EsSalud

75 años
SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ
¡Derecho de todos!

LA GRAN TRANSFORMACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ

2011

Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra
Presidente Ejecutivo

Comisión de Salud
Miércoles, 21 de setiembre de 2011

CONTENIDO

1. **INFORMACIÓN INSTITUCIONAL**
   - MARCO JURIDICO INSTITUCIONAL
   - ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL
   - POBLACIÓN ASEGURADA
   - RECURSOS HUMANOS
   - INFRAESTRUCTURA SANITARIA
   - RECURSOS PRESUPUESTALES
   - RECURSOS LOGISTICOS
   - COMPRA DE MEDICAMENTOS
   - CONTRATOS DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADO
   - DIFERIMIENTO DE CITAS
   - CONVENIOS

2. **SITUACIÓN DE SALUD**

3. **PROYECTO DE CAMBIO: LA GRAN TRANSFORMACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL**
   - OBJETIVOS ESTRATEGICOS
   - LINEAMIENTOS DE GESTIÓN

I. INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

MARCO JURIDICO INSTITUCIONAL

Naturaleza Jurídica

El Seguro Social de Salud - ESSALUD es un organismo público descentralizado, del Sector Trabajo y Promoción del Empleo, con personería jurídica de derecho público interno. Creada por Ley Nº 27056 y con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable.

Objeto Social

Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de salud (prevención, promoción, recuperación y rehabilitación), prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

Financiamiento

Aportes de sus afiliados, incluyendo los recargos, reajustes, intereses y multas provenientes de su recaudación, sus reservas e inversiones, ingresos provenientes de sus recursos y las demás que adquieran con arreglo a Ley.

ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL

Órganos de Dirección

Consejo Directivo y Presidente Ejecutivo.

El Presidente Ejecutivo es la más alta autoridad ejecutiva de EsSalud y titular del pliego presupuestal.

El Consejo Directivo es tripartito y esta conformado por:

- Tres representantes del Estado (uno de los cuales es definido por el Ministerio de Salud)
- Tres representantes de los empleadores (grandes, medianos, pequeños y microempresarios)
- Tres representantes de los asegurados (régimen laboral público, privado y pensionistas)

POBLACIÓN ASEGURADA

POBLACION ASEGURADA POR TIPO DE SEGUROS

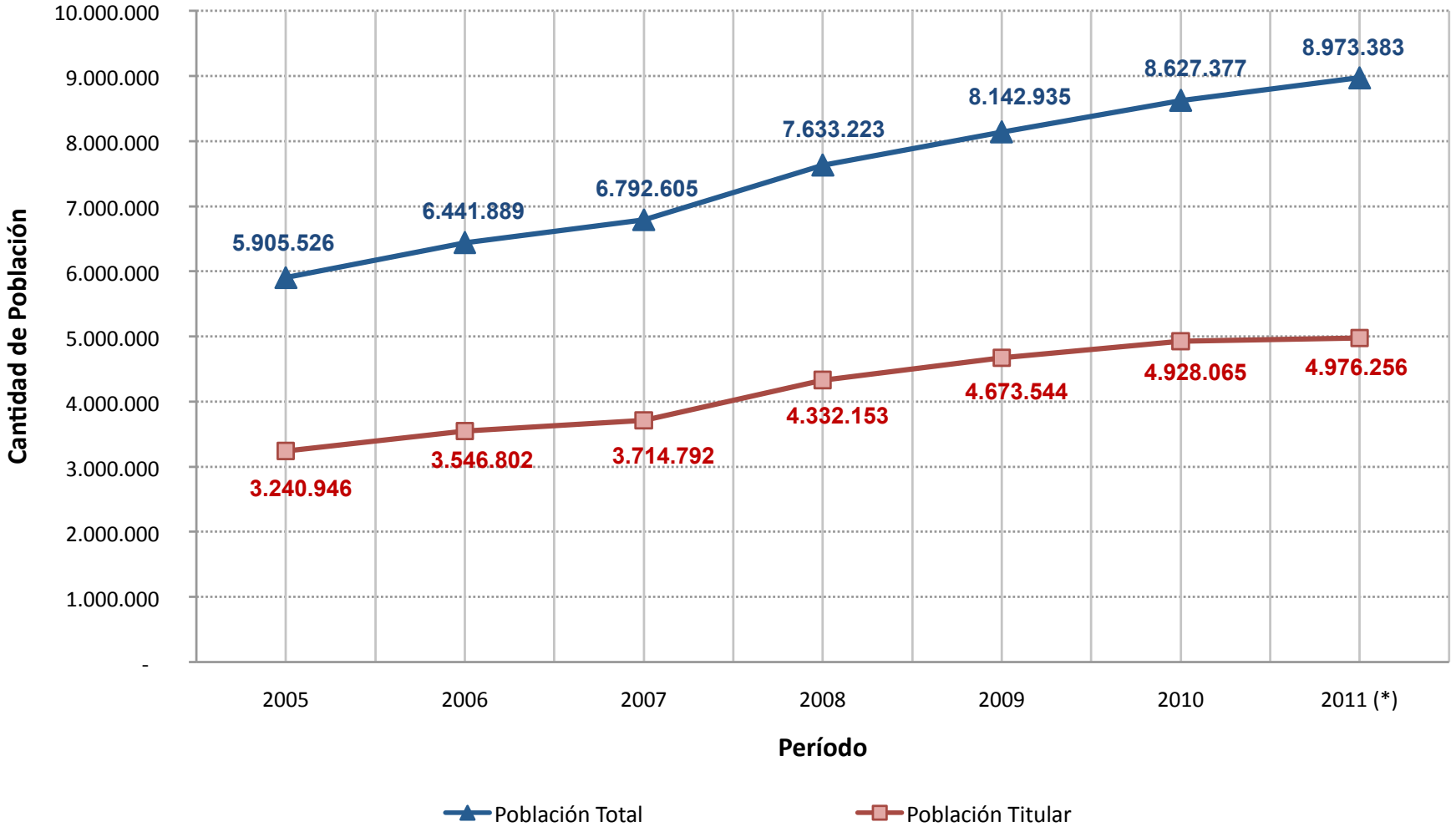
TIPO DE SEGURO	POBLACION	TITULAR	DERECHOHABIENTE
ASEGURADOS REGULARES	8,448,322	4,664,142	3,784,180
TRABAJADOR ACTIVO	7,029,610	3,708,771	3,320,839
PENSIONISTA	1,023,634	725,902	297,732
TRABAJADOR DEL HOGAR	82,425	53,808	28,617
PESCADOR ARTESANAL	4,079	1,547	2,532
TRABAJADOR DE LA CBSSP	10,200	6,214	3,986
PENSIONISTA DE LA CBSSP	33,416	12,631	20,785
PENSIONISTA EN TRAMITE	1,599	1,397	202
CONTR. ADMINIST. SERV	263,359	153,872	109,487
ASEGURADOS AGRARIOS	463,395	256,674	206,721
AGRARIO DEPENDIENTE	427,157	241,356	185,801
AGRARIO INDEPENDIENTE	36,238	15,318	20,920
SEGUROS POTESTATIVOS	61,666	55,440	6,226
SEGURO POTESTATIVO (PPT-PPV)	19,154	17,826	1,328
ESSALUD PERSONAL-FAMILIAR	3,204	3,035	169
ESSALUD INDEPENDIENTE	61	61	0
PEAS	39,247	34,518	4,729
TOTAL	**8,973,383**	**4,976,256**	**3,997,127**

Población activa a Junio del 2011

Fuente: Oficina de Gestión de Riesgos – Gerencia Central de Aseguramiento

POBLACIÓN ASEGURADA (2)

EVOLUCION DE LA POBLACION ASEGURADA PERIODO 2005 – 2011



Población activa

(*) – Junio 2011

Fuente: Oficina de Gestión de Riesgos – Gerencia Central de Aseguramiento

RECURSOS HUMANOS

CRECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS

	Planilla			CAS			TOTAL		
AÑO	RRHH ASIST	RRHH ADM	TOTAL	RRHH ASIST	RRHH ADM	TOTAL	RRHH ASIST	RRHH ADM	TOTAL
1999	21,921	9,692	31,613				21,921	9,692	31,613
2000	26,400	8,066	34,466				26,400	8,066	34,466
2001	26,507	7,651	34,158				26,507	7,651	34,158
2002	29,199	7,487	36,686				29,199	7,487	36,686
2003	29,187	6,942	36,129				29,187	6,942	36,129
2004	28,793	6,686	35,479				28,793	6,686	35,479
2005	28,740	6,647	35,387				28,740	6,647	35,387
2006	28,817	6,678	35,495				28,817	6,678	35,495
2007	29,905	6,829	36,734				29,905	6,829	36,734
2008	32,041	7,166	39,207				32,041	7,166	39,207
2009	32,863	7,449	40,312	2,184	158	2,342	35,047	7,607	42,654
2010	33,072	7,768	40,840	4,189	534	4,723	37,261	8,302	45,563
2011	32,737	7,790	40,527	4,459	536	4,995	37,196	8,326	45,522
Inc. 2011/2006	**3,920**	**1,112**	**5,032**	**4,459**	**536**	**4,995**	**8,379**	**1,648**	**10,027**
Inc. % 2011/2006	**13.60**	**16.65**	**14.18**				**29.08**	**24.68**	**28.25**

INFRAESTRUCTURA SANITARIA

OFERTA ASISTENCIAL AL 31 DE JULIO 2011

Nivel III

9 Hospitales Nacionales
3 Institutos

Nivel II

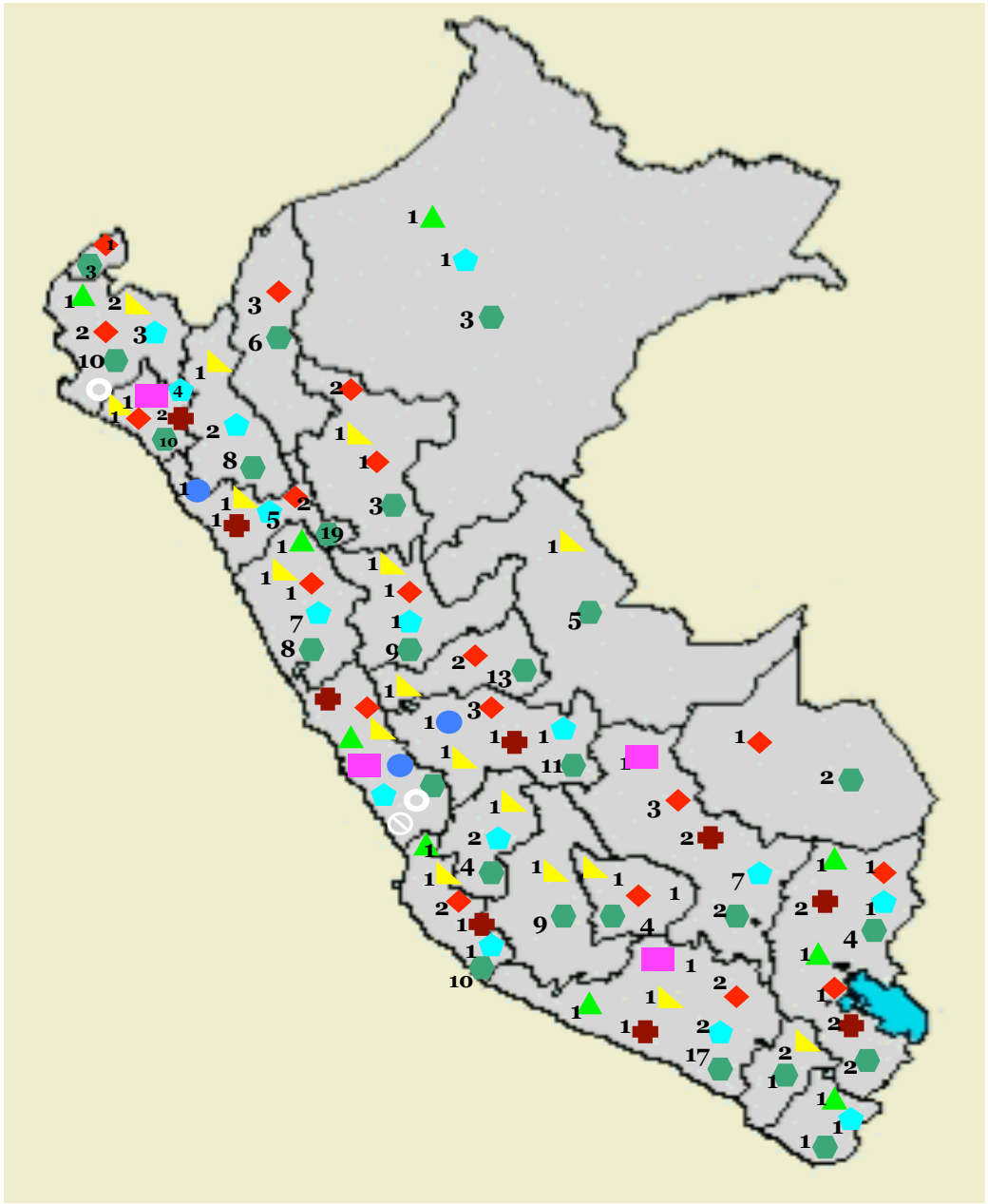
76 Hospitales
de mediana
complejidad

Nivel I

297 Centros Asistenciales
del Primer Nivel
de Atención

Total: 385 Centros Asistenciales

INFRAESTRUCTURA SANITARIA (2)



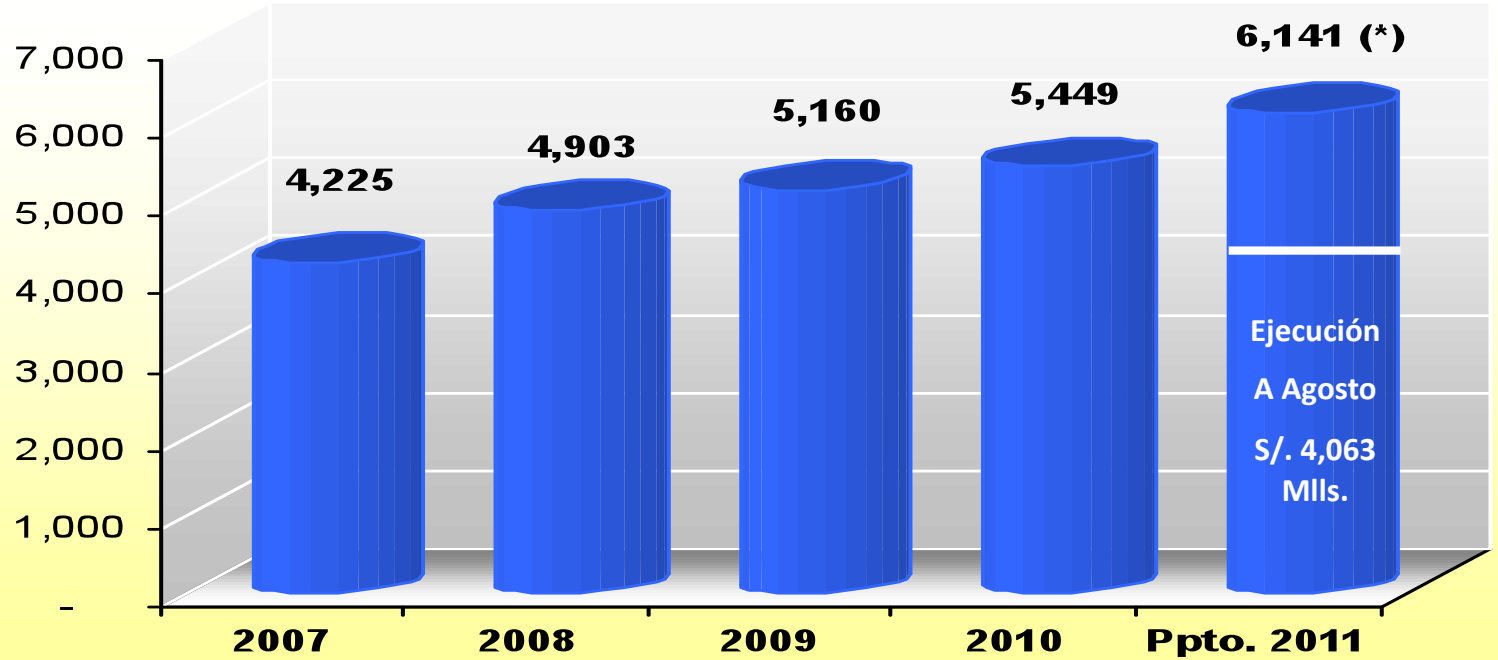
Leyenda

- H.Nacionales
- H. IV
- H III
- H II
- H I
- Policlinicos
- Centros Médicos
- PostasMédicas
- Institutos

RECURSOS PRESUPUESTALES

INGRESOS POR APORTACIONES, 2007 - 2011

(En Millones de Nuevos Soles Corrientes)

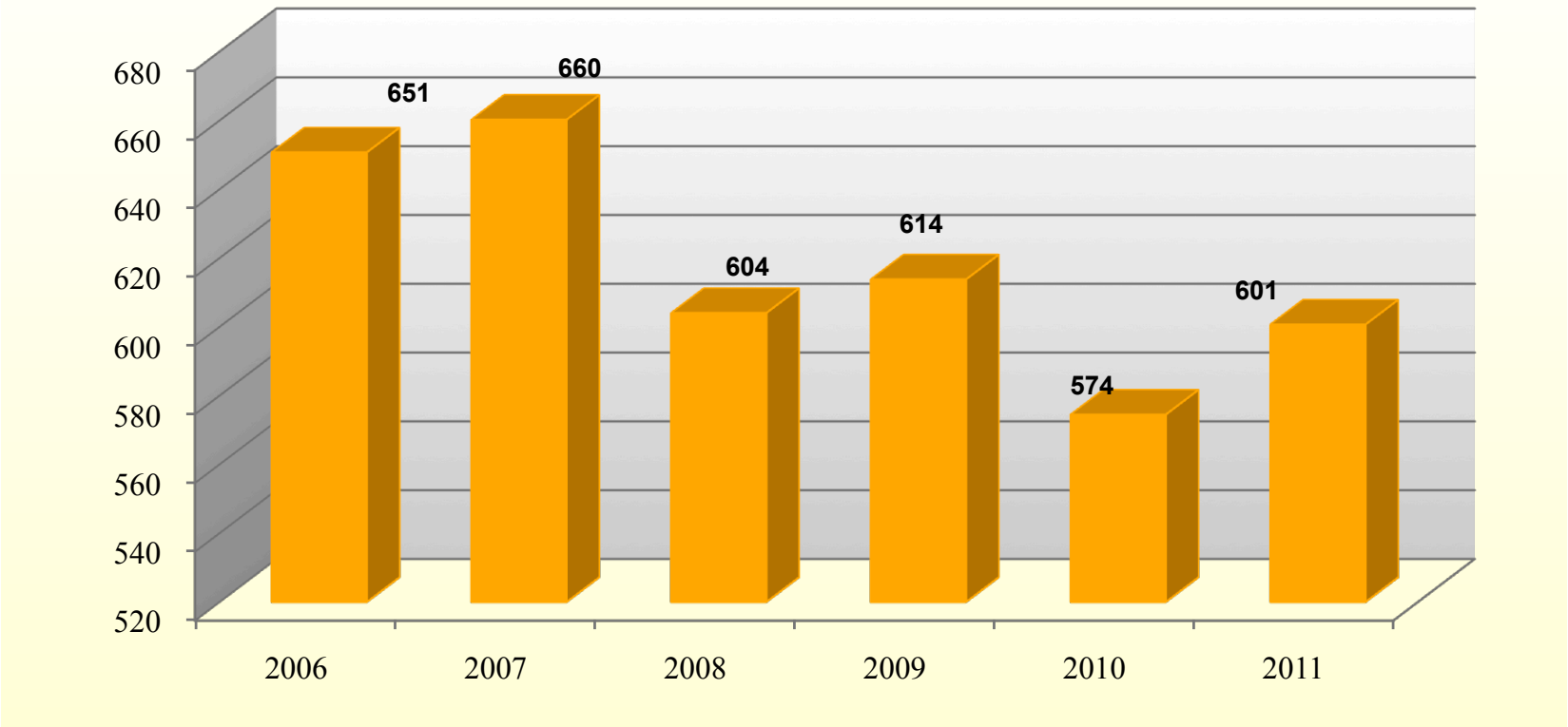


	2007	2008	2009	2010	2011
var. %	11.9%	16.0%	5.2%	5.6%	12.7%

(*) Considera la reducción de S/. 680 Mlls. por efecto de la Ley 29351 vs el incremento de las aportaciones estimado en S/. 1,372 millones como producto del crecimiento de la población asegurada aportante y aumento de las remuneraciones (en proceso de aprobación por FONAFE)

RECURSOS PRESUPUESTALES (2)

Ingresos totales por asegurado (2006 - 2011)
En Soles Constantes del 2006

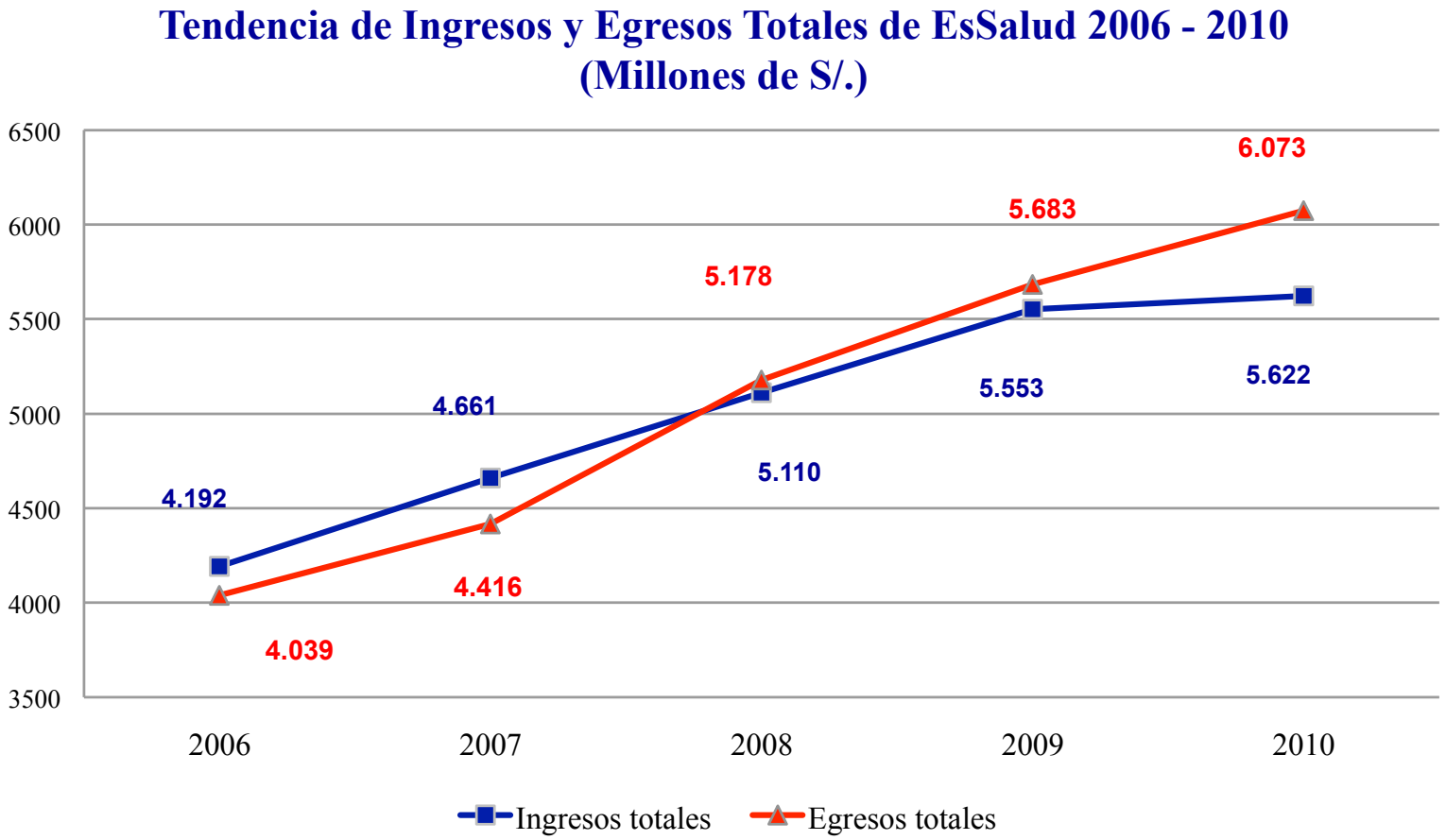


Fuente: Gerencia Central de Finanzas

Soles Constantes: ingresos en soles corrientes deflactados por la inflación del periodo

La población de asegurados incluye tanto titulares como derechohabientes

RECURSOS PRESUPUESTALES (3)

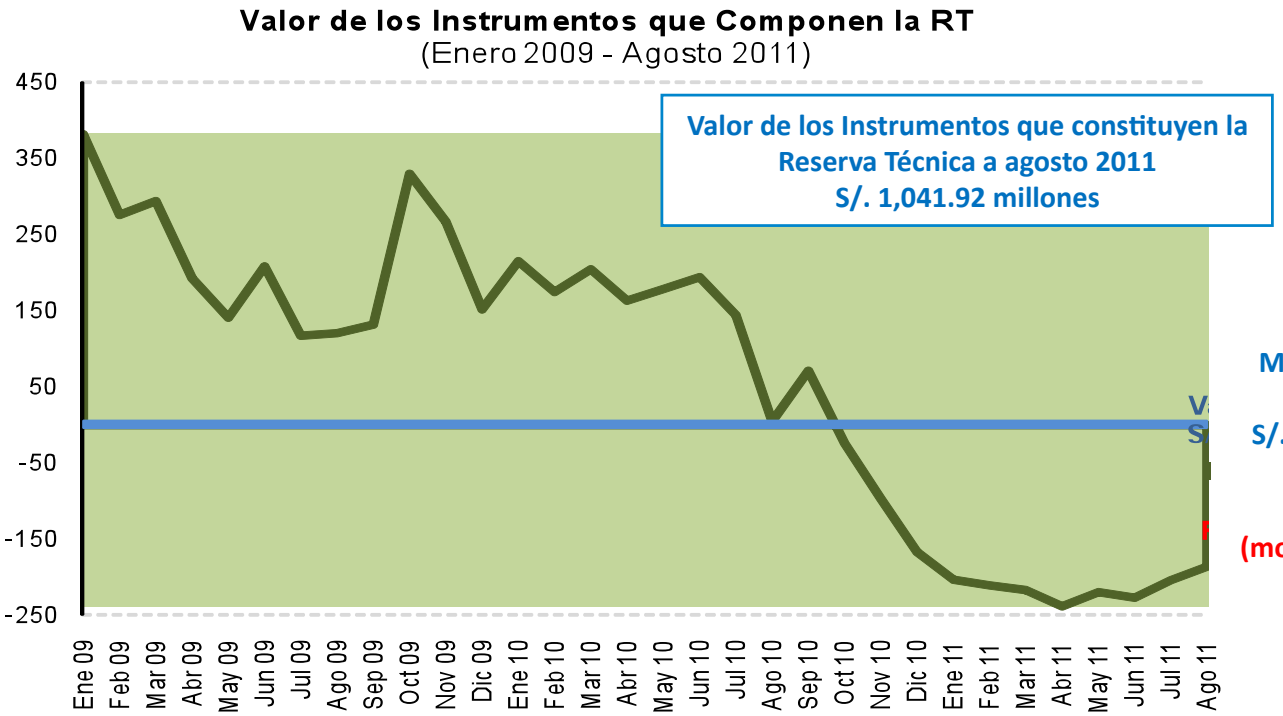


Fuente: Gerencia Central de Finanzas

Nota: El déficit del año 2010 se cubrió con saldos de balance de libre disponibilidad, fondos de la Reserva Técnica y Prestamos Bancarios. El déficit del año 2009 se cubrió con saldos de balance de años anteriores

RECURSOS PRESUPUESTALES (4)

Situación de la Reserva Técnica de EsSalud



Retiros de la Reserva Técnica

FECHA	Transferencia de Reserva Técnica
14.10.2010	S/. 21,975,755.19
12.11.2010	S/. 24,322,054.30
15.11.2010	S/. 13,885,254.00
22.11.2010	S/. 47,806,517.60
10.12.2010	S/. 80,713,503.99
13.01.2011	S/. 16,712,226.66
	S/. 205,415,311.74

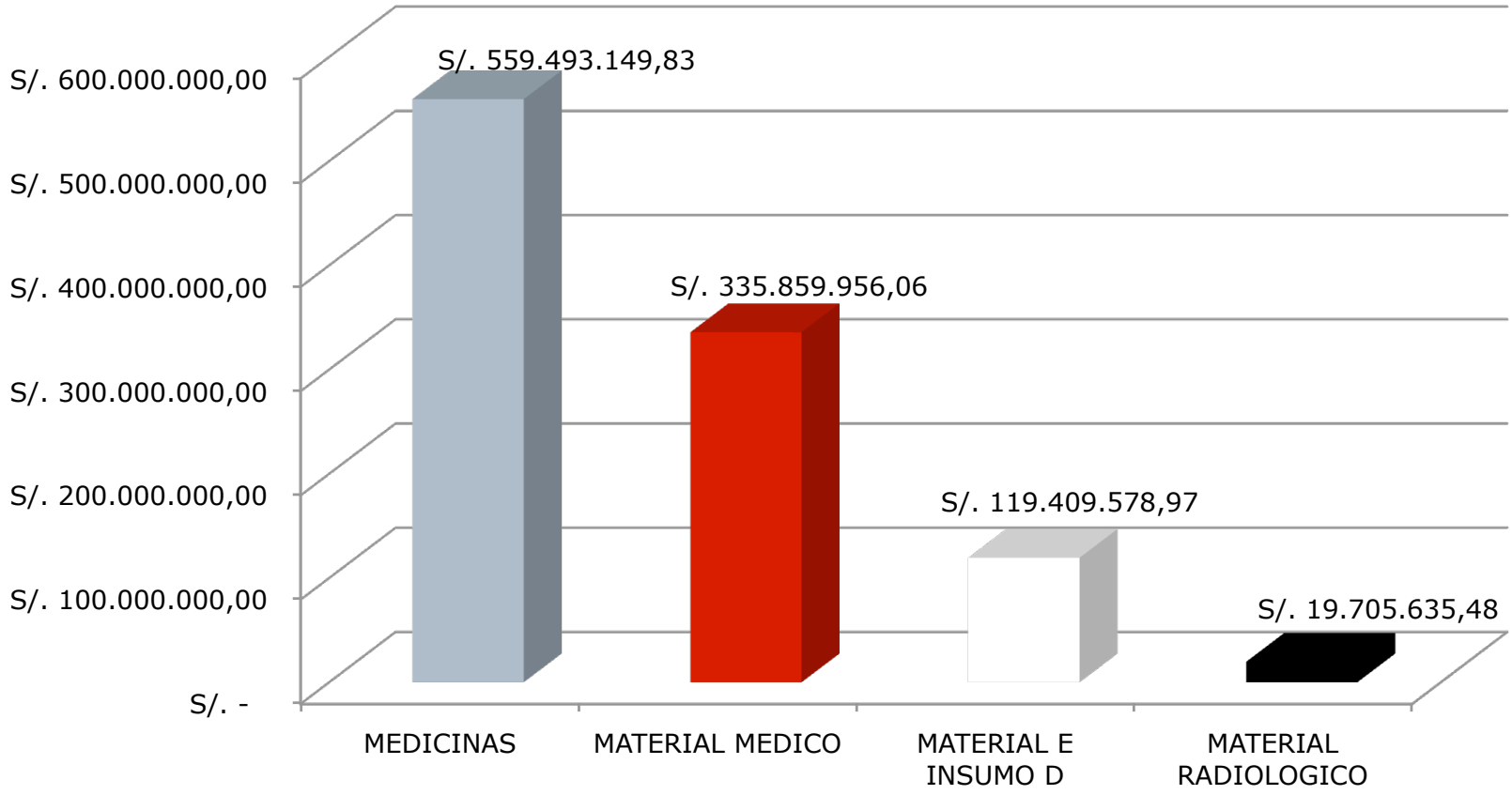
Monto Exigible de la Reserva Técnica
S/. 1,227.41 millones

Déficit Real de la Reserva Técnica
(monto exigible – valor de instrumentos)
S/. 185.49 millones

- **El monto nominal retirado de la Reserva Técnica entre octubre 2010 y enero 2011 fue S/. 205.42 millones**
- **El déficit de la Reserva Técnica en términos reales al 31 de agosto del 2011 es de S/. 185.49 millones**

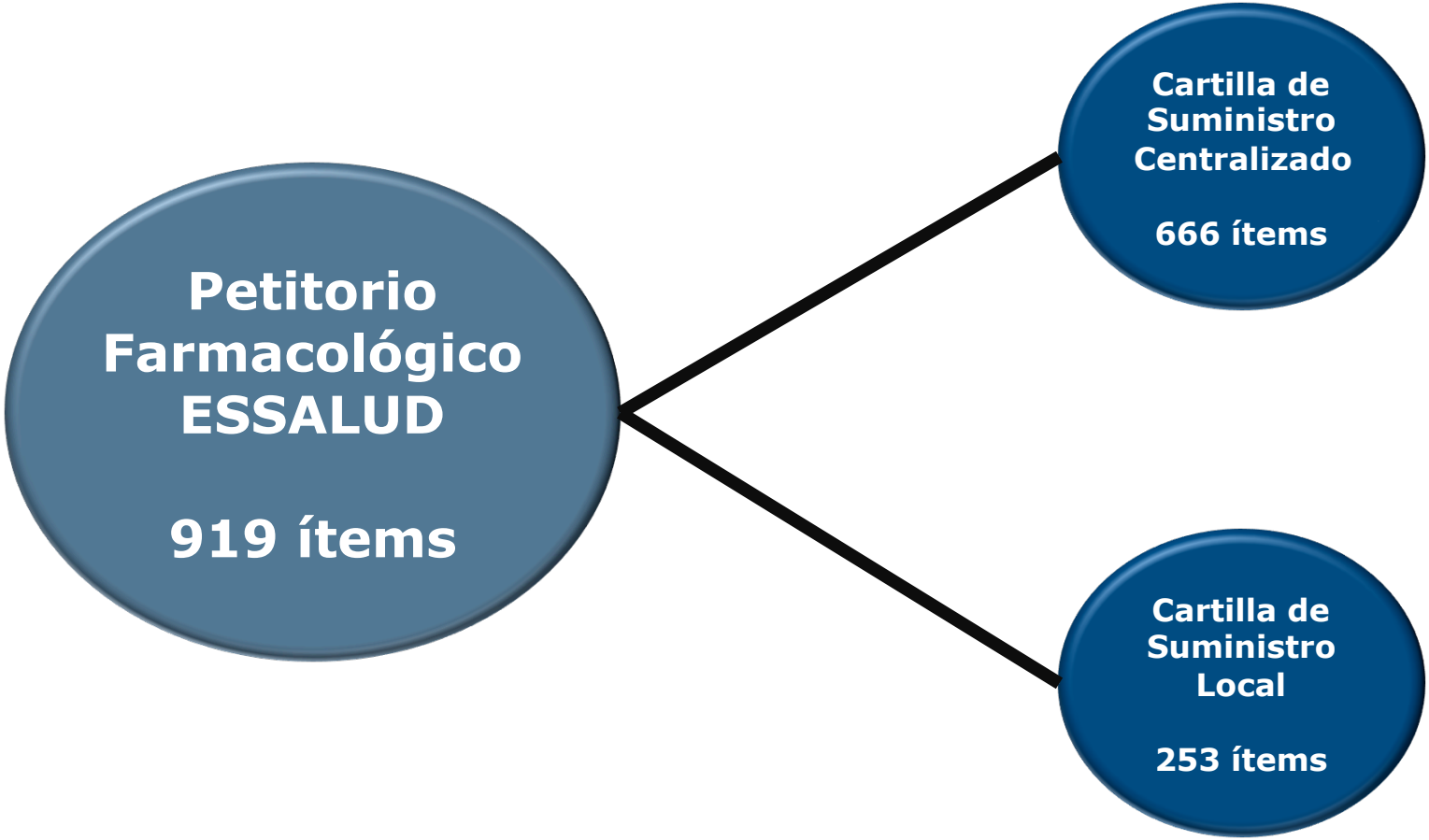
RECURSOS LOGISTICOS

PRESUPUESTO MATERIALES ESTRATEGICOS
Ejercicio 2011



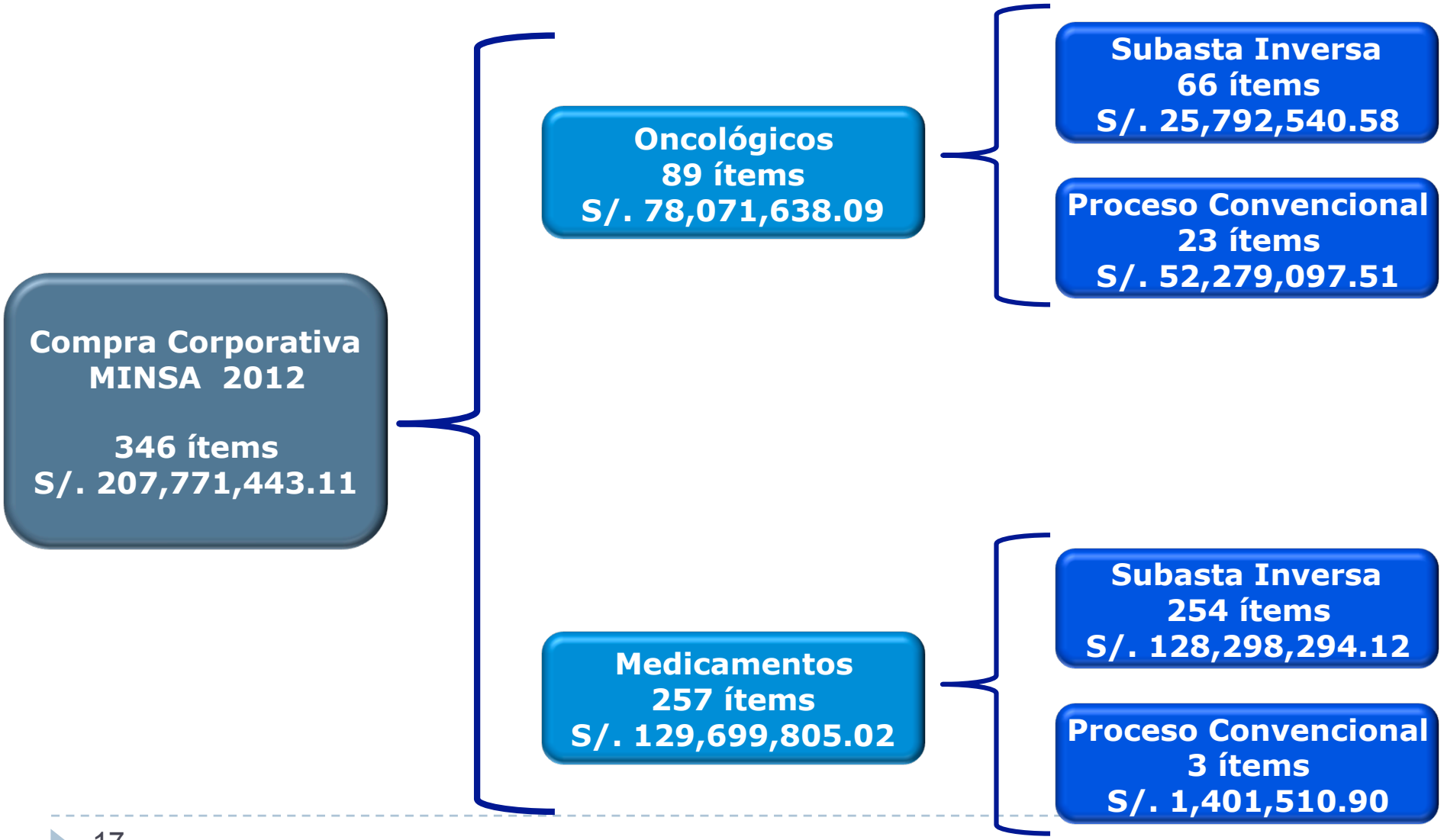
Fuente: Sistema SAP R/3 al 19.09.2011

NUEVA POLITICA DE COMPRA DE MEDICAMENTOS



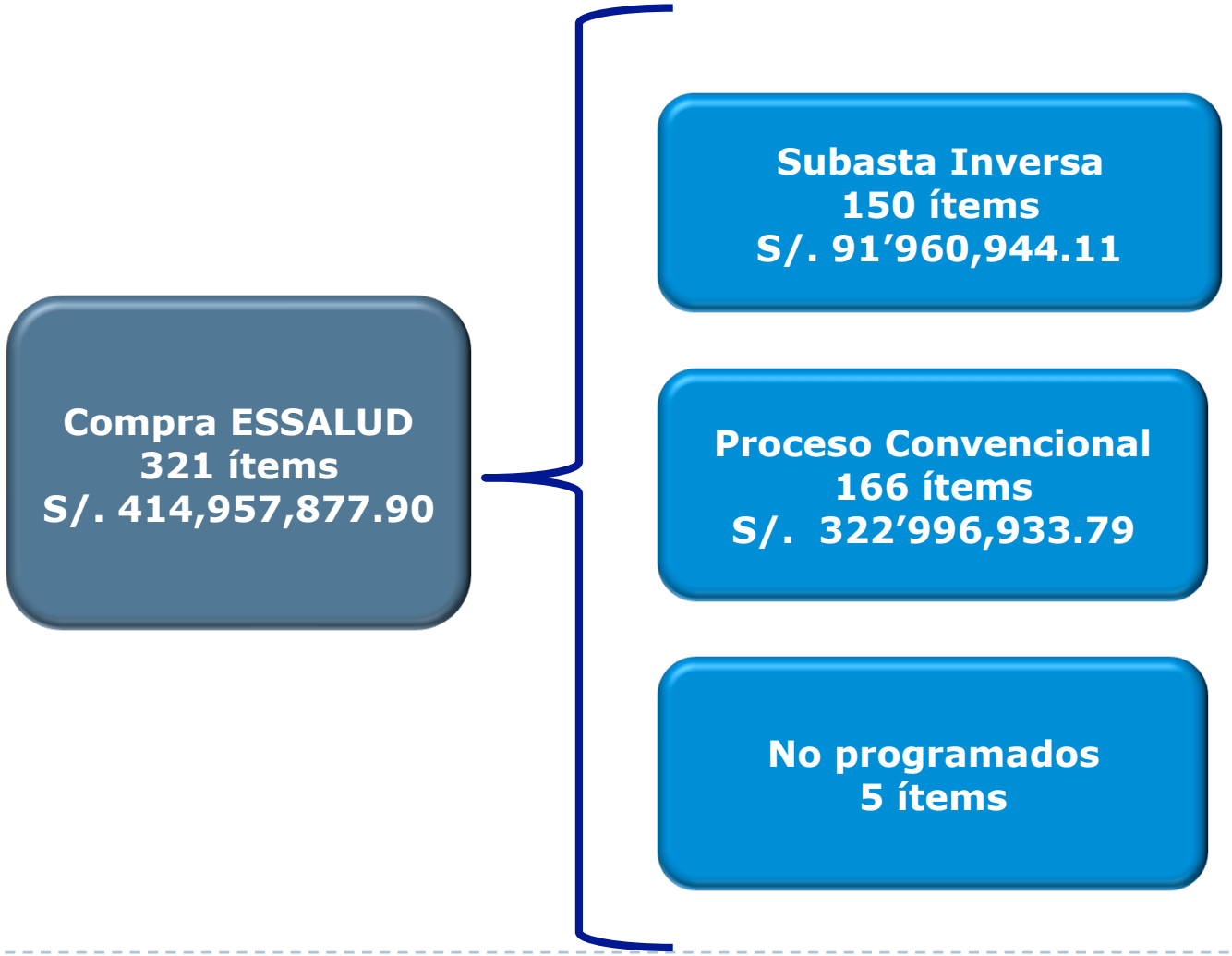
16

NUEVA POLITICA DE COMPRA DE MEDICAMENTOS (2)



17

NUEVA POLITICA DE COMPRA DE MEDICAMENTOS (3)



CONTRATOS DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADO

1 05.02.10	Gestión logística de almacenes y farmacias de EsSalud en Lima
2 27.08.10	Prestación de servicios asistenciales en el edificio Torre Trecca
3 31.03.10	Hospital III Callao y su centro de atención primaria de la red asistencial Sabogal
4 31.03.10	Hospital III Villa María del Triunfo de la red asistencial Rebagliati

CONTRATOS DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADO (2)

Interrogantes respecto de los contratos firmados: ¿Son convenientes para ESSALUD?

- **La convocatoria de una APP implica que previamente, mediante un estudio de costo beneficio, se acredite la ventaja de realizar una APP frente al modelo de inversión pública directa.**

- **La nueva gestión está revisando cuidadosamente estas APPs para responder 3 preguntas claves:**

  - **¿Han sido efectuados correctamente estos cálculos?**
  - **¿Los aspectos técnicos han sido debidamente considerados y previstos?**
  - **¿Son sostenibles en el tiempo los costos que deberá asumir EsSalud en especial en los casos de Hospitales?**

CONTRATOS DE ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADO (3)

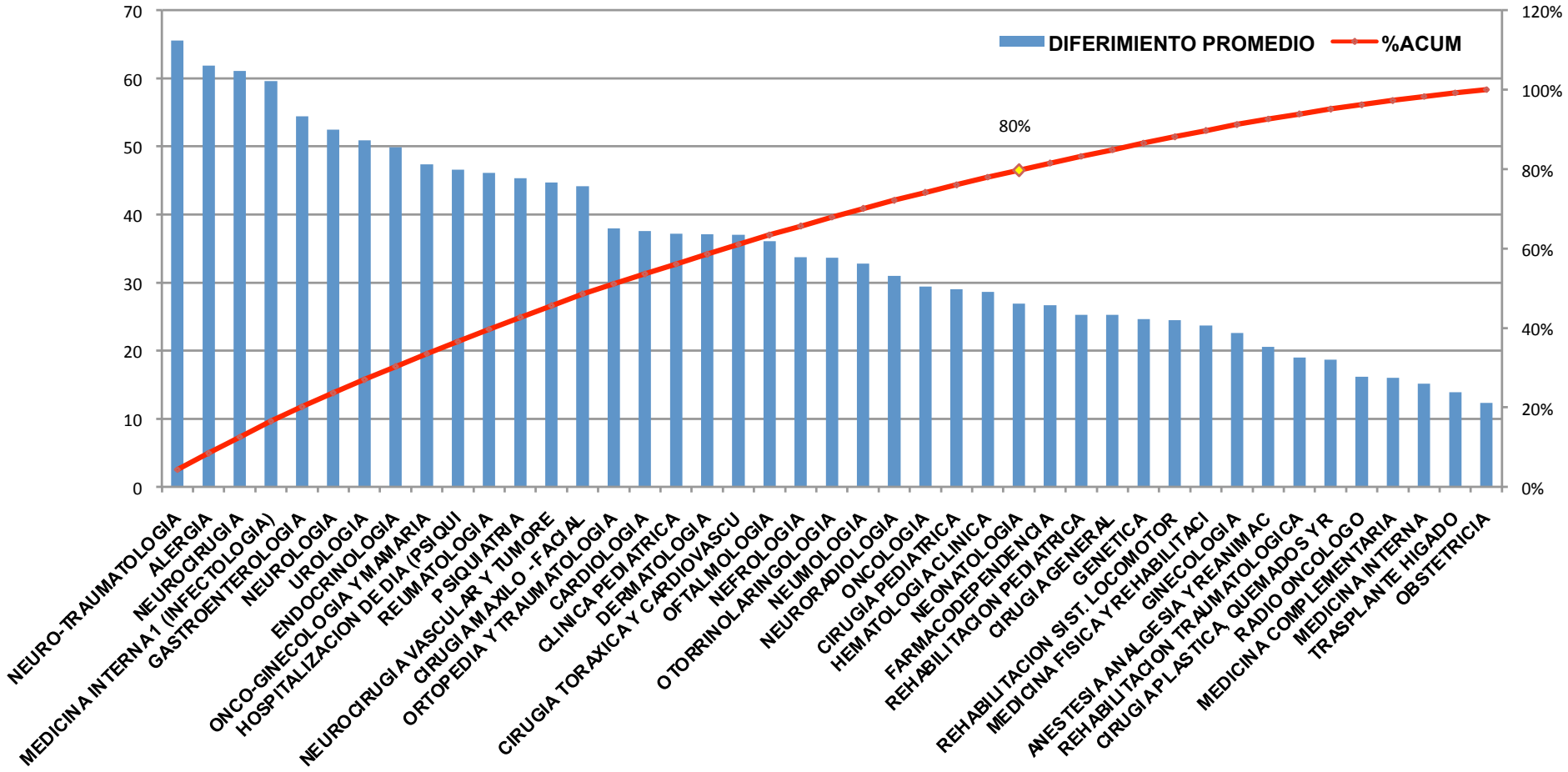
Proyectos de APP en cartera (Procesos suspendidos temporalmente)

EsSalud tiene once (11) iniciativas privadas y no está obligada a continuar con ellas

DECLARADAS DE INTERES DE ESSALUD	TRES (03)
EN ETAPA DE EVALUACION	CUATRO (04)
EN PROCESO DE ADMISION A TRAMITE (Deberán cumplir con todos los requisitos establecidos en el marco legal)	CUATRO (04)

DIFERIMIENTO DE CITAS

CONSULTA EXTERNA - DIFERIMIENTO PROMEDIO CONTINUADORES POR SERVICIO DEL HNERM -ENE-SEP 2011



CONVENIOS MARCO

Regiones con Convenio Marco:

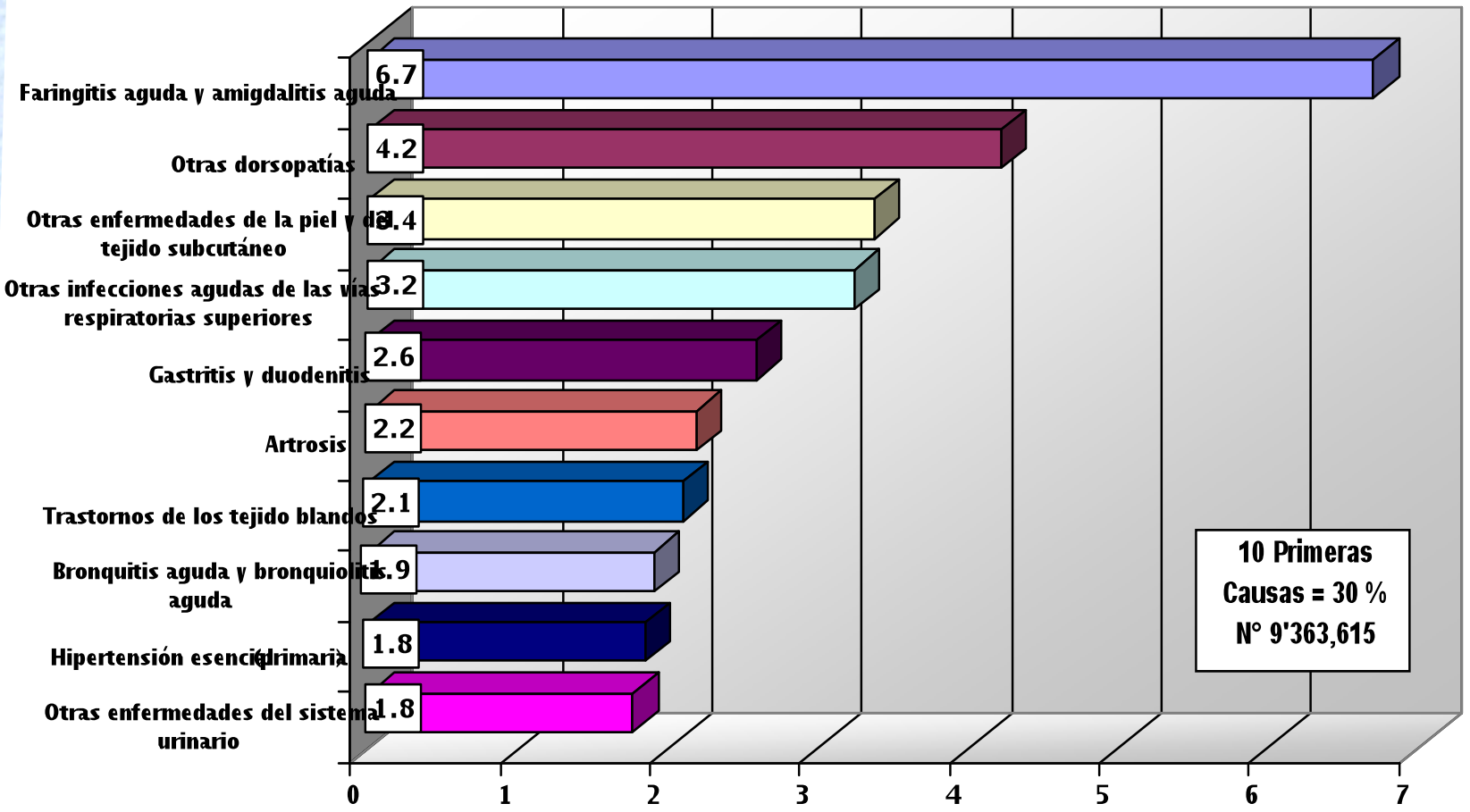
- Apurímac
- Ayacucho
- Cajamarca
- Callao
- Cusco
- Huánuco
- Ica
- La Libertad
- Loreto
- Madre de Dios
- Moquegua
- Pasco
- Puno
- Ucayali

Regiones con Convenio Específico :

- Huancavelica
- Tacna

II. SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN ASEGURADA

Perfiles Epidemiológicos del Servicio de Consulta Externa
Lista de Tabulación de la Morbilidad CIE - 10
Consolidado Nacional - 2010
Diez Primera Causas



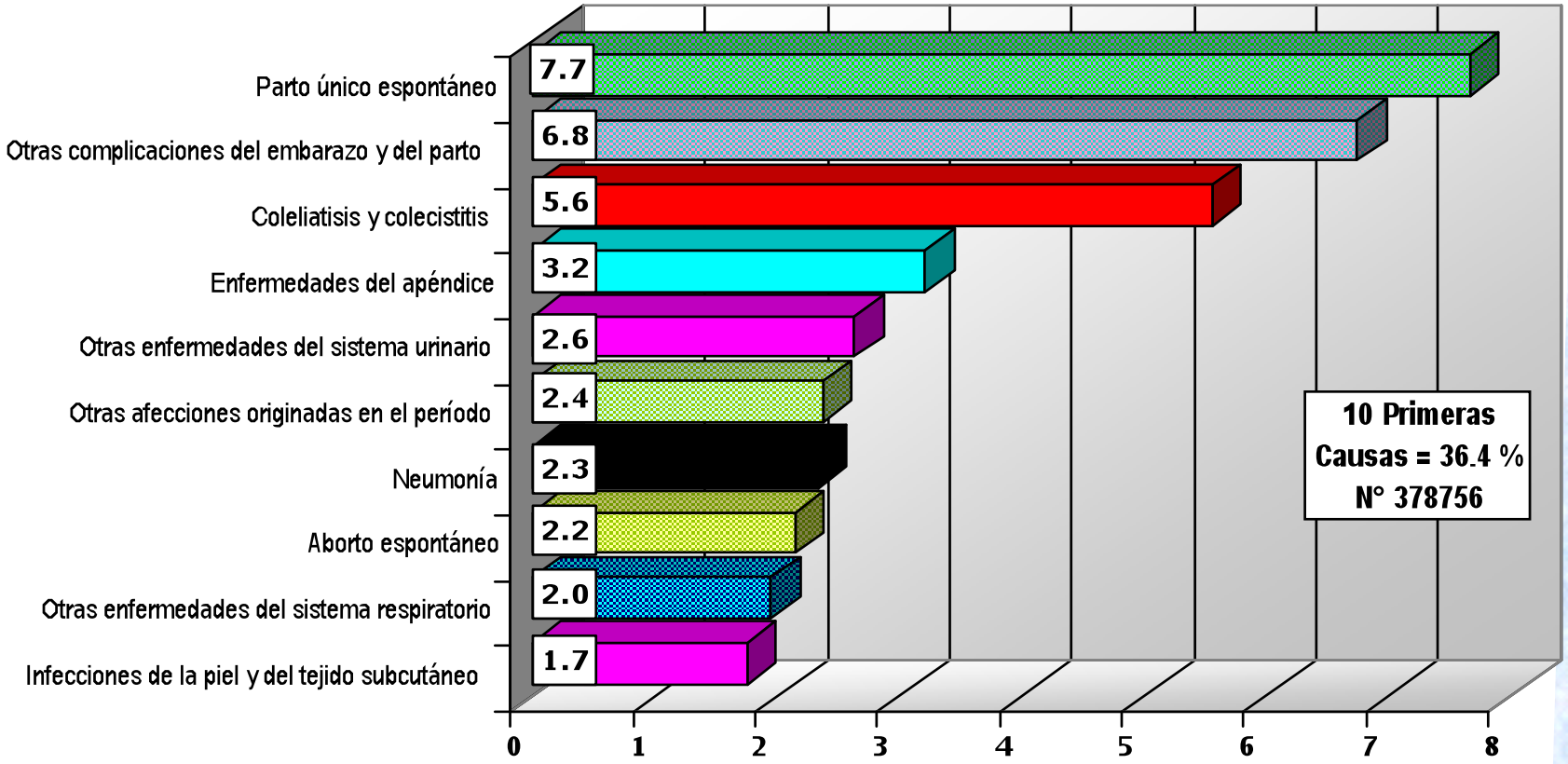
Fuente: Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos - 2010.
Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria. Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Perfiles Epidemiológicos del Servicio de Hospitalización

Lista de Tabulación de la Morbilidad CIE - 10

Consolidado Nacional - 2010

Diez Primera Causas



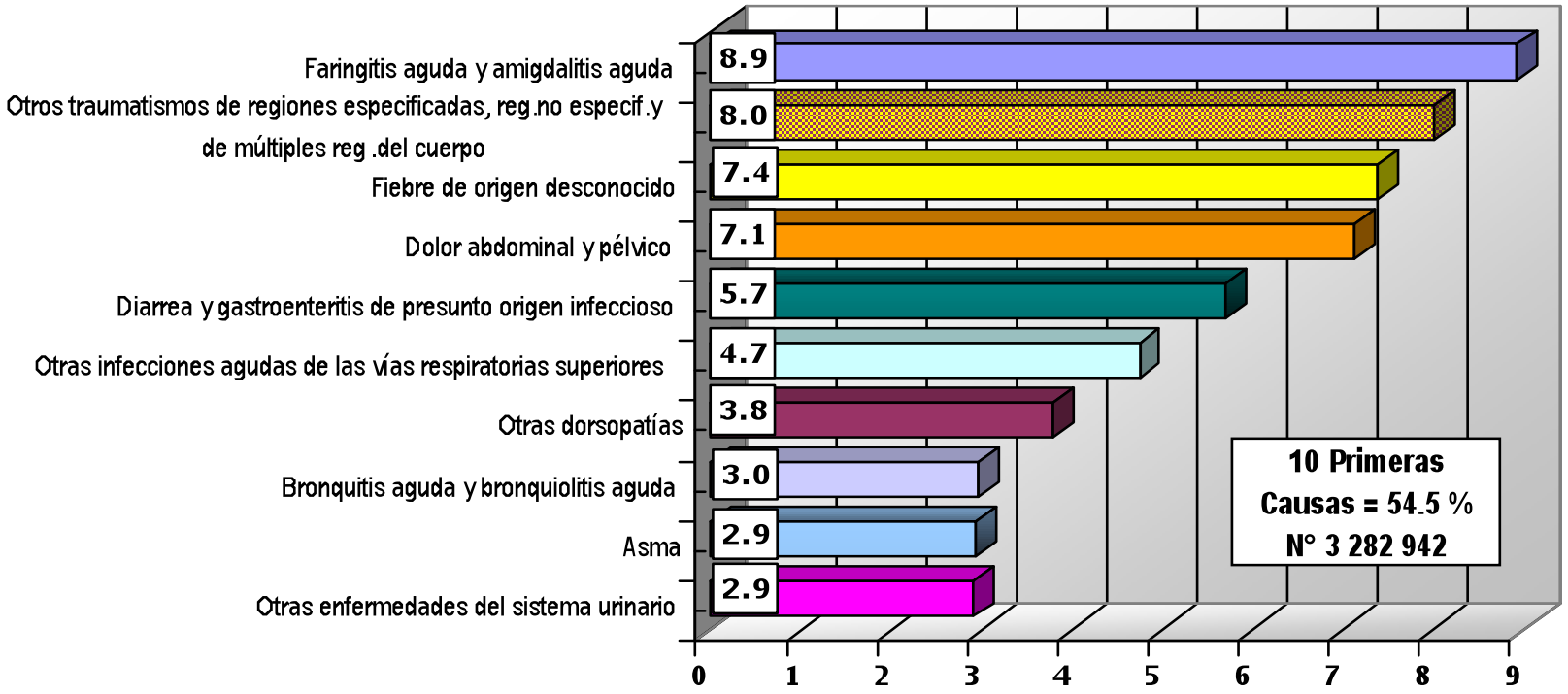
Fuente: Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos - 2010.
Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria. Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Perfiles Epidemiológicos del Servicio de Emergencia

Lista de Tabulación de la Morbilidad CIE - 10

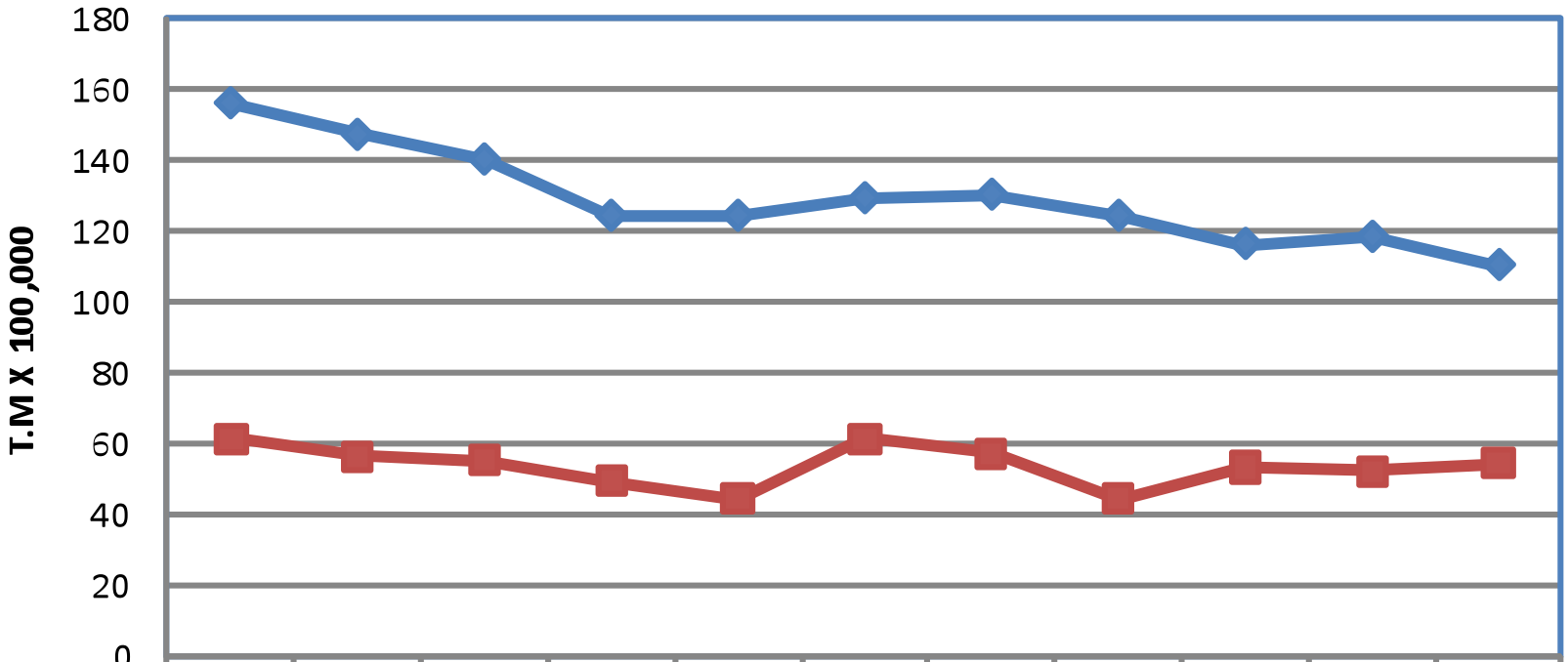
Consolidado Nacional - 2010

Diez Primera Causas



Fuente: Sub Sistema de Vigilancia de Perfiles Epidemiológicos - 2010.
Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria. Gerencia Central de Prestaciones de Salud

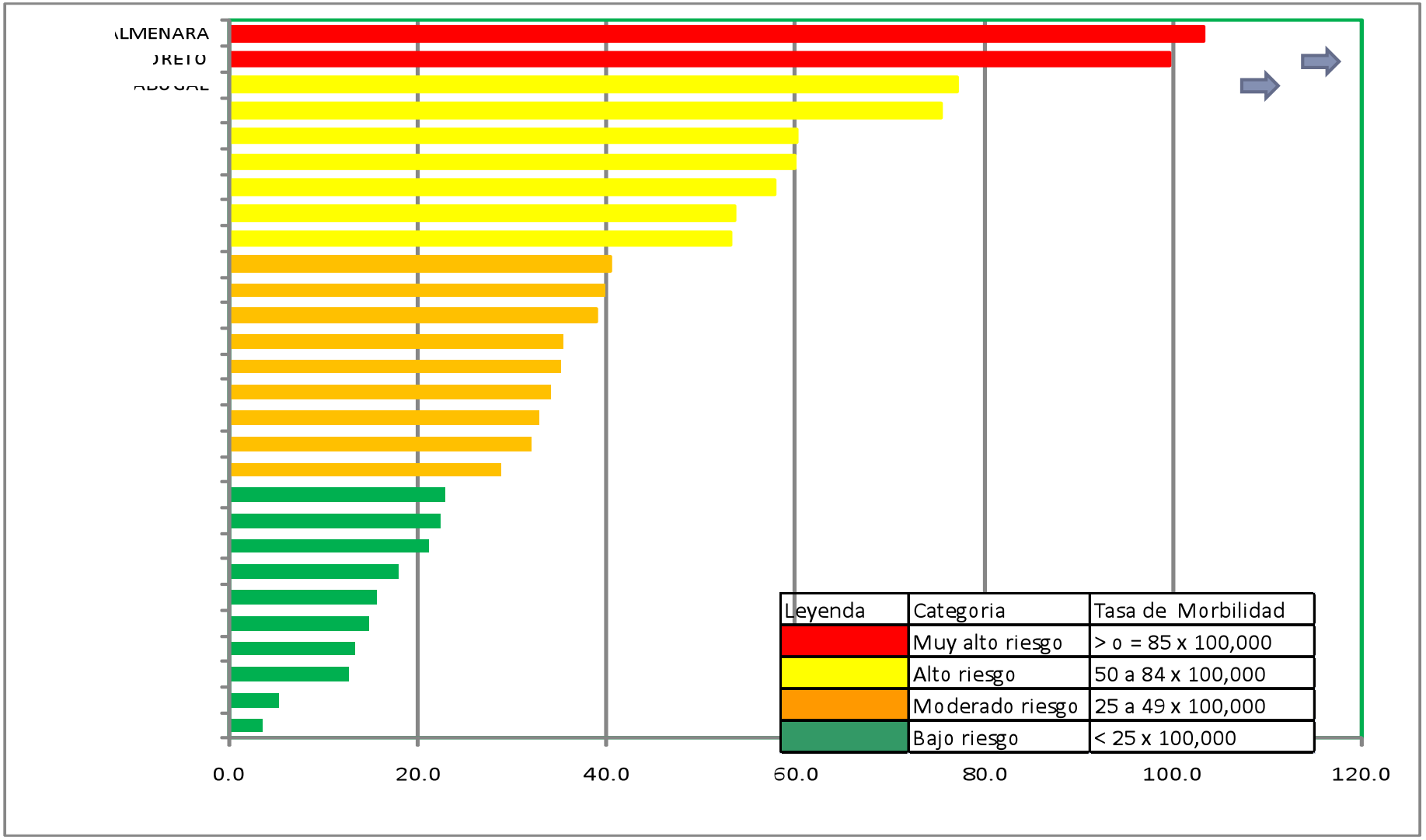
Tasa de Morbilidad por TBC en Perú y EsSalud 2000-2010



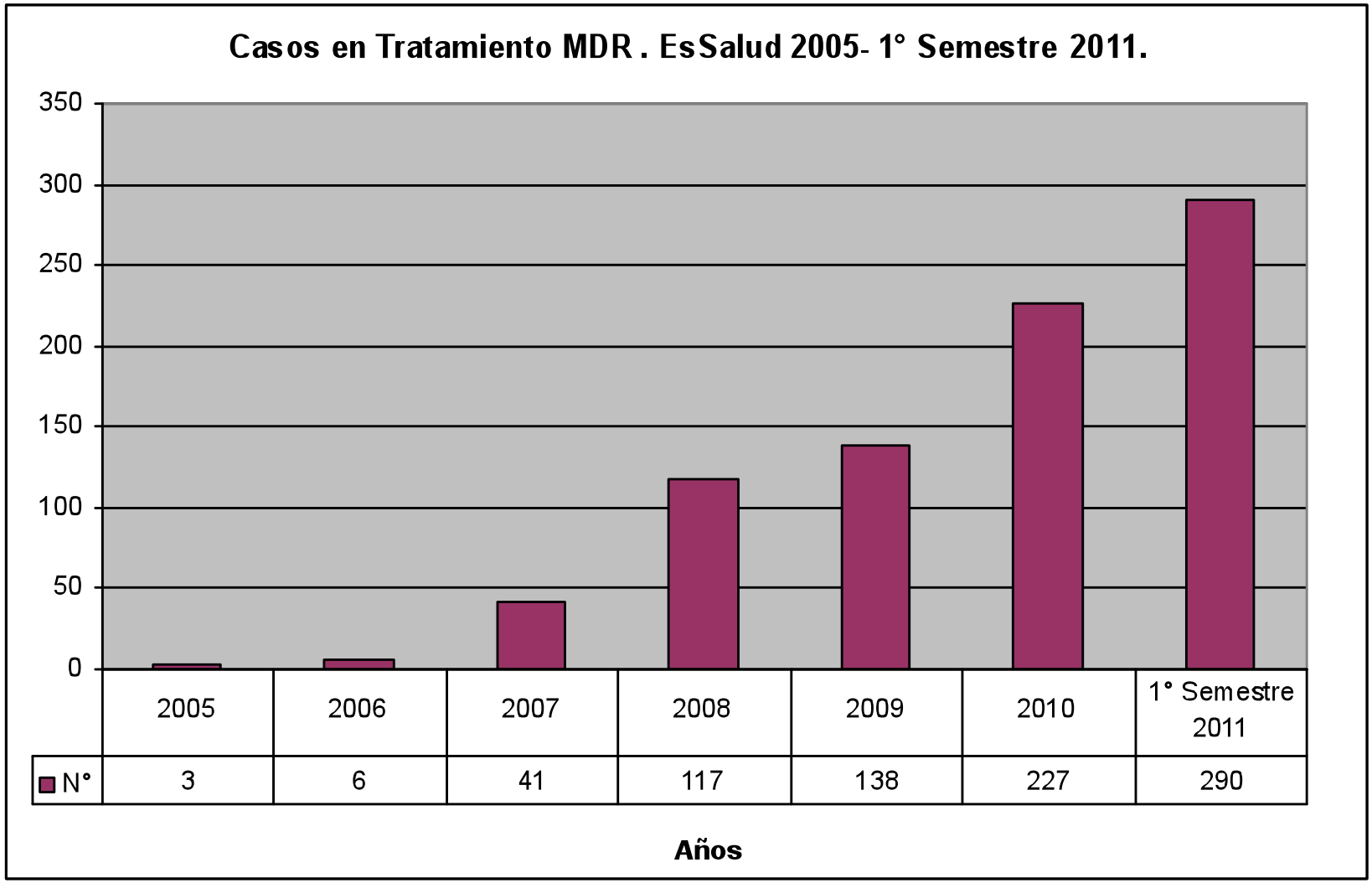
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Perú	156	147	140	124	124	129	130	124	116	118	110
EsSalud	61	56	55	49	44	61	57	44	53	52	54

Fuente: Informes Operacionales del Programa de Control de TBC. Comité Nacional de Prevención y Control de TBC. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. EsSalud-2010

Tasa de Morbilidad por Tuberculosis, según Redes Asistenciales EsSalud - 2010



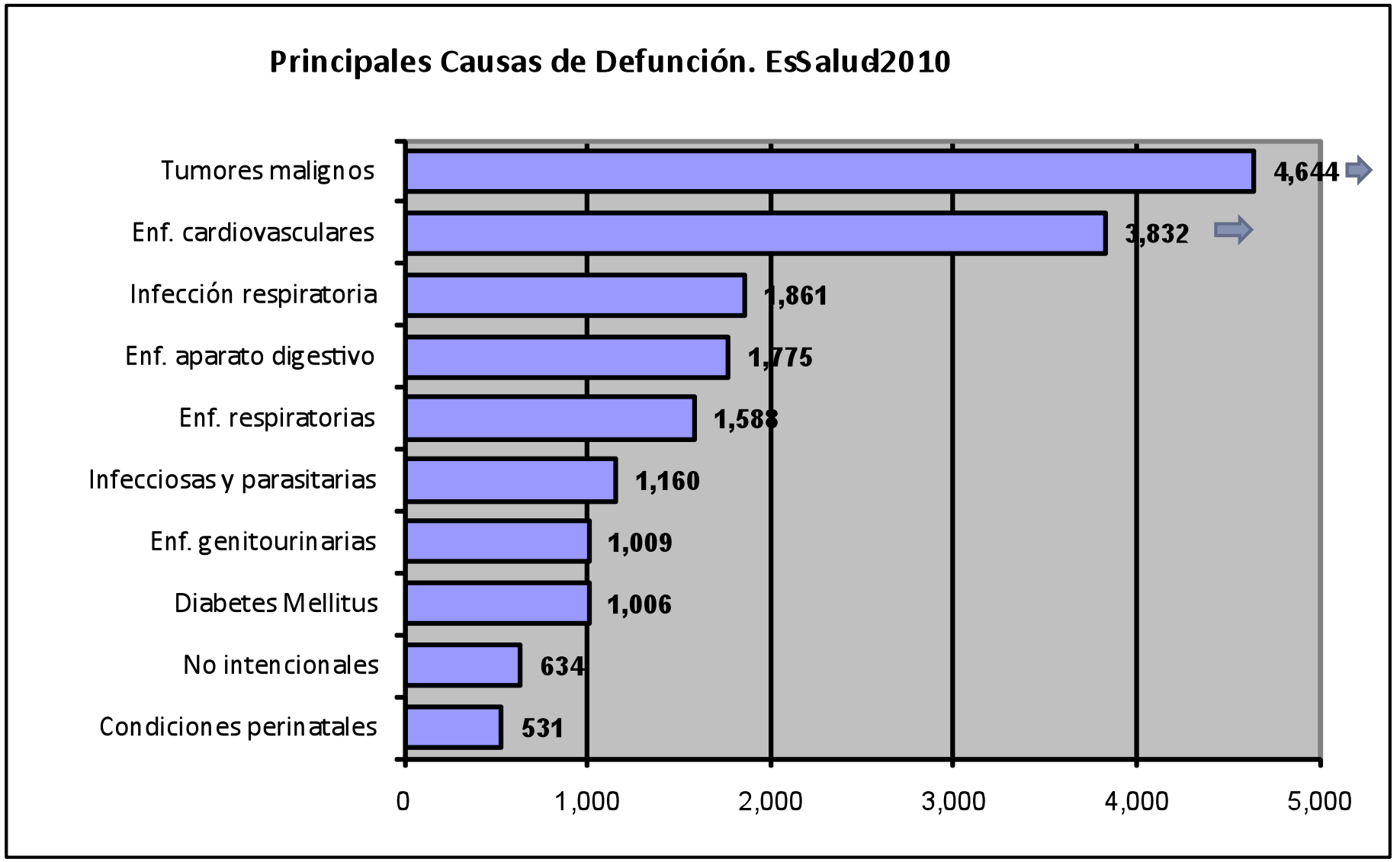
Fuente: Informes Operacionales del Programa de Control de TBC. Comité Nacional de Prevención y Control de TBC. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. EsSalud-2010



•Costo aproximado por tratamiento $ 5,000 dólares americanos

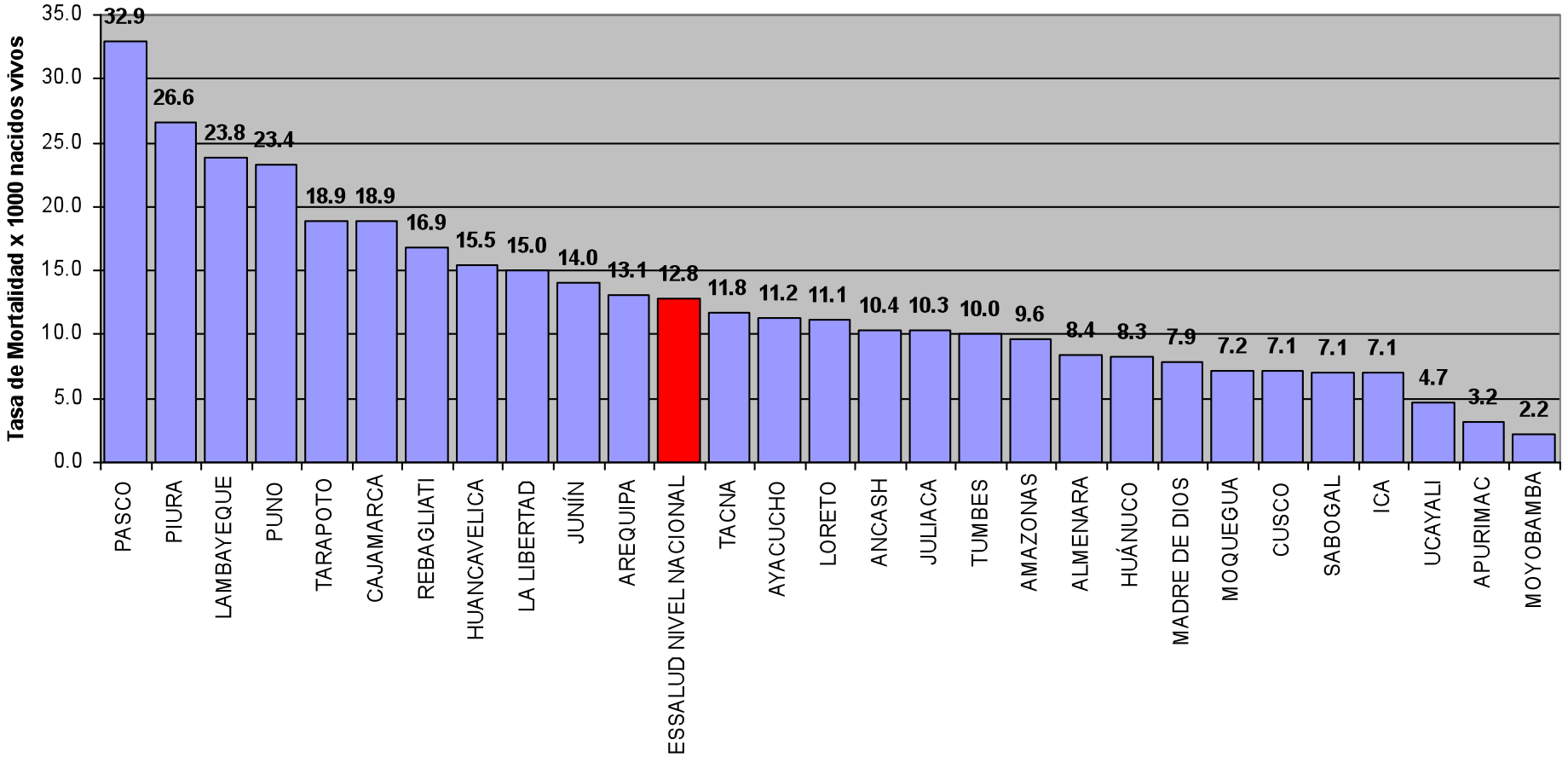
•Tiempo aproximado de tratamiento: 18 a 24 meses

Fuente: Informes Libro de Registro del Programa de TBC de los CAS- EsSalud. Comité Nacional de Prevención y Control de TBC. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. EsSalud-2010



Fuente: Sub Sistema de Vigilancia de Mortalidad. Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria . Gerencia Central de Prestaciones de Salud- EsSalud-2010

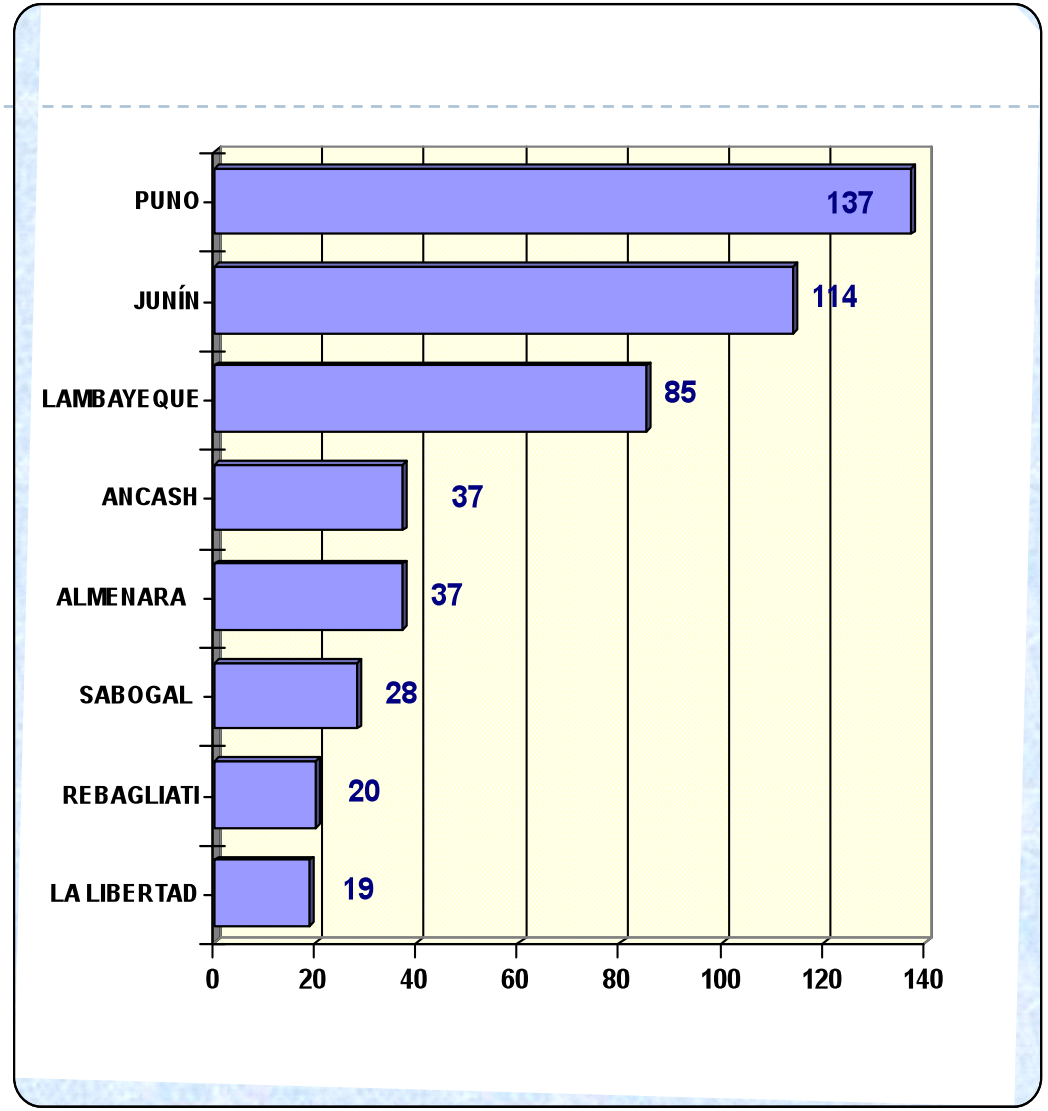
MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS SEGUN REDES ASISTENCIALES. EsSalud-2010



Fuente: Sub Sistema de Vigilancia de Mortalidad Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria. GCPS EsSalud-2010

Razón* de la Mortalidad Materna Según Redes Asistenciales

EsSalud - 2010



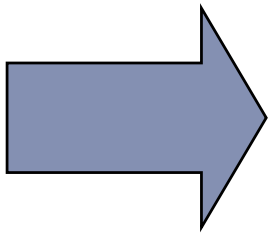
• Número de muertes maternas x 100 000 nacidos vivos

Fuente: Programa Nacional del Sistema de Vigilancia de Materno Perinatal – EsSalud 2010.
Gerencia de Prestaciones Hospitalarias – Gerencia Central de Prestaciones de Salud

III. PROYECTO DE CAMBIO: LA GRAN TRANSFORMACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

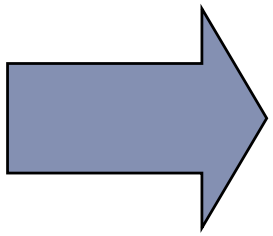
SITUACIÓN AL INICIO DE LA GESTIÓN Y PROPUESTA DE CAMBIO

- **Ausencia de organización funcional en el contexto de Red.**
- **Limitadas herramientas de gestión orientadas a la eficiencia**
- **Intervenciones orientadas a atender la enfermedad y el daño.**
- **Brecha estructural de oferta de salud.**



Brindar atención integral de salud, digna y de alta calidad, con calidez y compromiso a todos los asegurados cambiando el modelo de atención con énfasis en el aspecto preventivo promocional.

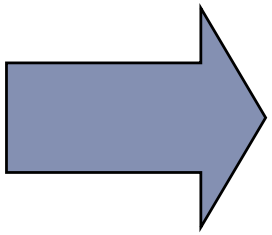
- **Crisis de sostenibilidad financiera en un escenario de crecimiento de la población asegurada**
- **Inexistencia de un sistema de contabilidad de costos**
- **Debilidades en la formulación de requerimientos y ejecución de procesos logísticos.**



Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.

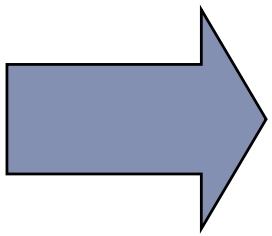
SITUACIÓN AL INICIO DE LA GESTIÓN Y PROPUESTA DE CAMBIO (2)

- **Inadecuado marco de ordenamiento territorial para el despliegue de la oferta.**
- **Alto porcentaje de población trabajadora sin cobertura de atención.**
- **Baja cobertura de atención a población asegurada (33%)**



Extender la cobertura de la Seguridad social, incluyendo a los trabajadores informales e independientes.

- **Designación de funcionarios sin perfil de competencias.**
- **Actos de corrupción.**



Implementar una gestión transparente basada en el merito y la capacidad, con personal calificado y comprometido

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA NUEVA GESTIÓN

OBJETIVO 1	• Brindar atención integral de salud, digna y de alta calidad, con calidez y compromiso a todos los asegurados cambiando a un modelo de atención orientado a lo preventivo-promocional y los determinantes sociales de la salud.
OBJTEIVO 2	• Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud.
OBJETIVO 3	• Extender la cobertura de la seguridad social incluyendo a los trabajadores independientes e informales
OBJETIVO 4	• Implementar una gestión transparente basada en el merito y la capacidad, con personal calificado y comprometido

OBJETIVO 1	**Brindar atención integral de salud, digna y de alta calidad, con calidez y compromiso a todos los asegurados cambiando a un modelo de atención orientado a lo preventivo-promocional y los determinantes sociales de la salud.**
1.1 Modelo de prestación	1.1.1 Cambiar el modelo de Prestación Asistencial centrándolo en la Atención Primaria con enfoque de derecho, género e interculturalidad, contando para ello con la asistencia técnica de la OPS/OMS
1.2 Gestión de la oferta y eliminación de las barreras de acceso	1.2.1 Fortalecer la organización de las redes asistenciales de salud, su capacidad de gestión y optimizando los sistemas de apoyo a la gestión clínica.
	1.2.2 Implementar sistemas integrados de gestión, monitoreo y evaluación con énfasis en la calidad (reducción de tiempos de espera de consulta y cirugía.
	1.2.3 Ampliar la Cobertura de servicios de Prestaciones Sociales implantando nuevos Centros de Adulto Mayor y relanzando los Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional.
	1.2.4 Fortalecer la infraestructura con énfasis en los Centros de Atención Primaria y modernizar el equipamiento asistencial.
	1.2.5 Poner en marcha una estrategia de comunicación orientada a la educación para la salud, mejora en el trato a los asegurados, el respeto mutuo y los derechos y obligaciones de asegurados y trabajadores.

OBJETIVO 1	**Brindar atención integral de salud, digna y de alta calidad, con calidez y compromiso a todos los asegurados cambiando a un modelo de atención orientado a lo preventivo-promocional y los determinantes sociales de la salud.**
1.3 Políticas de Estado	1.3.1 Promover la Medicina Tradicional y la Interculturalidad en Salud en el marco de las políticas de Integración y Cohesión Social del Estado Peruano recogiendo las recomendaciones de la OPS/OMS
	1.3.2 Asegurar el pleno abastecimiento de nuestros establecimientos realizando compras corporativas de medicamentos a nivel nacional y supra nacional (CAN y UNASUR.)
	1.3.3. Apoyar activamente el proceso de Implementación de la nueva Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo
	1.3.4 Participar y colaborar activamente en la implementación de los programas CUNAMAS, SAMU y PENSIÓN 65.

OBJETIVO 2	Garantizar la sostenibilidad financiera de la Seguridad Social en salud
2.1 Diseño Financiero	2.1.1 Contar con un diseño prospectivo financiero (estudio actuarial y mejora de la gestión para sostenibilidad financiera de la institución.
	2.1.2 Promover iniciativas de Ley para cautelar y recuperar los ingresos institucionales.
	2.1.3 Garantizar que los contratos suscritos de APP estén impacten positivamente en la atención de nuestros asegurados.
2.2 Mejora en la Gestión Financiera y Aseguradora	2.2.1 Realizar las acciones para reducir la deuda pública y privada con la Seguridad Social.
	2.2.2 Diseñar e implementar mecanismos de asignación presupuestal a los prestadores basados en incentivos.
	2.2.3 Establecer perfiles de riesgo de la población asegurada y su relación con el impacto económico, creando fondos de Ingresos y Egresos de acuerdo a los tipos de riesgos.
	2.2.4 Fortalecer los mecanismos de control del proceso de recaudación efectuado por SUNAT y concluir los procesos de arbitraje pendientes.
2.3 Transparencia Financiera	2.3.1 Proceder a convocar empresas con excelente nivel técnico y con respaldo internacional para realizar una auditoría financiera y de gestión.

OBJETIVO 3	Extender cobertura de la seguridad social Incluyendo a los trabajadores independientes e informales
3.1 Formalización Laboral	3.1.1 Desarrollar acciones inmediatas con SUNAT, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) y la Presidencia del Consejo de Ministros para que las empresas declaren y aporten en forma completa y oportuna a la Seguridad Social en Salud.
3.2 Diseño de Nuevos Productos de Seguros	3.2.1 Implementar una estrategia de afiliación a la Seguridad Social, dirigida a la población independiente e informal, que no los diferencie del resto de la población asegurada.
3.3 Marco Legal de Aseguramiento	3.3.1 Diseñar el marco legal de Iniciativas Legislativas necesarias a presentar al MTPE y al Congreso de la República que permitan a la población independiente e informal ser parte del Seguro Regular.

OBJETIVO 4	Implementar una gestión transparente basada en el merito y la capacidad, con personal calificado y comprometido
4.1 Transparencia y Lucha contra la Corrupción	4.1.1 Aprobar el Código de Ética de la Función Pública en EsSalud.
	4.1.2 Implementar una política de moralización y lucha contra la corrupción poniendo los casos comprobados sean puesto inmediatamente en manos de las autoridades competentes
	4.1.3 Mejorar los mecanismos de acceso a la información de carácter público en todos los niveles de la gestión
	4.1.4 Diseñar el proyecto de reforma legal en el marco del Convenio 102 de la OIT que permita mejorar la conformación y la ampliación de facultades al Consejo Directivo de EsSalud e incorpore al Consejo de Vigilancia

OBJETIVO 4 Implementar una gestión transparente basada en el merito y la capacidad, con personal calificado y comprometido

4.2 Mejora de capacidades administrativas y de gestión	4.2.1 Modificar el diseño organizacional para hacerlo eficiente, eficaz y efectivo.
	4.2.2 Desconcentrar la gestión, otorgando más autonomía administrativa a los Órganos Desconcentrados.
	4.2.3 Implementar una Política de Fomento y Desarrollo de las Capacidades y el Talento Humano. Establecer un programa de actualización y capacitación permanente de nuestro personal
	4.2.4 Impulsar en el marco de las políticas públicas, la carrera asistencial y administrativa dentro de la seguridad social, en coordinación con el Gobierno Central
	4.2.5 Reducir los costos logísticos a partir del desarrollo de una iniciativa legislativa para que FONAFE tenga la facultad de establecer sus propios montos de contrataciones y compras y establecer la creación del reglamento especial para la adquisición de Bienes Estratégicos.
	4.2.6 Mejorar la base de gestión de transacciones logísticas (SAP) para la integración de la plataforma logística, contable, patrimonial. y gestión de las personas
	4.2.7 Analizar la siniestralidad y el Impacto de las Prestaciones Económicas y de los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo.

OBJETIVO 4 Implementar una gestión transparente basada en el merito y la capacidad, con personal calificado y comprometido

4.2 Mejora de capacidades administrativas y de gestión	4.2.1 Modificar el diseño organizacional para hacerlo eficiente, eficaz y efectivo.
	4.2.2 Desconcentrar la gestión, otorgando más autonomía administrativa a los Órganos Desconcentrados.
	4.2.3 Implementar una Política de Fomento y Desarrollo de las Capacidades y el Talento Humano. Establecer un programa de actualización y capacitación permanente de nuestro personal
	4.2.4 Impulsar en el marco de las políticas públicas, la carrera asistencial y administrativa dentro de la seguridad social, en coordinación con el Gobierno Central
	4.2.5 Reducir los costos logísticos a partir del desarrollo de una iniciativa legislativa para que FONAFE tenga la facultad de establecer sus propios montos de contrataciones y compras y establecer la creación del reglamento especial para la adquisición de Bienes Estratégicos.
	4.2.6 Mejorar la base de gestión de transacciones logísticas (SAP) para la integración de la plataforma logística, contable, patrimonial. y gestión de las personas
	4.2.7 Analizar la siniestralidad y el Impacto de las Prestaciones Económicas y de los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo.

MUCHAS GRACIAS