejecución se mide al culminar el ejercicio, al II trimestre las 20 IPRESS adscritas a la Red Prestacional Sabogal, cuentan con Equipos de Autoevaluadores Internos conformados, así como sus respectivas resoluciones y planes de autoevaluación aprobados.
- Sobre el mantenimiento de mobiliario, durante el primer semestre del año 2026 se programó la atención de 3 300 Órdenes de Trabajo de Mantenimiento (OTM), de las cuales se ejecutaron 3 092, alcanzándose un nivel de atención global de 93.70 %.

- En el caso de mantenimiento de equipos, durante el primer semestre del año 2026 se programó la ejecución de 8 039 Órdenes de Trabajo de Mantenimiento (OTM) correspondientes al mantenimiento preventivo del equipamiento hospitalario. Al cierre del período evaluado se ejecutaron 7 579 OTM, alcanzándose un nivel de cumplimiento de 94.28 %, resultado que evidencia una adecuada ejecución de las actividades programadas y un seguimiento permanente de las órdenes de trabajo registradas en el Sistema de Información para la Gestión del Mantenimiento (SISMAC).
- La recuperación de Equipamiento Crítico de Alta Tecnología: Mediante la ejecución de contratos especializados vigentes de la UME, se lograron hitos históricos de recuperación operativa en equipos que presentaban inoperatividades prolongadas:
- Tomógrafo HITACHI (Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren): Recuperado y puesto en operación luego de aproximadamente 23 meses de inoperatividad (Contrato N° 35-2026, monto de S/ 1 787 000.00).
- Mamógrafo Digital HOLOGIC (Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren): Recuperado tras 22 meses fuera de servicio (Contrato N° 37-2026).
- Mamógrafos Digitales FUJIFILM (Hospital Octavio Mongrut Muñoz y Hospital Luis Negreiros Vega): Se optimizó su condición operativa, logrando ascender su estado de "Regular" a "Bueno" mediante la ejecución del Contrato N° 36-2026 (Monto de S/ 1 700 000.00).

Buenas prácticas implementadas.

- Coordinaciones con la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima, orientadas a la implementación de acciones conjuntas para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de la anemia.
- Se continuó realizando las coordinaciones para el abastecimiento a las IPRESS con las Micro cubetas y polimaltosado.
- Articulación con los establecimientos de salud, orientado al cumplimiento de metas e indicadores.
- Como parte de las acciones de autoevaluación para la acreditación, se realizaron veinticinco (25) asistencias técnicas, reuniones de acompañamiento y capacitaciones documentadas entre febrero y la tercera semana de junio del 2026.
- Se realizó el acompañamiento diferenciado brindado a tres establecimientos priorizados, debido al estado particular de avance de cada uno en el proceso de acreditación: Policlínico Fiori, CAP III Hna. María Donrose Sutmöller y Hospital II Lima Norte Callao - Luis Negreiros Vega.
- Monitoreo permanente de la cobertura de stock, seguimiento de consumos, evaluación de necesidades, coordinación con las IPRESS y unidades usuarias, así como el seguimiento de los procesos de abastecimiento para prevenir situaciones de desabastecimiento con CEABE y la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial.
- El cumplimiento alcanzado durante el primer semestre de 2026 del mantenimiento hospitalario se sustentó en el seguimiento permanente de las Órdenes de Trabajo de Mantenimiento (OTM) mediante el SISMAC, el monitoreo continuo de la programación del PAMH y la coordinación estrecha con los establecimientos de salud de la Red. Asimismo, contribuyó positivamente el inicio y vigencia de contratos especializados de mantenimiento preventivo y correctivo (como el de máquinas de hemodiálisis y servicios de radiodiagnóstico), y la implementación de dashboards interactivos para el monitoreo en tiempo real de los indicadores de gestión.

VI. Identificación de Problemática

6.1. De los Órganos Centrales

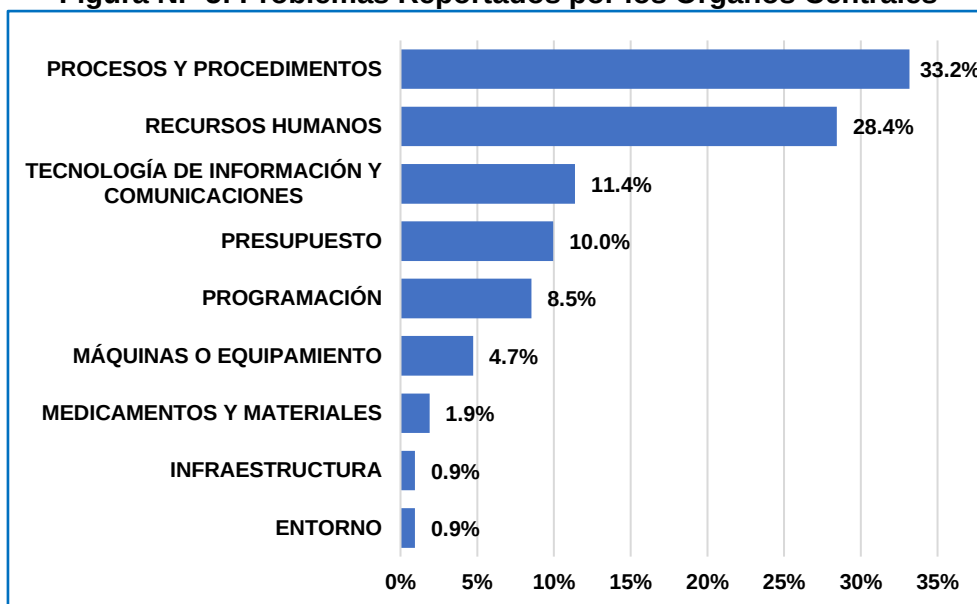
Al II trimestre del 2026, los Órganos Centrales han reportado 211 problemas. Estos problemas identificados han sido agrupados en 9 categorías: Infraestructura, Máquinas o Equipamiento, Entorno, Presupuesto, Tecnología de Información y Comunicaciones, Programación, Personal, Procesos y Procedimientos, Medicamentos y materiales.

La revisión de los sustentos de las actividades confirma que las categorías reportadas se manifiestan de manera concreta en distintos órganos. Los problemas de procesos y programación se observan, entre otros, en tiempos de aprobación de productos normativos, oportunidad de expedientes de contratación y dependencia de respuestas de otras unidades; los factores de recursos humanos inciden en prestaciones de Oferta Flexible, Atención al Asegurado y servicios sociales; las restricciones presupuestales afectan supervisiones, movilidad, abastecimiento y continuidad de determinados servicios; y las limitaciones tecnológicas inciden en plataformas, registros y automatización de procesos. Esta lectura permite vincular la problemática institucional con actividades específicas, siempre que exista evidencia documental que sustente la relación causal.

Las categorías agregadas no deben utilizarse, por sí solas, para explicar automáticamente las 63 actividades con desempeño inferior al 75 %. La causalidad debe establecerse actividad por actividad. Este criterio resulta especialmente relevante para la GCPI, donde la ausencia de un informe consolidado del órgano impide validar las causas específicas de las actividades críticas, por lo que corresponde regularizar la documentación antes de atribuir factores de incumplimiento.

- Infraestructura: Déficit de ambientes de trabajo o infraestructura para la ejecución de la actividad o iniciativa de gestión.
- Máquinas o equipamiento: Referido al déficit o problemas de operatividad de máquinas de oficina y/o equipamiento asistencial requerido para cumplir con la actividad o iniciativa de gestión.
- Entorno: Factores relacionados a otras dependencias o contexto externo sobre los que no tienen control.
- Presupuesto: Hacen referencia a la carencia de recursos presupuestales para adquirir bienes o servicios que permitan cumplir con la actividad.
- Tecnología de Información y Comunicaciones: Déficit de equipos informáticos o software requeridos para las actividades.
- Programación: Fechas de entrega de información según Directivas de EsSalud difieren de las fechas de cierre de sistemas presupuestal y financiero según normativa y disposiciones específicas de FONAFE. Tiempo necesario no previsto para el desarrollo de la actividad. No se dispone los insumos para cumplir con la actividad. No se estimó adecuadamente la demanda, No se contó con los recursos programados para atender la demanda. Unidades de medida o metas físicas que no son consistentes con la actividad a ser evaluada.
- Recursos humanos: Hacen referencia a carencia de personal, personal no calificado, personal en modalidad remota o con licencia por la situación de emergencia sanitaria.
- Procesos y Procedimientos: Demora en respuestas de unidades orgánicas, problemas con herramientas tecnológicas, embalse de requerimientos, incumplimiento o la ausencia de procesos y procedimientos definidos.
- Medicamentos y materiales: Utilizados para la evaluación de la salud preventiva.

Figura N.º 5: Problemas Reportados por los Órganos Centrales



Fuente: Reporte de Limitaciones y Restricciones – II Trimestre 2026
 Elaboración: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

La problemática se concentra principalmente en procesos y procedimientos y recursos humanos, seguida de TIC, presupuesto y programación

6.2. De los Órganos Desconcentrados

Prestaciones económicas. El resultado acumulado es favorable, pero la información de cierre identifica riesgos operativos para la oportunidad de los pagos: retraso de VIVA 2.0, capacidad limitada de las OSPE, embalse de solicitudes y restricciones de disponibilidad financiera. Estos factores requieren seguimiento, debido a que el segundo trimestre aislado alcanzó 91 % de la meta física y mostró menores niveles en maternidad y lactancia.

Prestaciones sociales. El promedio institucional favorable convive con brechas por servicio y territorio. Se identifican necesidades de cobertura de plazas en CAM, continuidad de locadores para servicios dirigidos a grupos vulnerables, captación de nuevos usuarios, fortalecimiento productivo y recuperación de prestaciones de rehabilitación con bajo avance. La priorización debe efectuarse por red y actividad, considerando que los resultados de Junín y Pasco muestran desempeños muy distintos dentro de un mismo componente prestacional.

Estrategia EsSalud en Casa

Al respecto, los OODD han reportado una serie de limitantes:

- Demora en la atención de requerimientos de equipamiento, insumos y dotación de personal asistencial.
- Falta de implementación logística, carencia de equipos de transporte para el desplazamiento del equipo de salud que dificultaron el acceso a algunos domicilios, o problemas graves en el registro de información en el sistema asistencial.
- Déficit en la asignación de equipos tecnológicos como tabletas institucionales para el registro de la ficha familiar durante la visita domiciliaria y de computadoras para el ingreso oportuno de la información.

- El padrón nominal presenta información incompleta y desactualizada, como asegurados con seguros vencidos, dificultando la identificación de asegurados que no reciben atención médica desde hace más de un año.
- Un número considerable de asegurados o familias no contaban con números telefónicos registrados o estos se encuentran incorrectos, lo que limita la coordinación de visitas domiciliarias y el seguimiento de las intervenciones.
- Falta de disponibilidad o negativa para realizarse los exámenes de laboratorio.
- Inexistencia de un equipo operativo para la atención a domicilio y falta de especialistas en psicología/terapeutas para sostener las terapias familiares programadas.
- Insuficiente disponibilidad de personal especializado para la ejecución de visitas domiciliarias, debido a vacaciones, licencias y rotación a otras actividades asistenciales prioritarias.
- Ausencia o poca disponibilidad de los asegurados y sus familiares durante las visitas programadas, generando reprogramaciones y disminución de la cobertura efectiva.
- La principal restricción de origen respondió a la demora en la asignación y transferencia del marco presupuestal por parte del Nivel Central para la puesta en marcha de la estrategia, situación que imposibilitó iniciar las acciones de captación desde los primeros meses del año.
- Al no disponer de plazas fijas asignadas para esta estrategia, la Red debió recurrir a la contratación de un equipo multidisciplinario exclusivo bajo la modalidad de locación de servicios (integrado por Médico, Enfermera, Obstetra y Odontólogo).
- La mayoría de los usuarios desarrollan actividades agrícolas, comerciales o independientes, permaneciendo fuera de sus domicilios durante el horario habitual de atención institucional.
- Imposibilidad de conformar el equipo multidisciplinario requerido, debido a la ausencia de asignación presupuestal para contratar al médico general, enfermera, obstetra y cirujano dentista.
- Las familias no cumplieron los criterios de inclusión establecidos en la normativa vigente

VII. Ejecución Presupuestal

7.1 Ejecución presupuestal institucional

Mediante Resolución de Gerencia General N.º 451-GG-ESSALUD-2026, de fecha 20.02.2026, se aprobó el Presupuesto Institucional de Apertura a nivel Desagregado por Fondos y Dependencias del Seguro Social de Salud - EsSalud correspondiente al Ejercicio 2026.

Al respecto, mediante documento del SGD de fecha 07.08.2026, de la Gerencia de Presupuesto de la GCPP, se remite el archivo Excel de ejecución presupuestal al II trimestre 2026, donde se reporta la ejecución de Egresos Totales por un total de S/ 8,517,605,557 que representa el 45.1% respecto al Presupuesto Institucional para el ejercicio del año 2026, el cual se aprecia en la siguiente tabla:

**Tabla N.º 27: Ejecución del Presupuesto Institucional al II Trimestre 2026
(Expresado en soles)**

CONCEPTOS	PRESUPUESTO 2026		
	APROBADO ANUAL	EJECUCION AL II TRIMESTRE	AVANCE %
1. INGRESOS TOTALES	19,189,447,194.00	9,125,524,226.00	47.6
1.1. INGRESOS OPERATIVOS	19,189,447,194.00	9,125,524,226.00	47.6
1.1.2. Venta de Servicios	18,585,842,121.00	8,934,421,833.00	48.1
- Aportaciones de Asegurados	18,308,286,007.00	8,835,848,925.00	48.3
- Ley N.º 30478 (Aportes 4.5% AFP)	259,866,932.00	90,044,192.00	34.7
- Prestaciones a No Asegurados	17,689,182.00	8,528,716.00	48.2
1.1.3. Ingresos Financieros	303,895,929.00	109,776,546.00	36.1
1.1.4. Ingresos por Participaciones o Dividendos	916,609.00	-	0.0
1.1.6. Otros	298,792,535.00	81,325,847.00	27.2
1.2. INGRESOS DE CAPITAL	-	-	0.0
1.3. INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	-	-	0.0
1.4. INGRESOS POR FINANCIAMIENTO	-	-	0.0
2. EGRESOS TOTALES	18,872,766,233.00	8,517,605,557.00	45.1
2.1. EGRESOS OPERATIVOS	17,837,302,458.00	8,234,465,476.00	46.2
2.1.1. Compra de Bienes	3,126,235,764.00	1,248,203,555.00	39.9
2.1.2. Gasto de Personal	9,418,615,974.00	4,433,429,888.00	47.1
2.1.3. Servicios Prestados por Terceros	4,374,530,342.00	2,018,238,033.00	46.1
2.1.4. Tributos	4,612,493.00	3,588,993.00	77.8
2.1.5. Gastos Diversos de Gestión	913,307,885.00	531,005,007.00	58.1
2.2. GASTOS DE CAPITAL	884,470,134.00	222,891,597.00	25.2
2.3. EGRESOS POR TRANSFERENCIAS	150,993,641.00	60,248,484.00	39.9
2.4. EGRESOS POR FINANCIAMIENTO	-	-	0.0
RESULTADO ECONÓMICO	316,680,961.00	607,918,669.00	192.0
SALDO FINAL	316,680,961.00	607,918,669.00	192.0

Fuente: Gerencia de Presupuesto de la GCPP (documento vía SGD el 07.08.2026).

En cuanto a los egresos operativos al II trimestre 2026, fue del 46.11% (S/ 8,294,713,960) con relación al PIA para el ejercicio del año 2026, detalle que se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla N.º28: Ejecución Presupuestal de Egresos Operativos al II Trimestre 2026
(Expresado en soles)**

Concepto	PIA 2026	Ejecución al II Trimestre	% Ejecución respecto PIA
Redes Asistenciales	13,268,450,023	6,718,781,124	50.64%
Órganos Centrales	4,169,003,877	1,351,923,241	32.43%
* Programas Centrales Administrados por Encargo	3,920,104,089	1,223,419,513	31.21%
* AFFESALUD	248,899,788	128,503,728	51.63%
Pensiones D.L. N.º 20530	399,848,558	163,761,111	40.96%
Transferencias MTPE	150,993,641	60,248,484	39.90%
Total	17,988,296,099	8,294,713,960	46.11%

(*) No coincide con el dato de la Tabla N.º 27, porque es una presentación que se hace a FONAFE en la cual se resta el monto de Transferencias

Fuente: Gerencia de Presupuesto de la GCPP (documento vía SGD el 07.08.2026).

Asimismo, para el II Trimestre como parte de los gastos operativos se muestra que la ejecución presupuestal en la adquisición de bienes estratégicos para las prestaciones de salud fue de S/ 1,176,814,901 y la ejecución por prestaciones de subsidios que alcanzó los S/ 475,587,843, según detalle mostrado en las siguientes Tablas:

Tabla N.º 29. Ejecución Presupuestal de Bienes Estratégicos al II Trimestre 2026

CONCEPTOS	EJECUCIÓN AL II TRIMESTRE
Medicinas	642,506,416
Material Médico	375,219,426
Material de Laboratorio	156,060,912
Material Radiológico	3,028,147
Total	1,176,814,901

Fuente: Gerencia de Presupuesto de la GCPP (documento vía SGD el 07.08.2026).

Tabla N.º 30: Ejecución Presupuestal de Prestaciones Económicas al II Trimestre 2026

SUBSIDIOS	EJECUCIÓN AL II TRIMESTRE
Incapacidad Temporal	235,229,454
Maternidad	148,287,296
Lactancia	42,271,820
Sepelio	49,799,273
Total	475,587,843

Fuente: Gerencia de Presupuesto de la GCPP (documento vía SGD el 07.08.2026).

7.2 Ejecución presupuestal de los Órganos Centrales

A continuación, se detalla la ejecución del PIA desagregado (Programas Centrales Administrados por Encargo, AFESSALUD) para cada uno de los Órganos Centrales de la institución correspondiente al ejercicio 2026:

Tabla N.º 31: Ejecución presupuestal de los Órganos Centrales al II Trimestre 2026(Expresado en soles)

Órganos Centrales	PIA 2026	Ejecución al II Trimestre 2026				% Ejecución Respecto al PIA
		Gastos de Personal	Bienes	Servicios	Total Ejecución	
Gerencia Central de Atención al Asegurado	28,039,355	12,074,869	11,788	14,336,525	26,423,182	94.2%
Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad	39,291,993	16,958,632	40,167	13,853,301	30,852,100	78.5%
Gerencia Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos	15,564,566	4,499,849	64,548	7,486,635	12,051,032	77.4%
Oficina de Integridad	1,403,619	609,583	8,561	419,920	1,038,064	74.0%
Gerencia Central de Logística	71,329,844	6,766,530	420,399	43,646,548	50,833,477	71.3%
Gerencia Central de Gestión de las Personas	389,246,289	216,922,010	81,376	59,094,266	276,097,652	70.9%
Gerencia Central de Proyectos de Inversión	23,291,836	3,804,073	331,639	11,998,627	16,134,339	69.3%
Oficina de Cooperación Internacional	2,029,948	794,197	2,673	542,894	1,339,764	66.0%
Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones	83,791,520	6,079,358	150,185	47,497,598	53,727,141	64.1%
Centro Nacional de Telemedicina	15,290,931	2,066,689	5,655	7,620,892	9,693,236	63.4%
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación	8,220,479	2,461,425	26,752	2,713,542	5,201,719	63.3%
Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización	3,686,008	1,591,320	595	686,542	2,278,457	61.8%
Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas	863,053,339	47,375,063	157,523	481,395,373	528,927,959	61.3%
Oficina de Relaciones Institucionales	5,832,794	2,534,587	17,046	958,516	3,510,149	60.2%
Secretaría General	7,009,099	3,756,300	87,550	337,163	4,181,013	59.7%
Gerencia Central de Asesoría Jurídica	11,901,961	4,099,788	29,497	2,944,341	7,073,626	59.4%
Gerencia Central de Prestaciones de Salud	14,191,491	7,653,849	7,153	280,526	7,941,528	56.0%
Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones	58,740,081	1,393,367	6,300	31,152,876	32,552,543	55.4%
Gerencia General	4,808,527	2,518,036	7,659	111,959	2,637,654	54.9%
Gerencia Central de Gestión Financiera	204,098,057	11,761,945	36,055	98,618,797	110,416,797	54.1%
Gerencia Central de Operaciones	19,965,035	8,284,741	23,083	2,438,482	10,746,306	53.8%
Presidencia Ejecutiva	3,595,562	1,805,160	5,066	106,385	1,916,611	53.3%
Gerencia de Oferta Flexible	283,944,887	97,265,464	14,441,989	32,507,031	144,214,484	50.8%
Consejo Directivo	1,474,078	469,246	5,202	258,400	732,848	49.7%
Oficina de Defensa Nacional	2,416,125	931,305	1,768	102,788	1,035,861	42.9%
Órgano de Control Institucional	17,182,670	1,155,623	17,836	263,385	1,436,844	8.4%
Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto	1,989,603,783	7,178,578	38,628	1,711,649	8,928,855	0.4%
TOTAL	4,169,003,877	472,811,587	16,026,693	863,084,961	1,351,923,241	32.4%

Fuente: Gerencia de Presupuesto de la GCPP (documento vía SGD el 07.08.2026).

Nota: Para la evaluación de los Órganos Centrales se ha considerado lo ejecutado por AFESSALUD más lo ejecutado por los Programas Centrales Administrados por Encargo – Fondo Salud

Como se muestra en la tabla precedente, al II Trimestre 2026 la ejecución presupuestal de los Órganos Centrales fue del 32.4% (S/ 1 351 923 241) con relación al PIA para el ejercicio 2026.

Cabe señalar que, dentro de este porcentaje global tenemos una dependencia con el nivel más alto de ejecución como la GCAA con 94.2% y al más bajo a la GCPP con 0.4% de ejecución de su presupuesto.

7.3 Ejecución presupuestal de los Órganos Desconcentrados

Respecto a los Órganos Desconcentrados a continuación, se detalla la ejecución del PIA 2026 Desagregado para cada Órgano Desconcentrado de la institución correspondiente al ejercicio 2026:

Tabla N.º 32: Ejecución Presupuestal de los Órganos Desconcentrados al II Trimestre 2026
(Expresado en soles)

Órganos Desconcentrados	PIA 2026	Ejecución al II Trimestre 2026				% Ejecución Respecto al PIA
		Gastos de Personal	Bienes	Servicios	Total Ejecución	
R.A. Loreto	178,818,976	59,680,329	16,762,745	31,133,856	107,576,930	60.2%
R.A. Amazonas	60,452,565	24,364,924	1,972,684	9,265,556	35,603,164	58.9%
R.P. Lambayeque	683,612,039	235,410,472	62,260,344	78,337,235	376,008,051	55.0%
R.A. Jaén	44,447,174	13,350,917	1,739,778	8,560,162	23,650,857	53.2%
R.A. Moyobamba	60,493,491	17,156,758	2,830,205	12,180,331	32,167,294	53.2%
R.A. Apurímac	122,581,357	42,947,223	5,595,055	16,269,007	64,811,285	52.9%
R.A. Pasco	121,880,819	50,857,263	3,867,614	8,629,074	63,353,951	52.0%
R.A. Áncash	242,975,239	82,201,802	21,776,673	22,314,611	126,293,086	52.0%
R.A. Ucayali	151,574,645	32,720,866	13,568,448	32,350,983	78,640,297	51.9%
R.P. Almenara	1,918,498,035	584,107,227	258,543,038	152,355,303	995,005,568	51.9%
R.A. Arequipa	901,510,444	273,318,373	101,658,453	89,114,543	464,091,369	51.5%
R.P. Rebagliati	2,633,371,123	715,065,962	293,446,944	333,612,473	1,342,125,379	51.0%
R.A. Cajamarca	130,308,304	41,835,585	10,265,648	14,204,200	66,305,433	50.9%
R.A. Madre De Dios	52,900,000	16,347,633	2,516,374	7,860,837	26,724,844	50.5%
R.P. Sabogal	1,742,544,415	399,077,201	135,452,004	341,793,031	876,322,236	50.3%
CNSR	219,219,949	16,380,501	6,239,046	87,528,210	110,147,757	50.2%
R.A. Tacna	193,997,230	60,023,128	18,613,525	18,588,429	97,225,082	50.1%
R.A. Piura	482,117,158	125,625,791	35,017,378	79,899,795	240,542,964	49.9%
R.A. Tarapoto	125,928,631	31,688,257	11,176,556	19,861,788	62,726,601	49.8%
R.A. Huánuco	173,268,007	56,882,807	8,531,587	20,881,215	86,295,609	49.8%
R.A. Cusco	351,845,231	104,952,728	32,710,584	36,409,567	174,072,879	49.5%
R.A. Huaraz	82,228,354	22,895,621	3,984,306	13,756,794	40,636,721	49.4%
R.A. Tumbes	83,591,967	18,722,569	5,058,424	17,380,507	41,161,500	49.2%
R.A. Moquegua	135,668,446	39,148,185	10,518,074	17,073,433	66,739,692	49.2%
R.A. Juliaca	140,989,717	47,825,583	8,358,523	12,572,196	68,756,302	48.8%
R.A. Puno	143,373,835	48,956,005	8,727,456	11,700,569	69,384,030	48.4%
R.A. Ayacucho	112,895,393	32,965,343	6,163,683	15,408,539	54,537,565	48.3%
R.A. Huancaavelica	63,024,202	21,152,751	2,566,361	6,519,318	30,238,430	48.0%
INCOR	225,847,012	56,656,022	33,678,823	17,531,021	107,865,866	47.8%
R.A. La Libertad	804,309,812	259,321,791	57,404,638	67,389,197	384,115,626	47.8%
R.A. Ica	435,068,553	124,862,409	22,721,426	53,429,125	201,012,960	46.2%
R.A. Junín	449,107,900	139,623,258	28,450,473	36,568,065	204,641,796	45.6%
TOTAL	13,268,450,023	3,796,125,284	1,232,176,870	1,690,478,970	6,718,781,124	50.6%

Fuente: Gerencia de Presupuesto de la GCPP (documento vía SGD el 07.08.2026).

Nota: R.A. (Red Asistencial), R.P. (Red Prestacional), INCOR (Instituto Nacional Cardiovascular), CNSR (Centro Nacional de Salud Renal).

Al II trimestre 2026, la ejecución presupuestal de los Órganos Desconcentrados fue del 50.6% (S/ 6 718 781 124) con relación al PIA para el ejercicio 2026.

VIII. Conclusiones

- 8.1 La evaluación del POI 2026 al cierre del II trimestre comprende el periodo enero-junio y permite valorar el avance físico de las actividades operativas, metas prestacionales e indicadores institucionales, complementándolo con la lectura de los factores que explican los resultados y la ejecución presupuestal. En los Órganos Centrales, de las 468 actividades previstas para el ejercicio, 418 contaban con programación acumulada al corte y 50 tienen su ejecución prevista para periodos posteriores.
- 8.2 En los Órganos Centrales, 355 de las 418 actividades evaluadas (84.93 %) alcanzaron un desempeño favorable igual o superior al 75 %: 337 actividades (80.62 %) se ubicaron en “Excelente” y 18 (4.31 %) en “Bueno”. Por otro lado, 63 actividades (15.07 %) registraron un cumplimiento inferior al 75 %; de ellas, 18 fueron “Regular”, 31 “Malo” y 14 “Sin avance”. El resultado agregado es favorable, pero no debe interpretarse como cumplimiento homogéneo de todas las actividades.
- 8.3 Las principales brechas de los Órganos Centrales se concentran en la Gerencia Central de Proyectos de Inversión y la Gerencia de Oferta Flexible, que reúnen 32 de las 63 actividades con desempeño inferior al 75 %. La GCPI presenta 18 actividades por debajo del umbral favorable y requiere, además de medidas de recuperación, regularizar la trazabilidad documental de las causas y evidencias; la GOF concentra 14 actividades con brecha vinculadas principalmente a capacidad operativa, disponibilidad de especialistas, equipamiento, movilidad y otros recursos para sus líneas prestacionales.
- 8.4 En prestaciones de salud, la matriz de evaluación registra 376 combinaciones OODD– familia. De este total, 239 (63,56 %) alcanzaron nivel “Excelente”, 58 (15,43 %) “Bueno”, 32 (8,51 %) “Regular”, 36 (9,57 %) “Malo” y 11 (2,93 %) “Sin avance”. En conjunto, 297 registros (78,99 %) presentan desempeño favorable igual o superior al 75 %.
- 8.5 A nivel de familias de prestaciones de salud, Consulta Externa, Emergencias, Apoyo al Diagnóstico y Procedimientos alcanzaron nivel “Excelente”; Intervenciones Quirúrgicas, Hospitalización, Diálisis, Atención de Parto, Programa de Atención Domiciliaria y Control Posthospitalario se ubicaron en “Bueno”; Tratamientos Especializados y Trasplante de Órganos en “Regular”; y Salud Ocupacional y Prevenir en “Malo”.
- 8.6 La estrategia EsSalud en Casa evidencia una brecha relevante de implementación: de 35 centros asistenciales evaluados, 4 alcanzaron “Excelente”, 4 “Bueno”, 2 “Regular”, 13 “Malo”, 8 “Sin avance” y 4 “No reportó”. Los resultados muestran limitaciones asociadas principalmente a disponibilidad de personal, movilidad, equipamiento e insumos, calidad del padrón nominal, continuidad presupuestal y capacidad operativa para conformar equipos multidisciplinarios.
- 8.7 En los indicadores asistenciales priorizados, los resultados muestran desempeños favorables en productividad y eficiencia hospitalaria; sin embargo, persisten brechas importantes en los indicadores preventivos. La Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino alcanzó 55,20 % de cumplimiento de la meta del periodo; la Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama, 38,78 %; y el indicador de recuperación de niños de 12 a 18 meses con anemia registró un resultado de 9,94 % frente a una meta acumulada de 21,00 %, evidenciando la necesidad de fortalecer el seguimiento nominal y las intervenciones preventivas.
- 8.8 En prestaciones económicas, con cifras de cierre contable, se pagaron 217 861 solicitudes frente a 176 580 programadas (123 %) y se ejecutaron S/ 475 587 843 frente a S/ 410 050 002 programados (116 %). El indicador de otorgamiento alcanzó 89 % frente a una meta de 81 %. Sin embargo, el segundo trimestre aislado alcanzó

91 % de la meta física, con menores niveles en maternidad y lactancia, por lo que la sostenibilidad del resultado acumulado depende de la capacidad operativa de las OSPE, la implementación de VIVA 2.0, la reducción del embalse y la continuidad de recursos para los pagos.

- 8.9 En prestaciones sociales, el cumplimiento global alcanzó 94.05 %: CAM/CIRAM 97.38 %, CERPS/MBRPS 89.55 % y prestaciones para NNA 95.20 %. El promedio favorable no elimina brechas específicas en rehabilitación profesional independiente, colocación laboral, rehabilitación social de personas con discapacidad intelectual y en determinadas redes. Los casos de Junín y Pasco muestran heterogeneidad territorial, asociada a captación, continuidad de servicios, recursos humanos y capacidad operativa.
- 8.10 En materia presupuestal, la ejecución de Egresos Totales alcanzó S/ 8 517 605 557, equivalente al 45,1 % del presupuesto anual; mientras que la presentación de Egresos Operativos reportó S/ 8 294 713 960, equivalente al 46,11 % del PIA correspondiente a dicha clasificación. Los Órganos Centrales registraron una ejecución de 32,4 % y los Órganos Desconcentrados de 50,6 %. Estas cifras deben analizarse conjuntamente con la ejecución física, considerando la naturaleza de los recursos administrados y las diferencias en la programación.
- 8.11 La evaluación evidencia la necesidad de fortalecer la calidad y consistencia de la información de seguimiento, la trazabilidad de las causas que explican el incumplimiento y la vinculación entre la ejecución física y financiera. Asimismo, muestra que determinadas actividades con 0 % pueden registrar avances de gestión que aún no configuran el producto físico previsto, por lo que resulta indispensable diferenciar actividad concluida, producto en proceso, ausencia de avance, falta de reporte y programación futura. La consolidación del código de Área Funcional en SAP constituye una oportunidad para mejorar esta trazabilidad.

IX. Recomendaciones

- 9.1 Disponer que los Órganos Centrales responsables de las 63 actividades con desempeño inferior al 75 % formulen y ejecuten medidas de recuperación para el segundo semestre, priorizando las 45 actividades calificadas como "Malo" o "Sin avance". Para cada actividad se deberá precisar la brecha, causa sustentada, evidencia, acción correctiva, responsable, plazo y proyección de cierre 2026.
- 9.2 Priorizar el seguimiento a la Gerencia Central de Proyectos de Inversión y a la Gerencia de Oferta Flexible, por concentrar el 50.79 % de las actividades con desempeño inferior al 75 %. En la GCPI deberá regularizarse la documentación sustento y la trazabilidad de cada actividad; en la GOF deberá implementarse un plan de recuperación focalizado en las líneas con menor avance, incluyendo Programas Especializados, Hospital Perú, CEPRI y STAE.
- 9.3 Mantener en los formatos y reportes la diferenciación entre "Sin avance", "No reportó" y "No programada al corte", evitando que la ausencia de información o la programación futura sea interpretada como ejecución igual a cero.
- 9.4 Implementar seguimiento focalizado a las familias de prestaciones de salud con desempeño "Regular" y "Malo", en especial Tratamientos Especializados, Trasplante de Órganos, Salud Ocupacional y Prevenir, identificando para cada OODD las brechas de capacidad operativa, disponibilidad de personal, equipamiento, insumos, convenios y programación que condicionan los resultados.
- 9.5 Fortalecer la estrategia EsSalud en Casa mediante un plan de recuperación que priorice la disponibilidad de equipos multidisciplinarios, movilidad, insumos, actualización del padrón nominal, soporte tecnológico y continuidad presupuestal. Para los centros con desempeño crítico, evaluar la adopción de medidas extraordinarias de gestión y una proyección realista de cierre conforme a su capacidad operativa efectiva.
- 9.6 Encargar a las áreas responsables de los indicadores de tamizaje de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y recuperación de anemia la implementación de medidas específicas para cerrar brechas, incluyendo búsqueda activa de población objetivo, campañas extramurales, operatividad de equipos, seguimiento nominal, continuidad del tratamiento y mejora de la calidad del registro en los sistemas institucionales.
- 9.7 Revisar los supuestos de programación de las actividades y prestaciones con sobrecumplimientos significativos, determinando si responden a mayor demanda efectiva, cambios operativos, acumulación de expedientes o subestimación de metas. Los resultados superiores al 100 % deben reconocerse como cumplimiento favorable, pero también utilizarse como señal para mejorar la calidad de la programación futura.
- 9.8 Para prestaciones sociales, priorizar la cobertura de brechas de personal en los CAM, la continuidad de los recursos humanos requeridos para la cartera de otros grupos vulnerables y planes diferenciados de recuperación en las redes con menor desempeño, con seguimiento nominal de captación, rehabilitación, colocación laboral y deportes adaptados.
- 9.9 Para prestaciones económicas, priorizar la implementación de VIVA 2.0, fortalecer la capacidad operativa de las OSPE, gestionar el embalse de solicitudes y asegurar la disponibilidad financiera necesaria para mantener la oportunidad de los pagos durante el segundo semestre.
- 9.10 Disponer que la GCAA, en coordinación con la GCPP, revise la correspondencia entre las funciones y servicios efectivamente desarrollados por sus unidades orgánicas y las actividades operativas, metas físicas, centros de costo y fondos financieros aprobados en el POI 2026, a fin de identificar los ajustes que resulten necesarios. Las actividades de gestión que no formen parte del POI vigente deberán ser diferenciadas en la evaluación y, de corresponder, incorporadas mediante el procedimiento de modificación del instrumento

- 9.11 Fortalecer el análisis físico-financiero del POI, incorporando progresivamente la ejecución presupuestal asociada a cada actividad operativa mediante el código de Área Funcional en SAP, de modo que las evaluaciones posteriores permitan contrastar metas físicas, recursos utilizados y resultados obtenidos.

ANEXO N°1

Documentos de Sustento de la Evaluación del POI 2026 al II Trimestre

N.º	DEPENDENCIA	DOCUMENTO
1	Consejo Directivo	MEMORANDO N.º 000508-SG-ESSALUD-2026
2	Presidencia Ejecutiva	MEMORANDO N.º 000508-SG-ESSALUD-2026
3	Gerencia General	MEMORANDO N.º 000508-SG-ESSALUD-2026
4	Órgano de Control Institucional	OFICIO N.º 000848-OCI-ESSALUD-2026
5	Secretaría General	MEMORANDO N.º 000508-SG-ESSALUD-2026
6	Oficina de Integridad	MEMORANDO N.º 001543-OFIN-ESSALUD-2026
7	Oficina de Relaciones Institucionales	MEMORANDO N.º 000605-ORI-ESSALUD-2026
8	Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización	MEMORANDO N.º 000467-OGCYH-ESSALUD-2026
9	Oficina de Cooperación Internacional	MEMORANDO N.º 000457-OFICI-ESSALUD-2026
10	Oficina de Defensa Nacional	MEMORANDO N.º 000353-ODN-ESSALUD-2026
11	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto	* MEMORANDO N.º 000039-GGI-GCPP-ESSALUD-2026 * MEMORANDO N.º 000087-GOP-GCPP-ESSALUD-2026 * MEMORANDO N.º 003329-GPRE-GCPP-ESSALUD-2026 * MEMORANDO N.º 000003-SGPLAN-GPC-GCPP-ESSALUD-2026 * INFORME N.º 000091-GPMGI-GCPP-ESSALUD-2026
12	Gerencia Central de Asesoría Jurídica	MEMORANDO N.º 002792-GCAJ-ESSALUD-2026
13	Gerencia Central de Atención al Asegurado	INFORME N.º 000009-GCAA-ESSALUD-2026
14	Gerencia Central de Gestión de las Personas	MEMORANDO N.º 008950-GCGP-ESSALUD-2026
15	Gerencia Central de Gestión Financiera	MEMORANDO N.º 000978-GCGF-ESSALUD-2026
16	Gerencia Central de Logística	MEMORANDO N.º 001873-GCL-ESSALUD-2026
17	Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones	MEMORANDO N.º 002148-GCTIC-ESSALUD-2026
18	Gerencia Central de Proyectos de Inversión	No remitieron documento.
19	Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones	MEMORANDO N.º 001067-GCPGIP-ESSALUD-2026
20	Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas	MEMORANDO N.º 002133-GCSPE-ESSALUD-2026
21	Gerencia Central de Prestaciones de Salud	MEMORANDO N.º 001310-GCPS-ESSALUD-2026
22	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad	MEMORANDO N.º 000785-GCPAMYP-ESSALUD-2026
23	Gerencia Central de Operaciones	MEMORANDO N.º 004090-GCOP-ESSALUD-2026
24	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI	MEMORANDO N.º 001412-IETSI-ESSALUD-2026
25	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos - CEABE	MEMORANDO N.º 003633-CEABE-ESSALUD-2026
26	Centro Nacional de Telemedicina - CENATE	NOTA N.º 000269-CENATE-ESSALUD-2026
27	Gerencia de Oferta Flexible	NOTA N.º 001599-GOF-ESSALUD-2026
28	Red Asistencial Amazonas	NOTA N.º 000474-RAAM-DIRRED-ESSALUD-2026
29	Red Asistencial Áncash	NOTA N.º 000706-RANC-ESSALUD-2026
30	Red Asistencial Apurímac	NOTA N.º 000594-DIR-RAAP-ESSALUD-2026
31	Red Asistencial Arequipa	No remitieron documento.
32	Red Asistencial Ayacucho	NOTA N.º 000573-DIREC-RAAY-ESSALUD-2026
33	Red Asistencial Cajamarca	NOTA N.º 000679-DR-RACAJ-ESSALUD-2026
34	Red Asistencial Cusco	NOTA N.º 000546-GRACU-RACU-ESSALUD-2026
35	Red Asistencial Huancavelica	NOTA N.º 000589-DIR-HVCA-ESSALUD-2026
36	Red Asistencial Huánuco	NOTA N.º 000583-D-RAHU-ESSALUD-2026
37	Red Asistencial Huaraz	NOTA N.º 000638-DIRE-RAHZ-ESSALUD-2026
38	Red Asistencial Ica	NOTA N.º 000808-GRAICA-ESSALUD-2026
39	Red Asistencial Junín	NOTA N.º 000478-GRAJUN-ESSALUD-2026
40	Red Asistencial La Libertad	No remitieron documento.
41	Red Prestacional Lambayeque	NOTA N.º 001116-GRPLA-ESSALUD-2026
42	Red Asistencial Jaén	NOTA N.º 000852-DIR-RAJAEN-ESSALUD-2026
43	Red Asistencial Moyobamba	NOTA N.º 000350-D-RAMOY-ESSALUD-2026
44	Red Prestacional Rebagliati	NOTA N.º 001761-GRPR-ESSALUD-2026
45	Red Prestacional Almenara	NOTA N.º 002633-GRPA-ESSALUD-2026
46	Red Prestacional Sabogal	No remitieron documento.
47	Red Asistencial Loreto	No remitieron documento.
48	Red Asistencial Moquegua	Nota N.º 000593-RAMOQ-ESSALUD-2026

N.º	DEPENDENCIA	DOCUMENTO
49	Red Asistencial Pasco	INFORME N.º 000010-RAPA-ESSALUD-2026
50	Red Asistencial Piura	Nota N.º 000120-GR-RAPI-ESSALUD-2026
51	Red Asistencial Puno	NOTA N.º 000436-GRAPUNO-ESSALUD-2026
52	Red Asistencial Juliaca	NOTA N.º 000730-GRAJUL-ESSALUD-2026
53	Red Asistencial Tarapoto	No remitieron documento.
54	Red Asistencial Tacna	NOTA N.º 000776-GRATA-ESSALUD-2026
55	Red Asistencial Tumbes	NOTA N.º 000839-DR-RATU-2026
56	Red Asistencial Ucayali	NOTA N.º 000629-DRAU-ESSALUD-2026
57	Red Asistencial Madre de Dios	INFORME N.º 000052-UPCYRM-RAMD-ESSALUD-2026
58	Instituto Nacional Cardiovascular	NOTA N.º 000709-DIR-INCOR-ESSALUD-2026
59	Centro Nacional de Salud Renal	NOTA N.º 000616-GSR-CNSR-ESSALUD-2026

Fuente: Sistema de Gestión Documental