



ACTA
CONSEJO DIRECTIVO DE ESSALUD
DÉCIMA SESIÓN EXTRAORDINARIA
Lima, 02 de diciembre de 2025

En la ciudad de Lima, siendo las nueve horas del dos de diciembre de dos mil veinticinco, se reunió el Consejo Directivo del Seguro Social de Salud - EsSalud, en el tercer piso de la Sede Central, sito en Jirón Domingo Cueto N° 120, distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima, bajo la Presidencia del señor **SEGUNDO CECILIO ACHO MEGO**, Presidente Ejecutivo y Presidente del Consejo Directivo de la referida institución, para llevar a cabo la Décima Sesión Extraordinaria, la cual fue convocada el 28 de noviembre de 2025, a través de la dirección electrónica antonio.delcastillo@essalud.gob.pe (dicha convocatoria, consta como antecedente de la presente sesión).

Para dar inicio a la sesión se dio cuenta que la misma se realizaría bajo la modalidad mixta, contando con la participación presencial de los siguientes señores(as) consejeros (as):

JANE PILAR MAJLUF CHACÓN

De acuerdo con lo establecido en los artículos 15°, 16° y 20° del Texto Integrado del Reglamento Interno del Consejo Directivo de EsSalud aprobado por el numeral 2) del Acuerdo N° 26-12-ESSALUD-2024, adoptado en la Décimo Segunda Sesión Ordinaria del 25 de junio de 2024, se dio cuenta al colegiado de la participación virtual, bajo la modalidad sincrónica, a través de la plataforma Teams de los siguientes señores consejeros:

CÉSAR ENRIQUE CHANAMÉ ZAPATA
SIMÓN ENVER ESTRELLA IZARRA
RICARDO VICENTE ALIAGA QUILLCA
LUIS ALBERTO VILLANUEVA CARBAJAL

Asimismo, se da cuenta de la inasistencia de los consejeros **CARLOS PUGA POMAREDA** y **LELIA LOURDES LAZO CORNEJO**.

Conforme a lo establecido en el artículo 15° del Texto Integrado del Reglamento Interno del Consejo Directivo de EsSalud, participan, además, en la presente sesión, el señor **Martín Freddy Colca Ccahuana**, en su calidad de Gerente General y el señor **Antonio Sigifredo Del Castillo Miranda**, en su calidad de Secretario General y Secretario del Consejo Directivo de EsSalud. De la misma manera, participa el señor **Raúl Emilio Del Solar Portal**, Gerente Central de Asesoría Jurídica.

Asimismo, los señores consejeros autorizaron la presencia de la señora Yovana Miranda Castillo, por parte de la Presidencia Ejecutiva, del señor Moisés Alberto Navarro Palacios, por parte de la Gerencia General y de los señores Braulio Rosillo Larios, Ninfa Calle Hernández y Karina Jáuregui Arévalo, por parte de la Secretaría General.

CÓMPUTO DE CONCURRENCIA

Seguidamente, el señor Segundo Cecilio Acho Mego, Presidente del Consejo Directivo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 20° del Texto Integrado del Reglamento Interno del Consejo Directivo de EsSalud, al contar con la participación de seis (6) miembros del colegiado designados a la fecha y, por tanto, cumpliendo con el quórum de reglamento, declaró válidamente instalada la sesión.

I. ORDEN DEL DÍA

1.1. RATIFICACIÓN DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA - PIA 2026 Y PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL - POI 2026

Pasando a la estación de orden del día, se invitó a pasar a la sala a los señores William Federico Alcántara Infantes, Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto – GCPP, acompañado de los señores Jesús Jara Gómez, Gerente de Presupuesto y Giovana Sara Jessen Vigil, Gerente de Planeamiento Corporativo, para la presentación de la ratificación de Presupuesto Institucional de Apertura – PIA 2026 y Plan Operativo Institucional – POI 2026.

Dando inicio a la exposición, la señora Giovana Jessen precisó a manera de antecedentes los siguientes puntos:

- i) Mediante Acuerdo N° 04-7E-ESSALUD-2025 de fecha 28 de agosto de 2025, el Consejo Directivo aprobó el Proyecto de Presupuesto Institucional de Apertura del Seguro Social de Salud - EsSalud para el ejercicio presupuestal 2026, y el Proyecto del Plan Operativo Institucional del Seguro Social de Salud - EsSalud correspondiente al ejercicio 2026.
- ii) A través del Oficio N° 0398-2025-GPC-FONAFE, del 21 de noviembre de 2025, el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE hizo de conocimiento que el presupuesto de EsSalud para el año 2026 ha sido aprobado mediante Acuerdo de Directorio N° 004-2025/006-FONAFE; indicando que el presupuesto desagregado deberá ser aprobado por el Consejo Directivo, teniendo en consideración los montos aprobados por FONAFE y lo establecido en la Directiva de Gestión, e indicando que su aprobación se realice en un plazo que no exceda del 04 de diciembre del presente año.

Seguidamente, la señora Giovana Jessen pasó a presentar el Presupuesto Institucional de Apertura - PIA 2026 del Seguro Social de Salud – EsSalud, conforme al siguiente detalle:

- i) El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) de **Ingresos** 2026 aprobado por FONAFE asciende a S/ 19,189.4 MM, menor en 0.04% (-S/ 8.2 MM), respecto al Proyecto PIA de Ingresos 2026 aprobado por el Consejo Directivo – EsSalud (S/ 19,197.7 MM).
- ii) El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) de **Egresos** 2026 aprobado por FONAFE para el ejercicio 2026 asciende a S/ 18,872.8 MM, menor en 1.69% (S/- 324.9 MM) con respecto al Proyecto del PIA aprobado por el Consejo Directivo – EsSalud (S/ 19,197.7 MM).

RUBROS	PROYECTO PIA 2026	APROBADO PIA 2026	VARIACIÓN	
			S/	%
1. INGRESOS	19,197.7	19,189.4	-8.2	-0.04
1.1. INGRESOS OPERATIVOS	19,189.4	19,189.4	0.0	0.00
1.1.2 Venta de servicios	18,585.8	18,585.8	0.0	0.00
1.1.3 Ingresos financieros	303.9	303.9	0.0	0.00
1.1.4 Ingresos por participac. o dividendos	0.9	0.9	0.0	0.00
1.1.6 Otros	298.8	298.8	0.0	0.00
1.2. INGRESOS DE CAPITAL	0.0	0.0	0.0	0.00
1.3. RESULTADO DE EJERCICIOS ANTERIORES	8.2	0.0	-8.2	-100.00
2. EGRESOS	19,197.7	18,872.8	-324.9	-1.69
2.1. EGRESOS OPERATIVOS	18,157.8	17,837.3	-320.5	-1.77
2.1.1 Compra de bienes	3,286.5	3,126.2	-160.3	-4.88
2.1.2. Gastos de personal	9,594.7	9,418.6	-176.1	-1.84
2.1.3. Servicios prestados por terceros	4,307.8	4,374.5	66.8	1.55
2.1.4. Tributos	4.6	4.6	0.0	0.00
2.1.5. Gastos diversos de gestión	964.2	913.3	-50.9	-5.28
2.2. GASTOS DE CAPITAL	888.9	884.6	-4.4	-0.50
2.3. EGRESOS POR TRANSFERENCIAS	151.0	151.0	0.0	0.00
SALDO FINAL	0.0	316.7	316.7	0.00



La señora Giovana Jessen pasó a presentar el Plan Operativo Institucional – POI 2026 señalando que éste contiene las metas de los indicadores y de las actividades de las prestaciones de salud, económicas y sociales; programadas por las dependencias responsables como son: la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Operaciones, la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas y la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, para lo cual, se ha tomado en consideración, los ejes de la política general de gobierno para el presente mandato presidencial, el Plan Estratégico Institucional 2025-2030, los Ejes de Gestión de Intervención establecidos por la actual gestión, Prioridades Sanitarias para el año 2026, crecimiento de la población asegurada para el año 2026, y otras normas y/o documentos relacionados.

Asimismo, la señora Giovana Jessen precisó que las metas programadas de los indicadores y de las actividades de prestaciones de salud, prestaciones económicas y prestaciones sociales contenidas en el Plan Operativo Institucional – POI 2026, se encuentran alineadas al Objetivo N° 1 “Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados” y el Objetivo N° 3 “Fortalecer la atención en todos los niveles, con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel” del Plan Estratégico Institucional – PEI 2025-2030.

A su turno, el consejero Enver Estrella señaló que en esta oportunidad iba a votar a favor de la ratificación del PIA y POI 2026 conforme lo aprobado por FONAFE, pero a la vez solicitó que la Gerencia General y la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – GCPP presenten un plan específico sobre las medidas a implementar para superar las deficiencias prestacionales de EsSalud, y sobre cómo optimizar la productividad asistencial, de manera clara, medible y con mecanismos de seguimiento.

Habiéndose concluido las intervenciones y la ronda de preguntas, se procedió con la votación con el resultado siguiente:

VOTACIÓN

En mérito a la información que obra en las carpetas distribuidas a los señores consejeros, lo cual forma parte del archivo de la presente sesión, los señores consejeros, luego de la deliberación respectiva, el acuerdo propuesto **se aprobó por mayoría** conforme al siguiente detalle:

A FAVOR (4 votos)

Los consejeros Enver Estrella Izarra, Ricardo Vicente Aliaga Quillca, Luis Villanueva Carbajal y el Presidente del Consejo Directivo doctor Segundo Cecilio Acho Mego.

EN CONTRA (2 votos)

Los consejeros César Chanamé Zapata y Jane Majluf Chacón.

ACUERDO N° 06-10E-ESSALUD-2025

VISTOS:

El Memorando N° 001906-GCPP-ESSALUD-2025, el Informe N° 000235-GPRE-GCPP-ESSALUD-2025, el Memorando N° 000125-GPC-GCPP-ESSALUD-2025 y el Informe N° 00032-SGPLAN-GPC-GCPP-ESSALUD-2025 de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto; la Nota N° 001746-GCAJ-ESSALUD-2025 y el Informe N° 000816-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2025 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y la Nota N° 003495-GG-ESSALUD-2025 de la Gerencia General; y,

CONSIDERANDO:

Que, conforme al artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud EsSalud, en concordancia con el artículo 39 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, EsSalud es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7 de la precitada Ley, le compete al Consejo Directivo el aprobar el Balance General y la Memoria Anual así como el Presupuesto Anual que presenta el Presidente Ejecutivo, y disponer su remisión a las entidades correspondientes, así como la respectiva publicación;

Que, mediante la Quincuagésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011, se incorporó a EsSalud bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE, quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por dicha entidad;

Que, a través del Acuerdo de Directorio N° 003-2018/006-FONAFE, de fecha 26 de junio de 2018, se aprueba la Directiva Corporativa: "Directiva Corporativa de Gestión Empresarial, la cual fue modificada mediante Acuerdo de Directorio N° 002-2018/011- FONAFE, del 5 de diciembre de 2018, y Acuerdo N° 003-2021/003-FONAFE, del 10 de mayo de 2021; documento normativo que establece las disposiciones de obligatorio cumplimiento para las distintas empresas del Estado, así como EsSalud, como entidad pública incorporada bajo el ámbito del FONAFE;

Que, el numeral 1.2 de la citada Directiva Corporativa, establece que la misma es de aplicación a EsSalud, en lo que le resulte aplicable;

Que, el numeral 6.1 de la mencionada Directiva Corporativa, contempla que las Empresas bajo el ámbito de FONAFE deben contar con un Plan Operativo, el cual es el instrumento de gestión que define las actividades y metas que se realizarán durante el año, el mismo que debe ser aprobado por su Directorio dentro de un plazo que no exceda el 31 de diciembre del año anterior al que corresponda; asimismo, el numeral 6.2 señala que el presupuesto, como instrumento de gestión empresarial, está alineado al Plan Operativo de la Empresa, representando la parte cuantitativa del Plan Operativo;

Que, en lo referente al Proceso Presupuestal, el numeral 6.2.1 de la referida Directiva, regula lo referente al proceso presupuestal, la cual contempla la programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación presupuestal;

Que, mediante la Resolución de Dirección Ejecutiva (RDE) N° 088- 2018/DE-FONAFE, se aprueba el Lineamiento Corporativo: "Gestión Operativa y Presupuestal", la cual tuvo su última modificación mediante Resolución de Dirección Ejecutiva (RDE) N° 093-2021/DE-FONAFE; siendo que el objetivo de dicho documento es establecer disposiciones para la optimización de los recursos financieros a través del instrumento de presupuesto que contribuya a garantizar el logro de los objetivos operativos y estratégicos de las empresas bajo el ámbito de FONAFE;



Que, el numeral 2.3.3. del Lineamiento Corporativo se regula la "Aprobación presupuestal", disponiendo, entre otros aspectos, que el Plan Operativo de la Empresa, previo a su aprobación, debe ser adecuado al Presupuesto aprobado por el Directorio de FONAFE; asimismo, los planes operativos y presupuestos aprobados por las Empresas a nivel desagregado son remitidos a FONAFE, adjuntando, entre otros, el Plan Operativo y Presupuesto desagregado de la Empresa, en base al informe sustentatorio presentado por la Gerencia General u órgano equivalente, y conforme al modelo publicado en el portal web de FONAFE, el Informe del Plan Operativo y Presupuesto aprobado, adecuado al Presupuesto aprobado por el Directorio de FONAFE, conforme al modelo publicado en el portal web de FONAFE;

Que, mediante Acuerdo N° 04-7E-ESSALUD-2025 de fecha 28 de agosto de 2025, el Consejo Directivo aprobó el Proyecto de Presupuesto Institucional de Apertura del Seguro Social de Salud - EsSalud para el Ejercicio Presupuestal 2026, y el Proyecto del Plan Operativo Institucional del Seguro Social de Salud - EsSalud correspondiente al Ejercicio 2026;

Que, a través del Oficio N° 0398-2025-GPC-FONAFE, del 21 de noviembre de 2025, el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE hace de conocimiento que el presupuesto de EsSalud para el año 2026 ha sido aprobado mediante Acuerdo de Directorio N° 004-2025/006-FONAFE; indicando que el presupuesto desagregado deberá ser aprobado por el Consejo Directivo, teniendo en consideración los montos aprobados por FONAFE y lo establecido en la Directiva de Gestión, e indicando que su aprobación se realice en un plazo que no exceda el 04 de diciembre del presente año;

Que, de conformidad con el literal b) del artículo 11 del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – EsSalud, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1183-PE-ESSALUD-2025, el Consejo Directivo es el órgano de la Alta Dirección de EsSalud, al que le corresponde aprobar el Plan Estratégico, el Presupuesto Anual y modificatorias, el Balance General y la Memoria Anual que presenta el Presidente Ejecutivo, y disponer su remisión a las entidades correspondientes, así como la respectiva publicación;

Que, de conformidad con los artículos 38 y 43 del del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – EsSalud, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, a través de la Gerencia de Presupuesto, es responsable del sistema nacional de presupuesto público en la entidad; conduce el proceso presupuestario, en sus fases de programación, formulación, aprobación, control de la ejecución y evaluación, así como supervisa la calidad del gasto en la institución. Por tanto, todo pronunciamiento relacionado con implicancias, disponibilidad o impacto presupuestal corresponde exclusivamente a dicha Gerencia Central;

Que, de acuerdo con los artículos 38 y 39 del del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – EsSalud, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, a través de la Gerencia de Planeamiento Corporativo, la cual es la unidad orgánica responsable del sistema nacional de planeamiento estratégico en la entidad; proponiendo y difundiendo las normas, metodologías y procedimientos sobre la materia, así como efectuando el seguimiento y evaluación de la gestión institucional, y tiene entre sus funciones formular el Plan Estratégico y Plan Operativo Institucional y sus modificatorias en el marco de los lineamientos estratégicos institucionales y las normas vigentes;

Que, en esa línea, en el marco de sus competencias, mediante Memorando N° 001906-GCPP-ESSALUD-2025, el Informe N° 000235-GPRE-GCPP-ESSALUD-2025, el Memorando N° 000125-GPC-GCPP-ESSALUD-2025 y el Informe N° 00032-SGPLAN-GPC-GCPP-ESSALUD-2025, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto sustenta la propuesta de ratificación del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) para el año 2026, de conformidad con el Presupuesto Institucional de Apertura del Seguro Social de Salud - EsSalud para el Ejercicio 2026, aprobado por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE con Acuerdo de Directorio N° 004-2025/006-FONAFE; la aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) para el año 2026 y del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) Desagregado del Seguro Social de Salud - EsSalud, a efectos que sea puesto en consideración del Consejo Directivo, de conformidad a lo establecido en la Directiva de Gestión de FONAFE;

Que, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica mediante Nota N° 001746-GCAJ-ESSALUD-2025 e Informe N° 000816-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2025, señala que resulta legalmente viable que el Consejo Directivo apruebe la ratificación del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) para el año 2026, de conformidad con el Presupuesto Institucional de Apertura del Seguro Social de Salud - EsSalud para el Ejercicio 2026, aprobado por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE con Acuerdo de Directorio N° 004-2025/006-FONAFE; la aprobación del Plan Operativo Institucional (POI) para el año 2026 y del Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) Desagregado del Seguro Social de Salud - EsSalud, en atención a la documentación presentada por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, así como el marco normativo vigente;

En mérito a lo expuesto y de acuerdo con las atribuciones conferidas, **por mayoría**, el Consejo Directivo;

ACORDÓ:

1. **RATIFICAR** el Presupuesto Institucional de Apertura del Seguro Social de Salud - EsSalud para el Ejercicio 2026, aprobado por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE con Acuerdo de Directorio N° 004-2025/006-FONAFE conforme a la siguiente estructura y monto en Soles:

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA (PIA) 2026

RUBROS	PIA 2026
Ingresos	19,189,447,194
De Operación	19,189,447,194
De capital	
Transferencias (Ingresos)	
Financiamiento (Desembolsos)	
Resultado de Ejercicios Anteriores	
Egresos	19,189,447,194
De Operación	17,837,302,458
Gasto Integrado de Personal	11,180,709,391
Gasto de Personal	9,418,615,974
Sueldos y Salarios	7,070,273,518
Bonificaciones	3,918,304,069
Indemnización por Cese de Relación Laboral	
Incentivo por Retiro Voluntario	
Participación de Trabajadores	
Tributos	4,612,493
De Capital	884,470,134
Transferencias (Egresos)	150,993,641
Financiamiento (Servicio de Deuda)	
Saldo Final	316,680,961
Resultado Económico	316,680,961



2. **APROBAR** el Plan Operativo Institucional del Seguro Social de Salud - EsSalud correspondiente al Ejercicio 2026, en base al presupuesto aprobado por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE con Acuerdo de Directorio N° 004-2025/006-FONAFE, conforme al Anexo que se adjunta, el cual forma parte del presente Acuerdo.
3. **APROBAR** el Presupuesto a nivel Desagregado del Seguro Social de Salud - EsSalud para el ejercicio 2026, en base al Presupuesto aprobado por Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE con Acuerdo de Directorio N° 004-2025/006-FONAFE, conforme a la siguiente estructura y monto en soles:

PARTIDAS Y RUBROS	MONTO (S/)
PRESUPUESTO DE OPERACIÓN	
1 INGRESOS	19,189,447,194
1.1. Venta de Bienes	-
1.2. Venta de Servicios	18,585,842,121
1.3. Ingresos Financieros	303,895,929
1.4. Ingresos por participación o dividendos	916,609
1.5. Ingresos complementarios	-
1.6. Otros	298,792,535
2 EGRESOS	17,837,302,458
2.1 Compra de Bienes	3,126,235,764
2.1.1 Insumos y suministros	2,883,137,043
2.1.2 Combustibles y lubricantes	31,049,603
2.1.3 Otros	212,049,118
2.2. Gastos de personal (GIP)	9,418,615,974
2.2.1 Sueldos y Salarios (GIP)	7,070,273,518
2.2.1.1 Básica (GIP)	1,258,155,999
2.2.1.2 Bonificaciones (GIP)	3,918,304,072
2.2.1.3 Gratificaciones (GIP)	830,832,482
2.2.1.4 Asignaciones (GIP)	304,450,912
2.2.1.5 Horas Extras (GIP)	354,502,045
2.2.1.6 Otros (GIP)	404,028,008
2.2.2 Compensación por Tiempo de Servicio (GIP)	648,418,748
2.2.3 Seguridad y Previsión Social (GIP)	453,064,183
2.2.4 Dietas del Directorio (GIP)	576,000
2.2.5 Capacitación (GIP)	6,809,546
2.2.6 Jubilaciones y Pensiones (GIP)	399,848,558
2.2.7 Otros gastos de personal (GIP)	839,625,421
2.2.7.1 Refrigerio (GIP)	767,724
2.2.7.2 Uniformes (GIP)	209,818,149
2.2.7.3 Asistencia Médica (GIP)	-
2.2.7.4 Seguro complementario de alto riesgo (GIP)	26,673,661
2.2.7.5 Pago de indem. por cese de relac. lab. (GIP)	-
2.2.7.6 Incentivos por retiro voluntario (GIP)	-
2.2.7.7 Celebraciones (GIP)	-
2.2.7.8 Bonos de Productividad (GIP)	552,331,722
2.2.7.9 Participación de trabajadores (GIP)	-
2.2.7.10 Otros (GIP)	50,034,165

2.3 Servicios prestados por terceros	4,374,530,342
2.3.1 Transporte y almacenamiento	154,052,945
2.3.2 Tarifas de servicios públicos	173,597,329
2.3.3 Honorarios profesionales (GIP)	428,719,543
2.3.3.1 Auditorías (GIP)	3,270,000
2.3.3.2 Consultorías (GIP)	4,364,021
2.3.3.3 Asesorías (GIP)	-
2.3.3.4 Otros servicios no personales (GIP)	421,085,522
2.3.4 Mantenimiento y Reparación	271,737,116
2.3.5 Alquileres	48,124,545
2.3.6 Serv. de vigilancia, guardiana y limp. (GIP)	469,295,086
2.3.6.1 Vigilancia (GIP)	236,737,001
2.3.6.2 Guardianía (GIP)	-
2.3.6.3 Limpieza (GIP)	232,558,085
2.3.7 Publicidad y Publicaciones	1,043,675
2.3.8 Otros	2,827,960,103
2.3.8.1 Servicio de mensajería y correspondencia (GIP)	2,875,908
2.3.8.2 Prov. de personal por coop. y services (GIP)	-
2.3.8.3 Otros relacionados a GIP (GIP)	845,610,513
2.3.8.4 Otros no relacionados a GIP	1,979,473,682
2.4 Tributos	4,612,493
2.4.1 Impuesto a las Transacciones Financieras - ITF	-
2.4.2 Otros impuestos y contribuciones	4,612,493
2.5 Gastos diversos de Gestión	913,307,885
2.5.1 Seguros	77,567,828
2.5.2 Viáticos (GIP)	15,592,367
2.5.3 Gastos de Representación	-
2.5.4 Otros	820,147,690
2.5.4.1 Otros relacionados a GIP (GIP)	-
2.5.4.2 Otros no relacionados a GIP	820,147,690
2.6 Gastos Financieros	-
2.7 Otros	-
RESULTADO DE OPERACION	1,352,144,736
3 GASTOS DE CAPITAL	884,470,134
3.1 Presupuesto de Inversiones - FBK	601,116,145
3.1.1 Proyecto de Inversión	471,795,689
3.1.2 Gastos de capital no ligados a proyectos	129,320,456
3.2 Inversión Financiera	283,353,989
3.3 Otros	-
4 INGRESOS DE CAPITAL	-
4.1 Aportes de Capital	-
4.2 Ventas de activo fijo	-
4.3 Otros	-
5 TRANSFERENCIAS NETAS	(150,993,641)
5.1 Ingresos por Transferencias	-
5.2 Egresos por Transferencias	150,993,641
RESULTADO ECONOMICO	316,680,961
6 FINANCIAMIENTO NETO	-
6.1. Financiamiento Externo Neto	-
6.1.1. Financiamiento largo plazo	-
6.1.1.1 Desembolsos	-
6.1.1.2 Servicios de Deuda	-
6.1.1.2.1 Amortización	-



6.1.1.2.2	Intereses y comisiones de la deuda	-
6.1.2.	Financiamiento corto plazo	-
6.1.2.1	Desembolsos	-
6.1.2.2	Servicio de la Deuda	-
6.1.2.2.1	Amortización	-
6.1.2.2.2	Intereses y comisiones de la deuda	-
6.2	Financiamiento Interno Neto	-
6.2.1.	Financiamiento Largo Plazo	-
6.2.1.1	Desembolsos	-
6.2.1.2	Servicio de la Deuda	-
6.2.1.2.1	Amortización	-
6.2.1.2.2	Intereses y comisiones de la deuda	-
6.2.2.	Financiamiento Corto Plazo	-
6.2.2.1	Desembolsos	-
6.2.2.2	Servicio de la Deuda	-
6.2.2.2.1	Amortización	-
6.2.2.2.2	Intereses y comisiones de la Deuda	-
RESULTADO DE EJERCICIOS ANTERIORES		
SALDO FINAL		316,680,961
GIP-TOTAL		11,180,709,391

4. **ENCARGAR** a la Gerencia General, la remisión a FONAFE del Plan Operativo Institucional y del Presupuesto Desagregado para el Año 2026, de acuerdo a la normativa vigente establecida por dicha entidad, en un plazo que no exceda el 04 de diciembre del presente año. Asimismo, la Gerencia General aprobará el Plan Operativo Institucional y el Presupuesto Desagregado del Seguro Social de Salud – EsSalud por fondos y dependencias.
5. **PRECISAR** que la ejecución de los actos que realicen los órganos de EsSalud derivados del uso de los recursos de las Partidas y Rubros contenidos en el Presupuesto correspondiente al año 2026, que se apruebe a nivel institucional; deben ceñirse estrictamente al marco normativo vigente y a las habilitaciones presupuestales respectivas de acuerdo al procedimiento de la materia, bajo responsabilidad de los titulares de dichos órganos.
6. **EXONERAR** el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del Acta para que entre en inmediata ejecución.

II. INFORME

2.1. INFORME SOBRE EL PEDIDO DE MODIFICACIÓN PARCIAL DEL REGLAMENTO INTERNO DEL CONSEJO DIRECTIVO DE ESSALUD, EN EL EXTREMO REFERIDO AL SISTEMA DE VOTACIÓN

Pasando a este punto de agenda, se cedió el uso de la palabra al señor Raúl Emilio Del Solar Portal, Gerente Central de Asesoría Jurídica, quien solicitó que se autorice el ingreso a la sala de los señores Luis Carpio Angosto, Gerente de Normativa y Asuntos Administrativos y Miluska Rosario Vivanco Huerta, Subgerente de Asesoría Jurídica en Normativa.

Dando inicio a la exposición, el señor Emilio Del Solar señaló que el presente informe atiende el pedido formulado por los consejeros Carlos Puga, César Chanamé, Jane Majluf y Ricardo Aliaga en la Vigésimo Primera Sesión Ordinaria del Consejo Directivo de EsSalud, quienes solicitaron que se evalúe una propuesta de modificación del Texto Integrado del Reglamento Interno del

Consejo Directivo de EsSalud, que permita cambiar el sistema de votación para la adopción de los acuerdos del referido colegiado.

Sobre el particular, la señora Miluska Vivanco señaló lo siguiente:

- El Reglamento Interno del Consejo Directivo de EsSalud, aprobado por Acuerdo N° 31-16-ESSALUD-2016 modificado por Acuerdo N° 26-12-ESSALUD-2024, siendo que en este último Acuerdo se aprobó un Texto Integrado del Reglamento Interno del Consejo Directivo de EsSalud, señala en el artículo 22 que *cada Consejero tiene derecho y deber de emitir su voto. Los acuerdos se adoptan por mayoría simple de votos de los asistentes, correspondiendo al Presidente del Consejo Directivo emitir el voto dirimente en caso de empate.*
- El Texto Integrado del Reglamento Interno del Consejo Directivo, se ajusta al principio de jerarquía normativa contemplado en el artículo 51 de la Constitución Política, según el cual "(...) La Constitución prevalece sobre toda norma legal; la ley, sobre las normas de inferior jerarquía, y así sucesivamente (...)", lo que representa el principio de jerarquía normativa. En ese sentido, ha recogido lo establecido en el artículo 10 del Reglamento de la Ley N° 27056 aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, el cual establece expresamente que los acuerdos del Consejo Directivo de EsSalud se adoptan por "mayoría simple".

En ese sentido, la señora Miluska Vivanco terminó su presentación señalando que por el principio de jerarquía normativa, no resultaba jurídicamente viable modificar el sistema de votación contemplado en el Texto Integrado del Reglamento Interno del Consejo Directivo de EsSalud por cuanto se encuentra enmarcado en lo que establece una norma de rango superior, que es el Reglamento de la Ley 27056, aprobado por Decreto Supremo, el cual ha establecido que la adopción de acuerdos en el referido colegiado se realiza por mayoría simple. Consecuentemente, para la modificación del sistema de votación se tendría que hacer una propuesta de modificación del reglamento de la Ley N° 27056, la misma que primero debe contar con la aprobación de la propuesta normativa por Acuerdo de Consejo Directivo de EsSalud, para que luego dicha propuesta sea remitida al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo - MTPE.

Concluida la exposición, el consejero César Chanamé señaló lo siguiente:

- Que no sólo se había pedido que haya una evaluación por parte del órgano competente de asesoría jurídica, sino que también se pidió que suba a orden del día para que se pueda discutir en el seno de este colegiado y agradeció al señor Emilio Del Solar que haya mencionado que el presente informe responde a un pedido formulado por cuatro consejeros, razón por la cual reitero el pedido para que en una próxima sesión sea escalado a orden del día.
- Que si bien respeta el informe jurídico presentado, no comparte la interpretación contenida en dicho informe, razón por la cual solicita que se revise de una manera más plural, considerando que ahí había un tema que no era necesario modificar, sino simplemente mantener e interpretar adecuadamente el sentido del reglamento de la Ley y el sentido de todos los últimos reglamentos internos que siguen sosteniendo que el cómputo es de la mayoría simple de los asistentes, con énfasis en lo que significa la palabra "asistentes". Agregó que se colige en los siguientes artículos, tanto del reglamento de la ley, como del Texto Integrado del Reglamento Interno del Consejo Directivo de EsSalud, que incluso las abstenciones son votos, porque existe obligatoriedad de voto, y, por lo tanto, sí deberían ser computadas las abstenciones.

Al respecto, intervino la consejera Jane Majluf para señalar que consideraba que la evaluación presentada por la Gerencia Central de Asesoría Jurídica era acertada en el sentido de la jerarquía de las normas, sin embargo señaló que eran cuatro de los ocho consejeros actuales quienes habían pedido una opinión sobre el sistema de cómputo de votos, razón por la cual consideraba que ameritaba evaluar el sistema de votación para cambiar dicho cómputo en las sesiones hacia



adelante; razón por la cual solicitaba que dicho tema se ponga en orden del día y que se evalúe conformar un grupo de trabajo para poder revisar a futuro cómo serían las votaciones.

El consejero Ricardo Aliaga se sumó al pedido de los consejeros César Chanamé y Jane Majluf, en el sentido, que resultaba necesario programar el tema para una próxima sesión, como orden del día, con el análisis respectivo contenido en el informe jurídico que permita darle el peso que le corresponde a este tema de suma importancia.

El consejero César Chanamé agradeció a los consejeros Jane Majluf y Ricardo Aliaga por sumarse al pedido y solicitó se remita por correo electrónico el acta donde se aprobó el Texto Integrado del Reglamento Interno del Consejo Directivo y reiteró su pedido de someter a interpretación con rigor jurídico el tema del cómputo de los votos, siendo que también este colegiado podrá pedir algunas otras opiniones a expertos externos en derecho administrativo.

Sobre el particular, el señor Emilio Del Solar señaló que había tomado nota del pedido formulado en la sesión, enfatizando que el informe presentado por su despacho respondía en concreto al pedido recibido de que se evalúe una propuesta de modificación del Reglamento Interno del Consejo Directivo que permita cambiar el sistema de votación.

El Consejo Directivo tomó conocimiento del presente informe, el mismo que se presentó a este colegiado en mérito al pedido formulado en la Novena Sesión Extraordinaria llevada a cabo el 07 de noviembre de 2025, por los consejeros César Chanamé, Carlos Puga, Jane Majluf y Ricardo Aliaga.

III. DESPACHO

3.1. OPINIÓN LEGAL SOBRE LA SITUACIÓN DE LA DOCTORA LELIA LOURDES LAZO CORNEJO Y SU REPRESENTACIÓN ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO DE ESSALUD

Mediante Memorando N° 003474-GG-ESSALUD-2025 de fecha 27 de noviembre de 2025, la Gerencia General hizo suya la Nota N° 001735-GCAJ-ESSALUD-2025 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica relacionada con la solicitud de opinión legal sobre la situación de la doctora Lelia Lourdes Lazo Cornejo y su representación ante el Consejo Directivo de EsSalud.

Al respecto, el consejero César Chanamé, señaló que, en el presente caso, no formuló el pedido por un interés personal, sino que fue motivado por el caso de la señora Lelia Lourdes Lazo Cornejo que se encontraba en un limbo interpretativo. Por ello, para que el colegiado pueda tener claridad en el futuro en situaciones similares, solicitó que el Gerente Central de Asesoría Jurídica exponga el informe.

En este punto, el señor Emilio Del Solar hizo uso de la palabra para señalar, a manera de antecedente que, mediante Memorando N° 000784-SG-ESSALUD-2025, de fecha 26 de noviembre de 2025, la Secretaría General trasladó el pedido formulado por el consejero César Chanamé Zapata en la Vigésimo Segunda Sesión Ordinaria, en la que solicitó que se emita opinión legal sobre *"si con la Resolución Ministerial N° 169-2025-TR donde se acepta la renuncia de la señora Lelia Lourdes Lazo Cornejo es suficiente para que se entienda que ha cesado su representación por el Sector Trabajo quedando únicamente a la espera que se emita una resolución suprema designando a un nuevo representante"*.

Al respecto, el señor Emilio Del Solar manifestó que conforme al literal b) del artículo 12 del Reglamento de la Ley N° 27056, en el caso que un miembro, representante del Estado ante el Consejo Directivo de , renuncie a su cargo, la aceptación de dicha renuncia debe ser expresada mediante una Resolución Suprema.

El señor Emilio Del Solar precisó que el artículo 1 de la Ley N° 27594, *"Ley que regula la participación del Poder Ejecutivo en el nombramiento y designación de funcionarios públicos"*,

señala -refiriéndose a los miembros del Consejo Directivo que, para efectos de la aceptación de renuncia, debe expedirse la respectiva Resolución Suprema.

En ese sentido, el señor Emilio Del Solar concluyó que mediante Resolución N° 169-2025-TR de fecha 31 de octubre de 2025, se aceptó la renuncia de la señora Lelia Lourdes Lazo Cornejo al cargo de Jefa de Gabinete de Asesores del Despacho Ministerial del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, y se dio por concluida su participación en toda comisión, grupo de trabajo o cualquier representación en la que hubiese sido designada por el MTPE; sin embargo, dicha Resolución no hace mención a la representación ante el Consejo Directivo de EsSalud. Asimismo, el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación de EsSalud, señala expresamente que el cargo de consejero vaca por aceptación de la renuncia por Resolución Suprema, en el caso de los consejeros representantes del Estado.

IV. PEDIDOS

4.1. Consejeros César Chanamé Zapata, Jane Majluf Chacón y Ricardo Aliaga Quillca

- 4.1.1. Con relación al punto 2.1 de la estación informes, referido a la solicitud de modificación del sistema de votación, los consejeros solicitaron que se emita un informe sobre los alcances del Decreto Supremo N° 002-99-TR, respecto de lo siguiente:

Se evalúe legalmente la referencia a "mayoría simple de los asistentes" que se establece en el Reglamento de la Ley N° 27056, y, por tanto se emita opinión sobre si las abstenciones deben ser contabilizadas, más aún considerando que conforme a la mencionada norma y el Reglamento Interno del Consejo Directivo, los consejeros tienen el derecho y obligación de emitir su voto a favor, en contra o en abstención a las sesiones que asistan.

Al respecto, se dispuso trasladar el pedido a la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, para que emita opinión a la brevedad posible.

4.2. Consejeros César Chanamé Zapata y Jane Majluf Chacón

- 4.2.1. Con relación al punto 3.1 de la estación despacho de la sesión, referido a la representación de la consejera Lelia Lazo, solicitaron se amplíe y emita opinión legal sobre lo siguiente:

- ¿Qué pasaría si, vencidos los 2 años de representación de los consejeros, no se emite la resolución correspondiente, que dé por finalizada la misma, o la renovación por 2 años adicionales en caso correspondan? Y si habría diferencia en su tratamiento entre los representantes del Estado y los del sector privado.
- ¿Qué sucede si un representante renuncia y no se emite la resolución correspondiente aceptando su renuncia; ¿continúa ejerciendo como consejero?, ¿se configuraría la vacancia, en caso no asista a las sesiones?

Al respecto, se dispuso trasladar el pedido a la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, para que emita opinión en enero del año 2026.

4.3. Consejera Jane Majluf Chacón

- 4.3.1. En relación con el punto 1.1 de la estación Orden del Día, referido a la ratificación del PIA 2026 y POI 2026, donde se expuso que habría una reducción en el gasto de compra de insumos y equipos médicos, solicitó que se informe el stock, sobre stock o falta de éste, así como la redistribución realizada durante el 2025, en cada Red Asistencial, respecto de los equipos e insumos médicos, teniendo en cuenta que representa urgente necesidad para la ejecución de las prestaciones asistenciales en los asegurados, toda vez que es conocido por la población



asegurada actualmente la falta y carencia de los mismos y que pone en riesgo la salud pública de quienes son atendidos por EsSalud.

Al respecto, se dispuso trasladar el pedido a la Gerencia Central de Operaciones y a la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos, para que informen lo solicitado en la primera sesión ordinaria de febrero de 2026.

- 4.3.2. Con relación al punto 2.1 de la estación informes, referido a la solicitud de modificación del sistema de votación, solicitó *que se considere la Conformación de un Grupo de Trabajo en el seno del Consejo Directivo con la finalidad de revisar analizar y proponer los cambios legislativos referidos al cómputo de las votaciones con la finalidad de mejorar la gobernanza de EsSalud*

Al respecto, se dispuso trasladar el pedido a la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, para que emita opinión a la brevedad posible.

4.4. Consejero César Chanamé Zapata

- 4.4.1. En relación al punto 3.1 de la estación despacho de la sesión, referido a la representación de la consejera Lelia Lazo, solicitó que vía correo electrónico se remita la presentación mostrada en la sesión.

Al respecto, se dispuso trasladar el pedido a la Secretaría General para dar atención a lo solicitado a la brevedad posible.

- 4.4.2. Reiteró que en el presente mes la Gerencia Central de Promoción de la Gestión de la Inversión Privada le conceda una reunión para realizar el seguimiento a las adendas de los contratos de las APPs SALOG y Torre TRECCA.

Al respecto, se dispuso trasladar el pedido a la Gerencia Central de Promoción de la Gestión de la Inversión Privada para dar atención a lo solicitado en el mes de diciembre, debiendo informar sobre la realización de la reunión solicitada.

4.5. Consejero Enver Estrella Izarra

- 4.5.1. Con relación al punto 1.1 de la estación Orden del Día, referido a la ratificación del PIA 2026 y POI 2026, solicitó que se presente un plan específico sobre las medidas a implementar para superar las deficiencias prestacionales de EsSalud, y sobre cómo optimizar la productividad asistencial, de manera clara, medibles y con mecanismos de seguimiento.

Al respecto, se dispuso trasladar el pedido a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y a la Gerencia General, para que se sirvan remitir la información solicitada en la segunda sesión ordinaria de marzo de 2026.

No habiendo otro asunto que tratar, se levantó la sesión siendo las doce horas en la fecha.



SEGUNDO CECILIO ACHO MEGO



JANE PILAR MAJLUF CHACÓN



CÉSAR ENRIQUE CHANAMÉ ZAPATA



SIMÓN ENVER ESTRELLA IZARRA



RICARDO VICENTE ALIAGA QUILLCA



LUIS ALBERTO VILLANUEVA CARBAJAL



ANTONIO SIGIFREDO DEL CASTILLO MIRANDA
Secretario General
ESSALUD

ANEXO N° 9

INFORME DE APROBACION DEL PLAN OPERATIVO Y PRESUPUESTO

I.- Aspectos Generales

1.1. Naturaleza Jurídica

El Seguro Social de Salud - ESSALUD se constituye en una entidad administradora de fondos intangibles de la Seguridad Social de Salud¹, adscrita al Sector Trabajo y Promoción del Empleo, y cuenta con personería jurídica de derecho público interno y autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable². No obstante, es importante precisar que está sujeta a las normas de gestión, directivas y procedimientos en materia presupuestal que establece el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado – FONAFE³.

1.2. Objeto Social

ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud; prestaciones económicas y sociales, que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud, así como otros seguros de riesgos humanos⁴; mediante la recepción, captación y gestión de los fondos de la Seguridad Social de Salud.

1.3. Consejo Directivo

Es el órgano de la Alta Dirección de ESSALUD responsable de establecer la política institucional y supervisar su aplicación. Está conformado por tres representantes del Estado, tres representantes de los empleadores y tres representantes de los asegurados, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley N° 27056, Ley de Creación de ESSALUD, modificada por el artículo 27° de la Ley N° 30680. Su composición se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1: Integrantes del Consejo Directivo

Nombres y Apellidos	Cargo	Fecha de designación
Representantes del Estado		
Dr. Segundo Cecilio Acho Mego	Presidente Ejecutivo (R.S. N.° 003-2025-TR)	08/03/2025
Sra. Lelia Lourdes Lazo Cornejo	Representante del Estado. Mediante R. M. N.° 169-2025-TR se da por concluida su participación en toda comisión, grupo de trabajo o cualquier representación en la que hubiese sido designada por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo	31/10/2025

¹ Artículo 39 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.

² Artículo 1° de la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.

³ La Quincuagésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2011, dispone la incorporación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) bajo el ámbito de FONAFE.

⁴ Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud

Nombres y Apellidos	Cargo	Fecha de designación
Sr. Simón Enver Estrella Izarra	Representante del Ministerio de Salud (R.S. N° 025-2023-TR)	01/12/2023
Representantes de los empleadores		
Sr. Carlos Miguel Puga Pomareda	Representante de la Gran Empresa (R. M. N° 132-2024-TR)	28/08/2024
Sr. Jane Pilar Majluf Chacon	Representante de la Mediana Empresa (R. M. N° 056-2024-TR)	11/04/2024
Sr. César Enrique Chanamé Zapata	Representante de la pequeña y microempresa (R. M. N° 052-2024-TR)	10/04/2024
Representantes de los asegurados		
Sr. Ricardo Vicente Aliaga Quillca	Representante de los trabajadores del régimen laboral de la actividad privada (RM N° 050-2024-TR)	16/04/2024
Sr. Luis Alberto Villanueva Carbajal	Representante de los Asegurados del Régimen Laboral de la actividad pública (RM N° 058-2025-TR)	24/04/2025
A la fecha no se ha designado representante	Representante de los Pensionistas	--

Fuente: Secretaría General, tomado de <https://www.gob.pe/institucion/essalud/consejo-directivo>
Elaboración: Gerencia de Planeamiento Corporativo

1.4. Gerencias principales

El Seguro Social de Salud – ESSALUD cuenta con una Gerencia General y las siguientes Gerencias Centrales, según el Reglamento de Organización y Funciones vigente:

Tabla 2: Principales Gerencias Centrales de ESSALUD

Nombres y Apellidos	Resolución	Fecha de designación
Gerente General		
Dr. Martín Fredy Colca Ccahuana	Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000840-PE-ESSALUD-2025	15/08/2025
Gerencia Central de Prestaciones de Salud		
Dra. María Del Pilar Torres Levano	Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 263-PE-ESSALUD-2025	28/03/2025
Gerencia Central de Operaciones		
Dra. Tania Rosalía Rodas Malca (encargada)	Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 001090-PE-ESSALUD-2025	20/10/2025
Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas		
Dr. Yilbert Yadir Lenin Zeballos Pacheco	Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 299-PE-ESSALUD-2025	09/04/2025
Gerente Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad		
Dra. Tania Rosalía Rodas Malca	Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 110-PE-ESSALUD-2023	26/03/2023
Gerente Central de Atención al Asegurado		
Luis Carlos Cabanillas Gonzales	Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 896-PE-ESSALUD-2025	02/09/2025

Fuente: Directorio de Funcionarios, tomado de <https://www.gob.pe/institucion/essalud/consejo-directivo>
Elaboración: Gerencia de Planeamiento Corporativo



1.5. Marco Regulatorio

ESSALUD se encuentra en el marco de los alcances de las normas que se mencionan a continuación:

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud, de fecha 17 de mayo de 1997, su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 009-1997-SA y modificatorias.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, de fecha 30 de enero de 1999, su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR, y modificatorias.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, artículo 39 "Naturaleza" del Capítulo IV "Entidades Administradoras de Fondos Intangibles de la Seguridad Social", de fecha 20 diciembre 2007.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, de fecha 09 de abril de 2009, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA.
- Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año Fiscal 2011, de fecha 09 de diciembre de 2010, cuya Quincuagésima Quinta Disposición Transitoria Complementaria Final, dispone la incorporación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por dicho organismo.
- Decreto Supremo N° 016-2012-TR, de fecha 12 de setiembre de 2012, que declara en reorganización el Seguro Social de Salud-ESSALUD a fin de garantizar la efectiva prestación de los servicios que brinda a los asegurados, así como la intangibilidad de sus recursos en el marco del derecho a la seguridad social.
- Decreto Supremo N° 010-2016-SA, Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas, de fecha 26 de febrero de 2016, Artículo 5 "Finalidad de las IAFAS Públicas del Capítulo II "Adecuaciones Administrativas".
- Decreto Supremo N° 042-2023-PCM de fecha 25 de marzo de 2023, que aprueba la Política General de Gobierno para el presente mando presidencial.
- Decreto Supremo N° 103-2022-PCM de fecha 21 de agosto de 2022, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública (PNMGP) al 2030.
- Decreto Supremo N° 026-2020-SA de fecha 24 de agosto de 2020, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.
- Resolución Ministerial N.° 048-2024-TR de fecha 01 de abril de 2024, que aprueba el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2024 - 2030 del Sector Trabajo y Promoción del Empleo.
- Directiva Corporativa de Gestión Empresarial aprobada mediante Acuerdo de Directorio N° 003-2018/006-FONAFE de fecha 26.06.2018 y modificatorias mediante Acuerdos de Directorio N° 002-2018/011-FONAFE y N° 003-2021/003-FONAFE.
- Lineamiento Corporativo: "Gestión Operativa y Presupuestal", Aprobado mediante Resolución de Dirección Ejecutiva (RDE) N° 088-2018/DE-FONAFE de fecha 02 de octubre de 2018. Modificado mediante Resolución de Dirección Ejecutiva (RDE) N° 107-2019/DE-FONAFE de fecha 18 de

diciembre de 2019 y Resolución de Dirección Ejecutiva (RDE) N° 093-2021/DE-FONAFE de fecha 30 de diciembre de 2021.

- Mecanismos para la Programación, Formulación y Aprobación Año 2026 aprobado mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 022-2025/DE-FONAFE.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 001013-PE-ESSALUD-2024, de fecha 28 de diciembre de 2024, que modifica y aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD.
- Acuerdo de Consejo Directivo N° 17-12E-ESSALUD-2024 de fecha 27 de diciembre de 2024 que aprueba el Plan Estratégico Institucional 2025-2030 del Seguro Social de Salud - ESSALUD, documento vigente que brinda el marco estratégico que orienta la gestión de la institución.

1.6. Estructura organizacional

La estructura orgánica de ESSALUD se encuentra definida en el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, aprobado con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 y modificatorias, cuya última modificación se aprobó mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 001183-PE-ESSALUD-2025, de fecha 12 de diciembre de noviembre 2025.

ESSALUD cuenta con la siguiente estructura orgánica:

Órganos Centrales

- **Órganos de la Alta Dirección:** Consejo Directivo, Presidencia Ejecutiva y Gerencia General.
- **Órgano de Control Institucional.**
- **Órganos de Apoyo y de Asesoramiento de la Alta Dirección:** Secretaría General, Oficina de Relaciones Institucionales, Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, Oficina de Cooperación Internacional, Oficina de Defensa Nacional y Oficina de Integridad.
- **Órganos de Administración Interna - Asesoramiento:** Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y Gerencia Central de Asesoría Jurídica.
- **Órganos de Administración Interna - Apoyo:** 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 y Gerencia Central de Promoción y Gestión de la Inversión Privada.
- **Órganos de Línea:** 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 y Gerencia Central de Operaciones.

Órganos Desconcentrados

- Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI.
- Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE.
- Redes Prestacionales: Almenara, Rebagliati, Sabogal y Lambayeque.
- Redes Asistenciales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Huaraz, Ica, Juliaca, Junín,

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

Jaén, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Moyobamba, Pasco, Piura, Puno, Tacna, Tarapoto, Tumbes y Ucayali.

- Instituto de Medicina Tradicional – IMET.

Órganos Prestadores Nacionales

- Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR.
- Centro Nacional de Salud Renal – CNSR.
- Centro Nacional de Telemedicina – CENATE.
- Gerencia de Procura y Trasplante - GPT
- Gerencia de Oferta Flexible – GOF.

Áreas Operativas Desconcentradas

- Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas

La estructura orgánica de ESSALUD, se muestra en la Figura 1:



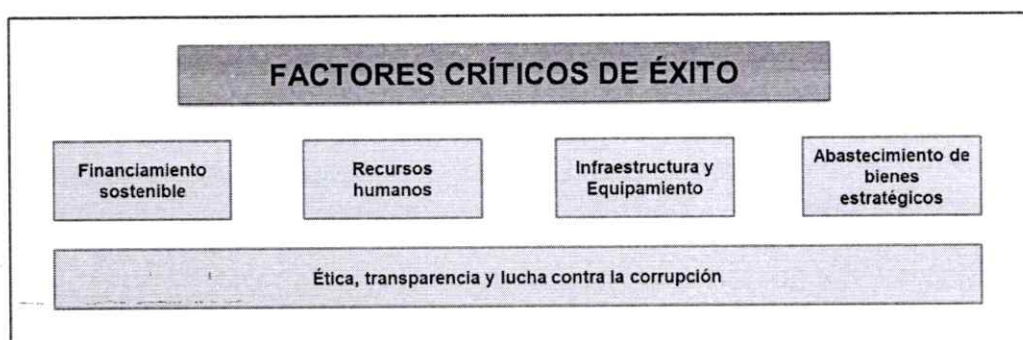
Fuente: Gerencia de Organización y Procesos – Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto

1.7. Factores críticos de éxito

El éxito del Plan Operativo Institucional 2026 depende de las variables que incidirán directamente sobre la eficiencia, eficacia, economía, productividad y viabilidad del cumplimiento de las metas y logros de los objetivos institucionales que son liderados y monitoreados por la Alta Dirección de ESSALUD, debido al impacto directo que tienen sobre las tres prestaciones que se brindan a los asegurados: (a) prestaciones de salud, (b) prestaciones económicas y (c) prestaciones sociales.

Estos principales factores críticos de éxito se muestran a continuación:

Figura 2: Factores críticos de éxito



Fuente: Elaborado por la Gerencia de Planeamiento Corporativo

A continuación, se detallan cada uno de los factores de éxito:

1.7.1. Financiamiento sostenible

El financiamiento sostenible garantiza la disponibilidad continua de recursos económicos necesarios para la implementación de todas las actividades previstas en el plan operativo. Sin un flujo estable y adecuado de fondos, no es posible mantener ni ampliar las prestaciones de salud, económicas y sociales. A la fecha el contexto nacional e internacional está impactando creando un escenario que es importante considerar.

Para ello, hay que partir de lo señalado en el artículo 11° de la Constitución Política del Perú, el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Al respecto, el artículo 1° de la Ley N° 26790 es concordante con dicha disposición constitucional, al establecer que la Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que recogen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas y se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud.

A efectos de dimensionar lo que implica brindar cobertura en Seguridad Social en Salud garantizando el acceso oportuno y de calidad a las prestaciones de la población asegurada, es importante mencionar algunos **aspectos resaltantes de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.**

- El Seguro Social de Salud brinda cobertura a sus asegurados, mediante el otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, bienestar y promoción social, en dinero correspondiente a subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones de sepelio, entre otros.
- Constituyen asegurados del Seguro Social de Salud, los afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes⁵.
- El Seguro Social de Salud, financia las prestaciones de salud, sociales y económicas mediante los aportes y otros pagos que percibe de los diferentes tipos de afiliados regulares, potestativos, entre otros.
- El aporte al Seguro Social de Salud es de carácter obligatorio para los afiliados regulares.
- El aporte de los trabajadores en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso. La base imponible mínima mensual no podrá ser inferior a la Remuneración Mínima Vital vigente; y es de cargo de la entidad empleadora, la declaración y pago de las aportaciones a ESSALUD, al mes siguiente, dentro de los plazos establecidos en la normatividad vigente, a aquel en que se devengaron las remuneraciones afectas.

Para estos efectos se considera remuneración la así definida por los Decretos Legislativos N°s 728 y 650 así como sus modificatorias. Tratándose de los socios de cooperativas de trabajadores, se considera remuneración el íntegro de lo que el socio recibe como contraprestación por sus servicios.

Prácticas inequitativas en el financiamiento: riesgo sobre la sostenibilidad financiera /riesgo sobre la gestión prestacional.

De acuerdo con los resultados de distintos Estudios Actuariales elaborados por la OIT, ESSALUD viene experimentando una ostensible presión incrementalista de cobertura prestacional y poblacional que genera una fuerte tensión entre esta dinámica expansiva y la limitación de los medios disponibles para su financiamiento en el que se desenvuelve en los últimos años.

La situación descrita fue identificada desde el año 2015 en el Estudio Actuarial realizado por la Organización Internacional del Trabajo – OIT, donde se describió

⁵ Son afiliados regulares, los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia, los trabajadores independientes que sean incorporados por mandato de una ley especial.

Todas las personas no comprendidas en el párrafo anterior se afilian bajo la modalidad de asegurados potestativo en ESSALUD o en la Entidad Prestadora de Salud de su elección.

Son derechohabientes el cónyuge o el concubino a quienes se refiere el artículo 326 ° del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, siempre que no sean afiliados obligatorios. La cobertura de los hijos se inicia desde la concepción, en la atención a la madre gestante.

que, la “tendencia [...] de aprobar esquemas especiales de aportación para grupos específicos, que resultan en una reducción significativa de los ingresos de ESSALUD. Estos grupos reciben el mismo perfil de beneficios que el resto de asegurados y su aportación correspondiente es menor en términos porcentuales. Estas prácticas, si bien están respaldadas por la aprobación de nueva legislación, no han sido sustentadas con un análisis técnico y atentan contra los principios de equidad y de sostenibilidad”. A la fecha, este riesgo se mantiene vigente.

Por tanto, existen riesgos reales para la sostenibilidad financiera de ESSALUD y simultáneamente, para el acceso equitativo a servicios de calidad y oportunos, por la demanda creciente de prestaciones de salud e infraestructura que ya se ha venido experimentando, al punto que los recursos de ESSALUD se ven permanentemente afectados, perjudicando su operatividad con serias consecuencias en su capacidad para brindar cobertura prestacional a los asegurados que constituyen obligaciones institucionales por mandato legal.

Asimismo, el Estudio Financiero Actuarial 2018, sostiene que el Seguro Social de Salud se ha visto debilitado en sus resultados financieros, entre otros factores, por *“la aprobación de diversas piezas de legislación que han venido erosionando la base contributiva a través de la exoneraciones y tasas contributivas diferenciadas para grupos específicos”*⁶; en ese sentido, en el ámbito financiero recomienda *“iniciar un diálogo político y con demás agentes involucrados acerca de la necesidad de eliminar la práctica, recurrente en los últimos años, de aprobar legislación que implique nuevo gasto o menores ingresos para ESSALUD si esta no tiene una contraparte equivalente que neutralice cualquier efecto adverso en sus finanzas; en este aspecto, se está faltando a lo establecido en el numeral 3 del Convenio núm. 102”*⁷.

En el último Estudio Financiero Actuarial 2022, entre otras conclusiones y recomendaciones, se señala que *EsSalud en sus Proyecciones financieras presentaría un debilitamiento a corto plazo (más concretamente a partir del 2026) y una situación de extrema debilidad a medio plazo en un escenario, sin cambios, generando una tendencia deficitaria en las finanzas de EsSalud*, motivadas entre otros factores porque se aprueban leyes o normas que no han sido previamente revisadas o evaluadas por EsSalud generando que existan esquemas especiales de aportación para grupos específicos, que resultan en una reducción significativa de los ingresos de EsSalud. Estos grupos reciben el mismo perfil de beneficios que el resto de asegurados y su aportación correspondiente es menor en términos porcentuales. Estas prácticas, si bien están respaldadas por la legislación, no han sido sustentadas con un análisis técnico y atentan contra los principios de equidad y de sostenibilidad. Es por ello, que resulta urgente adoptar medidas para garantizar el acceso oportuno y el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la seguridad social en salud de los asegurados, mediante el sostenimiento y equilibrio financiero de EsSalud, asegurando la continuidad y mejora de los servicios de salud, optimizando la administración de los recursos y garantizando el carácter intangible de los fondos de la seguridad social.

⁶ Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) 2018. Lima: OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2019. p. 108.

⁷ Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) 2018. Lima: OIT / Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2019. p. 115.

1.7.2. Recursos Humanos

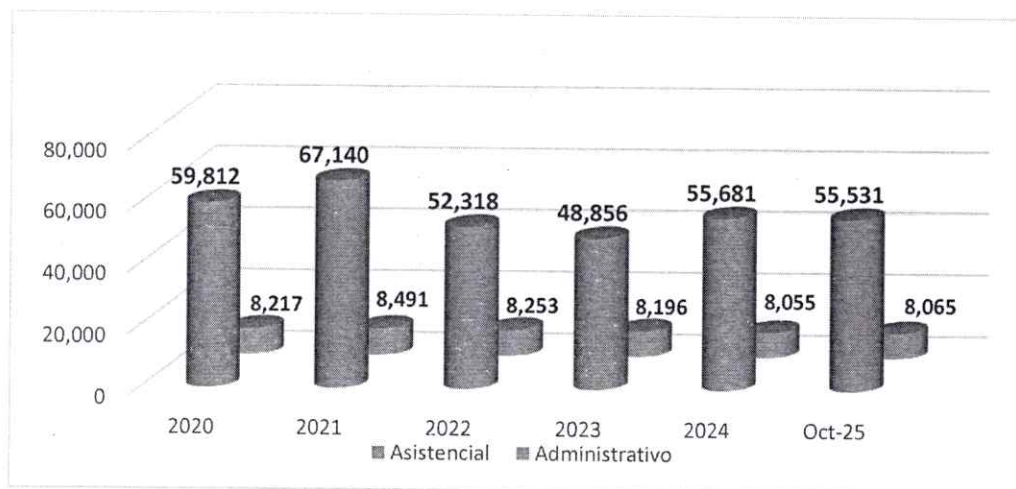
El capital humano es la base para ofrecer servicios de calidad en salud. Contar con profesionales capacitados, motivados y en número suficiente permite ejecutar las actividades planificadas de manera eficiente. Además, la formación continua, el bienestar laboral y la adecuada gestión del personal contribuyen a mantener un equipo comprometido y alineado con los objetivos institucionales, lo que impacta directamente en la consecución del plan operativo.

Al mes de octubre de 2025, EsSalud cuenta con un total de 63,596 colaboradores, de los cuales el 87.32% corresponde a personal asistencial y el 12.68% a personal administrativo. Esto equivale a una proporción aproximada de siete trabajadores asistenciales por cada trabajador administrativo, lo cual presenta una tendencia a incrementarse debido al aumento de personal asistencial debido a la implementación de dispositivos legales como la Ley N° 31539 (Pase de Cas COVID a Cas Regular), Ley N° 32179 (Contratación de suplencias a plazo indeterminado) y Ley N° 32045 (regular la movilidad interna del personal profesional, técnico y auxiliar del Seguro Social de Salud).

Cabe destacar que el componente de recursos humanos representa más del 50% del presupuesto operativo institucional, lo que resalta su relevancia en la gestión y sostenibilidad de los servicios.

A continuación, se presenta la evolución del número de recursos humanos, diferenciando entre personal asistencial y administrativo.

Figura 3: Personal Asistencial y Administrativo 2020 – octubre 2025



Del total de colaboradores, 45,224 se encuentran bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo N° 728; 11,039 laboran bajo la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios (CAS), regulada por el Decreto Legislativo N° 1057; y un grupo menor pertenece al régimen del Decreto Legislativo N° 276.

Tabla 3: Personal Asistencial y Administrativo 2020 – octubre 2025

Descripción	Años					
	2020	2021	2022	2023	2024	Oct-25
D.L. N° 276	11,308	10,507	9,581	8,525	7,514	7,333
D.L. N° 728	39,263	39,768	39,676	41,782	44,104	45,224
D.L. N° 1057-CAS	5,800	4,712	5,733	6,745	12,118	11,039
CAS COVID	11,658	20,644	5,581	-	-	-
Total	68,029	75,631	60,571	57,052	63,736	63,596

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas

Sin embargo, EsSalud enfrenta una brecha estimada de recursos humanos al II semestre que asciende a 19,355 profesionales de la salud, un 3.6% más con respecto a la estimación al semestre anterior. De este total, el 35.2% (6,817) corresponde a médicos, el 31.5% (6,264) a otros profesionales de la salud y el 32.4% (6,274) a personal asistencial diverso, según lo reportado por la Gerencia Central de Operaciones mediante el Memorando Circular N° 000206-GCOP-ESSALUD-2025 e Informe N° 000168-GOPEE-GCOP-ESSALUD-2025.

1.7.3. Infraestructura y equipamiento

Al mes de octubre de 2025, la infraestructura disponible para la prestación de servicios de salud está conformada por 402 establecimientos de salud, de los cuales 393 son de propiedad institucional y 9 corresponden a establecimientos extra institucionales que operan bajo convenios o contratos con entidades del sector público y privado.

Estos establecimientos se encuentran distribuidos a nivel nacional, atendiendo conforme a su respectiva resolución de creación, y brindan servicios de salud de manera regular a los asegurados y derechohabientes. Es de precisar que mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 000480-PE-ESSALUD-2025, se crea la IPRES "Hospital de Especialidades Quirúrgicas Canta Callao", ubicado en el distrito de San Martín de Porres de la provincia y departamento de Lima correspondiente al ámbito de la Red Prestacional Sabogal.

La infraestructura disponible para brindar prestaciones económicas asciende a treinta y cinco (35) Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE), de las cuales diez (10) están ubicadas en Lima y veinticinco (25) en el resto del territorio nacional.

Por otro lado, la infraestructura disponible para brindar prestaciones sociales incluye 126 Centros de Atención al Adulto Mayor (CAM), 92 Círculos del Adulto Mayor (CIRAM), 4 Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERPS) y 13 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS).

Equipamiento biomédico y electromecánico

EsSalud, al 07 de noviembre del 2025, cuenta con 65,475 equipos biomédicos y electromecánicos entre operativos e inoperativos, de los cuales 54,755 son

operativos que representa el 83.63% y 10,720 son equipos inoperativos que representa el 16.37%; los mismos que están ubicados en los establecimientos de salud y que han sido distribuidos a nivel nacional.

Asimismo, dispone de tomógrafos, angiógrafos, cámaras gama, equipos de rayos X, entre otros equipos considerados de alta tecnología que, por su diseño y uso de tecnología moderna, permiten mejorar la calidad de la atención de salud al paciente e incrementar su efectividad de los cuidados y tratamientos requeridos, el detalle se muestra a continuación:

Tabla 4: Estado Situacional de los Equipos Biomédicos y Electromecánicos – noviembre 2025

EQUIPAMIENTO	TOTAL	OPERATIVOS		INOPERATIVOS	
TOTAL	65,475	54,755	83.63%	10,720	16.37%
Biomédicos	49,323	40,481	82.07%	8,842	17.93%
Electromecánicos	16,152	14,274	88.37%	1,878	11.63%

Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión - Software SISMAC, 07 noviembre 2025

Equipamiento Informático

Con el propósito de brindar soporte tecnológico a las prestaciones que ofrece EsSalud, al mes de octubre de 2025 se dispone de un total de 32,658 computadoras personales, distribuidas en 31,601 equipos de escritorio (PCs) y 1,057 laptops, así como 15,727 impresoras.

Del total de computadoras, el 90.5% se encuentra asignado a los órganos desconcentrados y el 9.5% a los órganos centrales. En el caso de las impresoras, el 96.6% está ubicado en los órganos desconcentrados y el 3.4% en los órganos centrales. Cabe destacar que el 100% de estos equipos son de propiedad institucional.

1.7.4. Abastecimiento de bienes estratégicos

ESSALUD cuenta con la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos que se encarga del proceso de estimación y determinación de necesidades de bienes estratégicos, que garanticen la calidad, economía y oportunidad de abastecimiento.

Un proceso importante en la gestión de abastecimiento es el monitoreo, para lo cual se cuenta con un sistema de Monitoreo del Abastecimiento de Bienes Estratégicos que permite la toma de decisiones oportunas, manteniendo un solo criterio, evaluando de manera global la Situación de Disponibilidad para priorizar un abastecimiento equilibrado, contando con información relacionada al estado de suministro a nivel nacional (por órgano desconcentrado) como también de la ejecución contractual; información del número de productos que se encuentra crítico y en sobre stock en cada red; la evolución de la disponibilidad y el consumo, vencimientos, estimación de necesidades, entre otros elementos que deberían permitir tener un mejor control de los bienes estratégicos.

Sin embargo, también se debe reforzar y fortalecer al equipo técnico con perfiles especializados por tipo de contrataciones y en el manejo de herramientas tecnológicas que permitan agilizar los procedimientos. Así mismo, es importante mejorar los procesos operativos relacionados a la consolidación y depuración del Cuadro Multianual de Necesidades (CMN) con acompañamiento técnico a las áreas usuarias, implementar un protocolo de validación técnica unificado, especialmente para requerimientos de compras menores y el diseño de una matriz de trazabilidad para expedientes e indicadores de desempeño, desde el requerimiento hasta la solicitud de aprobación del expediente.

La gestión eficiente y oportuna de los bienes estratégicos dependerá de mejoras en la gestión del aprovisionamiento y compras, así como de la gestión de riesgos en el proceso de adquisiciones y abastecimiento.

1.7.5. Ética, transparencia y lucha contra la corrupción

La ética, transparencia y lucha contra la corrupción son pilares fundamentales para una gestión exitosa en ESSALUD, ya que promueven la confianza pública, optimizan el uso de recursos, y aseguran la calidad y equidad en la prestación de los servicios.

La implementación de prácticas éticas, transparentes y la lucha contra la corrupción genera confianza en el sistema de salud, tanto en los profesionales como en las instituciones. Así mismo, la transparencia en la administración y gestión de los recursos aseguran que estos se utilicen de manera efectiva y lleguen a quienes más lo necesitan.

Por otro lado, estos factores de éxito tienen una relación directa con la calidad de la atención, para garantizar que la población asegurada reciba una atención de calidad, basada en evidencia y con acceso equitativo a los servicios.

La implementación de políticas y mecanismos anticorrupción reducen las oportunidades de corrupción y promueve una cultura de integridad, facilitando la rendición de cuentas de los funcionarios y gestores. Para ello será necesario poner énfasis en la implementación de códigos de ética y políticas anticorrupción, establecer reglas claras de comportamiento para los profesionales de la salud y los gestores, así como mecanismos para denunciar y sancionar la corrupción. Igualmente, es importante transparentar la información sobre el presupuesto, las contrataciones y las decisiones relevantes para la población asegurada.

La integridad institucional y la confianza de la población dependen de prácticas éticas, la transparencia en la gestión y la prevención de actos corruptos. Estos valores fortalecen la legitimidad de la institución y favorecen un ambiente de trabajo justo y responsable. Promover estos principios contribuye a la correcta ejecución del plan operativo, garantizando que los recursos se utilicen adecuadamente y que los resultados benefician a la población.

1.8. Población Asegurada

La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas brindó información acerca de la proyección de la población asegurada acumulada (12 meses) estimada para el 2026 a través del Informe N° 000025-OEGRS-GCSPE-ESSALUD-2025. En la siguiente tabla se muestra el desagregado por tipo de seguro proyectado para el año 2026:

Tabla 5: Proyección de la Población Asegurada 2026

TIPO SEGURO / ASEGURADO	TITULAR	FAMILIAR	TOTAL	%
ASEGURADOS REGULARES	7,019,464	4,281,032	11,300,496	89.2%
Trabajador Activo	5,516,078	3,758,133	9,274,211	73.2%
Pensionista	1,078,129	276,718	1,354,847	10.7%
Contra. Administ. Serv	365,319	219,459	584,778	4.6%
Trabajador del Hogar	57,689	24,265	81,954	0.6%
Pescador Artesanal	2,249	2,457	4,706	0.04%
ASEGURADOS AGRARIOS	555,996	263,617	819,613	6.5%
Agrario Dependiente	547,579	257,713	805,292	6.4%
Agrario Independiente	8,400	5,887	14,287	0.1%
Actividad Acuicola	17	17	34	0.0003%
OTRAS COBERTURAS	366,932	160,665	527,597	4.2%
Beneficiario ley 30478	366,925	160,665	527,590	4.2%
Solicitante de Pensión	7	0	7	0.0001%
SEGUROS POTESTATIVOS	22,635	615	23,250	0.2%
+ Salud Seguro Potestativo	17,232	181	17,413	0.1%
EsSalud Independiente (antiguo)	3,095	228	3,323	0.03%
Plan Prot.Total y Plan Prot. Vital	1,956	170	2,126	0.02%
EsSalud Indep. Personal-Familiar	352	36	388	0.003%
TOTAL	7,965,027	4,705,929	12,670,956	100%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

La proyección de la población asegurada 2026, se encuentra sustentada en los siguientes criterios:

- La evolución mensual de la población asegurada en el periodo enero 2023 a abril 2025, presenta una tendencia decreciente.
- Crecimiento esperado del PBI de 3.5% para el año 2025 y para el año 2026 se espera una tasa de 3.2%.
- El crecimiento del PBI durante los meses de enero, febrero y marzo de 2025 y estimado para abril de 2025. (4.07%, 2.68%, 4.67% respectivamente), sustentan las estimaciones del MEF, respecto a que en el año 2025 se obtendrá un crecimiento económico.

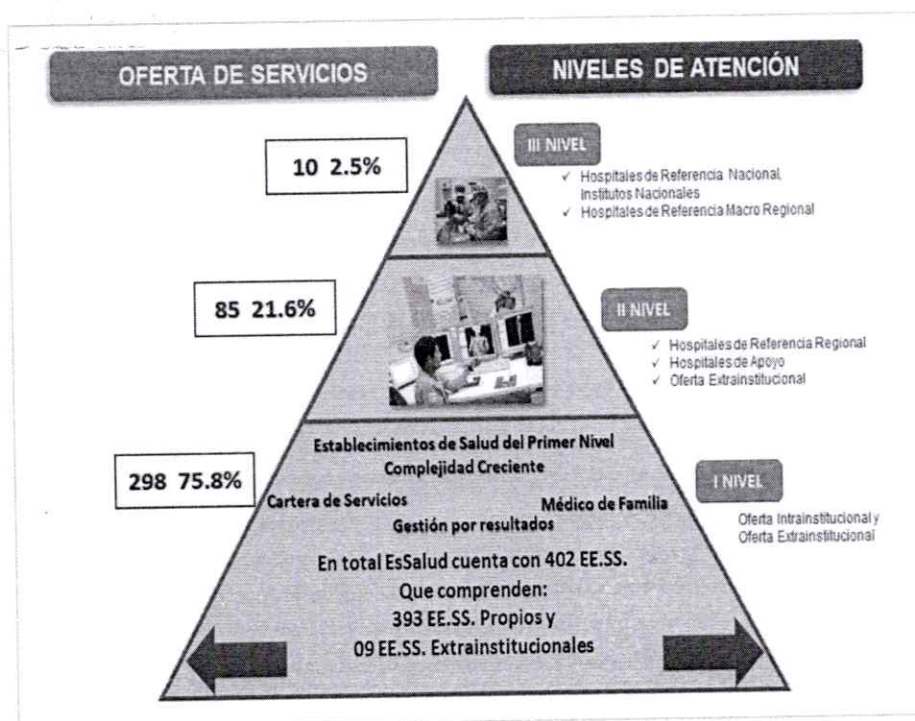
Ante ese escenario, para el año 2026, si bien se espera un crecimiento del PBI del orden de 3.2%, se trata de un año con incertidumbre, por un lado, los efectos de la guerra económica, y por el otro la inestabilidad política que genera un año electoral. Por tal motivo se proyecta un crecimiento de 0.5% con respecto a la estimación de la población asegurada al cierre del 2025.

1.9. Soporte operativo

1.9.1. Soporte Operativo de Prestaciones de Salud

ESSALUD desarrolla sus operaciones a nivel nacional, a través de locales propios, alquilados y por cesión en uso. Al mes de octubre 2025, se cuenta con 402 Establecimientos de Salud, que comprenden 393 establecimientos propios y 09 establecimientos extra institucionales (05 IPRESS bajo convenios y contratos con establecimientos del sector público y sector privado y 4 hospitales bajo la modalidad de Asociación Publica Privada – APP), distribuidos a nivel nacional, prestando servicios de salud con normalidad a sus asegurados y derechohabientes.

Figura 4: Establecimiento de Salud según nivel de atención (Oferta Institucional)



Fuente: Información Estadística. Portal Intranet de EsSalud. Relación de Establecimientos de Salud por Redes Asistenciales y niveles de atención (Actualizado a octubre 2025)

1.9.2. Soporte Operativo de Prestaciones Económicas

ESSALUD cuenta con treinta y cinco (35) Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE), de las cuales diez (10) están ubicadas en Lima y veinticinco (25) en el resto del territorio nacional. Estas oficinas son responsables de recibir y gestionar las solicitudes de prestaciones por incapacidad temporal para el trabajo, maternidad, lactancia y sepelio, así como de brindar otros servicios relacionados con el aseguramiento.

1.9.3. Soporte Operativo de Prestaciones Sociales

EsSalud cuenta con una red de servicios para la atención de los asegurados adultos mayores y personas con discapacidad a nivel nacional, que incluye 126 Centros de Atención al Adulto Mayor (CAM), 92 Círculos del Adulto Mayor (CIRAM), 4 Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERPS) y 13 Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS). A través de esta infraestructura, se brindan las prestaciones sociales correspondientes a este grupo de asegurados.

1.10. Logros

1.10.1. Principales logros a obtener en el 2026

Prestaciones de salud priorizadas

Se espera elaborar un estudio que consolide y estime la necesidad de recursos humanos en salud, de las Redes Prestacionales/ Asistenciales y Órganos Prestadores Nacionales.

Se implementará un Tablero para el análisis y difusión de información epidemiológica: Brotes y Contingencias/ Gestión de Mortalidad-CGM/Mortalidad Materna y Perinatal.

Se contará con una herramienta tecnológica para el seguimiento y evaluación de la programación total de las prestaciones de salud a nivel de Redes y Establecimientos de Salud.

Se brindará acompañamiento a 10,000 pacientes con diagnóstico oncológico en IPRESS priorizadas, en el marco de la Directiva de Gerencia General N° 20-GCPS-ESSALUD-2019.

A través de "EsSalud en Línea" se realizará 720,000 llamadas para reconfirmar las citas otorgadas a asegurados en Lima y Callao.

Con el fin de Fortalecer los sistemas de Gestión de Calidad de Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) y Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPDyT) en los Almacenes Especializados de Bienes Estratégicos de los Órganos Desconcentrados y Prestadores Nacionales del Seguro Social de Salud- EsSalud, se espera contar con tres (3) almacenes certificados al cierre del 2026.

Prestaciones económicas y Gestión de Seguros

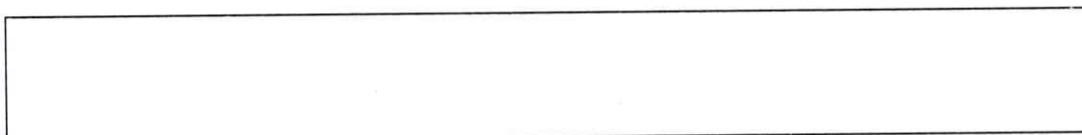
Para el 2026 se proyecta gestionar el pago del 91% de solicitudes subsidios de prestaciones económicas, para lo cual se realizarán las siguientes acciones:

- Supervisión de 35 OSPE para mejorar la calidad del servicio, estandarizar procesos y fortalecer la gestión.
- Notificación de 160,000 actos administrativos para garantizar el derecho de reconsideración de los asegurados.
- Publicación de actos administrativos para 120 asegurados no ubicados, asegurando el debido proceso.
- Virtualización de las 35 OSPE con inteligencia artificial para trámites no presenciales.
- Atención de 1,232,595 asegurados en transacciones de seguros, optimizando canales y tiempos de atención.
- Implementación de campañas digitales y audiovisuales para difundir productos de seguros.
- Distribución de material informativo en las OSPE para orientar a los usuarios.
- Capacitación a 1,500 empleadores sobre productos y servicios del seguro social.
- Verificación de información con RENIEC para mejorar la identificación y evitar fraudes.
- Monitoreo de planes de seguros y políticas de financiamiento en IPRESS y OSPE.
- Diagnóstico normativo del Seguro Agrario Independiente y el Seguro Regular para actualizar su regulación.
- Opinión técnica sobre proyectos de ley relacionados con seguros.
- Renovación del convenio con RENIEC para mejorar el intercambio de información.
- Evaluación del desempeño del SCTR y monitoreo en las OSPE.
- Campañas de mercadeo del seguro potestativo y SCTR.
- Informe de desempeño del +Vida, SCTR y seguros potestativos.
- Implementación de la nueva plataforma VIVA 2.0 para atención virtual de prestaciones económicas.
- Supervisión y asistencia técnica a OSPE e IPRESS en auditoría, verificación de identidad y uso de biometría.
- Ejecución y evaluación del Plan Anual de Verificación (PAV).

Prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad

Acerca del otorgamiento de prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor, para el ejercicio 2026, se proyecta incrementar la cobertura de atención a personas adultas mayores en los CAM y CIRAM, alcanzar un 86% en la medición de la calidad de las prestaciones sociales, así como:

- Inaugurar una nueva unidad operativa CAM en la región Cusco.



- Aprobar documentos técnico-normativos que orienten a los profesionales en el adecuado desarrollo de sus actividades
- Ejecutar tres eventos intersectoriales en Arequipa, Moyobamba y Junín para promover compromisos regionales en favor del cuidado integral de esta población
- Realizar actividades centralizadas en cumplimiento de la Ley 30490 y la Ley 27056.

Respecto a las prestaciones sociales dirigidas a la persona con discapacidad, se proyecta consolidar y fortalecer el proceso de Rehabilitación Profesional y Social mediante la atención integral y oportuna a personas con discapacidad en todas las unidades operativas, con equipos multidisciplinarios y perfiles clave bajo locación de servicios, así como:

- Se empleará una programación basada en evidencia con datos acumulados de dos años, lo que permitirá definir metas más precisas.
- Se ejecutarán talleres complementarios para la formación profesional y social
- Se implementará la versión 2.0 del Sistema de Rehabilitación para mejorar la calidad y trazabilidad de la información
- Se fortalecerá la inserción y permanencia laboral de personas con discapacidad en cumplimiento de la Ley N.º 29973, mediante articulación con instituciones públicas y privadas.
- Se promoverá la capacitación continua de usuarios y familias.
- Se reforzará el control del recurso humano en coordinación con la Gerencia Central de Gestión de las Personas,
- Se optimizará la infraestructura física de los módulos de rehabilitación para ampliar la capacidad instalada y atender mejor la demanda.

II.- Líneas de negocio de ESSALUD.

2.1. Descripción de las líneas de negocio de ESSALUD

De acuerdo con lo establecido en los artículos 10 y 11 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud pueden incluir: (a) prevención, (b) promoción, (c) recuperación de la salud, (d) prestaciones de bienestar y promoción social y (e) prestaciones económicas.

2.1.1. Prestaciones de Salud

Las prestaciones de salud preventivo - promocionales, recuperativas y de rehabilitación, se brindan a través de la oferta fija, oferta flexible y servicios contratados, en todos los establecimientos de salud, distribuidos en tres (3) niveles de atención. Estas prestaciones tienen como objetivo atender la demanda de la población asegurada que requieren servicios de salud, en función con la carga de enfermedad identificado. Las prestaciones comprenden lo siguiente:



- Prestaciones preventivas y promocionales (educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones), orientadas a conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro.
- Prestaciones de recuperación (atención médica, tanto ambulatoria como de hospitalización, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles, y servicios de rehabilitación), con el objeto de atender los riesgos de enfermedad, resolviendo las deficiencias de salud de la población asegurada.

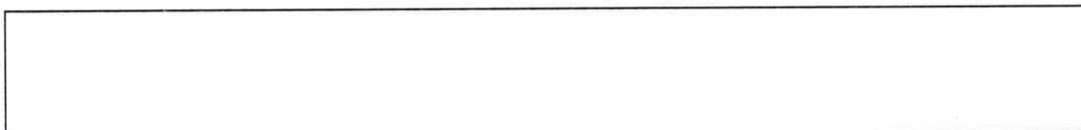
2.1.2. Prestaciones Económicas

De acuerdo con el Artículo 14 del Decreto Supremo N° 009-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, modificado con la Ley N° 28791 en el artículo N° 12 con relación a las prestaciones económicas en subsidios por incapacidad temporal, maternidad y lactancia señalan lo siguiente:

- **Subsidio por incapacidad temporal**, equivale al promedio diario de las remuneraciones de los últimos 12 meses calendario, inmediatamente anteriores al mes en que se inicia la contingencia. Si el total de los meses de afiliación es menor a 12, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado.
- **Subsidio de maternidad**, la determinación del subsidio se establece de acuerdo al promedio diario de las remuneraciones de los 12 últimos meses. Si el total de los meses de afiliación es menor a 12, el promedio se determinará en función a los que tenga el afiliado. Este subsidio se entrega en dinero con el objeto de resarcir el lucro cesante como consecuencia del alumbramiento y de las necesidades de cuidado del recién nacido. Se otorga por 98 días, que pueden distribuirse en los períodos inmediatamente anterior o posterior al parto, a elección de la madre, a condición de que durante esos períodos no realice trabajo remunerado.
- **Subsidio por lactancia**, se otorga en dinero para contribuir al cuidado del recién nacido, hijo de asegurado regular o de régimen especial o agrario. El monto de este subsidio es de S/. 820.00, por cada lactante.
- **Prestación por sepelio**, cubre los servicios funerarios por la muerte del asegurado regular, sea activo o pensionista. El monto límite de esta prestación es de S/. 2,070.00.

2.1.3. Prestaciones Sociales

De acuerdo con lo establecido en el artículo 13° del Decreto Supremo N° 009-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, las prestaciones de



bienestar y promoción social comprenden actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo, orientadas a la promoción de la persona y protección de su salud. En ese sentido, la atención de las prestaciones sociales se brinda a través de las unidades operativas donde se realizan las actividades destinadas al asegurado adulto mayor, persona con discapacidad, niños, niñas y adolescentes con el fin de mejorar su calidad de vida.

- **Centro de Adulto Mayor (CAM):** unidad operativa, concebida como espacio de encuentro generacional, emocional, cultural y espiritual; mediante el desarrollo de programas de estilos de vida para un envejecimiento activo.
- **Círculos de Adulto Mayor (CIRAM):** unidad operativa que brinda programas de desarrollo físico y emocional dirigido a las personas adultas mayores.
- **Centro Especializado de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulo Básico de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS):** son unidades operativas que tienen por finalidad, desarrollar programas y proyectos de carácter formativo integral, dirigido a la población asegurada con discapacidad en cualquier etapa del ciclo evolutivo, poniendo énfasis en el aspecto educativo, social y laboral; que les permita su integración, mantenimiento y promoción en un empleo dependiente e independiente; así como su integración familiar, educativa y comunitaria, propiciando el ejercicio de una vida independiente. Estos centros brindan atención de manera individualizada a través de dos etapas del proceso: (a) rehabilitación profesional y (b) rehabilitación social.
- **Actividades de prestaciones sociales para Niños, Niñas y Adolescentes (NNA),** están enmarcados en los lineamientos de política, estrategias, planes y programas de la población asegurada priorizada en situación de vulnerabilidad. Los Programas de Prestaciones Sociales dirigidos a este segmento poblacional son fundamentales ante el incremento de la población vulnerable en situación de riesgo.

2.2. Información cuantitativa de líneas de negocio de los años: Estimado año 2025 y Aprobado año 2026.

ESSALUD tiene como líneas de negocio a las prestaciones de salud, prestaciones económicas y prestaciones sociales, a continuación, se detalla la información cuantitativa de cada uno.

2.2.1. Prestaciones de Salud

Tabla 6: Estimado 2025 y previsto 2026 de las metas de indicadores sanitarios

N°	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Estimado 2025	Previsto 2026
1	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 50 a 69 años con lesiones precursoras de cáncer de mama en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar daño.	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama	Número de resultados de mamografías preventivas tomadas a mujeres desde los 50 años cumplidos hasta los 69 años con 11 meses y 29 días. Adscritas a las IPRESS sin EPS x 100% Total de mujeres aseguradas desde los 50 años cumplidos hasta los 69 años con 11 meses y 29 días, adscritas a las IPRESS sin EPS con corte al 31 de diciembre del año anterior	Porcentaje	35.00%	35.00%
2	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 25 a 64 años con lesiones precursoras de cáncer de cérvix en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar el daño.	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino	Sumatoria de número de resultados de muestras procesadas para PAP cérvico vaginal tomadas a mujeres desde los 25 años cumplidos hasta los 64 años + número de resultados de muestras de Detección Molecular VPH tomadas a mujeres desde los 30 años cumplidos hasta los 49 años con 11 meses y 29 días adscritas a las IPRESS sin EPS x 100 % Total, de mujeres aseguradas desde los 25 años cumplidos hasta los 64 años con 11 meses y 29 días, adscritas a las IPRESS sin EPS con corte al 31 de diciembre del año anterior	Porcentaje	35.00%	35.00%



N°	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Estimado 2025	Previsto 2026
3	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	Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia	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 $\geq 10.5 \text{ g/dL} \times 100\%$ 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.	Porcentaje	40.70%	42.00%
4	Mejorar la eficiencia del uso de la cama hospitalaria y contribuir en la reducción de permanencias prolongadas en hospitalización.	Promedio de Días de Estancia III Nivel	$\frac{\text{Total de días de Estancia en Hospitalización}}{\text{Total de egresos en Hospitalización}}$	Número de días	9.9	10.0
5	Optimizar la oferta de hora médico con eficiencia a fin de lograr un rendimiento óptimo en consulta externa.	Rendimiento Hora Médico I Nivel de atención	N° total de consultas externas en el trimestre N° total de horas médico en consulta externa en el trimestre	N° de consultas por hora médica	5.0	5.0
		Rendimiento Hora Médico II Nivel de atención			4.8	4.5
		Rendimiento Hora Médico III Nivel de atención			3.85	3.85
6	Mejorar la oportunidad del inicio del tratamiento de los pacientes con diagnóstico oncológico	Promedio de días para el inicio de tratamiento de pacientes con diagnóstico oncológico	$\frac{\text{Suma días (fecha tratamiento-fecha resultado ANATPAT)}}{\text{Total de paciente que iniciaron tratamiento oncológico}}$	Promedio de días	44	43

Fuente: Gerencia Central de Operaciones mediante Nota N° 001574-GCOP-ESSALUD-2025, Nota N° 000188-OIO-GCOP-ESSALUD-2025 y correo electrónico de fecha 14.08.2025, así como la Gerencia Central de Prestaciones de Salud mediante Memorando N° 001348-GCPS-ESSALUD-2025
S.I. Sin Información



Tabla 7: Estimado 2025 y previsto 2026 de las prestaciones de salud

N°	Actividades	Unidad de Medida	Estimado 2025	Previsto 2026
1	Consultas externas	Consulta	25,515,247	26,183,900
2	Intervenciones Quirúrgicas	Intervención Quirúrgica	438,093	453,772
3	Servicio de Hospitalización (Paciente día)	Paciente – Día	2,648,695	2,834,903
4	Servicio de atención de Emergencias	Atenciones	7,351,573	7,358,654
5	Control de Enfermería	Atenciones	7,955,597	8,864,549
6	Control de Nutrición	Atenciones	1,239,397	1,260,882
7	Sesiones Odontológicas	Atenciones	2,927,129	3,216,233
8	Control de Trabajo Social	Atenciones	556,449	564,624
9	Control de Psicología	Atenciones	1,188,730	1,222,628
10	Psicoprofilaxis Obstétrica	Atenciones	40,163	40,163

Fuente: Gerencia Central de Operaciones, mediante Memorando N° 004774-GCOP-ESSALUD-2025 y actualizado mediante correo de la Gerencia de Financiamiento de las Prestaciones de la Salud, de fecha 26/11/2025.



2.2.2. Prestaciones económicas

Tabla 8: Estimado 2025 y Previsto 2026 de las metas de los Indicadores de Prestaciones Económicas

N°	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Estimado 2025	Previsto 2026
1	Medir el grado de cumplimiento para el otorgamiento de Prestaciones Económicas sobre la base de las estimaciones de Prestaciones Económicas	Porcentaje de Prestaciones Económicas cobradas	$\frac{\text{Valor de prestaciones económicas cobradas} \times 100\%}{\text{Valor total de prestaciones económicas aprobadas}}$	Porcentaje	88%	88%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, mediante Memorando N° 002027-GCSPE-ESSALUD-2025 y actualizado mediante correo de la Gerencia de Prestaciones Económicas, de fecha 27 de noviembre de 2025.

Tabla 9: Estimado 2025 y Previsto 2026 de las metas de Prestaciones Económicas

N°	Actividades	Unidad de Medida	Estimado 2025	Previsto 2026
1	Incapacidad Temporal	Solicitudes	210,023	176,407
2	Maternidad	Solicitudes	40,463	41,091
3	Lactancia	Solicitudes	101,151	100,012
4	Sepelio	Solicitudes	42,262	35,657

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, mediante Memorando N° 001951-GCSPE-ESSALUD-2025 y actualizado mediante correo de la Gerencia de Prestaciones Económicas, de fecha 27 de noviembre de 2025.

2.2.3. Prestaciones sociales

Tabla 10: Estimado 2025 y Previsto 2026 de las Metas de los Indicadores de Prestaciones Sociales

N°	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Estimado 2025	Previsto 2026
1	Medir el incremento de la cobertura de prestaciones sociales dirigidas a personas adultas mayores autovalentes aseguradas	Cobertura de Prestaciones Sociales dirigidas a personas adultas mayores autovalentes aseguradas	$\frac{\text{N° de personas adultas mayores usuarias de prestaciones sociales} \times 100\%}{\text{Total de personas adultas mayores aseguradas autovalentes}}$	Porcentaje	10.87%	11.95%

Fuente: Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, mediante correo de la Subgerencia de Protección al Adulto Mayor de fecha 14/08/2025

Tabla 11: Estimado 2025 y Previsto 2026 de las metas de Prestaciones Sociales

N°	Actividades	Unidad de Medida	Estimado 2025	Previsto 2026
Centros del Adulto Mayor - CAM y Círculos de Adulto Mayor – CIRAM				
1	Realizar la evaluación de ingreso al CAM	Participantes	12,984	13,637
2	Programa de ejercicio de derechos humanos	Participantes	26,668	27,224
3	Programa de Autocuidado	Participantes	50,335	52,165
4	Programa de Fortalecimiento Productivo	Participantes	18,479	19,243
5	Servicios complementarios	Participantes	14,894	15,045
Rehabilitación Profesional (MBRPS y CERPS)				
1	Servicio de Rehabilitación Profesional Dependiente	Atendidos	3,187	3,456
		Atenciones	35,952	39,180
2	Servicio de Rehabilitación Profesional Independiente	Atendidos	2,435	2,557
		Atenciones	106,781	112,120
3	Personas con discapacidad colocadas laboralmente	Colocados	1,682	1,824



N°	Actividades	Unidad de Medida	Estimado 2025	Previsto 2026	
Unidad de Rehabilitación Social (MBRPS y CERPS)					
1	Servicio de Escuela de Familias y Discapacidad	Atendidos	5,827	6,119	
		Atenciones	162,926	171,073	
2		Servicio de Rehabilitación Social del asegurado con Discapacidad intelectual	Atendidos	1,956	2,054
			Atenciones	24,909	26,154
3	Servicio de Transición a la Vida Independiente para Personas con Discapacidad	Atendidos	307	322	
		Atenciones	1,163	1,221	
		Atendidos	1,511	1,656	
4	Servicio de Deportes Adaptados	Atenciones	33,176	36,072	
Prestaciones sociales para niños, niñas y adolescentes - NNA					
1	Programa de Fortalecimiento Familiar	Participantes	2,200	3,150	
2	Programa de Habilidades para la Vida	Participantes	1,320	2,540	
3	Programa de Mejora de Competencias	Participantes	880	890	
4	Programa de Enfoque de Derechos y Ejercicio de Deberes	Participantes	990	1,000	
5	Programa Mujer Transformadora	Participantes	S.I.	520	

Fuente: Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad mediante Memorando N° 000685-GCPAMYPCD-ESSALUD-2025 y correo de la GCPAMYPCD de fecha 20/08/2025

En relación con los datos del Módulo Básico de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS) y del Centro de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) correspondientes al año 2024, se informa que la Cartera de Servicios de Rehabilitación Profesional y Social fue actualizada en septiembre de 2023. Cabe señalar que la recolección estandarizada de información comenzó en abril de 2024, utilizando los nuevos formatos aprobados por la Gerencia Central. En ese sentido, no se dispone de información correspondiente a ese periodo con base en la cartera actualizada

III.- Plan Estratégico

El Plan Estratégico Institucional 2025-2030 (PEI) del Seguro Social de Salud – ESSALUD es el principal instrumento de planificación estratégica de la institución y fue aprobado por el Consejo Directivo de ESSALUD mediante Acuerdo N° 19-12-ESSALUD-2024. Este documento define el horizonte institucional y los objetivos a alcanzar en el mediano y largo plazo. Además, articula y alinea las políticas públicas que influyen en ESSALUD, tales como el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050 (PEDN), la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030 (PNMGP), la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 denominada “Perú, País Saludable”, la Política General de Gobierno para el presente mandato presidencial (PGG), entre otros.

3.1. Misión

“Brindar aseguramiento y prestaciones de salud, económicas y sociales para el cuidado integral de nuestros asegurados, con personal especializado y una gestión innovadora y eficiente que promuevan la accesibilidad, inclusión, oportunidad, pertinencia y calidad de los servicios”.

3.2. Visión

“Al 2030, EsSalud será una entidad aseguradora y prestadora sostenible financieramente que prioriza la atención primaria de salud, fortaleciendo el primer nivel de atención, centrada en crear valor a nuestros asegurados, reconocida por su excelencia, integridad, disrupción, atención humanizada, alta especialización, investigación y docencia”

3.3. Valores

- **Integridad**, la actuación de los servidores de EsSalud se ejerce de manera honesta, ética, proba, recta y con pleno cumplimiento de las normas de gestión pública, rechazando el soborno y orientando sus esfuerzos al interés del asegurado y la generación de valor público y conscientes del deber de rendición de cuentas.
- **Vocación de servicio**, la actuación de los servidores de EsSalud se enfoca en crear valor, conociendo y satisfaciendo las necesidades del asegurado, buscando una relación más cercana y empática que promueva una atención humanizada.
- **Responsabilidad**, los servidores de EsSalud ejercen sus funciones a cabalidad y comprenden que existe el deber de cuidar y proteger la salud de nuestros asegurados, tomando decisiones basadas en evidencia, evaluando las opciones de tratamiento, comunicando los riesgos y reconociendo que la educación continua es fundamental para brindar una mejor atención.
- **Innovación**, los servidores de EsSalud orientan su actuación a la exploración y experimentación constante para modernizar la provisión del servicio de salud a favor de los asegurados, adaptándose al cambio y aprovechando las tecnologías emergentes para crear valor.

- **Trabajo en equipo**, los servidores de EsSalud integran sus esfuerzos, fortaleciendo la confianza y la cooperación para mejorar las capacidades de atención a los asegurados.

3.4. Horizonte del Plan Estratégico

A fin de alinear el horizonte temporal del PEI de EsSalud con el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), dada la adscripción a dicho sector, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, mediante Informe N° 00000149-2024-GOP-GCPP/ESSALUD de fecha 12.11.2024 sustenta la modificatoria de la Directiva N° 04-GG-ESSALUD-2023 "Disposiciones para la Formulación, Aprobación, Evaluación y Modificación del Plan Estratégico Institucional del Seguro Social de Salud", la misma que es aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 2062-GG-ESSALUD-2024, de fecha 13.11.2024, incluyendo el CAPÍTULO VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS. PRIMERA. - Horizonte temporal del PEI 2025-2030.

3.5. Objetivos estratégicos, Indicadores y Metas

A continuación, se describe cada uno de los objetivos estratégicos:

OEI 1: Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.

Orientado a mejorar la calidad y cobertura de los servicios prestacionales de salud, económicos y sociales, a fin de generar resultados positivos para los asegurados. En el ámbito de la salud, se busca una mejor oportunidad y calidad en la atención. En el ámbito de prestaciones económicas, se busca una asistencia ética y transparente, así como la entrega oportuna de las prestaciones. En el ámbito de las prestaciones sociales, se busca ampliar su cobertura hacia la población más vulnerable y asegurar una intervención integral.

OEI 2: Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en un marco de buen gobierno corporativo para beneficio de los asegurados y empleadores.

Busca asegurar el financiamiento de todas las prestaciones que reciben los asegurados. Considerando una tendencia creciente de la población asegurada y un contexto en el que aumentan las enfermedades, resulta de vital importancia tener un mejor manejo financiero y modelos de aseguramiento que permitan cubrir no solo las atenciones sino las inversiones necesarias para dotar de una mejor capacidad resolutoria a las redes asistenciales. En ese sentido, el objetivo busca, por un lado, tener una mejor gestión de los ingresos, y, por otro lado, una mejor gestión de los gastos y costos, así como el diseño de modelos de seguros que sean rentables para la institución. Incluye también tener una línea de defensa ante propuestas normativas que puedan afectar tanto los ingresos como los gastos en la institución.

OEI 3: Fortalecer la atención en todos los niveles con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel.

Enfocado en revertir la situación actual respecto a la baja cobertura del primer nivel de atención y su baja capacidad resolutive, lo cual limita el desarrollo de estrategias de atención primaria en salud. Este objetivo representa un gran desafío para la institución, ya que se busca virar hacia un modelo de atención recomendado por la OMS, debido a los beneficios que tiene tanto para los asegurados como para la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

OEI 4: Mejorar la gestión institucional garantizando la separación de IAFAS e IPRESS.

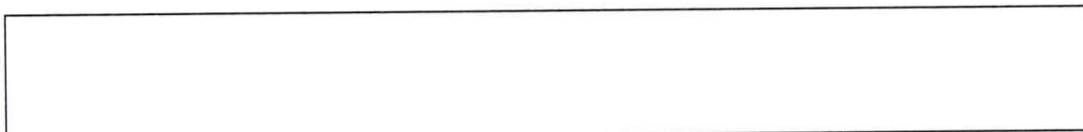
Orientado a que EsSalud, en línea con la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, mejore los procesos y avance hacia un modelo de gestión de mejora continua, a fin de que tanto los procesos misionales como de soporte se realicen de manera efectiva. Bajo ese enfoque de gestión por procesos, se busca garantizar la separación de roles de IAFAS e IPRESS con la finalidad de tomar un mayor control respecto del rol asegurador que le compete también a la institución.

OEI 5: Promover la identidad y el desarrollo de los servidores enfocados en valores, así como la excelencia en la formación continua en salud.

Busca contar con colaboradores administrativos y asistenciales competentes para la realización de sus funciones en un clima laboral favorable para su desarrollo, así como el desarrollo de una cultura organizacional enfocada en valores, la excelencia y la búsqueda de la formación continua en salud, con la finalidad de contribuir a la calidad de atención.

OEI 6: impulsar la transformación digital, la disrupción y las decisiones basadas en evidencia.

Orienta el proceso de creación de valor para los asegurados mediante la modificación incremental de las condiciones presentes del entorno, aprovechando las ventajas de la transformación digital para promover la implementación de soluciones digitales que ayuden a una mayor y mejor atención de los asegurados, aprovechando las herramientas digitales como el IoT, chatbots, la IA, la big data, las impresoras 3D, la nube, entre otros, sin perder de vista también las iniciativas de ciberseguridad. Complementariamente, se busca generar y compartir el conocimiento a fin de tomar decisiones basadas en evidencia de manera que el proceso de creación de valor se oriente hacia resultados concretos para los asegurados.



3.6. Matriz Estratégica: Objetivos estratégicos, indicadores y metas

Tabla 13: Matriz estratégica: Objetivos estratégicos, Indicadores y Metas

Objetivo Estratégico	Denominación del Indicador	Línea Base		Meta Programada				
		Valor	Año	Año 2025	Año 2026	Año 2027	Año 2028	Año 2029
OE1. Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados	Porcentaje de usuarios satisfechos	67.91%	2024	69%	70%	71%	72%	73%
	Porcentaje de población vulnerable atendida integralmente en prestaciones sociales	ND	ND	10%	30%	50%	70%	90%
	Índice de sostenibilidad institucional	ND	ND	50%	65%	75%	85%	90%
OE2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en un marco de buen gobierno corporativo para beneficio de los asegurados y empleadores	Porcentaje de asegurados referidos de IPRESS del primer nivel de atención	27.9%	2024	25%	20%	18%	15%	10%
	Porcentaje de IPRESS con población adscrita que brindan prestaciones de cuidado integral de salud.	ND	ND	20%	40%	50%	60%	70%
	Porcentaje de extensión de uso en las IPRESS con población adscrita.	46.3%	2024	49%	51%	54%	57%	60%
OE3. Fortalecer la atención en todos los niveles con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel	Índice de mejora institucional	ND	ND	50%	65%	75%	85%	90%
	Porcentaje de hospitales que implementan acciones de gestión del riesgo de desastres	ND	ND	16%	32%	47%	63%	79%
	Índice de identificación y alineamiento estratégico, desarrollo de competencias y bienestar del personal	ND	ND	48.5%	54.3%	60.5%	66.8%	73.3%
OE4. Mejorar la gestión institucional garantizando la separación de IAFAS e IPRESS.	Índice del nivel madurez de Innovación Digital	31%	2024	38%	49%	62%	74%	87%
	Porcentaje de efectividad de las iniciativas disruptivas	ND	ND	-	100%	100%	100%	100%
	OE5. Promover la identidad y el desarrollo de los servidores enfocada en valores, así como la excelencia en la formación continua en salud							
OE6. Impulsar la transformación digital, la disrupción y las decisiones basadas en evidencia.								

Fuente: Plan Estratégico Institucional 2025-2030 – Elaboración Gerencia de Planeamiento Corporativo

IV.- Plan Operativo

El presente documento es un instrumento de gestión a corto plazo que establece las metas de los indicadores correspondientes a las principales líneas de negocio institucionales que considera las metas específicas de las prestaciones de salud priorizadas, así como de las prestaciones económicas y prestaciones sociales.

En el proceso de programación y formulación del POI intervienen las dependencias institucionales, las cuales, en el marco de sus competencias y funciones, son responsables de generar, validar y proporcionar la información necesaria para su elaboración. Para la programación de las actividades priorizadas de prestaciones de salud, así como la determinación de las metas de prestaciones económicas y sociales, intervienen algunas dependencias que cumplen un rol clave en la identificación de las necesidades, asignación de recursos y definición de las metas operativas. A continuación, se detallan las dependencias involucradas en el proceso de formulación del Plan Operativo, y sus responsabilidades respecto a la presentación de información:

Tabla 14: Información para la elaboración del Plan Operativo Institucional

Información	Dependencia
Población asegurada proyectada para el ejercicio 2026 ⁸	Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
Prioridades Sanitarias	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Lineamientos de Programación de metas de prestaciones de salud	
Metas físicas y presupuestales de prestaciones de salud, así como las metas de indicadores sanitarios programadas para el año 2026	Gerencia Central de Operaciones
Metas físicas y presupuestales de prestaciones económicas, así como metas de indicadores de prestaciones económicas programadas para el año 2026	Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
Metas físicas y presupuestales de prestaciones sociales, así como metas de indicadores de prestaciones sociales programadas para el año 2026	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad

Fuente: Elaboración propia - Gerencia de Planeamiento Corporativo

A. Prestaciones de Salud

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, en el ámbito de sus funciones y competencias remite a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto el Memorando N° 957-GCPS-ESSALUD-2025 (23.05.2025) con la Nota N° 000168-SGNSS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2025 que hace referencia al Informe N° 000066-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2024, en el cual señalan que, "La Gerencia Central de

⁸ El detalle de información de la Población Asegurada se precisa en el numeral 1.8 del presente documento.

Prestaciones de Salud ha determinado 12 Prioridades Sanitarias para el periodo 2022 a 2026, [que] son socializadas anualmente” y para el ejercicio 2026 señalaron que se mantiene lo informado durante el 2024 mediante Memorando Circular N.º 00000005-2024-GCPS/ESSALUD.

Tabla 15: Prioridades Sanitarias 2026

Nº	Prioridad estratégica	Prioridad programática	Valorización
1	Coronavirus - Covid19	Coronavirus - Covid19	100
2	Enf. Cardiovasculares		90
		Enfermedad CVC hipertensiva	64
		Enfermedad CVC cerebrovascular	62
		Enfermedad CVC isquémica	57
3	Condiciones maternas perinatales		80
		HTA del embarazo	62
		Sepsis materna	56
		Hemorragia materna	40
		Aborto	37
		Bajo peso / prematuridad	51
		Anoxia, asfixia, trauma al nacimiento	48
4	Infecciosas		69
		SIDA	49
		TBC	46
5	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	68
6	Deficiencias nutricionales		64
		Anemia por déficit de hierro	52
		Malnutrición proteino - calórica	40
7	Tumores malignos		61
		Tumor maligno cuello uterino	42
		Tumor maligno mama	40
		Leucemia	36
		Tumor maligno estómago	30
8	Infección respiratoria		54
		Infecciones vías respiratorias altas	42
		Infecciones vías respiratorias bajas	40
9	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo		46
		Artrosis	24
10	Neuropsiquiátricas		46
		Depresión unipolar	26
		Trastorno de estrés post traumático	26
11	Enfermedades Genitourinarias		42
		Nefritis, nefrosis	16
12	Enf. Del órgano de los sentidos		40
		Glaucoma	25
		Cataratas	21

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Asimismo, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, mediante Resolución N° 000072-GCPS-ESSALUD-2024, de fecha 27.12.2024, aprobó el Documento Técnico Orientador: “Lineamientos de programación de las prestaciones asistenciales en el Seguro Social de Salud – EsSalud”, documento de tiene por objetivo “establecer las disposiciones generales para la elaboración de la

programación de las prestaciones de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud – ESSALUD”.

Por otro lado, la Presidencia Ejecutiva de ESSALUD está promoviendo la implementación de Ejes de Gestión de Intervención como una respuesta estratégica, alineada con las principales prioridades nacionales. Este enfoque busca articular de manera eficaz la gestión institucional con la Política Multisectorial 2030 "Perú País Saludable" y la Política General del Gobierno para el presente mandato presidencial. Para ello, se vienen implementando los siguientes ejes de intervención:

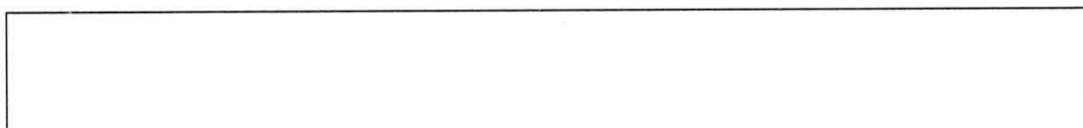
- Atención Primaria con énfasis en el Primer y Segundo Nivel de Atención.
- Sostenibilidad financiera para una mejor atención del asegurado.
- Aplicar incentivos de mecanismo de pago por producción
- Impulsar la Transformación Digital en Salud (Telemedicina, ESSI, Gestor de camas, otros).

Programación de metas de prestaciones de salud

En el precitado marco, la Gerencia Central de Operaciones, responsable de establecer los criterios y mecanismos para la priorización y estimación de metas de las prestaciones de salud a cargo de las IPRESS propias y de terceros - que serán implementadas por las Redes Prestacionales, Redes Asistenciales, INCOR y CNSR - y de supervisar su cumplimiento en coordinación con los órganos competentes, remite mediante el Memorando N° 004774-GCOP-ESSALUD-2025, de fecha 03 de agosto de 2025, el Informe N° 000030-GFPS-GCOP-ESSALUD-2025, que detalla la programación de las metas asistenciales priorizadas para el POI 2026, el cual fue actualizado mediante correo de la Gerencia de Financiamiento de las Prestaciones de Salud, con fecha 26 de diciembre de 2025, ajustando la programación de metas asistenciales al marco presupuestal comunicado por la Gerencia de Presupuesto.

Para la programación de las metas asistenciales, la Gerencia de Financiamiento de las Prestaciones de Salud, dependiente de la Gerencia Central de Operaciones, mediante correos electrónicos enviados los días 22 de mayo y 3 de junio de 2025, estableció los criterios a seguir para la programación de las metas de prestaciones de salud, los cuales se detallan a continuación:

- Considerar la proyección mensualizada a nivel de servicio, aplicando el respectivo ratio de producción.
- Utilizar como base de proyección la capacidad operativa disponible, teniendo en cuenta los recursos humanos.
- Incorporar en la proyección los criterios de variabilidad mensual, derivados de feriados nacionales, vacaciones del personal y otras condiciones propias del entorno.
- Comparar la meta establecida para cada actividad con la producción registrada en los años 2019, 2022, 2023 y 2024.
- La proyección de algunas actividades de atención primaria será revisada y validada por la Gerencia de Atención Primaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.



- En casos de compra de servicios de salud mediante contratos a terceros por Unidad Productora de Servicio de Salud - UPSS, se registrará la producción contratada en el establecimiento de salud correspondiente.
- Para compras de servicios de salud mediante contratos a terceros con asignación de población asegurada (Pago capitado; Primer nivel de atención; Asociación Pública Privada - APP), se considerarán los criterios específicos correspondientes.

Adicionalmente, con el objetivo de fortalecer el proceso de programación de metas asistenciales, se realizaron talleres dirigidos a los Órganos Desconcentrados, Redes Prestacionales, Redes Asistenciales, INCOR y CNSR, en los cuales se abordaron las problemáticas detectadas en la programación de metas de años anteriores y se proporcionaron lineamientos claros para la programación de metas del año 2026.

En este contexto, la programación de las metas asistenciales incluye tanto a las IPRESS propias como a las privadas de ESSALUD, priorizando diez (10) actividades asistenciales para el año 2026. Estas actividades fueron seleccionadas en función de su alta demanda de atención. A continuación, se presentan las actividades priorizadas, junto con el detalle de las variables reportadas en el Sistema Estadístico de Salud (SES).

Tabla 16: Actividades priorizadas de salud y sus respectivas variables SES.

N°	Actividad Priorizada	Variable SES
1	Consulta Externa	Consulta Ambulatoria inmediata (CAI)
		Consulta de apoyo descentralizado
		Consulta Externa en Salud Ocupacional
		Consulta médica - Teleconsulta
		Consulta médica (integral)
		Consulta médica MEC
		PADOMI Especializado
		PADOMI General
2	Intervenciones Quirúrgicas	Parto Abdominal (Cesárea)
		Cirugía Mayor de Alta Complejidad (A)
		Cirugía Mayor de Mediana Complejidad (B)
		Cirugía Mayor de Baja Complejidad (C)
		Cirugía Menor de Alto Requerimiento (D)
		Cirugía Menor de Bajo Requerimiento (E)
3	Paciente día	Paciente día en hospitalización
4	Emergencia	Emergencia Prioridad I / shock trauma
		Emergencia Prioridad II
		Emergencia Prioridad III
		Emergencia Prioridad IV
		Emergencia Prioridad V
5	Control de Enfermería	Inmunizaciones
		Atención de Enfermería
		Atención de Enfermería MEC
		CRED
		Atención en prevención y control de la anemia
6	Control de Psicología	Atención de psicología
		Atención de psicología MEC
7	Sesiones odontológicas	Atención Odontoestomatológica / integral
		Procedimiento especializado odontológico
8	Control de nutrición	Atención ambulatoria del nutricionista
9	Control de Trabajo Social	Atención de Trabajo Social
10	Psicoprofilaxis obstétrica	Psicoprofilaxis obstétrica

Fuente: Gerencia Central de Operaciones, mediante Informe N° 000030-GFPS-GCOP-ESSALUD-2025

A continuación, se detallan las estrategias a realizar identificadas por la GCOP, mediante Informe N° 000030-GFPS-GCOP-ESSALUD-2025 para el cumplimiento de las metas programadas para el ejercicio 2026:

- Optimización del uso de los recursos, la adecuada programación asistencial y la eficiencia en la utilización de la capacidad operativa existente.
- Priorizar la utilización del RPCT en reemplazo de las horas extras, para disminuir diferimiento de consulta médicas, procedimientos de ayuda al diagnóstico y lista de espera quirúrgica.
- Apoyo de la oferta flexible con operativos en Órganos Desconcentrados.
- Optimización del Sistema de Referencias y Contrarreferencias.
- Incremento de cirugías de día.
- Fortalecer las actividades extramurales de inmunizaciones.
- Monitoreo y control de los indicadores clave de consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, referencias, emergencias, apoyo al diagnóstico, gestión de recursos y atención obstétrica.
- Mejorar las coordinaciones para la disponibilidad de las vacunas entregadas por DIRESA/GERESA.
- Trabajar las inmunizaciones y CRED sobre la población acreditada nominales.
- Priorizar personal para cubrir emergencias las 24 horas del día los 365 días del año, para la atención según demanda de asegurados.
- Implementar Consulta de Atención Inmediata - CAI 24 horas.
- Mejorar el flujo de atención en el servicio de emergencia.
- implementación de programas de telemedicina y atención remota: para ampliar la cobertura sin incrementar significativamente la carga de trabajo presencial.
- Involucrar a los responsables de las unidades operativas en sesiones periódicas para revisar avances, obstáculos y ajustar las estrategias.
- Respuesta oportuna de la sede central respecto de requerimientos presentados por los Órganos Desconcentrados que permita mejorar su producción, puesto que el proceso productivo está asociado a recursos humanos (GCOP), bienes estratégicos y no estratégicos (CEABE – GCL), mantenimiento de equipos e infraestructura (GCL), ampliación presupuestal en los casos que los costos de los factores de producción cambien (GCPP), entre otros.

Programación de metas de indicadores sanitarios

Con relación a los indicadores sanitarios, la Gerencia Central de Operaciones con Nota N° 001574-GCOP-ESSALUD-2025, Nota N° 000188-OIO-GCOP-ESSALUD-2025 y correo de la Oficina de Información de Operaciones, de fecha 14 de agosto de 2025, así como la Gerencia Central de Prestaciones de Salud mediante Memorando N° 001348-GCPS-ESSALUD-2025, remiten la programación de las metas de los siguientes indicadores:

- Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama
- Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino
- Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia
- Promedio de Días de Estancia III Nivel
- Rendimiento Hora Médico I, II y III Nivel de atención

- Promedio de días para el inicio de tratamiento de pacientes con diagnóstico oncológico

Para el año 2026, se mantiene la meta de alcanzar el 35% de cobertura en los indicadores de Tamizaje de Cáncer de Mama y Cuello Uterino, como parte del esfuerzo por fortalecer la atención primaria. Esta meta se articula con el Objetivo Estratégico N° 3 de EsSalud: "Fortalecer la atención en todos los niveles con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel". Asimismo, se alinea con la normatividad vigente, en particular la Directiva N° 02-GCPS-ESSALUD-2022, titulada "Detección Temprana de Cáncer de Mama en el Seguro Social de Salud – EsSalud", y con los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su guía para el desarrollo de programas eficaces de control del cáncer.

Con respecto al indicador Porcentaje de niños menores de 36 meses con anemia recuperados, este tiene como finalidad monitorear el proceso de tratamiento de los niños diagnosticados con anemia hasta su recuperación, garantizando una evaluación objetiva del impacto de las intervenciones sanitarias en la reducción de esta condición. Asimismo, dicho indicador está alineado con la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de hierro en niños, niñas, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y púerperas, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 251-2024-MINSA.

En cuanto a los indicadores Promedio de días de estancia en el III nivel de atención y Rendimiento por hora médico en el I, II y III nivel de atención, se han establecido como metas los valores estándar reconocidos, debido a que exceder estos parámetros podría impactar negativamente en la calidad de la atención brindada al paciente.

El indicador Promedio de días para el inicio de tratamiento de pacientes con diagnóstico oncológico priorizado, está diseñado para optimizar los procesos clínicos y administrativos, con el objetivo de garantizar una atención oportuna y continua a los pacientes.

B. Prestaciones económicas

La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, en el marco de sus funciones y competencias, mediante el Memorando N° 001951-GCSPE-ESSALUD-2025, remite la proyección de las metas de prestaciones económicas para el 2026, las que son actualizadas mediante correo de la Gerencia de Prestaciones Económicas, de fecha 27 de noviembre de 2025. Asimismo, a través del Memorando N° 002027-GCSPE-ESSALUD-2025, alcanza el indicador correspondiente a las prestaciones económicas, también actualizado mediante correo de la Gerencia de Prestaciones Económicas, de fecha 27 de noviembre de 2025.

Los criterios para la programación de las metas para el periodo 2026 de las prestaciones económicas están sustentadas en la realización de las siguientes actividades:

--

- Asegurar la capacidad operativa en las OSPE para el procesamiento de las solicitudes de prestaciones económicas, a través de la contratación de personal calificador, así como, monitorear su productividad.
- Mantenimiento e implementación de la plataforma VIVA-Externo.
- Difusión del canal virtual (VIVA-Externo) de atención de las prestaciones económicas.
- Capacitación y asistencia técnica a las OSPE en materia de la calificación de solicitudes para el pago de las prestaciones económicas.
- Notificación de la fecha de pago por WhatsApp a los beneficiarios.
- Abono en cuenta para el pago de prestaciones económicas.
- Cumplimiento del plazo de atención de las solicitudes de prestaciones económicas a 15 días hábiles, según TUPA.

C. Prestaciones sociales

La Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, en el marco de sus funciones, mediante Memorando N° 000685-GCPAMYPCD-ESSALUD-2025, remite la propuesta de programación de las metas de prestaciones sociales para el año 2026, actualizada mediante correo de la Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral, de fecha 20 de agosto de 2025, asimismo mediante correo de la Subgerencia de Protección al Adulto Mayor, con fecha 14 de agosto de 2025, remite el indicador para el año 2026, los cuales serán atendidos a través de las unidades operativas de Centro de Adulto Mayor (CAM), Círculos de Adulto Mayor (CIRAM), Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS). Además, presentan las actividades dirigidas a Niños, Niñas y Adolescentes.

A continuación, se detallan los criterios para la programación de las metas para el periodo 2026 de prestaciones sociales son los siguientes:

- Garantizar la continuidad y calidad de los servicios de prestaciones sociales en todas las unidades operativas a nivel nacional.
- Fortalecer la ejecución de programas dirigidos a poblaciones vulnerables, promoviendo la participación activa del personal de las IPRESS y consolidando el modelo sociosanitario en el primer nivel de atención.
- Implementar acciones que garanticen la oportuna derivación de asegurados hacia los CAM, CERPS y MBRPS, mejorando la cobertura y atención integral de la población objetivo.
- Priorizar la continuidad del equipo multidisciplinario y el fortalecimiento de la infraestructura, con el objetivo de asegurar una atención de calidad a personas adultas mayores y personas con discapacidad.
- Capacitación continua al personal para el uso adecuado del sistema informático de prestaciones sociales, asegurando la correcta recolección, registro y procesamiento de información.
- Establecer un sistema de monitoreo permanente para evaluar el avance de las metas y permitir la implementación de acciones correctivas oportunas en los servicios.

4.1 Plan Operativo 2025: Avance de indicadores al III Trimestre y estimación al cierre del año, según el Cuadro N° 1.

Cuadro 1.1: Avance de indicadores al III Trimestre y estimación al cierre del año del Plan Operativo 2025 – Prestaciones de Salud

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula	Unidad de Medida	Ejecución al III Trimestre	Meta al IV Trimestre	Estimación al IV Trimestre
O.E.1.3 Fortalecer la atención en todos los niveles, con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel.	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 50 a 69 años con lesiones precursoras de cáncer de mama en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar daño.	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama	$\frac{\text{N° de resultados de mamografías preventivas en mujeres entre 50 a 69 años por período de evaluación}}{\text{Total de mujeres aseguradas de 50 a 69 años}} \times 100\%$	Porcentaje de resultados de mamografías preventivas informadas que se realizaron a mujeres de 50 a 69 años de edad.	10.68%	35.00%	35.00%
	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 25 a 64 años con lesiones precursoras de cáncer de cérvix en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar el daño.	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino	$\frac{\text{N° de resultados de muestras PAP cérvico vaginal de tamizaje realizados en mujeres de 25 a 64 años}}{\text{Total de mujeres aseguradas de 25 a 64 años}} \times 100\%$	Porcentaje de resultados de PAP que se realizaron a mujeres de 25 a 64 años de edad	14.71%	25.00%	35.00%
	Reducir los índices de anemia en ESSALUD en niños menores de 36 meses	Porcentaje de niños menores de 36 meses con anemia recuperados	$\frac{\text{Total de niños de 36 meses con diagnóstico de anemia recuperados}}{\text{Total de niños menores de 36 meses con diagnóstico de anemia en el mismo período.}} \times 100\%$	Porcentaje	No evaluado	46%	(*)



Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula	Unidad de Medida	Ejecución al III Trimestre	Meta al IV Trimestre	Estimación al IV Trimestre
O.E.I.1. Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	Mejorar la eficiencia del uso de la cama hospitalaria y contribuir en la reducción de permanencias prolongadas en hospitalización.	Promedio de Días de Estancia III Nivel	$\frac{\text{Total de días de Estancia en Hospitalización}}{\text{Total de egresos en Hospitalización}}$	Número de días	9.55	9.90	9.90
	Optimizar la oferta de hora médico con eficiencia a fin de lograr un rendimiento óptimo en consulta externa.	Rendimiento Hora Médico III Nivel de atención	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de consultas externas en el trimestre}}{\text{N}^\circ \text{ de horas médico en consulta externa en el trimestre}}$	N° de consultas por hora médica	3.96	3.85	3.85
O.E.I.1. Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	Mejorar la continuidad del inicio del tratamiento de los pacientes con diagnóstico oncológico	Promedio de días para el inicio de tratamiento de pacientes con diagnóstico oncológico	$\frac{\text{Suma días (fecha tratamiento-fecha resultado ANATPAI)}}{\text{Total paciente que iniciaron tratamientos oncológicos}}$	Promedio de días	49.04	54	44
	Mejorar el proceso de contrarreferencia	Porcentaje de contrarreferencias	$\frac{\text{Total de Contrarreferencias}}{\text{Total de referencias}}$	Porcentaje	83.1%	75%	88%

Fuente: Informe Trimestral de Gestión Empresarial y Evaluación Presupuestal al III trimestre.

(*) La Gerencia Central de Prestaciones de Salud ha solicitado la modificación del presente indicador a "Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia" en el marco de la alineación de las intervenciones en las IPRESS de las Redes Prestacionales/Asistenciales con la nueva normativa sectorial y el Plan Multisectorial, que permite un enfoque unificado en la reducción de la anemia.

Cuadro 1.2: Avance de indicadores al III Trimestre y estimación al cierre del año del Plan Operativo 2025 – Prestaciones Económicas

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Ejecución al III Trimestre	Meta al IV Trimestre	Estimación al IV Trimestre
O.E.I.1. Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	Medir el grado de cumplimiento para el otorgamiento de prestaciones económicas sobre la base de las estimaciones de las prestaciones económicas	Nivel de cumplimiento para el otorgamiento de prestaciones económicas	Valor de ejecución presupuestal de prestaciones económicas x 100% Valor de estimación de prestaciones económicas	Porcentaje	80%	90%	88%

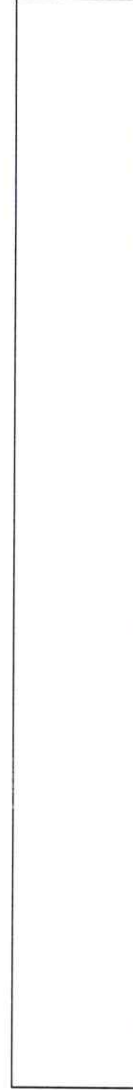
Fuente: Informe Trimestral de Gestión Empresarial y Evaluación Presupuestal al III trimestre.

Cuadro 1.3: Avance de indicadores al III Trimestre y estimación al cierre del año del Plan Operativo 2025 – Prestaciones Sociales

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Ejecución al III Trimestre	Meta al IV Trimestre	Estimación al IV Trimestre
O.E.I.1. Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	Medir la calidad de las prestaciones sociales dirigidas a las personas adultas mayores, para conocer la contribución y efecto que tienen las prestaciones en su bienestar integral	Nivel de calidad de las prestaciones sociales dirigidas a las personas adultas mayores)	N° de PAM que considerar "buena" la calidad de las prestaciones sociales x 100% Total de PAM usuarios encuestados	Porcentaje	No evaluado	85%	85%

Fuente: Informe Trimestral de Gestión Empresarial y Evaluación Presupuestal al III trimestre.

Nota: El presente indicador cuenta con meta al IV trimestre.



4.2 Matriz del Plan Operativo 2026, según el Cuadro N° 2

Cuadro 2.1: Matriz del Plan Operativo Institucional 2026 de Prestaciones de Salud

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Meta 2026			
					AI I trim	AI II trim	AI III trim	AI IV trim
O.E.1.3 Fortalecer la atención en todos los niveles, con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel.	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 50 a 69 años con lesiones precursoras de cáncer de mama en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar daño.	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama	Número de resultados de mamografías preventivas tomadas a mujeres desde los 50 años cumplidos hasta los 69 años con 11 meses y 29 días. Adscritas a las IPRESS sin EPS x 100% Total de mujeres aseguradas desde los 50 años cumplidos hasta los 69 años con 11 meses y 29 días, adscritas a las IPRESS sin EPS con corte al 31 de diciembre del año anterior	Porcentaje	8.75%	17.50%	26.25%	35.00%
	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 25 a 64 años con lesiones precursoras de cáncer de cérvix en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar el daño.	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino	Sumatoria de número de resultados de muestras procesadas para PAP cérvico vaginal tomadas a mujeres desde los 25 años cumplidos hasta los 64 años + número de resultados de muestras de Detección Molecular VPH tomadas a mujeres desde los 30 años cumplidos hasta los 49 años con 11 meses y 29 días adscritas a las IPRESS sin EPS, x 100 % Total de mujeres aseguradas desde los 25 años cumplidos hasta los 64 años con 11 meses y 29 días, adscritas a las IPRESS sin EPS con corte al 31 de diciembre del año anterior	Porcentaje	8.75%	17.50%	26.25%	35.00%



Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Meta 2026			
					AI I trim	AI II trim	AI III trim	AI IV trim
O.E.I.1. Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	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	Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia	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 $\geq 10.5 \text{ g/dL} \times 100\%$ 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.	Porcentaje	10.50%	21.00%	31.50%	42.00%
	Mejorar la eficiencia del uso de la cama hospitalaria y contribuir en la reducción de permanencias prolongadas en hospitalización en el III nivel de atención	Promedio de Días de Estancia III Nivel	$\frac{\text{Total de días de Estancia en Hospitalización}}{\text{Total de egresos en Hospitalización}}$	Número de días	9.9	9.9	9.9	9.9
	Optimizar la oferta de horas-médico con eficiencia a fin de lograr un rendimiento óptimo en consulta externa en el III nivel de atención	Rendimiento Hora Médico I Nivel de atención	N° total de consultas externas en el trimestre N° de horas médico en consulta externa en el trimestre	Consultas por hora	5.0	5.0	5.0	5.0
		Rendimiento Hora Médico II Nivel de atención			4.5	4.5	4.5	4.5
		Rendimiento Hora Médico III Nivel de atención			3.85	3.85	3.85	3.85
	Mejorar la oportunidad del inicio de tratamiento de los pacientes con diagnóstico oncológico	Promedio de días para el inicio de tratamiento de pacientes con diagnóstico oncológico	$\frac{\text{Suma días (fecha tratamiento-fecha resultado ANATPAI)}}{\text{Total paciente que iniciaron tratamientos oncológicos}}$	Promedio de días	44	44	43	43

Fuente: Gerencia Central de Operaciones, mediante Nota N° 001574-GCOP-ESSALUD-2025, Nota N° 000188-OIO-GCOP-ESSALUD-2025 y correo de la OIO de fecha 14.08.2025, así como la Gerencia Central de Prestaciones de Salud mediante Memorando N° 001348-GCPS-ESSALUD-2025



Cuadro 2.2: Matriz del Plan Operativo Institucional 2026 de Prestaciones Económicas

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Meta 2026			
					AI I trim	AI II trim	AI III trim	AI IV trim
O.E.I.1. Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	Medir el grado de cumplimiento para el otorgamiento de Prestaciones Económicas sobre la base de las estimaciones de Prestaciones Económicas	Porcentaje de Prestaciones Económicas cobradas	Valor de las Prestaciones Económicas cobradas x 100% Valor total de Prestaciones Económicas aprobadas	Porcentaje	71%	81%	85%	88%

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas mediante Memorando N° 002027-GCSPE-ESSALUD-2025 y actualizado mediante correo de la Gerencia de Prestaciones Económicas, de fecha 27/1/2025

Cuadro 2.3: Matriz del Plan Operativo Institucional 2026 de Prestaciones Sociales

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Meta 2026			
					AI I trim	AI II trim	AI III trim	AI IV trim
O.E.I.1. Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados	Medir el incremento de la cobertura de prestaciones sociales dirigidas a personas adultas mayores autovalentes aseguradas	Cobertura de Prestaciones Sociales dirigidas a personas adultas mayores autovalentes aseguradas	N° de personas adultas mayores usuarias de prestaciones sociales x 100% Total de personas adultas mayores aseguradas autovalentes	Porcentaje	10.98%	11.31%	11.65%	11.95%

Fuente: Subgerencia de Protección al Adulta Mayor de la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad de fecha 14.08.2025

Cuadro 2.4: Resumen de las metas de Prestaciones de Salud del POI 2026

Actividades de Salud Priorizadas	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN 2026					VALORIZACIÓN 2026				
		I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL
1	Consulta externa	6,546,009	6,546,009	6,545,885	6,545,997	26,183,900	458,773,264	458,773,264	458,766,149	458,774,015	1,835,086,693
2	Intervenciones Quirúrgicas	113,589	113,589	113,417	113,177	453,772	421,292,773	421,292,773	420,812,258	420,498,661	1,683,896,465
3	Paciente - Día	708,747	708,747	708,704	708,705	2,834,903	404,455,952	404,455,952	404,432,962	404,434,969	1,617,779,835
4	Emergencias	1,839,681	1,839,681	1,839,639	1,839,653	7,358,654	209,926,141	209,926,141	209,918,102	209,920,238	839,690,622
5	Control de Enfermería	2,216,160	2,216,160	2,216,112	2,216,117	8,864,549	67,037,715	67,037,715	67,036,038	67,036,247	268,147,715
6	Control de Nutrición	315,237	315,237	315,211	315,197	1,260,882	11,838,356	11,838,356	11,837,369	11,836,840	47,350,920
7	Atenciones odontológicas	804,069	804,069	804,039	804,056	3,216,233	49,876,799	49,876,799	49,874,873	49,875,721	199,504,193
8	Atención de Trabajo Social	141,156	141,156	141,152	141,160	564,624	5,789,097	5,789,097	5,788,914	5,789,213	23,156,321
9	Atención de Psicológica	305,667	305,667	305,650	305,644	1,222,628	18,109,936	18,109,936	18,108,977	18,108,748	72,437,597
10	Psicoprofilaxis obstetricia	10,041	10,041	10,036	10,045	40,163	1,202,068	1,202,068	1,201,482	1,202,546	4,808,165

Fuente: Gerencia Central de Operaciones, mediante Memorando N° 004774-GCOP-ESSALUD-2025 y actualizado mediante correo de la Gerencia de Financiamiento de las Prestaciones de Salud, de fecha 26/11/2025

Cuadro 2.5: Resumen de las metas de Prestaciones Económicas del POI 2026

Prestaciones Económicas	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN 2026					VALORIZACIÓN 2026				
		I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL
1	Incapacidad Temporal	44,103	44,103	44,103	44,098	176,407	92,260,335	92,260,335	92,260,335	92,260,330	369,041,335
2	Maternidad	10,272	10,272	10,272	10,275	41,091	73,809,708	73,809,708	73,809,708	73,809,711	295,238,835
3	Lactancia	25,002	25,002	25,002	25,006	100,012	20,502,459	20,502,459	20,502,459	20,502,463	82,009,840
4	Sepelio	8,913	8,913	8,913	8,918	35,657	18,452,499	18,452,499	18,452,499	18,452,493	73,809,990

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas mediante Memorando N° 001951-GCSP-ESSALUD-2025 y actualizado mediante correo de la Gerencia de Prestaciones Económicas de fecha 27/11/2025.

Cuadro 2.6: Resumen de las metas de Prestaciones Sociales en Centros del Adulto Mayor (CAM) y Círculos del Adulto Mayor (CIRAM) del POI 2026

N°	Actividades	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN 2026				
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL
1	Evaluación de ingreso al CAM	Participantes	2,803	6,122	9,676	13,637	13,637
2	Programa de ejercicio de derechos humanos	Participantes	11,793	16,132	20,603	27,224	27,224
3	Programa de Autocuidado	Participantes	32,962	38,208	43,819	52,165	52,165
4	Programa de Fortalecimiento Productivo	Participantes	10,489	13,080	15,825	19,243	19,243
5	Servicios complementarios	Participantes	7,064	9,770	12,530	15,045	15,045

Fuente: Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad mediante Memorando N° 000685-GCPAM/PCD-ESSALUD-2025 y correo de la Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral de la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, de fecha 20/08/2025

Cuadro 2.7: Resumen de las metas de Prestaciones Sociales en Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional Social (MBRPS) y Centros Especializados de **Rehabilitación** Profesional y Social (CERPS) del POI 2026

N°	Actividades	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN 2026				TOTAL
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	
Rehabilitación Profesional (MBRPS y CERPS)							
1	Servicio de Rehabilitación Profesional Dependiente	Atendidos	864	1,728	2,592	3,456	3,456
		Atenciones	9,795	19,590	29,385	39,180	39,180
2	Servicio de Rehabilitación Profesional Independiente	Atendidos	640	1,279	1,918	2,557	2,557
		Atenciones	28,030	56,060	84,090	112,120	112,120
3	Personas con discapacidad colocadas laboralmente	Colocados	456	912	1,368	1,824	1,824
Unidad de Rehabilitación Social (MBRPS y CERPS)							
1	Servicio de Escuela de Familias y Discapacidad	Atendidos	1,530	3,060	4,589	6,119	6,119
		Atenciones	42,769	85,537	128,305	171,073	171,073
2	Servicio de Rehabilitación Social del asegurado con Discapacidad intelectual	Atendidos	514	1,027	1,541	2,054	2,054
		Atenciones	6,539	13,077	19,615	26,154	26,154
3	Servicio de Transición a la Vida Independiente para Personas con Discapacidad	Atendidos	81	161	242	322	322
		Atenciones	306	611	916	1,221	1,221
4	Servicio de Deportes Adaptados	Atendidos	414	828	1,242	1,656	1,656
		Atenciones	9,018	18,036	27,054	36,072	36,072

Fuente: Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad mediante Memorando N° 000685-GCPAMYPCD-ESSALUD-2025 y correo de la Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral de la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, de fecha 20/08/2025

Cuadro 2.8: Resumen de las metas de Prestaciones Sociales para Niños, Niñas y Adolescentes del POI 2026

N°	Actividades	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN 2026				
			I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL
1	Programa de Fortalecimiento Familiar	Participantes	520	1,420	2,320	3,150	3,150
2	Programa de Habilidades para la Vida	Participantes	420	1,140	1,860	2,540	2,540
3	Programa de Mejora de Competencias	Participantes	90	360	630	890	890
4	Programa de Enfoque de Derechos y Ejercicio de Deberes	Participantes	210	480	750	1,000	1,000

Fuente: Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad mediante Memorando N° 000685-GCPAM/PCD-ESSALUD-2025 y correo de la Subgerencia de Rehabilitación Social y Laboral de la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, de fecha 20/08/2025



Cuadro N° 3: Fichas Técnicas

Nombre del Indicador	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Mama			
Objetivo Estratégico	OEI.03 Fortalecer la atención en todos los niveles, con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel.			
Objetivo Operativo	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 50 a 69 años con lesiones precursoras de cáncer de mama en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar daño.			
Unidad de medida	Porcentaje de resultados de mamografías preventivas con informes que se realizaron a mujeres de 50 a 69 años.			
Tipo de Indicador	Continúo de incremento (CI).			
Fuente auditable	Sistema de Servicios de Salud Inteligente (ESSI): Numerador Base de datos de asegurados GCSPE: Denominador			
Fórmula de cálculo	X= (A/B) * 100 A= Número de resultados de mamografías preventivas tomadas a mujeres desde los 50 años cumplidos hasta los 69 años con 11 meses y 29 días. Adscritas a las IPRESS sin EPS. B= Total de mujeres aseguradas desde los 50 años cumplidos hasta los 69 años con 11 meses y 29 días, adscritas a las IPRESS sin EPS con corte al 31 de diciembre del año anterior.			
Datos Históricos	Real 2023	Real 2024	Estimado 2025	
	27.53%	31.48%	35.00%	
Metas 2026	Al I trim	Al II trim	Al III trim	Al IV trim
	8.75%	17.50%	26.25%	35.00%
Proyecciones	2027	2028	2029	
	35.00%	35.00%	35.00%	
Valor de la referencia	-			
Análisis de la evolución del indicador				
Durante el 2024 se ha incrementado de 27.53% a 31.48%, además se espera ampliar la cobertura al 35% al IV Trimestre 2025.				



Análisis de la evolución del componente 1	
Para el año 2026 se espera cumplir lo propuesto al 35% en concordancia con el Tablero de Indicadores Estratégicos	
Análisis de la evolución del componente 2	
Para el año 2025 la población de mujeres aseguradas de 50 a 69 años es de 1,236,749	
Justificación de las metas propuestas	
El cáncer de mama es uno de los cánceres más prevalentes en mujeres a nivel mundial y constituye un problema de salud pública. En este contexto, la detección temprana a través del tamizaje con mamografía preventiva es pertinente, ya que permite la identificación de lesiones precursoras o cáncer en etapas iniciales, facilitando un tratamiento oportuno y reduciendo la mortalidad. Este indicador es relevante porque mide la cobertura del tamizaje en mujeres de 50 a 69 años adscritas a las IPRESS sin EPS, permitiendo evaluar el acceso y la efectividad de las estrategias implementadas. Su seguimiento es fundamental para fortalecer la atención primaria y contribuir al cumplimiento del OEI.03 de EsSalud, asegurando una intervención temprana y mejorando los resultados en salud. La Gerencia Central de Prestaciones de Salud viene coordinando a través de mesas de trabajo con las Gerencias de Línea involucradas en los procesos operativos y funcionales a través de la Gerencia de Atención Primaria y Subgerencia de Control Prestacional de la Atención Primaria; para el monitoreo prioritario.	
Responsable	Responsable de la Medición: Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Responsable de la Información: IPRESS de la Redes Prestacionales / Asistenciales.
Notas adicionales	•Se aplica en IPRESS con población adscrita. •Se considera solo un resultado de tamizaje por persona en el año. •El indicador considera los resultados de mamografía preventiva realizada tanto por la oferta intrainstitucional y extrainstitucional. •Considerar para el cálculo del denominador según criterio poblacional: mujeres de 50 a 69 años sin EPS, corte al 31 de diciembre del año anterior. •Se excluye mamografías diagnosticas (realizado a mujeres con síntomas), Mamografías de seguimiento, Mamografías fuera del grupo etario.

Nombre del Indicador	Cobertura de Tamizaje de Cáncer de Cuello Uterino			
Objetivo Estratégico	OEI.03 Fortalecer la atención en todos los niveles, con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel.			
Objetivo Operativo	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 25 a 64 años con lesiones precursoras de cáncer de cérvix en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar el daño.			
Unidad de medida	Es la variación porcentual del número de pruebas de tamizaje de cuello uterino informadas que se realizaron a mujeres de 25 a 64 años de edad. (Para el caso de PAP con resultados negativos se realiza seguimiento cada 2 años, para caso de DM- VPH con resultados negativos se realiza seguimiento cada cinco años)			
Tipo de Indicador	Continuo de incremento (CI)			
Fórmula de cálculo	X= (A/B) * 100 A: Sumatoria de número de resultados de muestras procesadas para PAP cérvico vaginal tomadas a mujeres desde los 25 años cumplidos hasta los 64 años + número de resultados de muestras de Detección Molecular VPH tomadas a mujeres desde los 30 años cumplidos hasta los 49 años con 11 meses y 29 días. adscritas a las IPRESS sin EPS. B: Total de mujeres aseguradas desde los 25 años cumplidos hasta los 64 años con 11 meses y 29 días, adscritas a las IPRESS sin EPS con corte al 31 de diciembre del año anterior.			
Fuente auditable	Sistema de Servicios de Salud Inteligente (ESSI): Numerador Base de datos de asegurados GCSPE: Denominador			
Datos Históricos	Real 2023	Real 2024	Estimado 2025	
	17.82%	21.63%	35.00%	
Metas 2026	AI I trim	AI II trim	AI III trim	AI IV trim
	8.75%	17.50%	26.25%	35.00%
Proyecciones	2027	2028	2029	
	35.00%	35.00%	35%	
Valor de la referencia	-			
Análisis de la evolución del indicador				
Durante el 2024 se ha logrado 21.63%, además se espera ampliar la cobertura al 35% al IV Trimestre 2025, considerando sumar los tamizajes realizados por DM PVH.				

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0313

Análisis de la evolución del componente 1	
Tamizajes realizados en mujeres de 25 a 64 años presentaron un incremento en comparación al en el 2023 se logró 17.82% (516,590), en el 2024 alcanzó el 21.63% (565,005). Sin embargo, no se logró superar lo alcanzado en el 2019 (576,685). Para el año 2025 se espera incrementar los tamizajes.	
Análisis de la evolución del componente 2	
Para el año 2025 la proyección de mujeres aseguradas de 25 a 64 años es de 3199,626	
Justificación de las metas propuestas	
El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en mujeres, especialmente en países en desarrollo. En este contexto, el tamizaje con Papanicolaou (PAP) y Diagnóstico Molecular del Virus del Papiloma Humano (DM-VPH) es pertinente, ya que permite la identificación temprana de lesiones precursoras, facilitando un tratamiento oportuno y reduciendo la mortalidad. Este indicador es relevante porque mide la cobertura del tamizaje en mujeres de 25 a 64 años adscritas a las IPRESS sin EPS, lo que permite monitorear y fortalecer estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la detección temprana. Su seguimiento contribuye al fortalecimiento de la atención primaria y al cumplimiento del OEI.03 de EsSalud, optimizando la prevención y control del cáncer de cuello uterino. La Gerencia Central de Prestaciones de Salud viene coordinando a través de mesas de trabajo con las Gerencias de Línea involucradas en los procesos operativos y funcionales a través de la Gerencia de Atención Primaria y Subgerencia de Control Prestacional de la Atención Primaria; para el monitoreo prioritario.	
Responsable	Responsable de la Medición: Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Responsable de la Información: IPRESS de la Redes Prestacionales / Asistenciales.
Notas adicionales	•Se aplica en IPRESS con población adscrita. •Se considerará solo un resultado de tamizaje por persona en el año. •El indicador considera los resultados de tamizaje de cuello uterino realizado tanto por la oferta intrainstitucional y extrainstitucional. •Considerar para el cálculo del denominador según criterio poblacional: mujeres de 25 a 64 años sin EPS, corte al 31 de diciembre del año anterior. •Se excluye Pruebas de control: PAP o DM- VPH realizados en mujeres con antecedente de lesión cervical previa (NIC, VPH positivo, cáncer de cuello uterino). Fuera del grupo etario. Prueba en mujeres sintomáticas. Pruebas repetidas el mismo año.

Nombre del Indicador	Porcentaje de niños de 12 a 18 meses recuperados de anemia			
Objetivo Estratégico	OEI.03 Fortalecer la atención en todos los niveles, con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel.			
Objetivo Operativo	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			
Unidad de medida	Porcentaje			
Tipo de Indicador	Continuo de crecimiento			
Fórmula de cálculo	X = (A/B)*100 A= 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. B= Denominador: 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.			
Fuente auditable	Sistema de Servicios de Salud Inteligente (ESSI): Numerador Sistema de Servicios de Salud Inteligente (ESSI): Denominador			
Datos Históricos	Real 2023	Real 2024	Estimado 2025	
	17.82%	30.80%	40.70%	
Metas 2026	AI I trim	AI II trim	AI III trim	AI IV trim
	10.50%	21.00%	31.50%	42.00%
Proyecciones	2027	2028	2029	
	42.00%	42.00%	42%	
Valor de la referencia	-			
Análisis de la evolución del indicador				
Se alcanzó un avance del 27.7% en el I TRIM-2025 en el porcentaje de niñas y niños de 12 meses a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado. El total de niños que se recuperaron en este periodo fue de 3259 y el total de niñas y niños con diagnóstico de anemia evaluados en el primer trimestre del 2025 es de 11,785				
Análisis de la evolución del componente 1				
Los 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 11meses y que se han recuperado tras 6 meses de tratamiento, normalizando su nivel de hemoglobina en valores ≥ 10.5 g/dL hasta el primer trimestre de este año fue 3,259 niños				



Análisis de la evolución del componente 2	
Los 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 (primer trimestre de este año fue 11,785.	
Justificación de las metas propuestas	
Este indicador es pertinente porque permite 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. Asimismo, es relevante porque mide la proporción de niños de 12 meses a 17 meses 29 días de edad recuperados, tras haber sido diagnosticados con anemia entre los 6 meses a 11 meses 29 días de edad, dentro de la población asegurada sin cobertura EPS adscrita a las IPRESS. Esto posibilita la evaluación del acceso y la efectividad de las estrategias implementadas.	
Responsable	Responsable de la Medición: Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Responsable de la Información: IPRESS de la Redes Prestacionales / Asistenciales.
Involucrados	Áreas involucradas: GCPS / GCOP / ORI / GCTIC / GCPI / GCPP / CENATE / CEABE / Redes Prestacionales y Asistenciales

Nombre del Indicador	Promedio de días de estancia en el III nivel de atención			
Objetivo Estratégico	OE1: Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.			
Objetivo Operativo	Mejorar la eficiencia del uso de la cama hospitalaria y contribuir en la reducción de permanencias prolongadas en hospitalización en el III nivel de atención			
Unidad de medida	Número de días			
Tipo de Indicador	Estable			
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Total de días de Estancia en Hospitalización}}{\text{Total de egresos}}$			
Fuente auditable	SES			
Datos Históricos	Real 2023	Real 2024	Estimado 2025	
	10.02	9.71	9.92	
Metas 2026	Al I trim	Al II trim	Al III trim	Al IV trim
	10	10	10	10
Proyecciones	2027	2028	2029	
	10	10	10	
Valor de la referencia	-			
Análisis de la evolución del indicador				
En el año 2024, se registró un promedio de estancia hospitalaria de 4.4 y 9.7 días promedios de estancia para el II y III nivel respectivamente, valores que se ajustan a los estándares, lo cual refleja una utilización significativa de los recursos hospitalarios. Para los años 2025 y 2026, se proyecta la estabilización de este indicador en niveles estándar, lo cual responde a una mejora en la eficiencia del uso de camas hospitalarias. Esta evolución tiene relación con la calidad de los servicios brindados, debido a una atención más oportuna, efectiva y con menor tiempo de permanencia innecesaria, lo que contribuye a una mayor rotación de camas y mejor gestión clínica				
Justificación de las metas propuestas				
Las metas propuestas guardan concordancia con los valores estándar del indicador de promedio de días de hospitalización, lo que contribuye a mantener una gestión eficiente de las camas hospitalarias. Esta eficiencia está alineada con los principios de una atención oportuna, segura y centrada en el paciente, permitiendo optimizar la rotación de camas, reducir riesgos asociados a estancias prolongadas y garantizar una mayor disponibilidad para casos de mayor complejidad clínica.				
Para el cumplimiento del presente indicador, influyen diversos factores vinculados a la complejidad de la demanda (pacientes críticos internados), disponibilidad oportuna de recursos, tanto recurso especializado e insumos, para la efectivización de las interconsultas, exámenes diagnósticos y procedimientos requeridos en hospitalización, así como, del monitoreo y evaluación permanente de los procesos en hospitalización hasta el alta médica.				
Responsable	Gerente Central de Operaciones			
Notas adicionales	-			

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0315

Nombre del Indicador	Rendimiento hora médico en el I, II y III nivel de atención			
Objetivo Estratégico	OE1: Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.			
Objetivo Operativo	Optimizar la oferta de horas-médico con eficiencia a fin de lograr un rendimiento óptimo en consulta externa			
Unidad de medida	Consultas por hora			
Tipo de Indicador	Estable			
Fórmula de cálculo	(N° total de consultas externas en el trimestre) (N° total de horas médico ejecutadas en consulta externa en el trimestre) - Rendimiento hora médico. Es el número de atenciones ejecutadas por hora en consulta externa a cargo del médico. - Número total de consultas externas: Es la cantidad de consultas médicas ambulatorias que se brindan en los consultorios externos en las IPRESS de EsSalud. - Número de horas-médico ejecutadas en consulta externa atención: Es la cantidad total de horas médicos que se han desarrollado para brindar las consultas médicas ambulatorias.			
Fuente auditable	SES			
Datos Históricos	Real 2023	Real 2024	Estimado 2025	
I nivel	4.96	4.95	5.00	
II nivel	4.78	4.81	4.82	
III nivel	3.82	3.8	3.85	
Metas 2026	AI I trim	AI II trim	AI III trim	AI IV trim
I nivel	5	5	5	5
II nivel	4.5	4.5	4.5	4.5
III nivel	3.85	3.85	3.85	3.85
Proyecciones	2027	2028	2029	
I nivel	5	5	5	
II nivel	4.5	4.5	4.5	
III nivel	3.85	3.85	3.85	
Valor de la referencia	-			
Análisis de la evolución del indicador				
El indicador de rendimiento hora médico ha mostrado una ejecución constante en los últimos años, manteniéndose cercano a los estándares establecidos. Esto evidencia una gestión eficiente del tiempo programado para la atención en consulta externa, permitiendo mejorar la productividad médica y ampliar la cobertura de atención a la población asegurada.				

Justificación de las metas propuestas

Las metas propuestas se encuentran alineadas con los estándares de rendimiento por hora médico establecidos para cada nivel de atención, lo que permite mantener un equilibrio adecuado entre la eficiencia operativa y la calidad del servicio de salud. Asimismo, el indicador permite medir el cumplimiento de la programación de consultas y contribuye a asegurar una atención oportuna, continua, sin comprometer los criterios de seguridad ni la experiencia del usuario

Al ser un estándar la evaluación del indicador es positiva mientras se encuentre dentro del rango establecido como meta. Caso contrario la evaluación es negativa

Incluye: consulta médica ambulatoria.

No incluye: consultas CAI, Medicina Complementaria, Consulta de apoyo descentralizado, PADOMI y teleconsulta.

Responsable	Gerencia Central de Operaciones. Involucrados: Redes Prestacionales, Redes Asistenciales, Centro Especializados, Institutos Especializados, IPRESS
Notas adicionales	Incluye: consulta médica ambulatoria. No incluye: consultas CAI, Medicina Complementaria, Consulta de apoyo descentralizado, PADOMI y teleconsulta.

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO

0316

Nombre del Indicador	Promedio de días para el inicio de tratamiento de pacientes con diagnóstico oncológico priorizado			
Objetivo Estratégico	OE1: Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.			
Objetivo Operativo	Mejorar la oportunidad del inicio de tratamiento de los pacientes con diagnóstico oncológico			
Unidad de medida	Promedio de días			
Tipo de Indicador	Continuo de reducción (CR)			
Fórmula de cálculo	Suma días (Fecha tratamiento – fecha resultado ANATPAT) Total de pacientes que iniciaron tratamiento oncológico Fecha tratamiento: fecha del primer tratamiento del paciente con diagnóstico oncológico (radioterapia, quimioterapia y/o procedimiento quirúrgico con diagnóstico de cáncer). Fecha ANATPAT: fecha de resultado o primera fecha de diagnóstico oncológico presuntivo o definitivo. Los diagnósticos oncológicos priorizados son los que tienen mayor impacto en la morbilidad de nuestros asegurados adultos: cuello uterino, mama, próstata, colon, estómago y linfoma y cáncer infantil (leucemia y linfoma). El indicador es acumulativo y es la información puntual a la fecha de corte, al misma que será remitida conjuntamente los datos analizados.			
Fuente auditable	ANATPAT y ESSI			
Datos Históricos	Real 2023	Real 2024	Estimado 2025	
	S/I	S/I	44	
Metas 2026	Al I trim	Al II trim	Al III trim	Al IV trim
	44	44	43	43
Proyecciones	2027	2028	2029	
	42	41	40	
Valor de la referencia	-			
Análisis de la evolución del indicador				
No se cuenta con información histórica. De acuerdo, a la Directiva de Gerencia General N°20- GCPS-ESSALUD-2019 V.01 "Directiva para la atención prioritaria del paciente con diagnóstico oncológico en EsSalud", se dispone que el inicio de tratamiento debe ser dentro de los 38 días luego del diagnóstico de anatomía patológica. Por ello se estiman metas de reducción progresiva para que, en el IV Trimestre del año 2026 el tiempo promedio de inicio de tratamiento sea de 43 días. Los diagnósticos oncológicos priorizados son los que tienen mayor impacto en la morbi mortalidad de nuestros asegurados adultos: cuello uterino, mama, próstata, colon, estómago y linfoma y cáncer infantil (leucemia y linfoma).				

Justificación de las metas propuestas	
Se ha evidenciado que, existe una demanda continua de asegurados que requieren recibir tratamiento oncológico en las Redes Prestacionales y Asistenciales de EsSalud, por lo que, el tiempo de espera para el inicio oportuno de dicho tratamiento es relevante para la evolución y pronóstico de la enfermedad de fondo. En ese sentido, para el año 2026, se espera que más pacientes logren iniciar de manera oportuna su tratamiento oncológico en base a la mejora en la oferta en los establecimientos de salud que cuenten con unidad oncológica:	
Responsable	Responsable de la Medición: Gerencia Central de Operaciones Responsable de la Información: Redes Prestacionales y Asistenciales, Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones, Gerencia Central de Atención al Asegurado
Notas adicionales	-

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0317

Nombre del Indicador	Porcentaje de Prestaciones Económicas cobradas			
Objetivo Estratégico	OEI.01 Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.			
Objetivo Operativo	Medir el grado de cumplimiento para el otorgamiento de Prestaciones Económicas sobre la base de las estimaciones de Prestaciones Económicas			
Unidad de medida	Porcentaje			
Tipo de Indicador	Continuo de crecimiento			
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Valor de las Prestaciones Económicas cobradas} \times 100\%}{\text{Valor total de Prestaciones Económicas aprobadas}}$			
Datos Históricos	Real 2023	Real 2024	Estimado 2025	
	85%	88%	88%	
Metas 2026	Al I trim	Al II trim	Al III trim	Al IV trim
	71%	81%	85%	88%
Proyecciones	2027	2028	2029	
	88%	89%	90%	
Valor de la referencia	-			
Análisis de la evolución del indicador				
Cada una de las Prestaciones Económicas se determinan en función de las siguientes variables:				
1. Incapacidad Temporal: Número de asegurados titulares, valor promedio de remuneración y número de días de incapacidad.				
2. Maternidad: Número de titulares aseguradas gestantes, valor promedio de remuneración y número de días de incapacidad.				
3. Lactancia: Número de hijos nacidos vivos por asegurado titular y valor monetario fijo (820 soles)				
4. Sepelio: Número de asegurados titulares fallecidos y valor monetario hasta 2070 soles aprobado por el Consejo Directivo de EsSalud.				
El porcentaje de cobro de las prestaciones económicas ha mostrado un incremento desde el año 2022 a 2023, pasando de un 83% a 85% respectivamente, como consecuencia de que las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas (OSPE) atiendan oportunamente las solicitudes de Prestaciones Económicas que provienen de los canales presenciales y virtuales (VIVA).				
En el año 2024 se logró un porcentaje de cobro del 88%, promovido por la implementación de canales de notificación a través de correo electrónico, plataforma virtual de consulta, y envío masivo de SMS a los asegurados registrados en la institución. Esta acción se logró con el apoyo de las OSPE para realizar envíos de SMS a sus respectivas carteras corporativas y de asegurados. Sin embargo, falta potenciar el proceso de notificación automática a través de la plataforma interna VIVA-ESSALUD y externa Proyecto VIVA 2.0.				
En este sentido se espera mantener para año 2025 el mismo nivel de cobro, pero mejorando los procesos internos de notificación, respaldado con el soporte de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC) para que atienda oportunamente los requerimientos de mejora hacia la plataforma virtual.				

Análisis de la evolución del componente 1	
El componente 1 (valor de prestaciones económicas cobradas), muestra un incremento del 4.74% en cobros, respecto al periodo 2024, consecuente a un incremento en el nivel de aprobaciones de las prestaciones económicas. Asimismo, se muestra un incremento de 17.09%, respecto al periodo 2025, consecuente de la reducción presupuestal, lo que puede generar un incremento en la provisión para el pago de las prestaciones económicas en el periodo 2026.	
Análisis de la evolución del componente 2	
El componente 2 (valor de prestaciones económicas aprobadas), solo muestra un incremento del 0.95% en aprobados, respecto al periodo 2024, lo cual está sustentado en el procesamiento automatizado de las condiciones para el otorgamiento del pago de las prestaciones económicas. Asimismo, se muestra un incremento de 16.17%, respecto al periodo 2025, consecuente de la reducción presupuestal, puesto que las prestaciones económicas aprobadas muestran una tendencia constante de crecimiento anual.	
Justificación de las metas propuestas	
Las brechas entre las prestaciones económicas cobradas vs las aprobadas, deben ser evaluadas para medir el correcto funcionamiento de los canales de atención (virtual y presencial) y cumplimiento de la oportunidad de entrega de las prestaciones económicas hacia los asegurados y entidades empleadoras.	
Responsable	Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
Notas adicionales	-

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO

0318

Nombre del Indicador	Cobertura de Prestaciones Sociales dirigidas a personas adultas mayores autovalentes aseguradas			
Objetivo Estratégico	OE1: "Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados."			
Objetivo Operativo	Incrementar la cobertura de prestaciones sociales dirigidas a personas adultas mayores autovalentes aseguradas.			
Unidad de medida	Porcentaje			
Tipo de Indicador	Continuo de incremento (CI)			
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de personas adultas mayores usuarias de prestaciones sociales} \times 100}{\text{Total de personas adultas mayores aseguradas autovalentes}}$			
Datos Históricos	Real 2023	Real 2024	Estimado 2025	
	11.36%	10.01%	10.87%	
Metas 2026	AI I trim	AI II trim	AI III trim	AI IV trim
	10.98%	11.31%	11.65%	11.95%
Proyecciones	2027	2028	2029	
	12.19%	12.55%	-	
Valor de la referencia	-			
Análisis de la evolución del indicador				
De acuerdo al INEI (Situación de la Población Adulta Mayor - Informe técnico N°02 diciembre 2025), el 49.7% de las personas adultas mayores están incluidas dentro de la PEA (Población Económicamente Activa); asimismo, de acuerdo a investigaciones realizadas en nuestro entorno, aproximadamente un 32.7% de la población adulta mayor que vive en zonas rurales es independiente y en el caso de la población que reside en zonas urbanas un 79.4%, haciendo un promedio nacional del 56%. Entonces, considerando que la población adulta mayor actual en EsSalud asciende a 2,197,530 se estima que la población potencial a usar los servicios dentro de los CAM considerará sólo a la población autovalente (independiente para realizar sus actividades de la vida diaria) y que no pertenezcan a la PEA, ascendiendo a 619,000, que se constituirá en la cifra base para el cálculo de la proyección de cobertura. Para el año 2026, se espera cerrar alcanzar una población de 73,984, lo que representaría alcanzar el 11.95% de la cobertura de personas adultas mayores dentro de los CAM y CIRAM. Respecto a la evolución de la cobertura de las prestaciones sociales, se observa que en el año 2024 y 2025 ha habido una disminución respecto a los años anteriores, esto debido sustancialmente a la implementación del Sistema Informático Módulo PAM a nivel nacional, que ha permitido el sinceramiento de los datos en todos los CAM y CIRAM. Es de señalar que la implementación de dicho sistema se ha realizado desde diciembre 2024.				
Análisis de la evolución del componente 1				
Para el año 2026 se espera alcanzar a una población de 73,984 personas adultas mayores en los CAM y CIRAM a través de la mejora de las actividades de la Cartera de servicios. Además, se proyecta la creación de un nuevo CAM en la Red Asistencial Cusco, así como la ejecución de alianzas estratégicas interinstitucionales que contribuirá al incremento de cobertura permitiendo alcanzar el total señalado.				

Análisis de la evolución del componente 2

Este componente se calculó tomando en consideración al total de las personas adultas mayores autovalentes aseguradas, por cuanto los tres criterios de inclusión a los CAM y CIRAM son: 1. personas de 60 a más años, 2. aseguradas en EsSalud y 3. ser autovalentes.

Por tanto, nuestra población objetivo para el año 2026 es de aproximadamente 619,000 adultos mayores autovalentes asegurados.

Justificación de las metas propuestas

Las prestaciones sociales dirigidas a las personas adultas mayores autovalentes aseguradas se constituyen en un derecho que contribuyen a su bienestar integral. A través de la ampliación de la cobertura se logrará que un mayor número de personas adultas mayores autovalentes aseguradas accedan a los servicios de prestaciones sociales en las modalidades: virtual y presencial; con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Responsable	Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad Responsable de conducción de los CAM Jefaturas de Prestaciones Sociales o quien haga sus veces Gerencias de Red Prestacional / Asistencial Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad
Notas adicionales	-