



**“PLAN ESTRATÉGICO DE ESSALUD 2007-2011:
UNA VISIÓN CORPORATIVA”**

**Trabajo de Investigación presentado
para optar al Grado Académico de
Magíster en Administración**

**Presentada por
Sr. Alberto Barrenechea Pastor**

Asesor: Profesor José Kanashiro Uechi

2006

A a mi madre, Ana Pastor, quien fue usuaria de EsSalud y me animó a proponer cambios y mejoras para beneficio de los asegurados del país.

A Dios, por darme la sabiduría e inteligencia, así como dones y talentos sobre temas de Salud

A mi asesor José Kanashiro Uechi, por su motivación y colaboración académica.

A mi familia, por darme ánimo y apoyo incondicional.

A mis compañeros de trabajo en EsSalud, por las muchas horas de discusión técnica en búsqueda de soluciones a problemas complejos en seguridad social en salud.

A mis profesores de Economía y Gestión en Salud de la ILPES-CEPAL y de la Universidad del Pacífico, por sus enseñanzas.

Índice

Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos	viii
Índice de anexos	ix
Introducción	1
Capítulo I. La institución.....	4
1. Antecedentes históricos	4
2. Descripción del sub sistema de seguridad social en salud	5
3. Estructura organizacional.....	6
4. Visión	8
5. Misión	10
Capítulo II. Análisis del ambiente externo	12
1. Ambiente global.....	13
2. Ambiente político-jurídico.....	13
3. Ambiente sociocultural	15
4. Ambiente tecnológico	16
5. Ambiente económico	17
6. Ambiente internacional.....	18
7. Ambiente demográfico.....	19
8. Ambiente clínico-epidemiológico.....	19
Capítulo III. Análisis del sector	21
1. Producto	21
2. Mercado	22
3. Posición.....	23
4. Usuarios	24
5. Competencia y complementación	25
6. Proveedores.....	26
7. Análisis complementario en organismos públicos.....	29

Capítulo IV. Análisis interno de la institución	31
1. Logística de entrada	31
2. Preparación del servicio	32
3. Entrega del servicio.....	32
4. Mercadotecnia del servicio	33
5. Seguimiento al servicio.....	34
6. Administración, finanzas y procesos asociados	35
7. Adquisiciones.....	36
8. Recursos humanos	36
9. Tecnología	37
10. Dirección.....	38
11. Control	38
12. Realidades y escenarios posibles	39
13. Problema estratégico.....	39
Capítulo V. Planeamiento, formulación y selección de objetivos estratégicos.....	40
1. Formulación de objetivos estratégicos.....	40
2. Estrategias consideradas	41
2.1 Estrategias genéricas de la institución	41
2.2 Estrategias corporativas de las unidades estratégicas	41
3. Relación con los objetivos estratégicos	41
4. Ventajas y desventajas de las estrategias consideradas	44
5. Criterios de selección de estrategia.....	44
Capítulo VI. Propuesta de implementación de la estrategia seleccionada.....	46
1. Objetivos específicos por unidad estratégica.....	46
2. Acciones por llevar a cabo.....	46
3. Responsable	46
Capítulo VII. Propuesta de control	47
1. Variables por controlar	47
2. Definición de variables	47
3. Medios de control	47

Capítulo VIII. Evaluación económica-financiera.....	48
1. Presupuesto anual de la inversión	48
2. Flujo de caja proyectado	48
Conclusiones y recomendaciones	51
Bibliografía	53
Anexos	60
Nota biográfica	95

Índice de tablas

Tabla 1. Resumen del análisis del ambiente político-jurídico	14
Tabla 2. Resumen del análisis del ambiente sociocultural	15
Tabla 3. Resumen del análisis del ambiente tecnológico	16
Tabla 4. Resumen del análisis del ambiente económico.....	18
Tabla 5. Resumen del análisis del ambiente demográfico.....	19
Tabla 6. Resumen del análisis del ambiente clínico-epidemiológico	20
Tabla 7. Resumen del análisis del mercado.....	23
Tabla 8. Resumen del análisis de posición	23
Tabla 9. Resumen del análisis de usuarios	25
Tabla 10. Resumen del análisis de competencia y complementación	25
Tabla 11. Resumen del análisis de proveedores	28
Tabla 12. Resultados de la evaluación global de las unidades estratégicas.....	29
Tabla 13. Objetivos contenidos en los planes estratégicos institucionales en el período 1999-2003.....	40
Tabla 14. Articulación entre diagnóstico situacional y objetivos estratégicos	44
Tabla 15. Presupuesto anual de inversión en el plan estratégico.....	48
Tabla 16. Flujo de caja (en dólares americanos)	49

Índice de gráficos

Gráfico 1.Propuesta de estructura orgánica matricial de EsSalud	7
Gráfico 2.Metodología para el diagnóstico estratégico	12
Gráfico 3.Balanced Scorecard (organismos públicos).....	42
Gráfico 4.Modelo de creación de valor del aseguramiento	43
Gráfico 5.Modelo de creación de valor de prestaciones	43

Índice de anexos

Anexo 1.	Evolución histórica de la seguridad social en el Perú.....	61
Anexo 2.	Estructura del sistema de salud: seguridad social.....	61
Anexo 3.	Principales características del sistema de salud-Estructura del mercado.....	62
Anexo 4.	Financiamiento del sistema de salud	63
Anexo 5.	Cobertura poblacional de aseguramiento en salud	63
Anexo 6.	Estructura orgánica del Seguro Social de Salud-EsSalud.....	64
Anexo 7.	Objetivos de Aseguradores y Prestadores.....	64
Anexo 8.	Elementos presentes en la misión.....	65
Anexo 9.	Preguntas claves para redactar la misión.....	66
Anexo 10.	Comparación intertemporal	67
Anexo 11.	Escenario político	68
Anexo 12.	Principales lineamientos de los planes de gobierno de los candidatos presidenciales con mayor intención de voto al 27/3/2006.....	69
Anexo 13.	Escenario económico.....	70
Anexo 14.	Escenario laboral	72
Anexo 15.	Efectos sobre el bienestar. Gastos adicionales en medicamentos por mayores precios/ (porcentaje del gasto actual).....	73
Anexo 16.	Escenario poblacional.....	74
Anexo 17.	Tendencias de las enfermedades de alto costo social	76
Anexo 18.	Años de vida perdidos (AVPP) en población, 1998-2004.....	77
Anexo 19.	Perú: Evolución de precios de medicamentos	77
Anexo 20.	Diagrama de ventas de la industria farmacéutica peruana, 2001 (en valores)	78
Anexo 21.	Innovación farmacológica y probabilidad de resistencia a fármacos para las enfermedades de alto costo social	78
Anexo 22.	Evolución de la recaudación y de los egresos totales: 1996-2005 (a valores reales: dic. 2001 = 100)	79
Anexo 23.	Tasa de aporte neto para prestaciones	79
Anexo 24.	Perú: Empleadores cotizantes y recaudación anual	80
Anexo 25.	Aseguramiento y prestaciones: amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas genéricas.....	81
Anexo 26.	Información del Plan Estratégico de EsSalud.....	83
Anexo 27.	Información del Presupuesto del Plan Estratégico de EsSalud.....	90

Introducción

EsSalud es una de las instituciones más importantes del país. Su importancia se explica tanto por los más de 35.000 trabajadores que emplea, como por los más de 3.300 millones de nuevos soles que administra anualmente.

EsSalud es una institución que asume las funciones de una organización aseguradora y las de una prestadora de servicios de salud. Además, es una institución pública y como tal comparte los problemas comunes a este tipo de instituciones en muchos países: no administrar con eficiencia los recursos.

Las ineficiencias en el uso de los recursos de las instituciones públicas son “financiadas”, en general, por la sociedad y, en particular, por los agentes económicos que pagan sus impuestos. En el caso de EsSalud, son financiadas por las contribuciones y los aportes de los más de 5,9 millones de asegurados.

Para optimizar el uso de los recursos en las instituciones públicas, es necesario especificar de manera clara los objetivos institucionales y establecer incentivos para lograrlos, sobre la base del compromiso y esfuerzo del personal, y la participación activa de los beneficiarios. En las instituciones públicas es muy importante contar con instrumentos que permitan monitorear el cumplimiento de los objetivos estratégicos y establezcan recompensas para los trabajadores que contribuyen a ello. Para lograr lo descrito anteriormente se plantea la formulación de un Plan Estratégico 2007-2011, así como el desarrollo de un Sistema de Monitoreo y Control.

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en ocho capítulos. En el primer capítulo se presenta, de manera breve, los antecedentes históricos, las características del subsistema de seguridad social, la estructura orgánica y las modificaciones sugeridas para viabilizar el accionar de las unidades estratégicas.

El diagnóstico estratégico se realiza en los capítulos dos, tres y cuatro; a partir de la identificación de los actores (*stakeholders*) y su comportamiento en los diversos sistemas externos e internos a la institución. La metodología aplicada en el trabajo se usa en la gestión estratégica del sector público en el ámbito internacional.

En el segundo capítulo se presentan las principales tendencias y los cambios en el entorno externo que influyen en los *stakeholders* y, a su vez, de qué manera impactan en la institución. De esta forma, se identifican las amenazas y oportunidades genéricas.

En el tercer capítulo se muestra el análisis del sector en términos de productos, mercados, posición, usuarios, competencia-complementación y proveedores. En forma complementaria se analiza los fallos de mercado, fallos regulatorios de Gobierno, naturaleza público-privada, intervención del Estado y problemas de agencia-incentivos. Así, se identifican amenazas y oportunidades específicas.

En el cuarto capítulo se presentan los macroprocesos de EsSalud, por medio del análisis de la cadena de valor de Porter, y se analizan los recursos y capacidades que permiten generar ventajas competitivas institucionales. Así, se identifican las fortalezas y debilidades institucionales.

La estrategia genérica institucional de liderazgo en costos y diferenciación de servicios integrados y de excelencia (calidad) se desarrolla en el quinto capítulo. A partir de los temas estratégicos prioritarios planteados en la misión y en el diagnóstico estratégico, se mapean las relaciones causa-efecto entre las diversas perspectivas del Cuadro de Mando a organizaciones gubernamentales y se obtienen modelos de creación de valor para las dos unidades estratégicas. De esta forma, se determinan los objetivos estratégicos institucionales.

En el sexto capítulo se definen los objetivos específicos y principales acciones (iniciativas) para cada uno de los objetivos estratégicos; así como, las políticas institucionales y las áreas responsables de generar valor.

En el séptimo capítulo se presenta la propuesta de control, elaborada sobre la base de las variables por controlar (indicadores) y medios de control (metas), los cuales son sustentados de manera técnica en: (1) proyectos y acciones no culminadas o pendientes de ejecución en el Plan Estratégico 2003-2007, (2) experiencias exitosas de acciones estratégicas en países con similares características, (3) estrategias sugeridas por organismos internacionales de salud y seguridad social, (4) documentos técnicos de centros de investigación en salud, (5) encuestas de medición de satisfacción de usuarios y (6) propuestas de política en salud por instituciones y/o consultores independientes.

En el octavo capítulo se realiza una evaluación económica-financiera del impacto en la reducción de gastos e incrementos de ahorros presupuestales proyectados. Se proyecta tendencias esperadas

en ingresos por contribuciones y aportes, principales prestaciones de salud, resultados en salud y cobertura poblacional.

Por último, se presenta un conjunto de conclusiones y recomendaciones finales, dirigidos a los tomadores de decisión de la Alta Gerencia de EsSalud.

Capítulo I. La institución

1. Antecedentes históricos

En la primera mitad del decenio de 1960 se realizaron varios estudios con asesoría de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT)¹ y de la Organización Internacional de Seguridad Social (OISS)² sobre la seguridad social peruana, en especial de los programas generales de pensiones y enfermedad-maternidad de empleados y obreros. Hacia finales del decenio, el sistema confrontaba problemas financieros porque el Estado le debía una suma sustancial. Algunas medidas para lograr cierta coordinación y uniformidad fueron tímidas e introducidas muy tarde, el Estado carecía de poder para llevar a cabo la reforma global del sistema³.

La unificación de los regímenes de salud se dio el 1 de julio de 1979, al entrar en vigencia el Decreto Ley 22482, que unificaba los regímenes de prestaciones de salud de las leyes 8433 (exobrero) y 13724 (exempleado). En él, se extiende la libre elección al asegurado obrero y se amplía, de manera progresiva, la seguridad social a la familia, aplicándose en un inicio la extensión de cobertura a los hijos menores de un año y a la cónyuge para la atención de maternidad (Farfán 2004) (ver anexo 1).

La reforma del decenio del año 1970 produjo mejoras importantes en lo que se refiere a unificación y uniformidad, pero no resultó en una extensión significativa de la cobertura poblacional⁴: solo se incorporó a los servidores domésticos y se abrió la posibilidad de aseguramiento facultativo a los trabajadores independientes. Este proceso fue criticado por su falta de planificación, control y estudios previos, y se caracterizó más bien por sus cambios frecuentes y ritmo acelerado, y su improvisación e ineficiencia (Mesa-Lago 1985: 1).

¹ Es una organización internacional que tiene entre sus objetivos estratégicos la promoción y extensión de la seguridad social.

² Es una organización internacional que vela por el desarrollo de la seguridad social en países de América Latina y España.

³ Según Mesa-Lago (1985: s/n), un sistema de salud presenta los siguientes roles o funciones: (1) Normador o regulador, (2) Financiador, (3) Asegurador y (3) Prestador de salud.

⁴ «El concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden substraer es decir donde la participación es compulsiva (obligatoria). Este modelo destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania por el Canciller Bismark, y se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. En comparación con los otros modelos este privilegia la función del Estado como financiador y regulador» (González García y Tobar 1997: s/n).

En febrero de 1985 se extendió la atención de salud ambulatoria a los hijos menores de 14 años (previo estudio matemático actuarial e incremento de las aportaciones de 7,5% a 9% para los regímenes de salud y pensiones); y en 1986 se dispuso la atención integral (que incluía hospitalización) a los hijos menores de 18 años y a la cónyuge (Farfan 2004: 1).

Con la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, dada el 15 de mayo de 1997 y reglamentada con el Decreto Supremo 009-97-SA del 8 de setiembre de 1997, se emprendió un cambio particular: dar pase a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), constituidas por empresas privadas o instituciones públicas complementarias al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Con esta ley se creó el Seguro Social de Salud, en reemplazo del Régimen de Prestaciones de Salud de la Ley 22482, la cual diferencia las intervenciones de salud en dos capas: la Capa simple, con prestaciones de salud menos complejas a cargo de las EPS o del IPSS; y la Capa compleja, de mayor complejidad, a cargo exclusivo del IPSS⁵ (ver anexo 2). A partir de esta ley, los asegurados potestativos (antes facultativos) están sujetos a los planes de salud, que varían de acuerdo con la aportación.

El paso final se dio el 28 de enero de 1999, mediante la Ley 27056, con la creación del régimen del Seguro Social de Salud (EsSalud) sobre la base del IPSS (se deroga la Ley 24786: Ley General del IPSS), como un organismo público descentralizado adscrito al sector Trabajo.

2. Descripción del subsistema de seguridad social en salud

La conformación del sistema de salud peruano presenta un modelo segmentado. Los segmentos distinguen entre, primero, la población pobre, no cubierta por la seguridad social y con problemas de acceso efectivo a servicios de salud, grupo al cual se dirige el Seguro Integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud (Minsa); y, segundo, la población con capacidad de pago. Este último, a su vez, conforma dos grupos. El primero de ellos lo constituyen los trabajadores del sector formal de la economía, quienes están cubiertos por la seguridad social (EsSalud y EPS). El segundo grupo está conformado por las clases medias y altas, en su mayoría urbanas, no cubiertas por la seguridad social o no demandantes de servicios de atención de la seguridad social, al cual se dirigen los seguros privados y las EPS⁶ (ver anexo 3).

⁵ La capa simple comprende atenciones de salud básicas y frecuentes; en cambio, la capa compleja comprende atenciones de salud de mediana y alta especialidad, de alto costo y menos frecuentes.

⁶ «En la práctica, (muchos miembros de estas clases) ven sus contribuciones a la seguridad social como un impuesto más, y no como una prima de aseguramiento» (Londoño y Frenk, citado por Carbajal y Francke 2000: 3).

El subsistema de seguridad social forma parte constitutiva del modelo segmentado del sistema de salud peruano. Cabe mencionar los problemas que genera mantener el sistema de salud segmentado, tales como: «duplicación de funciones administrativas, desperdicio de recursos, diferencias en calidad importantes entre los segmentos, traslape de demanda por la falta de reconocimiento de las divisiones artificiales» (Londoño y Frenk, citado por Carbajal y Francke 2000: 5). Además de las críticas generalizadas y permanentes a los desequilibrios financiero y actuarial (Mesa-Lago, citado por Carbajal y Francke 2000: 5).

Según Carbajal y Francke (2000: 6):

La cobertura de la seguridad social ha estado históricamente restringida al sector asalariado formal, concentrado en Lima y las principales ciudades de provincia y en los sectores de ingresos medios y altos⁷. Por otro lado, el crecimiento sostenido de la informalidad y las modalidades de subcontratación que eluden las regulaciones laborales y sociales, que se dieron a partir de la reforma en el mercado de trabajo, contribuyeron a agravar la crisis de la seguridad social.

En la estructura de financiamiento del sistema de salud peruano se observa que la segunda fuente, después del gasto de bolsillo, son las contribuciones de los empleadores a la seguridad social (ver anexo 4).

El nivel de participación de EsSalud, en cuanto a la cobertura poblacional de atención en salud⁸ en el ámbito del país, lo ubica en segundo lugar, luego del Minsa (ver anexo 5).

3. Estructura organizacional

El Acuerdo N° 45-20-ESSALUD-2005 del Consejo Directivo de EsSalud, de fecha 28 de octubre 2005, realizó la modificación de la estructura orgánica y funcional a nivel central. En el anexo 6 se presenta el organigrama institucional vigente de EsSalud en el nivel central o corporativo.

EsSalud basa su estructura orgánica a nivel macro (sede central) en las dos principales unidades estratégicas: aseguramiento (áreas de seguros y finanzas) y prestaciones (áreas de atención primaria, atención especializada y control). El área de administración y organización está conformada por las áreas de adquisiciones, infraestructura e informática. Además, se encuentra el área de recursos humanos, asuntos jurídicos, relaciones institucionales, defensa nacional, control interno y planificación (ver anexo 7 Objetivos de Aseguradores y Prestadores).

⁷ «El seguro social en salud descansó desde su creación en la década de los 30, en un modelo de aseguramiento basado en la expansión del empleo formal» (Petrera y Cordero, citado por Carbajal y Francke 2000: 6).

⁸ Cabe señalar que se presupone un nivel de cobertura de seguros del 100% de prestaciones de salud.

En el gráfico 1 se propone una estructura matricial basada en las dos unidades estratégicas, en el eje horizontal: aseguramiento y prestaciones. En el eje vertical se ubican todas las demás funciones operativas y de soporte, tales como: logística, infraestructura, finanzas, informática y recursos humanos. El área de Planificación debe incorporar la función de asignación de recursos⁹, para concordar los procesos de planeamiento y presupuestación; mientras que el área de Asuntos jurídicos debe incorporar la función de fiscalización¹⁰ de las contribuciones.

Gráfico 1. Propuesta de estructura orgánica matricial de EsSalud



Fuente: Elaboración propia.

EsSalud presenta dos unidades de negocio, una parte Aseguradora de Salud y otra parte Prestadora de Servicios de Salud y, según las categorías de Mintzberg, fundamentalmente, Burocracia profesional tiene que adecuar y adaptar los conocimientos altamente especializados a los procesos de toma de decisiones a su cargo. Cuentan con elementos de organización simple, por lo que debe ser muy flexible; innovadores, ante los problemas novedosos se debe ser creativo; misionarios, por la función y servicio público que brindan a los asegurados; y políticos, por las fuertes presiones y variados intereses involucrados en los mercados de seguros de salud y de atención de servicios.

En el nivel micro (órganos desconcentrados), EsSalud basa su estructura orgánica en redes asistenciales conformadas por un conjunto de centros asistenciales de diversos niveles de atención

⁹ Asignación de recursos en el sentido de la toma de decisiones de cuánto se distribuirá para el financiamiento de las prestaciones de atención primaria y atención especializada. Cuánto se destinará a gastos de operación (compras de bienes y servicios) o a gastos de capital (inversión en equipos y mantenimiento físico).

¹⁰ Fiscalización en el sentido de la toma de decisiones de qué acciones legales realizar frente a la evasión, elusión, declaración y no pago, morosidad, descubrimiento de falsos asegurados y corrupción en los procesos de atención.

(agrupados en categorías)¹¹. En la actualidad, las redes no presentan una oferta asistencial completa desde el centro asistencial de menor resolución hacia arriba¹². Completar la infraestructura faltante es una alternativa de largo plazo, si se considera el monto de inversión necesario. De otro lado, recategorizar los centros asistenciales, según la oferta básica o de primer nivel, demanda un costo político demasiado alto. Una acción estratégica viable en el corto plazo sería programar las atenciones del primer nivel y especializado dentro de los servicios de salud del centro asistencial. Esto implica romper el paradigma que la categoría está asociada al centro asistencial en su conjunto, pues ahora estaría asociada a los servicios de salud. De esta manera, un centro asistencial, en mayor o menor grado (depende del tamaño y recursos disponibles), programaría sus atenciones del primer nivel y nivel especializado con la finalidad de satisfacer las necesidades en salud.

4. Visión

De acuerdo con el Plan Estratégico 2003-2007 de EsSalud, se definió el siguiente enunciado:

«Ser la institución líder nacional de la seguridad social en salud, comprometidos con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social en salud» (EsSalud 2003: 2).

Arellano (2004: 74) propone una serie de preguntas que permiten relatar la visión:

1. ¿En qué te gustaría que tu comunidad sea diferente?

Que valoren sobremanera poseer un seguro de salud y, por lo tanto, estén dispuestos a pagar según su capacidad y no lo mínimo.

2. Según tu parecer, ¿cuál es el rol que EsSalud debería tener en la población?

Ser una alternativa de aseguramiento en salud para toda la población con capacidad de pago y con disposición a adquirir un seguro de salud, de modo tal que proteja socialmente en salud, de manera sostenible en el tiempo.

¹¹ En EsSalud existen cuatro niveles de atención de los centros asistenciales. En orden de menor a mayor capacidad de atenciones complejas se encuentra el primer nivel, que está compuesto por las postas médicas, centros médicos, policlínicos y hospitales I. El segundo y tercer nivel lo conforman los hospitales II y III, respectivamente. El cuarto nivel corresponde a los hospitales IV, hospitales nacionales e institutos especializados. Una red, en teoría, debería estar conformada por un conjunto de centros asistenciales pertenecientes a cada uno de los niveles.

¹² Por ejemplo, la red asistencial del departamento de Tacna está conformada por solo un hospital III; Tumbes, por tres postas médicas y un hospital I; y Ucayali, por cinco postas médicas y un hospital II.

El Ministerio de Economía y Finanzas (2001: Presentación en la web sobre Formulación de la Visión) plantea las siguientes interrogantes:

1. «¿Qué es lo que se ve como clave para el futuro de la organización?»

Por el lado del aseguramiento, que los peruanos que trabajan y tienen disponibilidad de pagar por un seguro de salud coticen a EsSalud. Por el lado de las prestaciones, obtener un adecuado nivel de bienestar en salud.

2. «¿Qué contribución única deberemos hacer en el futuro?»

Asegurar un plan de cobertura de salud hasta donde alcance el financiamiento a las atenciones de salud especializadas de los asegurados.

3. «¿Qué nos emociona acerca de ser parte de esta empresa en el futuro?»

Saber que mediante un mecanismo de solidaridad se puede cubrir o proteger, socialmente en salud, a la mayor parte de los peruanos.

4. «¿Cuáles deberían ser nuestras posiciones en cuestiones como los clientes, los mercados, la productividad, el crecimiento, la tecnología, la calidad, los empleados y demás? (Morrisey 1996) ¿Cómo vemos a la población objetivo y/o usuarios para los que trabajamos?»

Nuestros clientes: son nuestros asegurados, a quienes nos debemos.

Mercados: básicamente el mercado de seguros de salud y mercado de prestaciones de salud.

Productividad: está dada por el uso del recurso al momento de otorgar una prestación de salud.

Crecimiento: sobre la base de incorporar a peruanos que trabajan y muestran disponibilidad de pago para solventar el gasto del seguro de salud.

Tecnología: debe relacionarse con la búsqueda del máximo nivel de efectividad en la intervención, sobre todo en atención primaria.

Calidad: debe formar parte de la cultura de trabajo del personal.

Los empleados: deben identificarse y comprometerse con los fines para los cuales fue creada la institución. Además, deben tratar de mejorar, de manera continua, los diversos procesos y procedimientos de su quehacer laboral.

En líneas generales, se plantea la siguiente visión institucional:

«Seremos una institución de aseguramiento del bienestar social en salud de los trabajadores y sus familias, de manera solidaria, eficiente y equitativa; a partir de la gestión de una gran red de centros asistenciales que respondan a los problemas y necesidades prioritarias con intervenciones costo-efectivas, servicios oportunos y de calidad».

5. Misión

Fijar la misión de la institución es, sin duda, una de las partes fundamentales de la planeación. Determina la razón de ser y es el más alto o último objetivo sobre el cual se construye, en todos sus pasos, la planeación. Una fijación incorrecta de este punto neurálgico, aunque sea solo parcial, tiene por fuerza que llevar a una planeación incorrecta en sus fases siguientes. Es muy importante entender que no se trata de una decisión futura, sino de una decisión actual para el futuro (Sachse 1990: 1).

Para la definición de la misión institucional se ha considerado los elementos planteados por diferentes autores (ver anexo 8). En forma complementaria se tuvo en cuenta las preguntas claves para redactar la misión (ver anexo 9). Se han descrito, además, los elementos comunes de la institución (ver anexo 10).

Las respuestas a las interrogantes principales son las siguientes:

1. **¿Quiénes somos?** Una institución de seguridad social en salud.
2. **¿Cuál es nuestro propósito?** Velar por el bienestar en salud de los asegurados. Nos financiamos con sus contribuciones y aportes.
3. **¿En qué actividad estamos?** En el sector de aseguramiento social en salud y en el de prestaciones de salud.
4. **¿Cuáles son las necesidades básicas sociales y políticas que cubrimos?** Asegurar en salud a los trabajadores formales y sus familias.
5. **¿Cuáles son los problemas básicos sociales o políticos que dirigimos?** Administrar el riesgo de enfermar y riesgo financiero de los asegurados y sus aportes. La obligación por ley de cubrir el 100% de las atenciones de salud altamente especializadas y de alto costo con el financiamiento recibido de las contribuciones y aportes de los asegurados. Otorgamos prestaciones económicas y sociales, y los límites del financiamiento no están disponibles. Existe un descontento de los asegurados por los servicios de salud recibidos. Falta de compromiso de los trabajadores con la institución.
6. **¿Qué queremos hacer para reconocer o anticipar y responder a estas necesidades y problemas?** Orientar las actividades asistenciales bajo un enfoque integral y de atención primaria en salud. Otorgar prestaciones al más bajo costo para la institución con el fin de financiar las inversiones en salud. Involucrar a los asegurados y a los trabajadores en las decisiones.

7. **¿Cómo responderíamos a nuestros *stakeholders*¹³ claves?** Involucrándolos en los procesos de cambio sustancial que se planea realizar.
8. **¿Cuál es nuestra filosofía y cuál es nuestro núcleo de valores?** Nos basamos en el principio de solidaridad, y en criterios de eficiencia y equidad.
9. **¿Qué nos hace distintivos y únicos?** Somos la única organización que cubre al 100% las atenciones de salud a un costo relativamente bajo.
10. **¿Cuál es nuestra misión actual?** De acuerdo con el Plan Estratégico 2003-2007 de EsSalud (EsSalud, 2003: 3), se definió el siguiente enunciado: «Somos una institución de seguridad social en salud que brinda una atención integral con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de nuestros asegurados».
11. **¿Qué cambios propondría en la misión?** En función de lo anterior, se propone:
 - Resaltar que la institución la conforman profesionales y técnicos asistenciales y administrativos comprometidos.
 - Comunicar a los asegurados que la institución está preocupada por reducir o minimizar los *riesgos de enfermarse* o riesgos de salud que garantice un adecuado nivel de bienestar en salud. De igual modo, se preocupa por reducir los *riesgos financieros* asociados a un ineficiente uso o asignación de las contribuciones y aportes de los asegurados.
 - Mencionar que la red de centros asistenciales debe proporcionar servicios prioritarios de salud en forma integral y de excelencia (maximizar la calidad). Señalar que se otorgan prestaciones económicas y sociales.

Sobre la base de lo expuesto, se plantea la siguiente misión institucional:

«Es necesario que EsSalud sea un grupo humano de profesionales y técnicos comprometidos y preocupados por reducir los riesgos de salud, y garantizar a los asegurados que lo recaudado por sus aportes se asigna con equidad y eficiencia a la gran red de centros asistenciales. Para brindar servicios prioritarios de salud en forma integral y de excelencia, y otorgar prestaciones económicas y sociales»¹⁴.

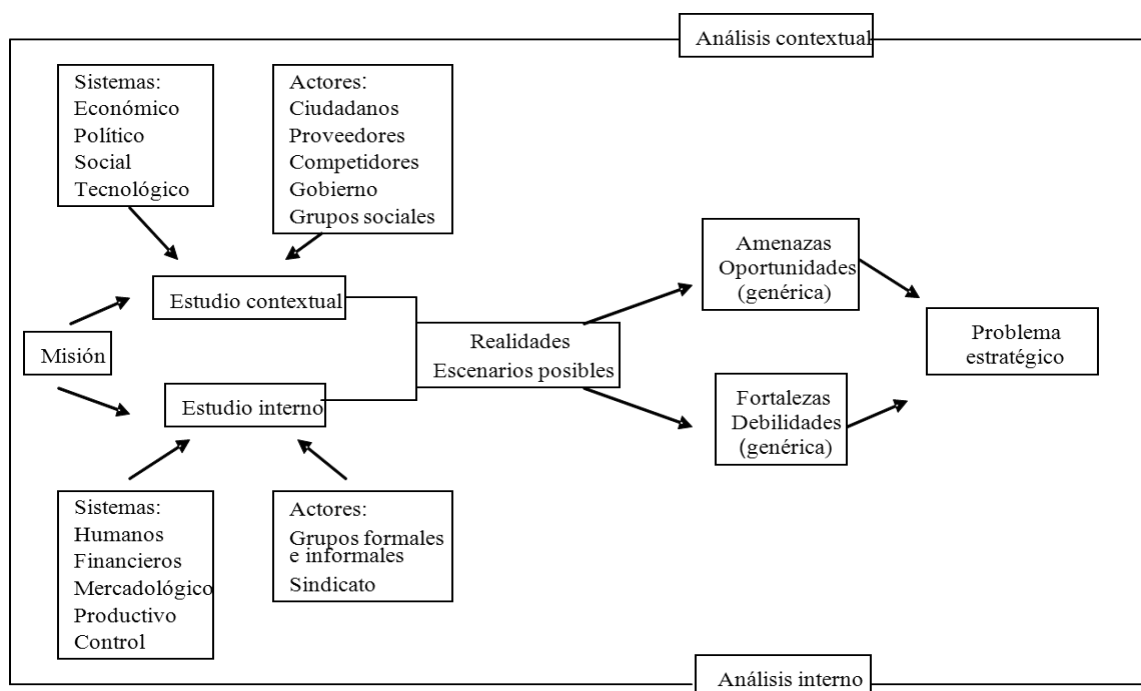
¹³ Un *stakeholder* es una organización o individuo que, en el cumplimiento de sus objetivos, se ve afectado por la acción de la empresa. Un *stakeholder* (externo/interno) es cualquier persona o grupo (fuera/dentro) de la organización que puede demandar atención, recursos o productos de esta o puede afectar o ser afectado por los productos o servicios de la organización (Bryson y Alston 1996: 48-49).

¹⁴ Con relación al actual eslogan: «Más salud para más peruanos», se propone, de manera alternativa, el siguiente: «Prevenir antes que curar», en vista de que precisa la orientación del aseguramiento y la prestación de salud hacia lo preventivo-promocional.

Capítulo II. Análisis del ambiente externo

Arellano (2004) plantea que, para realizar un diagnóstico estratégico para organismos públicos, se parte de un análisis contextual y un análisis interno. Su fin consiste en encontrar tanto las potenciales y actuales amenazas externas, como las fortalezas y debilidades internas, lo cual deberá culminar con el logro de la definición del problema estratégico. Para realizar el diagnóstico en forma lógica y realmente estratégica, este estudio se divide en actores y sistemas. El objetivo de esta división es darle un espacio real a los sujetos y grupos que componen los sistemas sociales, permitiendo con esto direccionar el diagnóstico hacia los factores importantes: la posición societal y valorativa del contexto organizacional, y la de la empresa en el ambiente. En el gráfico 2 se ilustra la metodología descrita.

Gráfico 2. Metodología para el diagnóstico estratégico



Fuente: Arellano, 2004: 82.

El estudio externo queda justificado, de manera amplia, en los estudios clásicos de estrategia. Sin embargo, el diagnóstico estratégico interno no solamente busca estudiar las cuestiones de factibilidad de la acción organizacional, sino que la organización se conozca así misma y externalice sus supuestos, sus misiones encontradas, los actores en conflicto, las luchas por el poder, los mecanismos de control y, asimismo, los de dominación y lucha por los objetivos (Arellano 2004: 1).

1. Ambiente global

Según Mesa-Lago (1985: 2):

La historia sugiere que la seguridad social es como una escalera, cuyo término es el vacío: a medida que se sube en la cobertura de riesgos y de la población, se acrecienta el desequilibrio financiero que parece, fatalmente, desembocar en la crisis. Con el intento de resolver esta situación, algunos países latinoamericanos han reestructurado la seguridad social; las reformas globales más drásticas y con orientación opuesta están representadas por la estatización del modelo cubano y la privatización del sistema chileno.

La intervención de diversos agentes externos y pertenecientes al sector público con funciones reguladoras y legislativas ocasiona, permanentemente, interferencia en el ejercicio de la autonomía de EsSalud. Las compras de bienes, servicios e inversión en la adquisición de equipos asistenciales siempre son impugnadas ante el Consejo Supervisor de Compras del Estado (Consucode), lo cual genera retrasos en el abastecimiento. Entonces, para cubrir las necesidades urgentes se realizan compras de menor cuantía y se reducen los beneficios de comprar a escala. De acuerdo con la ley, la recaudación y fiscalización de la institución se encuentra a cargo de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (Sunat) y no existen incentivos para cumplir con eficiencia y efectividad dicha responsabilidad. Solo se orienta su accionar al seguimiento de los denominados principales contribuyentes (Prico). El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) junto con el Banco Central de Reserva (BCR) son las entidades que establecen las reglas de juego sobre inversiones financieras. En la práctica, determinan la política de inversiones financieras institucional. El Congreso de la República, en forma unilateral y sin coordinar con EsSalud, emite leyes sobre aspectos laborales, como, por ejemplo, la reducción de la jornada laboral (de 200 a 150 horas mensuales), así como beneficios específicos para cada uno de los diversos grupos de profesionales asistenciales.

Estas acciones se realizan en un contexto de presión gremial y sin realizar ninguna evaluación del impacto económico en las finanzas de EsSalud. No se debe normar con los mismos criterios que a una empresa productiva o industrial del sector público.

2. Ambiente político-jurídico

Como parte del Acuerdo Nacional se determinó, con relación a salud, que el país se oriente hacia la universalización del aseguramiento en salud. Esto puede ser beneficioso en el sentido de que EsSalud puede ampliar su cobertura poblacional de aseguramiento a más peruanos con capacidad de pago y disposición a pagar. El riesgo es que se pretenda utilizar los fondos provenientes de las

contribuciones y aportes recibidos por EsSalud para subsidiar (más que financiar) prestaciones de salud del otro asegurador público: el Seguro Integral de Salud (SIS).

Según la encuestadora Apoyo Opinión y Mercado S.A., a marzo de 2006, los partidos políticos favoritos en las encuestas son: la doctora Lourdes Flores, del partido Unidad Nacional y el señor Ollanta Humala, del partido Unión por el Perú o el doctor Alan García, del partido Aprista (ver anexo 11). Todos coinciden en remarcar el deseo de universalizar el aseguramiento en salud, pero ninguno de ellos explica en qué términos, bajo qué condiciones ni de qué forma. Sobre la base de las principales propuestas, se ha desarrollado escenarios de impacto en la institución (ver tabla 1). Cabe señalar que como no se cuenta con una exhaustiva explicación de cómo piensan implementar las estrategias, en términos generales, se genera un ambiente de incertidumbre (ver anexo 12).

Tabla 1. Resumen del análisis del ambiente político-jurídico

Variables ambiente político-jurídico	Impacto en stakeholders	Impacto en EsSalud	Fuentes
Se espera que cualquier partido político que gane las elecciones del Ejecutivo y legislativas se preocupará por mantener la estabilidad macroeconómica o, incluso, se esperaría que en el caso de que se afecte, no sea de manera significativa.	Los empleadores mantienen el nivel actual de inversiones y salarios nominales. Los ciudadanos no se incorporan a EsSalud a través de mayores empleos formales.	Se espera un impacto positivo (+) o neutro (?) en los ingresos y negativo (-) en el gasto de operación (aumento de gastos operativos).	Planes de Gobierno de partidos políticos: Unidad Nacional, Apra y Unión por el Perú.
Se espera que el siguiente Gobierno y Congreso de la República ceda frente a las demandas laborales de los gremios y sindicatos por estabilidad laboral y pago de horas extras por encima del jornal de ocho horas de trabajo.	Los empleadores se desincentivarían a ampliar las inversiones y fijar metas de crecimiento, y reducirían el número de puestos de trabajo formales o se contrataría por honorarios profesionales.	Se espera un impacto negativo (-) o neutro (?) en los ingresos por reducción del número de empleos formales.	Planes de Gobierno de partidos políticos: Unidad Nacional, Apra y Unión por el Perú; estudios económicos sobre proyecciones de impacto en el empleo por rigidez laboral.
Se espera que continúen las presiones de gremios y sindicatos ante el Congreso de la República por leyes laborales específicas por grupos ocupacionales: leyes y reglamentos de las obstetras, odontólogos, químicos y tecnólogos. Incluso, los correspondientes a médicos y enfermeras. También está la reducción de la jornada laboral de 200 a 150 horas mensuales del personal administrativo.	Los gremios y sindicatos de los diversos grupos ocupacionales adquieren en mayor poder y representatividad al interior de su organización. Mayor poder de negociación con la institución.	Se espera un impacto negativo (-) significativo en los gastos de operación por incremento en gasto de personal del personal en actividad y pensionista.	Propuestas de ley y reglamento presentados al Congreso de la República por parte de los colegios profesionales, gremios y sindicatos.

Continúa

Continuación

VARIABLES AMBIENTE POLÍTICO-JURÍDICO	Impacto en stakeholders	Impacto en EsSalud	Fuentes
Se espera que las organizaciones educativas presionen al Congreso de la República para promulgar leyes a favor de autonomía en la determinación de plazas para los programas de formación profesional y Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums).	Las universidades determinarían el número de vacantes por ofertar en los programas de residentado, práctica preprofesional (internado) y Serums, lo cual restaría autonomía a EsSalud.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación por incremento en gasto de personal del personal en formación y Serums.	Página web de: Comité Nacional de Residentado Médico (Conareme), Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (Idreh) y Minsa.
Se espera que se implemente el fallo del Tribunal de Garantías Constitucionales a favor de la reincorporación de despedidos de la década de los años de 1990.	Incremento del personal, mayoritariamente administrativo y no calificado. Dificultad para la asignación de responsabilidades y ubicación.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación por incremento en gasto de personal por parte de la reincorporación de los despedidos.	Fallos del Tribunal de Garantías Constitucionales.

Fuente: Elaboración propia.

3. Ambiente sociocultural

El consumidor de servicios de salud tiene una mayor información respecto de la relación entre un evento de enfermedad y el médico especialista que le ayudaría a resolverlo. Desconfía de la atención y diagnóstico de los médicos generales. También conoce los típicos medicamentos que se debe comprar (automedicar) frente a un mismo evento de baja complejidad y frecuente en salud. Ahora, tiene un mayor conocimiento que antes de cómo demandar servicios de ayuda respecto del diagnóstico de despistaje y/o examen clínico de control o chequeo (sangre u orina). A continuación, se presenta en la Tabla 2 el resumen del análisis del ambiente sociocultural:

Tabla 2. Resumen del análisis del ambiente sociocultural

VARIABLES AMBIENTE SOCIOCULTURAL	Impacto en stakeholders	Impacto en EsSalud	Fuentes
Se espera que las universidades no cambien su enfoque formativo orientado a la hiperespecialización y eminentemente de atención de salud de la enfermedad (atención recuperativa). No hay un mercado educativo fuerte y desarrollado para la enseñanza de la gestión clínica y la atención primaria.	Los gremios y colegios profesionales solicitarán la creación de puestos, plazas y cargos en función de las nuevas especialidades y especializaciones por parte del grupo ocupacional al que representan. No presentan interés en desarrollar e implementar la gestión clínica y la atención primaria.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación por incremento en gasto de personal, por creación de plazas, puestos y nuevos cargos jefaturales, directivos o ejecutivos. Una forma de revertir la tendencia creciente de los gastos es mediante la inversión en gestión clínica y atención primaria.	Pliegos laborales de los gremios, sindicatos y colegios profesionales.

Continúa

Continuación

Variables ambiente sociocultural	Impacto en stakeholders	Impacto en EsSalud	Fuentes
Se espera que la tendencia hacia la automedicación o consumo de tratamientos naturales o folclóricos se incremente en el tiempo.	Los ciudadanos (asegurados o no) postergarán los tratamientos de salud necesarios en una fase inicial. Los ciudadanos tienen mayor información respecto de medicamentos que se consumen frente a determinadas enfermedades. El número de boticas se expande e incluso, las farmacias no exigen presentar las recetas médicas.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación por financiamiento de tratamientos de pacientes más complicados. Esto pudo evitarse al diagnosticarse y tratarse con oportunidad.	Estadísticas de crecimiento de ventas de productos naturales, alternativos a la medicina y folclóricos. Número de boticas.
Se espera una tendencia creciente de centros médicos municipales y privados de bajo costo. Los consumidores son inducidos por las alternativas de elección de estos proveedores.	Los proveedores de salud municipales y privados de bajo costo incrementan su número de locales en el tiempo.	Desde el punto de vista financiero, se espera un impacto positivo (+) en los ingresos. Sin embargo, no estaría cumpliendo con la función de seguridad social en salud.	Estadísticas de crecimiento del número de centros de salud: Hospital de Solidaridad, boticas de 1 sol, centros médicos, Cultural Peruano-Japonés, entre otros.
Se espera comportamientos estacionales en la demanda por servicios de salud, por parte de los asegurados.	Los asegurados demandan mayores servicios de salud en períodos de vacaciones escolares de verano, fiestas patrias. El personal solicita descanso vacacional en períodos de alta demanda por factores estacionales.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación por incremento en gasto de personal en el rubro de horas extras y guardias.	Estadísticas de descanso vacacional, horas extras y guardias de EsSalud.

Fuente: Elaboración propia.

4. Ambiente tecnológico

Los descubrimientos y resultados de las investigaciones médicas, como es el caso de la Genética, o el uso intensivo de la robótica y de equipos de alta tecnología para ayuda y mejoras en la precisión de los diagnósticos, presionan a que EsSalud no se aleje demasiado del nivel actual. Para esto, requiere realizar significativos niveles de inversión en bienes de capital. A continuación, se presenta en la Tabla 3 el resumen el análisis del ambiente tecnológico:

Tabla 3. Resumen del análisis del ambiente tecnológico

Variables ambiente tecnológico	Impacto en stakeholders	Impacto en EsSalud	Fuentes
Se espera una tendencia creciente de medicamentos innovadores y de marca.	Los proveedores de la industria farmacéutica realizan inversión en investigación y desarrollo para producir medicamentos innovadores.	Se espera, en el corto plazo, un impacto negativo (-) en los gastos de capital por la inversión realizada y, en el largo plazo, un impacto positivo (+) en los ingresos provenientes de la efectividad del medicamento.	Reportes de la industria farmacéutica en el ámbito internacional.

Continúa

Continuación

Se espera una tendencia creciente de nuevos equipos de alta tecnología para prestaciones especializadas.	Los proveedores de la industria de equipos asistenciales realizan inversión en equipos con tecnología de punta.	Se espera, en el corto plazo, un impacto negativo (-) en los gastos de capital por la inversión realizada y, en el largo plazo, un impacto (+) en los ingresos provenientes de la efectividad de la inversión en nueva tecnología	Reportes de la industria de equipos de tecnología de punta en el ámbito internacional.
--	---	---	--

Fuente: Elaboración propia.

5. Ambiente económico

A pesar de que en los últimos cuatro años nuestro país ha experimentado sostenibles niveles de crecimiento del producto bruto interno (PBI) (ver anexo 13), este no se ha traducido en un incremento significativo del empleo (ver anexo 14) en el sector formal que permita el aumento del número de afiliados a EsSalud en la misma proporción. Sectores productivos de relativo éxito durante este quinquenio no son intensivos en mano de obra, como la minería.

Las tendencias esperadas de las principales variables macroeconómicas son alentadoras, por cuanto se proyecta crecimiento del PBI, control del déficit fiscal, estabilidad relativa del tipo de cambio y crecimiento del empleo formal.

La expectativa es que el presupuesto del sector público se mantenga relativamente estable y sin cambios importantes en los próximos años¹⁵. La consecuencia directa para EsSalud es que por cada nuevo sol que el Minsa deja de recibir, por parte del MEF, para atender la salud de los peruanos no asegurados, se trasladaría una fracción significativa en el presupuesto de EsSalud a modo de carga social. Una evidencia de esto es que, al no existir programas de salud gratuitos o altamente subsidiados por parte del Minsa para pacientes crónicos renales, ellos buscarán todas las formales ilícitas para afiliarse a EsSalud. A continuación, se presenta en la Tabla 4 el resumen del análisis del ambiente tecnológico:

¹⁵ Para el año 2006 se ha presupuestado S/. 2.431 millones para el sector Salud, frente a los S/. 2.552 millones ejecutados en el año 2005 (Mazzetti 2005).

Tabla 4. Resumen del análisis del ambiente económico

Variables ambiente económico	Impacto en stakeholders	Impacto en EsSalud	Fuentes
Se espera una tendencia creciente y sostenible de 3% a 5% (escenario conservador) y 7% (escenario optimista) anual del producto bruto interno (PBI) en los próximos años.	Las empresas del sector formal (empleadores) determinarían metas de crecimiento en ventas e inversión para los próximos años.	Se espera un impacto positivo (+) en la recaudación de las contribuciones y aportes (aumento de ingresos), ya que existe una relación directa entre el PBI y recaudación de contribuciones y aportes.	Acuerdo Nacional, proyecciones en Plan multianual del Ministerio de Economía y Finanzas.
Se espera una tendencia decreciente en la tasa de interés en moneda nacional y moneda extranjera. Reducción del nivel de riesgo-país.	Las empresas del sector formal (empleadores) tendrán incentivos para invertir en los próximos años y crecería el número de empleos formales.	Se espera un impacto positivo (+) en la recaudación de las contribuciones y aportes (aumento de ingresos).	Acuerdo Nacional, proyecciones en Plan multianual del Ministerio de Economía y Finanzas.
Se espera control del déficit fiscal y emisión monetaria inorgánica, de forma tal que no genere desequilibrios macroeconómicos fiscales. No se espera incrementos significativos en el presupuesto del sector salud (Minsa-SIS).	Los ciudadanos (no asegurados en EsSalud) no tendrán mayores alternativas de elección de proveedores públicos ni mejoras significativas en la calidad o un mayor subsidio a los costos de consulta, medicamentos y/o exámenes auxiliares.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación (aumento de gastos operativos) por incremento en riesgo de mayores filtraciones y/o suplantaciones ante eventos de salud de alto costo o catastróficos.	Presupuesto Inicial Anual del sector Salud (PIAS), elaborado por el Ministerio de Economía y Finanzas.
Se espera que el MEF obligue a EsSalud a seguir asumiendo, en términos de presupuesto, los pasivos pensionales de los D. L. 20530 y D. L. 18846, a pesar de haber sido canceladas las deudas por estos conceptos.	Los empleadores mostrarán su disconformidad con las medidas adoptadas por el Gobierno de turno. Los asegurados se verían perjudicados porque EsSalud no recupera los ingresos que le permiten realizar mayores inversiones y mejoras en la calidad del servicio asistencial.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación e inversión (postergación de renovación de equipos y mantenimiento de infraestructura). Incluso, no habría expectativas de crecimiento de la oferta asistencial.	Formulación del Presupuesto de la República 2006, Estudio actuarial de deuda pensionaria.
Se espera que se firme el tratado de libre comercio (TLC) entre el Perú y los Estados Unidos en el año 2006.	Los proveedores de medicamentos e insumos verán protegidos sus patentes, marcas y precios por un mayor período.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación (aumento de gastos operativos) por incremento o no reducción de precios de medicamentos e insumos para la atención de salud.	Estudios de impacto del TLC elaborados por Minsa, Apoyo S.A., Indecopi y Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP).

Fuente: Elaboración propia.

6. Ambiente internacional

El impacto esperado del tratado de libre comercio sobre EsSalud presenta ventajas no muy claras en el número de puestos de trabajo del sector formal y de planilla que se generarían en sectores como textil y agroindustria *versus* algunos sectores que podrían reducir personal respecto del nivel actual. Los riesgos asociados están dados por los incrementos en los precios de los

medicamentos de marca (patentados). Se estima un incremento por efecto precios de alrededor del 117%, según Valladares, Cruzado, Seclén y Pichihua (2005) (ver anexo 15).

7. Ambiente demográfico

En los próximos años se estará reduciendo la relación número de cotizantes activos en relación con los pensionistas asegurados, lo cual originará problemas en el financiamiento y en la cantidad de oferta asistencial, que deberá incrementarse. Existe la oportunidad de afiliarse a la población económicamente activa (PEA) no asegurada para que, de este modo, compense el efecto anterior. Preocupa sobremanera el incremento en la participación de la población mayor de 65 años, porque son ellos quienes más demandan atenciones de salud de alta especialización y alto costo (ver anexo 16). A continuación, se presenta en la Tabla 5 el resumen del análisis del ambiente demográfico

Tabla 5. Resumen del análisis del ambiente demográfico

Variables ambiente demográfico	Impacto en stakeholders	Impacto en EsSalud	Fuentes
Se espera una tendencia creciente en la población asegurada adulto mayor a 60 años (por lo general, cesante o jubilado) con respecto a la población adulto mayor en edad de trabajar.	Los proveedores públicos y privados ofrecerán mayores servicios de salud a la población adulto mayor, tales como tratamientos especializados, casas de reposo, camas de recuperación y cuidados especiales.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación por el financiamiento de un mayor número de enfermedades de alto riesgo relacionadas con la población adulto mayor.	Pirámide poblacional del Perú y proyecciones elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
Se espera una tendencia ligeramente creciente de la población asegurada titular (asegurado regular) con respecto a la PEA.	Los proveedores de seguros de salud (aseguradoras) tendrán incentivos para ofrecer alternativas de productos y/o planes de seguros a los asegurados con disponibilidad de pago y voluntad de asegurarse.	Se espera un impacto (+) en la recaudación de las contribuciones y aportes (aumento de ingresos), ya que se incrementaría el número de cotizantes al sistema.	Estadísticas del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Fuente: Elaboración propia.

8. Ambiente clínico-epidemiológico

Las enfermedades de alto costo social (EACS), como la hipertensión, diabetes, tuberculosis drogo-resistente, malaria, cáncer, enfermedades mentales y HIV-SIDA, muestran una tendencia creciente. Esto implica tener que destinar mayores recursos al presupuesto de dichas enfermedades (ver anexo 17).

Las pérdidas en salud, medidas a partir del número de años de vida perdidos (AVP) por muerte prematura¹⁶, han sido mayores en enfermedades no transmisibles (ENT) que en las transmisibles (ET) (ver anexo 18).

Se espera que los resultados en salud se orienten a cumplir con: (1) Las metas que establezcan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Minsa y (2) Las prioridades de salud institucionales. Los resultados se deben medir por medio de (1) Los resultados del bienestar en salud y (2) La mejora de la gestión y economía de los servicios. A continuación, se presenta en la Tabla 6 el resumen el análisis del ambiente demográfico

Tabla 6. Resumen del análisis del ambiente clínico-epidemiológico

Variables ambiente clínico-epidemiológico	Impacto en stakeholders	Impacto en EsSalud	Fuentes
Se espera una tendencia creciente de las enfermedades de alto costo social (EACS), como la hipertensión, diabetes, tuberculosis drogo-resistente, malaria, cáncer, enfermedades mentales y HIV-SIDA.	Los proveedores públicos y privados de salud orientarán sus inversiones a la oferta asistencial altamente especializada y de alto costo.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación por el financiamiento de las EACS.	Reportes epidemiológicos del Minsa, sector salud y EsSalud.
Se espera una tendencia creciente en la cuantificación de las pérdidas en salud, medidos a partir del número de años de vida perdidos (AVP) por muerte prematura. Estos han sido mayores en las enfermedades no transmisibles (ENT) que en las transmisibles (ET).	Los proveedores públicos y privados de salud orientarán sus expectativas, interés y preocupación a las enfermedades no transmisibles.	Se espera un impacto negativo (-) en los gastos de operación por el financiamiento de las ENT.	Reportes epidemiológicos del Minsa, sector salud y EsSalud.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁶ Años de Vida Perdidos (AVP) por muerte prematura se calcula tomando como referencia las tablas de vida (establecidas por la OMS) y la diferencia con respecto a la edad en que muere la persona.

Capítulo III. Análisis del sector

Como parte de la aplicación de la metodología propuesta por D. Arellano (2004), se menciona la justificación del uso de los métodos clásicos de estrategia en el estudio externo. Se utiliza las tres decisiones básicas para toda institución: producto, mercado y posición; y, a pesar de no ser un sector altamente competitivo el de seguros de salud, se complementará con el análisis de tres variables competitivas: clientes, competidores y proveedores. Por último, se completará con un análisis de las principales variables de gestión pública.

1. Producto

Los productos de servicios de salud se dividen en: (1) atenciones ambulatorias, por lo general, se realizan en servicios de consulta externa y emergencia (dentro y fuera del centro asistencial). Son de relativa alta frecuencia y de baja complejidad. Las atenciones se efectúan en centros asistenciales del primer nivel (CM, PM, POL y H.I) y su equivalente en el sector privado y en las Fuerzas Armadas y Policiales. La estrategia de atención primaria es la más recomendada para intervenciones de salud; y (2) atenciones especializadas, se realizan, por lo general, en los servicios de hospitalización y cirugías (dentro del centro asistencial). Estas se llevan a cabo en centros asistenciales del segundo al cuarto nivel (hospitales II, III, IV y hospitales nacionales) y su equivalente en el sector privado y en las Fuerzas Armadas y Policiales. Las estrategias de atención especializada son diversas y carecen de integralidad respecto de la atención primaria. Cabe señalar que las atenciones de alto costo social (catastróficas), en su fase inicial, se intervienen por medio de la atención primaria y, en una fase avanzada, por la atención especializada.

Los productos de aseguramiento se dividen en: (1) seguro regular, cubre necesidades de protección de salud en un 100% (productos de atención primaria y atención especializadas) a partir de una afiliación obligatoria (sin elección) y mediante el pago de un porcentaje fijo sobre las remuneraciones y/o salarios del trabajador (establecidos de acuerdo con la ley); (2) seguro potestativo, cubre necesidades de protección de salud en forma parcial (menor al 100%) mediante una afiliación voluntaria y de elección individual, y el pago de un monto fijo establecido por la institución; y (3) seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR), cubre necesidades de protección de salud adicional al seguro regular frente a riesgos relacionados con la actividad laboral.

2. Mercado

El mercado de servicios de salud (ver anexo 3) se encuentra compuesto por: (1) prestadores de salud públicos, como el Minsa¹⁷, EsSalud¹⁸, Fuerzas Armadas y Policiales, y municipalidades¹⁹; y (2) prestadores de salud privados²⁰, como las clínicas, centros médicos y consultorios particulares²¹.

El mercado de seguros de salud se encuentra compuesto por: (1) aseguradores públicos, como EsSalud, SIS (Minsa)²², Fuerzas Armadas y Policiales; y (2) aseguradores privados, como EPS y aseguradoras privadas (ver anexo 5).

El SIS ha planteado al Minsa ingresar al mercado de seguros de salud y dirigirse al mismo segmento de los potenciales clientes de los seguros potestativos de EsSalud. De esta manera, obtiene una fuente de financiamiento adicional a las transferencias que recibe del Ministerio de Economía.

EsSalud tiene la posibilidad de ampliar su cartera de clientes e incrementar su cobertura poblacional a partir de la afiliación potestativa del sector informal (disponibilidad de pago). Las limitaciones están dadas por el hecho de que con la afiliación voluntaria e individual es difícil crear un fondo relativamente grande que permita su autosostenimiento, sobre todo en un contexto de fallos de mercado de seguros.

A lo largo de cada una de las partes del análisis del sector, se presentará la evaluación de los principales elementos para tener en cuenta en un mercado, según el análisis de Michael Porter (Fuerzas Competitivas). Se ha separado la evaluación para la unidad estratégica de aseguramiento (ASEG) y la unidad estratégica de prestaciones se ha descompuesto en: atención primaria (AP) y atención especializada (AE). A continuación, se presenta la tabla 7:

¹⁷ En el año 2004, reportó haber realizado 56,08 millones de atenciones en consulta ambulatoria a 18,9 millones de peruanos (Boletín Estadístico EsSalud 2006).

¹⁸ En el año 2005, reportó 12,40 millones de atenciones en consulta externa a 3,32 millones de asegurados (Compendio Estadístico del INEI 2005).

¹⁹ Frente al crecimiento de nuevas alternativas de provisión de servicios de salud por parte, por ejemplo, de las municipalidades, como es el caso del Hospital de la Solidaridad en Lima o el Hospital del Distrito Los Olivos.

²⁰ Han crecido los prestadores privados con tarifas de bajo costo, como la clínica Peruano-Japonés o el Centro Médico MEDEX, y han logrado capturar un mercado deseoso de recibir atención de salud a precios accesibles y con rapidez.

²¹ Según las estadísticas de OPS-Minsa (2004), las Fuerzas Armadas y Policiales y el sector privado representan no más del 10% del total de atenciones en el nivel nacional.

²² El SIS se financia al 100% con las transferencias del Gobierno central. Por ende, el financiamiento es subsidiado públicamente y las atenciones se realizan en la red de prestadores del Minsa.

Tabla 7. Resumen del análisis del Mercado

BARRERAS DE ENTRADA		Muy poco atractiva	Poco atractiva	Neutral	Atractiva	Muy atractiva	
Economía de escala	Pequeño				X (AE) X (ASEG)	X (AP)	Grande
Diferenciación de producto	Pequeño			X (AP)	X (AE) X (ASEG)		Grande
Identificación de marcas	Bajo				X (AP) X (ASEG)	X (AE)	Alto
Costo de cambio	Bajo		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Alto
Acceso a canales de distribución	Amplio		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Restringido
Requerimientos de capital	Bajo		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Alto
Acceso a tecnología de punta	Amplio			X (AP)	X (ASEG)	X (AE)	Restringido
Acceso a materias primas	Amplio		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Restringido
Producción gubernamental	No existe		X (AP)	X (ASEG)	X (AE)		Alto
Efecto de la experiencia	No importante			X (AP)	X (ASEG)	X (AE)	Muy importante

Fuente: Elaboración propia.

Los asegurados han ampliado su horizonte de elección frente a un evento de baja complejidad en salud, con atención rápida y no muy costosa. En relación con eventos de salud de alta complejidad, prácticamente, es EsSalud la única elección en el país y, en especial, de bajo costo relativo.

3. Posición

Como se mencionó con anterioridad, EsSalud es la única alternativa de elección de cualquier peruano promedio que pretenda contratar un plan de seguros con cobertura de la mayor cantidad de riesgos humanos de salud. Las EPS o el SIS ofrecen solo atenciones de baja complejidad o capa simple. El sector privado presenta ofertas limitadas y de muy alto costo, a causa de la asociación al riesgo individual (potestativo) y no masivo con el que opera, a diferencia de un seguro regular (obligatorio). A continuación, se presenta la tabla 8:

Tabla 8. Resumen del análisis de Posición

DISPONIBILIDAD DE SUSTITUTOS		Muy poco atractiva	Poco atractiva	Neutral	Atractiva	Muy atractiva	
Disponibilidad de sustitutos cercanos	Grande		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Pequeño
Costo de cambio	Bajo	X (AP)			X (ASEG)	X (AE)	Alto
Agresividad y rentabilidad del productor de sustitutos	Alto	X (AP)			X (ASEG)	X (AE)	Bajo
Valor/precio del sustituto	Alto		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Bajo

Fuente: Elaboración propia.

4. Usuarios

En un país, la probabilidad de uso de los servicios de salud (riesgo de enfermar)²³ se encuentra en un rango de 30% a 40%. Para un seguro de salud, cuanto más alto es este indicador más gastos asume frente a los ingresos recibidos; por lo tanto, la siniestralidad se eleva y se incrementan los riesgos financieros de falta de liquidez en el mediano y largo plazo.

El marco legal vigente sobre seguridad social (D.L. 26790) determina que la cobertura de prestaciones es prácticamente al 100% (Plan Abierto²⁴) y no estipula mecanismos para contener la demanda, tales como copagos, deducibles, preexistencias, entre otros. En esta situación, la demanda por atención de servicios de salud sería bastante grande y reduciría los incentivos de ingreso de nuevos aseguradores de salud, ya que se asumiría gastos e inversiones significativas. Esta situación se agrava cuando se utiliza un modelo de atención de salud predominantemente recuperativo en los centros asistenciales.

A diario se observa largas colas en la consulta ambulatoria, dificultad para ser atendido en el área de emergencia, lista de espera para hospitalización (porque no hay camas disponibles) o para ser operado (intervenido quirúrgicamente). Esto sucede, con preferencia, en los hospitales de alto nivel de atención (nivel III y IV) ubicados en el departamento de Lima.

Frente al desbalance entre demanda y oferta, los asegurados buscan algún contacto o nexo de amistad para acceder a una atención ambulatoria (consulta o emergencia), para conseguir una cama hospitalaria o realizar una prueba de ayuda al diagnóstico (tomografía, resonancia magnética, entre otros). Los centros asistenciales con mayores distorsiones son, justamente, los más demandados y los de alta especialización.

La forma cómo se otorgan las citas para la atención de consulta ambulatoria es por orden de llegada y no existe ningún criterio de priorización. Incluso, dado que EsSalud otorga prestaciones extrainstitucionales al exterior, son un grupo minoritario con alta influencia quienes, por lo general, terminan accediendo a estos beneficios. A continuación, se presenta la tabla 9:

²³ Se mide mediante el total de atendidos en consultas ambulatorias de un país sobre la población total.

²⁴ Se denomina Plan Abierto porque es un plan de seguros que cubre todo al 100% (solo excluye las atenciones con fines cosméticos u odontológicos reconstructivos) y deja abierta la posibilidad de cubrir los nuevos tratamientos –innovadores y de alto costo– que sean descubiertos. Prueba de esto último es que asegurados con capacidad económica y con alta influencia o recomendación demandan a EsSalud ser atendidos en centros asistenciales del exterior (Estados Unidos o Francia), pues ahí encuentran alguna alternativa de tratamiento a su problema de salud. Incluso, recurren a alguna acción legal contra EsSalud para hacer valer su derecho.

Tabla 9. Resumen del análisis de Usuarios

PODER DE LOS CLIENTES		Muy poco atractiva	Poco atractiva	Neutral	Atractiva	Muy atractiva	
Número de clientes	Poco				X (AP) X (ASEG)	X (AE)	Mucho
Disponibilidad de sustitutos	Mucho	X (AP)			X (ASEG)	X (AE)	Poco
Costo de cambio	Bajo		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Alto
Amenaza del cliente de integrarse hacia atrás	Alto			X (AP)	X (ASEG)	X (AE)	Bajo
Amenaza de la industria de integrarse hacia adelante	Bajo	X (AE)	X (ASEG)		X (AP)		Alto
Contribución a la calidad o servicio de los productos del cliente	Pequeño				X (AE) X (ASEG)	X (AP)	Grande
Contribución a los costos totales de los clientes	Alta porción	X (AE)			X (ASEG)	X (AP)	Pequeña porción
Rentabilidad de los clientes	Bajo	X (AE)			X (AP)	X (ASEG)	Alto

Fuente: Elaboración propia.

5. Competencia y complementación en el mismo sector

Las EPS han mantenido su número de afiliados y se encuentran en esta situación desde hace dos años atrás. Las posibilidades de crecimiento dependen de buscar la fórmula de afiliarse al segmento de clientes potestativos que, de manera voluntaria, acepten adquirir un seguro de salud. Cabe recordar que las aseguradoras privadas tomaron la decisión de convertirse en EPS por cambios en el marco normativo. De esta manera, recuperarían a sus antiguos clientes: los trabajadores formales de altos ingresos.

Entre su cartera de unidades de negocio, un grupo asegurador privado presenta todo tipo de seguros: seguros de ramos generales, vida, riesgos laborales, automóviles (SOAT), salud (seguro 100% privado o EPS), entre otros. La siniestralidad relativamente alta de las EPS puede, en el peor de los casos, ser compensada con las ganancias de las otras unidades de negocio. En cambio, EsSalud solo se ubica en el negocio de salud y riesgos laborales. En ambos casos, se encuentra con niveles de siniestralidad altos. Frente a ello, se genera la oportunidad de ampliar hacia nuevos negocios como, por ejemplo, el SOAT. A continuación, se presenta la tabla 10:

Tabla 10. Resumen del análisis de Competencia y Complementación

RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES		Muy poco atractiva	Poco atractiva	Neutral	Atractiva	Muy atractiva	
Número de competidores iguales	Grande		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Pequeño
Crecimiento relativo de la industria	Lento	X (ASEG)	X (AP)			X (AE)	Bajo
Costos fijos o de almacenamiento	Alto	X (AE)			X (AP)	X (ASEG)	Rápido

<i>Continuación...</i>							
Características del producto	<i>Commodity</i>		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Especializado
Incrementos de capacidad	Grande		X (AP)		X (AE)	X (ASEG)	Pequeño
Diversidad de competidores	Alto		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)	Bajo
Compromisos estratégicos	Alto		X (AP)		X (AE)	X (ASEG)	Bajo

Fuente: Elaboración propia.

6. Proveedores

El mercado peruano farmacéutico se encuentra bastante concentrado en pocas empresas²⁵, de las cuales muchas tienen su matriz en otros países. En efecto, en el año 2003, de las principales 10 empresas que concentran el 46% del mercado nacional, 8 de ellas son extranjeras y solo 2 son empresas de capital nacional. Esto se encuentra relacionado con los medicamentos más vendidos en el Perú: los 10 principales medicamentos, que abarcan el 6% del total nacional, pertenecen a empresas extranjeras y, más aún, se caracterizan por ser medicamentos de marca (Miranda 2004: s/n).

Por el lado de la demanda, cabe destacar la participación del sector público (Minsa y EsSalud, fundamentalmente), cuya demanda adquiere el 31,3% de unidades vendidas y el 20,9% de valores en dinero (Amaro 2001: 12).

El Seguro Social tiene su propia lista, que corresponde en un 75% a la del Minsa y es de uso obligatorio, tanto para las adquisiciones como para las prescripciones médicas (OPS 2001: 9). Según la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud del Perú (Digemid), estas listas incluyen las DCI²⁶ de diversos medicamentos innovadores (productos oncológicos y antirretrovirales).

Todas las compras de bienes y suministros que realizan las entidades y empresas públicas se encuentran reguladas por la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado²⁷ y su Reglamento²⁸.

²⁵ La industria farmacéutica es una de las industrias con mayor impacto social por su alta correlación con la salud de las personas. Este sector se caracteriza por tres condiciones importantes: (i) El alto gasto en Investigación y Desarrollo y, por ende, en la generación de las barreras legales –como son las patentes–; (ii) El alto gasto en publicidad; y (iii) La alta concentración de mercados en el mundo: tanto en el nivel geográfico como por empresas.

²⁶ DCI: Denominación común internacional

²⁷ Promulgada el 27 de julio de 1997.

²⁸ D.S. N° 013-2001-PCM, publicado el 13 de febrero de 2001. Las adquisiciones de medicamentos se desarrollan principalmente mediante licitaciones públicas y adjudicaciones. Estas últimas pueden ser directas públicas, selectivas o de menor cuantía. No obstante, las licitaciones concentran la mayor parte del presupuesto asignado a las compras de medicamentos, tal como lo establecen los márgenes de la Ley Anual de Presupuesto.

El Minsa desarrolla un solo proceso y luego cada organismo descentralizado realiza los respectivos contratos con los postores seleccionados de acuerdo con sus requerimientos, comunicados al Ministerio de Salud (Indecopi 2002: 33-34). Ello ha permitido al Minsa conseguir mejores precios.

Por su parte, EsSalud suele desarrollar adquisiciones centralizadas de medicamentos por grandes montos para atender las diversas necesidades de sus centros asistenciales en el ámbito nacional. Las adjudicaciones directas se realizan por montos menores y para atender necesidades específicas (medicamentos inmunológicos, medicamentos antineoplásicos, medicamentos antiinfecciosos) (Indecopi 2002: 33).

Cabe mencionar que durante los últimos años se ha presentado una reducción en los precios bases de las compras de medicamentos realizadas por EsSalud. Así, según datos facilitados por la Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (Alafarpe), de los 19 productos (de un total de 392 productos) de mayor monto referencial solicitados por EsSalud, mediante licitaciones públicas hasta abril de 2005, 13 han presentado reducciones en sus valores unitarios referenciales con respecto al año 2004 (dichas reducciones se encuentran en un rango que va del 33% al 1%. En cambio, los que aumentaron se ubican en un rango de 1% a 9%).

Un estudio publicado por el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP)²⁹ señala, a partir de la información del INEI, que, durante el período 1996-2003, el aumento de los precios de las medicinas ha sido mayor al de los bienes industriales (medido con el índice de precios de los bienes industriales) y, salvo en el año 2003, al de los bienes de consumo (medido a partir del índice de precios al consumidor (IPC)). El IPC del sector salud presenta un comportamiento por encima del IPC general (ver anexo 19).

Otra investigación, publicada por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) (Vargas 2002: 148), plantea que el valor promedio de cada unidad vendida aumentó de US\$ 0,93 (1977) a US\$ 5,40 (2000) entre los años 1977 y 2000. A partir de ello, se concluye que el crecimiento del mercado se ha realizado sobre la base del aumento de los precios de los medicamentos.

EsSalud es uno de los principales compradores relativos del mercado de medicamentos e insumos médicos, y tiene la oportunidad de utilizar su poder monopsónico o de gran comprador, incluso

²⁹ De la Lama y Lladó 2004: 120.

si decide realizar compras o contrataciones conjuntas con el Minsa. Por ello, dicho poder se elevaría y reduciría la brecha del desequilibrio (ver anexo 20).

En el sector farmacéutico se requiere de una alta innovación farmacológica asociada a la probabilidad de resistencia a fármacos, en especial en las enfermedades de alto costo (ver anexo 21). A continuación, se presenta la tabla 11:

Tabla 11. Resumen del análisis de Proveedores

PODER DE LOS PROVEEDORES		Muy poco atractiva	Poco atractiva	Neutral	Atractiva	Muy atractiva	
Número de proveedores importantes	Poco	X (AE)	X (ASEG) AE		X (ASEG) AP	X (AP)	Mucho
Disponibilidad de sustitutos para los productos del proveedor	Bajo	X (AE)			X (ASEG)	X (AP)	Alto
Costo de cambio	Alto		X (AE)	X (ASEG)	X (AP)		Bajo
Amenaza de los proveedores de integrarse hacia adelante	Alto		X (AE) X (ASEG)			X (AP)	Bajo
Amenaza de la industria de integrarse hacia atrás	Bajo			X (AE)	X (ASEG)	X (AP)	Alto
Contribución de los proveedores a la calidad o servicio	Alto	X (AE)	X (AP) X (ASEG)				Bajo
Contribución a los costos por parte de los proveedores	Baja porción				X (AP) X (ASEG)	X (AE)	Alta porción
Importancia de la industria a la rentabilidad de los proveedores	Pequeña				X (AP) X (ASEG)	X (AE)	Grande

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, como resultado de la evaluación global de las unidades estratégicas con relación al sector en el que actúan (ver tabla 12), se observa que se presentan oportunidades para el ingreso de proveedores públicos o privados para parte del conjunto de atenciones especializadas (oncología, diálisis, entre otros). En menor medida sucede con proveedores de atenciones básicas de salud de bajo costo. También se genera la oportunidad de que sean los propios proveedores de salud quienes busquen ofrecer planes o productos de seguros. Cabe recordar, que AP significa “Atención Primaria”, AE corresponde “Atención Especializada” y ASEG es el “Asegurador”.

Tabla 12. Resultados de la evaluación global de las unidades estratégicas

EVALUACIÓN GLOBAL	Muy poco atractiva	Poco atractiva	Neutral	Atractiva	Muy atractiva
Barreras de entrada		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)
Barreras de salida	X (AE)			X (ASEG)	X (AP)
Rivalidad entre competidores		X (AP)		X (ASEG)	X (AE)
Poder de los compradores				X (AP) X (ASEG) X (AE)	
Poder de los proveedores		X (AE)	X (ASEG)		X (AP)
Disponibilidad de sustitutos		X (AP)		X (ASEG)	
Evaluación global			X (AP)	X (AE) X (ASEG)	

Fuente: Elaboración propia.

7. Análisis complementario en organismos públicos

Algunos autores, especializados en Gestión estratégica para organismos públicos, plantean que, en forma complementaria al análisis del equilibrio de la institución con el entorno, se debe revisar: (1) los fallos de mercado y (2) fallos regulatorios, (3) naturaleza público-privada, (4) intervención del Estado y (5) problema de agencia-incentivos.

- Entre los principales fallos de mercado existentes en el mercado de proveedores de salud se encuentra la demanda inducida, la cual se origina porque la toma de decisión de consumo recae principalmente en el profesional de la salud (prescripción médica, exámenes para la toma de decisiones del diagnóstico, orden de internamiento hospitalario e intervención quirúrgica). En el mercado de seguros de salud se originan, principalmente, los problemas de selección adversa: una persona busca asegurarse cuando posee información que demandará atenciones de alta complejidad y alto costo. Asimismo, se presenta el problema de riesgo moral, asociado a que una vez asegurada la persona, se expone a un número mayor de riesgos en comparación con la situación en que no poseía seguro. Por ejemplo, puede descuidarse en sus estilos de vida y exponerse a eventos de enfermedad. De otro lado, se encuentran las filtraciones y/o suplantaciones: medios por los cuales ingresan de manera ilícita o inoportuna al sistema de seguridad social, básicamente bajo la modalidad de asegurado regular, de forma tal que pueda acceder al 100% de la cobertura que este ofrece.
- Los fallos regulatorios se presentan en el momento en que los procesos de compra son impugnados ante el Consucode y, por ende, no se puede abastecer con oportunidad los medicamentos e insumos a los centros asistenciales; cuando el Congreso de la República

emite leyes laborales que reducen la jornada laboral o cuando, al otorgarse la función de fiscalización a la Sunat, se mantienen los niveles de evasión y elusión tributaria.

3. El tema de la naturaleza pública de un bien, como es el caso de la salud, es ampliamente debatido. Para los salubristas (médicos con especialidad de salud pública) es per se un bien público y para los economistas liberales es de naturaleza privada, pues representa un costo que asume, en mayor o menor grado, la población y solo se restringe a bien público en el caso de que se otorgue atenciones de salud a poblaciones pobres extremas, como podría ser el caso de la población beneficiaria del SIS. De otro lado, la institución presenta características de monopolio natural público, en vista de que el Estado invirtió en la construcción de los grandes hospitales. Su financiamiento corresponde en un 100% a las contribuciones y aportes que recibe de parte de los empleadores y sus trabajadores, y no recibe subsidios ni transferencias por parte del Gobierno Central.
4. La intervención directa del Estado se ejerce al formar parte del Directorio tripartito de EsSalud, conformado también por representantes de los empleadores (empresas) y de los trabajadores. La función o rol de normador y autoridad del sistema de salud la ejerce por intermedio del Ministerio de Salud, pero de una forma débil porque su accionar se restringe, por lo general, al ámbito de su propia red prestacional y a su seguro público de salud (o subsidio público, como es el SIS). El Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo es la institución encargada de velar por los derechos laborales de los trabajadores: tener seguro social en salud. La Defensoría del Asegurado participa como defensor de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
5. Los problemas de principal-agente se presentan desde el nivel más bajo de la organización hasta el más alto, aun más en una organización del tamaño de EsSalud, y comienza desde la relación del paciente con el médico, del médico con las autoridades médicas del servicio, de estas autoridades médicas con las autoridades administrativas del nivel central, y entre estas últimas y la Alta Dirección. Cabe señalar que el conflicto de mayor significancia se desarrolla entre los representantes de la parte prestacional (Gerencia de División de Prestaciones) y los de la parte aseguradora (Gerencia de División de Aseguramiento).

Capítulo IV. Análisis interno de la institución

En la metodología propuesta por Arellano (2004) se plantea el análisis de las variables internas del sistema organizacional (como las humanas, financieras, mercadológicas, productiva y control) en relación con los actores o agentes del sistema (tanto formales como informales). El análisis coincide con la identificación de los macroprocesos críticos de la institución por medio de la cadena de valor³⁰. Para fines ilustrativos se ha desarrollado esta parte bajo el enfoque de la cadena de valor, tomando en consideración la propuesta de Arellano (2004).

1. Logística de entrada

El macroproceso 1 está relacionado con la unidad estratégica de aseguramiento y corresponde a los procesos y procedimientos de inscripción, verificación, acreditación y adscripción, y recaudación de cotizaciones (ingresos). Es en este punto crítico que se pone a prueba la capacidad de la institución de actualizar, de manera permanente, la base de datos de los asegurados y acreditar a quiénes corresponde el derecho de atención. Lamentablemente, no se puede incorporar el proceso de pago en su total dimensión (solo recaudación) por cuanto, de acuerdo con la ley, basta que el empleador haya declarado al asegurado para que este goce del derecho, aun cuando no haya cumplido el deber de pagar su cotización y estar al día.

Se dispone del *software* de Gestión Hospitalaria para realizar estas operaciones. Sin embargo, se presentan dificultades por no estar interconectados y en línea todos los centros, y por no tener la capacidad de elaborar una base de datos con información diaria que permita tomar decisiones con oportunidad.

El macroproceso 2 se relaciona con la unidad estratégica de prestaciones y corresponde a los procesos y procedimientos de programación, distribución, almacenaje y entrega de medicamentos, material e insumos médicos, de laboratorio y radiológicos. La programación de la oferta asistencial (en función de la demanda) se relaciona con los recursos (bienes) en este punto crítico.

Se dispone del sistema SAP/R3 para recibir, desde las redes asistenciales hacia el nivel central, la programación de las compras y monitorear el saldo de inventarios en los almacenes de la red. El problema radica en que la información recibida sobre programación no se ha calculado de manera

³⁰ El método de cadena de valor separa las actividades primarias (logística de entrada, preparación del servicio, entrega del servicio, mercadotecnia del servicio y seguimiento al servicio) o principales de la organización de las secundarias (administración, logística, recursos humanos, tecnología, dirección y control) o de soporte a las actividades primarias.

adecuada y obedece a históricos o a saldos de la red como un todo, sin evaluar los saldos de cada uno de los centros asistenciales o servicios asistenciales de la propia red.

Dado el nivel actual de inversión en atención especializada y en su condición de monopolio natural para eventos de salud de alto costo (denominados “catastróficas”), es prácticamente única la alternativa de todo peruano asegurado o no de buscar recibir este conjunto de atenciones cuando lo necesita.

2. Preparación del servicio

El macroproceso 3 está relacionado con la unidad estratégica de prestaciones y corresponde a los procesos y procedimientos relacionados con la determinación de las estrategias y acciones de salud (plan de salud): modelo de atención, prioridades de salud, guías clínicas, intervenciones costo-efectivas, entrenamiento y aprendizaje basado en evidencia. En este momento se diseña de qué manera se gestionarán los riesgos de enfermar, se minimizarán los costos y se maximizará el nivel de bienestar en salud de los asegurados.

La programación de la oferta asistencial de los servicios ambulatorios, como la consulta externa, se realiza en función de criterios orientados a la oferta y, al momento de otorgar las citas, no prioriza quién debe atenderse primero.

En general, los procesos de atención de los servicios ambulatorios no se encuentran interconectados; por ejemplo, las áreas de consulta externa con exámenes de laboratorio o con el despacho de farmacia.

La oferta del primer nivel de atención no dispone de una capacidad de atención acorde con la cantidad de prestaciones que, en teoría, debería atender. Como se sugiere en los sistemas de salud, la relación es de 80% del total de atenciones correspondientes al primer nivel y 20%, a la atención especializada. Hoy, mediante el primer nivel, EsSalud atiende menos del 40% con su oferta actual.

3. Entrega del servicio

El macroproceso 4 se relaciona con la unidad estratégica de prestaciones y corresponde a los procesos y procedimientos referidos a la ejecución de las acciones y actos en salud, como la calidad de la atención ambulatoria-ayuda al diagnóstico-hospitalaria-emergencia y quirúrgica, información al

usuario sobre su situación y tratamiento en salud, registro de información de consumos, perfiles y características de la demanda (usuarios), gestión clínica y gestión de los servicios de salud.

El macroproceso 5 está relacionado con la unidad estratégica de prestaciones y corresponde a los procesos y procedimientos establecidos para el otorgamiento de las prestaciones económicas: evaluación de solicitudes, verificación, acreditación, pago y control.

Sin embargo, lo más frecuente en atenciones son las atenciones ambulatorias del primer nivel. Frente a ellas, EsSalud ha ido perdiendo capacidad de atención y/o cobertura, dada la situación actual de la oferta (modelo invertido), lo cual genera en los asegurados una percepción de baja calidad en la atención de los servicios de salud ambulatorios. Así como, una distorsión en los resultados de los estudios de satisfacción: no se aprecia una baja significativa de mala calificación, porque no es fácil para el asegurado fijar un estándar o parámetro de referencia respecto de una atención ideal³¹.

4. Mercadotecnia del servicio

El macroproceso 6 se relaciona con la unidad estratégica de aseguramiento y corresponde a los procesos y procedimientos relacionados con la información y trato que se brinda al paciente y sus familiares, desde que recibe el servicio (citas, tiempo de espera, tiempo de atención, tiempo de espera de medicamentos y exámenes auxiliares) hasta que es dado de alta (informe parcial de evolución del paciente, informe de resultados de exámenes, informe de alta).

Para la obtención de una cita se está incursionando en el sistema de cita por teléfono. a partir de su implementación en centros asistenciales piloto en Lima Metropolitana, con la finalidad de hacer más eficiente el proceso. Las listas de espera en los servicios de consulta ambulatoria pueden desaparecer físicamente con el desarrollo del sistema telefónico, pero en la práctica se mantendrán siempre, por las características de demanda insatisfecha propio de todo sistema de salud. Los períodos de espera para una cita ambulatoria fluctúan alrededor de 1 semana a 45 días, en promedio, para prestaciones de alto costo. Los períodos se incrementan a varios meses en el acceso a los servicios de hospitalización (1-3 meses) y cirugías (3-6 meses).

Falta un programa masivo de difusión acerca de los deberes de los asegurados y sus empleadores. Por ejemplo, en el ámbito prestacional: el hecho de desarrollar estilos de vida saludables para

³¹ En las encuestas de satisfacción del usuario realizados por EsSalud, entre los años 2004 y 2005, sobre un puntaje de 10 puntos y un mínimo aceptable de 6 puntos, se obtuvo en consulta externa: 5,03 y 4,84, respectivamente (EsSalud, Oficina Garantía de la Calidad).

prevenir las enfermedades o las complicaciones posteriores, cuando ya adquirió una enfermedad, o dentro del ámbito del aseguramiento: tomar conciencia de la importancia de estar al día en sus contribuciones y aportes, así como prevenir o minimizar los riesgos laborales.

5. Seguimiento al servicio

El macroproceso 7 guarda relación con la unidad estratégica de prestaciones y corresponde a los procesos y procedimientos referidos a la auditoría médica que evalúa diagnóstico y tratamiento acertado, prescripción de medicinas y exámenes auxiliares acordes con el diagnóstico y tratamiento. De esta forma se determinan los costos de no calidad, la demanda inducida o innecesaria, el sobreuso de recursos y sobre todo el nivel de efectividad clínica y su relación con los costos.

La inducción de demanda por servicios de salud presenta un enfoque recuperativo por parte de la oferta, que distorsiona el normal comportamiento del mercado y genera consumos innecesarios de los asegurados. La publicidad está dirigida, básicamente, a la comunicación al asegurado de los grandes beneficios de invertir en fortalecer la oferta recuperativa y altamente especializada. Se ha lanzado una campaña promocional externa sobre los beneficios de la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, aún no se ha entrenado de forma masiva al personal asistencial para que lo incorpore mientras desarrolla sus actividades laborales diarias.

El macroproceso 8 se relaciona con la unidad estratégica de aseguramiento y corresponde a los procesos y procedimientos establecidos para la auditoría de seguros que evalúa acreditación de usuarios, otorgamiento de prestaciones en función del plan de seguros contratado, calidad de la atención, control de riesgos de pacientes con diagnóstico de EACS. De esta forma, se mide la satisfacción del usuario; se busca identificar la suplantación y filtración; se mide la gestión de riesgos de pacientes con diagnósticos de EACS, que se han complicado o han visto deteriorada su salud en el tiempo; se cuantifica el nivel de selección adversa y riesgo moral en el sistema de servicios de salud.

Como cualquier empresa aseguradora, se observan los problemas o fallos de mercado referidos a la selección de riesgos, selección adversa y riesgo moral, propios de un mercado imperfecto, como el sector salud. Un deber de todos los trabajadores de EsSalud es defender los intereses institucionales y no permitir las filtraciones y suplantaciones o algún otro mecanismo informal o inmoral de acreditación y/o acceso a la atención de personas que no tienen derecho, pero que buscan afiliarse solo cuando lo necesitan.

6. Administración, finanzas y procesos asociados

El macroproceso 9 está relacionado con la unidad estratégica de aseguramiento y corresponde a los procesos y procedimientos referidos a la determinación de la demanda por atender, las prioridades de salud por financiar, del modelo de asignación de recursos, los métodos de pago a prestadores, la estructura de incentivos y castigos, y la evaluación del desempeño de los centros asistenciales. De esta manera, se podrá gestionar los riesgos financieros del fondo de las contribuciones y aportes de los asegurados.

La orientación de las inversiones hacia la atención especializada debe revertirse o, por lo menos, modificarse de manera progresiva hacia el fortalecimiento de la atención primaria en salud. Por tanto, la oferta debe implementarse para tal fin.

El nivel actual de déficit de operación³² corresponde, aproximadamente, a un mes de recaudación (ver anexo 22). Por ello, los niveles esperados de inversión en bienes de capital (reposición de equipos, mantenimiento, proyectos, obras, entre otros) son relativamente insuficientes y, en el largo plazo, generan más gasto operativo porque se incrementan los gastos de mantenimiento o porque se cancelan una serie de actividades de ayuda al diagnóstico que imposibilita atender con oportunidad al asegurado (círculo vicioso).

El método de pago actual a los prestadores de salud se realiza en función de criterios históricos y a modo de un presupuesto global, donde no se distinguen costos por tipo de actividad asistencial o desglosado por principales componentes.

La OIT determinó, recientemente, en un estudio financiero-actuarial (Durán 2005) que la tasa de contribución efectiva es de 6,35% y no 9%, como lo estipula la ley. La reducción se debe al efecto de cotización menor realizada por los asegurados agrarios y pensionistas (4%), por asumir los gastos de los riesgos laborales. El mayor efecto que explica la reducción es la carga de pasivo pensional asumida por EsSalud³³. Si se descuentan los gastos pertenecientes a prestaciones económicas y sociales, la tasa de contribución efectiva se reduce aun más (ver anexo 23).

³² Ingresos por recaudación y aportes menos los gastos de operación (remuneraciones, bienes y servicios)

³³ A pesar de haber llegado a un acuerdo formal con la Oficina de Normalización Previsional (ONP), respecto del monto a pagar por concepto de pensiones de los D. L. 18846 y 20530. El MEF insiste en realizar una evaluación actuarial para verificar que los cálculos de la deuda a pagar, por parte de EsSalud, son correctos. El monto por este concepto equivale a más de un mes y medio de ingresos por recaudación de EsSalud.

Existe una pequeña base de empresas cotizantes a la seguridad social (empleadores) en el Perú. La contribución del 4,2% de empleadores representa el 73,6% de los ingresos totales que recauda EsSalud (ver anexo 24).

7. Adquisiciones

El macroproceso 10 se relaciona con la unidad estratégica de prestaciones y corresponde a los procesos y procedimientos establecidos para la elaboración de estudios de mercado de proveedores (medicamentos, insumos, instrumental y material), plan de compras, procesos de elaboración de bases, procesos de selección, procesos de adjudicación y procesos de supervisión del abastecimiento.

Los procesos de compra de bienes y servicios se rigen por normas y regulaciones del Estado. Si se impugnan los procesos de convocatoria y selección de licitaciones y concursos públicos de compra de bienes y servicios, se retrasan los pedidos y se generan dos principales efectos negativos: de un lado, se produce desabastecimiento en los centros asistenciales y del otro, se delega la compra del nivel central (economía de escala) para que el nivel local sea quien compre al por menor y de manera rápida.

En la actualidad, al realizarse el proceso de programación de la compra de medicamentos, insumos y materiales con criterios históricos, la participación del personal de logística a nivel central y a nivel de redes es mayor que la de los profesionales de la salud en la unidad estratégica de prestaciones, en coordinación con las redes.

8. Recursos humanos

El macroproceso 11 guarda relación con la unidad estratégica de prestaciones y corresponde a los procesos y procedimientos referidos a los procesos de programación de necesidades de personal, programación de horas de trabajo en función del plan de salud, plan de ascensos y carrera, evaluación del desempeño laboral, programa de incentivos, selección de personal, plan de capacitación, programa de bienestar y programas de identificación y compromiso institucional.

En la actualidad, EsSalud se rige en materia laboral por normas externas que protegen, en gran medida, los intereses del trabajador en perjuicio de la institución. Tal es el caso de leyes laborales

que redujeron la jornada laboral del personal asistencial (de 200 a 150 horas mensuales), sin realizar ninguna evaluación de impacto económico al respecto.

Por lo general, quienes elevan este tipo de propuestas al Congreso de la República son los diversos gremios laborales. Entre ellos, los representantes de los médicos y enfermeras, quienes tienen mayor representación; seguidos del CUT (Congreso Único de Trabajadores), que representa básicamente los intereses de los trabajadores técnicos y administrativos de la parte administrativa y asistencial; luego se encuentran otros grupos más pequeños, como los tecnólogos médicos, obstetras y químico-farmacéuticos.

Del total de personal de EsSalud, una parte pertenece al régimen laboral 276, que labora una jornada de 6 horas diarias, y al régimen laboral 728, con una jornada laboral de 8 horas, además de otras diferencias en relación con los beneficios sociales (Compensación por tiempo de servicios-CTS y liquidaciones por despido). Esto genera problemas al interior de la organización, al momento de realizar la programación de las horas de trabajo y asignar las cargas correspondientes.

Existe poca flexibilidad para movilizar recursos y rotar de una sede a otra, a causa del nombramiento de plazas asignadas a un centro asistencial. El nombramiento no permite el desplazamiento del trabajador al interior de una red asistencial. En el caso de que una autoridad lo ordena, este es acusado de abuso de autoridad.

En el plan de desarrollo de un profesional médico se encuentra, de manera permanente, el deseo de capacitarse en alguna especialidad con la finalidad de migrar al ámbito de la atención especializada. Esto explica la escasez de médicos preparados para intervenir de una forma eficiente y efectiva bajo el enfoque de atención primaria en el primer nivel de atención (puerta de entrada al sistema).

9. Tecnología

El macroproceso 12 se relaciona con la unidad estratégica de prestaciones y corresponde a los procesos y procedimientos relacionados con la evaluación de tecnologías por adquirir en equipos asistenciales y evaluación de medicamentos de alta innovación, que en forma alternativa ingresan al mercado.

Surge la imperiosa necesidad de renovar el nivel de tecnología informática, que corresponde a la década de 1980. Respecto de la reposición de equipos asistenciales, los niveles de obsolescencia fluctúan alrededor del 50% y el nivel de mantenimiento se encuentra aun más rezagado³⁴. Existe una relación directa entre postergar el gasto en mantenimiento de los actuales equipos biomédicos y médicos, y la realización de una mayor inversión en su reposición.

10. Dirección

El macroproceso 13 está relacionado con las dos unidades estratégicas y corresponde a los procesos y procedimientos referidos a la selección de personal ejecutivo y directivo: en el ámbito prestacional, desde los jefes de servicio hasta las direcciones de red; y, en aseguramiento, desde los jefes de oficina, subgerentes hasta gerentes o jefes centrales.

Los más altos puestos ejecutivos y de dirección son denominados de confianza y, por tal motivo, son elegidos por decisión de las autoridades del Gobierno de turno en el Poder Ejecutivo.

11. Control

El macroproceso 14 se relaciona con las dos unidades estratégicas y corresponde a los procesos y procedimientos establecidos para la auditoría contable y de la gestión.

EsSalud, como organismo público descentralizado, se encuentra sujeto a los mecanismos de control determinados por la Contraloría General de la República, ente que tiene dirección funcional con la unidad de Control Interno, que existe al interior de la institución. Además, la Defensoría del Pueblo tiene también injerencia funcional con la unidad de Defensoría del Asegurado, que se ubica al interior de EsSalud. El problema de un ineficaz sistema de control se debe a la falta de capacidades, competencias y pericia de los auditores, externos e internos, gubernamentales.

El Directorio de EsSalud ejerce una función de supervisión y control en el nivel de alta gerencia, mientras que la Gerencia de División de Prestaciones ejerce gestión y control directo sobre todos los centros asistenciales.

³⁴ Evaluaciones internas realizadas por EsSalud.

12. Realidades y escenarios posibles

A partir del análisis contextual (externo y sector) e interno, se determinan las amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas genéricas para el ámbito de aseguramiento y prestaciones (ver anexo 25).

13. Problema estratégico

- Maximizar el nivel de bienestar en salud de los asegurados (mediante la minimización del riesgo de enfermar) a partir del financiamiento autosostenible (que minimice el riesgo financiero), proveniente de las contribuciones y aportes del sector formal de la economía que originan un fondo solidario (solidaridad y subsidio cruzado entre asegurados).

Capítulo V. Planeamiento, formulación y selección de objetivos estratégicos

1. Formulación de objetivos estratégicos

Los planes estratégicos correspondientes al período 1999-2001 fueron elaborados anualmente, a pesar de que su ejecución se realizaría en 5 años. Los objetivos planteados se repitieron (ver tabla 13) y las estrategias diseñadas para cumplir los objetivos se formularon como si fueran acciones de corto plazo³⁵.

Tabla 13. Objetivos contenidos en los planes estratégicos institucionales en el período 1999-2003

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL PERÍODO 1999-2003	PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL PERÍODO 2000-2004	PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL PERÍODO 2001-2005	PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL PERÍODO 2003-2007
1. MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.	1. MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.	1. MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	1. MEJORAR LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA CON UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CENTRADO EN EL USUARIO.
2. AMPLIAR LA COBERTURA DE LAS PRESTACIONES Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	2. AMPLIAR LA COBERTURA DE LAS PRESTACIONES Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	2. AMPLIAR LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	2. OTORGAR PRESTACIONES INTEGRALES, ORIENTADO A LA ATENCIÓN PRIMARIA, CON EQUIDAD, CALIDAD Y EFICIENCIA.
3. OPTIMIZAR LA GESTIÓN INSTITUCIONAL.	3. OPTIMIZAR LA GESTIÓN INSTITUCIONAL.	3. OPTIMIZAR LA GESTIÓN INSTITUCIONAL.	3. ADMINISTRAR LOS RECURSOS INSTITUCIONALES CON EFICIENCIA Y TRANSPARENCIA, ASIGNÁNDOLOS CON EQUIDAD Y OPORTUNIDAD.
		4. MEJORAR LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN DE NUESTROS ASEGURADOS.	4. MEJORAR LA GESTIÓN Y LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL INTRODUCIENDO, POR CONSENSO, ELEMENTOS DE REFORMA EN SALUD.

Fuente: Comisión de Auditoría de Gestión, Período 2001-EsSalud, para Planes estratégicos 1999 a 2001; EsSalud 2003. Elaboración propia.

El plan estratégico 2003-2007 fue respetado y no fue modificado. La Alta Dirección (Presidente Ejecutivo y Gerente General) que lo aprobó se ha mantenido hasta el presente año 2006.

³⁵ EsSalud, Auditoría Interna de Gestión, Período 2001. Memorando N° 26-AGPL/GAIII-ESSALUD-2002

2. Estrategias consideradas

2.1 Estrategias genéricas de la institución

Sobre la base de lo planteado por Michael Porter (1985) y en cumplimiento de la misión institucional, se considera una estrategia genérica institucional de diferenciación de servicio de salud al hecho de ofrecer servicios de salud integrales (atención primaria y especializada) y de costos relativamente bajos, que permita incrementar la cobertura de atención a los asegurados actuales y potenciales.

2.2 Estrategias corporativas de las unidades estratégicas

La unidad estratégica de aseguramiento buscará reducir su siniestralidad al gestionar su riesgo financiero. Para cumplir con este objetivo, tendrá que utilizar la estrategia de control y gestión de costos de los servicios de salud.

La unidad estratégica de prestaciones buscará aumentar la calidad de los servicios de salud que brinda y mejorar la efectividad clínica de sus intervenciones, para asegurar un adecuado nivel de bienestar en salud de los asegurados y, de esta forma, minimizar los riesgos de enfermar. Para cumplir con este objetivo, tendrá que utilizar la estrategia de diferenciación de servicios de salud con atención y/o enfoque de integralidad en la atención (adecuada articulación entre atención primaria y atención especializada).

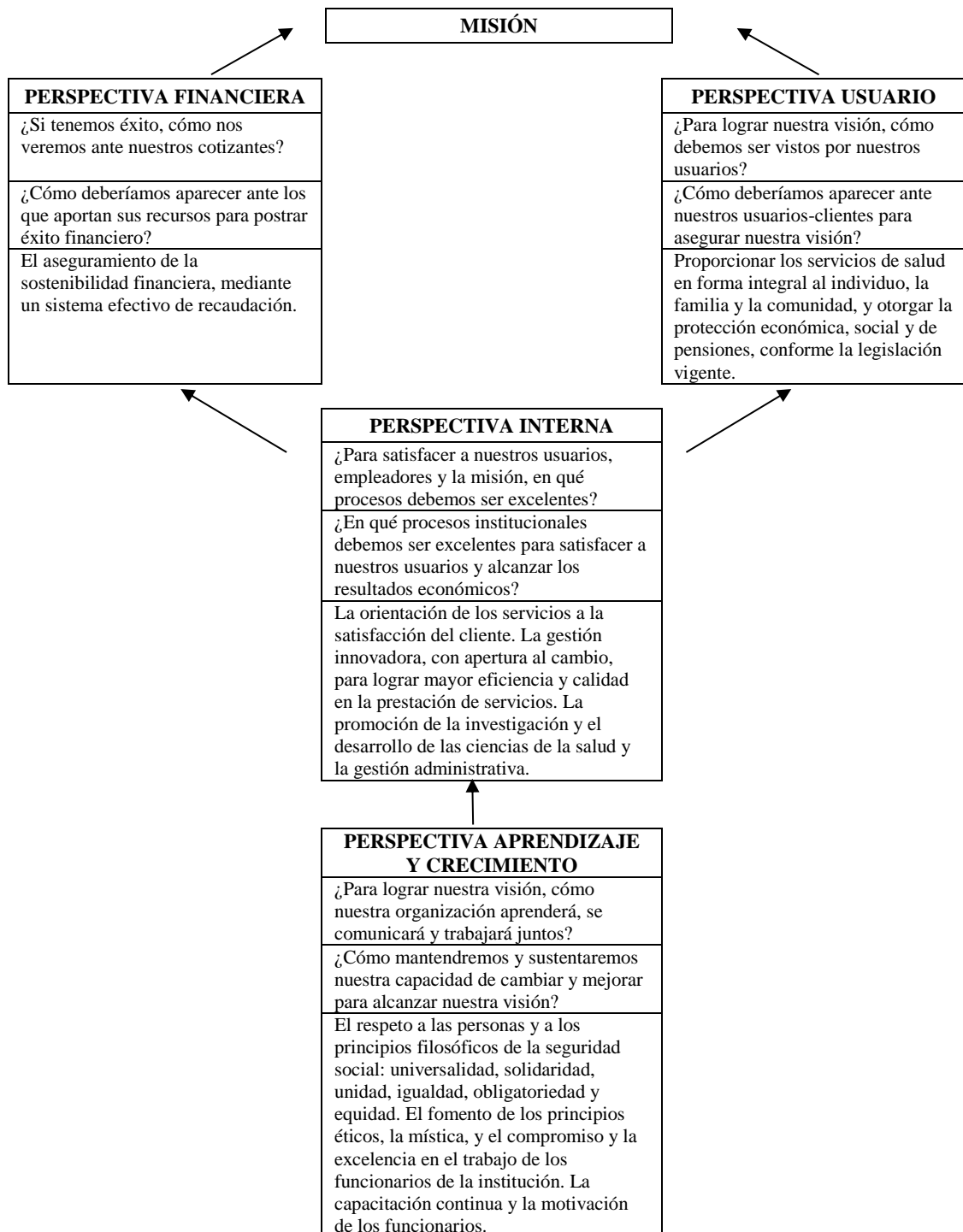
3. Relación con los objetivos estratégicos

Para relacionar las estrategias con los objetivos se utilizó el Modelo de creación de valor, basado en el mapeo de los principales productos, proyectos y procesos críticos descritos en la misión, diagnóstico y problema estratégico. Se establecieron las relaciones de interrelación y causalidad entre cada uno de ellos.

Para la redacción de cada uno de los elementos del mapa se utilizó las preguntas sugeridas por la Consultora Kaizen³⁶, las cuales se aplican a los organismos públicos (ver gráfico 3).

³⁶ Consultora Kaizen S.A se dedica a desarrollar planes estratégicos en organismos públicos. Sobre la base de su experiencia en talleres de planificación, ha elaborado un conjunto de preguntas para definir los principales elementos del modelo de creación de valor. Incluso, lo aplicó como parte del Plan estratégico de la Caja Costarricense de Seguridad Social.

Gráfico 3. *Balanced Scorecard* (organismos públicos)



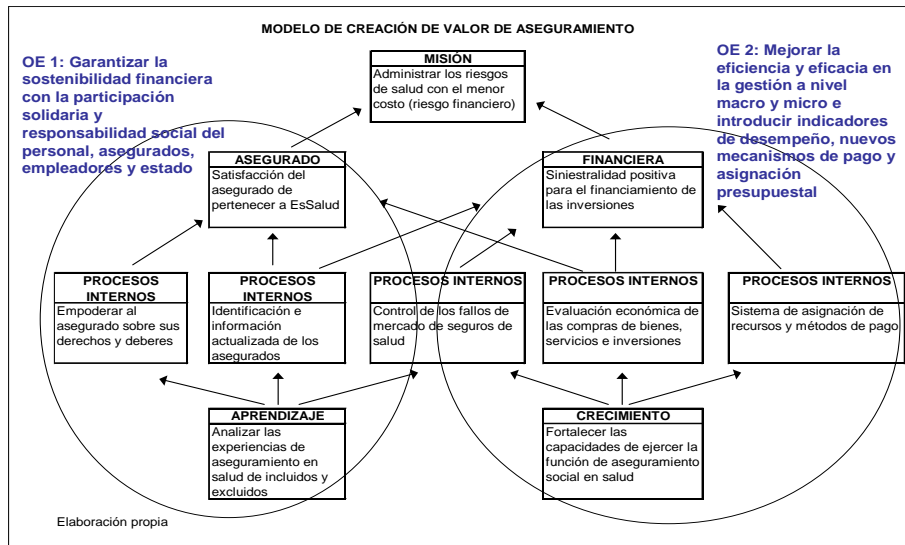
Fuente: Consultora Kaizen

Se estableció, para cada una de las unidades estratégicas de aseguramiento y prestaciones, un mapa con los elementos principales que más aportan valor al cumplimiento de la misión institucional.

Los objetivos estratégicos se determinaron sobre la base del conjunto de elementos comunes que apuntan hacia una misma acción estratégica.

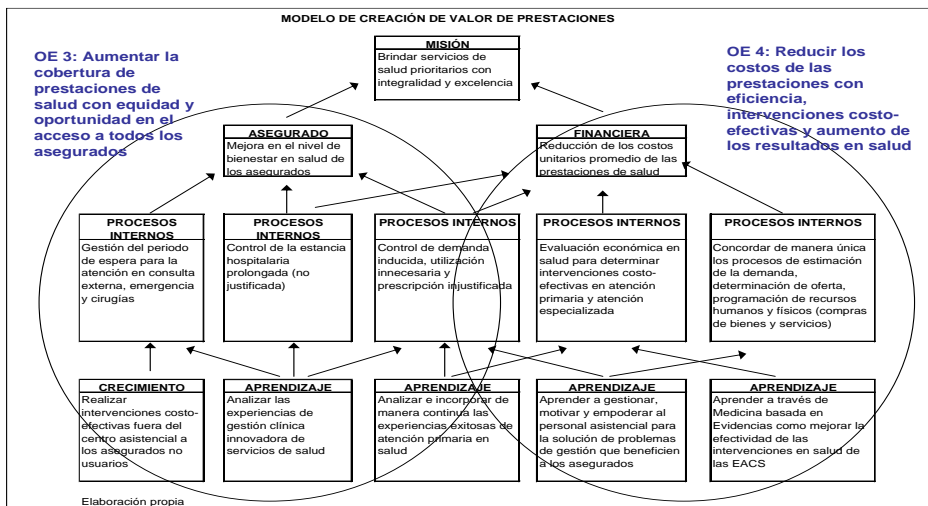
A continuación, se presentan los mapas relacionados de acuerdo con cada una de las perspectivas del Tablero de mando o *Balanced Scorecard*³⁷ (ver gráficos 4 y 5).

Gráfico 4. Modelo de creación de valor del aseguramiento



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5. Modelo de creación de valor de prestaciones



Fuente: Elaboración propia.

³⁷ Kaplan y Norton, a inicios de los años de 1990, desarrollaron el método del *Balanced Scorecard* para planificar en las organizaciones. Su modelo básico plantea cuatro perspectivas de evaluación constante, como las del usuario, financiero, procesos y aprendizaje. Este modelo puede ser extendido a más variables.

4. Ventajas y desventajas de las estrategias consideradas

La ventaja de mapear los elementos críticos es que permite identificar los objetivos comunes y agruparlos bajo el enfoque de una misma institución. De esta manera, se obtienen los objetivos que apuntan a la búsqueda de la eficiencia y equidad en el otorgamiento de las prestaciones y en el aseguramiento en salud.

5. Criterios de selección de estrategia

A continuación, en la tabla 14, se presenta la coherencia de los objetivos estratégicos con el diagnóstico situacional y el impacto en la misión institucional.

Tabla 14. Articulación entre diagnóstico situacional y objetivos estratégicos

ANÁLISIS EXTERNO		OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 1	IMPACTO EN LA MISIÓN
ACTORES	SISTEMAS		
Ministerio de Economía / Congreso de la República / Sunat / Ministerio de Trabajo / Defensoría / OPS-OMS / OIT	Económico / Político / Social / Legal		
ANÁLISIS SECTOR			
ACTORES	SISTEMAS	OE1: Garantizar la sostenibilidad financiera con la participación solidaria y responsabilidad social del personal, asegurados, empleadores y Estado.	Protegerá el fondo proveniente de las contribuciones y aportes de los asegurados y, además, extenderá con responsabilidad social la cobertura poblacional, sobre la base de los aportes de los peruanos que laboran y contribuyen al sector formal de la economía y no se encuentran asegurados en la seguridad social en salud.
Ministerio de Salud (SIS) / SEPS-EPS / Seguros privados / FF AA - FF PP	Económico / Político / Social		
ANÁLISIS INTERNO			
ACTORES	SISTEMAS		
Personal / Sindicatos / Gremios / Colegios profesionales	Financiero / Mercadológico		
ANÁLISIS SECTOR		OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 2	IMPACTO EN LA MISIÓN
ACTORES	SISTEMAS		
Ministerio de Salud (SIS) / SEPS-EPS / Seguros privados / FF AA - FF PP	Económico / Político / Social		
ANÁLISIS INTERNO			
ACTORES	SISTEMAS	OE2: Mejorar la eficiencia y eficacia en la gestión a nivel macro y micro, e introducir indicadores de desempeño, nuevos mecanismos de pago y asignación presupuestal.	Generará las condiciones internas mínimas y necesarias a nivel de clima organizacional y nuevas reglas de juego para emprender procesos de cambios y reformas institucionales basados en el compromiso y actitud del personal.
Personal asistencial, aseguramiento y administrativo / Sindicatos / Gremios / Colegios profesionales	Humano / Productivo / Control / Mercadológico		
ANÁLISIS INTERNO			
ACTORES	SISTEMAS		
Personal asistencial y de aseguramiento / Gremios / Sindicatos	Mercadológico / Productivo / Control / Financiero		
ANÁLISIS EXTERNO		OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 3	IMPACTO EN LA MISIÓN
ACTORES	SISTEMAS		
Asegurados / Defensoría / Sociedad civil	Económico / Político / Social		
ANÁLISIS INTERNO			
ACTORES	SISTEMAS	OE3: Aumentar la cobertura de prestaciones de salud con equidad y oportunidad en el acceso a todos los asegurados.	Permitirá contener y gestionar la demanda y utilización innecesaria / Promover, de manera sostenible, la prevención y promoción de la salud.
Personal asistencial y de aseguramiento / Gremios / Sindicatos	Mercadológico / Productivo / Control / Financiero		
ANÁLISIS INTERNO			
ACTORES	SISTEMAS		

Continuación

ANÁLISIS EXTERNO		OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 4	IMPACTO EN LA MISIÓN
ACTORES	SISTEMAS		
Ministerio de Economía / Congreso de la República / Sunat / Ministerio de Trabajo / Defensoría / OPS-OMS / OIT	Económico / Político / Social / Legal	OE4: Reducir los costos de las prestaciones con eficiencia, intervenciones costo-efectivas y aumento de los resultados en salud.	Transparentará el Plan de Atención real y máximo a coberturar, en términos de prestaciones que se pueden financiar con los recursos (tangibles e intangibles) disponibles.
ANÁLISIS SECTOR			
ACTORES	SISTEMAS		
Ministerio de Salud / EPS / Clínicas privadas / FF AA - FF PP	Económico / Político / Social		
ANÁLISIS INTERNO			
ACTORES	SISTEMAS		
Personal asistencial y de aseguramiento / Sindicatos / Gremios / Colegios profesionales	Humano / Productivo / Control / Financiero		

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo VI. Propuesta de implementación de la estrategia seleccionada

1. Objetivos específicos por unidad estratégica

Los objetivos para cada uno de los elementos se presentan en el anexo 26.

2. Acciones por llevar a cabo

En el anexo 26 se aprecian las iniciativas y acciones por llevar a cabo anualmente.

3. Responsables

El plan de acciones correspondiente a la División de Aseguramiento y Prestaciones se muestra en el anexo 26.

Capítulo VII. Propuesta de control

1. Variables por controlar

En el anexo 26 se presentan los indicadores para cada uno de los objetivos.

2. Definición de variables

Las metas para cada uno de los indicadores se muestran en el anexo 26.

3. Medios de control

El cronograma de trabajo (ver anexo 26) describe las principales acciones estratégicas por desarrollar, así como los momentos en que se deberá evaluar el avance en las metas establecidas, de modo tal que se puedan realizar los ajustes con oportunidad.

Capítulo VIII. Evaluación económico-financiera

1. Presupuesto anual de la inversión

Se presenta la estimación del presupuesto anual de inversión para cada una de las unidades estratégicas de EsSalud, como son la parte Aseguradora y Prestadora. Para un mayor detalle de los costos y gastos que se asumirán para implementar el Plan Estratégico, ver el anexo 27. A continuación se presenta a modo de resumen, los resultados en la tabla 15:

Tabla 15. Presupuesto anual de inversión en el plan estratégico

DETALLE	2007	2008	2009	2010	2011
ASEGURAMIENTO	775.000	1.110.000	725.000	605.000	425.000
Recursos propios ¹	440.000	820.000	500.000	430.000	330.000
Recursos propios y asesoría externa ²	335.000	290.000	225.000	175.000	95.000
PRESTACIONES	530.000	1.602.000	1.339.000	1.329.000	1.324.000
Recursos propios	25.000	25.000	20.000	10.000	10.000
Recursos propios y asesoría externa	505.000	1.577.000	1.319.000	1.319.000	1.314.000
TOTAL ANUAL (US\$)	1.305.000	2.712.000	2.064.000	1.934.000	1.749.000
TOTAL 5 AÑOS (US \$)	9.764.000				

TOTAL 5 AÑOS (S/.)	32,514,120
---------------------------	-------------------

1/. Considera costos referenciales de líder o encargado del proyecto (valor sueldo).

2/. Considera costos referenciales de mes-consultor especializado (valor mercado).

Fuente: Elaboración propia.

2. Flujo de caja proyectado

Para efectos de valorar los beneficios en forma tangible (en dinero), se ha considerado las ganancias en dinero obtenidas por mejoras en el rendimiento laboral del personal médico en el servicio de consulta externa de los hospitales nacionales a 4 pacientes por hora, en el caso de los hospitales nacionales, y a 5 pacientes por hora, para el caso de hospitales IV. Cabe indicar que se refiere solo a pacientes de hospitalización general (no incluye hospitalización de pacientes en estado crítico de salud).

Se asume que a partir del tercer año se comienza a recibir ambos beneficios, los cuales se mantienen hasta el año cinco. En salud se debe seguir invirtiendo y reforzando acciones estratégicas, porque puede revertirse o relajarse las ganancias obtenidas en productividad y

eficiencia en el tiempo. Se asumió como costo de oportunidad lo que se recibe por invertir las reservas de EsSalud en los bancos (cartera de inversiones), por invertir en dólares a 6 años.

Como se observa en la tabla 16, basta con estas dos medidas y una reducción en la filtración de hemodiálisis del 5% para cubrir la inversión medida solo en términos de dinero.

Tabla 16. Flujo de caja (en dólares americanos)

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
AHORROS (INGRESOS)	0	14.711.217	14.711.217	14.711.217	15.522.028
CONSULTAS		3.317.258	3.317.258	3.317.258	3.317.258
HOSPITALIZACIÓN		11.393.959	11.393.959	11.393.959	11.393.959
HEMODIÁLISIS (- 5% FILTRADO)		810.811	810.811	810.811	810.811
INVERSIÓN ANUAL	1.305.000	2.712.000	2.064.000	1.934.000	1.749.000
RESULTADO	(1.305.000)	11.999.217	12.647.217	12.777.217	13.773.028
COK (Inversión de reservas EsSalud)	6,90%				
VAN	S/. 56.454				

Supuestos:

1. Elevar el rendimiento hora médico de hospitales nacionales a 4 pacientes por hora.
2. Elevar el rendimiento hora médico de hospitales IV a 5 pacientes por hora.
3. Se mantienen los demás indicadores constantes.
4. Nota: Consultas de HNAC y HIV representan el 17% del total de consultas externas.
5. Nota: Al mejorar el rendimiento laboral del médico, se incrementa el número de consultas y beneficia a más usuarios.
6. El rendimiento hora médico mejorará por acciones estratégicas en las cuatro perspectivas del *Balanced Scorecard*.

BENEFICIOS CUANTITATIVOS POR RENDIMIENTO LABORAL

	H. NACIONAL	H. IV
Consultas (Q)	143.341	76.885
Tarifa (P)	54	43
P x Q	7.740.414	3.306.055
TOTAL (S/.)	11.046.469	

BENEFICIOS CUANTITATIVOS POR RENDIMIENTO LABORAL

Se podría atender a 31.377 usuarios en hospitales nacionales

Se podría atender a 18.942 usuarios en hospitales IV.

Supuestos:

1. Reducir el promedio día estancia a 8 en hospitales nacionales.
2. Se mantienen los demás indicadores constantes.
3. Nota: Egresos de HNAC, el 26% del total.
4. Nota: Al mejorar el promedio día estancia y manteniendo el número de egresos, entonces se reduce el número de estancias y, por ende, el número de pacientes día (Paso 1).
5. Nota: Al mejorar el promedio día estancia y manteniendo todos los indicadores constantes, entonces se incrementaría el número de egresos que podrían realizar.
6. El promedio día estancia mejorará por acciones estratégicas en las cuatro perspectivas del *Balanced Scorecard*.

Continúa

Continuación

BENEFICIOS CUANTITATIVOS POR PROMEDIO DÍA ESTANCIA

	H. NACIONAL
Paciente día (Q)	183.294
Tarifa (P)	207
P x Q	37.941.884
TOTAL (S/.)	37.941.884

BENEFICIOS CUANTITATIVOS POR PROMEDIO DÍA ESTANCIA

Se podría realizar	19.777	egresos en HNERM
Se podría realizar	6.221	egresos en HNGAI
TOTAL	25.997	egresos adicionales
TOTAL EGRESOS	376.209	
% Variación	6,9%	

Fuente: Elaboración propia.

Además, se puede apreciar en la tabla 16 que los beneficios en salud no pueden ser medidos solo en términos de dinero, sino también en términos de ganancias en salud de los asegurados, medidas, por ejemplo, en el número de años de vida de calidad ganados, mayores atenciones de salud o mayor capacidad de planta de la oferta asistencial. Evidentemente, todos estos beneficios, tangibles e intangibles, harían aun más positivo los resultados del flujo de caja.

Para evaluar el total de los beneficios en salud se realiza, además del análisis costo-beneficio, el análisis costo-efectividad y costo-utilidad, los cuales son usados por economistas en salud o salubristas.

Lo importante es saber que las ganancias se obtienen tanto de manera social como económica, por mejoras en eficiencia operativa, asignativa y de gestión de servicios de salud. A fin de cuentas, se debe buscar la maximización de los recursos económicos de los asegurados, en cumplimiento de la misión institucional.

Conclusiones y recomendaciones

El Seguro Social en Salud (EsSalud) es importante en términos económicos y de protección social para los trabajadores y sus familias. Su forma de financiamiento puede afectar la sustitución del trabajo por capital, la generación del ahorro y la inversión, y la distribución del ingreso. A pesar de su importancia, son todavía pocos los trabajos de investigación y estudios económicos realizados sobre las instituciones de seguridad social en salud de América Latina y el Caribe. Organismos internacionales como la OIT, OPS, AISS, OISS (Organización Iberoamericana de la Seguridad Social), CIES, CEPAL, están desarrollando este campo a partir de trabajos y estudios por países.

Las conclusiones más relevantes del estudio son las siguientes:

- Fortalecer la función de aseguramiento y prestaciones como unidades estratégicas de la institución. Concordar los procesos de toma de decisiones relacionados con la determinación de la demanda, programación y presupuesto institucional con la participación activa e inversión en capacitación a las redes asistenciales.
- Definir un Plan de Cobertura de Atenciones de la Seguridad Social en Salud del país, que transparente la cantidad de prestaciones de salud factibles de financiar con los recursos económicos disponibles.
- Formar alianzas estratégicas con organismos internacionales y de cooperación para respaldar y conducir, en forma conjunta, los procesos de reforma y cambio institucionales.
- Iniciar el proceso de implantación del Plan Estratégico, de preferencia en el orden siguiente:
 - Formar alianzas con organismos internacionales y entidades públicas que colaboren en la implementación de cambios y reformas. La idea es asegurar la continuidad de las acciones estratégicas, independientemente de la rotación de funcionarios de la Alta Dirección.
 - Sensibilizar y comunicar al personal los objetivos estratégicos y las metas institucionales de largo plazo. Una emisión de señales adecuada al personal sería anunciar la convocatoria pública de los cargos de jefaturas y dirección, mediante concursos públicos y transparentes. La selección de personal deberá basarse en un perfil de capacidades y competencias acordes con la función por desempeñar.

- Crear un sistema de asignación de recursos (humanos, físicos y económicos) y forma de pago a los prestadores de salud, que premie la eficiencia y castigue la ineficiencia e inequidad. Forma parte de los elementos básicos, por cuanto define las nuevas reglas de juego entre las dos unidades estratégicas de EsSalud. En forma complementaria, se definirá un sistema de evaluación del desempeño en el nivel de organización (red y centro asistencial), de grupo (servicio asistencial) e individual (por profesional y/o técnico-auxiliar)
- En forma paralela con el punto anterior, se debe invertir en sistemas y tecnología de información que soporte la toma de decisiones y operaciones de las dos unidades estratégicas.
- Introducir elementos de gestión al personal asistencial y a los gestores de nivel medio y alto de la institución.
- Involucrar al asegurado en las decisiones y acciones en los servicios de salud, en la defensa de sus derechos y en el cumplimiento de sus deberes (ejercicio de presión a sus empleadores).

Los beneficios o resultados esperados de invertir en mejorar la gestión, en los ámbitos macro y micro, en EsSalud se traducen en: (1) ampliación de la capacidad de atención, para que más asegurados (actuales y potenciales) puedan acceder a los servicios de salud; e (2) inversión en renovación tecnológica asistencial (entrenamiento y equipos), para obtener servicios de calidad a bajo costo que permitan elevar al máximo el nivel de bienestar en salud de los asegurados a nivel nacional.

Bibliografía

Abell, Derek F (1980). *Defining the business: the starting point of strategic planning*. New Jersey: Prentice-Hall

Alafarpe (2005). *Informe sobre Precios de Medicamentos en el Perú*

Amaro, Agustín. *Técnica del manejo de escenarios*. Caracas: Centro de Estudio de la Realidad Latinoamericana, (SF).

Apoyo Consultoría (2001). *Análisis del sector salud*. Lima: Apoyo S.A.

Apoyo Opinión y Mercado S.A. (2006). *Estudio de mercado del Sector Salud Peruano*

Arellano Gault David (2004). *Gestión estratégica para el sector público: del pensamiento estratégico al cambio organizacional*. México: Fondo de Cultura Económica.

Barrientos, Pedro y Cavani, Carlos (2004). *Marketing en organizaciones de servicios de la salud*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma.

Bermejo, Rogelio (1993). *Aplicación de la planificación estratégica en salud: el caso hipotético de la realidad social de un centro de salud*. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Bryson, John M.; Alston, Farnum K. (1996). *Creating and Implementing Your Own Strategic Plan. A Workbook for Public and Nonprofit Organizations*, ERIC, EEUU

Carbajal, Juan Carlos y Francke, Pedro (2000). *La seguridad social en salud: situación y posibilidades*. Documento de Trabajo, 187. [En línea]. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Disponible en: <<http://departamento.pucp.edu.pe/economia/images/documentos/DDD187.pdf>>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Cepal (s.f.). Página web. <www.cepal.org>.

Comité Nacional de Residentado Médico-Conareme (s.f.) Página web.
<<http://www.conareme.org.pe/>>.

Cotlear, Daniel (2006). *Un nuevo contrato social para el Perú: ¿cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?* Washington, D. C.: Banco Mundial.

De la Lama, Milagros y Lladó, Jorge (2004). “Precios y política de medicamentos en el Perú”. *Estudios Económicos*, núm. 11, pp. 7

Diario *El Peruano* (2006). Planes de Gobierno. Lima, Perú: Empresa Peruana de Servicios Editoriales S.A.

Drucker, Peter (1954). *“The practice of management”*. Harper & Row. New York

Drucker, Peter (1964). *“Managing for results”*: Harper & Row. New York

Drucker, Peter (1974). *“Management: tasks, responsibilities, practices”*. Harper & Row. New York

Durán, Fabio (2005) *Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud Perú: análisis y recomendaciones técnicas*. [En línea]. Lima: Organización Internacional del Trabajo-OIT. Disponible en: <<http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/3069/1/BVCI0003149.pdf>>.

Edvinsson, Leif y Malone, Michael (1998). *El capital intelectual: cómo identificar y calcular el valor inexplorado de los recursos intangibles de su empresa*. Colombia: Norma.

Eppen, G. D., Gould, F. J., Schmidt, C. P., Moore, J. y Weatherford, L. (2000). *Investigación de operaciones en la ciencia administrativa*. México: Prentice Hall.

Farfan, Ramiro (2004). *Seguro social: paso a paso. Del Seguro Social Obrero a EsSalud*. Lima, Perú: Centro de Documentación e Información (Cendi)-EsSalud.

Flamholtz, Eric y Randle, Ivonne (2001). *Cambiar el juego: las transformaciones organizacionales de primer, segundo y tercer tipos*. México: Oxford University Press.

Forsyth, Juan Alberto (2004). *Finanzas empresariales: rentabilidad y valor*. Lima, Perú: Tarea, Asociación Gráfica Educativa.

Fred R. David (1997), "How Companies Define Their Misión". *Long Range Planning* 22, número 3 (junio)

González Garcia, Ginés y Tobar, Federico (1997). *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires: Grupo editor latinoamericano - Ediciones Isalud.

Hitt, Michael A., Ireland, Duane y Hoskisson, Robert (2004). *Administración estratégica: competitividad y globalización. Conceptos y casos*, México: Thomson.

Indecopi (2002), *Compras estatales y competencia en el mercado de productos farmacéuticos*, Documento de Discusión No 05-2002/GEE, Gerencia de Estudios Económicos.

Iniciativa Regional para la Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe-LACRSS (s.f.). Página web. <<http://www.americas.health-sector-reform.org/>>.

Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos-Idreh (s.f.). Página web. <<http://www.idreh.gob.pe/>>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (2001). *Perú: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050. Urbana-Rural 1970-2025*. Boletín de Análisis Demográfico N° 35. Lima: INEI, Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales.

Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI (s.f.). Página web. <www.inei.gob.pe>. Compendio Estadístico 2005

Kaizen (2004). *Herramientas aplicadas a la Caja Costarricense de la Seguridad Social*. Consultora Kaizen

Kotler, Philip (2001). *Dirección de marketing*. México: Pearson Educación.

Krajewski, Lee y Ritzman, Larry (2000). *Administración de operaciones: estrategia y análisis*. México: Pearson Educación.

Mariño Navarrete, Hernando (2003). *Gerencia de procesos*. México: Alfaomega.

Mazzetti, Pilar (2005). “Proyecto de Presupuesto 2006 del Sector Salud”. Exposición ante el Congreso de la República. Lima, Perú.

Mendoza, Pedro (2002). *Evaluación económica en salud*. Lima, Perú: UNMSM-Facultad de Medicina.

Mesa-Lago, Carmelo (1985), *El desarrollo de la seguridad Social en América Latina*. Chile: Cepal, Naciones Unidas.

Ministerio de Economía y Finanzas-MEF (2005). *Marco macroeconómico multianual 2006-2008*. Lima, Perú: MEF.

Ministerio de Economía y Finanzas-MEF (2001). *Metodología de planeamiento estratégico*. Lima, Perú: MEF-Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros.

Ministerio de Salud de Chile (1998). *Estrategias innovadoras en salud: la reforma programática y financiera chilena*. Chile: Ministerio de Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2000). *Cuentas Nacionales de Salud: 1985-2000*. Lima, Perú:

Martínez. Fabian. (1994). “Planeación estratégica creativa”.

Ministerio de Salud-Minsa, Organización Panamericana de la Salud-OPS (2004). *Cuentas nacionales de salud. Perú 1995-2000*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud-Minsa (s.f.). Página web. <www.minsa.gob.pe>.

Miranda, José (2004). “Mercado de medicamentos en el Perú: ¿libre o regulado? En: Consorcio de Investigación Económica (CIES) e Instituto de Estudios Peruanos (IEP). Programa de Investigaciones ACIDI-IDRC. <cies.org.pe/files/active/1/pba0319.pdf>.

Ochoa, Héctor, Lucio, Ruth, Vallejo, Francisco, Díaz, Sonia, Ruales, José y Kroege, Axel (1999). *Economía de la salud: manual práctico para la gestión local de la salud*. México: Pax.

Organización Internacional del Trabajo-OIT (s.f.). Página web. <www.oit.org>.

Organización Panamericana de la Salud-OPS, Organización Mundial de la Salud-OMS (2002). *Proyecciones de financiamiento de la atención de salud. Perú 2002-2006*. Lima, Perú: OPS-OMS.

Organización Panamericana de la Salud-OPS, Organización Mundial de la Salud-OMS (2001). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, D. C.: OPS-OMS.

Organización Panamericana de la Salud-OPS (s.f.). Página web. <www.ops.org>.

Ortún, Vicente (2003). *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. España: Elsevier Masson.

Parodi, Carlos (1999). *Economía de las políticas sociales*. Lima, Perú: Universidad del Pacífico.

Peters, Tom (2002a). *El fracaso de "lo ordinario". Buscando la diferenciación. Triunfar en un mundo sin reglas*. España: Nowtilus.

Peters, Tom (2002b). *En busca de la excelencia: visión retrospectiva y análisis para el nuevo siglo*. España; Nowtilus.

Peters, Tom (2002c). *Obsesión por el diseño. ¿Soporte del espíritu corporativo y fundamento de la ventaja competitiva?* España: Nowtilus.

Porter (1985). *Competitive advantage: creating sustaining superior performance*. New York: Free Press.

Quigley, Joseph V (1996). *Visión: cómo la desarrollan los líderes, la comparten y la sustentan*.

Robbins, Stephen (2001). *Comportamiento organizacional*. Estados Unidos: Prentice Hall.

Sachse, Mathtías (1990). *La planeación estratégica en empresas públicas*. México: Trillas.

Samuel C. Certo, J. Paúl Peter. *Dirección Estratégica*. Mención de edición, 3a. ed. Pie de Imprenta, Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1997.

Schmidt, Eduardo (2005). *Ética y negocios para América Latina*. Lima, Perú: Universidad del Pacífico.

Seguro Social de Salud-EsSalud (2003) *Auditoría de Gestión del año 2001. Dirigido a Planes Estratégicos 1999 al 2001*

Seguro Social de Salud-EsSalud (2006). *Memoria institucional 2005*. [En línea]. Lima, Perú: EsSalud. Disponible en: <<http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/estad2005.pdf>>.

Seguro Social de Salud-EsSalud (2005). *Memoria institucional 2004*. [En línea]. Lima, Perú: EsSalud. Disponible en: <<http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/estad2004.pdf>>.

Seguro Social de Salud-EsSalud (2004). *Memoria institucional 2003*. [En línea]. Lima, Perú: EsSalud. Disponible en: <<http://www.essalud.gob.pe/downloads/memorias/estad2003.pdf>>.

Seguro Social de Salud-EsSalud (2003). “Plan estratégico: 2003-2007 y Plan operativo 2003 de EsSalud”. Lima, Perú: Oficina Central de Planificación. Disponible en: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd051477/lengua.pdf>>.

Seguro Social de Salud-EsSalud (s.f.). Página web. <<http://www.essalud.gob.pe>>.

Seinfeld, Janice (2005). *Análisis económico de la salud*. Lima, Perú: Universidad del Pacífico.

Superintendencia de Entidades Prestadoras Salud-SEPS (s.f.). Página web. <www.seps.gob.pe>.

Titelman, Daniel y Uthoff, Andras (2000). *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: Tomos I y II*. Chile: Cepal, Fondo de Cultura Económica.

Valladares, G., Cruzado, R, Seclén, J, y Pichihua, J. (2005). *Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos de América*. Lima: Ministerio de Salud.

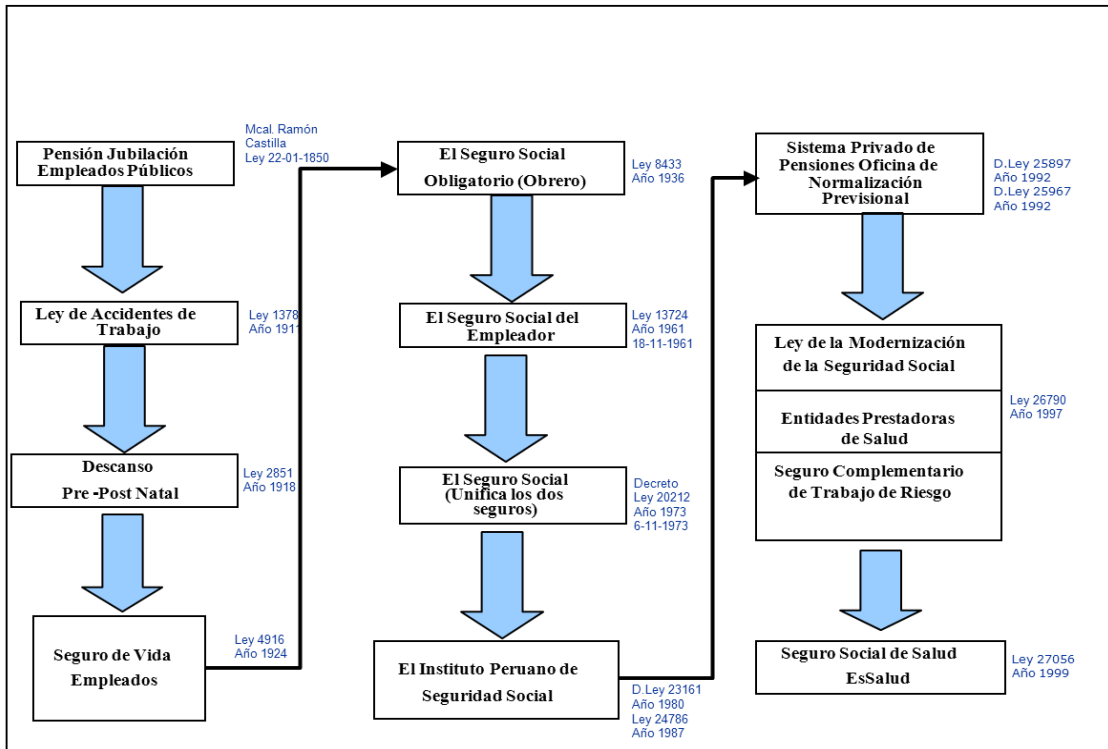
Vargas, Manuel (2002). "Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú". En: Arroyo, Juan (ed.). *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuesta de políticas*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), DFID-Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional, Proyecto POLICY, pp. 141-184.

Webster, Allen (1998). *Estadística aplicada a la empresa y a la economía*. Colombia: Irwin-Mc Graw Hill.

World Vision International (s.f.). Página web. <www.wvi.org>.

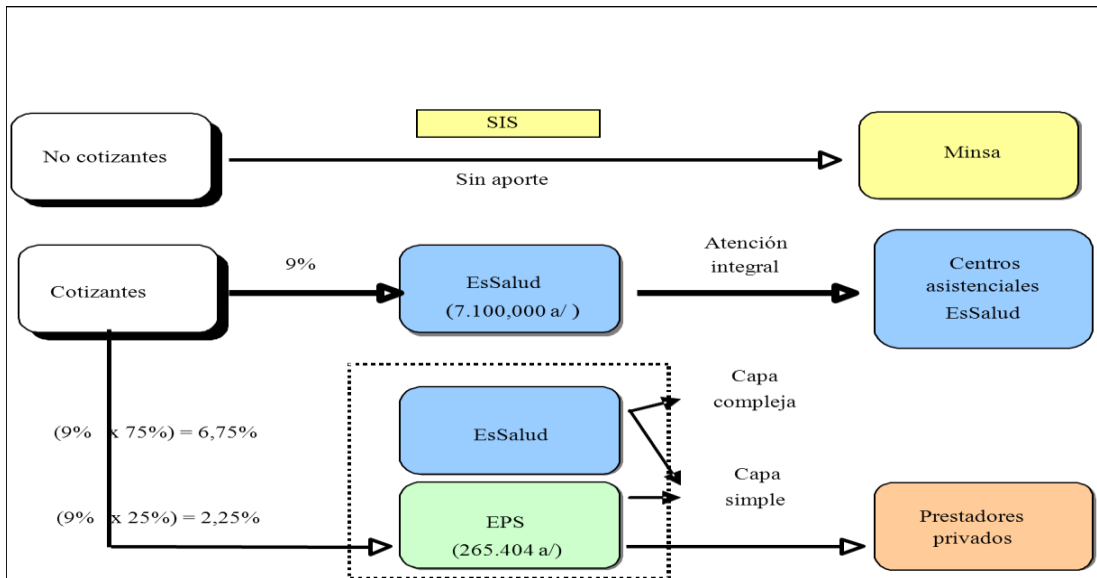
Anexos

Anexo 1. Evolución histórica de la seguridad social en el Perú



Fuente. EsSalud

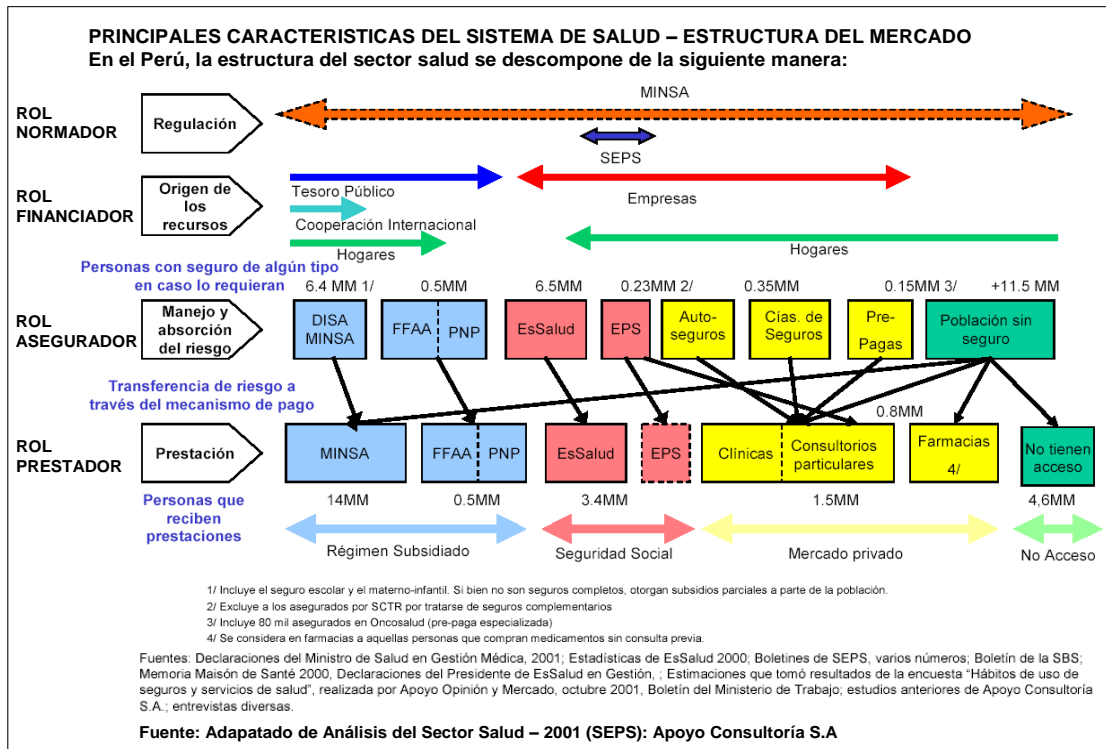
Anexo 2. Estructura del sistema de salud: seguridad social



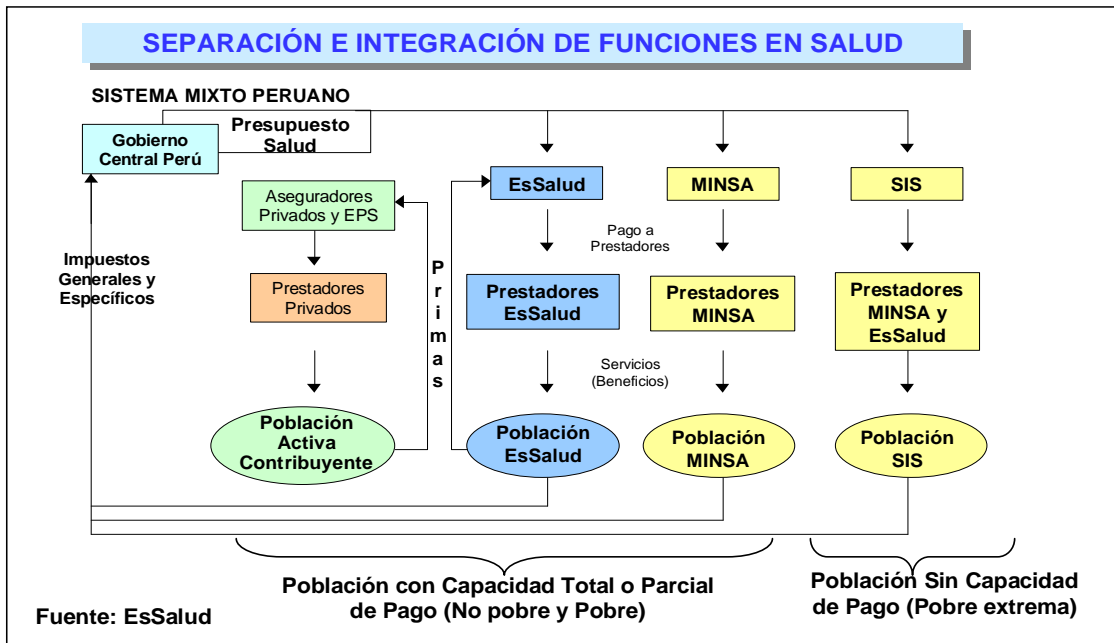
a/ Corresponde a los S/ 7,100 millones de soles que recaudó en el año 2005

Fuente: EsSalud

Anexo 3. Principales características del sistema de salud-Estructura del mercado

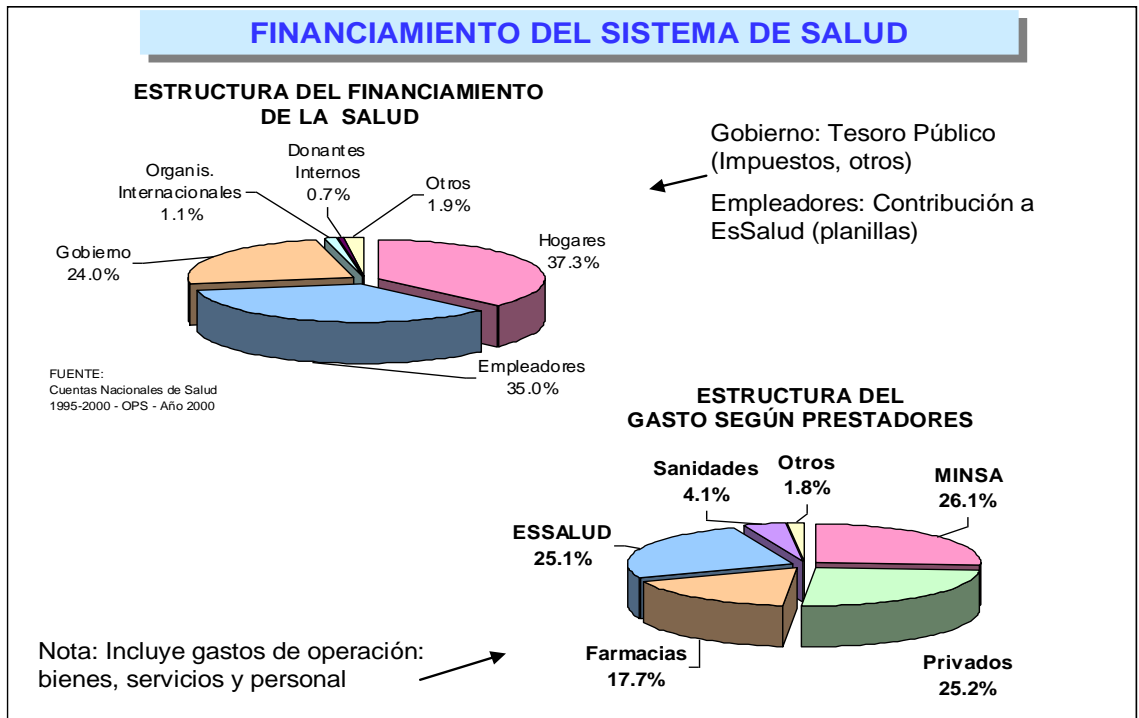


Fuente: Adaptado de Apoyo Consultoría, 2001, p. 8.



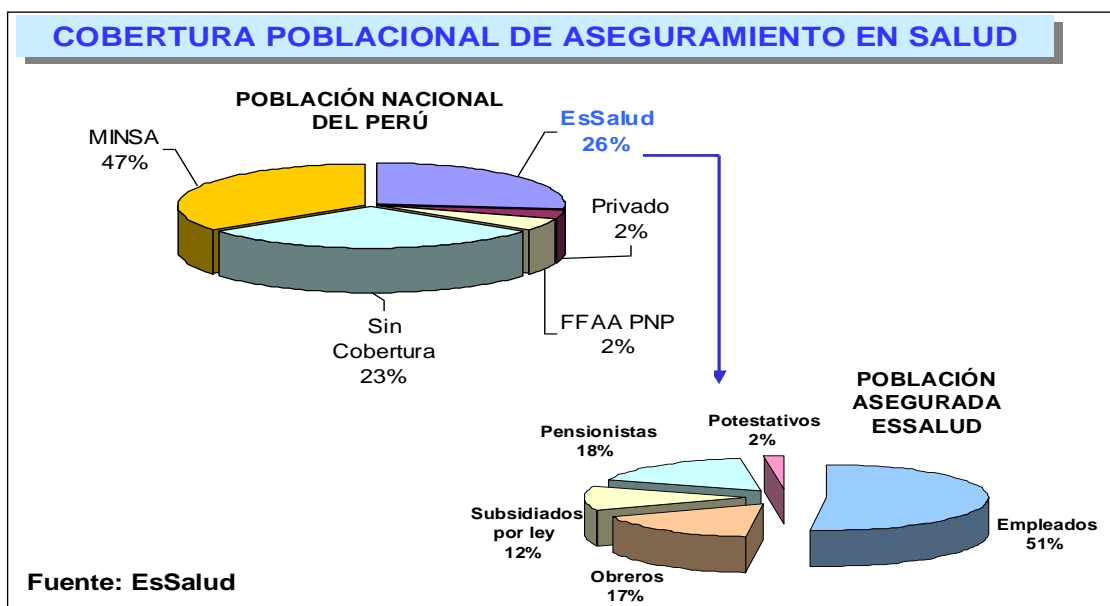
Fuente. EsSalud

Anexo 4. Financiamiento del sistema de salud



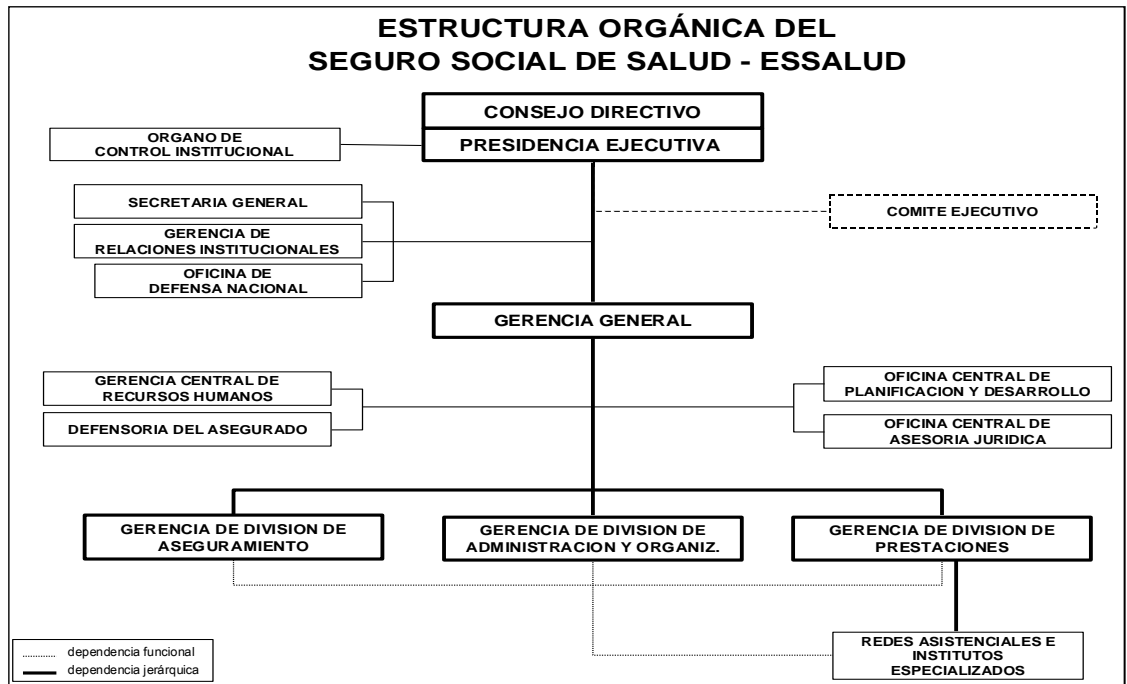
Fuente: Cuentas Nacionales de Salud 1985-2000 (OPS – Año 200)

Anexo 5. Cobertura poblacional de aseguramiento en salud



Fuente: EsSalud

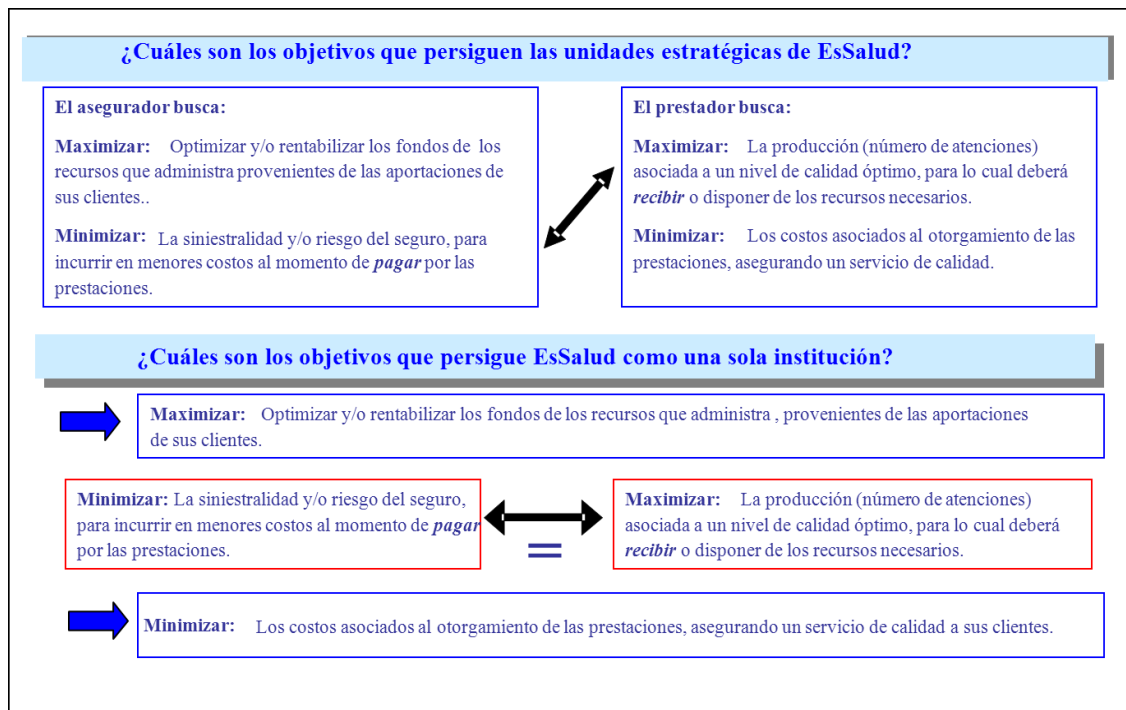
Anexo 6. Estructura orgánica del Seguro Social de Salud-EsSalud



Fuente: EsSalud

Fuente: EsSalud

Anexo 7. Objetivos de Aseguradores y Prestadores



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8. Elementos presentes en la misión

Fabián Martínez Villegas	Matthias Sachse (1990)	Samuel Certo (1997)	Fred David (1997)	MEF (2001)
Producto genérico	El producto o servicio	Producto o servicio	Productos o servicios	Naturaleza de sus actividades
Mercado principal	El mercado o cliente	Mercado	Mercados (donde compete)	
			Cientes	Personas a las que sirve
	El propósito (relacionado con el crecimiento, estabilidad y utilidad)	Objetivos de la compañía	Interés por la supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad (objetivos económicos)	El concepto de la organización
		Filosofía o valores esenciales	Filosofía (creencias, valores, aspiraciones y prioridades)	Sus principios y valores fundamentales
		Concepto que la compañía tiene de sí misma	Concepto de sí misma (competencia distintiva o su principal ventaja competitiva)	La razón de su existencia
		Imagen pública	Interés por la imagen pública (asuntos sociales, comunitarios y ambientales)	
		Tecnología	Tecnología	
			Interés por los empleados	

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 9. Preguntas claves para redactar la misión

José V. Quigley (1996)	Bryson y Alston (1996)	Peter Drucker (1985)	MEF (2001)	Diagrama de ABELL
¿Qué somos hoy? ¿Qué aspiramos ser? ¿Cuál es nuestra principal capacidad	¿Quiénes somos?	¿En qué negocio estamos?	¿Quiénes somos?	¿A quiénes se satisface?
¿Cómo alcanzaremos nuestras aspiraciones corporativas? ¿Cuál es nuestra estrategia de crecimiento interno para cada segmento importante de nuestra empresa? ¿Cuál es el sector más rentable de nuestra empresa?	¿Cuál es nuestro propósito?	¿Por qué existimos?	¿Qué buscamos?	¿Qué se satisface?
¿Cómo definiremos nuestra estrategia de crecimiento externo?	¿En qué actividad estamos?	¿Qué es lo distintivo u original de la organización?	¿Por qué lo hacemos?	¿Cómo se satisfacen las necesidades del cliente?
¿Cuál es nuestra meta financiera a largo plazo?	¿Cuáles son las necesidades básicas sociales y políticas que cubrimos?	¿Quiénes son o deberían ser nuestros usuarios?	¿Para quién trabajamos?	
	¿Cuáles son los problemas básicos sociales o políticos que dirigimos?		¿Cuáles son nuestros valores?	
	¿Qué queremos hacer para reconocer o anticipar y responder a estas necesidades y problemas?			
	¿Cómo responderíamos a nuestros <i>stakeholders</i> claves?			
	¿Cuál es nuestra filosofía y cuál es nuestro núcleo de valores?			
	¿Qué nos hace distintivos y únicos?			
	¿Cuál es nuestra misión actual?			
	¿Qué cambios propondría en la misión?			

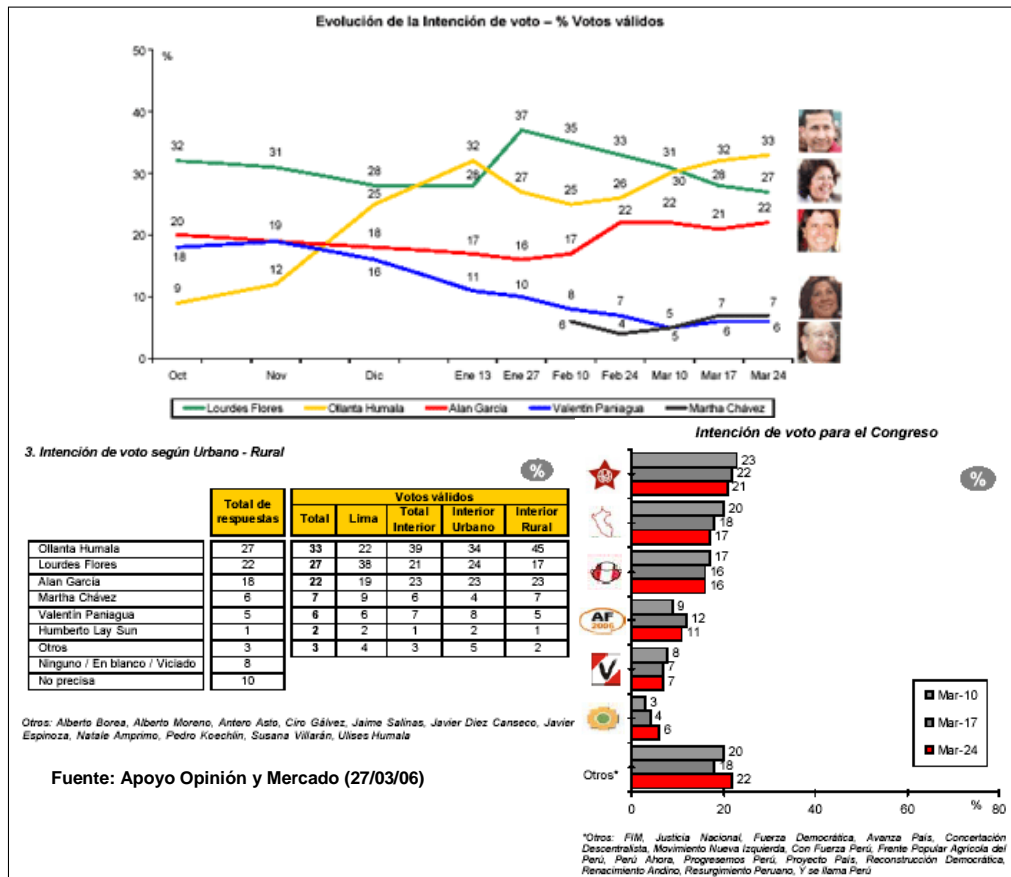
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 10. Comparación intertemporal

Variables	Situación actual	Situación futura
Mercado	De prestadores de salud.	De prestadores y aseguradores en salud (riesgos humanos) y seguro de riesgos laborales.
Personal	Preocupado por cumplir las tareas asignadas.	Comprometido con el logro de los objetivos institucionales.
Clientes	Pacientes que demandan atención de salud frente a un evento de salud.	Pacientes que demandan ser atendidos para prevenir cualquier evento de salud o complicación posterior de un evento predeterminado.
Productos	Atención de servicios de salud, principalmente recuperativos.	Atención de servicios de salud recuperativos y preventivo promocionales, con un enfoque de atención primaria.
Principios y valores	Se aplica la solidaridad, básicamente al momento de financiar las prestaciones que se otorgan, aunque no hagan uso de su seguro de salud.	Para todos los asegurados (incluye los de altos ingresos), constituirse en una alternativa de atención de servicios de salud, cuando lo requieran.
Objetivo de la compañía	La asignación de recursos: primero, al financiamiento de la atención especializada y, luego, a la atención primaria.	Los recursos se asignen en orden de prioridad: primero, a la atención primaria y, luego, hasta donde el financiamiento soporte la atención especializada, de forma tal que se pueda obtener mejores resultados en salud.
Responsabilidad social	Sostenibilidad del fondo de contribuciones para financiar prestaciones de asegurados actuales.	Viabilidad del fondo de contribuciones para financiar prestaciones de nuevos asegurados y asegurados pensionistas.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 11. Escenario político



Fuente: Apoyo Opinión y Mercado S.A., 2006

Anexo 12. Principales lineamientos de los planes de gobierno de los candidatos presidenciales con mayor intención de voto al 27/3/2006

Unión por el Perú	Impacto en EsSalud	Unidad Nacional	Impacto en EsSalud	Partido Aprista Peruano	Impacto en EsSalud
Ollanta Humala	Escenario 1	Lourdes Flores	Escenario 2	Alan García	Escenario 3
Garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población.	Impacto incierto (?), ya que no explica los detalles de cuáles serán las estrategias para lograrlo. No se explicita si se financiarán con los fondos de cotizaciones a EsSalud o solo con los del tesoro público (MEF).	Sistema de seguros universal, financiado por el Estado para la población pobre.	Impacto (++), sobre la base de que se explicita que la población pobre será coberturada con financiamiento del tesoro público (MEF) y no con fondos de cotizaciones a EsSalud.	Ampliar cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS).	Impacto (+), siempre y cuando focalice en población pobre extrema y que el financiamiento provenga del tesoro público (MEF) al SIS y no con fondos de cotizaciones a EsSalud.
Reforzar el abastecimiento de medicamentos para los menos favorecidos	Impacto (+), pues permitiría el acceso a la población más vulnerable. Como consecuencia, se reducirán los incentivos para filtraciones y suplantaciones a EsSalud.	Reestructurar el sistema de salud.	Impacto (+), ya que plantea reducción de estructuras organizacionales y racionalización de personal de los diversos agentes del sistema de salud.	Implementar posibilidad de SOAT médico y política nacional de medicamentos.	Impacto incierto (?), pues si bien se tiene la posibilidad de realizar compras junto con el Minsa y/o compras internacionales de medicamentos, no explica si será por medio de mecanismos de mercado de control de precios. De ser el último caso, las consecuencias serán mayores precios de los medicamentos.
Combatir la desnutrición infantil	Impacto (+), al plantear como prioridad el logro de un resultado en salud, medido en términos de bienestar de las personas.	EsSalud será adscrito al Ministerio de Salud, desvinculándolo del sector Trabajo.	Impacto incierto (?), pues el Minsa no solo ejerce el rol rector del sistema, sino que además es prestador de salud (tarifas subsidiadas) y asegurador público (SIS). Existe el riesgo de: (1) integrar fondos de cotizaciones con subsidios públicos (subsidios cruzados) y (2) se intercambie servicios de salud y no se pague, como ocurrió con el Seguro Escolar y el Seguro Materno-Infantil.	Municipalizar la acción preventiva de la salud y fortalecer los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS).	Impacto (+), en la medida que más peruanos recibirán intervenciones preventivas. El riesgo sería que no mejore la coordinación de los CLA con los centros asistenciales del Minsa.

Fuente: Diario *El Peruano*, 2006.

Elaboración propia.

Anexo 13. Escenario económico

Perú: proyección de principales indicadores macroeconómicos

	2004	2005	2006	2007	2008
PRECIOS Y TIPO DE CAMBIO					
Inflación					
Acumulada (variación porcentual)	3,5	2,2	2,5	2,5	2,5
Tipode cambio					
Promedio (nuevos soles por US\$)	3,41	3,26	3,28	3,30	3,35
PRODUCCIÓN					
Producto bruto interno (miles de millones de S/.)	234,3	253,0	270,5	288,4	311,2
SECTOR PÚBLICO NO FINANCIERO					
Presión tributaria (porcentaje del PBI)	13,3	13,7	13,5	13,5	13,6

Fuente: MEF, 2005

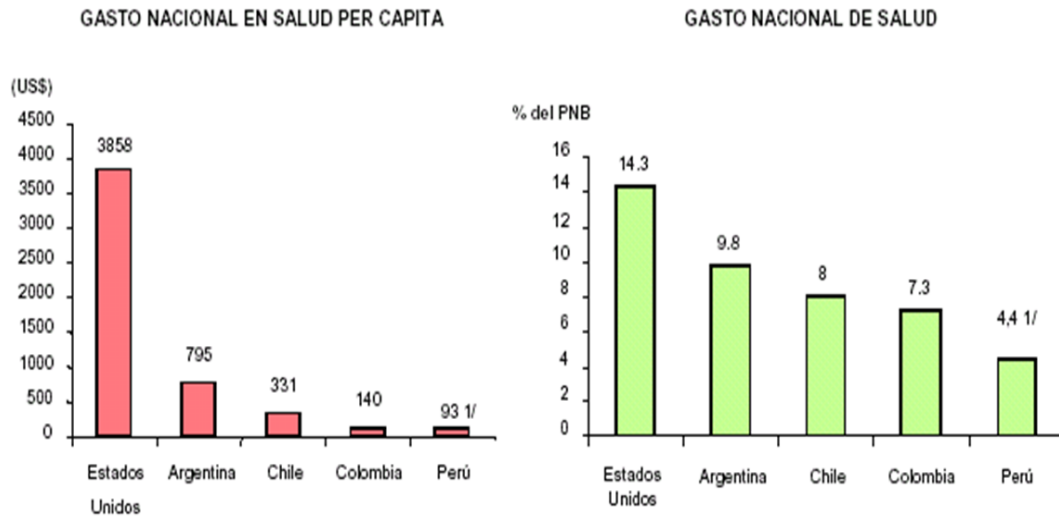
Principales indicadores comparados por países

	Perú	Chile	Colombia	Ecuador	Bolivia
Población (estimado 2005) (en miles)	27.947	16.267	46.039	13.175	9.171
Porcentaje población urbana (a)	73%	87%	77%	63%	63%
Tasa de mortalidad (2000-2005) (tasa x 1000 hab.) (b)	6,2	5,2	5,5	5,0	8,2
Tasa de mortalidad infantil (2000-2005) (tasa x 1000 hab.) (b)	33,4	8,0	25,6	26,4	55,6
Esperanza de vida (2000-2005) (años) (b)	69,8	77,7	72,2	74,2	63,8
Tasa de natalidad (2000-2005) (tasa x 1000 hab.) (b)	23,3	15,8	22,3	23,3	30,5
PBI total (estimado 2004) (en millones de US\$) (d)	68,4	89,3	92,2	29,0	9,3
PBI per cápita (2004) (en US\$)	2.483	5.571	2.033	2.082	1.118
Inflación (2004) (d)	3,5%	2,7%	5,8%	2,1%	3,9%
Tasa de desempleo urbano (2003) (a)	9,4%	8,5%	16,7%	9,8%	9,5%
Población económicamente activa (2005) (a)	44,2%	40,6%	42,0%	44,1%	38,1%

Fuentes: (a): INEI- Compendio estadístico 2004; (b) Cepal – Boletín demográfico N° 74. América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050 (2004); (d) Apoyo Consultoría SAC.

GASTO COMPARADO EN SALUD POR PAÍSES

Los recursos destinados para la atención de la salud en el Perú se encuentran por debajo de las cifras observadas en otros países del continente, medido tanto en términos de persona como con relación al tamaño de la economía.



Notas: 1/ Se calculó a partir de un gasto en salud estimado de US\$2400 millones y el PBI del 2000, según la nueva base, US\$54000 millones
Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 1998

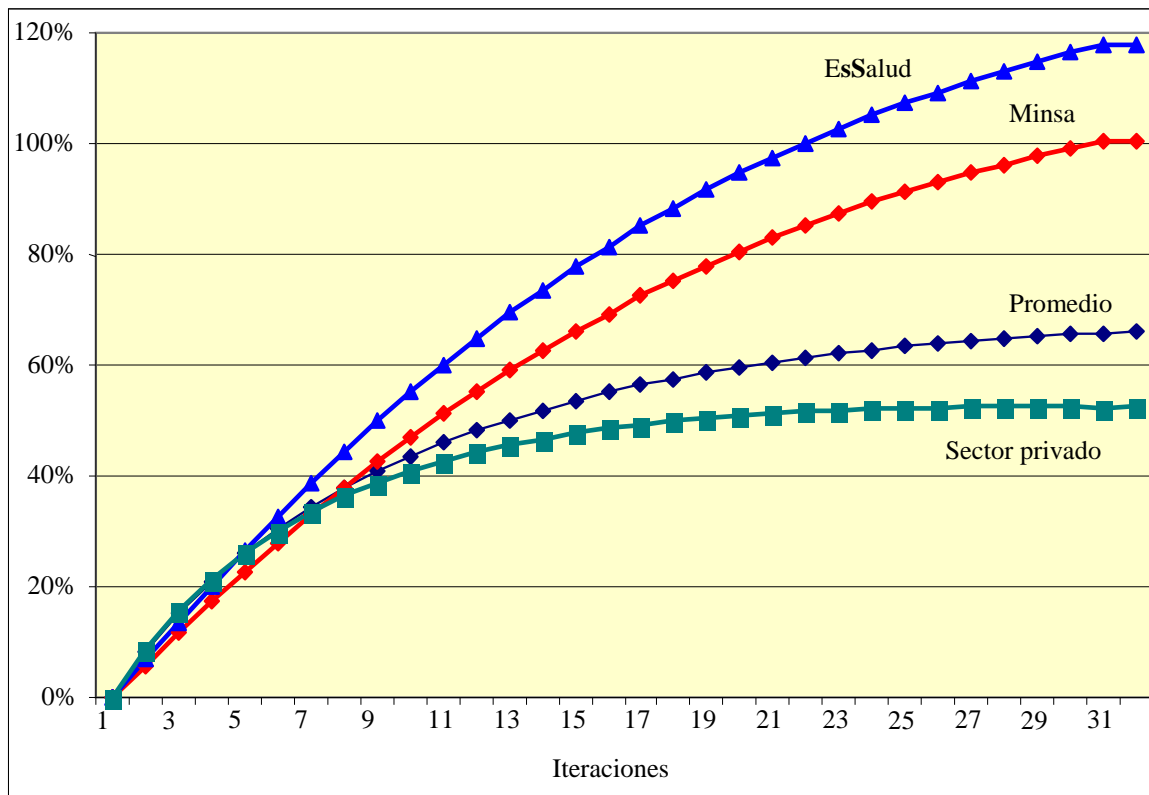
Fuente: Apoyo Consultoría, 2001

Anexo 14. Escenario laboral

Perú Urbano: índice de empleo mensual según tamaño de empresa, octubre 1997 – noviembre 2005 (Base enero 2001 = 100)										Perú Urbano: índice y variación del empleo en empresas privadas de 10 y más trabajadores por ámbito geográfico, julio 2001 - noviembre 2005 (Base enero 2001=100)							
Tamaño de empresa / Meses	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Año	Mes	INDICE			VARIACIÓN MENSUAL (1)		
												PERÚ	LIMA	RESTO	PERÚ	LIMA	RESTO
10 y más trabajadores										2001	Julio	102.0	101.0	105.2	-0.1	-0.3	0.2
Enero	-	112.2	107.9	102.5	100.0	97.7	100.6	102.3	105.9	Agosto	101.8	101.1	102.7	-0.4	0.2	-2.4	
Febrero	-	111.4	106.5	101.8	99.2	97.3	99.2	101.3	105.1	Septiembre	101.9	101.4	103.1	0.3	0.2	0.4	
Marzo	-	111.5	106.0	102.2	99.8	98.1	99.7	101.6	106.0	Octubre	102.0	101.9	101.6	0.1	0.6	-1.5	
Abril	-	112.4	106.1	103.2	100.9	100.5	101.6	104.8	107.9	Noviembre	102.3	102.1	102.5	0.3	0.1	0.9	
Mayo	-	113.0	106.4	103.3	101.7	101.3	103.2	105.9	110.0	Diciembre	101.9	101.8	101.8	-0.3	-0.2	-0.7	
Junio	-	112.9	106.3	104.5	102.1	102.1	103.9	106.3	111.1	2002	Enero	97.7	98.5	93.9	-4.2	-3.2	-7.7
Julio	-	113.3	105.9	104.5	102.0	102.5	103.9	106.4	111.8	Febrero	97.3	98.2	93.3	-0.4	-0.3	-0.7	
Agosto	-	113.4	105.1	103.6	101.6	101.7	102.6	105.5	110.9	Marzo	98.1	99.3	93.5	0.9	1.0	0.3	
Septiembre	-	113.3	104.9	103.4	101.8	102.0	104.0	106.9	112.5	Abril	100.5	101.0	98.0	2.4	1.8	4.8	
Octubre	113.7	113.2	105.2	103.1	102.0	103.3	104.9	108.7	114.0	Mayo	101.3	101.6	99.3	0.7	0.5	1.4	
Noviembre	114.5	112.1	105.6	103.4	102.3	103.9	105.7	109.4	114.8	Junio	102.1	102.2	101.1	0.8	0.6	1.8	
Diciembre	114.7	111.7	105.8	103.1	101.9	104.3	106.1	109.9		Julio	102.5	102.4	101.8	0.4	0.3	0.6	
10 a 49 trabajadores										Agosto	101.7	102.1	99.4	-0.8	-0.3	-2.3	
Enero	-	128.5	118.5	106.5	100.0	95.5	96.9	96.9	95.0	Septiembre	102.0	102.2	100.6	0.3	0.0	1.2	
Febrero	-	128.3	116.7	105.5	99.0	95.1	96.9	94.9	94.5	Octubre	103.3	102.8	104.0	1.3	0.6	3.4	
Marzo	-	127.6	115.2	105.5	99.2	95.6	97.4	95.5	96.4	Noviembre	103.9	103.4	104.6	0.6	0.6	0.5	
Abril	-	128.1	114.5	106.3	100.7	98.8	100.3	100.3	99.2	Diciembre	104.3	103.6	104.9	0.4	0.4	0.3	
Mayo	-	128.2	114.6	106.5	101.6	99.9	101.3	100.6	101.9	2003	Enero	100.6	101.0	98.3	-3.6	-2.7	-6.3
Junio	-	127.3	114.0	107.7	101.3	100.8	101.8	100.8	101.8	Febrero	99.2	100.6	94.2	-1.4	-0.5	-4.1	
Julio	-	129.0	113.1	107.3	100.7	100.5	101.3	100.0	102.2	Marzo	99.7	101.1	94.5	0.5	0.6	0.3	
Agosto	-	128.8	112.6	105.8	101.1	100.1	100.5	98.8	101.2	Abril	101.8	103.1	96.2	1.9	1.9	1.9	
Septiembre	-	127.9	112.1	105.7	101.2	100.6	100.8	99.3	101.1	Mayo	103.2	104.0	99.7	1.5	0.9	3.6	
Octubre	129.8	126.6	111.3	104.9	101.2	100.8	101.3	99.4	101.7	Junio	103.9	104.4	101.6	0.7	0.3	2.0	
Noviembre	130.9	124.0	111.2	104.5	100.6	101.2	101.8	99.9	102.7	Julio	103.9	104.2	102.2	0.0	-0.1	0.6	
Diciembre	131.6	123.0	111.0	103.9	99.8	101.2	101.7	100.1		Agosto	102.6	103.1	100.1	-1.3	-1.1	-2.1	
50 y más trabajadores										Septiembre	104.0	103.7	104.0	1.4	0.6	3.8	
Enero	-	105.2	103.2	100.7	100.0	98.7	102.3	104.7	110.6	Octubre	104.9	104.4	105.7	0.9	0.6	1.6	
Febrero	-	104.2	101.9	100.1	99.3	98.3	100.3	104.1	109.7	Noviembre	105.7	105.0	107.0	0.8	0.6	1.2	
Marzo	-	104.6	101.9	100.7	100.0	99.4	100.8	104.3	110.1	Diciembre	106.1	105.8	106.2	0.4	0.7	-0.7	
Abril	-	105.7	102.4	101.7	101.0	101.4	102.2	106.8	111.6	2004	Enero	102.3	102.9	99.5	-3.6	-2.7	-6.2
Mayo	-	106.5	102.8	101.9	101.8	101.9	104.1	108.2	113.5	Febrero	101.3	102.3	97.8	-0.9	-0.7	-1.8	
Junio	-	106.7	102.8	103.0	102.5	102.8	104.9	108.8	115.2	Marzo	101.6	103.0	96.6	0.3	0.8	-1.2	
Julio	-	106.5	102.6	103.3	102.6	103.5	105.2	109.2	116.0	Abril	104.8	105.8	101.0	3.1	2.7	4.6	
Agosto	-	106.7	101.7	102.5	101.8	102.5	103.5	108.4	115.1	Mayo	105.9	106.4	103.6	1.1	0.5	2.8	
Septiembre	-	106.9	101.6	102.3	102.1	102.7	105.5	110.2	117.3	Junio	106.3	106.6	104.4	0.4	0.3	0.8	
Octubre	106.7	107.3	102.5	102.3	102.4	104.5	106.6	112.7	119.1	Julio	106.4	106.5	104.7	0.1	0.0	0.3	
Noviembre	107.4	106.8	103.1	102.9	103.1	105.2	107.5	113.4	119.9	Agosto	105.5	105.8	103.4	-0.9	-0.8	-1.2	
Diciembre	107.4	106.6	103.5	102.7	103.0	105.7	108.1	114.1		Septiembre	106.9	106.5	107.1	1.3	0.6	3.5	
										Octubre	108.7	107.5	111.3	1.7	0.9	3.9	
										Noviembre	106.4	108.2	111.7	0.6	0.7	0.3	
										Diciembre	109.9	109.0	111.3	3.5	0.8	-0.3	
										2005	Enero	105.9	105.8	105.4	-3.6	-3.0	-6.3
										Febrero	105.1	105.3	103.7	-0.7	-0.4	-1.6	
										Marzo	106.0	106.5	103.6	0.8	1.1	-0.1	
										Abril	107.9	108.2	106.1	1.8	1.5	2.5	
										Mayo	110.0	109.9	109.1	1.9	1.6	2.8	
										Junio	111.1	110.8	111.0	1.1	0.8	1.7	
										Julio	111.8	111.3	112.3	0.6	0.4	1.2	
										Agosto	110.9	110.4	111.2	-0.8	-0.8	-1.0	
										Septiembre	112.5	111.2	114.8	1.4	0.7	3.2	
										Octubre	114.0	112.1	118.0	1.3	0.8	2.9	
										Noviembre	114.8	113.2	118.0	0.7	1.0	0.0	

Fuente: INEI (2005)

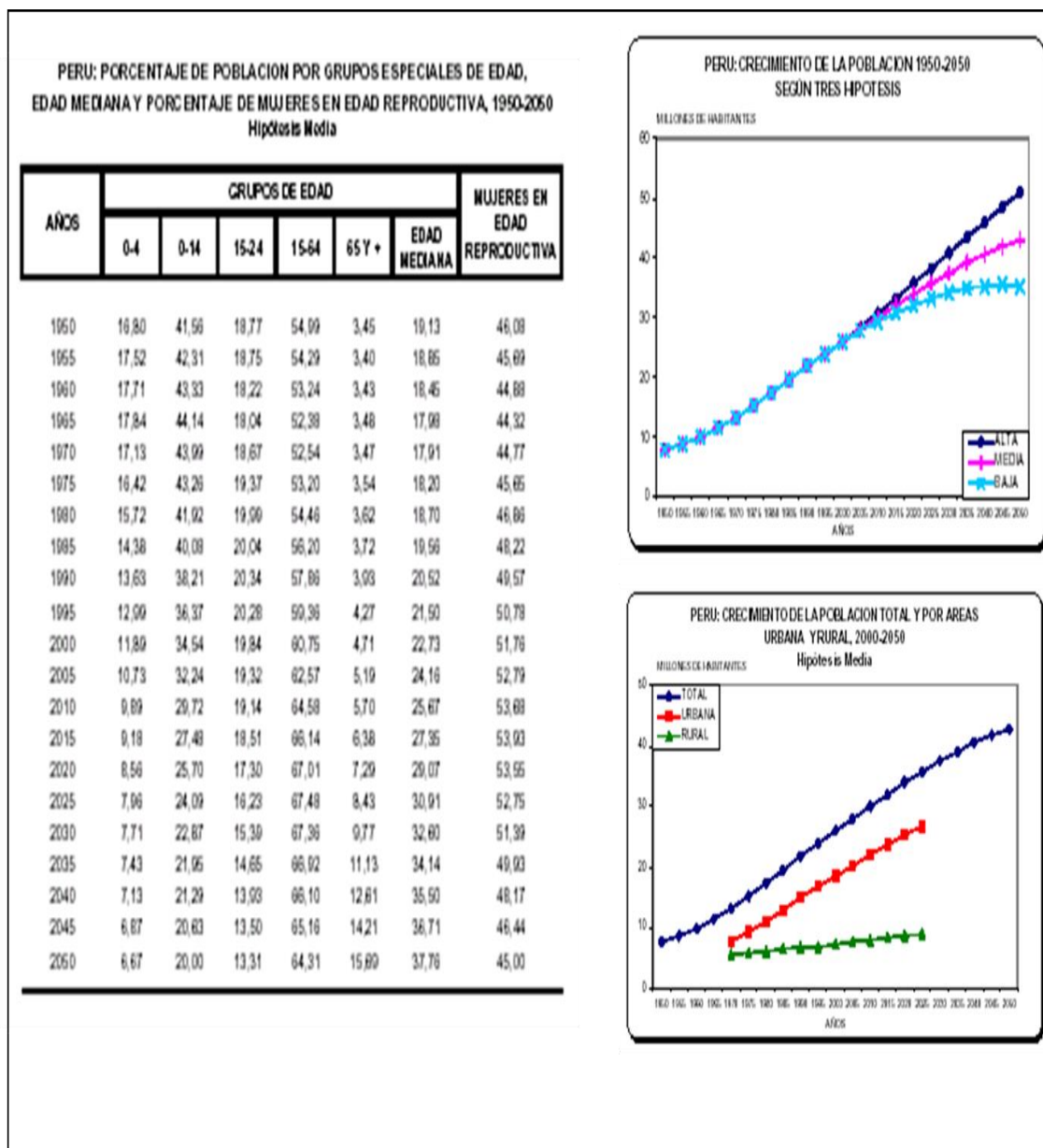
Anexo 15. Efectos sobre el bienestar. Gastos adicionales en medicamentos por mayores precios^{1/} (porcentaje del gasto actual)



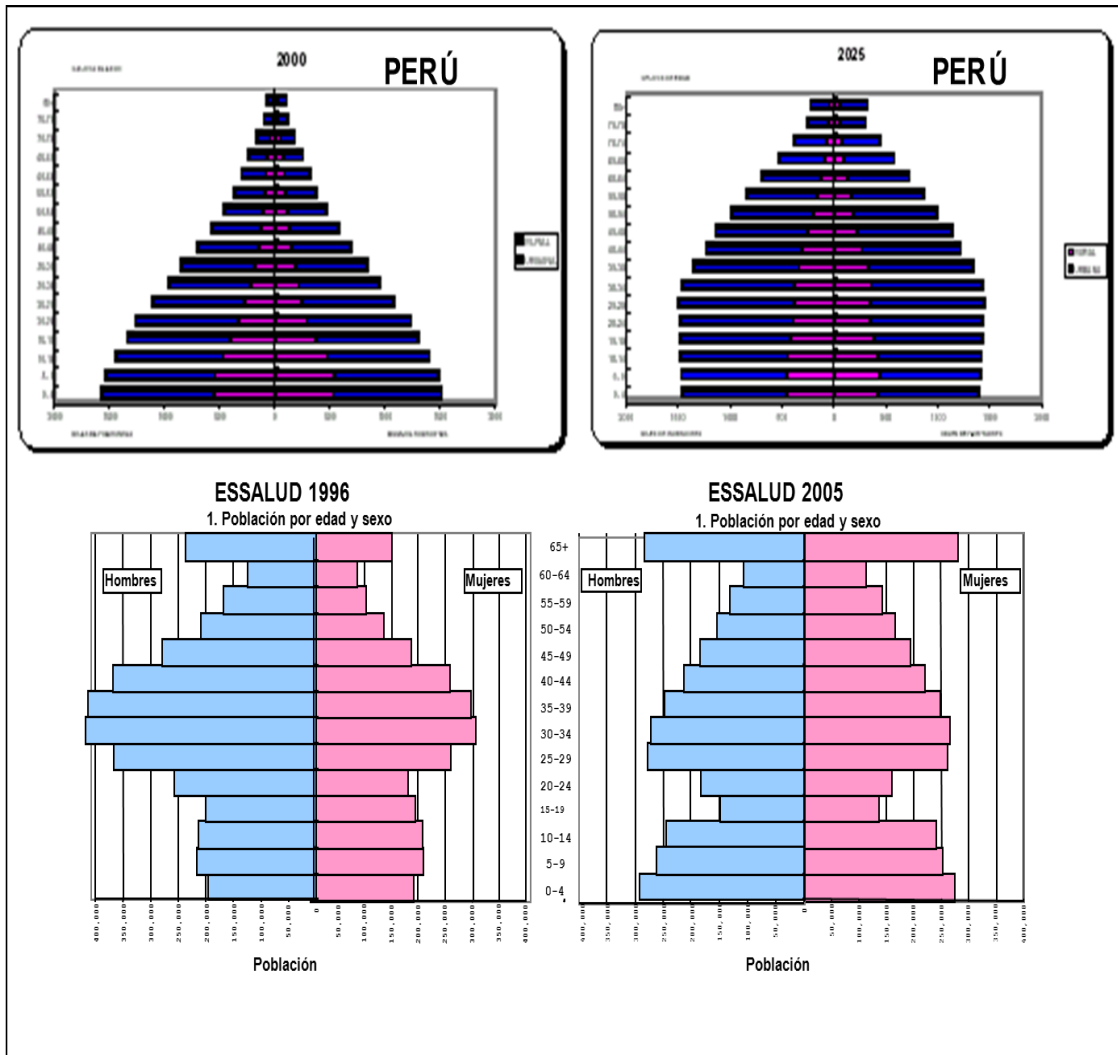
1/: Para EsSalud podría significar un gasto adicional equivalente al 117% de su gasto actual en medicamentos; para el Minsa, el 100% y para el sector privado, el 56% (gastos de bolsillo y clínicas).

Fuente: Valladares *et al.*, 2005

Anexo 16. Escenario poblacional

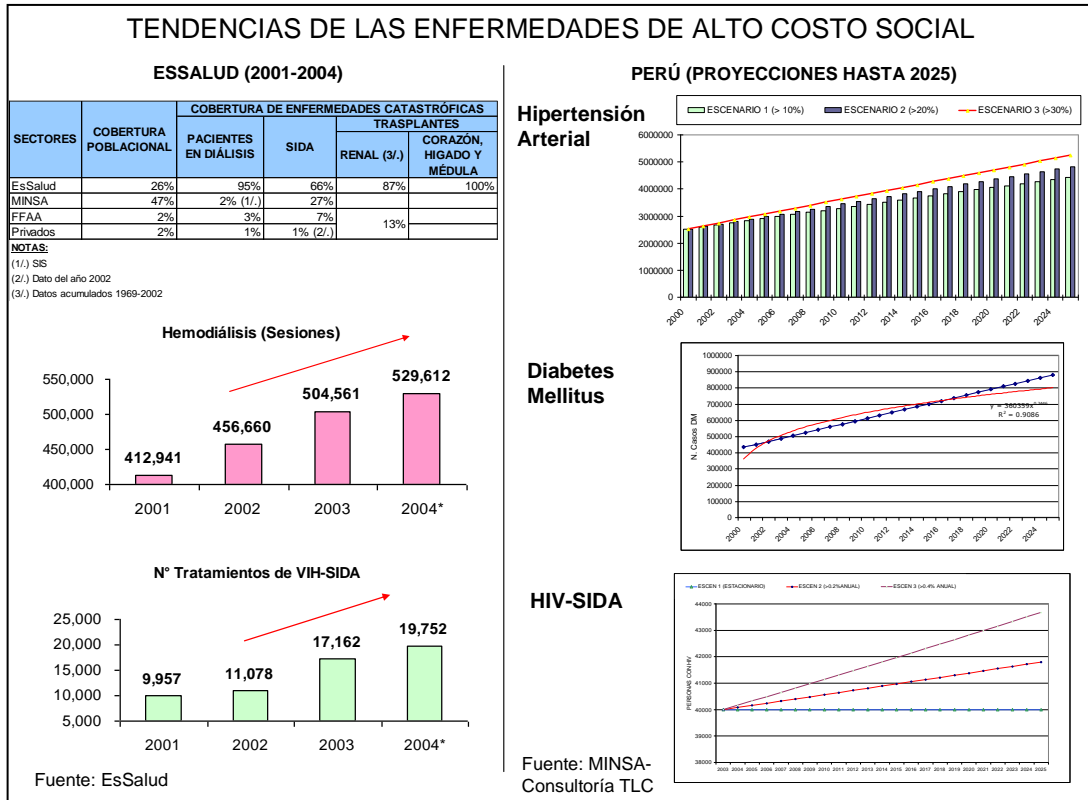


Fuente: INEI, 2001: 34, 35 y 37.



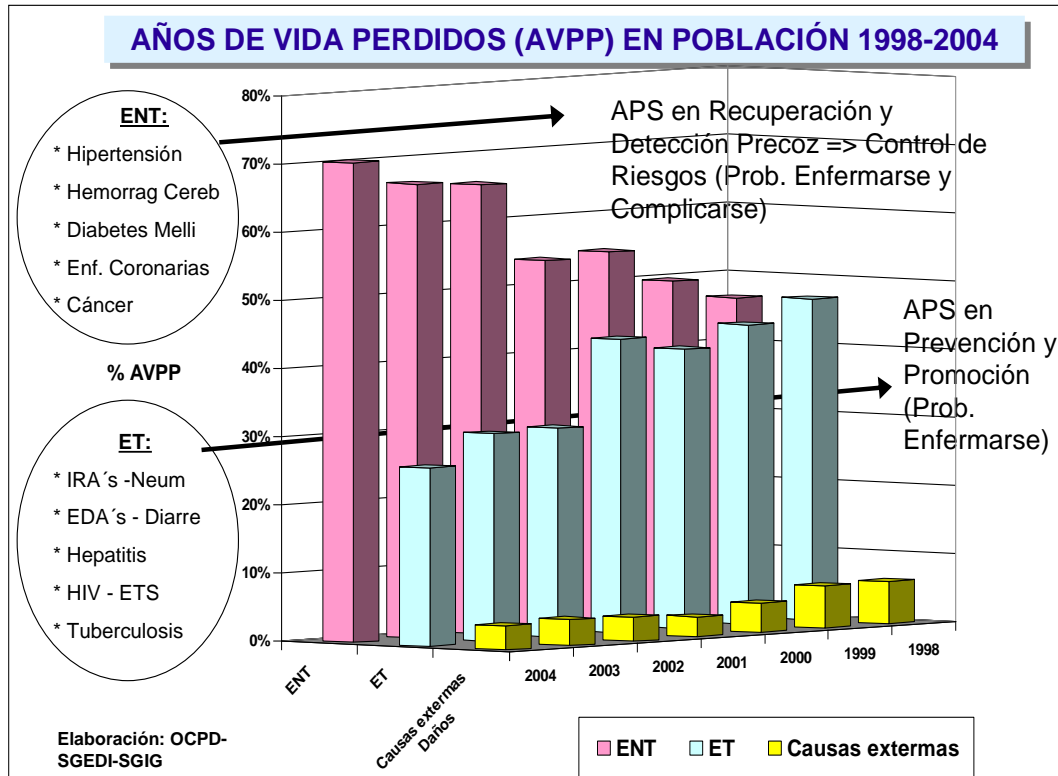
Fuente: INEI, 2001 / EsSalud (2005)

Anexo 17. Tendencias de las enfermedades de alto costo social



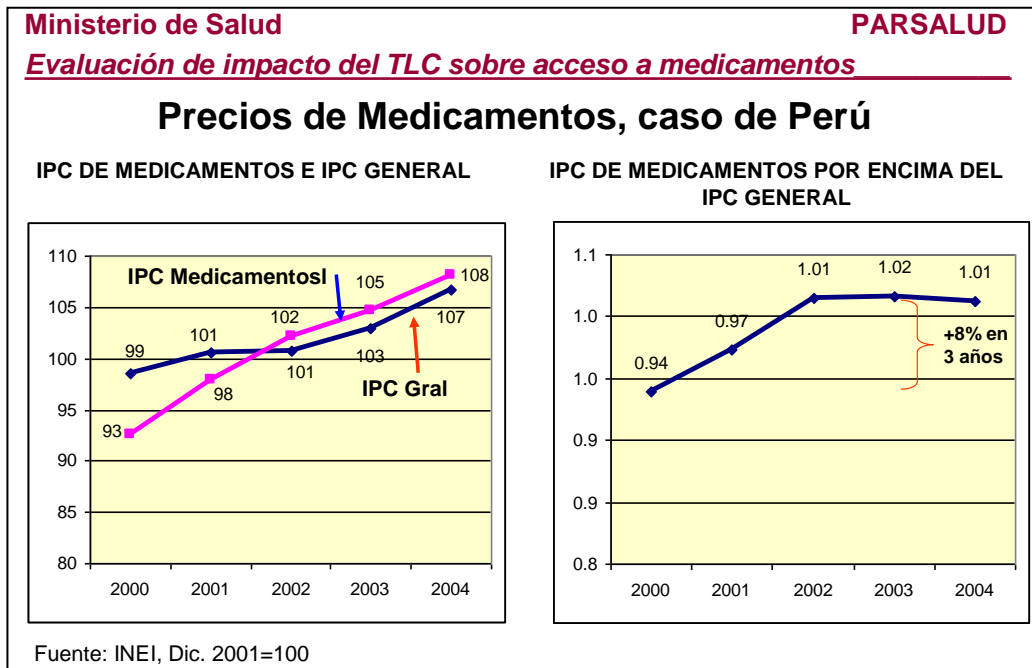
Fuente: Valladares *et al.*, 2005.

Anexo 18. Años de vida perdidos (AVPP) en población, 1998-2004



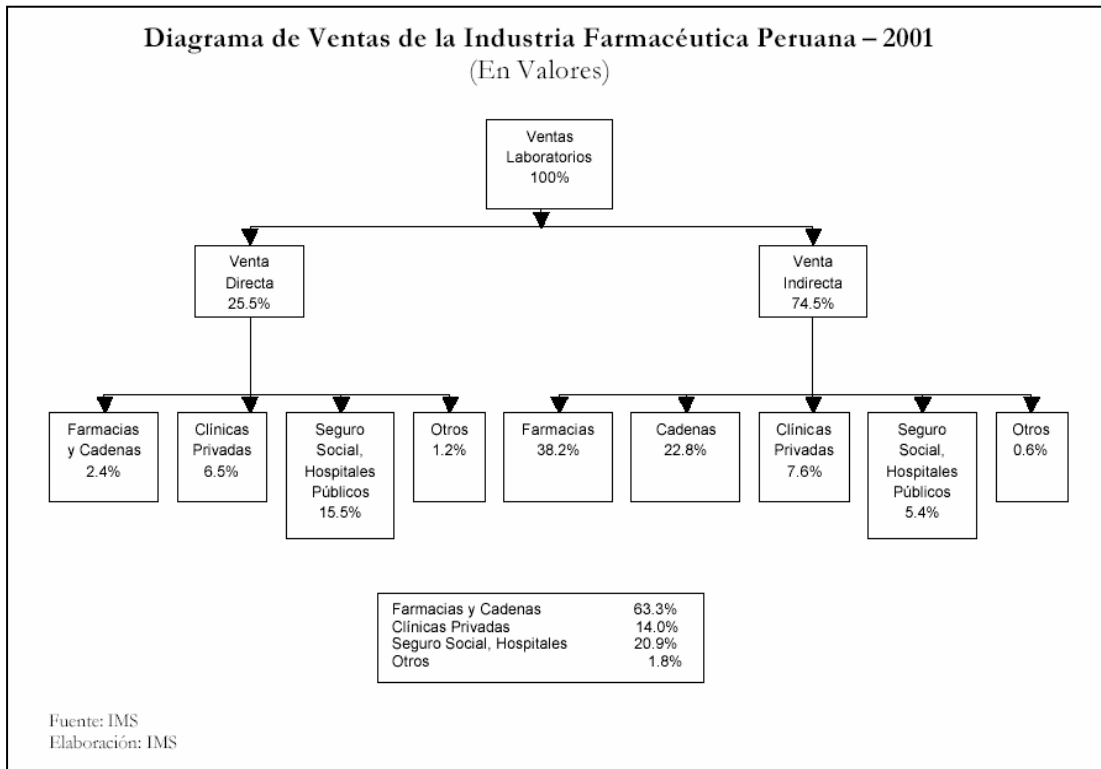
Fuente: EsSalud (2005)

Anexo 19. Perú: Evolución de precios de medicamentos

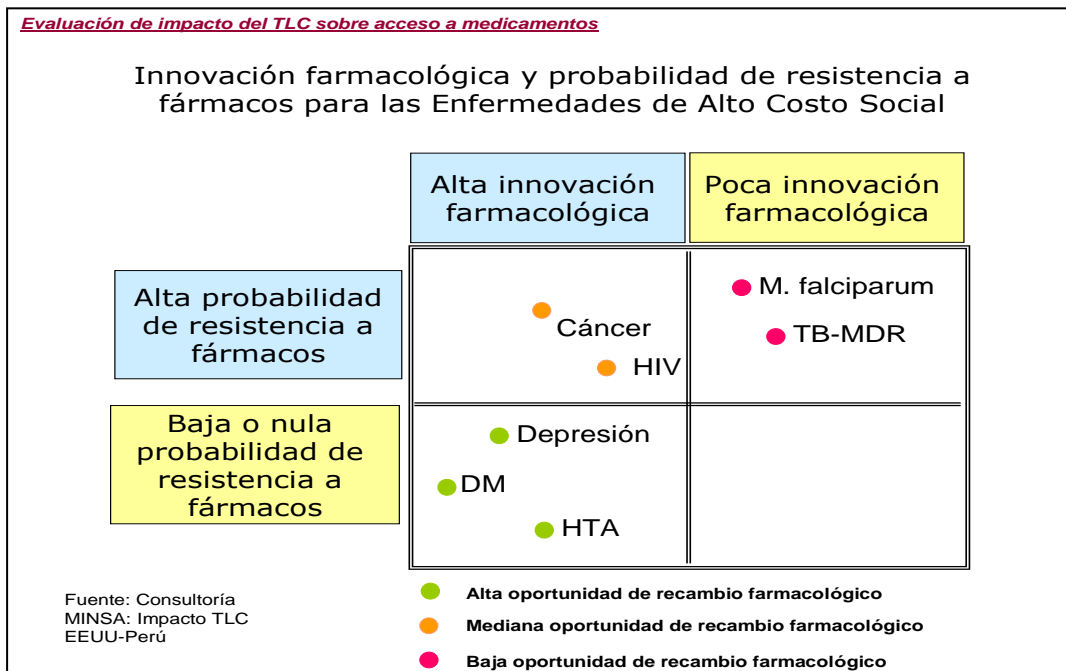


Fuente: Valladares *et al.*, 2005

Anexo 20. Diagrama de ventas de la industria farmacéutica peruana, 2001 (en valores)

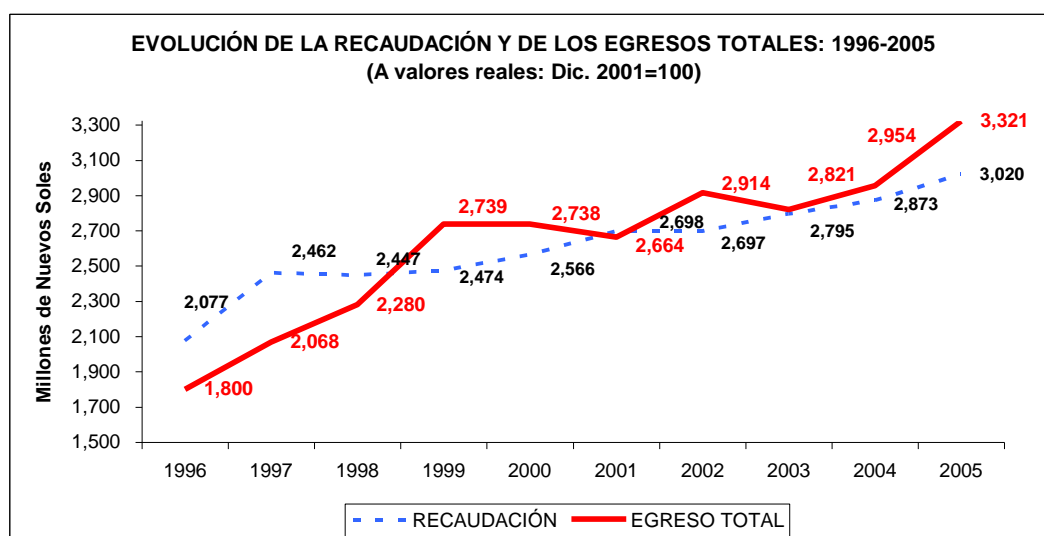


Anexo 21. Innovación farmacológica y probabilidad de resistencia a fármacos para las enfermedades de alto costo social



Fuente: Valladares *et al.*, 2005.

Anexo 22. Evolución de la recaudación y de los egresos totales: 1996-2005 (a valores reales: dic. 2001 = 100)



Recaudación: Aportaciones+Vta. a No Asegurados
Egresos Totales: Egresos de Operación + Capital

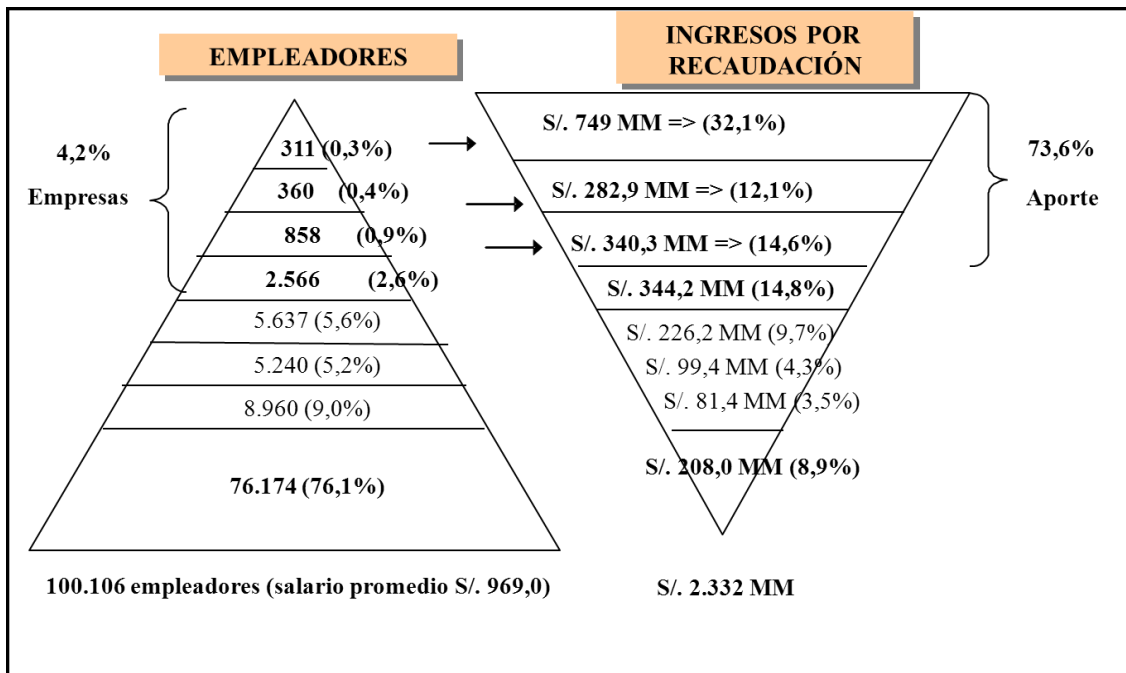
1/: Recaudación: Aportaciones + Venta a no asegurados
2/: Egresos totales: Egresos de operación + Capital
Fuente: EsSalud (2005)

Anexo 23. Tasa de aporte neto para prestaciones

PROGRAMA	COMPOSICIÓN	%
Prima	9,00%	100,0
Financiamiento EPS	0,42%	4,7
Seguro agrario y pensionistas	0,83%	9,2
Prima media neta con accidentes	7,75%	90,00
Accidentes y enfermedades profesionales	0,48%	5,3
Prima media neta sin accidentes	7,27%	80,8
Pasivo pensional	0,92%	10,2
Prima media neta Seguro de Salud	6,35%	70,6

(*): Incluye prestaciones económicas sociales.
Fuente: Durán, 2005

Anexo 24. Perú: Empleadores cotizantes y recaudación anual



Fuente: Estudio Actuarial OIT 2005

Anexo 25. Aseguramiento y prestaciones: amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas genéricas

ASEGURAMIENTO			
OPORTUNIDADES		AMENAZAS	
1	Cambio de Gobierno Central y Congreso de la República.	1	Carga obligatoria de pasivos pensionales que deben ser asumidos por el MEF.
2	Conocimiento de la problemática de EsSalud por parte de OPS, OIT, prensa, MTPE, Defensoría.	2	Fiscalización no mejora por parte de la Sunat en los próximos años.
3	Experiencias de aseguramiento de EACS a partir de fondos globales.	3	No se incrementa presupuesto o se reduce presupuesto del Minsa para EACS.
4	Perspectivas de estabilidad económica relativa (PBI, i) por consenso de partidos políticos.	4	No se realice reformas legales a la seguridad social en salud durante próximo gobierno.
5	Perspectivas de incrementos en el empleo del sector formal.	5	Se incrementa el precio de los medicamentos por efecto del TLC.
		6	Reincorporación por orden del TC de despedidos por gobiernos anteriores.
		7	Una proporción significativa de asegurados activos pasarán a ser pensionistas.
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Cuenta con aporte obligatorio de empleadores.	1	Dificultad para actualizar la base de datos en forma interactiva y rápida.
2	Posee una red propia que le permite controlar los costos de atención.	2	No participa en la toma de decisiones de asignación de recursos la perspectiva o los criterios técnicos de aseguramiento.
3	Manejo de gran escala. Compra representativa de medicamentos.	3	Es vulnerable a la disminución de asegurados activos, porque los gastos están concentrados en los jubilados cuyos aportes son menores (4%) que los de los demás asegurados (9%).
4	Consultas en línea de acreditación de asegurados.	4	No hay copagos en efectivo. Atractivo para segmentos de la población con menores recursos.
5	Dispone de personal capacitado en temas de gestión, economía y administración de la salud.	5	No hay una participación activa de los usuarios (asegurados) en las mejoras de la atención de los servicios de salud.
6	Se dispone de un sistema SAP en contabilidad.	6	No se dispone de información acerca de los costos de las prestaciones de salud.
7	Se ha posicionado la función o rol de aseguramiento.	7	Se presupuesta a partir de gastos históricos y globales o por grandes rubros.
8	Posibilidad de incorporar a nuevos asegurados con prestadores de salud propios y contratados.	8	Solo se ha cubierto al 26% de la población nacional.
		9	No se ha logrado incorporar a la población excluida no pobre.

PRESTACIONES			
OPORTUNIDADES		AMENAZAS	
1	Tendencia a compras a largo plazo, por intermedio de proveedores internacionales.	1	Tendencia a la concentración de industria farmacéutica.
2	Sensibilizado a OIT, MTPE y OPS, respecto de problemática de recursos humanos.	2	Incremento de la automedicación, compra de medicina natural y folclórica por parte de los asegurados.

Continúa

Continuación

PRESTACIONES			
3	Incrementar intercambio de prestaciones de salud con el Minsa.	3	Tendencia creciente de EACS en el país.
4	Expansión de nuevos proveedores municipales y privados de salud a bajo costo.	4	Incremento de pacientes adulto-mayor que demandan mayor atención especializada.
5	Estacionalidad de la demanda por servicios de salud.	5	Aprobación de reglamentos de ley de grupos profesionales asistenciales.
6	Introducción de medicamentos innovadores.		
7	Introducción en el mercado de equipos de tecnología de punta.		
FORTALEZAS		DEBILIDADES	
1	Experiencia en atención de servicios de salud de varias décadas.	1	Falta de entrenamiento de gestores de servicios de salud en gestión clínica.
2	Inversión en tecnología en equipos e infraestructura.	2	Falta de entrenamiento de clínicos de servicios de salud en costo-efectividad.
3	Dispone de una gran red de centros asistenciales de alta especialización, única en el país.	3	Se atiende con un enfoque eminentemente recuperativo.
4	Presencia significativa en los departamentos con mayor concentración de asegurados.	4	No se dispone de una amplia red propia de centros asistenciales de atención primaria.
5	Posee un posicionamiento de realizar atenciones complejas y especializadas.	5	No hay una adecuada interconexión entre los sistemas informáticos de los centros asistenciales.
6	Se dispone de personal asistencial capacitado, por cuenta propia, en gestión clínica y gestión de servicios de salud.	6	Protocolos o guías clínicas de atención escasamente estandarizados.
7	Capacidad instalada para ampliar atención en los centros asistenciales.	7	Proporción significativa de asegurados percibe que no recibe una atención adecuada.
8	Conocimiento especializado en atenciones de alta complejidad y resolución en salud.	8	No se certifica la actualización profesional del personal asistencial.
		9	No se audita y certifica el correcto funcionamiento de los servicios de salud.
		10	No hay una adecuada concordancia entre los procesos de programación de la demanda por servicios de salud con programación del personal y programación de compra de bienes y servicios y presupuesto disponible.
		11	No existe una categorización adecuada de los centros y servicios asistenciales.
		12	Pliego de reclamos del personal, básicamente es por incrementos salariales.
		13	Falta de mantenimiento de equipos e infraestructura.
		14	Falta de estandarización de procesos y procedimientos clínicos.
		15	Falta renovación de equipos en estado de obsolescencia.
		16	Falta de actualización de petitorios farmacéuticos.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 26. Información del Plan Estratégico de EsSalud

OE 1: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA CON LA PARTICIPACIÓN SOLIDARIA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL PERSONAL, ASEGURADOS, EMPLEADORES Y ESTADO

ASEGURADO	OBJETIVO	INDICADOR	META
Satisfacción del asegurado de pertenecer a EsSalud	4 Asegurado satisfecho de poseer un seguro de salud con EsSalud	Nivel de satisfacción de los asegurados	No menos del 50% de asegurados se encuentra satisfecho de poseer un seguro de salud
	5 Asegurado perciba que la institución está mejor que antes	Nivel de percepción de los asegurados	No menos del 50% de asegurados percibe que la institución está mejor que antes
	6 Asegurado perciba que la cotización a EsSalud es razonablemente justa	Nivel de percepción de los asegurados	No menos del 50% de asegurados percibe que el aporte a EsSalud es razonablemente justa

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META
Empoderar al asegurado sobre sus derechos y deberes	10 Potenciar la participación de los asegurados en el control de la gestión de los servicios de salud	Conformar consejos de representantes legítimos (votación) y ad-honorem de asegurados por centro asistencial	Que no menos del 70% de Hospitales Nacionales y IV gestionen con la colaboración de los asegurados
	11 Compartir la responsabilidad con el asegurado de fiscalizar el pago oportuno de los aportes por parte de sus empleadores (Fiscalizar las Cotizaciones)	Porcentaje de morosidad mayor a 90 días por parte de empleadores	No mayor al 10% en promedio anual
	12 Agrupar a los usuarios con EACS para que se autoayuden en el control y manejo de su enfermedad y evitar complicaciones posteriores	Número de sesiones por grupo de asegurados con EACS que son guiados por personal del centro asistencial	Sesione cada grupo por lo menos una vez cada trimestre

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META
Identificación e información actualizada de los asegurados	13 Identificar beneficiarios de otros seguros públicos y privados	Información de beneficiarios del SIS, EPS y SCTR privados	Remitir mensualmente base de datos de: (1) SIS, (2) EPS, (3) SCTR (privados) y actualizar en sistema de acreditación de los centros asistenciales
	14 Atacar las filtraciones y suplantaciones	Porcentaje de filtraciones y suplantaciones en la base de datos de atendidos	Reducir a menos del 10% la cantidad de filtraciones y suplantaciones en prestaciones de EACS
	15 Invertir en un sistema informático moderno de información y consulta centrado en información del asegurado	Implementación de sistema moderno de información	Implementar sistema de información y consulta de ingresos, gastos, consumos y perfil del asegurado en los centros asistenciales

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META
Control de los fallos de mercado de seguros de salud	16 Controlar la selección adversa	Uso de elementos de seguros para control de selección adversa en los centros asistenciales	Implementación de elementos de seguros en la atención de los servicios de salud de los centros asistenciales
	17 Controlar el riesgo moral	Uso de elementos de seguros para control y desincentivos al riesgo moral en los centros asistenciales	Implementación de elementos de seguros en la atención de los servicios de salud de los centros asistenciales
	18 Auditar y Fiscalizar las prestaciones de salud otorgadas por los centros asistenciales sobre la base de información en historia clínica	Número de centros asistenciales auditados y fiscalizados para identificar malos diagnósticos y/o tratamientos inefectivos	Auditar las prestaciones de salud otorgadas por los centros asistenciales por lo menos 1 vez al año

APRENDIZAJE	OBJETIVO	INDICADOR	META
Analizar las experiencias de aseguramiento en salud de incluidos y excluidos	25 Evaluar experiencias exitosas de gestión en instituciones de aseguramiento social en salud	Implementación de un programa de reformas legislativas y de regulación del accionar de la seguridad social	(1) Lograr la aprobación del uso de elementos de seguros, acotar el plan de atenciones de salud, facultades para co-dirigir con SUNAT la recaudación y fiscalización. (2) Obligar la incorporación de todos los trabajadores del sector formal de la economía a la seguridad social
	26 Conocer las experiencias exitosas de aseguramiento social en salud del sector informal	Incorporar a nuevos grupos poblacionales del sector informal de la economía	Incrementar la cobertura de aseguramiento poblacional de manera autosostenible financieramente y desde el punto de vista de la oferta asistencial (planta) y que represente por lo menos 10% del total de asegurados
	27 Evaluar experiencias exitosas de control de fallos de mercado y de gobierno por parte de instituciones públicas y privadas	Diseñar plan de acciones de control de fallos de mercado, de gobierno y regulatorios de EsSalud	Incorporar nuevas estrategias y acciones para el control de fallos en los centros asistenciales

USUARIO = 3
PROCESOS = 9
APRENDIZAJE = 3
TOTAL = 15

OE 2: MEJORAR LA EFICIENCIA Y EFICACIA EN LA GESTIÓN A NIVEL MACRO Y MICRO E INTRODUCIR INDICADORES DE DESEMPEÑO, NUEVOS MECANISMOS DE PAGO Y ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL

FINANCIERA	OBJETIVO	INDICADOR	META	PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META		
Siniestralidad positiva para el financiamiento de las inversiones	7	Los gastos por prestaciones de salud sean menores al financiamiento disponible	Gasto por prestaciones de salud / Ingresos por Aportes descontado de gasto por prestaciones económicas, sociales, sede central e impuestos	No mayor del 80% en promedio anual	Sistema de asignación de recursos y métodos de pago	22	Construir un sistema de contabilidad de costos hospitalarios	Implementación de sistema de contabilidad de costos hospitalarios	Implementación en la red de hospitales a nivel nacional
	8	Las inversiones en reposición, compra y mantenimiento de equipos se financian con los ingresos por aportes	Inversión en reposición, compra y mantenimiento de equipos / Ingresos por aportes descontado de prestaciones de salud, económica, social, sede central e impuestos	No menor del 5% en promedio anual		23	Desarrollar un sistema de asignación de recursos de aseguradores (financieres) hacia prestadores. De centros asistenciales hacia prestaciones de salud	Implementación de sistema de asignación de recursos	Implementación en la red de hospitales a nivel nacional
	9	Las inversiones en obras ligadas a proyectos de inversión se financian con los excedentes del ejercicio anterior más las ganancias de los ingresos financieros	Inversión en obras ligadas a proyectos de inversión / (Ingresos por aportes descontado de prestaciones de salud, económica, social, sede central e impuestos + Ganancias por Ingresos Financieros)	No menor del 5% en promedio anual		24	Construir métodos de pago a proveedores que incentiven y premien la eficiencia y efectividad	Implementación de métodos de pago a centros asistenciales por prestaciones de atención primaria y especializada	Implementación en la red de centros asistenciales a nivel nacional
Evaluación económica de las compras de bienes, servicios e inversiones	19	Evaluación económica en salud de las compras de medicamentos. Seguimiento de los gastos farmacéuticos	Reducción de los precios relativos de las compras de medicamentos en relación al sector salud	Compra de medicamentos a precios por debajo de no menos del 10% del precio al por mayor	Fortalecer las capacidades de ejercer la función de aseguramiento social en salud	28	Capacitar al personal ejecutivo y operativo en el desarrollo de la función de aseguramiento en salud para que participe en la gestión y toma de decisiones	Porcentaje de capacitación del total de funcionarios y profesionales	Entrenar a no menos del 80% de funcionarios y no menos del 60% de profesionales que participan en el desarrollo de la función de aseguramiento
	20	Evaluación económica en salud de los servicios contratados de terceros	Reducción de los precios relativos de los servicios contratados	Compra de servicios por terceros por debajo de no menos del 20% del precio al por mayor		29	Perfeccionar los contratos de gestión con la unidad estratégica prestadora basada en resultados de salud de los asegurados	Contratos de Gestión	Implementación de contratos de gestión entre la división de aseguramiento y prestaciones
	21	Evaluación económica en salud de los proyectos de inversión	Análisis de evaluación económica en salud para la identificación de alternativas comparables (similar riesgo)	Elegir proyectos de inversión en salud con mayor retorno económico en el bienestar del asegurado y no sólo por criterios financieros		30	Potenciar el sistema de información de los asegurados	Sistema de información centrado en el asegurado	Implementación en los centros asistenciales a nivel nacional

FINANCIERA = 3
PROCESOS = 6
CRECIMIENTO = 3
TOTAL = 12

OE 3: AUMENTAR LA COBERTURA DE PRESTACIONES DE SALUD CON EQUITAD Y OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A TODOS LOS ASEGURADOS

ASEGURADO	OBJETIVO	INDICADOR	META	CRECIMIENTO	OBJETIVO	INDICADOR	META		
Mejora en el nivel de bienestar en salud de los asegurados	32	Reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad de las prioridades de salud	Indicador de morbilidad y mortalidad	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS)	Realizar intervenciones costo-efectivas fuera del centro asistencial a los asegurados no usuarios	52	Extender la intervención en salud hacia la población asegurada que no demanda servicios de salud para reducir riesgos de enfermarse con oportunidad	Campañas de intervención costo-efectivas a población asegurada no usuaria (derechohabientes)	Intervención costo-efectivamente en salud en por lo menos al 20% de la población asegurada no usuaria
	33	Reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad de las EACS	Indicador de morbilidad y mortalidad	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS)		53	Extender la intervención en salud en los empleadores con grandes concentraciones de asegurados o con alto reporte de riesgos laborales	Campañas de intervención costo-efectivas a población asegurada no usuaria (titulares). Se realizará en empleadores	Intervención costo-efectivamente en salud en por lo menos al 20% de la población asegurada no usuaria
	34	Reducción del número de complicaciones de los pacientes con enfermedades crónicas	Número de complicaciones de pacientes / total de pacientes con enfermedades crónicas	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS)		Analizar las experiencias de gestión clínica innovadoras de servicios de salud	54	Introducir mentalidad estratégica y de gestión en los tomadores de decisiones de los centros asistenciales	Entrenamiento al personal tomador de decisión
Gestión del periodo de espera para la atención en consulta externa cirugías	38	Priorizar las atenciones de consulta externa en función del estado de salud del asegurado	Sistema de Citas para pacientes de Alto Riesgo	Implementar sistema de citas para asegurados con diagnóstico de patologías de alto riesgo y que requieren control permanente	55		Introducir mentalidad de costos en relación con efectividad en los profesionales de la salud (clínicos) y potenciar su participación en la gestión	Entrenamiento del personal médico (clínico)	Entrenar y evaluar a no menos del 50% de personal médico clínico
	39	Reducción del tiempo de espera y del número de pacientes pendientes de consulta por el médico	Tiempo de espera entre cita y cita. Número de pacientes pendientes de consulta / Total de médicos	Reducir los indicadores a estándares históricos institucionales	56		Perfeccionar los contratos de gestión con los centros asistenciales basados en resultados de salud y gestión de servicios	Contratos de gestión	Establecer un contrato de gestión supeditado a la asignación de recursos que establezca metas en función de resultados en salud de asegurados y gestión de servicios de salud
	40	Reducción del tiempo de espera y del número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica	Tiempo de espera para intervención quirúrgica. Número de pacientes pendientes de cirugías / Total de médicos	Reducir los indicadores a estándares históricos institucionales	Analizar e incorporar de manera continua las experiencias exitosas de atención primaria en salud en coordinación con la atención especializada	57	Implementar la estrategia de atención primaria en salud en los profesionales de la salud	Entrenamiento a tomadores de decisión en servicios de salud y a clínicos (personal médico)	Entrenar a no menos del 80% de tomadores de decisión y a no menos del 60% de personal médico clínico
Control de la estancia hospitalaria prolongada (no justificada)	41	Reducir el tiempo prolongado (sin justificación) de estancia hospitalaria para mejorar satisfacción del usuario y reducir costos	Tiempo de estancia prolongada en hospitalización	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS) y ajustados a realidad de hospitales de similares características		58	Establecer la organización de los servicios de salud basado en atención primaria y especializada en los centros asistenciales	Delimitar la organización de la oferta en función de servicios de atención primaria y especializada dentro de un centro asistencial	Centros asistenciales que sinceren y transparenten su oferta asistencial en función de atención primaria y especializada por servicio asistencial
	42	Reducir el tiempo prolongado (sin justificación) de estancia en áreas de cuidados críticos (UCI, UCIN, UVI)	Tiempo de estancia prolongada en hospitalización	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS) y ajustados a realidad de servicios críticos de similares características		59	Ampliar la oferta de servicios de salud a través de análisis beneficio-costo de utilizar oferta propia o contratada	Ampliar oferta de servicios	Optimizar el uso de la capacidad de la oferta asistencial

USUARIOS = 3
PROCESOS = 5
APREND.CREC = 8
TOTAL = 16

OE 4: REDUCIR LOS COSTOS DE LAS PRESTACIONES CON EFICIENCIA, INTERVENCIONES COSTO-EFECTIVAS Y AUMENTO DE LOS RESULTADOS EN SALUD

FINANCIERA	OBJETIVO	INDICADOR	META	
Reducción de los costos unitarios promedio de las prestaciones de salud	35	Determinar los costos por prestaciones del primer nivel de atención	Listado de costos de prestaciones del primer nivel de atención	Precisar en no menos del 90% los costos de los centros del primer nivel de atención
	36	Determinar los costos por tratamientos más frecuentes y EACS	Listado de costos de prestaciones de EACS en centros de atención especializados	Precisar en no menos del 70% los costos de los centros especializados asociados a EACS
	37	Mejora de la prestación farmacéutica	Volumen de recetas despachadas y medicamentos por receta	Reducir los indicadores a estándares históricos institucionales

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	
Control de demanda inducida, utilización innecesaria y prescripción injustificada	43	Atacar la demanda inducida en consulta externa	Porcentaje de Demanda Inducida en las Consultas Externas	Reducir a no más del 5% el número de consultas externas innecesarias
	44	Atacar la demanda inducida en la prescripción de medicamentos	Porcentaje de Prescripción Innecesaria de medicamentos	Reducir a no más del 5% el número de medicamentos prescritos innecesariamente
	45	Atacar la demanda inducida en los exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico	Porcentaje de Prescripción Innecesaria de exámenes de ayuda al diagnóstico	Reducir a no más del 10% el número de exámenes prescritos innecesariamente

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	
Evaluación económica en salud para determinar intervenciones costo-efectivas en atención primaria y atención especializada	46	Determinación de intervenciones costo-efectivas de prestaciones de salud para prioridades de salud	Implementación en los centros asistenciales	Implementación de la utilización de intervenciones costo-efectivas de las prioridades de salud en los centros asistenciales de Postas Médicas hasta Hospitales II
	47	Determinación de intervenciones costo-efectivas de prestaciones de salud para EACS	Implementación en los centros asistenciales	Implementación de la utilización de intervenciones costo-efectivas de las prioridades de salud en los Hospitales Nacionales y IV
	48	Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada	Procesos integrados y guías clínicas (única con enfoque de atención primaria y especializada)	Número de centros que usan guías clínicas integradas, unifican procesos con dos enfoques y sesionan permanentemente en búsqueda de mejora de efectividad y eficacia

**FINANCIERA = 3
PROCESOS = 9
APRENDIZAJE = 4
TOTAL = 16**

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	
Concordar los procesos de estimación de demanda y programación de la oferta sobre la base del financiamiento disponible	49	Concordar de manera única los procesos de estimación de la demanda, determinación de oferta, programación de recursos humanos y físicos (compras de bienes y servicios)	Implementación de proceso unificado y sistematizado de información de demanda-oferta y recursos	Implementación en los servicios de los centros asistenciales a nivel nacional
	50	Analizar y actualizar la dotación de personal	Dotación de recursos humanos por grupos de centros asistenciales de similares características	No más del 20% de brechas en la dotación de recursos humanos en grupos de centros de similares características y complejidad
	51	Analizar y actualizar la dotación de medicamentos, material médico, material de laboratorio y radiológico	Dotación de bienes estratégicos por grupos de centros asistenciales de similares características	No más del 20% de brechas en la dotación de bienes estratégicos en grupo de centros de similares características y complejidad

APRENDIZAJE	OBJETIVO	INDICADOR	META	
Aprender a gestionar y programar al personal asistencial en función de las necesidades de los asegurados	60	Motivar y comprometer al personal asistencial en procesos de cambio necesarios para beneficio de la Institución (asegurados y personal)	Implementación de plan de compromiso e identificación del personal con la Institución	Implementación en cada servicio de salud de cada centro asistencial
	61	Reasignar al personal asistencial en función de necesidades prioritizadas de salud	Número de médicos por 10,000 asegurados	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS) ajustado a complejidad de grupo de centros asistenciales
	62	Empoderar a los profesionales de la salud en la búsqueda de soluciones a problemas de rotación de personal, baja productividad y mal desempeño laboral	Implementación de plan de participación del personal en las decisiones de la gestión institucional	Implementación en cada servicio de salud de cada centro asistencial

APRENDIZAJE	OBJETIVO	INDICADOR	META
63	Introducir la Medicina Basada en Evidencias como parte de la formación continua del personal médico	Porcentaje de centros asistenciales que usan la MBE como parte de la resolución de casos	No menos del 80% de Hospitales Nacionales, IV y III incorporan la MBE en su práctica clínica

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011

MISIÓN	OBJETIVO	INDICADOR DE IMPACTO	META	INICIATIVA	
Administrar los riesgos de salud con el menor costo (riesgo financiero)	1	Reducir la brecha de inequidad en el gasto de centros asistenciales	Gasto anual de cada centro asistencial (En dólares)	Diferencia no mayor a 10% respecto del promedio del nivel del centro asistencial	Revisión de estructura comparada de gastos por centros asistenciales de similares características
	2	Reducir la brecha de inequidad en el gasto por usuario	Gasto anual por usuario de cada centro asistencial (En dólares)	Diferencia no mayor a 10% respecto del promedio del usuario que pertenece a un centro asistencial similar	Revisión de estructura comparada de gastos en función del número de asegurados que coberturan
	3	Reducir la brecha de dotación de médicos por centro asistencial	Dotación de médicos de cada centro asistencial (N° de médicos)	Diferencia no mayor a 20% respecto del promedio del nivel del centro asistencial	Revisión de la programación anual de horas de trabajo en función de la demanda que esperan atender. Se puede precisar el análisis por médico general y médico especialista

ASEGURADO	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	
Satisfacción del asegurado de pertenecer a EsSalud	4	Asegurado satisfecho de poseer un seguro de salud con EsSalud	Nivel de satisfacción de los asegurados	No menos del 80% de asegurados se encuentra satisfecho de poseer un seguro de salud	Sensibilizar a los empleadores y asegurados respecto de la importancia de asegurarse con EsSalud
	5	Asegurado percibe que la institución está mejor que antes	Nivel de percepción de los asegurados	No menos del 80% de asegurados percibe que la institución está mejor que antes	Plan de información y comunicación a los asegurados sobre acciones de mejora institucional
	6	Asegurado percibe que la cotización a EsSalud es razonablemente justa	Nivel de percepción de los asegurados	No menos del 50% de asegurados percibe que el aporte a EsSalud es razonablemente justa	Informes de rendición de cuentas a los empleadores y asegurados respecto del uso de los fondos

CRONOGRAMA					
2007	2008	2009	2010	2011	
Linea base y Plan de Acción	Implementación y Evaluación Parcial	Evaluación Parcial y ajuste 1	Evaluación Parcial y ajuste 2	Evaluación Parcial y ajuste 3	Evaluación Final
Linea base y Plan de Acción	Implementación y Evaluación Parcial	Evaluación Parcial y ajuste 1	Evaluación Parcial y ajuste 2	Evaluación Parcial y ajuste 3	Evaluación Final
Linea base y Método de Programación	Implementación y Evaluación Parcial	Evaluación Parcial y ajuste 1	Evaluación Parcial y ajuste 2	Evaluación Parcial y ajuste 3	Evaluación Final

CRONOGRAMA					
2007	2008	2009	2010	2011	
Diseño y aprobación de plan	Lanzamiento de campaña en empleadores	Lanzamiento de campaña en empleadores y centros asistenciales	Lanzamiento de campaña en empleadores y centros asistenciales	Evaluación Final y ajustes a las acciones planificadas	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín
Diseño y aprobación de material y boletín	Difusión trimestral de material en empleadores	Difusión trimestral de material en empleadores y centros asistenciales	Difusión trimestral de material en empleadores y centros asistenciales	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín
Diseño y aprobación de material informativo	Difusión semestral de material en empleadores	Difusión semestral de material en empleadores y centros asistenciales	Difusión semestral de material en empleadores y centros asistenciales	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011

FINANCIERA	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	
Siniestralidad positiva para el financiamiento de las inversiones	7	Los gastos por prestaciones de salud / Ingresos por Aportes descontado de gasto por prestaciones económicas, sociales, sede central e impuestos	Gasto por prestaciones de salud / Ingresos por Aportes descontado de gasto por prestaciones económicas, sociales, sede central e impuestos	No mayor del 80% en promedio anual	Determinar el nivel de Ingresos por Aportes Descontado o Neto para el financiamiento de las prestaciones de salud e inversiones
	8	Las inversiones en reposición, compra y mantenimiento de equipos se financian con los ingresos por aportes	Inversión en reposición, compra y mantenimiento de equipos / Ingresos por aportes descontado de prestaciones de salud, económica, social, sede central e impuestos	No menor del 5% en promedio anual	Establecer reglas de política financiera y presupuestal que establezca un porcentaje fijo de los ingresos por aportes para inversión de equipos no ligados a proyectos de inversión
	9	Las inversiones en obras ligadas a proyectos de inversión / Ingresos por aportes descontado de prestaciones de salud, económica, social, sede central e impuestos + Ganancias por Ingresos Financieros	Inversión en obras ligadas a proyectos de inversión / Ingresos por aportes descontado de prestaciones de salud, económica, social, sede central e impuestos + Ganancias por Ingresos Financieros	No menor del 5% en promedio anual	Establecer reglas de política financiera y presupuestal que establezca un porcentaje fijo de los ingresos totales para inversión de obras ligadas a proyectos de inversión

CRONOGRAMA					
2007	2008	2009	2010	2011	
Proyección de Ingresos por Aportes y Determinación de financiamiento efectivo para prestaciones de salud	Determinación de modelo económico predictor de ingresos por recaudación y gastos de operación	Determinación y proyección de gastos por prestaciones de salud	Determinación y proyección de gastos por prestaciones de salud	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín
Determinación de lineamientos de política financiera de inversiones de capital y fijación de los ingresos (regla)	Determinación de fondo de inversiones prioritarias no ejecutadas en ejercicios anteriores	Determinación de inversión prioritarias no ejecutadas en ejercicios anteriores	Determinación de inversión prioritarias no ejecutadas en ejercicios anteriores	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín
Establecer banco de proyectos de inversión actualizados y priorizados en función de necesidades de oferta asistencial	Determinación de modelo económico predictor de ganancias por inversiones financieras	Determinación de modelo económico predictor de ganancias por inversiones financieras	Determinación de modelo económico predictor de ganancias por inversiones financieras	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín	Evaluación Final y ajuste a los materiales y boletín

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Empoderar al asegurado sobre sus derechos y deberes	10	Potenciar la participación de los asegurados en el control de la gestión de los servicios de salud	Conformar consejos de representantes legítimos (votación) y ad-honorem de los asegurados por centro asistencial	Que no menos del 70% de Hospitales Nacionales y IV gestionen con la colaboración de los asegurados	Programa de involucramiento del asegurado en la buena marcha del centro asistencial	Diseño del programa sobre la base de experiencias exitosas	Implementación del programa en centros asistenciales	Implementación y evaluación del programa en centros asistenciales	Seguimiento y evaluación del programa en centros asistenciales	Seguimiento y evaluación final del programa en centros asistenciales
	11	Compartir la responsabilidad con el asegurado de fiscalizar el pago oportuno de los aportes por parte de sus empleadores (Fiscalizar las Cotizaciones)	Porcentaje de morosidad mayor a 90 días por parte de empleadores	No mayor al 10% en promedio anual	Programa de involucramiento del asegurado en la promoción del pago oportuno por parte su empleador	Diseño del programa sobre la base de experiencias exitosas	Implementación del programa en empleadores	Implementación del programa en empleadores	Implementación del programa en empleadores	Evaluación final y ajustes al programa
	12	Agrupar a los usuarios con EACS para que se apoyen en el control y manejo de su enfermedad y evitar complicaciones posteriores	Número de sesiones por grupo de asegurados con EACS que son guiados por personal del centro asistencial	Sesione cada grupo por lo menos una vez cada trimestre	Programa de control de riesgos de pacientes con EACS	Programa de control de riesgos de pacientes con EACS	Diseño del programa sobre la base de experiencias exitosas	Promoción de la conformación de grupos en los centros asistenciales	Promoción de la conformación de grupos en los centros asistenciales	Conformación de grupos en los centros asistenciales

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Identificación e información actualizada de los asegurados	13	Identificar beneficiarios de otros seguros públicos y privados	Información de beneficiarios del SIS, EPS y SCTR privados	Remitir mensualmente base de datos de: (1) SIS, (2) EPS, (3) SCTR (privados) y actualizar en sistema de acreditación de los centros asistenciales	Convenio de intercambio interinstitucional de información sobre beneficiarios con SEPS y MINSA en el marco de la Ley de Transparencia	Convenio con SIS (MNSA) y SEPS (EPS)	Incorporación de información en sistema de acreditación de los centros asistenciales	Creación de módulo de facturación a beneficiarios de SIS, EPS y SCTR (privados)		
	14	Atacar las filtraciones y suplantaciones	Porcentaje de filtraciones y suplantaciones en la base de datos de atendidos	Reducir a menos del 10% la cantidad de filtraciones y suplantaciones en prestaciones de EACS	Programa de auditoría y fiscalización de usuarios de los servicios que tratan EACS	Determinación de línea base y Definición de Programa de Control	Implementación, medición de resultados y ajuste 1	Implementación, medición de resultados y ajuste 2	Implementación, medición de resultados y ajuste 3	Implementación, medición final de resultados y ajuste 4
	15	Invertir en un sistema informático moderno de información y consulta centrado en información del asegurado	Implementación de sistema moderno de información	Implementar sistema de información y consulta de ingresos, gastos, consumos y perfil del asegurado en los centros asistenciales	Estudio de sistemas de información exitosos de consulta e información de asegurados en otros países	Diseño de sistema de información, Intercambio de experiencia	Implementación, evaluación de resultados y ajuste 1	Implementación, evaluación de resultados y ajuste 2	Implementación, evaluación de resultados y ajuste 3	Implementación, evaluación final de resultados y ajuste 4

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Control de los fallos de mercado de seguros de salud	16	Controlar la selección adversa	Uso de elementos de seguros para control de selección adversa en los centros asistenciales	Implementación de elementos de seguros en la atención de los servicios de salud de los centros asistenciales	Programa de control de la selección adversa basado en análisis de consumo de prestaciones de salud e ingreso de nuevos asegurados	Determinación de línea base y Definición de Programa	Diseño de programa e implementación	Evaluación, medición y ajuste 1	Evaluación, medición y ajuste 2	Evaluación, medición final y ajuste
	17	Controlar el riesgo moral	Uso de elementos de seguros para control y desincentivos al riesgo moral en los centros asistenciales	Implementación de elementos de seguros en la atención de los servicios de salud de los centros asistenciales	Programa de control de la selección adversa basado en análisis de siniestralidad de nuevos asegurados	Determinación de línea base y Definición de Programa	Diseño de programa e implementación	Evaluación, medición y ajuste 1	Evaluación, medición y ajuste 2	Evaluación, medición final y ajuste
	18	Auditar y Fiscalizar las prestaciones de salud otorgadas por los centros asistenciales para identificar malos diagnósticos y/o tratamientos inefectivos	Número de centros asistenciales auditados y fiscalizados para identificar malos diagnósticos y/o tratamientos inefectivos	Auditar las prestaciones de salud otorgadas por los centros asistenciales por lo menos 1 vez al año	Conformación de grupo mixto de auditores externos con experiencia e internos en etapa de aprendizaje	Programa de control de la selección adversa basado en análisis de siniestralidad de nuevos asegurados	Determinación de línea base y Definición de Programa	Diseño de programa e implementación	Evaluación, medición y ajuste 1	Evaluación, medición y ajuste 2

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación económica de los fallos de mercado de bienes, servicios e inversiones	19	Evaluación económica en salud de las compras de medicamentos. Seguimiento de los gastos farmacéuticos	Reducción de los precios relativos de las compras de medicamentos en relación al sector salud	Compra de medicamentos a precios por debajo de no menos del 10% del precio al por mayor	Conformación de área especializada en análisis de precios de medicamentos e insumos en el mercado. Programa de Negociación con Laboratorios. Compras conjuntas con el MINSA	Determinación de Estudio y Análisis de Mercado	Plan de negociación con proveedores	Implementación, evaluación de resultados y ajuste 1	Implementación, evaluación de resultados y ajuste 2	Implementación, evaluación final de resultados y ajuste
	20	Evaluación económica en salud de los servicios contratados de terceros	Reducción de los precios relativos de los servicios contratados	Compra de servicios por terceros por debajo de no menos del 20% del precio al por mayor	Programa de monitoreo e identificación de proveedores de servicios de salud	Determinación de Estudio y Análisis de Mercado	Plan de búsqueda de alternativas de proveedores	Implementación, evaluación de resultados y ajuste 1	Implementación, evaluación de resultados y ajuste 2	Implementación, evaluación final de resultados y ajuste
	21	Evaluación económica en salud de los proyectos de inversión	Análisis de evaluación económica en salud para la identificación de alternativas comparables (similar riesgo)	Eligir proyectos de inversión en salud con mayor retorno económico en el bienestar del asegurado y no sólo por criterios financieros	Programa de entrenamiento en evaluación económica en salud a las unidades de gestión y planificación de las redes asistenciales	Diseño del programa de entrenamiento y material	Desarrollo del programa de entrenamiento y material	Ejecución, revisión y ajuste por prioridades 1	Ejecución, revisión y ajuste por prioridades 2	Ejecución, revisión y ajuste final por prioridades

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Sistema de asignación de recursos y métodos de pago	22	Construir un sistema de contabilidad de costos hospitalarios	Implementación de sistema de contabilidad de costos hospitalarios	Implementación en la red de hospitales a nivel nacional	Diseño de un sistema de contabilidad de costos basados en las experiencias exitosas internacionales	Diseño de sistema de contabilidad de costos hospitalarios	Implementación de sistema de contabilidad de costos en H. Nac y IV	Implementación de sistema de contabilidad de costos Hospitalarios en H. III, II y I	Determinación de costos Hospitalarios en H. Nac y IV	Determinación de costos Hospitalarios en H. III, II y I
	23	Desarrollar un sistema de asignación de recursos de aseguradores (financiadores) hacia prestadores. De centros asistenciales hacia prestaciones de salud	Implementación de sistema de asignación de recursos	Implementación en la red de hospitales a nivel nacional	Diseño de un sistema de asignación de recursos basados en las experiencias exitosas internacionales	Diseño de sistema de asignación de recursos	Implementación de sistema de asignación de recursos			
	24	Construir métodos de pago a proveedores que incentiven y premien la eficiencia y efectividad	Implementación de métodos de pago a centros asistenciales por prestaciones de atención primaria y especializada	Implementación en la red de centros asistenciales a nivel nacional	Programa de premios e incentivos a la mejora de la eficiencia y efectividad clínica	Diseño de sistema de asignación de recursos basados en las experiencias exitosas internacionales	Diseño de sistema de asignación de recursos	Diseño de método de pago a H. Nac y IV	Implementación de método de pago a H. Nac y IV	Implementación de método de pago a H. III, II y I

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011

APRENDIZAJE	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Analizar las experiencias de aseguramiento en salud de incluidos y excluidos	25	Evaluar experiencias exitosas de gestión en instituciones de aseguramiento social en salud excluidos	Implementación de un programa de reformas legislativas y de regulación del sector de la seguridad social	(1) Lograr la aprobación del uso de elementos de seguros, acotar el plan de atenciones de salud, facultades para co-dirigir con SUNAT la recaudación y fiscalización. (2) Obligar la incorporación de todos los trabajadores del sector formal de la economía a la seguridad social	Formar frente común con los asegurados, personal y organismos internacionales para impulsar reformas y cambios institucionales con el aval del poder ejecutivo y legislativo	Sensibilización a los poderes del Estado sobre aprobación de propuesta legislativas de seguridad social en salud. Sensibilizar a trabajadores y asegurados sobre propuestas de reforma	Aprobación e instrumentalización de nuevo marco legal sobre seguridad social. Actualización de reglamentos de organización y funciones, así como directivas	Evaluación y ajuste de implementar reformas		
	26	Conocer las experiencias exitosas de aseguramiento social en salud del sector informal	Incorporar a nuevos grupos poblacionales del sector informal de la economía	Incrementar la cobertura de aseguramiento poblacional de manera autosostenible financieramente y desde el punto de vista de la oferta asistencial (plantas) y que represente por lo menos 10% del total de asegurados	Programa internacional de experiencias exitosas de incorporación a excluidos con resultados de autosostenibilidad y crecimiento	Congreso internacional de intercambio de experiencias	Estudio de mercado y Disponibilidad de Pago de Excluidos	Propuesta de Aseguramiento Masivo de Excluidos	Lanzamiento de Programa de Aseguramiento Masivo	Evaluación y medición de cobertura poblacional
	27	Evaluar experiencias exitosas de control de fallos de mercado y de gobierno por parte de instituciones públicas y privadas	Diseñar plan de acciones de control de fallos de mercado, de gobierno y regulatorios de EsSalud	Incorporar nuevas estrategias y acciones para el control de fallos en los centros asistenciales	Programa internacional de experiencias exitosas de reducción y control al mínimo de fallos de mercado, gobierno y regulatorios en sistemas de salud	Congreso internacional de intercambio de experiencias y Plan de Acciones Inmediatas	Congreso internacional de intercambio de experiencias y Plan de Acciones Inmediatas	Implementación, medición, evaluación y ajuste 1	Medición, evaluación y ajuste 2	Medición, evaluación y ajuste 3

CRECIMIENTO	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Fortalecer las capacidades de ejercer la función de aseguramiento social en salud	28	Capacitar al personal ejecutivo y operativo en el desarrollo de la función de aseguramiento en salud para que participe en la gestión y toma de decisiones	Porcentaje de capacitación del total de funcionarios y profesionales	Entrenar a no menos del 80% de funcionarios y no menos del 80% de profesionales que participan en el desarrollo de la función de aseguramiento	Programa interno de propuestas exitosas de innovación y aporte de valor para la Institución	Diseño de programa	Lanzamiento del programa	Evaluación del programa y ajuste 1	Evaluación del programa y ajuste 2	Evaluación final del programa y ajuste
	29	Perfeccionar los controles de gestión con la unidad estratégica prestadora basada en resultados de salud de los asegurados	Contratos de Gestión	Implementación de contratos de gestión entre la división de aseguramiento y prestaciones	Programa interno de premiación a redes asistenciales que demuestran mayor esfuerzo por aportar valor y desempeño institucional	Diseño de programa	Lanzamiento del programa	Evaluación del programa y ajuste 1	Evaluación del programa y ajuste 2	Evaluación final del programa y ajuste
	30	Potenciar el sistema de información de los asegurados	Sistema de información centrado en el asegurado	Implementación en los centros asistenciales a nivel nacional	Prioridad a la fase de diseño que integre necesidades de información del asegurado por parte de aseguradores, prestadores y entidades externas	Evaluación comparada de sistemas de información exitosos internacionalmente	Diseño e Inversión en sistemas de información	Implementación de sistema de información y ajuste 1	Evaluación, mantenimiento y ajuste a sistema de información	

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

MISIÓN	OBJETIVO	INDICADOR DE IMPACTO	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Brindar servicios de salud prioritarios con integridad y excelencia	1	Incrementar la satisfacción del usuario por servicios de salud (ambulatorio, hospitalización, cirugías, ayuda al diagnóstico)	Nivel de satisfacción del asegurado que usa los servicios de salud de los centros asistenciales	Se mantenga en promedio con el mínimo aprobatorio y en tendencia creciente	Se determine una metodología única, marco muestral y línea base para realizar las comparaciones en el tiempo	Diseño y aplicación de encuesta. Determinación de Línea Base	Medición y comparación de resultados 1	Medición y comparación de resultados 2	Medición y comparación de resultados 3	Medición y comparación de resultados 4

ASEGURADO	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Mejora en el nivel de bienestar en salud de los asegurados	32	Reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad de las prioridades de salud	Indicador de morbilidad y mortalidad	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS)	Anualmente se debe determinar las metas esperadas	Determinación de línea base	Evaluación y medición 1	Evaluación y medición 2	Evaluación y medición 3	Evaluación y medición final
	33	Reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad de las EACS	Indicador de morbilidad y mortalidad	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS)	Anualmente se debe determinar las metas esperadas	Determinación de línea base	Evaluación y medición 1	Evaluación y medición 2	Evaluación y medición 3	Evaluación y medición final
	34	Reducción del número de complicaciones de pacientes / total de pacientes con enfermedades crónicas	Número de complicaciones de pacientes / total de pacientes con enfermedades crónicas	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS)	Anualmente se debe determinar las metas esperadas	Determinación de línea base	Evaluación y medición 1	Evaluación y medición 2	Evaluación y medición 3	Evaluación y medición final

FINANCIERA	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Reducción de los costos unitarios promedio de las prestaciones de salud	35	Determinar los costos por prestaciones de salud del primer nivel de atención	Listado de costos de prestaciones del primer nivel de atención	Precisar en no menos del 90% los costos de los centros del primer nivel de atención	Complementar con acciones de ajuste a método de pago a prestadores del primer nivel de atención por prestaciones de salud	Estimación de costos de primer nivel de atención	Estimación y Ajuste 1	Estimación y Ajuste 2	Determinación de costos reales basados en contabilidad de costos	
	36	Determinar los costos por tratamientos más frecuentes y EACS	Listado de costos de prestaciones de EACS en centros de atención especializados	Precisar en no menos del 70% los costos de los centros especializados asociados a EACS	Complementar con acciones de ajuste a método de pago a prestadores de centros asistenciales altamente especializados	Estimación de costos hospitalarios de prestaciones de salud de más alto consumo	Estimación y Ajuste 1	Estimación y Ajuste 2	Estimación y Ajuste 3	Determinación de costos reales basados en contabilidad de costos
	37	Mejora de la prestación farmacéutica	Volumen de recetas despachadas y medicamentos por receta	Reducir los indicadores a estándares históricos institucionales	Se debe analizar en función del comportamiento de los últimos 10 años, mejoras en efectividad de tratamientos y comparar entre pacientes con similar diagnóstico	Evaluación de comportamiento de consumo de medicamentos	Sistema de seguimiento y monitoreo de prescripción por médico y por grupos de pacientes (similar dx)	Evaluación y ajuste 1	Evaluación y ajuste 2	Evaluación y ajuste final

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Gestión del periodo de espera para la atención en consulta externa cirugías	38	Priorizar las atenciones de consulta externa en función del estado de salud del asegurado	Sistema de Citas para pacientes de Alto Riesgo	Implementar sistema de citas para asegurados con diagnóstico de patologías de alto riesgo y que requieren control permanente	Programar parte de la oferta de servicios de salud especializado (visión integral) para la atención de este tipo de pacientes	Diseño del programa	Implementación del programa, evaluación y ajuste 1	Evaluación y ajuste 2	Evaluación y ajuste 3	Evaluación final y ajuste
	39	Reducción del tiempo de espera y del número de pacientes pendientes de consulta por el médico	Tiempo de espera entre cita y cita. Número de pacientes pendientes de consulta / Total de médicos	Reducir los indicadores a estándares históricos institucionales	Programa de Gestión de Lista de Espera e Integración de Servicios de Salud	Diseño del programa	Implementación del programa, evaluación y ajuste 1	Evaluación y ajuste 2	Evaluación y ajuste 3	Evaluación final y ajuste
	40	Reducción del tiempo de espera y del número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica	Tiempo de espera para intervención quirúrgica. Número de pacientes pendientes de cirugías / Total de médicos	Reducir los indicadores a estándares históricos institucionales	Programa de Gestión de Lista de Espera e Integración de Servicios de Salud	Diseño del programa	Implementación del programa, evaluación y ajuste 1	Evaluación y ajuste 2	Evaluación y ajuste 3	Evaluación final y ajuste

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Control de la estancia hospitalaria prolongada (no justificada)	41	Reducir el tiempo prolongado (sin justificación) de estancia hospitalaria para mejorar satisfacción del usuario y reducir costos	Tiempo de estancia prolongada en hospitalización	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS) y ajustados a realidad de hospitales de similares características	Definir técnica e institucionalmente la definición de estancia prolongada (número de días en función de grupos de casos)	Definición y cálculo de estancia prolongada. Determinación de estándares institucionales	Diseño e implementación de programa con asesoría internacional	Evaluación y medición de indicador, establecer metas parciales- anuales	Evaluación y medición de indicador, establecer metas parciales- anuales	Evaluación y medición final
	42	Reducir el tiempo prolongado (sin justificación) de estancia en áreas de cuidados críticos (UCI, UCI, UVI)	Tiempo de estancia prolongada en hospitalización	Reducir los indicadores a estándares sugeridos por OPS (OMS) y ajustados a realidad de servicios críticos de similares características	Definir técnica e institucionalmente la definición de estancia prolongada (número de días en función de grupos de casos)	Definición y cálculo de estancia prolongada. Determinación de estándares institucionales	Diseño e implementación de programa con asesoría internacional	Evaluación y medición de indicador, establecer metas parciales- anuales	Evaluación y medición de indicador, establecer metas parciales- anuales	Evaluación y medición final

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Control de demanda inducida, utilización innecesaria y prescripción injustificada	43	Atacar la demanda inducida en consulta externa	Porcentaje de Demanda Inducida en las Consultas Externas	Reducir a no más del 5% el número de consultas externas innecesarias	Programa de gestión y control de la demanda inducida en cada uno de los servicios ambulatorios	Diseño del programa	Implementación del programa, evaluación y ajuste 1	Evaluación y ajuste 2	Evaluación y ajuste 3	Evaluación final y ajuste
	44	Atacar la demanda inducida en la prescripción de medicamentos	Porcentaje de Prescripción innecesaria de medicamentos	Reducir a no más del 5% el número de medicamentos prescritos innecesariamente	Programa de gestión y control de la prescripción de medicamentos en cada uno de los servicios ambulatorios	Diseño del programa	Implementación del programa, evaluación y ajuste 1	Evaluación y ajuste 2	Evaluación y ajuste 3	Evaluación final y ajuste
	45	Atacar la demanda inducida en los exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico	Porcentaje de Prescripción innecesaria de exámenes de ayuda al diagnóstico	Reducir a no más del 10% el número de exámenes prescritos innecesariamente	Programa de gestión y control de la prescripción de exámenes de ayuda al diagnóstico en cada uno de los servicios ambulatorios	Diseño del programa	Implementación del programa, evaluación y ajuste 1	Evaluación y ajuste 2	Evaluación y ajuste 3	Evaluación final y ajuste

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación económica en salud para determinar intervenciones costo-efectivas en atención primaria y atención especializada	46	Determinación de intervenciones costo-efectivas de prestaciones de salud para prioridades de salud	Implementación en los centros asistenciales	Implementación de la utilización de intervenciones costo-efectivas de las prioridades de salud en los centros asistenciales de Postes Médicas hasta Hospitales II	Realizar estudio de carga global de enfermedad. Y complementar con estudio de costos y efectividad de las intervenciones en salud	Selección de proveedor internacional para elaborar estudio de carga y firma de convenio	Estudio y resultados de estudio de carga global de enfermedad			
	47	Determinación de intervenciones costo-efectivas de prestaciones de salud para EACS	Implementación en los centros asistenciales	Implementación de la utilización de intervenciones costo-efectivas de las prioridades de salud en los Hospitales Nacionales e IV	Realizar estudio de carga global de enfermedad y evaluación de tecnologías en salud asociado a nuevos tratamientos o trasplantes	Selección de proveedor internacional para elaborar estudio de carga y firma de convenio	Estudio y resultados de estudio de carga global de enfermedad			
	48	Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada	Procesos integrados y guías clínicas únicas con enfoque de atención primaria y especializada	Número de centros que usan guías clínicas integradas, unifican procesos con dos enfoques y asientan permanentemente en búsqueda de mejora de efectividad y eficacia	Elaborar guías clínicas y protocolos que establezcan dos enfoques en prestaciones de salud. Reuniones permanentes de evaluación de efectividad y eficacia de las intervenciones	Diseño de guías clínicas de prestaciones de salud prioritarias	Implementación y ajuste 1	Implementación y ajuste 2	Implementación y ajuste 3	Implementación y ajuste final

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Concordar los procesos de estimación de demanda y programación de la oferta sobre la base del financiamiento disponible	49	Concordar de manera única los procesos de estimación de la demanda, determinación de oferta, programación de recursos humanos y físicos (compras de bienes y servicios)	Implementación de proceso unificado y sistematizado de información de demanda-oferta y recursos	Implementación en los servicios de los centros asistenciales a nivel nacional	Complementar con programa de entrenamiento al personal médico en procesos y procedimientos de programación. Asignación de responsabilidades de jefes de servicio y departamento para que asuman como instrumento de gestión del servicio asistencial	Congreso de experiencias internacionales y propuesta institucional	Implementación, evaluación y ajuste 1	Implementación, evaluación y ajuste 2	Implementación, evaluación y ajuste 3	Implementación, evaluación y ajuste final
	50	Analizar y actualizar la dotación de personal	Dotación de recursos humanos por grupos de centros asistenciales de similares características	No más del 20% de brechas en la dotación de recursos humanos en grupos de centros de similares características y complejidad	Forma parte del compromiso de personal asistencial y el tema de búsqueda de soluciones a los problemas laborales	Congreso de experiencias internacionales y propuesta institucional	Implementación, evaluación y ajuste 1	Implementación, evaluación y ajuste 2	Implementación, evaluación y ajuste 3	Implementación, evaluación y ajuste final
	51	Analizar y actualizar la dotación de medicamentos, material médico, material de laboratorio y radiológico	Dotación de bienes estratégicos por grupos de centros asistenciales de similares características	No más del 20% de brechas en la dotación de bienes estratégicos en grupo de centros de similares características y complejidad	Forma parte del control de inventarios, distribución y almacenamiento de los bienes en los centros asistenciales	Congreso de experiencias internacionales y propuesta institucional	Implementación, evaluación y ajuste 1	Implementación, evaluación y ajuste 2	Implementación, evaluación y ajuste 3	Implementación, evaluación y ajuste final

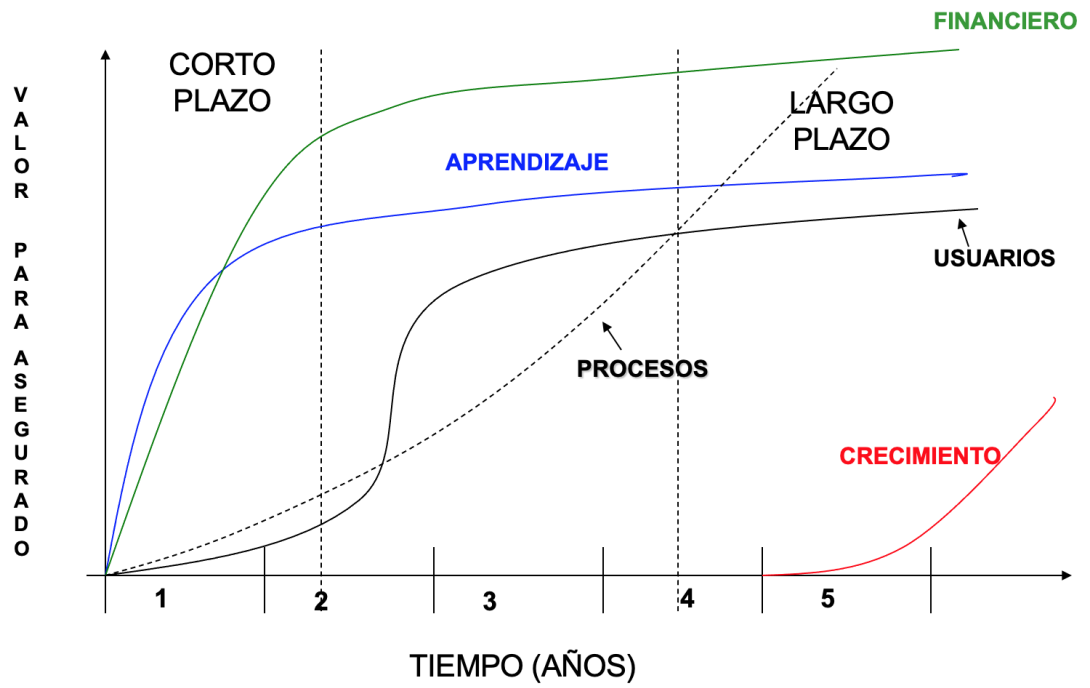
CRECIMIENTO	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Realizar intervenciones costo-efectivas fuera del centro asistencial a los asegurados no usuarios	52	Extender la intervención en salud hacia la población asegurada que no demanda servicios de salud para reducir riesgos de enfermarse con oportunidad	Campañas de intervención costo-efectivas a población asegurada no usuaria (derechohabientes)	Intervención costo-efectivamente en salud en por lo menos al 20% de la población asegurada no usuaria	Programa de prevención y promoción costo-efectiva para reducir riesgos de enfermarse y complicaciones de los asegurados	Congreso de experiencias internacionales y propuesta de intervención institucional	Implementación, evaluación y ajuste 1	Implementación, evaluación y ajuste 2	Implementación, evaluación y ajuste 3	Implementación, evaluación y ajuste final
	53	Extender la intervención en salud en los empleadores con grandes concentraciones de asegurados o con alto reporte de riesgos laborales	Campañas de intervención costo-efectivas a población asegurada no usuaria (titulares). Se realizará en empleadores	Intervención costo-efectivamente en salud en por lo menos al 20% de la población asegurada no usuaria	Programa de prevención y promoción de prácticas para reducir riesgos de enfermarse, laborales y complicaciones de los asegurados	Congreso de experiencias internacionales y propuesta de intervención institucional	Implementación, evaluación y ajuste 1	Implementación, evaluación y ajuste 2	Implementación, evaluación y ajuste 3	Implementación, evaluación y ajuste final

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

APRENDIZAJE	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Analizar las experiencias innovadoras de servicios de salud	54	Introducir mentalidad estratégica y de gestión en los tomadores de decisiones de los centros asistenciales	Entrenamiento al personal tomador de decisión	Entrenar y evaluar a no menos del 70% de personal gestor (jefe de servicio o departamento)	Programa de replicas para extender y reforzar beneficios, Programa de seguimiento de aplicación de talleres	Diseño del programa	Entrenamiento 1	Entrenamiento 2	Entrenamiento 3	Entrenamiento 4
	55	Introducir mentalidad de costos en relación con efectividad en los profesionales de la salud (clínicos) y potenciar su participación en la gestión	Entrenamiento del personal médico (clínico)	Entrenar y evaluar a no menos del 50% de personal médico clínico	Programa de replicas para extender y reforzar beneficios, Programa de seguimiento de aplicación de talleres	Diseño del programa	Entrenamiento 1	Entrenamiento 2	Entrenamiento 3	Entrenamiento 4
	56	Perfeccionar los contratos de gestión con los centros asistenciales basados en resultados de salud y gestión de servicios	Contratos de gestión	Establecer un contrato de gestión expedido a la asignación de recursos que establezca metas en función de resultados en salud de asegurados y gestión de servicios de salud	Intercambiar experiencias de otros países. Articular o concordar con procesos de Asignación de Recursos y Méritos de Pago a Prestadores de Salud	Congreso de experiencias internacionales y propuesta de intervención institucional	Implementación de convenio y ajuste 1	Implementación de convenio y ajuste 2	Implementación de convenio y ajuste 3	Implementación de convenio y ajuste final

APRENDIZAJE	OBJETIVO	INDICADOR	META	INICIATIVA	CRONOGRAMA					
					2007	2008	2009	2010	2011	
Analizar e incorporar de manera continua las experiencias exitosas de atención primaria en salud en coordinación con la atención especializada	57	Implementar la estrategia de atención primaria en salud en los profesionales de la salud	Entrenamiento a tomadores de decisión en servicios de salud y a clínicos (personal médico)	Entrenar a no menos del 80% de tomadores de decisión y a no menos del 60% de personal médico clínico	Fomentar un programa de replicas para generar mayor impacto como resultado de capacitación y generar espacios de ajuste en función de práctica diaria	Congreso de experiencias internacionales y propuesta de intervención institucional	Implementación de convenio y ajuste 1	Implementación de convenio y ajuste 2	Implementación de convenio y ajuste 3	Implementación de convenio y ajuste final
	58	Establecer la organización de los servicios de salud basado en atención primaria y especializada en los centros asistenciales	Delimitar la organización de la oferta en función de servicios de atención primaria y especializada dentro de un centro asistencial	Centros asistenciales que sinceran y transparentan su oferta asistencial en función de atención primaria y especializada por servicio asistencial	Programa de transparencia de capacidad de oferta e intervención a través de atención primaria y especializada	Congreso de experiencias internacionales y propuesta de intervención institucional	Propuesta organizacional e implementación de cambios organizacionales por servicio asistencial	Implementación de cambios organizacionales por servicio asistencial	Evaluación y ajuste 1	Evaluación y ajuste final
	59	Ampliar la oferta de servicios de salud a través de análisis beneficio-costo de utilizar oferta propia o contratada	Ampliar oferta de servicios	Optimizar el uso de la capacidad de la oferta asistencial	Estudio para determinar ampliación de capacidad instalada ociosa o contratación de prestadores externos en función de ámbito geográfico y cobertura poblacional	Determinación de capacidad de planta ociosa y cruce de información con demanda priorizada	Evaluación de alternativas de ampliación de oferta propia o contratada	Ampliación de oferta		

IMPLANTACIÓN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS



Anexo 27. Información del presupuesto del Plan Estratégico

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011									
MISIÓN	OBJETIVO	DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO	
			2007	2008	2009	2010	2011		
Administrar los riesgos de salud con el menor costo (riesgo financiero)	1	Reducir la brecha de inequidad en el gasto de centros asistenciales	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	25,000	10,000	10,000	10,000	10,000	02 funcionarios en primer año (diseño) y 01 para monitoreo anual (Costo anual aprox. US\$1,000) x 10 meses
	2	Reducir la brecha de inequidad en el gasto por usuario	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	25,000	10,000	10,000	10,000	10,000	02 funcionarios en primer año (diseño) y 01 para monitoreo anual (Costo anual aprox. US\$1,000) x 10 meses
	3	Reducir la brecha de dotación de médicos por centro asistencial	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	25,000	10,000	10,000	10,000	10,000	02 funcionarios en primer año (diseño) y 01 para monitoreo anual (Costo anual aprox. US\$1,000) x 10 meses

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011									
ASEGURADO	OBJETIVO	DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO	
			2007	2008	2009	2010	2011		
Satisfacción del asegurado de pertenecer a EsSalud	4	Asegurado satisfecho de poseer un seguro de salud con EsSalud	Aplicación de encuesta con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	20,000	20,000	20,000	20,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000) x 10 meses
	5	Asegurado perciba que la Institución está mejor que antes	Aplicación de encuesta con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	60,000	60,000	60,000	60,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material estimado US\$ 50,000. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7. x 10 meses
	6	Asegurado perciba que la cotización a EsSalud es razonablemente justa	Aplicación de encuesta con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	40,000	40,000	40,000	40,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material estimado US\$ 30,000. x 10 meses

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011									
FINANCIERA	OBJETIVO	DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO	
			2007	2008	2009	2010	2011		
Siniestralidad positiva para el financiamiento de las inversiones	7	Los gastos por prestaciones de salud sean menores al financiamiento disponible	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	30,000	30,000			01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para evaluación y dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000). X 10 meses
	8	Las inversiones en reposición, compra y mantenimiento de equipos se financian con los ingresos por aportes	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	30,000	40,000				01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7. x 10 meses
	9	Las inversiones en obras ligadas a proyectos de inversión se financian con los excedentes del ejercicio anterior más las ganancias de los ingresos financieros	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	20,000	30,000				01 jefe división en primer año (ordenamiento) y 02 funcionarios para evaluación y dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000) y 02 asistentes (US\$ 500). X 10 meses

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011									
PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO	
			2007	2008	2009	2010	2011		
Empoderar al asegurado sobre sus derechos y deberes	10	Potenciar la participación de los asegurados en el control de la gestión de los servicios de salud	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	40,000	50,000	50,000	50,000	50,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$ 30,000. A partir de año 2 se incorpora un segundo funcionario
	11	Compartir la responsabilidad con el asegurado de fiscalizar el pago oportuno de los aportes por parte de sus empleadores (Fiscalizar las Cotizaciones)	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$ 30,000. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7
	12	Agrupar a los usuarios con EACS para que se autoayuden en el control y manejo de su enfermedad y evitar complicaciones posteriores	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	40,000	50,000	50,000	50,000	50,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$ 40,000. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011									
PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO	DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO	
			2007	2008	2009	2010	2011		
Identificación e información actualizada de los asegurados	13	Identificar beneficiarios de otros seguros públicos y privados	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	40,000	40,000			01 jefe división en primer año (recopilación) y 02 funcionarios y 02 profesionales informáticos para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000) x 10 meses
	14	Atacar las filtraciones y suplantaciones	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	50,000	15,000	15,000	15,000	15,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7
	15	Invertir en un sistema informático moderno de información y consulta centrado en información del asegurado	Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	50,000	15,000	15,000	15,000	15,000	03 funcionarios informáticos (diseño) y 01 profesional a cargo en todos los años. X 10 meses

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO
Control de los fallos de mercado de seguros de salud	16 Controlar la selección adversa
	17 Controlar el riesgo moral
	18 Auditar y Fiscalizar las prestaciones de salud otorgadas por los centros asistenciales sobre la base de información en historia clínica

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	10,000	50,000	15,000	15,000	15,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	10,000	50,000	15,000	15,000	15,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	10,000	50,000	15,000	15,000	15,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material.

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO
Evaluación económica de las compras de bienes, servicios e inversiones	19 Evaluación económica en salud de las compras de medicamentos. Seguimiento de los gastos farmacéuticos
	20 Evaluación económica en salud de los servicios contratados de terceros
	21 Evaluación económica en salud de los proyectos de inversión

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	20,000	10,000	10,000	10,000	10,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	30,000	10,000	10,000	10,000	10,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	30,000	10,000	10,000	10,000	10,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material.

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO
Sistema de asignación de recursos y métodos de pago	22 Construir un sistema de contabilidad de costos hospitalarios
	23 Desarrollar un sistema de asignación de recursos de aseguradores (financiadores) hacia prestadores. De centros asistenciales hacia prestaciones de salud
	24 Construir métodos de pago a proveedores que incentiven y premien la eficiencia y efectividad

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	100,000	80,000	80,000	80,000		01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	60,000	20,000				01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros			60,000	20,000	20,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$ 40,000 y 10,000 año 4 y 5

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE ASEGURAMIENTO: 2007-2011

APRENDIZAJE	OBJETIVO
Analizar las experiencias de aseguramiento en salud de incluidos y excluidos	25 Evaluar experiencias exitosas de gestión en instituciones de aseguramiento social en salud
	26 Conocer las experiencias exitosas de aseguramiento social en salud del sector informal
	27 Evaluar experiencias exitosas de control de fallos de mercado y de gobierno por parte de instituciones públicas y privadas

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	20,000	10,000	10,000			01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	20,000	5,000	5,000	5,000	5,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	20,000	5,000	5,000	5,000	5,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material.

CRECIMIENTO	OBJETIVO
Fortalecer las capacidades de ejercer la función de aseguramiento social en salud	28 Capacitar al personal ejecutivo y operativo en el desarrollo de la función de aseguramiento en salud para que participe en la gestión y toma de decisiones
	29 Perfeccionar los contratos de gestión con la unidad estratégica prestadora basada en resultados de salud de los asegurados
	30 Potenciar el sistema de información de los asegurados

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	80,000	20,000	20,000	20,000	20,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	20,000	10,000	10,000	10,000	10,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	25,000	350,000	100,000	100,000		01 funcionario y 01 equipo de asesoría informática (año 2 fase diseño). Gasto en material y servicios por implementar US\$ 90,000 anuales.

MISIÓN	OBJETIVO
Brindar servicios de salud prioritarios con integralidad y excelencia	1 Incrementar la satisfacción del usuario por servicios de salud (ambuladorio, hospitalización, cirugías, ayuda al diagnóstico)

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	5,000	5,000	5,000	5,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)

ASEGURADO	OBJETIVO
Mejora en el nivel de bienestar en salud de los asegurados	32 Reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad de las prioridades de salud
	33 Reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad de las EACS
	34 Reducción del número de complicaciones de los pacientes con enfermedades crónicas

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	5,000	5,000	5,000	5,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	5,000	5,000	5,000	5,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado y programa TV en Canal 7
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	5,000	5,000	5,000	5,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material.

FINANCIERA	OBJETIVO
Reducción de los costos unitarios promedio de las prestaciones de salud	35 Determinar los costos por prestaciones de salud del primer nivel de atención
	36 Determinar los costos por tratamientos más frecuentes y EACS
	37 Mejora de la prestación farmacéutica

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	5,000	5,000	5,000	5,000		01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$2,000 x 3 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	7,000	7,000	7,000	7,000	7,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$2,000 x 4 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	7,000	7,000	7,000	7,000	7,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$2,000 x 4 meses

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO
Gestión del periodo de espera para la atención en consulta externa cirugías	38 Priorizar las atenciones de consulta externa en función del estado de salud del asegurado
	39 Reducción del tiempo de espera y del número de pacientes pendientes de consulta por el médico
	40 Reducción del tiempo de espera y del número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	7,000	15,000	15,000	15,000	15,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	7,000	15,000	15,000	15,000	15,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$ 5000. Ahorro por difusión en circuito cerrado e intranet
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	7,000	15,000	15,000	15,000	15,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material.

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO
Control de la estancia hospitalaria prolongada (no justificada)	41 Reducir el tiempo prolongado (sin justificación) de estancia hospitalaria para mejorar satisfacción del usuario y reducir costos
	42 Reducir el tiempo prolongado (sin justificación) de estancia en áreas de cuidados críticos (UCI, UCIN, UVI)

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	7,000	60,000	6,000	6,000	6,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	7,000	60,000	6,000	6,000	6,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$ 50,000 en año 2 y un jefe de división x 3 meses

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO
Control de demanda inducida, utilización innecesaria y prescripción injustificada	43 Atacar la demanda inducida en consulta externa
	44 Atacar la demanda inducida en la prescripción de medicamentos
	45 Atacar la demanda inducida en los exámenes auxiliares de ayuda al diagnóstico

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	17,000	46,000	46,000	46,000	46,000	01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	17,000	46,000	46,000	46,000	46,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$ 36,000
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	17,000	46,000	46,000	46,000	46,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US\$ 36,000

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO
Evaluación económica en salud para determinar intervenciones costo-efectivas en atención primaria y atención especializada	46 Determinación de intervenciones costo-efectivas de prestaciones de salud para prioridades de salud
	47 Determinación de intervenciones costo-efectivas de prestaciones de salud para EACS
	48 Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	5,000	75,000				01 jefe división en primer año (aplicación) y 02 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	5,000	75,000				01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. Ahorro por difusión en circuito cerrado
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	10,000	55,000	55,000	55,000	55,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material US \$ 45,000 x 10 meses

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

PROCESOS INTERNOS	OBJETIVO
Concordar los procesos de estimación de demanda y programación de la oferta sobre la base del financiamiento disponible	49 Concordar de manera única los procesos de estimación de la demanda, determinación de oferta, programación de recursos humanos y físicos (compras de bienes y servicios)
	50 Analizar y actualizar la dotación de personal
	51 Analizar y actualizar la dotación de medicamentos, material médico, material de laboratorio y radiológico

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	20,000	125,000	125,000	125,000	125,000	04 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en entrenamiento al personal médico (US\$ 85,000) x 10 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	20,000	95,000	95,000	95,000	95,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material y entrenamiento US\$ 75,000 jefes de servicio y personal médico
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	20,000	10,000	10,000	10,000	10,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material.

CRECIMIENTO	OBJETIVO
Realizar intervenciones costo-efectivas fuera del centro asistencial a los asegurados no usuarios	52 Extender la intervención en salud hacia la población asegurada que no demanda servicios de salud para reducir riesgos de enfermarse con oportunidad
	53 Extender la intervención en salud en los empleadores con grandes concentraciones de asegurados o con alto reporte de riesgos laborales

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	20,000	150,000	150,000	150,000	150,000	05 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en entrenamiento a los 36,000 trabajadores (US\$ 100,000) x 10 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	20,000	95,000	95,000	95,000	95,000	03 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en entrenamiento a los 36,000 trabajadores (US\$ 65,000) x 10 meses

APRENDIZAJE	OBJETIVO
Analizar las experiencias de gestión clínica innovadoras de servicios de salud	54 Introducir mentalidad estratégica y de gestión en los tomadores de decisiones de los centros asistenciales
	55 Introducir mentalidad de costos en relación con efectividad en los profesionales de la salud (clínicos) y potenciar su participación en la gestión
	56 Perfeccionar los contratos de gestión con los centros asistenciales basada en resultados de salud y gestión de servicios

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	15,000	150,000	150,000	150,000	150,000	05 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en entrenamiento a los 36,000 trabajadores (US\$ 100,000) x 10 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	15,000	150,000	150,000	150,000	150,000	05 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en entrenamiento a los 36,000 trabajadores (US\$ 100,000) x 10 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	25,000	5,000	5,000	5,000	5,000	01 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material. X 5 meses

APRENDIZAJE	OBJETIVO
Analizar e incorporar de manera continua las experiencias exitosas de atención primaria en salud en coordinación con la atención especializada	57 Implementar la estrategia de atención primaria en salud en los profesionales de la salud
	58 Establecer la organización de los servicios de salud basado en atención primaria y especializada en los centros asistenciales
	59 Ampliar la oferta de servicios de salud a través de análisis beneficio-costos de utilizar oferta propia o contratada

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	15,000	85,000	85,000	85,000	85,000	03 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material a 36,000 trabajadores (US\$ 65,000) x 10 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	01 funcionario y 01 consultor a cargo en todos los años. X 5 meses. (US\$ 1000)
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	15,000	15,000	10,000			01 funcionario a cargo en todos los años. X 10 meses

APRENDIZAJE	OBJETIVO
Aprender a gestionar y programar al personal asistencial en función de las necesidades de los asegurados	60 Motivar y comprometer al personal asistencial en procesos de cambio necesarios para beneficio de la institución (asegurados y personal)
	61 Reasignar al personal asistencial en función de necesidades priorizadas de salud
	62 Empoderar a los profesionales de la salud en la búsqueda de soluciones a problemas de rotación de personal, baja productividad y mal desempeño laboral

PLAN ESTRATÉGICO DE LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE PRESTACIONES: 2007-2011

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	75,000	75,000	75,000	75,000	75,000	03 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material a 36,000 trabajadores (US\$ 55,000) x 10 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla)	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	01 funcionario a cargo en todos los años. X 10 meses
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	75,000	75,000	75,000	75,000	75,000	03 funcionario a cargo en todos los años. Gasto en material a 36,000 trabajadores (US\$ 55,000) x 10 meses

APRENDIZAJE	OBJETIVO
Aprender a través de Evidencias como mejoran la efectividad de las intervenciones en salud de las EACS	63 Introducir la Medicina Basada en Evidencias como parte de la formación continua del personal médico

DETALLE	PRESUPUESTO					SUSTENTO
	2007	2008	2009	2010	2011	
Evaluación con recursos propios (horas hombre a costo de planilla) y asesoría de terceros	10,000	5,000	5,000	5,000	5,000	01 funcionario en año 1 (aplicación) y 01 funcionarios para dirección anual (Costo anual aprox. US\$1,000) x 10 meses año 1 y 5 meses año 2

Nota biográfica

Alberto Barrenechea Pastor

Nació en (Lima), el 30 de julio de 1973. Economista graduado en la Universidad del Pacífico. Cursó estudios de Economía y Reforma en los Sistemas de Salud y Seguridad Social, en el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES-CEPAL) y sobre Análisis de Sistemas de Salud, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Cuenta con más de 09 años de experiencia laboral y docente en el área de economía aplicada a la salud. Fue profesor del Centro de Desarrollo Gerencial de la Universidad del Pacífico y de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

En la actualidad, se desempeña como Gerente de Planeamiento Corporativo de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo en EsSalud (Sede Central) y es director ejecutivo de la empresa Consultora DECISIÓN S.A.