

Anexo B-2: Matriz de articulación de las Políticas Nacionales y el Plan Estratégico Institucional

POLÍTICA NACIONAL	OBJETIVOS PRIORITARIOS		LINEAMIENTOS		SERVICIOS			ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL		
	CÓDIGO	ENUNCIADO	CÓDIGO	ENUNCIADO	CÓDIGO	ENUNCIADO	INDICADOR DE COBERTURA	CÓDIGO	ENUNCIADO	NOMBRE DEL INDICADOR
*POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030	OP 2	Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.	L 2.2	Adecuar la infraestructura y equipamiento de acuerdo con el perfil de carga de enfermedad atendida por las RIS.		Sin Servicio		AEI 3.4	Inversiones hospitalarias de ESSALUD para la mejora de la gestión institucional	Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en ESSALUD
			L 2.4	Implementar Redes Integradas de Salud para la atención de la población.		Sin Servicio		AEI 1.1	Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.	Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicio de atención primaria por curso de vida priorizada
			L 2.5	Implementar el modelo de cuidado integral de salud de la población por curso de vida.		Sin Servicio		AEI 1.1	Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida	Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicio de atención primaria por curso de vida priorizada
										Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0405

POLÍTICA NACIONAL	OBJETIVOS PRIORITARIOS		LINEAMIENTOS		SERVICIOS			ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL		
	CÓDIGO	ENUNCIADO	CÓDIGO	ENUNCIADO	CÓDIGO	ENUNCIADO	INDICADOR DE COBERTURA	CÓDIGO	ENUNCIADO	NOMBRE DEL INDICADOR
									con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.	Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuentan con la cartera de servicios de salud de atención primaria aprobada.
										Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada
	L 2.6	Garantizar la portabilidad del derecho de acceso a servicios de salud de la población.	2.2	Portabilidad de afiliación al Aseguramiento Universal de Salud.	AEI 1.3.	Prestaciones económicas otorgadas oportunamente con validación del derecho al pago hacia los asegurados	Porcentaje de población afiliada a un seguro de salud que recibe atención cuando lo demanda			Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas con verificación de acreditación del derecho y validadas
	L 2.7	Garantizar el acceso a los recursos estratégicos de salud, a la población que acude a las IPRESS		Sin Servicio	AEI 1.2	Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad	Porcentaje de bienes estratégicos centralizados que mantienen una cobertura de stock entre 2 y 4 meses en las IPRESS			Porcentaje de bienes estratégicos estimados no centralizados que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS.

Anexo B-3: Matriz del Plan Estratégico Institucional

Periodo: 2026 – 2030

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

OEI/AEI		Nombre del Indicador	Línea Base Año	Logros Esperados en el periodo del Plan				
Código	Descripción			2025	2026	2027	2028	2029
OEI 1.	Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.	IND. OEI 1.1 Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas.	70%	70%	72%	75%	75%	75%
AEI 1.1	Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.	IND. AEI 1.1.1 Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicio de atención primaria por curso de vida priorizada	ND	10%	15%	25%	35%	50%
		IND. AEI 1.1.2 Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuentan con la cartera de servicios de salud de atención primaria aprobada.	ND	10%	25%	60%	80%	100%
		IND. AEI 1.1.3 Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada.	22.76	21.78	20.86	18.57	16.36	15.02
AEI 1.2.	Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad	IND. AEI 1.2.1 Porcentaje de extensión de uso	20.42	19.74	19.11	18.53	17.98	17.48
		IND. AEI 1.2.2 Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna	53%	55%	57%	58%	60%	62%
		IND. AEI 1.2.3 Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica	36.10%	37.70%	38.80%	40.40%	43.30%	47.30%
			66%	61%	56%	52%	47%	43%

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0406

OEI/AEI		Nombre del Indicador	Línea Base Año	Logros Esperados en el período del Plan				
Código	Descripción			2025	2026	2027	2028	2029
		IND. AEI 1.2.4 Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil	40.47%	40.97%	41.47%	41.97%	42.47%	42.97%
		IND. AEI 1.2.5 Porcentaje de bienes estratégicos centralizados que mantienen una cobertura de stock entre 2 y 4 meses en las IPRESS	ND	ND	40%	45%	50%	55%
		IND. AEI 1.2.6 Porcentaje de bienes estratégicos estimados no centralizados que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS.	ND	ND	40%	45%	50%	55%
AEI 1.3.	Prestaciones económicas otorgadas oportunamente con validación del derecho al pago hacia los asegurados	IND. AEI 1.3.1 Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas con verificación de acreditación del derecho y validadas	ND	88%	88%	89%	90%	91%
AEI 1.4.	Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad	IND. AEI 1.4.1 Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de Rehabilitación Profesional colocadas laboralmente	27%	28.51%	30%	31.51%	33%	34.51%
		IND. AEI 1.4.2 Índice compuesto de la extensión de uso y bienestar emocional de las personas adultas mayores	81.44%	82.75%	84%	85.25%	86.50%	87.75%
OEI 2.	Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional	IND. OEI 2.1 Ratio de liquidez (prueba ácida)	1.4	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
AEI 2.1.	Ingresos que garanticen el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.	IND. AEI 2.1.1. Porcentaje de cumplimiento de la meta de recaudación anual por aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N° 26790)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		IND. AEI 2.1.2. Porcentaje de recuperación de la deuda tributaria (contributivo) y no tributaria (reembolso)	22%	22%	22%	22%	22%	22%

OEI/AEI		Nombre del Indicador	Línea Base Año	Logros Esperados en el periodo del Plan					
Código	Descripción			2025	2026	2027	2028	2029	2030
		IND. AEI 2.1.3. Rentabilidad de la Reserva Técnica obtenida	6%		4.8%-6.0%	4.8%-6.0%	4.8%-6.0%	4.8%-6.0%	4.8%-6.0%
		IND. AEI 2.1.4. Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro	< 0 = 85%		< 0 = 85%	< 0 = 85%	< 0 = 85%	< 0 = 85%	< 0 = 85%
AEI 2.2.	Mecanismos de pago basados en un sistema de costos prestacionales estandarizado e implementado, que permitan una gestión eficiente y sostenible de los gastos en todos los niveles de atención.	IND. AEI 2.2.1. Porcentaje de procedimientos médicos y hospitalarios que cuentan con costo aprobado	28%		43%	57%	71%	86%	100%
AEI 2.3.	Sistema de auditoría de seguros que garantice la optimización de la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.	IND. AEI 2.3.1 Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento	63%		63%	62%	62%	61%	61%
OEI 3.	Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud.	IND. OEI 3.1 Porcentaje de avance de modernización de la gestión institucional	-		100%	100%	100%	100%	100%
AEI 3.1.	Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la gestión por procesos y la gestión del conocimiento.	IND. AEI 3.1.1 Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de separación de funciones	N/D		100%	100%	100%	100%	100%
		IND. AEI 3.1.2 Porcentaje de ejecución del Plan de implementación de la Gestión de conocimiento	N/D		N/D	10%	20%	30%	40%
AEI 3.2.	Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital.	IND. AEI 3.2.1 Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital	100%		100%	100%	100%	100%	100%
		IND. AEI 3.2.2 Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (IMGCD-EsSalud)	0.52		1.94	3.72	4.73	4.92	5

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0407

OEI/AEI		Nombre del Indicador	Línea Base Año	Logros Esperados en el periodo del Plan				
Código	Descripción			2025	2026	2027	2028	2029
		IND. AEI 3.2.3 Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital	38%	49%	62%	74%	87%	100%
		IND. AEI 3.2.4 Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional	N/D	15%	20%	20%	20%	25%
		IND. AEI 3.3.1 Porcentaje de Implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud - ESSALUD	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AEI 3.3	Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de mecanismos de integridad y gestión de riesgos.	IND. AEI 3.3.2 Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado	N/D	10%	15%	15%	25%	35%
		IND. AEI 3.3.3 Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v 2	7.37%	12.63%	17.89%	23.16%	28.42%	33.68%
AEI 3.4	Inversiones hospitalarias de ESSALUD para la mejora de la gestión institucional	IND. AEI 3.4.1 Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en ESSALUD	1	2	3	3	2	N/D
		IND. AEI 3.4.2 Porcentaje de ejecución del presupuesto de inversiones FbK	85%	90%	90%	90%	90%	90%
		IND. AEI 3.5.1 Porcentaje de actividades operativas del Plan Operativo Institucional de las dependencias del nivel central con ejecución óptima.	N/D	90%	90%	90%	90%	90%
AEI 3.5	Sistema de Monitoreo y Evaluación del desempeño Institucional fortalecido	IND. AEI 3.5.2 Porcentaje de cumplimiento de los indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud	90%	90%	90%	90%	90%	90%
		IND. AEI 3.5.3 Porcentaje de ejecución del Presupuesto Institucional	N/D	94%	95%	96%	97%	98%

OEI/AEI		Nombre del Indicador	Línea Base Año	Logros Esperados en el periodo del Plan				
Código	Descripción			2026	2027	2028	2029	2030
OEI 4.	Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional.	IND. OEI 4.1 Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral	25%	35%	45%	55%	65%	70%
AEI 4.1.	Talento humano institucional con bienestar integral y satisfacción laboral fortalecidos.	IND. AEI 4.1.1 Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria	ND	70%	60%	70%	80%	90%
		IND. AEI 4.1.2 Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el personal de ESSALUD	28%	33%	38%	42%	47%	51%
		IND. AEI 4.1.3 Porcentaje de colaboradores administrativos de la Sede Central calificados con buen rendimiento, según la normativa	90%	90%	90%	90%	90%	90%

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0408

IND. OEI 1.1 Porcentaje de asegurados satisfechos respecto de las prestaciones recibidas						
Perspectiva	Asegurado					
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.					
Acción Estratégica Institucional						
Justificación	La satisfacción del asegurado constituye un indicador esencial de la calidad percibida y del cumplimiento de los principios de oportunidad, accesibilidad, trato digno y eficiencia en las prestaciones de salud, económicas, sociales y los servicios que se brindan en las plataformas de atención al asegurado. Medir la satisfacción permite identificar brechas en la atención, mejorar la gestión de procesos asistenciales y administrativos, y orientar acciones de mejora continua que fortalezcan la calidad de los servicios que se brinda a los asegurados					
Definiciones operacionales	• Asegurados satisfechos: número absoluto de asegurados que, en la encuesta institucional, califican como "satisfactorias" las prestaciones recibidas en el periodo evaluado. Este cálculo incorpora asegurados que hayan recibido al menos una prestación de salud, económica y/o social, en el periodo. En los casos que el asegurado sea menor de edad o presente alguna dependencia se aplicará al acompañante que estuvo presente en la atención recibida. • Asegurados encuestados: cantidad de asegurados que recibieron atención de salud, económicas y sociales que fueron encuestados como parte de la muestra obtenida.					
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de asegurados satisfechos}}{\text{Número total de asegurados encuestados}} \times 100$					
Unidad de medida	Porcentaje (%)					
Limitaciones para la medición del indicador	•Posible sesgo de percepción en las encuestas. •Baja periodicidad de aplicación de encuestas institucionales. •Disponibilidad presupuestal para la ejecución de la medición de la satisfacción a través de encuestas					
Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Semestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	Informe de la GCAA de la encuesta institucional					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Atención al Asegurado 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Operaciones Gerencia Central de Prestaciones de Salud Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización Gerencia/Dirección de Red Prestacional/Asistencial a nivel nacional					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	70%	70%	72%	75%	75%	75%
Valor en absoluto (Variable A):	21,000	28,000	28,800	37,500	37,500	37,500
Valor en absoluto (Variable B):	30,000	40,000	40,000	50,000	50,000	50,000

Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	I Metodología: 1) Encuestas de satisfacción a aplicarse: 1.1 Encuestas de prestaciones de salud: La medición de la satisfacción de las prestaciones de salud se aplicará a los asegurados atendidos en las diferentes IPRESS a nivel nacional. Se utilizará la metodología SERVQUAL adaptada, en la cual se calculará el nivel de insatisfacción de las prestaciones de salud recibidas. Para ello se construirá un estándar del nivel de expectativa en base al histórico y el contacto telefónico con el paciente será únicamente para medir la percepción de la atención recibida. Según la disponibilidad de recursos, se podrá programar y ejecutar encuestas presenciales, bajo el mismo enfoque. 1.2. Encuestas de satisfacción aplicadas a prestaciones económicas: La medición de la satisfacción de las prestaciones de económicas se aplicará a los usuarios que han recibido algún tipo de prestación económica a nivel nacional. Se utilizará un cuestionario estructurado y validado para tal fin, el cual será aplicado de forma telefónica, virtual o presencial, según la disponibilidad de recursos y según corresponda. 1. 3. Encuestas de satisfacción aplicadas a prestaciones sociales. La medición de la satisfacción de las prestaciones de sociales se aplicará a los asegurados que han recibido algún tipo de prestación social en las diferentes unidades operativas de su ámbito. Se utilizará un cuestionario estructurado y validado para tal fin, el cual será aplicado de forma telefónica, virtual o presencial, según la disponibilidad de recursos y según corresponda. 2) Para los fines de representatividad: Para que las muestras sean representativas se tendrá en cuenta la determinación de la muestra y el tipo de muestreo que se aplique a las prestaciones de salud, sociales y económicas. Cabe precisar que, los criterios establecidos para la elección de las instancias a encuestar, tipo de prestación, entre otros aspectos, serán definidas anualmente en el <i>Plan de Trabajo Anual de Medición de la Satisfacción</i>, aprobado por la Gerencia Central de Atención al Asegurado. II. Análisis de los resultados: La información será procesada en aplicativos informáticos disponibles o el que haga de sus veces y mostrados en tableros de mando. Los resultados obtenidos serán catalogados bajo los siguientes parámetros: mayor o igual a $\geq 70\%$ Satisfecho, entre 69% a 40% medianamente satisfecho y menor de $<39\%$ insatisfecho y serán puestos de conocimientos a las instancias involucradas para los fines que corresponda en el marco de sus competencias. Asimismo, los informes serán remitidos a la Alta Dirección, Gerencia Central de Operaciones, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, y Gerencia Central de Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad, Gerencia/Dirección de Red Prestacional/Asistencial u otros a efectos realizar las acciones que correspondan en el marco de sus competencias. III. Monitorear el cumplimiento de las diferentes acciones. Las instancias involucradas en materia de prestaciones de salud, económicas y sociales son las responsables de implementar el cumplimiento de las propuestas de mejora y ponerlas de conocimiento a la GCAA para que sirva de insumo en la aplicación de las siguientes encuestas. La GCAA realizará el monitoreo respectivo de la aplicación de las encuestas de satisfacción, los resultados obtenidos y la comunicación oportuna a las instancias correspondientes. Los responsables de la gestión del indicador, programarán reuniones de asistencia técnica u otras con las diferentes instancias con el objeto de garantizar la elaboración de las propuestas de mejora y de verificar el cumplimiento del indicador propuesto.
Notas adicionales	El informe de evaluación semestral y anual debe contener el detalle de resultados diferenciados por tipo de prestación en la línea de las metas establecidas en la presente Ficha Técnica.



IND AEI 1.1.1 Porcentaje de población adscrita que recibe la cartera de servicio de atención primaria por curso de vida priorizada	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.1. Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.
Justificación	El acceso efectivo a los servicios preventivos priorizados por curso de vida constituye un componente central del Modelo de Cuidado Integral y del enfoque de gestión poblacional. Este indicador permite evaluar en qué medida la población adscrita recibe intervenciones esenciales de prevención, así como la capacidad resolutoria de las IPRESS para ejecutar la cartera priorizada. Asimismo, facilita identificar brechas de acceso y equidad entre grupos etarios y entre IPRESS, además de permitir analizar la oportunidad y continuidad de las acciones preventivo-promocionales. Debido a que la cartera completa de servicios preventivos es amplia y heterogénea, se han definido de la cartera de servicios de atención primaria un conjunto de prestaciones de salud priorizadas para ambos sexos por curso de vida y relevancia sanitaria. Esta priorización garantiza la medición de un indicador operativo, comparable y estandarizado, permitiendo un monitoreo realista del desempeño de las IPRESS en la provisión de servicios clave para la prevención y promoción. En el campo "Notas adicionales"
Definiciones operacionales	• Adscripción (de asegurados): es el proceso mediante el cual se asigna al asegurado a una IPRESS donde recibirá las prestaciones de salud. • Prestaciones de salud priorizadas de la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida: Listado de prestaciones de salud preventivo promocionales por curso de vida (neonato, niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor), seleccionadas para ambos sexos y relevancia sanitaria (riesgo, oportunidad preventiva). En el campo "Notas adicionales" se detalla la priorización de estas prestaciones de salud preventivo promocionales por CPMS. • Asegurado adscrito que recibieron prestaciones de salud priorizadas de la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida: asegurado adscrito que ha recibido todas las prestaciones priorizadas para su curso de vida, con registro válido y verificable en el ESSI durante el período evaluado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Nº de asegurados adscritos que recibieron prestaciones de salud priorizadas de la cartera de servicios de atención primaria por curso de vida}}{\text{Nº total de la población adscrita a la IPRESS sin cobertura EPS}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• Registro incompleto o inconsistente en ESSI de las prestaciones priorizadas, lo que puede subestimar el numerador • Variabilidad en la calidad del registro entre IPRESS, afectando comparabilidad y análisis de desempeño. • Desactualización u omisiones en el padrón institucional de adscripción, que puede generar discrepancias entre el número real de adscritos y la carga reportada en ESSI.
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Trimestral
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Sistema de Servicios de Salud Inteligente -ESSI (GCTIC) • Sistema de aseguramiento (GCSPE)

Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar)							
	Gerencia Central de Prestaciones de Salud							
	2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador)							
	Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / IPRESS Gerencia Central de Operaciones Gerencia Central de Gestión de las Personas Gerencia Central de Proyectos de Inversión Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos Oficina de Relaciones Institucionales							
Periodo	Línea de base	Metas						
	2025	2026	2027	2028	2029	2030		
Valor en relativo	ND	10.0%	15.0%	25.0%	35.0%	50.0%		
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-		
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-		
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Incrementar asignación presupuestal para las IPRESS del primer nivel de atención. - Conformación de equipos multidisciplinarios de salud para la cobertura de prestaciones de salud preventivo promocional en IPRESS con énfasis en el primer nivel de atención - Equipos biomédicos operativos en IPRESS, con énfasis en el primer nivel de atención - Acceso a los exámenes de ayuda al diagnóstico oportuno en IPRESS con énfasis en el primer nivel de atención. - Implementación de telemedicina para seguimiento preventivo - Fortalecer las actividades extramurales de promoción y prevención de la salud en diferentes escenarios: hogares, entidades empleadoras, centros educativos. - Diseño y ejecución de campañas masivas de prevención por curso de vida.							
Notas adicionales	CPMS priorizados por curso de vida:							
	Neonato	Niño de 29 días a 11 meses y 29 días	Niño de 1 a 4 años 11meses y 29 días	Niño de 5 a 11 años 11meses y 29 días	Adolescente de 12 a 17 años 11 meses y 29 días	Joven de 18 a 29 años 11 meses y 29 días	Adulto de 30 a 59 años 11 meses y 29 días	Adulto Mayor de 60 años a mas
	90585; 90744; 80099; 94760; 99431.02; 99431.01; 99381.01; 99401.03	99381; 90713; 90722; 90670; 90681; 90657; 99209.04; 99403.01; 85018.01; 99199.17 o 99199.19; 96150.01;	99382; 90670; 90707; 90716; 90717; 90633.01; 90701; 90712; 90657 o 90658; 90713; 99209.04; 99403.01; 85018.01; 99199.17 o 99199.19; 96150.01; D0150	99383; 90649; 90714; 99209.04; 96150.01; D0150	99384; 90746; 90649; 90714; 99402.03; 99209.04; 99403.01; 96150.01; 96150.02; 96150.03; 99402.09; D0150	99385; 99402.03 99209.04; 99403.01; 96150.01; 99403.01; 96150.02; 96150.01; 96150.02; 96150.03; D0150; Lab:82947	99386; 99402.03 99209.04; 99403.01; 96150.01; 96150.02; D0150; Lab:82947; 83718; 84478; 82270; 82043; 82565	99387; 99209.04; 99403.01; 96150.03; D0150; Lab:82947; 83718; 84478; 82270; 82043; 82565



IND AEI 1.1.2 Porcentaje de IPRESS del primer nivel de atención que cuentan con la cartera de servicios de salud de atención primaria aprobada.	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.1. Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.
Justificación	La aprobación formal de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en las IPRESS del primer nivel constituye un requisito esencial para estandarizar la oferta de prestaciones preventivo-promocionales, garantizar su alineación al Modelo de Cuidado Integral y asegurar la adecuación a las necesidades epidemiológicas y la capacidad resolutive de cada IPRESS. Este indicador permite monitorear el avance progresivo en la adopción formal de la cartera, condición indispensable para ordenar la microgestión de las IPRESS, fortalecer la planificación por curso de vida y asegurar una atención homogénea orientada a la prevención.
Definiciones operacionales	• IPRESS: son establecimientos de salud que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. • Cartera de servicios: Es el conjunto de diferentes prestaciones que brinda una IPRESS y responde a las necesidades de salud de la población y las prioridades de políticas sanitarias sectoriales. • Primer nivel de atención: es la puerta de entrada de la población al sistema de salud, en donde se desarrollan, principalmente, actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, la familia y la comunidad. (Ipress categoría I 1, I 2, I 3, I 4) NT N°21- MINSA/DGSP-V.03.
Método de cálculo	$\frac{\text{N° de IPRESS del primer nivel de atención que cuenta con cartera de servicios aprobada con acto resolutivo.}}{\text{N° total de IPRESS del primer nivel de atención con población adscrita.}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• Retrasos en el envío o registro formal de las resoluciones de aprobación por parte de las Redes, lo que puede generar desfase temporal en el numerador. • Inconsistencias en la categorización o actualización de un registro institucional de IPRESS del primer nivel con población adscrita, lo que puede afectar el denominador. • Ausencia de un repositorio institucional único y actualizado de resoluciones de aprobación de carteras de servicios.
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Trimestral
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Resoluciones de aprobación emitidos por las Redes Asistenciales/Prestacionales • Registro institucional de IPRESS categorizadas en el primer nivel de atención con población adscrita

Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Prestaciones de Salud					
	2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / IPRESS Gerencia Central de Operaciones Gerencia Central de Gestión de las Personas Gerencia Central de Proyectos de Inversión Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	ND	10.0%	25.0%	60.0%	80.0%	100.0%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	Red Prestacional - Red Asistencial:					
	- Conformar equipos técnicos locales en las Redes para la elaboración y adecuación de la cartera - Realizar análisis situacional y revisión del perfil epidemiológico de la población adscrita - Identificar brechas de oferta y capacidades resolutorias de la IPRESS - Adaptar la cartera de servicios institucional al contexto y realidad operativa de la IPRESS - Revisar la consistencia entre la cartera propuesta y la capacidad instalada (recursos humanos disponibles, equipamiento, categorización de la IPRESS y modelo de cuidado integral) - Adecuar ambientes, flujos y procesos para ofertar los servicios incluidos en la cartera aprobados - Asegurar disponibilidad de RRHH, insumos, equipamiento básico y mobiliario - Programar actividades preventivo-promocionales por curso de vida según la cartera aprobada. Órganos Centrales: - Seguimiento avance de IPRESS con cartera aprobada. - Implementar cuadros de control de brechas y alertas en IPRESS rezagadas - Implementación de un repositorio institucional actualizado de carteras de servicios aprobadas.					
Notas adicionales						



IND AEI 1.1.3 Diferimiento de consulta externa médica y no médica en establecimientos con población asignada.	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.1. Cartera de servicios de atención primaria implementada estableciendo paquetes esenciales de salud por etapas de vida con enfoque preventivo dirigido a los asegurados.
Justificación	Este indicador permite medir la oportunidad en el acceso a citas médicas y no médicas en establecimientos con población asegurada, a través del número de días transcurridos entre la fecha de solicitud y la fecha efectiva de atención. Evaluar el diferimiento de citas es clave para identificar especialidades con alta demanda, brechas de oferta o limitaciones en la disponibilidad de turnos. Su monitoreo contribuye a mejorar la programación asistencial, priorizar la asignación de recursos, garantizar una atención oportuna y fortalecer la equidad en el acceso a los servicios ambulatorios. Dado que el comportamiento del diferimiento varía entre consultas médicas y no médicas, el indicador requiere una medición diferenciada para cada tipo de prestación.
Definiciones operacionales	• Diferimiento: Intervalo de tiempo expresado en días calendario entre la fecha de solicitud de la cita (registrada por el paciente o el profesional de la salud) y la fecha de cita asignada por la IPRESS. Representa el tiempo de espera efectivo para la prestación del servicio. • Fecha de solicitud: Corresponde a la fecha registrada en el sistema ESSI en la que el paciente o el profesional genera la solicitud de cita. En caso de no existir un campo específico para tal registro, se utilizará como referencia la fecha de creación del registro de cita. Esta fecha constituye el punto inicial para el cálculo del diferimiento. • Fecha de cita asignada por la IPRESS: Fecha programada por la IPRESS para la prestación del servicio de salud (médico o no médico). Constituye la fecha de atención comprometida por la entidad y el punto final para el cálculo del diferimiento. • Consulta médica: Es la atención ambulatoria realizada por el médico a la persona con un abordaje integral, valorando la esfera física, mental, social, espiritual, en su contexto familiar, laboral y comunitario, desarrollando en el proceso y la continuidad de la atención al asegurado intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud. • Consulta no médica: Las atenciones no médicas en EsSalud son los servicios y actividades que se brindan a los asegurados sin implicar actos clínicos o procedimientos médicos, orientados principalmente a promover el bienestar, apoyar la prevención, facilitar el acceso a los servicios de salud y gestionar trámites administrativos o sociales.
Método de cálculo	$\text{Diferimiento de Consulta Médica} = \frac{\sum \text{N}^\circ \text{ de días de diferimiento de las citas de consulta médica otorgadas en la IPRESS con población asegurada acumulado al periodo de evaluación}}{\text{Total de citas otorgadas de consulta médica en la IPRESS acumulado al periodo de evaluación}}$ $\text{Diferimiento de Consulta no Médica} = \frac{\sum \text{N}^\circ \text{ de días de diferimiento de las citas de consulta no médica otorgadas en la IPRESS con población asegurada acumulado al periodo de evaluación}}{\text{Total de citas otorgadas de consulta no médica en la IPRESS acumulado al periodo de evaluación}}$
Unidad de medida	Número de días

Limitaciones para la medición del indicador	- Calidad del registro en ESSI, particularmente del llenado correcto de la fecha de solicitud y fecha de atención, lo que requiere monitoreo y validación permanente. - Articulación efectiva con la programación médica y la gestión de turnos, a fin de permitir ajustar la oferta de horarios, reforzar especialidades críticas y reducir brechas de acceso en consulta externa. - Relación directa con la gestión de la demanda asistencial, así como con otros indicadores asistenciales, como oportunidad de citas, oferta de turnos, productividad médica, ausentismo y capacidad instalada, para generar una visión completa del acceso ambulatorio.					
Sentido esperado del indicador	Decreciente					
Frecuencia de medición	Mensual					
Bases de datos empleadas como fuente de información	Sistema de Servicios de Salud Inteligente -ESSI					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Operaciones 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / IPRESS Gerencia Central de Prestaciones de Salud Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo Diferimiento de consulta externa médica	22.8	21.8	20.9	18.6	16.4	15.0
Valor en absoluto (Variable A):	268,374,643	277,712,968	286,051,395	272,391,456	255,729,911	249,069,156
Valor en absoluto (Variable B):	11,792,073	12,750,853	13,709,821	14,669,449	15,628,363	16,587,258
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo Diferimiento de consulta externa no médica	20.4	19.7	19.1	18.5	18.0	17.5
Valor en absoluto (Variable A):	105,556,967	106,124,913	106,693,404	107,261,781	107,830,639	108,399,478
Valor en absoluto (Variable B):	5,168,817	5,375,204	5,582,113	5,788,935	5,995,854	6,202,522
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Fortalecer la programación médica anticipada en especialidades con alta demanda. - Capacitación y asistencia técnica para el correcto llenado de la fecha de solicitud y fecha de atención - Monitoreo semanal del indicador a nivel de Red/IPRESS, así como de los registros. - Generar alertas ante citas diferidas con más de 15 días de espera. - Reforzar atención en horarios extendidos (2do y 3er turno) - Gestionar con GCTIC que no se permita que las fechas de recitas e interconsultas sea menor a 15 días (ambulatorio). - Ampliación del personal asistencial y/o administrativo para fortalecer la capacidad operativa y mejorar la calidad del servicio en beneficio de los pacientes. - Incremento, modernización y reposición del equipamiento médico con el fin de optimizar los diagnósticos, tratamientos y la atención integral.					

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0412

Notas adicionales	A continuación, se detallan las variables del ESSI contempladas para la medición del presente indicador por código de actividad y subactividad Consulta Médica • Se considerará la actividad: Atención Médica Ambulatoria (cod:91) • No se considerará CAI, Teleconsultas. • No se va a considerar diferimiento negativo • El diferimiento debe ser mayor o igual a 1 • El diferimiento no debe ser mayor a 180 días. • Se considerará solo los centros asistenciales que cuenten con población adscrita Consulta No Médica • Se considerará la actividad: Atención No Médica Ambulatoria (cod:B1) • No se va a considerar diferimiento negativo • El diferimiento debe ser mayor o igual a 1 • El diferimiento no debe ser mayor a 180 días. • Se considerará solo los centros asistenciales que cuenten con población adscrita
--------------------------	---

IND AEI 1.2.1 Porcentaje de extensión de uso	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.2. Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad
Justificación	El indicador es pertinente porque permite monitorear el acceso efectivo de la población adscrita a los servicios de salud, un componente clave para fortalecer la atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud. Su relevancia radica porque un mayor uso de estos servicios asegura una atención preventiva y resolutive oportuna, reduce el riesgo de referencias innecesarias al segundo nivel y contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud.
Definiciones operacionales	• Extensión de uso: porcentaje de la población adscrita que utiliza los servicios de atención ambulatoria en las IPRESS. • Adscripción (de asegurados): es el proceso mediante el cual se asigna al asegurado a una IPRESS (establecimiento de salud) donde recibirá las prestaciones de salud. • Atención ambulatoria: es la atención médica y no médica de salud en la cual un paciente que no está en condición de urgencia y/o emergencia recibe con fines de prevención, promoción, recuperación o rehabilitación; y que no termina en internamiento. Es el régimen de la atención de salud que por el lugar donde se desarrolla puede ser dentro de la IPRESS (intramural), o fuera de este (extramural). • Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS): son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de asegurados acumulado que recibieron atención médica ambulatoria por su IPRESS al período de evaluación}}{\text{Número de población adscrita}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• Ninguna
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Mensual
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Sistema de Servicios de Salud Inteligente -ESSI
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Operaciones 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Operaciones Gerencia Central de Prestaciones de Salud Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / IPRESS

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0413

Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	52.9%	54.8%	56.6%	58.4%	60.2%	62.0%
Valor en absoluto (Variable A):	6,768,843	7,157,574	7,544,469	7,944,327	8,355,909	8,784,057
Valor en absoluto (Variable B):	12,796,451	13,061,266	13,329,451	13,603,299	13,880,247	14,167,834
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Controlar los indicadores sanitarios de atención primaria en busca de oportunidades de mejora. • Incrementar la capacidad instalada. • Focalizar la atención de pacientes con atención preventiva.					
Notas adicionales	Se considera la proyección de la población asegurada reportada por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones y Económicas mediante correo de fecha 03/12/2025					

IND AEI 1.2.2 Porcentaje de población asegurada con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.2. Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad
Justificación	El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad en la población asegurada. La medición del porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer que reciben atención oportuna permite evaluar la oportunidad, efectividad y calidad del proceso asistencial, así como identificar brechas en el acceso a servicios especializados y en la continuidad del tratamiento.
Definiciones operacionales	• Asegurados con diagnóstico de cáncer: asegurados que cuentan con un diagnóstico confirmado de cáncer establecido por un profesional de la salud autorizado, registrado formalmente en su historia clínica electrónica • Asegurado con diagnóstico de cáncer que recibe atención oportuna: pacientes cuyo tratamiento incluye: diagnóstico, estadaje y tratamiento (quirúrgico, quimioterapéutico, radioterapéutico u otros según corresponda) se inicia dentro de los primeros 30 días calendario posteriores al diagnóstico confirmado. Se tendrá en cuenta como inicio de tratamiento (resultado de anatomía patológica, quimioterapia, radio terapia, medicamentos, cirugías).
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de asegurados con diagnóstico de cáncer que reciben atención oportuna dentro de los primeros 30 días luego del diagnóstico, acumulados al periodo de medición}}{\text{Total de asegurados con diagnóstico de cáncer acumulados al periodo de medición}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• Registro incompleto o inconsistente en los sistemas clínicos. • Diferencias en la definición operativa de "atención integral" entre establecimientos. • Retrasos en el registro de atenciones y cierre de casos. • Posible duplicidad de pacientes en múltiples episodios. • Subregistro en los sistemas de información. • Variabilidad en criterios de atención integral.
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Mensual
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Sistema de Servicios de Salud Inteligente -ESSI • Registros de atención integral oncológica (Sistemas clínicos institucionales).
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Operaciones 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Operaciones Gerencia Central de Prestaciones de Salud Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / IPRESS INCOR / CNSR

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO

0414



Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	36.1%	37.7%	38.8%	40.4%	43.3%	47.3%
Valor en absoluto (Variable A):	3,533	4,349	5,411	6,621	8,251	9,928
Valor en absoluto (Variable B):	9,785	11,524	13,963	16,402	19,041	20,980
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Mejorar el registro clínico y administrativo de casos oncológicos. - Fortalecer la capacidad resolutive en diagnóstico y tratamiento oportuno. - Implementar panel de monitoreo de casos oncológicos.					
Notas adicionales	Establecimientos de Salud con capacidad resolutive oncológica:					
	RED ASISTENCIAL		CENTRO ASISTENCIAL		CATEG	
	R.A. ICA		HIV AUGUSTO HERNANDIZ MENDOZA		II-2	
	R.A. JUNIN		HN RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ - HUANCAYO		III-1	
	R.A. PASCO		HIHUARIACA		II-E	
	R.A. ALMENARA		H III GRAU		II-2	
	R.A. ALMENARA		H.N. GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN		III-2	
	R.A. REBAGLIATI		H.N. EDGARDO REBAGLIATI MARTINS		III-2	
	R.A. SABOGAL		H.IV. ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN		III-1	
	R.A. CAJAMARCA		H.II. CAJAMARCA		II-2	
	R.A. ANCASH		H. III. CHIMBOTE		III-1	
	R.A. LA LIBERTAD		H.IV. VICTOR LAZARTE ECHEGARAY		III-1	
	R.A. LA LIBERTAD		H.N. HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA LIBERTAD VIRGEN DE LA PUERTA		III-E	
	R.A. LAMBAYEQUE		H.N. ALMANZOR AGUINAGA ASENJO		III-1	
	R.A. PIURA		H.III. CAYETANO HEREDIA		III-1	
	R.A. AREQUIPA		H.N. CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO		III-1	
	R.A. CUSCO		H.N. ADOLFO GUEVARA VELASCO		III-1	

IND AEI 1.2.3 Porcentaje de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.2. Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad
Justificación	Este indicador se enfoca en el monitoreo del tiempo que esperan los pacientes aptos que tienen indicación de intervención quirúrgica, con el fin de desarrollar intervenciones orientadas a reducirla.
Definiciones operacionales	• Lista de Espera Quirúrgica: registro organizado de pacientes que cuentan con una indicación quirúrgica emitida por un profesional de la salud y cuya intervención aún no ha sido realizada, ya sea por limitaciones en la disponibilidad de quirófanos, tiempos de programación, criterios de priorización clínica o restricciones operativas del establecimiento de salud. Se aplica en establecimientos del segundo y tercer nivel de atención que disponen de centro quirúrgico. La Lista de Espera Quirúrgica tiene carácter acumulativo a la fecha de corte. • Paciente apto para intervención quirúrgica: paciente que ha cumplido con todos los requisitos del proceso de evaluación preoperatoria, ha sido evaluado y autorizado por el anestesiólogo, y se encuentra incorporado formalmente en la Lista de Espera Quirúrgica. Incluye a pacientes cuya aptitud fue otorgada en periodos previos y que, a la fecha de corte, aún no han sido intervenidos quirúrgicamente. • Paciente apto con más de 45 días de espera: paciente incluido en la Lista de Espera Quirúrgica que presenta más de 45 días de espera desde la fecha en que obtuvo la aptitud preoperatoria para la intervención quirúrgica.
Método de cálculo	$\frac{\text{Total de pacientes aptos con más de 45 días de espera para intervención quirúrgica}}{\text{Total de pacientes aptos}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• La lista única de oportunidad quirúrgica se encuentra en proceso de implementación en el sistema ESSI en los HN Rebagliati y HN Almenara
Sentido esperado del indicador	Decreciente
Frecuencia de medición	Mensual
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Sistema de Servicios de Salud Inteligente -ESSI

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0415

Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Operaciones 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Operaciones Gerencia Central de Prestaciones de Salud Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / IPRESS INCOR					
	Línea de base	Metas				
Período	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	66.1%	61.0%	56.0%	52.0%	47.0%	43.0%
Valor en absoluto (Variable A):	27,231	25,620	23,240	21,840	19,035	17,630
Valor en absoluto (Variable B):	41,170	42,000	41,500	42,000	40,500	41,000
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Impulsar el uso del módulo de Centro Quirúrgico al 100% a nivel de los hospitales a nivel nacional. • Establecer lineamientos y monitoreo permanente para el desembalse quirúrgico. • Mejora de los procesos de abastecimientos logísticos y de CEABE respecto a los requerimientos de las Redes Asistenciales / Prestacionales. • Priorizar en las intervenciones quirúrgicas los pacientes con mayor tiempo de espera (mayor a 45 días de espera) • Realizar permanentemente la depuración de la lista de espera quirúrgica por parte de las IPRESS					
Notas adicionales	• El indicador y las variables son medidos al corte del periodo de evaluación. • La proyección de los pacientes aptos es variable (no mantiene una tendencia específica) debido a la naturaleza de la lista de espera quirúrgica, donde constituye un flujo continuo de ingresos (pacientes recién evaluados y aptos) y salidas (pacientes que ya han sido intervenidos). La proyección se realiza a partir del análisis del comportamiento histórico de esta variable					

IND AEI 1.2.4 Porcentaje de equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad operativo y dentro de su vida útil	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.2. Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad
Justificación	Garantizar que una proporción significativa del equipamiento biomédico de alta y mediana criticidad en EsSalud se encuentre operativo y dentro de su vida útil, con el fin de asegurar la continuidad, calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud.
Definiciones operacionales	• Equipamiento de alta criticidad: son los equipos biomédicos y electromecánicos que no deben fallar, ni dejar de prestar servicios, en cualquier circunstancia, incluido desastres. • Equipamiento de mediana criticidad: son equipos biomédicos y electromecánicos que no deben fallar, puesto que podrían afectar la calidad de los servicios. • Equipo operativo: equipo biomédico y electromecánico que se encuentra funcionando, conforme lo establece su especificación técnica de fábrica. • Dentro de su vida útil: tiempo durante el cual un equipo biomédico y electromecánico conserva su capacidad de utilización, cumpliendo correctamente con la función para la cual ha sido creado.
Método de cálculo	$\frac{\text{N° de equipos de alta y mediana criticidad operativos y dentro de su vida útil}}{\text{N° de equipos de alta y mediana criticidad}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• Falta de personal en Oficinas de Ingeniería Hospitalaria de los ODC y OPN para garantizar el adecuado registro de información en el SISMAC. • No contar con otra base de datos institucional para extraer dicha información. • Problemas de red o acceso al Software de Mantenimiento de Activos (SISMAC). • Errores en la información registrada en el SISMAC por parte de las Oficinas de Ingeniería Hospitalaria de los órganos desconcentrados y órganos prestadores nacionales
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Semestral
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Equipos de alta y mediana criticidad operativos y dentro de su vida útil: Reporte R1 del SISMAC • Equipos de alta y mediana criticidad: Reporte R1 del SISMAC
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Proyectos de Inversión 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Gerencia Central de Operaciones Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / INCOR / CNSR Gerencia de Oferta Flexible

SEGURO SOCIAL DE SALUD ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0416

Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	40.5%	41.0%	41.5%	42.0%	42.5%	43.0%
Valor en absoluto (Variable A):	23,842	24,464	25,095	25,733	26,379	27,034
Valor en absoluto (Variable B):	58,907	59,707	60,507	61,307	62,107	62,907
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	Para garantizar mayor operatividad de equipos: - Asignación adecuada de presupuesto para adquisición de bienes y servicios para mantenimiento. - Ejecución oportuna y adecuada del Programa Anual de Mantenimiento Preventivo de Equipos Hospitalarios. - Capacitación técnica del personal en mantenimiento y capacitación a nivel usuario en uso adecuado del equipamiento. - Operación adecuada y sin interrupciones del SISMAC. - Brecha de profesionales cubierta en las Oficinas de Ingeniería Hospitalaria de los ODC y OPN. Para garantizar mayor equipamiento dentro de su Vida útil: - Adquisición de equipamiento por reposición por IOARR u OGK. - Adquisición de equipamiento adicional por IOARR u OGK. - Retiro del marguesí patrimonial del equipo en condición para baja.					
Notas adicionales	Indicador clave para la toma de decisiones de inversión y para la reposición del equipamiento hospitalario. Se articula con los procesos de gestión del riesgo operativo y con el sistema institucional de costos prestacionales. El criterio utilizado para proyectar el incremento anual de la cantidad de equipos de alta y mediana criticidad hacia el 2030, es que ESSALUD disponga de un presupuesto anual mínimo de S/ 120'000,000.00 para la adquisición de equipamiento hospitalario; considerando que el costo promedio por cada equipo de alta o mediana criticidad es S/ 150,000.00. De acuerdo con la "Norma de Gestión de Mantenimiento Hospitalario en EsSalud", en el artículo 5.18, los equipos pueden encontrarse en los siguientes estados operativos: Operativo Bueno, Operativo Regular y Operativo Malo (Para Baja y Malo para Reparar); así como, Inoperativos (Por Reparar y Para Baja). En este marco, los equipos clasificados como Operativo Malo para Baja son aquellos que solo alcanzan aproximadamente el 25% de su estándar de funcionamiento y que, además, han superado su vida útil. En consecuencia, los equipos en esta condición no serán considerados en la variable A de la fórmula. De acuerdo con el método de cálculo del presente indicador, su resultado depende de dos componentes: la operatividad y la vida útil del equipamiento. En esa línea, al obtener el porcentaje de equipos de alta y mediana criticidad que se encuentran operativos y dentro de su vida útil, el valor del indicador será equivalente al porcentaje de equipamiento que permanece dentro de su vida útil. Asimismo, para incrementar el valor del indicador, será necesario considerar acciones como: (i) la reposición del equipamiento de alta y mediana criticidad que se encuentra fuera de su vida útil, (ii) el retiro del equipamiento de alta y mediana criticidad clasificado para baja, y (iii) la incorporación de equipamiento adicional de alta y mediana criticidad mediante IOARR u OGK.					

IND AEI 1.2.5 Porcentaje de bienes estratégicos centralizados que mantienen una cobertura de stock entre 2 y 4 meses en las IPRESS	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.2. Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad
Justificación	Nivel de coberturas adecuadas de stock, constituye una obligación institucional respaldada por el marco normativo peruano: - La Ley General de Salud – Ley 26842, que establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben garantizar la disponibilidad de insumos necesarios para atender a la población. - La Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – Ley 29459, que exige asegurar la disponibilidad, calidad y seguridad de bienes sanitarios. En el caso de ESSALUD, se han identificado recurrentes problemas de desabastecimiento, tales como: - Programación deficiente del consumo. - Retrasos en adquisiciones y contrataciones. - Inadecuada coordinación entre almacenes y farmacias. - Falta de actualización de consumo promedio mensual. - Sobreabastecimiento de bienes de baja rotación, generando caducidades. - Ausencia de una plataforma tecnológica que permita sistematizar y unificar información de disponibilidad. Estas situaciones han sido señaladas por informes de auditoría interna y por la Contraloría General de la República. - El indicador contribuye a revertir estas brechas mediante el monitoreo sistemático y la acción correctiva temprana.
Definiciones operacionales	Bienes estratégicos: productos farmacéuticos, dispositivos médicos e insumos de laboratorio críticos para la atención sanitaria, definidos en la cartilla de suministro centralizado. Cobertura adecuada: bienes estratégicos que mantienen existencias con cobertura entre 2 a 4 meses en las IPRESS. - Crítico: MSD < 2 meses - Normostock: MSD entre 2 y 4 meses - Sobrestock: MSD > 4 meses - Desabastecido: MSD=0 Nota: Meses de Stock Disponibles=MSD
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de bienes estratégicos con cobertura de normostock en las IPRESS}}{\text{Total de bienes estratégicos aprobados en la Cartilla de Suministro Centralizado por IPRESS}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	- Normatividad desactualizada - Programación de bienes estratégicos por históricos - Variabilidad del consumo por estacionalidad o cambios epidemiológicos. - Bienes nuevos sin historial de consumo, lo que dificulta estimar el consumo promedio mensual - Procesos de inventario que no reflejan el stock real. - Falta de una herramienta informática que sistematice el registro de estimación de necesidades por Establecimiento de Salud.

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0417

Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Semestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	- Bienes estratégicos con cobertura adecuada: SIOMED - Bienes estratégicos: Cartilla de Suministro Centralizado					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Operaciones Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / INCOR / CNSR					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	ND	ND	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Optimizar el proceso de programación de bienes estratégicos y actualizar el marco normativo - Desarrollar un sistema informático que sistematice el proceso de programación y seguimiento de las existencias de los bienes estratégicos. - Implementar alertas automáticas de quiebre de stock y sobreabastecimiento. - Ajustar el CPM considerando estacionalidad y condiciones epidemiológicas. - Mejorar la coordinación entre almacén central, almacén de red y farmacias. - Realizar inventarios extraordinarios ante hallazgos de inconsistencias. - Actualización de la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2010					
Notas adicionales	Indicador es fundamental para evitar riesgos asistenciales derivados de quiebres de stock. Se articula con los procesos de gestión del riesgo operativo y con el sistema de costos prestacionales. Permite identificar brechas logísticas por red e IPRESS y priorizar compras. Durante el 2026, se generarán las condiciones adecuadas para obtener información de coberturas a nivel de IPRESS, consolidando estimación de necesidades de los bienes estratégicos, por establecimiento de Salud para el 2027.					

IND AEI 1.2.6 Porcentaje de bienes estratégicos estimados no centralizados que mantienen una cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS.	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.2. Capacidad resolutive fortalecida orientada a reducir la brecha de acceso a servicios de salud especializados, garantizando su disponibilidad, oportunidad y calidad
Justificación	Nivel de coberturas adecuadas de stock, constituye una obligación institucional respaldada por el marco normativo peruano: - La Ley General de Salud – Ley 26842, que establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben garantizar la disponibilidad de insumos necesarios para atender a la población. - La Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – Ley 29459, que exige asegurar la disponibilidad, calidad y seguridad de bienes sanitarios. En el caso de ESSALUD, se han identificado recurrentes problemas de desabastecimiento, tales como: - Programación deficiente del consumo. - Retrasos en adquisiciones y contrataciones. - Inadecuada coordinación entre almacenes y farmacias. - Falta de actualización de consumo promedio mensual. - Sobreabastecimiento de bienes de baja rotación, generando caducidades. - Ausencia de una plataforma tecnológica que permita sistematizar y unificar información de disponibilidad. Estas situaciones han sido señaladas por informes de auditoría interna y por la Contraloría General de la República. El indicador contribuye a revertir estas brechas mediante el monitoreo sistemático y la acción correctiva temprana.
Definiciones operacionales	Bienes estratégicos: productos farmacéuticos, dispositivos médicos e insumos de laboratorio críticos para la atención sanitaria, estimados y que no pertenecen a la cartilla de suministro centralizado. Cobertura adecuada: bienes estratégicos que mantienen existencias con cobertura de stock de 2 y 4 meses en las IPRESS. - Crítico: MSD < 2 meses - Normostock: MSD entre 2 y 4 meses - Sobrestock: MSD > 4 meses - Desabastecido: MSD=0 Nota: Meses de Stock Disponibles=MSD
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de bienes estratégicos locales con cobertura de normostock en las IPRESS}}{\text{Total de bienes estratégicos estimados que no pertenecen a la Cartilla de Suministro Centralizado por IPRESS}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0418

Limitaciones para la medición del indicador	• Normatividad desactualizada • Programación de bienes estratégicos por históricos • Variabilidad del consumo por estacionalidad o cambios epidemiológicos. • Bienes nuevos sin historial de consumo, lo que dificulta estimar el consumo promedio mensual • Procesos de inventario que no reflejan el stock real. • Falta de una herramienta informática que sistematice el registro de estimación de necesidades por Establecimiento de Salud.					
Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Semestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Bienes estratégicos con cobertura adecuada: SIOMED • Bienes estratégicos: Cartilla de Suministro Centralizado					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Operaciones Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación Redes Prestacionales / Redes Asistenciales / INCOR / CNSR					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	ND	ND	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Optimizar el proceso de programación de bienes estratégicos y actualizar el marco normativo. • Desarrollar un sistema informático que sistematice el proceso de programación y seguimiento de las existencias de los bienes estratégicos. • Implementar alertas automáticas de quiebre de stock y sobreabastecimiento. • Ajustar el CPM considerando estacionalidad y condiciones epidemiológicas. • Mejorar la coordinación entre almacén central, almacén de red y farmacias. • Realizar inventarios extraordinarios ante hallazgos de inconsistencias. • Actualización de la Directiva N° 16-GG-ESSALUD-2010.					
Notas adicionales	Indicador es fundamental para evitar riesgos asistenciales derivados de quiebres de stock. Se articula con los procesos de gestión del riesgo operativo y con el sistema de costos prestacionales. Permite identificar brechas logísticas por red y priorizar compras. Durante el 2026, se generarán las condiciones adecuadas para obtener información de coberturas a nivel de IPRESS, consolidando estimación de necesidades de los bienes estratégicos, por establecimiento de Salud para el 2027.					

IND AEI 1.3.1 Porcentaje de expedientes de prestaciones económicas cobradas con verificación de acreditación del derecho y validadas						
Perspectiva	Asegurado					
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.					
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.3. Prestaciones económicas otorgadas oportunamente con validación del derecho al pago hacia los asegurados					
Justificación	Cumplir con el otorgamiento de las Prestaciones Económicas, tales como: Sepelio, Lactancia, Maternidad e Incapacidad Temporal para el Trabajo, de acuerdo a la normatividad vigente.					
Definiciones operacionales	Valor de Prestaciones Económicas cobradas: corresponde al valor (expresado en soles) de las Prestaciones Económicas cobradas por los administrados. Valor total de Prestaciones Económicas aprobadas: corresponde al valor total (expresado en soles) de solicitudes aprobadas que se recibieron a través de los canales: (i) Presencial (OSPE) y (ii) Virtual (Plataforma VIVA).					
Método de cálculo	$\frac{\text{Valor de Prestaciones Económicas cobradas}}{\text{Valor total de Prestaciones Económicas aprobadas}} \times 100$					
Unidad de medida	Porcentaje (%)					
Limitaciones para la medición del indicador	- Reducción de la capacidad operativa de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas - Deficiencias en el proceso de calificación automática de la plataforma VIVA. - Disposición de presupuestal para el pago de las Prestaciones Económicas					
Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Trimestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	- Reporte de la Gerencia de Tesorería. - Reporte de la Gerencia de Sistemas e Innovación Tecnológica.					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones Gerencia Central de Gestión Financiera					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	ND	88.0%	88.0%	89.0%	90.0%	91.0%
Valor en absoluto (Variable A):	-	1,039,100,383	1,091,055,402	1,158,626,447	1,230,226,958	1,306,090,953
Valor en absoluto (Variable B):	-	1,180,795,890	1,239,835,684	1,301,827,468	1,366,918,842	1,435,264,784

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO

0419



Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones atienda oportunamente todas las incidencias reportadas por las OSPE respecto de los diversos sistemas de información institucionales. • La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas atienda oportunamente todas las incidencias reportadas por las OSPE respecto de los diversos sistemas de información extrainstitucionales. • La Gerencia Central de Gestión Financiera atienda oportunamente el pago de las prestaciones económicas en consideración al cronograma de pagos.
Notas adicionales	

IND AEI 1.4.1 Porcentaje de personas con discapacidad atendidas en los servicios de Rehabilitación Profesional colocadas laboralmente	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.4. Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad
Justificación	El indicador es pertinente porque permite conocer el porcentaje de personas con discapacidad que, habiendo sido evaluadas integralmente, y atendidas en los servicios de rehabilitación profesional dependiente de las unidades operativas de prestaciones sociales (CERPS/MBRPS), son colocadas laboralmente, asegurando un impacto positivo en la calidad de vida del asegurado con discapacidad y su familia. El indicador es relevante porque permite medir la inclusión laboral de las personas con discapacidad en cumplimiento de los derechos que la ley general de la persona con discapacidad le otorgan.
Definiciones operacionales	• Persona con discapacidad: es aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que al interactuar con diversas barreras aptitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás. • Evaluación integral: Es un enfoque de prestación de servicios que garantiza la cobertura de las necesidades físicas, emocionales, sociales y culturales de las personas, considerando su contexto y promoviendo su bienestar integral. • Personas con discapacidad colocada laboralmente: se considera persona con discapacidad colocada a los usuarios atendidos en los servicios de rehabilitación profesional dependiente que fueron insertados, reincorporados, reubicados o reconvertidos laboralmente. • Personas atendidas en el servicio de rehabilitación profesional dependiente: se considera a las personas con discapacidad que fueron evaluadas integralmente y reciben atenciones en el servicio de rehabilitación profesional dependiente. • Parámetros de medición: • Evaluaciones por médico rehabilitador, psicólogo, trabajador social. • Atendidos en los servicios de rehabilitación profesional dependiente: los usuarios, personas con discapacidad en edad laboral que habiendo sido evaluados integralmente reciben el servicio de rehabilitación profesional dependiente. • Colocados laboralmente: son aquellos usuarios atendidos en el servicio de rehabilitación profesional dependiente, fueron: (i) insertados laboralmente: usuarios que accedieron a nuevos puestos de trabajo, (ii) reincorporados : usuarios con licencias prolongadas, que recuperan el perfil de exigencias del puesto y con los ajustes razonables es reincorporado a su mismo puesto de trabajo, (iii) reubicados : usuarios que de acuerdo a las posibilidades de éste, accedan a un nuevo puesto de trabajo en la misma empresa, y (iv) reconvertidos : usuarios que en los que la capacidad funcional no le permita volver a ejercer la profesión u oficio para el cual estaba capacitado, requiriendo un nuevo aprendizaje para reincorporarse al medio laboral en otro puesto de trabajo.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de personas con discapacidad colocada laboralmente}}{\text{Número de personas atendidas en el servicio de rehabilitación profesional dependiente}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• El no registro de la información oportuna en los sistemas informáticos correspondientes.

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0420

Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Semestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	- Registros de personas con discapacidad atendidas el servicio de RPD: Sistema de Rehabilitación Profesional y Social - Registros de personas con discapacidad colocadas laboralmente: Sistema de Rehabilitación Profesional y Social					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad Centros de Rehabilitación Profesional y Social					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	27.0%	28.5%	30.0%	31.5%	33.0%	34.5%
Valor en absoluto (Variable A):	849	933	1,021	1,115	1,214	1,321
Valor en absoluto (Variable B):	3,146	3,272	3,403	3,539	3,680	3,828
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Seguimiento por parte de las sectoristas de la sub gerencia de rehabilitación social y laboral, de la información en el módulo digital del sistema informático. - Supervisiones a las unidades operativas para el cumplimiento y mejoramiento del proceso de rehabilitación profesional. - Reuniones técnicas virtuales mensuales.					
Notas adicionales						

IND AEI 1.4.2 Índice compuesto de la extensión de uso y bienestar emocional de las personas adultas mayores	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 1. Mejorar la seguridad social en salud a través del otorgamiento eficiente, equitativo y oportuno de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
Acción Estratégica Institucional	AEI 1.4. Modelo de atención de otorgamiento de las prestaciones sociales dirigidas a la persona adulta mayor y persona con discapacidad
Justificación	El Índice Compuesto de Extensión de Uso y Bienestar Emocional es un indicador de desempeño que permite evaluar, de forma integrada, el alcance y la efectividad de las prestaciones sociales dirigidas a las personas adultas mayores. Articula dos dimensiones clave: • La Extensión de Uso, que mide la proporción de personas adultas mayores que participan en cuatro (4) o más prestaciones sociales distintas, lo que refleja una participación diversificada, sostenida e intensiva. Este umbral permite distinguir el uso significativo de las prestaciones, evita sobreestimar la cobertura con asistencias puntuales y proporciona información útil para fortalecer el modelo de atención social, la asignación de recursos y la planificación estratégica institucional. • El Bienestar Emocional, que evalúa el estado emocional alcanzado por las personas adultas mayores tras su participación en cuatro (4) o más prestaciones sociales, utilizando la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo (WEMWBS). Se considera un puntaje post intervención de 43 o más puntos como un nivel adecuado de bienestar emocional, en concordancia con los puntos de corte utilizados internacionalmente para interpretar bienestar mental positivo. La integración de ambas dimensiones permite analizar no solo la participación diversificada, sino también la calidad del impacto emocional logrado, identificar brechas de acceso e impacto, fortalecer la rendición de cuentas y orientar acciones de mejora continua.
Definiciones operacionales	• Prestación: cualquier servicio, taller o actividad registrada dentro de los Programas de Empoderamiento y Derechos Humanos, Autocuidado, Fortalecimiento Productivo y Servicios complementarios de la "Cartera de Prestaciones Sociales para las Personas Adultas Mayores de los Centros y Círculos del Adulto Mayor". • Extensión de Uso (A): Porcentaje de personas adultas mayores que participan en cuatro (4) o más prestaciones sociales distintas durante el periodo evaluado. • Mejora en Bienestar Emocional (B): Porcentaje de personas adultas mayores que, habiendo participado en cuatro (4) o más prestaciones, alcanzan un puntaje post intervención ≥ 43 puntos en la escala WEMWBS. • Parámetros de medición: Participación activa ≥ 4 prestaciones distintas y ≥ 43 puntos WEMWBS post intervención
Método de cálculo	Índice Compuesto de Extensión de Uso y Bienestar Emocional (%) = $(0.5 \times A) + (0.5 \times B)$ Donde: $A = (\text{N}^\circ \text{ de PAM que usan } \geq 4 \text{ prestaciones} / \text{N}^\circ \text{ de PAM activos}) \times 100\%$ $B = (\text{N}^\circ \text{ de PAM que usan } \geq 4 \text{ prestaciones, que obtienen } \geq 43 \text{ puntos WEMWBS} / \text{N}^\circ \text{ de PAM que usan } \geq 4 \text{ prestaciones}) \times 100\%$ Especificaciones técnicas: • Para la variable A, se considera el número total de personas adultas mayores registradas en el Módulo PAM que hayan participado en cuatro (04) o más prestaciones sociales distintas dentro del periodo de evaluación. • Para la variable B, se consideran los resultados de la escala WEMWBS aplicada al cierre del ciclo de participación (mínimo 6 meses), con ≥ 43 puntos considerados como significativos para buen bienestar emocional con esta escala.

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0421

Unidad de medida	Porcentaje (%)					
Limitaciones para la medición del indicador	- Necesidad de registros de asistencia íntegros y actualizados en el Módulo PAM. - Variación en la oferta de prestaciones según CAM o CIRAM. - Dependencia de la aplicación post intervención de la escala WEMWBS. - Posible pérdida de seguimiento en ciclos de 6 meses o más.					
Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Semestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	- Registros de asistencia a los diferentes talleres y actividades de prestaciones sociales en los CAM y CIRAM: los mismos que se obtienen del sistema informático Módulo PAM - Registros de resultados de la escala WEMWBS post intervención registrados en el sistema informático Módulo PAM					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad Jefaturas de Prestaciones Sociales o quien haga sus veces					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	81.4%	82.8%	84.0%	85.2%	86.5%	87.8%
Valor en absoluto (Variable A):	67.9%	70.0%	72.0%	74.0%	76.0%	78.0%
Valor en absoluto (Variable B):	95.0%	95.5%	96.0%	96.5%	97.0%	97.5%
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Registro sistemático de la participación en todas las prestaciones. - Aplicación estandarizada de la escala WEMWBS post intervención. - Promoción activa de la participación intensiva (≥4 prestaciones). - Fortalecimiento de la oferta diversificada de servicios sociales.					
Notas adicionales	- El umbral ≥4 prestaciones aseguran una participación intensiva y alineada al modelo de envejecimiento activo. - El puntaje WEMWBS ≥43 puntos corresponden a un nivel validado internacionalmente como "bienestar emocional adecuado". - Los valores proyectados de las metas se definen a partir de los datos basales del año 2025.					

IND. OEI 2.1 Ratio de liquidez (prueba ácida)	
Perspectiva	Financiera
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional
Acción Estratégica Institucional	
Justificación	Seguimiento y medición del grado de liquidez de ESSALUD.
Definiciones operacionales	• Activo Corriente del Año X: representa el activo líquido o circulante de ESSALUD al año X, que puede hacerse líquido, es decir, que puede convertirse en dinero, en un plazo de tiempo menor a los 12 meses. Está constituido por los saldos: Efectivo y Equivalente al Efectivo, Cuentas por Cobrar Comerciales (Neto), Otras Cuentas por Cobrar (Neto), Inventarios, entre otros rubros. • Inventario del Año X: es el costo de los medicamentos, materiales médicos y suministros diversos que ESSALUD tiene disponibles para la atención médica a sus asegurados. • Pasivo Corriente del Año X: es la parte del pasivo que contiene las obligaciones a corto plazo de, es decir, las deudas y obligaciones que tienen una duración menor a los 12 meses. • Grado de Liquidez: es la capacidad que tiene ESSALUD para cumplir con sus obligaciones en el corto plazo.
Método de cálculo	$\frac{\text{Activo corriente del año X} - \text{Inventario corriente del año X}}{\text{Pasivo corriente del año X}}$
Unidad de medida	Número
Limitaciones para la medición del indicador	Ninguna
Sentido esperado del indicador	Estándar
Frecuencia de medición	Anual
Bases de datos empleadas como fuente de información	Estados Financieros de ESSALUD
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Gestión Financiera 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Gestión Financiera Gerencia de Contabilidad

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0422

Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	1.4	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
Valor en absoluto (Variable A):	4,587,267,441	4,294,215,407	4,400,915,407	4,347,015,407	4,280,315,407	4,205,126,147
Valor en absoluto (Variable B):	661,867,560	585,528,792	595,528,792	545,528,792	445,528,792	405,528,792
Valor en absoluto (Variable C):	2,800,878,973	3,182,270,621	3,299,270,621	3,275,270,621	3,312,270,621	3,212,270,621
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Establecimiento de metas de recaudación en coordinación con SUNAT, con el fin de garantizar los flujos de recursos suficientes que permitan cumplir con el rol prestacional de salud. • Formulación del plan multianual de mejora de la recaudación de aportaciones para los siguientes años conjuntamente con la SUNAT, estableciendo indicadores y metas cuantitativas orientadas a: i) Incrementar la recaudación; ii) Reducir la tasa de morosidad; iii) Incrementar el ratio de recuperación de deudas y; iv) Incrementar las acciones de fiscalización.					
Notas adicionales						

IND AEI 2.1.1. Porcentaje de cumplimiento de la meta de recaudación anual por aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N° 26790)						
Perspectiva	Financiera					
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional					
Acción Estratégica Institucional	AEI 2.1. Ingresos que garanticen el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.					
Justificación	Se requiere conocer el porcentaje de cumplimiento de los ingresos anuales recaudados por la SUNAT, respecto de las aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, frente a los ingresos anuales esperados.					
Definiciones operacionales	• Meta Anual de Recaudación: ingresos anuales estimados entre ESSALUD y de la SUNAT (MM), en cumplimiento a lo dispuesto en el literal a) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1160 que modifica el porcentaje que debe pagar ESSALUD a la SUNAT, donde señala a la recaudación como uno de los indicadores de gestión. • Estadísticas Primarias de Recaudación (Archivos EPR): documentos transferidos de manera permanente por la SUNAT a ESSALUD y que van informando el avance de la recaudación a lo largo del año.					
Método de cálculo	$\frac{\text{Recaudación Anual de las Aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud}}{\text{Meta Anual de las Aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud}} \times 100$					
Unidad de medida	Porcentaje (%)					
Limitaciones para la medición del indicador	La información tributaria es remitida por la SUNAT a ESSALUD via sistemas informáticos.					
Sentido esperado del indicador	Cercano a uno (1). Considera márgenes de error acotados de +/- 3%					
Frecuencia de medición	Anual					
Bases de datos empleadas como fuente de información	Nuevo Esquema de Transferencia de Información NETI - SUNAT					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Gestión Financiera 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Gestión Financiera Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Valor en absoluto (Variable A):	16,670.00	17,796.00	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	16,670.00	17,796.00	-	-	-	-

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0423

Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Las metas de recaudación corresponden a estimaciones evaluadas, determinadas y conciliadas entre la SUNAT y ESSALUD. • Los procesos de recaudación de las aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, es ejercido por la SUNAT, por constituir una clase de tributo denominado "contribución" de acuerdo a lo establecido en la Norma II del Título Preliminar del Texto Único Ordenado del Código Tributario, donde ESSALUD es el acreedor de dicho tributo. En tanto que, en ESSALUD, el control, monitoreo, evaluación, conciliación y consolidación, es ejercido por la Gerencia Central de Gestión Financiera a través de la Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas.
Notas adicionales	Los importes de recuperación no pueden ser registrados en periodos futuros, dado que corresponden a estimaciones previamente coordinadas con SUNAT cada 3 años (meta) y que son confrontadas con los resultados anuales (recaudación), que varían de acuerdo a las características del sistema y estabilidad económica del país.

IND AEI 2.1.2. Porcentaje de recuperación de la deuda tributaria (contributivo) y no tributaria (reembolso)	
Perspectiva	Financiera
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional
Acción Estratégica Institucional	AEI 2.1. Ingresos que garanticen el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.
Justificación	Se requiere conocer el nivel de eficiencia de la cobranza anual de la deuda tributaria y no tributaria, al cierre del ejercicio, frente a los niveles de deuda reportados al inicio del ejercicio.
Definiciones operacionales	• Recuperación de la deuda tributaria: constituyen ingresos por pago de deuda de aportes al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, cuyos procedimientos son ejercidos por la SUNAT, al constituir una clase de tributo denominado "contribución" de acuerdo a lo establecido en la Norma II del Título Preliminar del Código Tributario, donde ESSALUD es el acreedor de dicho tributo. La deuda se encuentra determinada y contenida en los correspondientes valores (Orden de Pago-OP, Resolución de Determinación-RD, Resolución de Multa-RM, Resolución de Pérdida-RP, entre otras). • Recuperación de la deuda no tributaria (reembolso): constituyen ingresos por recuperación de deuda no tributaria por concepto de prestaciones asistenciales y/o económicas otorgadas a trabajadores y derechohabientes de empleadores morosos. La deuda se encuentra contenida en las correspondientes Resoluciones de Cobranza, entre otro tipo de resoluciones originadas en las misma. • Deuda total: Constituyen acreencias a favor de ESSALUD, provenientes: i) De la determinación de aportes pendientes contenidos en valores (tributaria); y, ii) Del reembolso de prestaciones de salud y/o económicas otorgadas a trabajadores y/o derechohabientes de empleadores morosos a las aportaciones. <u>Considera capital e intereses a la fecha de corte.</u>
Método de cálculo	$\frac{\text{Recuperación Anual Tributaria + No tributaria (Cierre del ejercicio x)}}{\text{Deuda acumulada anual tributaria + No Tributaria (Inicio del ejercicio x)}}$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• En el caso de la información tributaria, el suministro y el corte son remitidos por la SUNAT a ESSALUD vía sistemas informáticos.
Sentido esperado del indicador	Positivo y no menor al 18%
Frecuencia de medición	Anual
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Sistema de Deuda Determinada No Tributaria - ESSALUD • Nuevo Esquema de Transferencia de Información NETI - SUNAT
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Gestión Financiera 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Gestión Financiera Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0424

Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	22.0%	22.0%	22.0%	22.0%	22.0%	22.0%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	5,180.87	-	-	-	-	-
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• La administración de los procesos de gestión y determinación de la deuda por aportaciones al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, corresponden a acciones ejercidas por la SUNAT, por constituir una clase de tributo denominado "contribución" de acuerdo a lo establecido en la Norma II del Título Preliminar del Código Tributario, donde ESSALUD es el acreedor de dicho tributo. En tanto que, en ESSALUD, el control y monitoreo de las acciones dispuestas por la SUNAT, es ejercido por la Gerencia Central de Gestión Financiera, a través de la Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas. • El control y supervisión de la recuperación de deuda no tributaria ejercida por las Redes Asistenciales a nivel nacional, Red Prestacional de Lambayeque, y Sub Gerencia de Cobranza No Tributaria (Lima), de ESSALUD. En tanto que, el monitoreo y consolidación de la información de este tipo de deuda, así como de su recaudación, se encuentra a cargo de la Gerencia Central de Gestión Financiera, a través de la Gerencia de Control Contributivo y Cobranzas. • Fortalecimiento de las unidades de finanzas en las Redes Asistenciales. • Actualización del Manual de Operaciones de las Redes Asistenciales y Prestacionales.					
Notas adicionales	Los importes de recuperación y deuda no pueden ser registrados a futuro, dado que corresponden a cifras fluctuantes, con significativa volatilidad y que experimentan cambios constantes o variaciones irregulares.					

IND AEI 2.1.3. Rentabilidad de la Reserva Técnica obtenida

Perspectiva	Financiera
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional
Acción Estratégica Institucional	AEI 2.1. Ingresos que garanticen el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.
Justificación	Se requiere conocer la rentabilidad nominal anual del Fondo en términos porcentuales, medida a través de la variación del valor cuota del día (X) y (X-1). La rentabilidad puede presentar desviaciones de acuerdo con el desempeño de los mercados financieros. • Rango meta: 4.8% - 6.0% • Justificación de la Meta: La meta del indicador se ubica en 6.0%, con un rango meta de entre 4.8% y 6.0%, producto de la evaluación de expectativa de los mercados financieros para el periodo señalado y la búsqueda de metas que logren el objetivo estratégico del portafolio.
Definiciones operacionales	• Reserva Técnica: son los recursos financieros reservados de acuerdo a Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y su Reglamento, los cuales solo serán utilizados en casos de emergencia. En ese sentido, la Reserva Técnica se encuentra respaldada por instrumentos financieros elegibles a través de una gestión de portafolio de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Política y Reglamento de Inversiones Financieras de la Institución. • Valor Cuota de la Reserva Técnica: es la unidad de medida en la que se expresan los recursos financieros acumulados por el Portafolio Fondo Ley N° 26790 – Reserva Técnica. El Valor Cuota se obtiene de dividir el Patrimonio del Fondo entre las cuotas acumuladas del mismo. La evolución del Valor Cuota responderá al desempeño de las inversiones que lo componen. El valor cuota de la Reserva Técnica se expresa en soles y es calculado con una periodicidad diaria y refleja la rentabilidad que el portafolio va acumulando en el tiempo • Rendimiento: Es la rentabilidad nominal anual del Fondo en términos porcentuales, medida a través de la variación del valor cuota del día (X) y (X-1).
Método de cálculo	$\left[\frac{\text{Valor Cuota de la Reserva Técnica en año (x)}}{\text{Valor Cuota de la Reserva Técnica en año (x-1)}} - 1 \right] \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• Posible retraso de información para elaboración del Informe Diario de Inversiones (IDI). El informe está ubicado en un servidor interno de reporte diario y cada mes toma como resultado el ultimo día reportado de cada mes.
Sentido esperado del indicador	Estable (mantener el estándar alcanzado dentro del rango meta)
Frecuencia de medición	Anual
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Informe Diario de Inversiones (IDI). El informe está ubicado en un servidor interno de reporte diario y cada mes toma como resultado el ultimo día reportado de cada mes.
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Gestión Financiera 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Gestión Financiera Gerencia de Inversiones Financiera

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0425

Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	6.0%	4.8%-6.0%	4.8%-6.0%	4.8%-6.0%	4.8%-6.0%	4.8%-6.0%
Valor en absoluto (Variable A):	472.76	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	446.00	-	-	-	-	-
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	Continuar con el proceso de ejecución de inversiones financieras en los mercados financieros, con la finalidad de optimizar el Portafolio de Inversiones Financieras del Seguro Social de Salud – EsSalud. Esto requiere monitoreo y participación activa en el mercado de capitales, con un enfoque especial en inversiones de corto y mediano plazo en instrumentos de renta fija.					
Notas adicionales	Al establecer las metas por tramos, no se puede establecer los valores fijos de las variables del indicador.					

IND AEI 2.1.4. Porcentaje de siniestralidad por tipo de seguro	
Perspectiva	Financiera
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional.
Acción Estratégica Institucional	AEI 2.1. Ingresos que garanticen el equilibrio financiero para la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.
Justificación	Cumplir con el seguimiento de siniestralidad para garantizar sostenibilidad económica y financiera, como la relación que existe entre los costos de salud asumidos y los ingresos operacionales recibidos. Este indicador es indispensable porque mide si el ingreso recibido es suficiente para el pago de los servicios de salud prestados en cada uno de los Seguros gestionados por la GCSPE.
Definiciones operacionales	• Costos de Prestaciones de Salud: corresponde al valor (expresado en soles) de las Prestaciones de Salud brindadas a los Asegurados por los Seguros de ESSALUD. • Ingresos de Primas Pagadas según Seguro: corresponde al valor total de las primas mensuales (expresado en soles) pagadas por los Asegurados o las Empresas de los trabajadores mensualmente.
Método de cálculo	$\frac{\text{Costos de Prestaciones de Salud}}{\text{Ingresos de primas pagadas}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• Demora en la valorización de las primas o cotizaciones pagadas por los asegurados por cada tipo de seguros • Retraso en valoración de costos para el proceso de estimación de costos relacionados al consumo de prestaciones de salud.
Sentido esperado del indicador	Estándar
Frecuencia de medición	Trimestral
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Reporte de Ingresos por Primas Pagadas en cada Seguro Regular y Potestativo: Reporte desagregado por cada Seguro Regular (Trabajador Activo, Trabajador del Hogar, CAS, Pensionista, Pescadores Artesanales Independientes, Procesadores Pesqueros Artesanales Independientes, Trabajador Pesquero Independiente, Agrario Dependiente, Agrario Independiente), Potestativo (Plan Protección Total, Plan Protección Vital, EsSalud Independiente Personal-Familiar, EsSalud Independiente antiguo, Seguro Independiente-PEAS, + Seguro Potestativo) y otras coberturas (Beneficiario Ley 30478 y otros) de la Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF). • Reporte de ESSI de Costos de Prestaciones de Salud brindadas a asegurados por cada Seguro: Reporte de la Gerencia Central de Tecnología de Información y Comunicación
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas Gerencia Central de Gestión Financiera Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0426

Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	< o = 85%	< o = 85%	< o = 85%	< o = 85%	< o = 85%	< o = 85%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- La Gerencia Central de Gestión Financiera provea oportunamente la información de primas de seguros pagadas por asegurados y las empresas de los asegurados regulares. - La Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC) atienda oportunamente la información de costos incurridos por prestaciones de salud de los asegurados atendidos por tipo de seguro. - La Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas atienda oportunamente los informes de siniestralidad por tipo de seguro.					
Notas adicionales	- Los seguros a ser materia de estimación de siniestralidad son: Trabajador Activo, Trabajadoras del Hogar, CAS, Pensionista, Pescadores Artesanales Independientes, Trabajador Pesquero Independiente, Agrario Independiente, Agrario Dependiente. - Para el seguro regular, los rangos pueden ser más comparables con los del mercado (idealmente por debajo del 80%-85%), aunque suelen darse variaciones significativas entre (96.42% y > al 100%). La regulación se debe centrar en la solvencia (controles prestacionales y financieros), además del cumplimiento de las prestaciones garantizadas a los asegurados.					

IND AEI 2.2.1. Porcentaje de procedimientos médicos y hospitalarios que cuentan con costo aprobado	
Perspectiva	Financiera
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional
Acción Estratégica Institucional	AEI 2.2. Mecanismos de pago basados en un sistema de costos prestacionales estandarizado e implementado, que permitan una gestión eficiente y sostenible de los gastos en todos los niveles de atención.
Justificación	Se requiere actualizar el catálogo de tarifas de prestaciones de salud que permita a través de un costeo estándar normado por resolución Ministerial N° 1032-2019-MINSA, y Catálogo de procedimientos médicos sanitarios (CPMS) para el recupero de las prestaciones que brinda ESSALUD a los trabajadores de empleadores morosos, a las compañías de seguros por los accidentes de tránsito(SOAT), a las empresas prestadoras de servicio de salud (EPS), SCTR (Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo) y principalmente para la asignación de recursos a los prestadores (IPRESS), así como para estudios de siniestralidad por cada tipo de seguro, para convenios/investigaciones ,contratos con instituciones privadas y públicas y para evaluación. Para establecer mecanismos de pagos presupuestales, planes/programas de salud, entre otros.
Definiciones operacionales	• Catálogo de Procedimientos Médicos Sanitarios de ESSALUD: es el documento oficial que organiza y describe todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que brinda EsSalud. Este catálogo estandariza el nombre, contenido y alcance de cada procedimiento para asegurar uniformidad en su aplicación en toda la red asistencial. • Costos Estándar: es una metodología que determina el costo de un procedimiento o servicio utilizando valores predefinidos y optimizados para el uso de cada recurso involucrado personal, insumos, medicamentos, equipamiento, infraestructura y servicios de apoyo bajo condiciones operativas óptimas. • Tarifas: es el valor monetario asignado a un procedimiento, intervención o servicio de salud, establecido en el catálogo de procedimientos médicos de la entidad, calculado a partir de la metodología institucional de costeo (incluido el costeo estándar) y aprobado para su uso en la gestión financiera. • 4,861 procedimientos Priorizados: es la cantidad de procedimientos obtenidos del reporte Sistema ESSI en función al registro de casos mayores a 12 atenciones en el año.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de procedimientos médicos sanitarios con costos estándares}}{\text{Total de procedimientos médicos sanitarios priorizadas}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• No contar con la validación oportuna de los procedimientos por parte de la Gerencia Central de prestaciones de salud. • Falta de recursos humanos • ROF y Manual de Operaciones desactualizados o ausentes • Las áreas involucradas no remitan información en plazo oportuno. • El ESSI no cuenta con el campo a nivel de subactividad para el enlace de homologación y códigos para el consumo de medicamentos y material médico. • Subregistros en el Explora Data de parte de la programación médica. • Indicadores de rendimiento laboral desactualizados. • Optimizar la información de la historia clínica electrónica, en cuanto al uso de los recursos en la atención del paciente y al procedimiento médico atendido.
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Anual

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0427

Bases de datos empleadas como fuente de información	Servicio de Salud Inteligente (ESSI), Explotadatos, Sistema Estadístico de EsSalud SES, SAP, y además se requiere un Sistema de Costeo estándar que permita obtener las Tarifas Hospitalarias, en base a los datos proporcionados Recursos Humanos, Infraestructura, Equipamiento, Insumos y Materiales, entre otros.					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Gestión Financiera 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Prestaciones de Salud: Protocolos y guías de los procedimientos médicos con enfoque para el cálculo de costos, validación de kits de insumos, paquetes quirúrgicos, entre otros Gerencia Central de Gestión Financiera Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones: Historia clínica electrónica adecuada Gerencia Central de Gestión Financiera: Estados financieros y Gastos Gerencia Central de Gestión de las Personas: Cálculo del Costo Hora Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto: Información estadística - Producción asistencial Gerencia Central de Proyectos de Inversión: m2 y equipamiento de modelos de tipos de hospitales por Nivel					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	28.5%	42.8%	57.1%	71.4%	85.8%	100.0%
Valor en absoluto (Variable A):	1,385	2,081	2,777	3,473	4,169	4,861
Valor en absoluto (Variable B):	4,861	4,861	4,861	4,861	4,861	4,861
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Diseño organizacional que fortalezca la función de costos prestacionales estandarizados a nivel nacional. - Fortalecer la capacidad operativa y profesionales multidisciplinarios capacitados para la función de costos. - Diseño y desarrollo de un aplicativo informático para determinación de costos. - Modificación del manual de operaciones de las redes, órganos desconcentrados y sede central. - Actualización de directivas, procedimientos, guías de costos hospitalarios, entre otros en el marco de las normas sectoriales. - Sistemas de información disponibles (SAP MM-FI-CO-HCM, SES, ESSI) - Gestionar accesos a los sistemas de información a nivel nacional. - Validación del componente prestacional de los procedimientos médicos sanitarios 1835 CPMS (PEAS) - Desarrollar en el ESSI el campo a nivel de subactividad para el enlace de homologación de códigos para el consumo de medicamentos y material médico.					
Notas adicionales	Disponibilidad de la información de las áreas involucradas					

IAEI 2.3.1 Porcentaje de casos que vulneran el sistema de aseguramiento	
Perspectiva	Financiera
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 2. Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en el marco de la gobernanza institucional
Acción Estratégica Institucional	AEI 2.3. Sistema de auditoría de seguros que garantice la optimización de la cobertura de las prestaciones otorgadas a los asegurados.
Justificación	El Seguro Social de Salud - EsSalud tiene como uno de sus problemas la presencia de filtraciones de personas con enfermedades de alto costo, que a través de diversos mecanismos ingresan a laborar y acceden a los servicios de EsSalud, en comparación a la asimetría de la cobertura con los demás regímenes de financiamiento, EsSalud brinda cobertura ilimitada; generando una concentración de las enfermedades de alto costo en EsSalud. Un grupo de personas ingresa a EsSalud vulnerando normas o dispositivos legales, así como simulando una condición de trabajo. Por lo que EsSalud ha implementado como mecanismo de control, la ejecución de las actividades de auditoría de seguros y verificación de la condición del asegurado, sobre la base de la Ley N° 29135 y su Reglamento aprobado por el DS N° 002-2009-TR. Mitigar el otorgamiento de las afiliaciones y prestaciones de salud en forma indebida, de acuerdo a la normatividad vigente. Implementar mecanismos de auditoría de seguros y de verificación de la condición del asegurado que permita la mitigación del riesgo de aseguramiento (selección adversa, afiliación indebida, riesgo moral, suplantación, prestaciones de salud sin cobertura de salud, etc) cautelando los fondos intangibles de EsSalud.
Definiciones operacionales	El presente indicador comprende las siguientes variables: • Procedimiento de Verificación: Al conjunto de actos y diligencias conducentes a la comprobación o examen de las condiciones para tener la calidad de asegurado del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud o de otros regímenes administrados por EsSalud y de la condición de entidad empleadora de trabajador del hogar • Auditoría de seguros: Es un procedimiento objetivo sistemático y ordenado que evalúa y verifica la correcta prestación de servicios según los planes y contratos de cobertura del asegurado, estado de acreditación o condición de la entidad empleadora. • Baja de oficio firme y consentido: Al acto administrativo mediante el cual EsSalud extingue la relación jurídica de Seguridad Social en Salud con la Entidad Empleadora del Trabajador del Hogar y los asegurados, por los períodos materia de verificación, y que se haya agotado todo tipo de recurso administrativo del administrado • Número de casos Programados: Estos se definen en sus respectivos planes anuales de auditoría de seguros y verificación aprobados
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de casos que vulnera las normas de aseguramiento por acciones de auditoría de seguros y de verificación}}{\text{Número de casos programados de auditoría de seguros y de verificación}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	• Reducción de la capacidad operativa de las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas. • Ausencia de un Plan Motivacional. • Ausencia de un Plan de Comunicación • Deficiencias en el proceso de calificación automática de la plataforma VIVA. • Limitación de recurso humano (medico auditor de seguros y verificadores), en el ámbito nacional • Limitación de recurso logístico y presupuestales (bienes muebles, pasajes y viáticos). • Elevada deserción de personal de verificadores y de médicos auditores de seguros
Sentido esperado del indicador	Decreciente
Frecuencia de medición	Semestral

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0428

Bases de datos empleadas como fuente de información	Servicio de Salud Inteligente (ESSI), Explotadatos, Sistema de Información y Conocimiento Asegurador Financiado (SICAF), RENIEC, SUNAT, Ventanilla Integrada Virtual del Asegurado (VIVA), MIA (Modelo Integrado de Aseguramiento), Sistema Integrado de Aseguramiento (SIA), Sistema Informático de Aseguramiento (SAS).					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSPE). 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (GCSPE). Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC). Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF). Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP).					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	63%	63%	62%	62%	61%	61%
Valor en absoluto (Variable A):	9619	10211	10804	11396	11988	12581
Valor en absoluto (Variable B):	15221	16218	17406	18466	19612	20701
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Contratación de Personal Médico y de verificación, bajo la modalidad de contratación del DL N° 728. - Formación de calidad de competencias y su continuidad. - Plan Anual de Auditoría de Seguros y de Verificación con presupuesto aprobado. - Desarrollo de interoperabilidad con SUNAFIL, ONP, SUNAT y RENIEC (desarrollo de alianzas estratégicas). - Fortalecimiento y mejora de la regulación. - Implementación de un sistema informático que integre la información de aseguramiento y prestacional en salud para identificar y mitigar la ocurrencia de afiliaciones indebidas y prestaciones de salud no coberturadas.					
Notas adicionales	--					

IND. OEI 3.1 Porcentaje de avance de modernización de la gestión institucional	
Perspectiva	Procesos
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	
Justificación	La implementación de la gestión por procesos, la gestión del conocimiento, la gestión de riesgos y la gestión de la innovación institucional constituye un eje fundamental para la modernización de la gestión institucional del ESSALUD. Estos enfoques permiten fortalecer la capacidad de la entidad para cumplir su misión, garantizar la continuidad operativa, mejorar la calidad de los servicios y generar valor público de manera sostenible. Contar con planes e instrumentos institucionales como: el Plan de Mejora de la Gestión por Procesos, el Plan de Implementación de la Gestión del Conocimiento, el Plan de Gestión de Innovación Institucional y el sistema de gestión de riesgos permite introducir, consolidar y mantener prácticas orientadas a la identificación de brechas, cuellos de botella y riesgos críticos que afectan el desempeño institucional. Asimismo, facilita la priorización de procesos estratégicos y la asignación eficiente de recursos en función del impacto y el valor público generado. Medir el nivel de ejecución de estos instrumentos permite evaluar el grado real de madurez institucional, detectar retrasos y restricciones en su implementación, y sustentar la toma de decisiones basada en evidencia y buenas prácticas. De igual forma, contribuye a fortalecer el control interno y la integridad institucional, reducir pérdidas y costos, asegurar la seguridad del paciente, proteger la reputación institucional y alinear las acciones de modernización, transformación digital e innovación con los objetivos estratégicos establecidos en el PEI y las políticas nacionales de modernización del Estado.
Definiciones operacionales	Avance de Modernización de la Gestión Institucional: Mide el grado de avance de la entidad en la implementación efectiva de los componentes del proceso de modernización de la gestión institucional, orientados a mejorar la eficiencia, eficacia, transparencia, calidad del servicio y orientación al ciudadano, conforme a las políticas y normativa vigente.
Método de cálculo	$\frac{\text{Sumatoria de cumplimiento de los indicadores de acciones estratégicas}}{\text{Total de indicadores de acciones estratégicas}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	• Resistencia al cambio para implementar mejoras o simplificaciones. • Débil articulación entre gestión del conocimiento, procesos, innovación y digitalización. • Falta de integración de sistemas informáticos. • Débil cultura de innovación o falta de incentivos institucionales.
Sentido esperado del indicador	Periódico
Frecuencia de medición	Semestral
Bases de datos empleadas como fuente de información	Informes de evaluación de áreas responsables de la medición de indicadores de acciones estratégicas.
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia de Organización y Procesos (GOP) Todas las dependencias del nivel central

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0429

Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	N/D	100%	100%	100%	100%	100%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Implementación de la Gobernanza de datos • Aprobación de procesos priorizados • Implementación de la Gestión del Conocimiento • Implementación de la Gestión de Innovación Institucional • Implementación de proyectos priorizados del Plan de Gobierno y Transformación Digital • Avance en el Índice de madurez de innovación digital • Implementación de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales • Implementación del Programa de Integridad • Evaluación del Índice de Seguridad Hospitalaria en Hospitales • Ejecución de proyectos de inversión programados.					
Notas adicionales	• El indicador mide el avance agregado de la modernización de la gestión institucional, por lo que su resultado no evalúa el desempeño individual de cada acción estratégica, sino el nivel global de progreso institucional. • El valor del indicador está condicionado a la consistencia metodológica y calidad de los indicadores de acciones estratégicas que lo componen; por tanto, variaciones en estos indicadores impactan directamente en el resultado final. • Un valor de 100% del indicador representa el cumplimiento del conjunto de indicadores considerados en el período de medición, y no implica la culminación total del proceso de modernización institucional, el cual es de naturaleza progresiva y continua.					

IND. AEI 3.1.1 Porcentaje de cumplimiento del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de separación de funciones	
Perspectiva	Procesos
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.1 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la gestión por procesos y la gestión del conocimiento.
Justificación	Contar con un Plan de Implementación de Gestión Administrativa de separación de funciones, el cual constituye un instrumento para introducir, consolidar y mantener el ciclo de gestión por procesos en la entidad. Incluye actividades para identificar, modelar, medir, mejorar, controlar y documentar los procesos institucionales. Medir su nivel de ejecución permite: • Evaluar el avance real de la gestión por procesos, así como su madurez institucional. • Identificar brechas, cuellos de botella, y retrasos en la implementación del enfoque. • Priorizar procesos críticos y asignar recursos en función del valor público generado. • Sustentar decisiones para la mejora y simplificación administrativa, orientadas al asegurado. • Asegurar que la modernización y la transformación digital se apoyen en procesos previamente optimizados. • Fortalecer la rendición de cuentas y gobernanza estratégica del PEI.
Definiciones operacionales	Plan de Implementación de Gestión Administrativa de separación de funciones. Instrumento aprobado por la Gerencia de Organización y Procesos (GOP) que establece actividades, productos, plazos y responsables para implementar la gestión por procesos. Actividad o hito cumplido. Se considera cumplido cuando: • Está ejecutado conforme al Plan. • Cuenta con evidencia oficial (ficha aprobada, informe de rediseño, acta de validación, mapa actualizado, matriz del proceso, indicador validado, etc.) Proceso mejorado. Es aquel proceso cuyo producto se entrega con mayor eficiencia, oportunidad, simplicidad, trazabilidad o calidad, como resultado de una intervención formal de mejora (simplificación, rediseño, automatización o integración) Dueño del proceso. Órgano o unidad orgánica responsable de planificar, gestionar, controlar y mejorar un proceso; figura clave en la ejecución y sostenibilidad del Plan.
Método de cálculo	$\frac{\text{Actividades o hitos del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de separación de funciones ejecutados al periodo de evaluación}}{\text{Total de actividades o hitos del Plan de Implementación de Gestión Administrativa de separación de funciones programados al periodo de evaluación}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	• Resistencia al cambio para implementar mejoras o simplificaciones. • Sobrecarga operativa que retrasa la entrega de evidencias. • Dificultad para estandarizar criterios de validación entre procesos. • Retrasos administrativos o contrataciones externas. • Falta de personal capacitado en: i) norma técnica de gestión por procesos, ii) Business Process Management (BPM), iii) mejora continua y iv) automatización. • Inexistencia de un repositorio único y actualizado de procesos institucionales.
Sentido esperado del indicador	Periódico
Frecuencia de medición	Trimestral

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0430

Bases de datos empleadas como fuente de información	- Plan de mejoras de gestión de procesos, levantamiento de procesos - Aprobación del Mapa de Procesos Institucional y priorización de procesos para optimización					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia de Organización y Procesos (GOP) Sub Gerencia de Procesos (SGPRO) Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (GCTIC) Todos los dueños de proceso					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	N/D	100%	100%	100%	100%	100%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	En el año 2026, se actualiza el Plan en el marco de las líneas estratégicas del PEI En periodo 2026-2030, los planes deberán establecer la ruta estratégica de implementación a seguir a través de hitos, teniendo presente la vigencia de los planes específicos.					
Notas adicionales	En caso se determine la necesidad de efectuar modificaciones a la programación del Plan, la propuesta de modificación, deberá ser elevada a las instancias correspondientes, para la aprobación respectiva.					

IND. AEI 3.1.2 Porcentaje de ejecución del Plan de implementación de la Gestión de conocimiento	
Perspectiva	Procesos
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.1 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la gestión por procesos y la gestión del conocimiento
Justificación	El Plan de Implementación de la Gestión del Conocimiento (PGC) es el instrumento que va orientar el aseguramiento del conocimiento institucional, que este sea capturado, organizado, transferido, protegido y reutilizado para mejorar la toma de decisiones, define actividades para consolidar: • Cultura organizacional orientada al aprendizaje y mejora continua. • Identificación del conocimiento crítico. • Mecanismos de transferencia y retención del conocimiento. • Comunidades de práctica. Medir su ejecución permite: • Evaluar el grado real de implementación del sistema institucional de GC. • Identificar brechas y riesgos (pérdida de conocimiento, rotación de personal, falta de trazabilidad). • Orientar recursos para fortalecer el aprendizaje institucional. • Alinear la toma de decisiones con evidencia y buenas prácticas. • Contribuir a la eficiencia institucional de acuerdo con el PEI y las políticas de modernización del Estado.
Definiciones operacionales	Plan de Implementación de la Gestión del Conocimiento (PGC). Instrumento aprobado por GOP que define actividades, hitos, responsables y plazos para implementar y fomentar la gestión del conocimiento. Actividad o hito cumplido. Se considera cumplido si: -Está ejecutado conforme al PGC, y cuenta con evidencia verificable: informe, matriz, repositorio actualizado, acta, resolución, producto entregable, registro o documento oficial. Conocimiento crítico. Conocimiento esencial para asegurar la continuidad operativa, la calidad del servicio.
Método de cálculo	$\frac{\text{Actividades o hitos del Plan de Implementación de la Gestión del Conocimiento ejecutadas}}{\text{Total de actividades o hitos del Plan implementación de la Gestión del Conocimiento programadas}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	• Resistencia al registro y sistematización del conocimiento. • Limitada cultura de transferencia o socialización. • Falta de repositorios institucionales integrados. • Alta rotación de personal sin mecanismos formales de traspaso. • Sobrecarga operativa que limita la captura documental. • Débil articulación entre gestión del conocimiento, procesos, innovación y digitalización.
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de Medición	Semestral
Bases de datos empleadas como fuente de información	-

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0431

Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) Gerencia de Organización y Procesos (GOP) 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia General (GG) Secretaría General (SG) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) Gerencia de Organización y Proceso (GOP) Gerencia Central de Gestión de las Personas (GCGP) Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC) IETSI, INCOR, IMET, CENATE, OGCyH					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	N/D	N/D	10%	20%	30%	40%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Elaboración y aprobación del Plan de Gestión del Conocimiento - Seguimiento semestral del PGC. - Identificación y actualización del conocimiento crítico institucional. - Programas de transferencia: talleres, comunidades de práctica, mentorías, para evitar pérdidas por rotación. - Establecimiento de lineamientos de documentación y trazabilidad institucional. - Desarrollo de la arquitectura tecnológica					
Notas adicionales	La Gestión del Conocimiento es un habilitador transversal de las políticas de modernización: procesos, digitalización, innovación y gestión documental					

IND. AEI 3.2.1 Porcentaje de implementación del Plan de Gobierno y Transformación Digital	
Perspectiva	Procesos
Objetivo Estratégico Institucional	OE3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.2 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital.
Justificación	El Plan de Gobierno y Transformación Digital (PGTD) establece las acciones para la gobernanza del dato, digitalización de procesos, interoperabilidad institucional, automatización, ciberseguridad y mejora tecnológica. El indicador permite evaluar el grado de avance real del PGTD, detectar brechas, priorizar recursos, identificar retrasos y garantizar que la entidad avance hacia un modelo moderno, eficiente y basado en datos confiables. Su medición es clave para asegurar la continuidad operativa, integridad de la información, toma de decisiones basada en evidencia y el cumplimiento de estándares nacionales de gobierno digital. El indicador permitirá medir el cumplimiento progresivo de la implementación de proyectos priorizados del PGTD, el que puede ser modificado por el Comité de Gobierno y Transformación Digital, en función de las necesidades identificadas, alineadas a los objetivos y acciones estratégicas del PEI. Así mismo, el Comité de Gobierno y Transformación Digital realizará la priorización de los proyectos cada año, en el mes de noviembre, para el siguiente periodo anual, debiendo comunicar los proyectos priorizados (según meta programada) a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto para su consideración en el Plan Operativo Institucional y Presupuesto, así como para el seguimiento y evaluación correspondiente.
Definiciones operacionales	Proyecto del PGTD: Unidad estratégica del plan, definida en el portafolio oficial del PGTD. Cada proyecto representa un entregable institucional: sistema, solución, plataforma, interoperabilidad, proceso automatizado, estándar digital, módulos. Proyecto implementado: Un proyecto se considera implementado cuando tiene su entregable funcional aprobado, o ha pasado a producción o está operando, o cumple su hito final validado oficialmente por GCTIC y el Comité de Gobierno y Transformación Digital. Proyecto avanzado: Se puede considerar (según manual institucional) que un proyecto tiene avance válido cuando su fase principal está completada, existe evidencia formal del avance (informe, acta, entregable técnico), está en etapa de pruebas finales, configuración o pre producción.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de proyectos del PGTD priorizados con pase a producción}}{\text{Total de proyectos del PGTD priorizados}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	- La validación de avances puede diferir entre equipos técnicos. - Algunos proyectos dependen de contrataciones o proveedores. - Falta de integración de reportes de avance en un sistema único. - Retrasos administrativos pueden afectar la medición del periodo. - El cálculo de este indicador se debe actualizar, en razón a la priorización que realice el Comité de GyTD - La disponibilidad presupuestal que sea limitada y no permita avanzar en el desarrollo de los proyectos priorizados
Sentido esperado del indicador	Periódico

SEGURO SOCIAL DE SALUD

ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



0432

Frecuencia de medición	Trimestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	Matriz oficial del PGTD Portafolio de los 85 proyectos del PGTD Reportes de avance trimestral Actas de validación de GCTIC Registro del Comité de Gobierno y Transformación Digital Evidencias documentadas de implementación					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Tecnología de Información y Comunicaciones 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia General Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Comité de Gobierno y Transformación Digital					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Valor en absoluto (Variable A):	6	6	9	20	20	10
Valor en absoluto (Variable B):	6	6	9	20	20	10
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Seguimiento trimestral de portafolio de proyectos. • Priorización de proyectos críticos (interoperabilidad, seguridad, ESSI) • Aceleración de procesos de contratación TIC. • Validación oportuna de avances por GCTIC. • Tablero institucional del PGTD en tiempo real. • Consolidación del gobierno del dato.					
Notas adicionales/Supuestos	• El cumplimiento del PGTD fortalece el ecosistema de Gobierno del Dato. • El indicador está alineado con las obligaciones de la PCM-SGTD • El PGTD se modificará en el año correspondiente para alinearlo a las necesidades identificadas en el horizonte del PEI • Implementación de un Centro de Datos (Data Center) Principal Certificado. • Implementación de un Centro de Datos (Data Center) de Contingencia Certificado. • Renovación del Sistema de Cableado Estructurado de los Hospitales Nacionales de EsSalud • Kioskos Digitales en los servicios de emergencia. • Aplicación de la Inteligencia Artificial en el Diagnóstico por imágenes • Interoperabilidad de H.C.E entre EsSalud y el MINSA • Migración Tecnológica del Sistema EsSalud Servicios de Salud Inteligentes (ESSI). • Migración del SAP del R/3 a R/4 HANA. • Gestión de Procesos (Costos, POI-PIA-CAN, Sistema Auditoría ESSI-SAP, Activos y Patrimonio integrado, Proceso de Abastecimiento, Programación Asistencial, Programación de metas asistenciales) • Gestión del Conocimiento • Otros proyectos considerados en el PGTD.					

IND. AEI 3.2.2 Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (IMGCD-ESSALUD)	
Perspectiva	Aprendizaje y Crecimiento
Objetivo Estratégico Institucional	OE3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.2 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital.
Justificación	La creación del Área de Gobernanza de Datos y la implementación del Plan de Gobierno de Datos (PGD) son pasos fundamentales, pero no suficientes para garantizar que los datos sean un activo estratégico confiable y de alta calidad. Este índice permite evaluar de manera integral y estandarizada el nivel de madurez alcanzado en cinco dimensiones críticas de la gobernanza de datos: Liderazgo y Estrategia, Políticas y Estándares, Estructura y Roles, Calidad de Datos y Cultura. Su medición continua permite identificar fortalezas y brechas, priorizar inversiones, asegurar el retorno de la inversión en transformación digital y sentar las bases para una cultura organizacional basada en datos confiables.
Definiciones operacionales	• Índice de Madurez en Gobernanza y Calidad de Datos (IMGCD-EsSalud): Herramienta de evaluación estructurada que mide el nivel de desarrollo y adopción de capacidades de gobernanza y calidad de datos en la entidad, en una escala de 0 a 5. • Dimensiones de Madurez: Conjunto de cinco áreas evaluadas mediante criterios predefinidos: • Liderazgo y Estrategia: Alineación de la gobernanza de datos con la estrategia institucional, apoyo de la alta dirección y definición de objetivos de negocio claros para los datos. • Políticas y Estándares: Existencia, aprobación, difusión y cumplimiento de políticas, procedimientos, estándares de datos y modelos de referencia. • Estructura y Roles: Formalización, claridad de responsabilidades y capacidad operativa del Área de Gobernanza de Datos, comités y roles de datos en las unidades. • Calidad de Datos: Implementación de procesos sistemáticos de medición, monitoreo, limpieza y mejora de la calidad de datos en sistemas críticos. • Cultura: Programas de capacitación, comunicación y reconocimiento que fomentan el valor de los datos y la responsabilidad compartida sobre su gestión. • Nivel de Madurez: Grado de desarrollo de cada dimensión, clasificado en una escala (Ejemplo: 0-Inicial, 1-Repetible, 2-Definido, 3-Gestionado, 4-Optimizado). • Plan de Gobernanza de Datos: Conjunto integral de políticas, estándares, roles, responsabilidades, procesos y herramientas que aseguran el manejo efectivo y eficiente de los datos como activo estratégico en EsSalud. Es un documento rector que contiene la hoja de ruta, componentes, cronograma y responsables para la implementación progresiva de la gobernanza de datos en EsSalud para el período 2026-2030.
Método de cálculo	Para cada una de las 5 dimensiones, se evalúa el cumplimiento de un conjunto de criterios predefinidos utilizando una escala de 0 a 5 (niveles de madurez). Se calcula el promedio aritmético de las puntuaciones obtenidas en las 5 dimensiones. $\text{IMGCD-EsSalud} = \sum [(C_i/T_i) \times 5 \times W_i]$ Donde: Ci = Criterios Validados Ti = Total de Criterios Wi = Peso de Criterio
Unidad de medida	Puntuación en escala de 0 a 5 (o equivalente en porcentaje: 0%-100%).
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	• La evaluación puede tener un componente subjetivo si se basa en percepciones (encuestas). Se debe complementar con evidencia documental. • La resistencia al cambio cultural puede ralentizar el avance en dimensiones como "Cultura". • La medición requiere tiempo y recursos especializados para la recolección y análisis de la información. • Los avances pueden ser no lineales, con progresos rápidos en algunas dimensiones y estancamientos en otras.



Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Semestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	- Plan de Gobernanza de Datos 2026-2030 y sus revisiones. - Matriz de evaluación de madurez (Checklist/Encuesta aplicada a áreas clave). - Resultados de auditorías internas o externas de calidad de datos. - Reportes de sistemas de catálogo de datos, linaje y calidad. - Documentación de políticas, estándares y procedimientos aprobados. - Planes de capacitación y métricas de participación.					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central Planeamiento y Presupuesto - Gerencia Gestión de la Información 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (GCTIC) Gerencia General (Alta Dirección)					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	0.52	1.94	3.72	4.73	4.92	5.00
Valor en absoluto (Variable A):	6	21	40	51	53	54
Valor en absoluto (Variable B):	54	54	54	54	54	54
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Realizar una evaluación inicial (línea base) del IMGCD para establecer el punto de partida. - Desarrollar e implementar un plan de acción por dimensión para cerrar brechas de madurez. - Incorporar objetivos de mejora del IMGCD en los planes operativos de las áreas responsables. - Formalización y publicación de la estructura organizacional del Área de Gobernanza de Datos. - Realizar talleres de sensibilización y capacitación específicos por dimensión (ejemplo: talleres de definición de estándares, medición de calidad). - Implementar un programa de reconocimiento a unidades que demuestren avances en la adopción de prácticas. - Revisar y actualizar anualmente los criterios de evaluación del índice para mantener su relevancia. - Vincular los avances en el índice con la habilitación de proyectos estratégicos (ejemplo: un nivel mínimo de madurez para lanzar proyectos de IA).					
Notas adicionales	- El IMGCD-EsSalud debe ser presentado y respaldado por la Alta Dirección como una herramienta de gestión estratégica. - Se recomienda publicar los resultados de manera transparente para fomentar la rendición de cuentas y la competencia positiva entre áreas. - Este indicador IMGCD mide la profundidad, adopción y efectividad de las capacidades implementadas. - La escala de madurez (0-5) debe estar claramente definida con descriptores para cada nivel en cada dimensión, a fin de garantizar una evaluación objetiva y consistente. FORMA DE CÁLCULO DEL ÍNDICE DE MADUREZ EN GOBERNANZA Y CALIDAD DE DATOS (IMGCD) Fórmula del índice: $IMGCD = (L \times 0.25) + (P \times 0.20) + (E \times 0.20) + (C \times 0.25) + (U \times 0.10)$					

Donde:

L = Liderazgo y Estrategia (25%)

P = Políticas y Estándares (20%)

E = Estructura y Roles (20%)

C = Calidad de Datos (25%)

U = Cultura organizacional (10%)

Pasos para el cálculo:

Paso 1: Evaluación por dimensión

Cada dimensión se califica de 0 a 100 puntos mediante:

Verificación documental (políticas, actas, estándares)

Encuestas a responsables y usuarios clave

Muestreo técnico (calidad de datos, cumplimiento)

Paso 2: Cálculo de subcomponentes

Cada dimensión incluye componentes medibles:

Liderazgo y Estrategia: Existencia de comité, alineación estratégica, presupuesto

Políticas y Estándares: Política formal, catálogo de datos, normas de seguridad

Estructura y Roles: Dueños de datos, responsables, estructura definida

Calidad de Datos: Exactitud, completitud, consistencia, interoperabilidad

Cultura: Capacitación, conocimiento, adopción de prácticas

Paso 3: Cálculo final

Se suman las cinco dimensiones ponderadas según su importancia.

Ejemplo práctico:

Liderazgo (L): 70 puntos $\times$ 0.25 = 17.5

Políticas (P): 60 puntos $\times$ 0.20 = 12.0

Estructura (E): 65 puntos $\times$ 0.20 = 13.0

Calidad (C): 50 puntos $\times$ 0.25 = 12.5

Cultura (U): 40 puntos $\times$ 0.10 = 4.0

IMGD TOTAL = 59 puntos

Escala de interpretación:

0-39 puntos: Nivel inicial (gobierno reactivo)

40-59 puntos: Nivel básico (procesos definidos)

60-79 puntos: Nivel gestionado (implementación consistente)

80-100 puntos: Nivel optimizado (gestión estratégica)

Periodicidad: Evaluación anual con revisiones semestrales de avance.

Valor en relativo: Es calculado en función a la fórmula del índice de madurez en gobernanza y calidad de datos.



IND. AEI 3.2.3 Índice de Nivel de Madurez de Innovación Digital	
Perspectiva	Procesos
Objetivo Estratégico Institucional	OE3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.2 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital.
Justificación	- Es pertinente porque permite conocer a la posición actual de la entidad y planificar estratégicamente su transformación digital. - Es relevante porque permite a la alta dirección generar un diagnóstico sobre el uso y adopción de tecnologías en las actividades institucionales, económicas y sociales y, a partir del conocimiento de la línea base, desarrollar iniciativas de innovación digital para incrementar el índice.
Definiciones operacionales	Las variables por considerar nos permiten entender y/o ubicar la situación en la que se encuentra la entidad con respecto al tema de innovación digital. - Las variables seleccionadas miden el nivel de madurez de la entidad desde cinco temas o dimensiones específicas: (i) cultura y gobernanza, (ii) enfoque ciudadano, (iii) recursos y habilitadores, (iv) datos para la innovación y (v) resultados e indicadores. - Para que EsSalud sea una organización digitalmente madura, debe utilizar tecnologías digitales y crear experiencias personalizadas y atractivas para los asegurados en múltiples puntos de contacto, como aplicaciones móviles, redes sociales. - Las variables definidas se enfocan en el uso de tecnologías digitales para crear nuevos productos, servicios y modelos de negocios, se puede utilizar tecnologías de realidad virtual y aumentada para crear experiencias clínicas en apoyo asistencial. - Se considera la metodología presentada por la PCM como instrumento de definición y cálculo de las variables de medición. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4529743/%C3%8Dndice%20de%20Innovaci%C3%B3n%20Digital.pptx.pdf?v=1683735259
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de variables implementadas del índice de innovación digital}}{\text{Número de variables del índice de innovación digital aprobadas}} \times 100$
	- Variable A. Variables implementadas del Índice de Innovación Digital. Corresponde a las variables del Índice de Innovación Digital, aprobados por el Comité de Gobierno y Transformación Digital, mediante Acta, y que se pueden obtener desde los diferentes sistemas de información en los que la GCTIC brinda soporte. - Variable B. Variables del índice de Innovación Digital aprobados. Es el total de variables del Índice de Innovación Digital aprobados por el Comité de Gobierno y Transformación Digital
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	-
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Mensual

Bases de datos empleadas como fuente de información	Informes del Comité de Gobierno y Transformación Digital					
Responsable	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC). 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC).					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	38%	49%	62%	74%	87%	100%
Valor en absoluto (Variable A):	15	19	24	29	34	39
Valor en absoluto (Variable B):	39	39	39	39	39	39
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Definición de las variables definidas por la gerencia central y/o unidad orgánica a la que pertenece (o norma) y aprobadas por el Comité de Gobierno y Transformación Digital. - Aprobación del Plan de Gobierno y Transformación Digital. - Automatización de la articulación de las variables aprobadas para informar el avance del indicador en el logro de la meta					
Notas adicionales/Supuestos	- La asignación de la responsabilidad y oportunidad de informar la variación de cada variable es de competencia del área u órgano de la entidad que la genera. - El Comité de Gobierno y Transformación Digital (CGyTD) tiene bajo su responsabilidad, la definición y aprobación de las variables a considerarse en el presente indicador.					



IND. AEI 3.2.4 Porcentaje de implementación de la Gestión de Innovación Institucional	
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.2 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de la innovación pública y transformación digital.
Justificación	El Plan de Gestión de Innovación Institucional (PGII) plan a tres años que define la hoja de ruta para desarrollar capacidades, gobernanza y mecanismos que permitan introducir innovaciones para mejorar la eficiencia, calidad de servicios y generación de valor público. Medir su nivel de ejecución permite: - Identificar el avance real en la institucionalización de la innovación. - Detectar retrasos, brechas y restricciones en la implementación. - Orientar decisiones sobre priorización, asignación de recursos y soporte técnico. - Garantizar una gestión basada en evidencia, fortaleciendo la legitimidad institucional. Su seguimiento es crítico para consolidar una cultura de innovación, fortalecer capacidades, fomentar proyectos costo-efectivos y asegurar la mejora continua institucional.
Definiciones operacionales	Plan de Gestión de Innovación Institucional (PGII). Instrumento aprobado por la GOP que establece las actividades, plazos y responsables para consolidar un sistema institucional de innovación. Portafolio Institucional de Innovación Pública. Instrumento que registra las iniciativas y proyectos de innovación, permitiendo gestionar, priorizar y monitorear su desarrollo y resultados. Actividad o hito cumplido. Se considera como cumplido cuando: - Está desarrollado según lo programado en el PGII, y cuenta con evidencia verificable: informe, resolución, acta, producto, registro o documento oficial, solución prototipada o solución funcional.
Método de cálculo	$\frac{\text{Actividades o hitos del Plan de la Gestión de Innovación Institucional ejecutados anualmente}}{\text{Total de actividades o hitos del Plan de Gestión de Innovación Institucional anual}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	- Criterios heterogéneos para validar actividades cumplidas. - Retrasos administrativos o contratación de servicios. - Resistencia al cambio por parte de funcionarios y servidores. - Débil cultura de innovación o falta de incentivos institucionales. - Baja disponibilidad de recursos humanos capacitados en innovación. - Sobrecarga operativa que retrasa la generación de evidencias.
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Semestral
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) Gerencia de Organización y Procesos (GOP) 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia General (GG) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) Gerencia de Organización y Proceso (GOP) Gerencias operativas vinculadas a actividades del PGII Equipos responsables de proyectos (cuando se autoricen)

Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	N/D	15%	20%	20%	20%	25%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	(2026) Elaboración y aprobación del Plan de Gestión de Innovación Institucional. Establecer la gobernanza de la innovación, definir las capacidades necesarias y consolidar el Portafolio Institucional de Innovación Pública. (2027-2030) Implementación del Plan de Gestión de Innovación Institucional.					
Notas adicionales	ND: no aplica en vista que el plan de mejoras de gestión de procesos se aprobara el 2026					



IND. AEI 3.3.1 Porcentaje de Implementación del Programa de Integridad del Seguro Social de Salud - ESSALUD	
Perspectiva	Procesos
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.3 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de mecanismos de integridad y gestión de riesgos
Justificación	El indicador es pertinente porque permite medir las acciones de cumplimiento de la implementación de los nueve (09) componentes del Modelo de Integridad, diseñado por la Secretaría de Integridad Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros, para fortalecer la capacidad de prevención y respuesta frente a la corrupción y prácticas antiéticas; lo que garantiza la coherencia con los estándares nacionales en la materia de integridad. Su implementación contribuye a fomentar una cultura organizacional basada en la ética y la integridad, además de reducir los riesgos que afectan la integridad pública mediante la promoción de la transparencia. Todo ello tiene como finalidad asegurar un servicio orientado al interés general y a la creación de valor público.
Definiciones operacionales	Programa de Integridad: Documento institucional, aprobado anualmente mediante resolución del titular de la entidad. Constituye un plan de trabajo, a través del cual la entidad planifica el desarrollo de acciones a ejecutar en el año para avanzar en la implementación del Modelo de Integridad. Número de acciones programadas: Conteo de las acciones definidas en la Matriz de acciones del Programa de Integridad. Número de acciones implementadas: Conteo de las acciones de la Matriz de acciones del Programa de Integridad, ejecutadas (con evidencias documentales) dentro del periodo de evaluación.
Método de cálculo	1. Fórmula de cálculo del indicador $(A / B) \times 100$ 2. Especificaciones técnicas: A: Número de acciones implementadas, de la Matriz de acciones del Programa de Integridad, anual. B: Número de acciones programadas en la Matriz de acciones del Programa de Integridad, anual.
Unidad de medida	Porcentaje
Limitaciones para la medición del indicador	- No disponibilidad de información y/o evidencias de todas las unidades orgánicas. - Falta de compromiso de funcionarios designados como responsables. - Rotación de personal clave.
Sentido esperado del indicador	Periódico
Frecuencia de medición	Trimestral
Bases de datos empleadas como fuente de información	Informe de monitoreo del Programa de Integridad.
Responsables	- Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de las bases de datos como fuente de información del indicador en ESSALUD: Oficina de Integridad. - Órgano y unidad orgánica responsable del indicador: Oficina de Integridad - Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de gestionar el indicador: Presidencia Ejecutiva y/o Gerencia General.

Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Valor en absoluto (Variable A):	40	40	40	40	40	40
Valor en absoluto (Variable B):	40	40	40	40	40	40
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Simplificación o mejoras de procesos • Interoperabilidad • Fortalecer la articulación interinstitucional para facilitar las acciones conjuntas descritas en el programa. • Seguimiento, supervisión, monitoreo y retroalimentación periódica. Estas actividades están orientadas a incrementar en grado de madurez de la implementación del modelo de integridad en la entidad. (Según el reporte nacional de implementación del Modelo de Integridad emitido por la SIP https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7565523/6425083-reporte-nacional-2024-24-07-2025.pdf?v=1753400904 - en la evaluación del ICP 2024, EsSalud alcanzó una puntuación de 0.69 en el Etapa N°01)					
Notas adicionales						



IND. AEI 3.3.2 Porcentaje de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado	
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.3 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de mecanismos de integridad y gestión de riesgos
Justificación	La gestión de riesgo no es solo una actividad operativa; es un componente estratégico que debe ser monitoreado al más alto nivel para asegurar que ESSALUD cumpla su misión. Este proceso tiene como objetivo proteger financieramente las prestaciones y mejorar la calidad del servicio, permite que los tomadores de decisiones tengan una visión resumida y de alto impacto sobre la exposición general de la entidad. Permita mitigar los riesgos a los que se encuentran expuestos, asegura el cumplimiento de planes específicos, reduce pérdidas y costos, fortalece el control interno y la transparencia, aumenta la continuidad operativa, protege seguridad del paciente y reputación institucional e impulsa mejora continua.
Definiciones operacionales	Para cumplir con las características de indicador, se presenta las siguientes definiciones. • Análisis de riesgos: Proceso de comprender cada riesgo identificando sus causas y consecuencias, estimando su probabilidad e impacto, y revisando los controles existentes para determinar su nivel y su prioridad de tratamiento. • Riesgos Operacionales: La posibilidad de pérdidas originadas por factores como: procesos inadecuados deficiencias o fallas en las personas, en la tecnología de información o por eventos externos. • Ciclo anual de gestión de riesgos implementado: Cumplimiento documentado, dentro de un año, de las etapas mínimas: Identificación/actualización de riesgos, evaluación/valoración y priorización, definición y ejecución del plan de tratamiento (acciones, responsables, plazos) y seguimiento y reporte periódico del avance, con cierre anual. • Evaluación de riesgos: Valoración del nivel de riesgo mediante una metodología ida correspondiente (por ejemplo, probabilidad x impacto), antes y después de considerar controles, para clasificarlo y priorizarlo. • Gestión de riesgos: Conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización respecto a sus riesgos, incluyendo identificar, analizar/evaluar, tratar, monitorear y comunicar riesgos para apoyar el logro de objetivos. • Gestión de riesgos implementada: Estado en la que, el proceso de unidad orgánica aplica efectivamente la gestión de riesgos con instrumentos y evidencias vigentes (matriz/registro, valoración, plan de tratamiento y seguimiento), y no solo de manera declarativa, sino con evidencias documentadas. • Identificación de riesgos: Detección y descripción estructurada de eventos que podrían afectar el logro de objetivos (negativa o positivamente) de la entidad, especificando el riesgo, sus causas, consecuencias y el proceso/actividad donde ocurre, para incorporarlo al inventario de riesgos. • Proceso crítico: Es un proceso de ESSALUD que, si falla o se interrumpe, afecta de manera grave el logro de objetivos y la continuidad del servicio. Usualmente se considera crítico cuando tiene alto impacto en una o varias de estas dimensiones. • Continuidad operativa: Paraliza o reduce significativamente la atención/servicio.
Método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos operacionales implementado}}{\text{N}^\circ \text{ total de procesos críticos de la entidad}} \times 100$ A: Número total de procesos críticos de la entidad B: Número de procesos críticos con ciclo anual de gestión de riesgos implementado
Unidad de medida	Porcentaje (%)

Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	• Resistencia al registro y sistematización del conocimiento. • Limitada cultura de transferencia o socialización. • Falta de repositorios institucionales integrados. • Alta rotación de personal sin mecanismos formales de traspaso. • Sobrecarga operativa que limita la captura documental. • Débil articulación entre GC, procesos, innovación y digitalización.					
Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Trimestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	-					
Responsables	1. Órgano y unidad orgánica responsable del indicador (calcular, medir y reportar). Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto – Gerencia de Organización y Procesos 2. Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador). Dueños de los procesos de los procesos críticos					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	N/D	10%	15%	15%	25%	35%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Elaborar y aprobar el plan de trabajo de Gestión de Riesgos del Seguro Social de Salud – ESSALUD • Comité de Gestión de Riesgos Integrales comprometido					
Notas adicionales	-					



IND. IAEI 3.3.3 Porcentaje de hospitales evaluados con ISH v.2	
Perspectiva	Procesos
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.3 Gestión institucional fortalecida mediante la implementación de mecanismos de integridad y gestión de riesgos
Justificación	El indicador es relevante porque permite fortalecer la capacidad operativa de las IPRESS, en los procesos de Prevención, Preparación y Respuesta ante un peligro inminente, emergencias o desastres. Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), herramienta cualitativa de evaluación rápida, sugerida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y MINSA; que permite evidenciar las deficiencias a nivel estructural, no estructural y funcional, de las IPRESS, los cuales son categorizados en 3 niveles de criticidad (A, B, C): • Categoría A: Se encuentra en el rango de 0,66 a 1; establece que, aunque es probable que el hospital continúe funcionando en caso de desastres, se recomienda continuar con medidas para mejorar la capacidad de respuesta y ejecutar medidas preventivas en el mediano y largo plazo. Este índice y categoría tiene una vigencia de 4 años. • Categoría B: Se encuentra en el rango de 0,36 a 0,65; establece que se requieren medidas necesarias en el corto plazo, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento pueden potencialmente poner en riesgo a los pacientes, personal y su funcionamiento durante y después de un desastre. Este índice y categoría tiene una vigencia de 3 años. • Categoría C: Se encuentra en el rango de 0 a 0,35; establece que se requieren medidas urgentes de manera inmediata, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento no son suficientes para proteger la vida de los pacientes y el personal durante y después de un desastre. Este índice y categoría tiene una vigencia de 2 años. El indicador es pertinente porque mide el grado de avance de la implementación de acciones que enmarcan la Política Nacional de GRD y la Política Nacional de Hospitales Seguros frente a los Desastres.
Definiciones operacionales	• Gestión del Riesgo de Desastres (GRD): Proceso social cuyo fin último es la prevención, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastres en la sociedad, así como la adecuada preparación y respuesta ante situaciones de desastre, considerando las políticas nacionales con especial énfasis en aquellas relativas a materia económica, ambiental, de seguridad, de defensa nacional y territorial de manera sostenible. • Hospitales Seguros (HS): Establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurre un desastre natural. • Sub Grupos de Trabajo de la Gestión del Riesgo de Desastres (Sub GTGRD): Espacios internos de articulación a nivel de las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, Hospitales, centros e institutos especializados para la formulación de normas y planes, evaluación y organización de los procesos de gestión del riesgo de desastres en el ámbito de su competencia.
Método de cálculo	1. Fórmula de cálculo del indicador $A = (\text{Número de hospitales con evaluación ISH - v2 vigente que cuentan con plan de intervención aprobado} / \text{Número de hospitales}) \times 100$ 2. Especificaciones técnicas: A1 = Número de hospitales con evaluación ISH - v2 vigente que cuentan con plan de intervención aprobado A2 = Número de hospitales

Unidad de medida	Porcentaje					
Limitaciones para la medición del indicador	Falta de una base de datos en la que se pueda llevar de manera automatizada el registro y control, generando una pérdida de información.					
Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Anual					
Bases de datos empleadas como fuente de información	Matriz de Hospitales Seguros: ISH v2 vigente					
Responsables	1. Órgano y unidad orgánica responsable del indicador (calcular, medir y reportar). Oficina de Defensa Nacional 2. Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador). Oficina de Defensa Nacional Gerencia Central de Proyectos de Inversión					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	7.4%	12.6%	17.9%	23.2%	28.4%	33.7%
Valor en absoluto (Variable A):	7	12	17	22	27	32
Valor en absoluto (Variable B):	95	95	95	95	95	95
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Contar con el personal técnico y calificado exigido por el MINSA para la realización de las evaluaciones • Contar con un Plan de Trabajo sobre las acciones a ser implementadas respecto de las observaciones o recomendaciones producto de la evaluación. • Asesoría técnica permanente.					
Notas adicionales						



IND. AEI. 3.4.1 Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en ESSALUD	
Perspectiva	Procesos
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.4 Inversiones hospitalarias de ESSALUD para la mejora de la gestión institucional
Justificación	La culminación de obras de infraestructura hospitalaria en ESSALUD constituye un elemento esencial para el fortalecimiento de la gestión institucional, ya que representa la materialización de inversiones que impactan directamente en la capacidad operativa y en la calidad del servicio brindado a los asegurados. Cada obra culminada aporta nuevos espacios asistenciales, mayor disponibilidad de servicios médicos y mejores condiciones para la atención, lo que incide positivamente en la experiencia del paciente y en el desempeño del personal de salud. El indicador que mide estas obras culminadas permite evaluar de manera objetiva los avances físicos de la inversión pública y verificar que los recursos destinados se traducen en infraestructura funcional al servicio de la población. Asimismo, contar con hospitales y establecimientos culminados permite optimizar los procesos clínicos y administrativos, reducir tiempos de espera y mejorar la seguridad en la atención mediante espacios adecuados, modernos y equipados para las diversas especialidades médicas. La disponibilidad de infraestructura concluida también fortalece la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia sanitaria, desastres naturales o incrementos súbitos en la demanda, contribuyendo así a la resiliencia del sistema. En este sentido, el indicador no solo refleja el cumplimiento de metas físicas, sino que evidencia el avance estratégico de ESSALUD hacia un servicio más accesible, eficiente y sostenible para sus asegurados.
Definiciones operacionales	La culminación de obras de infraestructura hospitalaria se refiere al cierre integral del proceso constructivo de un proyecto, asegurando que todas las actividades físicas, técnicas y contractuales hayan sido ejecutadas conforme al expediente técnico y a los estándares de calidad y seguridad exigidos. Este resultado garantiza que las instalaciones se encuentren listas para su equipamiento, implementación y posterior funcionamiento, permitiendo a ESSALUD disponer de ambientes modernos, funcionales y adecuados para optimizar sus procesos asistenciales y administrativos, mejorar la capacidad de atención y elevar la calidad del servicio brindado a los asegurados. Esto incluye: Acta final de Recepción: Documento oficial mediante el cual el contratista entrega formalmente la obra a ESSALUD, certificando que ha sido ejecutada conforme a las especificaciones técnicas, contractuales y normativas. Su emisión marca la finalización de la fase de ejecución, el inicio de la garantía y habilita la obra para ser registrada como culminada en los sistemas de seguimiento de inversión pública. Construcción de nuevas instalaciones: Creación de nuevas infraestructuras para cubrir la demanda de atención en salud, especialmente en zonas de alta concentración poblacional. Renovación o modernización de instalaciones existentes: Mejora de espacios físicos, incluyendo la actualización de sistemas eléctricos, hidráulicos, de ventilación, y otros recursos esenciales, para cumplir con los estándares de calidad y seguridad requeridos. Ampliación de capacidad: Incremento de la capacidad de atención a través de la construcción o ampliación de áreas de hospitalización, consultorios, quirófanos, y áreas de diagnóstico y tratamiento. Mejora de accesibilidad y confort: Optimización de la infraestructura para garantizar que las instalaciones sean accesibles y confortables tanto para los pacientes como para el personal médico, con especial atención a la movilidad de personas con discapacidad.
Método de cálculo	Fórmula: Número de obras de infraestructura hospitalaria culminadas en ESSALUD Se considera: Nuevas obras de infraestructura hospitalaria culminados en ESSALUD al año N

Unidad de medida	Acta final de recepción de obra					
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	• Incumplimiento de los Órganos Logísticos de la Entidad en el marco de Administrador de contrato. • Incumplimiento de los Órganos Financieros de la Entidad para el pago de las valorizaciones de obra y supervisión. • Falta de implementación de procedimientos referentes a la aprobación de adicionales • Falta de programación y planificación por parte del contratista					
Sentido esperado del indicador	Periódico					
Frecuencia de medición	Trimestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Conformidad técnica de las valorizaciones de obra y supervisión por parte de la Entidad.					
Responsables	1. Órgano y unidad orgánica responsable del indicador (calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI) 2. Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador). Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (Gerencia de Programación Multianual y Gestión de Inversiones) Gerencia Central de Logística (Gerencia de Abastecimiento)					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en absoluto	1	2	3	3	2	-
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Seguimiento de la ejecución presupuestal y estado situacional de las inversiones • Seguimiento del cumplimiento de actos contractuales, además del seguimiento a la gestión documentaria. • Analizar e identificar los puntos críticos de control en el proceso de aprobación del expediente técnico, con la finalidad de fortalecerlo y reducir el riesgo de modificaciones contractuales durante la ejecución de obra • Establecer normativa (directivas, lineamientos, procedimientos, entre otros) a nivel de Órganos Centrales que establezcan la ruta clara y plazos de los diferentes procedimientos como son: las resoluciones de contrato, ampliaciones de plazo, aprobación de adicionales de obra, suspensiones de plazo, extensiones de plazo, intervenciones económicas de obra, fideicomisos, Junta de Resolución de Disputas, entre otros, con la finalidad de que los Órganos Competentes den cumplimiento y se eviten retrasos que conlleven a un perjuicio económico a la Entidad					
Notas adicionales	Especificaciones técnicas: Se alcanzará la meta en la fecha de entrega del proyecto, en los años anteriores se desarrollarán todos los actos previos de la inversión. Entre los nuevos proyectos de infraestructura inmobiliaria de ESSALUD se considerarán aquellos que contribuyen a optimizar la infraestructura inmobiliaria y el empleo de los espacios destinados a los servidores.					



IND. AE 3.4.2 Porcentaje de Ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK	
Perspectiva	Financiera
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.4 Inversiones hospitalarias de ESSALUD para la mejora de la gestión institucional
Justificación	Este indicador evalúa la eficiencia en la ejecución de las inversiones programadas del Presupuesto de Inversiones FBK, a cargo de los administradores de fondos de las Gerencias Centrales de EsSalud, midiendo el nivel de avance en el uso oportuno y efectivo de la asignación presupuestal para generar bienes y servicios de inversión y contribuir al cierre de brechas de infraestructura y equipamiento institucional.
Definiciones operacionales	Gerencias Centrales de EsSalud con asignación en el Presupuesto de Inversiones FBK: Comprende a los órganos centrales que cuentan con recursos asignados en el Presupuesto de Inversiones FBK y que, a través de sus administradores de fondo, gestionan la programación y ejecución de dichas inversiones. Incluye a la Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPi), la Gerencia Central de Promoción y Gestión de la Inversión Privada (GCPGIP), la Gerencia Central de Logística (GCL) y la Gerencia Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (GCTIC). Presupuesto de Inversiones FBK: Componente del Gasto de Capital del Presupuesto Institucional de EsSalud, conformado por los recursos destinados a proyectos de inversión (pública y privada) y a inversiones no vinculadas a proyectos, tales como IOARR y otros gastos de capital (OGK), orientados al cierre de brechas de infraestructura y equipamiento.
Método de cálculo	$\frac{\text{Sumatoria del Presupuesto de Inversiones FBK ejecutado acumulado al periodo de evaluación, de los Administradores de Fondo con asignación presupuestal}}{\text{Presupuesto de Inversiones FBK aprobado}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para la medición del indicador	- Demoras en la formulación y aprobación de expedientes técnicos o documentos equivalentes, que postergan el inicio de los procesos de contratación y ejecución, afectando el calendario de avance físico-financiero y la utilización oportuna de los recursos programados. - Procesos administrativos extensos y de alta carga procedimental, vinculados a la gestión contractual y financiera (valorizaciones, adelantos, aprobación de adicionales, suministro de materiales, retribuciones de PRAE y procesos de selección), que generan retrasos en la ejecución de la inversión.
Sentido esperado del indicador	Periódico
Frecuencia de medición	Mensual
Bases de datos empleadas como fuente de información	Informe mensual de avance de ejecución (Formato 8E)

Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - Gerencia de Programación Multianual y Gestión de Inversiones 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia Central de Proyectos de Inversión Gerencia Central de Promoción y Gestión de Inversiones Privadas Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones Gerencia Central de Logística					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	85%	90%	90%	90%	90%	90%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	- Continuidad del Comité de Seguimiento de Inversiones (vigente y operativo), mediante la formalización de un plan de trabajo anual, agenda priorizada por hitos críticos y un tablero de control de compromisos (responsables, plazos y estado), para asegurar el seguimiento, la escalación oportuna y el cierre efectivo de acuerdos orientados a mejorar la ejecución del Presupuesto de Inversiones FBK. - Seguimiento continuo del avance de los proyectos de inversión (semanal, quincenal y mensual), para monitorear la ejecución físico-financiera, verificar el cumplimiento de metas y plazos del Presupuesto de Inversiones FBK, e implementar acciones correctivas y preventivas de manera oportuna.					
Notas adicionales	El Formato 8E se cierra el día 12 del mes siguiente al periodo evaluado. Si dicha fecha coincide con un día no laborable, el cierre se realizará el siguiente día hábil.					



IND. AEI 3.5.1 Porcentaje de actividades operativas del Plan Operativo Institucional de las dependencias del nivel central con ejecución óptima.	
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.5 Sistema de Monitoreo y Evaluación del desempeño Institucional fortalecido
Justificación	Este indicador permite evaluar de manera objetiva el grado de cumplimiento efectivo de las actividades programadas, considerando tanto el avance físico como el financiero. Su medición evidencia la capacidad institucional para traducir la planificación operativa en resultados concretos, optimizar el uso de los recursos públicos y asegurar la alineación con los objetivos estratégicos. Asimismo, su monitoreo y seguimiento, facilita la identificación temprana de desviaciones, cuellos de botella y brechas de desempeño, permitiendo la adopción de acciones correctivas oportunas que fortalezcan la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas institucional.
Definiciones operacionales	Plan Operativo Institucional (POI). Instrumento de gestión que detalla, para un periodo anual, las actividades operativas alineadas a los objetivos estratégicos institucionales, con metas físicas y financieras definidas y registradas en el aplicativo correspondiente. Actividad operativa. Conjunto de acciones programadas en el POI orientadas a la producción de bienes, prestación de servicios o fortalecimiento de la gestión, con responsables, cronograma y presupuesto asignado. Ejecución óptima. Condición que se alcanza cuando una actividad operativa registra un nivel de cumplimiento igual o superior al 90% de sus metas físicas y presupuestales en el periodo evaluado, conforme a la información registrada en el aplicativo institucional SISPOI. Nivel de cumplimiento. Grado de avance de una actividad operativa respecto de lo programado, medido mediante la relación entre lo ejecutado y lo planificado, expresado en porcentaje. Actividades operativas con ejecución óptima. Número de actividades operativas del POI que alcanzan un nivel de cumplimiento $\geq 90\%$ en el año correspondiente de evaluación y cuentan con evidencia válida. Total de actividades operativas del POI. Total, de actividades operativas aprobadas en el POI vigente del año de evaluación, incluidas sus modificaciones formales.
Método de cálculo	$\frac{\text{Actividades operativas con cumplimiento óptimo}}{\text{Total de actividades operativas del POI}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	Factores externos no controlables. Emergencias sanitarias, desastres naturales, conflictos sociales, cambios normativos o restricciones presupuestales pueden afectar la ejecución física y financiera de las actividades del POI. Modificaciones del POI durante el periodo. Las reprogramaciones, incorporaciones o anulaciones de actividades alteran el universo del indicador, afectando la comparabilidad y estabilidad de la medición. Retrasos en los procesos administrativos. Demoras en contrataciones, adquisiciones, transferencias presupuestales, aprobaciones internas o trámites interinstitucionales pueden impedir alcanzar el umbral de ejecución óptima ($\geq 90\%$). Calidad y oportunidad del registro de información. Inconsistencias, errores o retrasos en el registro del avance físico y presupuestales en los sistemas de información institucionales afectan la confiabilidad de la medición. Capacidad técnica desigual y dependencia de terceros. Diferencias en competencias de planificación y seguimiento entre unidades orgánicas, así como la dependencia de proveedores u otras entidades, pueden generar retrasos ajenos a la gestión directa de la entidad. Carencia de normativas actualizadas y sistemas de información.

Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Trimestral					
Fuente de información	Sistema de Planificación Operativa Institucional					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) Gerencia de Planeamiento Corporativo Gerencia de Presupuesto 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Todas las dependencias de la Sede Central CENATE, CEABE y IETSI					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	N/D	90%	90%	90%	90%	90%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Programación realista y priorización: revisar el POI y calendarizar actividades con hitos trimestrales, priorizando las críticas. • Seguimiento periódico y alertas tempranas: implementar control mensual del avance físico y presupuestal, identificando desviaciones antes del cierre del periodo. • Validación y calidad de datos: estandarizar criterios de registro, depurar inconsistencias y asegurar evidencia documentaria por actividad • Coordinación con órganos responsables: solicitar reportes oportunos, realizar reuniones de control y destrabar cuellos de botella (aprobaciones, logística, contrataciones). • Gestión de riesgos de ejecución: identificar factores internos/externos que reducen cumplimiento y definir planes de contingencia (responsable, plazo y medida). • Acciones correctivas inmediatas: reprogramación, reasignación de recursos, ajustes operativos y escalamiento a la Alta Dirección cuando el avance sea crítico. • Gestión de cambios del POI: controlar actualizaciones durante el año (altas/bajas) y mantener trazabilidad para no afectar la medición A/B • Reporte y retroalimentación: procesar y difundir el reporte de seguimiento del POI para decisiones de mejora continua y rendición de cuentas • Actualización de la directiva del Planeamiento Operativo Institucional • Actualización de la directiva de la Gestión Presupuestal. • Desarrollo de aplicativos informáticos para la programación y evaluación del Plan Operativo y Presupuesto Institucional.					
Notas adicionales	NA: no aplica en vista que el plan de mejoras de gestión de procesos se aprobará el 2026					



IND. AEI 3.5.2 Porcentaje de cumplimiento de los indicadores establecidos para la evaluación de estrategias vinculadas a la atención de salud	
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 3. Modernizar la gestión institucional del Seguro Social de Salud
Acción Estratégica Institucional	AEI 3.5 Sistema de Monitoreo y Evaluación del desempeño Institucional fortalecido
Justificación	ESSALUD brinda servicios de prestaciones de salud a la población asegurada, sin embargo, existen problemáticas en sus procesos que impactan en la calidad y oportunidad del otorgamiento del servicio, para ello prevé estrategias vinculadas a la atención de salud, las cuales son monitoreadas a través de múltiples indicadores operativos, asistenciales y administrativos; sin embargo, estos no permiten contar con una visión integrada del desempeño de cada red. En ese sentido, el indicador consolida en un único resultado el cumplimiento de las dimensiones claves del desempeño institucional: acceso y oportunidad de atención, calidad y seguridad del paciente, eficiencia operativa, gestión de recursos y gobernanza de la información e innovación, facilitando una lectura estratégica y estandarizada de los resultados.
Definiciones operacionales	• Indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud: son aquellos indicadores definidos por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud para evaluar el cumplimiento de las estrategias vinculadas a la atención de salud, los cuales son aprobados mediante Resolución de Gerencia General. La aplicabilidad de dichos indicadores a cada red asistencial / prestacional, INCOR y CNSR, se determina en función de su capacidad resolutoria, conforme a lo establecido por la Gerencia Central de Operaciones. • Indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud con evaluación satisfactoria: el cumplimiento de los indicadores aplicables a la red asistencial / prestacional, INCOR y CNSR, se determina de acuerdo con los siguientes criterios: * Cuando el valor alcanzado del indicador cumple o supera la meta establecida, se considera con Evaluación Satisfactoria * Cuando el valor alcanzado del indicador no cumple la meta establecida, se considera con Evaluación no Satisfactoria
Método de cálculo	$\frac{\text{Sumatoria de indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud con evaluación satisfactoria}}{\text{Total de indicadores de evaluación del cumplimiento de estrategias vinculadas a la atención de salud}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje (%)
Limitaciones para el cumplimiento/medición del indicador	• Heterogeneidad en la capacidad de gestión y disponibilidad de recursos entre la red asistencial / prestacional, INCOR y CNSR, lo que puede incidir en la posibilidad de alcanzar las metas establecidas en un mismo periodo de evaluación. • Asimismo, la medición del indicador depende de la calidad, oportunidad y complejidad de la información registrada en los sistemas institucionales, particularmente en el ESSI y otros sistemas de soporte. • Deficiencias en el registro de datos, demoras en la actualización de información, inconsistencias en las definiciones operativas o limitaciones de interoperabilidad pueden afectar la confiabilidad de los resultados del índice. • Adicionalmente, factores externos no controlables por la gestión de las redes, tales como incrementos imprevistos de la demanda asistencial, emergencias sanitarias, restricciones presupuestales o cambios normativos, pueden impactar negativamente en el desempeño de los indicadores base y, por ende, en el valor agregado del indicador. • Estas limitaciones deben ser consideradas en el análisis de resultados y en la interpretación del desempeño de la red asistencial / prestacional, INCOR y CNSR.

Sentido esperado del indicador	Periódico					
Frecuencia de medición	Mensual					
Fuente de información	ESSI SISMAC Informe detallado GCOP					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) - Gerencia Central de Operaciones 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) - Gerencias y Oficinas Centrales vinculadas al proceso relacionado a la implementación de cada indicador considerado en la Resolución vigente - Gerentes de Redes Prestacionales y Gerentes de Redes Asistenciales - Director del INCOR - Gerente del CNSR - Gerentes y Directores de IPRESS institucionales - Jefes de Departamentos y Servicios Asistenciales					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Análisis y gestión de la capacidad operativa instalada de cada red asistencial / prestacional, INCOR y CNSR, orientados a garantizar el cumplimiento de los indicadores establecidos. • Revisión, optimización y racionalización de los recursos y procesos vinculados al cumplimiento de cada indicador. • Diseño e implementación de un enfoque de gestión en red, así como la optimización de los procesos internos asociados. • Seguimiento periódico (mensual) del nivel de cumplimiento de los indicadores, incluyendo la formulación e implementación de planes y estrategias de intervención cuando corresponda. • Elaboración y difusión de reportes de cumplimiento con periodicidad definida (diaria, semanal y mensual), que permitan el monitoreo oportuno del desempeño. • Socialización y publicación de las variables, criterios y supuestos considerados para el cumplimiento de cada indicador, a cargo de la Gerencia Central de Operaciones, con el fin de estandarizar los criterios de seguimiento y evaluación en la red asistencial / prestacional, INCOR y CNSR.					
Notas adicionales	• Con el objetivo de fortalecer el alineamiento y la articulación de los objetivos institucionales, la actualización de los indicadores establecidos para la evaluación del cumplimiento de las estrategias vinculadas a la atención de salud deberá contar con la opinión técnica de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, la cual será responsable de asegurar dicho alineamiento. • El informe de evaluación debe presentar información del cumplimiento de cada indicador desagregado por cada red asistencial / prestacional, INCOR y CNSR y la aplicación de los indicadores corresponde al nivel de resolutiveidad de la red. • La actualización de la Resolución de Gerencia General N° 1917-GG-ESSALUD-2022 del 22 de setiembre de 2022					

IND. IOEI 4.1 Porcentaje de servidores que se encuentran satisfechos con el clima laboral	
Perspectiva	Aprendizaje y crecimiento
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 4. Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional
Acción Estratégica Institucional	-
Justificación	El indicador de porcentaje de servidores satisfechos con el clima laboral ayuda a tomar decisiones para promover la identidad y desarrollo de los servidores enfocada en valores. Asimismo, es importante ya que impacta directamente en la productividad, la calidad del servicio y el bienestar de los servidores. Un ambiente laboral positivo promueve la colaboración, reduce el estrés y mejora la motivación, lo que se traduce en una atención más eficiente y eficaz a los asegurados. El servidor al presentar una adecuada satisfacción laboral en su ambiente de trabajo, se desempeñaría con mayor compromiso y disposición, lo que se traduce en una mejor eficiencia y productividad, optimizando los recursos y obteniendo resultados de mayor calidad. Por otro lado, tenemos la reducción de la rotación del personal, ya que la satisfacción laboral disminuye la probabilidad de que los servidores renuncien. Asimismo, se fortalecería la relación con los compañeros y superiores, promoviendo una comunicación interna fluida y un ambiente de trabajo más armónico. Finalmente, la falta de satisfacción laboral impacta de manera negativa la imagen de nuestra entidad.
Definiciones operacionales	Satisfacción laboral: Se refiere al grado en que los servidores se sienten contentos y satisfechos en su entorno laboral, incluyendo aspectos como las condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, oportunidades de desarrollo profesional y la remuneración. Este concepto es un indicador clave del bienestar de los servidores y puede influir significativamente en su desempeño y compromiso con la Institución. Spector en el año 1997, define la satisfacción laboral como la suma de las actitudes de los trabajadores hacia su trabajo, que incluye aspectos como la naturaleza del trabajo, las condiciones laborales, remuneración y trabajos con sus compañeros. Clima Organizacional: El clima organizacional en las entidades públicas puede definirse como un conjunto de percepciones globales fundamentadas en las emociones que experimenta el trabajador en su entorno laboral. Por esta razón, resulta crucial comprender tanto el comportamiento humano como los procesos organizacionales que lo sustentan. La gestión del clima organizacional es esencial para fomentar un entorno laboral propicio que facilite el desarrollo integral del potencial de los colaboradores. Al abordar el clima organizacional, las instituciones públicas pueden implementar estrategias efectivas que estimulen la motivación de los trabajadores, incrementen su productividad y refuercen su compromiso, generando así un impacto favorable en los resultados globales de la organización. Encuesta: Es un instrumento para recopilar información a través de preguntas específicas. En este caso la Encuesta de Cultura y Clima Organizacional está compuesta por 44 preguntas, abarca 5 dimensiones y 14 subdimensiones.



Método de cálculo	1.Fórmula de cálculo del indicador $X = (A/B) * 100$ 2.Especificaciones técnicas: A = Número de servidores encuestados que se encuentran satisfechos con el Clima Laboral. Los Servidores satisfechos son aquellos cuyas calificaciones promedio es mayor ó igual 4, tomando como referencia que la encuesta utiliza una escala de Likert del 1 al 5, donde 4 es "parcialmente de acuerdo" y 5 "de acuerdo." Dado que el instrumento de medición es el mismo que se utiliza para medir la "Cultura Organizacional" y el "Clima Organizacional", se considerarán las respuestas de las preguntas que estén alineadas a las subdimensiones que mejor midan el "Clima Organizacional". Ej. "Reconocimiento". B = Número de servidores que contestaron la encuesta.
Unidad de medida	Porcentaje
Limitaciones para la medición del indicador	• Presupuesto insuficiente: El presupuesto es limitado para la contratación de especialistas en estadística, investigación e informática para llevar a cabo una medición efectiva de clima organizacional, lo cual resulta necesario para la recopilación, procesamiento y análisis de datos, así como la implementación de soluciones a largo plazo. • Resistencia al cambio: Algunos servidores pueden percibir las evaluaciones del clima organizacional como una amenaza, especialmente si asocian este proceso con una herramienta de control o una forma de evaluación de su rendimiento. Este tipo de percepción puede generar desconfianza y temor a consecuencias negativas, lo que resulta en respuestas sesgadas o no sinceras. • Falta de confidencialidad percibida por los servidores: Si los servidores no están convencidos de que sus respuestas son anónimas y confidenciales, pueden sentirse inhibidos al momento de expresar sus opiniones y experiencias. • Escasa Participación del Personal: La falta de involucramiento de un porcentaje representativo de la fuerza laboral puede sesgar los resultados obtenidos, limitando la capacidad de la entidad para obtener una visión completa y precisa de la situación interna. Diversos factores pueden contribuir a una escasa participación, como la falta de motivación, desconfianza en el proceso o una percepción de que las respuestas no tienen impacto real en la mejora de la entidad. • Falta de recurso humano: Se requiere potenciar el equipo de Clima y Cultura Organizacional con el perfil de psicólogo organizacional especialista en Clima y Cultura. A la fecha se cuenta únicamente con dos (02) psicólogos del D.L. 728 y una (01) licenciada en psicología por SNP. • Falta de compromiso de los funcionarios: Lo cual se ve reflejado en la falta de difusión y seguimiento de la participación de los servidores en las actividades programadas relativas a Cultura Organizacional. El apoyo de los funcionarios es un factor clave para el éxito de las actividades de Clima Organizacional. La ausencia de un compromiso genuino limita la efectividad de las estrategias que se implementen para mejorar la cultura organizacional.
Sentido esperado del indicador	Creciente
Frecuencia de medición	Semestral
Bases de datos empleadas como fuente de información	Base de datos del Sistema de Planillas a la fecha de la ejecución de la encuesta "Escala de Cultura y Clima Organizacional".

Responsables	1. Órgano y unidad orgánica responsable del indicador (calcular, medir y reportar). - Gerencia Central de Gestión de las Personas 2. Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador). - Sub Gerencia de Relaciones Humanas y Sociales. - Oficinas de Recursos Humanos de las Redes Prestacionales/Asistenciales.					
Período	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	25%	35%	45%	55%	65%	70%
Valor en absoluto (Variable A):	1,750	4,200	7,650	12,100	17,550	22,400
Valor en absoluto (Variable B):	7,000	12,000	17,000	22,000	27,000	32,000
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Etapas de Planificación: - Diseño de un Plan de Acción orientado a mejorar los aspectos críticos identificados en el diagnóstico: Cada dependencia deberá desarrollar y ejecutar un plan de mejora que contemple acciones concretas orientadas a abordar las áreas de oportunidad detectadas en el diagnóstico del clima organizacional. • Etapas de Intervención: - Definir Lineamientos sobre Clima Organizacional a nivel nacional. - Jornada de Integración: Organizar actividades familiares anuales para los servidores con el objetivo de fortalecer los vínculos familiares, laborales y promover un equilibrio entre la vida personal y profesional. - Capacitación a los líderes / gestión de equipos: Realizar talleres de formación en liderazgo transformacional a los servidores y líderes de la entidad contando con personal especializado en talleres vivenciales para directivos. - Talleres de Comunicación Eficaz: Desarrollar sesiones formativas enfocadas en mejorar las habilidades de comunicación dentro de la entidad, tanto entre líderes y subordinados como entre compañeros, fomentando una mejor interacción y colaboración. - "Talleres de Creatividad y Resolución de Conflictos": Ofrecer talleres interactivos que promuevan habilidades de resolución de conflictos mediante técnicas creativas, como el "role playing", simulaciones y otras dinámicas que permitan practicar situaciones de conflicto en un entorno seguro. • Etapas de Evaluación: - Monitorear a las redes asistenciales en cuanto a la ejecución del plan de acción. - Medición de la efectividad de las estrategias implementadas mediante la aplicación de la escala. - Elaborar el informe de resultados: Compartir con claridad los resultados obtenidos y los progresos alcanzados a través de la implementación del Plan de Acción, comunicando a los servidores y a los responsables de cada área los logros alcanzados y las áreas que aún presentan oportunidades de mejora.					
Notas adicionales	• Como antecedente a este indicador, en el año 2022 se aplicó una Encuesta de Cultura y Clima Organizacional solo a nivel de Sede Central y Centro Nacional de Salud Renal. • La encuesta aplicada cuenta con criterios de evaluación según "semaforización". • Se cuenta con la Encuesta de Cultura y Clima Organizacional cuyos criterios de evaluación son distintos a lo trabajado hasta ahora. En el periodo 2022, los resultados de la encuesta arrojaron trabajar lo siguiente: - La dimensión de Gestión del Talento se encontró en un 49% de satisfacción, lo cual evidenció la necesidad de ser atendida en el corto plazo. - El mayor nivel de insatisfacción en cuanto a subdimensiones se encontró en Reconocimiento con 46%, Justicia y Equidad con 36% e Integridad con 43% • A la fecha, se ha elaborado el informe con el cronograma anual para la aplicación del instrumento de medición a nivel nacional. • Para realizar y ejecutar las actividades de Cultura y Clima Organizacional se necesitará presupuesto para el 2025 al 2030. • Finalmente, de acuerdo a los resultados de la medición de Clima Organizacional se ajustarán las metas.					



IND. AEI 4.1.1 Porcentaje de trabajadores capacitados con evaluación satisfactoria	
Perspectiva	Aprendizaje y crecimiento
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 4. Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional.
Acción Estratégica Institucional	AEI 4.1 Talento humano institucional con bienestar integral y satisfacción laboral fortalecidos.
Justificación	El indicador permite a las oficinas de recursos humanos de la entidad a planificar sus actividades de capacitación y evaluación de personal a fin de mejorar las capacidades y competencias del personal para generar productividad, calidad del desempeño laboral, compromiso, satisfacción laboral; el mismo que se traducirá en mejor calidad de prestación de salud, económicas y sociales al asegurado y/o público interno. El Seguro Social de Salud - ESSALUD, en el marco de las disposiciones emitidas por la Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR, anualmente elabora y aprueba el Plan de Desarrollo de las Personas ESSALUD identificando el diagnóstico de necesidades de capacitación acorde con la Directiva "Normas para la Gestión del Proceso de Capacitación en las Entidades Públicas".
Definiciones operacionales	• Acciones de Capacitación: Son los procesos y actividades de enseñanza – aprendizaje destinadas a cerrar brechas o desarrollar competencias o conocimientos en los trabajadores de la Institución que son de formación laboral. • Competencias: Características personales que se traducen en comportamientos visibles para el desempeño laboral exitoso; involucra de forma integrada el conocimiento habilidades y actitudes, las cuales son el factor diferenciador dentro de una organización y contexto determinado. • Plan de Desarrollo de las Personas (PDP): Es un instrumento de gestión para la planificación de las acciones de capacitación de ESSALUD. Es elaborado a partir del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación (DNC). Contiene todas las acciones de capacitación que se ejecutarán durante un ejercicio fiscal, se compone de la consolidación de los Planes Locales y Actividades Estratégicas de Capacitación de las diferentes unidades orgánicas. • Trabajadores con nota aprobatoria: Son los trabajadores inscritos en las acciones de capacitación, que participan de la misma y obtienen una nota aprobatoria. La nota aprobatoria es definida según la acción de capacitación. Aprobar o cumplir con la calificación mínima establecida por ESSALUD, que es igual a trece (13) para el caso de programas locales, y/o la nota mínima establecida por el proveedor de la capacitación en caso de capacitación interna o externa; para el caso de estos últimos el trabajador debe acreditar la calificación con el documento correspondiente. • Trabajadores inscritos en las acciones de capacitación: Son los trabajadores inscritos en las acciones de capacitación que se encuentran contempladas en el Plan de Desarrollo de Personas.
Método de cálculo	1. Fórmula de cálculo del indicador $X = (A / B) * 100$ 2. Especificaciones técnicas: A = Número de trabajadores capacitados con nota aprobatoria. B = Número de trabajadores capacitados
Unidad de medida	Porcentaje
Limitaciones para la medición del indicador	Demora por parte de las unidades orgánicas en el reporte de información (repositorio de capacitación) sobre la ejecución de actividades de capacitación mensualmente.

Sentido esperado del indicador	Creciente					
Frecuencia de medición	Semestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	• Base de datos de acciones de capacitación ejecutadas ingresada en el repositorio de Capacitación. • Base de datos del Plan de Desarrollo de las Personas, para la identificación de las acciones aprobadas por Gerencia General servidores que podrían participar de las capacitaciones.					
Responsables	1. Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de las bases de datos como fuente de información del indicador en ESSALUD. En caso sea externo, colocar la denominación de la entidad responsable. - Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de las Redes Prestacionales y Redes Asistenciales categoría A y B. - Oficina de Recursos Humanos en Redes Asistenciales categoría C e INCOR. - Sub Gerencia de Evaluación, Desarrollo y Capacitación-GDP. 2. Órgano y unidad orgánica responsable del indicador (calcular, medir y reportar). Gerencia Central de Gestión de las Personas 3. Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador). Sub Gerencia de Evaluación, Desarrollo y Capacitación.					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	ND	70%	60%	70%	80%	90%
Valor en absoluto (Variable A):	-	13,971	11,975	13,971	15,966	17,962
Valor en absoluto (Variable B):	-	19,958	19,958	19,958	19,958	19,958
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Etapa de Planificación: - Determinar los trabajadores que requieren de una acción de capacitación. - Determinar las acciones de capacitación prioritarias que cierran brechas de conocimientos. - Aprobación del Plan de Desarrollo de las Personas de ESSALUD. • Etapa de Ejecución: - Ejecutar la acción de capacitación dentro del mes de oportunidad programado en el Plan de Desarrollo de las Personas. • Etapa de Evaluación: - El proveedor de capacitación realizará las respectivas evaluaciones (pre test y post test) a los participantes, remitiendo a las áreas encargadas de capacitación un informe detallado. - Las oficinas de capacitación o quien haga sus veces, reportan en el repositorio de capacitación las acciones de capacitación ejecutadas y el reporte de notas de los participantes.					
Notas adicionales	-					



IND. AEI 4.1.2 Porcentaje de aplicación de la seguridad y salud en el trabajo en el personal de ESSALUD	
Perspectiva	Aprendizaje y crecimiento
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 4. Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional.
Acción Estratégica Institucional	AEI 4.1 Talento humano institucional con bienestar integral y satisfacción laboral fortalecidos.
Justificación	La Seguridad y Salud en el trabajo es fundamental porque tiene como población objetivo proteger la salud ocupacional y prevenir los accidentes de causa laboral en los trabajadores de la entidad; cuyo equilibrio trabajador y puesto de trabajo, impacta directamente en el desarrollo de cada trabajador manteniendo la productividad y la calidad del servicio, siendo aspectos esenciales para el éxito y la sostenibilidad de la organización.
Definiciones operacionales	- Exámenes médicos ocupacionales vigentes: son exámenes de los trabajadores que pasaron examen médico ocupacional que cuentan con certificado y registro vigente acorde a la normativa de seguridad y salud en el trabajo Ley N°29783. - Accidentes de trabajo investigados: Registro de investigación con análisis de causalidad, realizado cuando sucede un accidente de trabajo. - Número de trabajadores: son aquellos trabajadores de los regímenes laborales 728, 276 y 1053 que obligados a realizarse los exámenes médicos ocupacionales. - Accidentes de trabajo investigados: Son aquellos accidentes que de trabajo de personal de ESSALUD registrados en ESSI.
Método de cálculo	1. Fórmula de cálculo del indicador $X = (A + B) \times 100$ 2. Especificaciones técnicas: A= (Número de trabajadores con examen médico ocupacional vigente/Número de trabajadores de ESSALUD) x 0.5 B= (Número de accidentes de trabajo investigados/ Número de accidentes de trabajo registrados) *0.5
Limitaciones para la medición del indicador	- Reporte manual de los registros obligatorios en materia de Seguridad, Salud y Trabajo. - Falta de un sistema de comunicación para el reporte de información. - Escasez de recursos destinados para actividades de seguridad y salud en el trabajo - Insuficientes ambientes de trabajo y mobiliario para desarrollo de los exámenes médicos ocupacionales - Insuficientes trabajadores con las competencias de seguridad y salud en el trabajo.
Sentido esperado del indicador	Creciente
Bases de datos empleadas como fuente de información	Base de datos de los aplicativos: Sistema ESSI-EsSalud, "Somos EsSalud", Registros de visitas técnicas, reportes de las redes y órganos prestadores nacionales.

Responsables	1. Órgano y unidad orgánica responsable del indicador (calcular, medir y reportar). - Gerencia Central de Gestión de las Personas 2. Órgano(s) y unidad(es) orgánica(s) responsable(s) de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador). - Sub Gerencia de Relaciones Humanas y Sociales - GCGP - Unidades de Seguridad y Salud en el Trabajo o las que hagan sus veces en las Redes y OPN - Oficinas de Recursos Humanos - Sub Gerencia de Relaciones Humanas y Sociales - GCGP					
Año	Línea de base	METAS				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	28%	33%	38%	42%	47%	51%
Valor en absoluto (Variable A):	0.14	0.16	0.18	0.20	0.22	0.24
Valor en absoluto (Variable B):	0.14	0.17	0.20	0.22	0.25	0.27
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Elaboración y aprobación de Directivas Internas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. • Implementación de actividades preventivas y de control de la vigilancia de la salud ocupacional. • Desarrollo acciones preventivas en los ambientes de trabajo de ESSALUD. • Sensibilización, promoción y capacitación de los trabajadores en Seguridad y Salud en el Trabajo en ESSALUD. • Acciones de control y seguimiento de implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de ESSALUD.					
Notas adicionales	• La medición del indicador es a nivel nacional.					



IND. AE 4.1.3 Porcentaje de colaboradores administrativos de la Sede Central calificados con buen rendimiento, según la normativa	
Perspectiva	Asegurado
Objetivo Estratégico Institucional	OEI 4. Promover el desarrollo del talento humano y fortalecer la cultura organizacional.
Acción Estratégica Institucional	AEI. 4.1 Talento humano institucional con bienestar integral y satisfacción laboral fortalecidos.
Justificación	La aplicación de este indicador, se encuentra el marco de la normativa vigente. Este indicador permite: - Medir el desempeño anual de los colaboradores administrativos de la Sede Central. - Identificar fortalezas y brechas de desempeño para la toma de decisiones en materia de capacitación, incentivos y mejora continua. - Asegurar la alineación del desempeño individual con los objetivos institucionales de EsSalud. - Contribuir indirectamente a la mejora de la calidad de los servicios brindados a los asegurados. El número total de colaboradores evaluados puede variar en cada periodo debido a factores como nuevas contrataciones, ceses, renunciaciones, traslados, cambios de régimen laboral, licencias prolongadas u otras causales administrativas.
Definiciones operacionales	• Colaboradores administrativos de la Sede Central evaluados que obtienen la calificación de "Buen Rendimiento"; referido a aquellos colaboradores que, de acuerdo con los criterios y escalas establecidos en la normativa vigente, obtienen una evaluación del desempeño de buen rendimiento. • Total de colaboradores administrativos de la Sede Central que han sido evaluados formalmente en el periodo correspondiente, conforme a la normativa vigente: considera a la totalidad de colaboradores evaluados, contratados mediante el D.L. N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y Remuneraciones del sector Público, D.L. N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral, D.L. N° 1057, Ley que regula el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS). Excluyendo a aquellos no sujetos a evaluación por causales debidamente sustentadas (licencias prolongadas, cese previo a la evaluación, entre otros). • Buen rendimiento: calificación otorgada al colaborador administrativo de la Sede Central que cumple o supera las metas, objetivos y competencias establecidas para su puesto, según la metodología y los instrumentos definidos.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de colaboradores administrativos de la Sede Central evaluados que obtengan la calificación de Buen Rendimiento según la normativa}}{\text{Total de colaboradores administrativos de la Sede Central evaluados según la normativa}} \times 100$
Unidad de medida	Porcentaje
Limitaciones para la medición del indicador	• Variación en el número de colaboradores evaluados por movimientos de personal. • Retrasos en la ejecución o cierre del proceso de evaluación del desempeño. • Cambios en la normativa que modifiquen criterios, escalas o metodologías de evaluación. • Limitaciones operativas o tecnológicas en los sistemas de registro y consolidación de resultados. • Desconocimiento de la implementación de la metodología de la evaluación del rendimiento.
Sentido esperado del indicador	Periódico

Frecuencia de medición	Semestral					
Bases de datos empleadas como fuente de información	Gerencia Central de Gestión de las Personas					
Responsables	1. Dependencia responsable del indicador (Calcular, medir y reportar) Gerencia Central de Gestión de las Personas 2. Dependencia (s) responsables de gestionar el indicador (tomar decisiones para el mejor desempeño del indicador) Gerencia General Secretaría General Gerencias Centrales de la Sede Central Oficinas Centrales de la Sede Central Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación Centro Nacional de Telemedicina Gerencia de Oferta Flexible Gerencia de Procura y Trasplante					
Periodo	Línea de base	Metas				
	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Valor en relativo	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Valor en absoluto (Variable A):	-	-	-	-	-	-
Valor en absoluto (Variable B):	-	-	-	-	-	-
Acciones y actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas	• Difundir oportunamente la normativa y cronograma de evaluación del desempeño. • Asegurar la aplicación homogénea de los instrumentos de evaluación conforme a la normativa • Capacitar a jefes, responsables de evaluación y colaboradores administrativos en gestión del rendimiento y retroalimentación efectiva. • Identificar brechas de desempeño y formular planes de mejora individual y grupal • Vincular los resultados de la evaluación con acciones de capacitación y desarrollo de competencias. • Promover mecanismos de reconocimiento institucional para colaboradores con buen rendimiento.					
Notas adicionales	-					

DISPOSICIONES DE AUSTERIDAD, DISCIPLINA Y CALIDAD EN EL GASTO PÚBLICO Y DE INGRESOS DEL PERSONAL PARA EL SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

I. Naturaleza y finalidad

- 1.1. Las presentes disposiciones se emiten con la finalidad de regular las medidas de austeridad, disciplina y calidad en el gasto público, así como las disposiciones en materia de ingresos del personal del Seguro Social de Salud – ESSALUD, en el marco de lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria de la Ley N.º 32513, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2026.

II. Ámbito de aplicación

- 2.1. Las presentes disposiciones son de aplicación para todas las unidades de organización del Seguro Social de Salud — ESSALUD durante el año fiscal 2026.

III. Medidas en adquisición de bienes y servicios

- 3.1. Se prioriza los gastos de adquisición de bienes y contratación de servicios relacionado a las prestaciones asistenciales, económicas y sociales respecto a las administrativas.
- 3.2. Se pueden realizar gastos para celebraciones relacionadas única y exclusivamente a sus objetivos y fines prestacionales, debiendo ser aprobadas por los jefes (la más alta autoridad) de los Órganos Desconcentrados y Órganos Centrales.
- 3.3. El monto para la contratación por locación de servicios que se celebre con personas naturales de forma directa o indirecta no sobrepasará el monto del grupo ocupacional al que corresponda (auxiliares, técnicos y profesionales). Las excepciones a este tope deberán ser aprobadas por los jefes (la más alta autoridad) de los Órganos Desconcentrados y Órganos Centrales.
- 3.4. En el caso de las locaciones de servicios asistenciales, por el cierre de brechas, ejecutadas por las Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR y Centro Nacional de Salud Renal, previamente deberán ser coordinadas con la Gerencia Central de Operaciones y la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.
- 3.5. Solo se autorizan los viajes para el cumplimiento de las actividades prestacionales en las medidas estrictamente necesarias. Las excepciones deben ser aprobadas, por los jefes (la más alta autoridad) de los Órganos Desconcentrados y Órganos Centrales.

IV. Disposiciones en materia de ingresos del personal

- 4.1. El Seguro Social de Salud - ESSALUD, está autorizado a la celebración de nuevos contratos de trabajo con personas naturales de conformidad con las modalidades establecidas por Ley, siempre que cuente con presupuesto para ello y en concordancia con lo dispuesto en las normas sobre la materia y las disposiciones del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos a cargo de la Autoridad Nacional del Servicio Civil -SERVIR
- 4.2. El Seguro Social de Salud - ESSALUD para celebrar los precitados contratos deberá contar con sustento técnico y legal, además de la disponibilidad presupuestal correspondiente. La aprobación de las contrataciones puede ser delegadas al Gerente General.


EsSalud
Firmado digitalmente por
DEL SOLAR PORTAL Raul Emilio
FAU 20131257750 hard
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 24.12.2025 19:31:36-0500


EsSalud
Firmado digitalmente por
MOSTO OQUENDO Sandra Esther
FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 24.12.2025 19:17:54-0500


EsSalud
Firmado digitalmente por
ALCANTARA INFANTES William
Federico FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 24.12.2025 18:58:42-0500

- 4.3. Todo gasto respecto a la contratación de personal autorizado, no es eficaz si no cuenta con la disponibilidad presupuestal correspondiente en su presupuesto institucional, bajo exclusiva responsabilidad de los funcionarios responsables.
- 4.4. Todo ingreso al Seguro Social de Salud - ESSALUD, Indistintamente del régimen laboral aplicable, se realiza necesariamente por concurso público de méritos en un régimen de igualdad de oportunidades de acuerdo con los principios de mérito y la capacidad de las personas, observando las normas que forman parte del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos a cargo de la Autoridad Nacional del Servicio Civil -SERVIR-, del que forma parte el Seguro Social de Salud - ESSALUD.
- 4.5. Todo ingreso al Seguro Social de Salud – ESSALUD, debe respetar las normas de acceso al servicio civil, su vulneración acarrea las responsabilidades administrativas, civiles o penales de quienes los promuevan, ordenen o permitan.
- 4.6. Es responsabilidad del Seguro Social de Salud – ESSALUD, seleccionar a candidatos que cumplan con el perfil y requisitos del puesto, los cuales deben ser considerados en el requerimiento interno, independientemente de su modalidad de contratación.

En el caso de la contratación de personal gerencial y de cargos equivalentes, el Seguro Social de Salud – ESSALUD debe realizar los procesos de selección y contratación de personal correspondientes en base a su normativa interna, debiendo considerar mecanismos que garanticen la elección de un candidato que cumpla con el perfil del puesto, respetando las normas que forman parte del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos.

V. Disposiciones en materia de Negociación Colectiva

- 5.1. Las negociaciones colectivas del Seguro Social de Salud-ESSALUD, se realizan en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley N° 31188, Ley de Negociación Colectiva en el Sector Estatal, sus lineamientos y demás disposiciones emitidas por la autoridad competente, o las disposiciones que las sustituyan, sin afectar su sostenibilidad financiera, su vulneración acarrea las responsabilidades administrativas, civiles o penales de quienes los promuevan, ordenen o permitan.
- 5.2. Corresponde a ESSALUD, a través de la Gerencia Central de Gestión Financiera aprobar el informe de espacio fiscal para objeto de las negociaciones colectivas, observando las disposiciones contenidas en el artículo 13 de los lineamientos para la implementación de la Ley N° 31188, Ley de Negociación Colectiva del Sector Estatal, aprobados por Decreto Supremo N° 008-2022-PCM.

Las negociaciones colectivas no podrán contener acuerdos que excedan el marco presupuestal aprobado sin apartarse de las normas técnicas y financieras de FONAFE, bajo responsabilidad de la comisión negociadora de ESSALUD, la Gerencia Central de Gestión Financiera, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y la Gerencia Central de Gestión de las Personas.

- 5.3. Los Convenios Colectivos resultantes de cada proceso de negociación colectiva y/o los laudos que se emitan en los arbitrajes de índole laboral deben sujetarse a dicho Informe que constituye el lineamiento técnico financiero aplicable a ESSALUD. 3. Los acuerdos adoptados en la Negociación Colectiva a nivel centralizado resultan de aplicación a los servidores del Seguro Social de Salud -ESSALUD, correspondiendo, además, a dicha entidad llevar a cabo la Negociación Colectiva a nivel descentralizado en el ámbito por entidad.



- 5.4. Para la Negociación Colectiva a nivel descentralizado en el ámbito por entidad, el Seguro Social de Salud -ESSALUD debe designar, mediante Resolución de Gerencia General, a los funcionarios o directivos integrantes de la Comisión Negociadora representante de la entidad.
- 5.5. En respeto a los principios de previsión, programación y equilibrio presupuestal, así como a la sostenibilidad financiera del Seguro Social de Salud -ESSALUD, las negociaciones colectivas se realizan sobre la base de su presupuesto aprobado, cuyo tope máximo no debe ser excedido al momento de su conclusión.
- 5.6. Todo proceso de negociación colectiva se sujeta al cumplimiento de las normas de la Administración Financiera del Sector Público, respetando estrictamente los principios de equilibrio y programación multianual, las reglas macrofiscales y las reglas para la estabilidad presupuestaria para cada año fiscal, bajo responsabilidad.
- 5.7. El Seguro Social de Salud -ESSALUD, debe remitir a FONAFE el Pliego de Negociación Colectiva del año 2026 dentro de los quince (15) días calendario de recibido. Asimismo, deben remitir a FONAFE el detalle de compromisos acordados en un plazo no mayor a diez (10) días calendario de celebrado el respectivo convenio colectivo y cualquier otra información solicitada por FONAFE. La información a ser remitida incluye todo compromiso que el Seguro Social de Salud -ESSALUD acuerde con sus sindicatos.
- 5.8. FONAFE no interviene, ni participa, directamente ni indirectamente, en las negociaciones colectivas que el Seguro Social de Salud - ESSALUD mantiene con sus respectivos sindicatos.
- 5.9. El incumplimiento del marco normativo vigente por parte de los integrantes de la Comisión Negociadora del Seguro Social de Salud -ESSALUD, o el actuar fuera del marco de los poderes otorgados, da lugar al inicio de las acciones destinadas a determinar las responsabilidades que correspondan.
- 5.10. Los daños y perjuicios generados al Seguro Social de Salud-ESSALUD, por el incumplimiento de lo dispuesto en el presente documento, o por afectar a su sostenibilidad financiera, será responsabilidad de los funcionarios competentes que participen de dicha acción u omisión, según corresponda. ESSALUD debe comunicar dicho incumplimiento a la Autoridad Nacional del Servicio Civil-SERVIR, a la Contraloría General de la República y al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

VI. Disposiciones en materia de arbitraje laboral

- 6.1. Todo proceso de arbitraje laboral se sujeta al cumplimiento de las normas de la Administración Financiera del Sector Público, respetando estrictamente los principios de equilibrio y programación multianual, las reglas macrofiscales y las reglas para la estabilidad presupuestaria para cada año fiscal, bajo responsabilidad.
- 6.2. El Seguro Social de Salud -ESSALUD, pueden concluir sus procesos arbitrales y/o judiciales relacionados a negociaciones colectivas, por transacción o cualquier otro mecanismo de solución de conflictos, siempre que cuenten con disponibilidad presupuestal, y además, cuenten con un acuerdo de su Consejo Directivo que lo apruebe, sustentado en los respectivos informes técnico, legal y financiero que justifiquen la conveniencia de haberlo celebrado.

- 6.3. Los árbitros designados por el Seguro Social de Salud -ESSALUD, para participar en arbitrajes laborales, deben ser elegidos teniendo en cuenta su desempeño anterior en similares arbitrajes en defensa de los intereses del Estado, bajo responsabilidad de quienes los designen.
- 6.4. El Seguro Social de Salud -ESSALUD, debe agotar las acciones legales correspondientes en caso obtengan laudos arbitrales contrarios a sus intereses, salvo que mediante informes técnico, legal y financiero justifiquen la conveniencia de no tener que agotar dichas acciones, y debiendo contar, en ese caso, con la debida disponibilidad presupuestal, para su implementación.
- 6.5. FONAFE no interviene, ni participa directamente en el arbitraje laboral que el Seguro Social de Salud - ESSALUD mantiene con sus respectivos sindicatos. .