

memoria anual

2001



Memoria Anual 2001 del Seguro Social de Salud - EsSalud,
aprobada mediante Acuerdo de Consejo N° 155 - 22 ESSALUD 2002,
en la Vigésima Segunda Sesión Ordinaria del 11 de julio de 2002.

Elaboración : Oficina Central de Planificación

Edición General : Secretaría General

Editor Responsable : César Nureña Pizarro

Diagramación y Diseño : Luis Carrera Fernández

Fotografía : Juan Carlos Dominguez

contenido



- presentación _____ 4
- consejo directivo _____ 6
- organigrama _____ 9
- mapa de establecimientos de salud a nivel nacional _____ 10
- introducción _____ 11
- marco institucional _____ 13
- objetivos estratégicos y sus resultados _____ 15
- apoyo en situaciones de emergencia _____ 73
- anexos _____ 77

carta del presidente ejecutivo

4

estimados amigos:

El Seguro Social de Salud EsSalud es una de las instituciones más importantes de la sociedad peruana. Sus servicios cubren al 25 por ciento de la población del país; la atención de la salud de más de 7 millones de personas se caracteriza por el alto nivel de especialización y la calidad de los profesionales. Las innovaciones tecnológicas incorporadas por EsSalud han situado a la medicina peruana en una posición de liderazgo dentro de la región latinoamericana.

El carácter tripartito de EsSalud fue ratificado a lo largo del ejercicio. La participación del Estado, los empleadores y trabajadores en la dirección de la Institución constituye la expresión más precisa de la autonomía.

La calidad de la atención fue una preocupación central. Para tal efecto, gracias a la participación de los trabajadores de la Institución, se lograron niveles adecuados de servicio. Las metas cuantitativas de atención fueron las más altas en la historia, lo cual produjo en algunos momentos, problemas de abastecimiento, que pudieron ser resueltos de manera satisfactoria.

A lo largo del año 2001, EsSalud estableció una serie de políticas destinadas a fortalecer la estructura de gestión, en un marco de austera administración de los recursos disponibles. En tal contexto, la aprobación del Reglamento de Organización y Funciones permitió consolidar las diferentes áreas operativas de la Institución, racionalizando sus labores para aumentar la eficiencia y la calidad de los servicios.

Especial atención se otorgó al proceso de descentralización. Los órganos desconcentrados asumieron un papel más activo en la gestión de los recursos y se establecieron mecanismos de consulta y coordinación permanentes con la administración central.

La opinión de los asegurados fue evaluada de manera permanente. Se estableció un reglamento para la tramitación de las quejas y los reclamos con el propósito de señalar los niveles de responsabilidad en la atención, seguimiento y resolución de los asuntos sometidos a consideración de la administración.

Por otro lado, se estableció la Defensoría del Asegurado, para que, actuando como un mecanismo autónomo y permanente, contribuya a la satisfacción de las demandas y necesidades de las personas que se atienden en EsSalud.

La opinión pública fue informada de manera permanente acerca de las actividades de la Institución, la evolución de sus finanzas y los niveles de atención. El Presidente Ejecutivo estableció los informes públicos de gestión, realizados cada trimestre, para dar a conocer la situación institucional, en presencia de representantes de instituciones, asegurados y medios de comunicación.

Debe destacarse el ambiente de paz laboral que fue mantenido a lo largo del ejercicio. Las diferentes agrupaciones de trabajadores mantuvieron un diálogo mutuamente respetuoso con la Alta Dirección de EsSalud, gracias al cual fue posible resolver asuntos pendientes.

Los logros registrados en el presente ejercicio han estado sustentados en el aporte oportuno de las empresas y de los asegurados facultativos. La Sunat, como ente responsable de la recaudación, ha cumplido de manera satisfactoria con las tareas encomendadas por la legislación vigente.

Los indicadores de gestión, establecidos en el convenio celebrado con el Fondo Nacional de Fomento de la Actividad Empresarial, fueron superados en materia financiera. En tal convenio se otorgó un particular énfasis al tema de la calidad de los servicios; las metas cualitativas y cuantitativas en este último aspecto fueron alcanzadas.

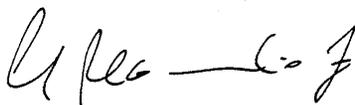
Durante el año 2001, las relaciones de EsSalud con sus proveedores se caracterizaron por la apertura y transparencia. Diversas reuniones públicas fueron realizadas, con el propósito de intercambiar criterios para mejorar los sistemas de abastecimiento. Además, se estableció un sistema público, utilizando la página web de EsSalud, para dar a conocer, con anticipación, los pagos a los proveedores. Gracias a la buena gestión financiera, se redujeron los plazos para el pago de los bienes y servicios adquiridos o contratados por la Institución.

Las relaciones con el Poder Ejecutivo fueron constructivas, en especial con los Ministerios de Trabajo y Promoción Social y de Salud. Fue posible, en virtud del apoyo de ambos sectores, mejorar los sistemas de afiliación de asegurados, en el proceso de formalización del empleo, así como la calidad de los servicios de atención médica.

El Congreso de la República invitó, en diversas oportunidades, al Presidente Ejecutivo de EsSalud para realizar informes y presentaciones sobre la situación y perspectivas. Los congresistas, con alta sensibilidad social, apoyaron en todo momento, los planteamientos de la Institución y formularon valiosas recomendaciones, que sirvieron para mejorar la gestión.

Como parte del proceso de vinculación con las entidades representativas, EsSalud fortaleció sus relaciones con el Colegio Médico del Perú, Colegio de Enfermeras y Colegio de Obstetras, que colaboraron de manera muy activa con las labores de la Institución.

Para concluir, agradezco a los miembros del Consejo Directivo y, a todos y cada uno de los trabajadores de EsSalud por su apoyo para el cumplimiento de las metas y objetivos reseñados en la presente memoria, así como a los asegurados, por su comprensión por las limitaciones y deficiencias que fueron gradualmente superadas.



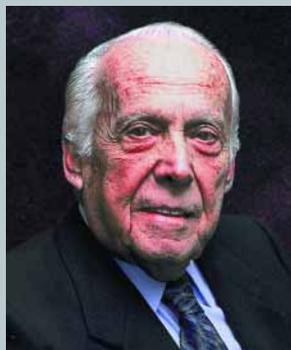
Dr. Ignacio Basombrío Zender

consejo directivo

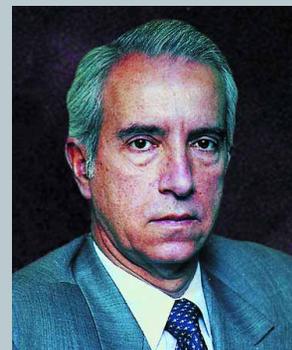
representantes del estado



Dr. Ignacio Basombrío Zender
Presidente Ejecutivo



Dr. Arturo Vasi Paez



Dr. Javier Montero Checa

representantes de los empleadores



Lic. Francisco García Calderón



Ing. Eduardo Iriarte Jiménez

representantes de los trabajadores y asegurados



Lic. Elsa Baca Córdova



Sr. Julio Paz Gaviño



Sr. Fernando Pariona Campos

a enero de 2001

representantes del estado

Ignacio Basombrío Zender	Presidente Ejecutivo
Javier Montero Checa	Ministerio de Trabajo y Promoción Social
Arturo Vasi Paez	Ministerio de Salud

representantes de los empleadores

Gabriel Seminario de la Fuente	Gran Empresa
Antonio Meier Cresci	Pequeña y Micro Empresa
Rafael Villegas Cerro	Mediana Empresa CONFIEP

representantes de los trabajadores y asegurados

Elsa Baca Córdova	Régimen Laboral Público
Julio Paz Gaviño	Régimen Laboral Privado
Miguel Reyes Gómez	Pensionistas

a diciembre de 2001

representantes del estado

Ignacio Basombrío Zender	Presidente Ejecutivo
Javier Montero Checa	Ministerio de Trabajo y Promoción Social
Arturo Vasi Paez	Ministerio de Salud

representantes de los empleadores

Francisco García Calderón	Gran Empresa
Alonso Rey Bustamante	Pequeña y Micro Empresa
Eduardo Iriarte Jiménez	Mediana Empresa CONFIEP

representantes de los trabajadores y asegurados

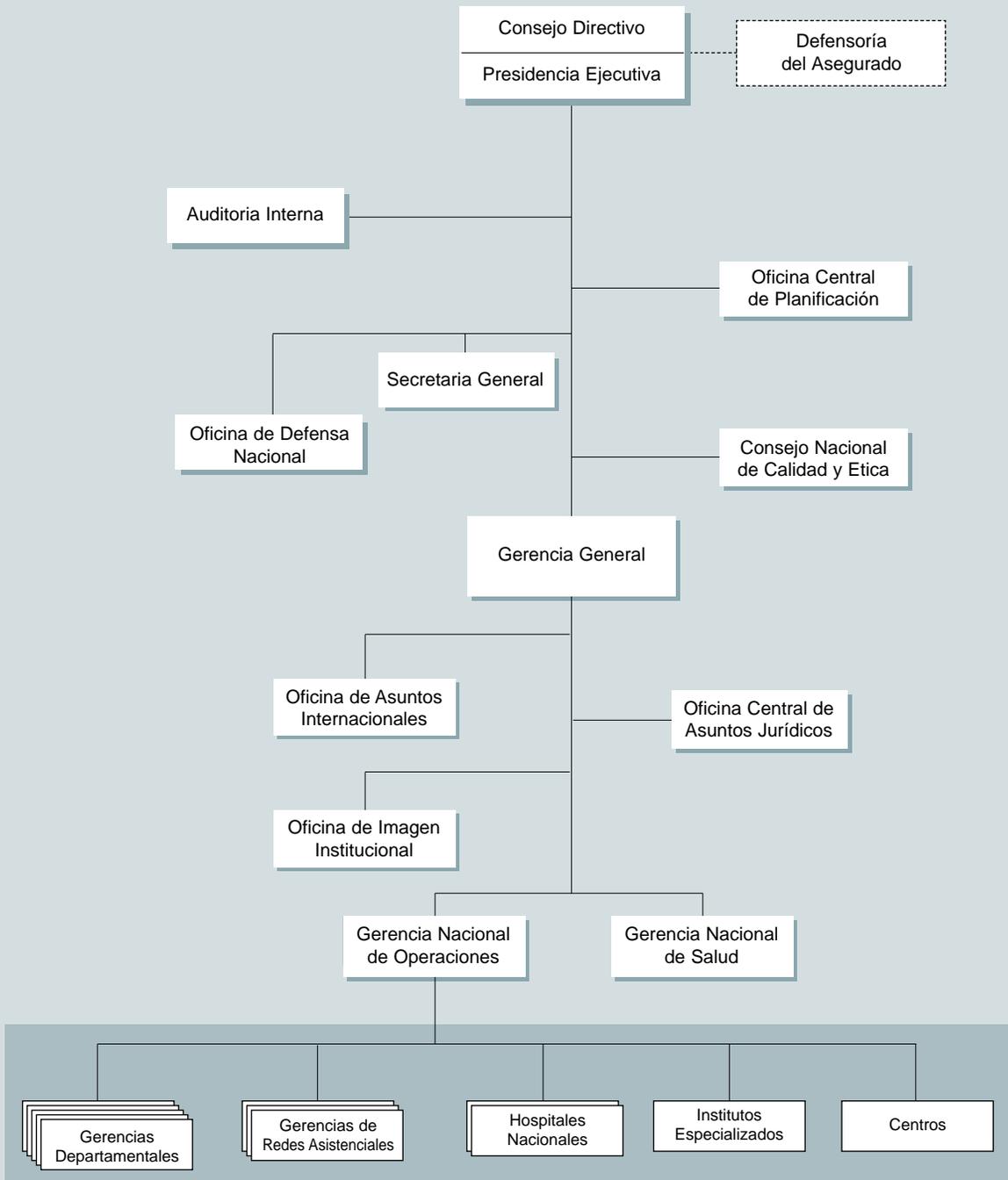
Elsa Baca Córdova	Régimen Laboral Público
Julio Paz Gaviño	Régimen Laboral Privado
Fernando Pariona Campos	Pensionistas

plana ejecutiva

a diciembre de 2001

Asabedo Fernández Carretero	Gerente General (e)
Gerardo Velarde Salazar	Secretario General (e)
Gino Dávila Herrera	Gerente Nacional de Operaciones Gerente Nacional de Salud (e)
Javier Rosas Santillana	Jefe del Órgano de Auditoría Interna
Jorge Cortez Cumpa	Jefe de la Oficina Central de Planificación
Guillermo Berdejo Díaz	Jefe de la Oficina de Imagen Institucional
Pierre Garrigue Miranda	Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales
Braulio Rosillo Larios	Jefe de la Oficina Central de Asuntos Jurídicos
Julián Zegarra Ortiz	Gerente Central de Recursos Humanos
Asabedo Fernández Carretero	Gerente Central de Finanzas
Justo Rubén Huaco Sánchez	Gerente Central de Logística e Infraestructura
Carlos Saito Silva	Gerente Central de Informática
Luis Aguilar Torres	Gerente de la Oficina de Defensa Nacional

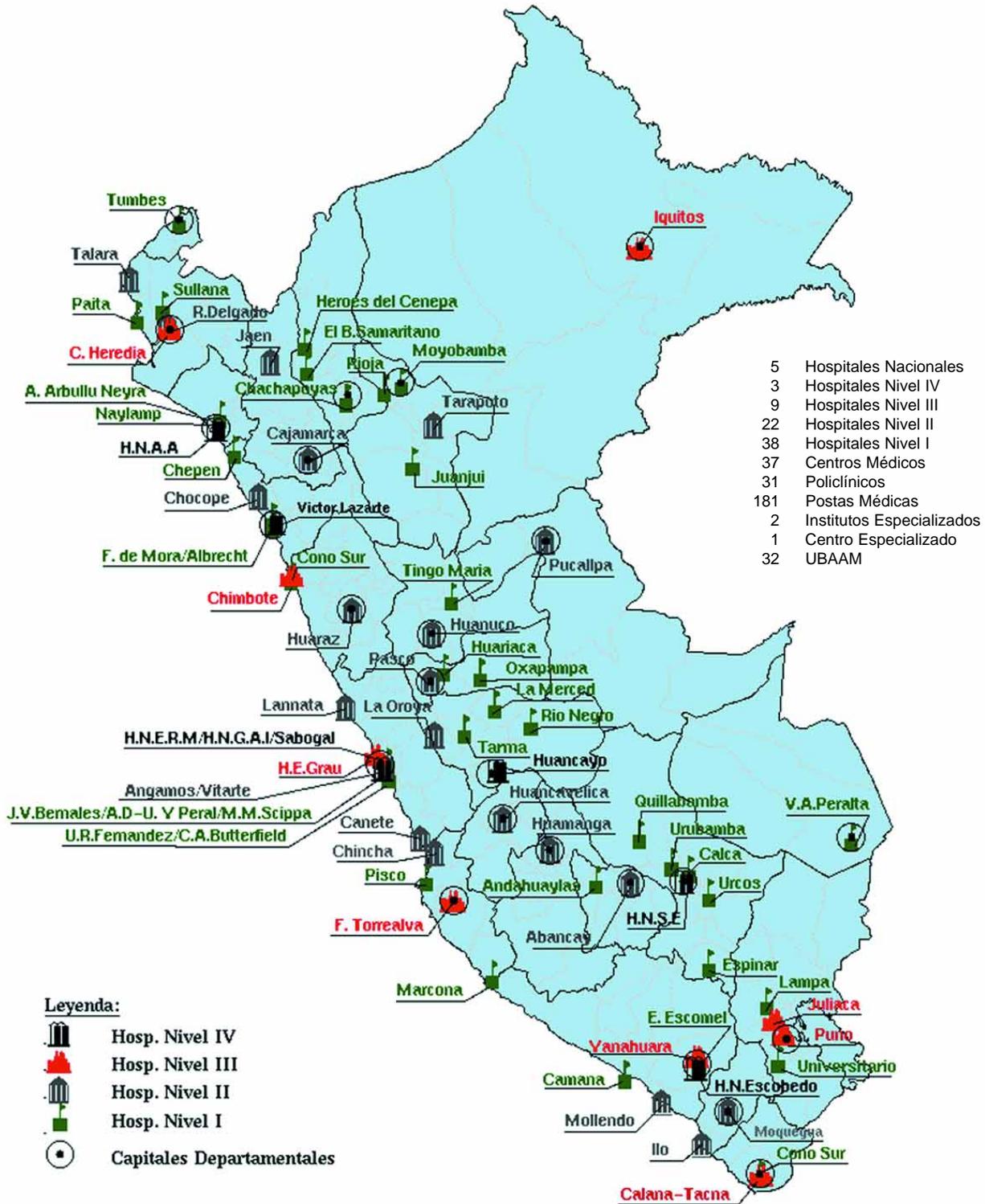
estructura orgánica



Aprobado: Res. No. 454 y 511- PE-ESSALUD-2001 (29/08/01 Y 13/11/01)

establecimientos de salud

a nivel nacional



Elaborado por SIG-SGP-OPIT, octubre 2000

Mediante Resolución Suprema N° 140-2000-TR del 12 de diciembre del 2000, el Dr. Ignacio Basombrío Zender recibió del Gobierno Democrático de Transición, el encargo de presidir el Seguro Social de Salud – EsSalud.

El cargo de Presidente Ejecutivo fue puesto a disposición al finalizar el mes de julio del 2001 y posteriormente, mediante Resolución Suprema N° 092-2001-TR de fecha 9 de agosto del mismo año, el Gobierno Constitucional designó nuevamente al Dr. Basombrío al frente de la Institución. La presente Memoria recoge los avances logrados en los objetivos y metas planteados para el año 2001.

El resultado de este período fue: la definición de una estructura orgánica más dinámica y eficiente; la mejora de las políticas financieras que dieron como resultado un superávit en el ejercicio; el reconocimiento al rol de la planificación a través de la creación de la Oficina Central de Planificación; el diseño de una nueva organización territorial que propone el funcionamiento a través de un sistema de redes mediante el cual sea posible optimizar la utilización de los recursos asistenciales; la transparencia en la gestión a través del fortalecimiento del control interno y del Organismo de Auditoría Interna, así como otros proyectos puntuales dirigidos a solucionar problemas álgidos en el desarrollo de la prestación asistencial.

Igualmente, se establecieron una serie de propuestas y recomendaciones cuya implementación abarcaría el período 2001-2006, las cuales se pusieron a consideración de las nuevas autoridades.

El 2001 ha sido un año de discusión y debates en temas que afectan la supervivencia de la seguridad social. La búsqueda de una autonomía real y efectiva actualmente vulnerada por la intervención de otras entidades en las decisiones institucionales, constituyó una de las principales preocupaciones de la gestión, en la cual se han dado importantes pasos, como el logro de un equilibrio financiero acorde con las metas planteadas, respetando los parámetros normativos y legales a los que está sujeta la Institución.

La solución de la situación de los cesantes y el cumplimiento de la sentencia del Tribunal Constitucional, pese al costo que implica para el sistema y la evaluación de la coyuntura de los despedidos, constituyeron también esfuerzos de la gestión por afrontar problemas y buscar soluciones justas y equitativas.

Un aspecto importante a considerar fue la despolitización de la institución fijando los objetivos en función de las necesidades propias del servicio a los asegurados, apartándonos de actividades dirigidas a captar políticamente a la población; en este orden de ideas se desactivaron algunos programas de prestaciones sociales y hoy los policlínicos itinerantes se utilizan como complemento de la oferta fija en los lugares donde ésta no es suficiente y no como parte del andamiaje político del gobierno de turno.

Como parte de los logros alcanzados podemos mencionar los avances en las acciones de prevención a través de los programas preventivo – promocionales, la definición de los estándares para mejorar la prestación de servicios, la ampliación de la cobertura en el interior del país (hospitales de Casa Grande y Naylamp), una política de recursos humanos caracterizada por mayor diálogo, búsqueda de consenso, respeto a las organizaciones, devolución de FOPASEF y CAFAE a la administración de los trabajadores, reactivación de concursos y promociones, así como la creación de la Defensoría del Asegurado, como contribución a la generación de una cultura organizacional que se comprometa con la atención y protección de los mismos.

Cabe resaltar que el Órgano de Auditoría Interna ha programado una auditoría de gestión en la entidad para el período 2001, que tiene como objetivo general determinar si la institución está logrando los resultados y beneficios señalados en la prestación de servicios de salud, económicos y sociales de acuerdo a la normatividad legal y administrativa; así como en el Plan Estratégico Institucional y Planes Operativos, con criterios de eficiencia, efectividad y economía. Asimismo, comprende la evaluación de los sistemas de planificación, logística, infraestructura, finanzas, informática, recursos humanos y asuntos jurídicos.

En este contexto, se pone a consideración la Memoria 2001 que expone no sólo los logros alcanzados en el período mediante el cumplimiento de las metas, sino también un análisis de la problemática encontrada y las alternativas de solución planteadas.

marco institucional

El principal desafío que afrontó la seguridad social en el presente año, fue el diseñar una organización apropiada para responder con eficiencia a las crecientes demandas de la población asegurada y reforzar los vínculos con otras instituciones del sector público, respondiendo a la orientación de la política en materia de salud, en un entorno en el cual su autonomía institucional era amenazada por una serie de medidas e intervenciones de diferentes entes gubernamentales.

Aún en el contexto de un marco regulatorio restrictivo que imponía enormes limitaciones, el Seguro Social de Salud ha sabido responder a las exigencias de su doble rol asegurador y prestador y, anteponer su responsabilidad ante la población asegurada, acorde con las declaratorias de la Visión y Misión Institucional.

visión

Hacer de EsSalud la mejor institución de salud de Latinoamérica.

misión

En EsSalud tenemos el compromiso de contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias peruanas, brindándoles los servicios de salud y las prestaciones económicas y sociales que están comprendidas dentro del régimen contributivo de la seguridad social de salud, basados en los principios de solidaridad, equidad y universalidad para nuestros asegurados.

Para ello contamos con la calidad, calidez y valores de nuestro personal y con una red de establecimientos de salud y centros de alta especialización adecuadamente equipados.

Consideramos a nuestros asegurados y empresas aportantes como socios en esta tarea, siendo nuestra responsabilidad la administración eficiente de sus aportaciones.



objetivos estratégicos
y sus resultados

objetivos estratégicos y sus resultados

16

El año 2001 estuvo marcado por dos etapas significativas en la gestión: la primera entre enero - julio (bajo las directivas del Gobierno de Transición) en la cual se evaluó la problemática existente definiéndose las acciones y propuestas para efectuar los cambios requeridos en la organización institucional y, una segunda entre agosto - diciembre en que se inicia la ejecución de las modificaciones y la implementación de las propuestas, así como la evaluación de nuevos planteamientos para problemas existentes y proyecciones para el desarrollo institucional futuro.

Para lograr la modernización y el fortalecimiento institucional se realizó un proceso de cambio funcional y organizacional, definiéndose una estructura conformada por dos órganos de línea, - las gerencias nacionales de Salud y de Operaciones - y se redujo el aparato administrativo existente buscando una mayor articulación y eficiencia.

Esta estructura organizativa hace énfasis en la planificación y normalización de los recursos institucionales y en la atención orientada hacia el esquema de servicio al asegurado. A su vez implica realizar el rediseño de los procedimientos con énfasis en la regionalización de los mismos.

Un paso importante lo constituye la definición del Modelo de Atención Integral en Salud, que resalta la importancia de alinear la organización y los procesos hacia las acciones preventivas y de promoción de la salud, reduciendo los costos sociales y económicos derivados de la enfermedad.

De esta manera, se define el modelo de redes de salud que propone un nuevo sistema de organización de prestaciones, cuyo objetivo es transitar desde un modelo que fomenta los productos a otro que reconoce el trabajo por resultados, es decir de un modelo de gasto a uno de inversión en salud. Estas redes proveerán atención a las necesidades de salud demandadas por la población, variando desde la atención en la enfermedad individual hacia la integral, compatible con las necesidades de la población.

“Un paso importante lo constituye la definición del Modelo de Atención Integral en Salud, que resalta la importancia de alinear la organización y los procesos hacia las acciones preventivas y de promoción de la salud...”

Sobre la base de los objetivos y metas planteados para el año 2001, se presentan a continuación los principales resultados que se encuentran enmarcados en cada uno de los cuatro objetivos estratégicos que corresponden a la gestión institucional:

mejora de la calidad de los servicios de salud

La actual administración se ha abocado al desarrollo de estrategias para lograr la eficiencia en el uso de los establecimientos, servicios y sistemas de salud, articulando eficazmente los niveles de complejidad que tiendan al mejoramiento de la capacidad resolutive, orientada a la atención integral brindada por un equipo multidisciplinario de salud y racionalizando los medicamentos e insumos.

En este contexto se ha definido la necesidad de establecer las Redes de Salud, las cuales atenderán las necesidades de salud de la población a través de procesos que obedecerán a una operación coordinada, mejorando de esta forma el acceso, la equidad de los servicios y la atención integral.

Asimismo, dentro de los objetivos más importantes relacionados con el rol prestador de servicios de salud, tenemos: La definición de estándares para la prestación de los servicios, la incorporación de innovaciones tecnológicas y la optimización de las atenciones.

El control de las infecciones intrahospitalarias constituye uno de los indicadores básicos en el Convenio de Gestión suscrito con el Fondo Nacional de Fomento de la Actividad Empresarial FONAFE y en los Acuerdos de Gestión realizados con los Organos Desconcentrados; la reducción significativa de las tasas de prevalencia de las infecciones intrahospitalarias constituye un indicador de calidad en la atención de salud.

■ mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud

Para garantizar la calidad técnica se ha trabajado en la evaluación de los factores que producen la enfermedad y en el uso de la información necesaria para luego programar y evaluar convenientemente las intervenciones de salud.

Se implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, se elaboraron y difundieron una serie de normas y guías de procedimientos cuyo objetivo es la estandarización de los procesos de atención clínica, se realizó el diseño e implementación del soporte de información de diagnósticos resueltos, cuyo propósito fundamental es poner a disposición de los Organos Desconcentrados una herramienta de identificación, procesamiento y registro de estos productos, contribuyendo a mejorar los procesos de atención, la administración de los servicios de salud y el sistema de asignación de recursos.



■ **reforzamiento de las acciones de prevención**

El desarrollo de acciones preventivas cumple un papel fundamental para afirmar la salud, por lo que se desarrollaron una serie de tareas vinculadas a reforzar el modelo preventivo – promocional. Entre las más importantes se cuentan: el Plan Piloto de Detección Temprana y Tratamiento del Cáncer de Mama que se realizó en diferentes centros asistenciales de la red Lima, el Plan Piloto para Detección Temprana de Síndrome Post Polio, así como la asistencia técnica a las gerencias departamentales para la prevención y control del brote de Dengue.

■ **incorporar y estandarizar nueva tecnología en los servicios de salud**

La evaluación de las necesidades de equipamiento biomédico crítico ha sido una de las principales preocupaciones de la gestión en el presente año. Por esta razón, uno de los elementos de negociación con el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado FONAFE, organismo del Ministerio de Economía y Finanzas que aprueba el presupuesto institucional, se ha referido a obtener autorización para invertir en bienes de capital, procurando la ampliación de dicha partida presupuestal para que sea posible repotenciar equipos, reemplazar tecnología obsoleta y dotar a los hospitales de los últimos avances en técnica médica.

■ **acreditación de hospitales**

La meta principal de la acreditación hospitalaria es incrementar el nivel de calidad del servicio y en ello los beneficiarios son los pacientes. El proceso de acreditación implica una evaluación de la gestión, de las áreas de recursos humanos, de los sistemas de información existentes, de la estructura física y del entorno hospitalario, de los procesos asistenciales, procedimientos y recursos, diagnósticos terapéuticos y de soporte, que permiten evaluar globalmente las características del establecimiento y su idoneidad para la prestación de los servicios de salud.

En el presente año se han acreditado: Hospital IV Carlos Alberto Seguín Escobedo, Hospital III Yanahuara y Hos-

pital I Edmundo Escomel en Arequipa; igualmente se ha avanzado en la evaluación de la infraestructura de 16 centros asistenciales y se encuentran autoevaluados 29 hospitales para continuar con el plan de acreditación.

■ **mejorar los sistemas de prevención de riesgos de trabajo**

Se desarrollaron los lineamientos del Sistema de Prevención de Riesgos de Trabajo, conjuntamente con procedimientos y normas generales de bioseguridad y la inmunización contra la Hepatitis B al 62% de los trabajadores que laboran en los servicios de alto riesgo; Asimismo, con la aprobación de la norma de manejo de alimentos en los servicios hospitalarios se permitirá regular los requisitos básicos de higiene, saneamiento y buenas prácticas de elaboración en los establecimientos de salud.

A través de los Centros de Prevención de Riego del Trabajo, se ha continuado brindando asesoría en seguridad industrial y salud ocupacional en las empresas afiliadas a EsSalud, priorizando a las del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

■ **redes asistenciales**

La nueva corriente de salud en el mundo busca integrar el bienestar físico, psíquico y social. En ese sentido la Seguridad Social debe construir un modelo de atención con enfoque integral, que considere al asegurado en su ámbito familiar, laboral y social. Las necesidades de salud de la población en los próximos años serán diferentes a las actuales, por tanto, la Institución debe prepararse para ofertar servicios que cubran las nuevas carencias de demanda de salud en la población.

Por ello, mediante Resoluciones de Gerencia General N° 263 y 269-GG-ESSALUD-2001, del 13 y 16 de agosto de este año respectivamente, se constituye una Comisión de Alto Nivel encargada de proponer la configuración de Redes a nivel nacional, los planes de trabajo a ser desarrollados y la formulación de indicadores de gestión.

■ **modelo de atención integral para essalud**

Es un modelo basado en un enfoque bio-psico-social estratégicamente dirigido a la atención primaria en salud, pro-

moviendo acciones preventivo-promocionales sin descuidar las recuperativas, según las verdaderas necesidades del asegurado, quien está ubicado en el núcleo de una atención integral que abarca además a la familia y a la comunidad, a través de una organización por niveles de atención y dentro de un sistema de redes de servicios de salud que forman parte de una organización con un adecuado soporte financiero, administrativo y logístico, -redes asistenciales- adecuadamente definidas por la institución.

El modelo propicia la participación activa del binomio institución/sociedad lo que le permite sostenibilidad y vigencia en el tiempo.

características del modelo de atención integral

- a) Enfoque bio-psico-social.
- b) Dirige su accionar a las necesidades del asegurado en su entorno familiar, laboral y social (comunidad y ambiente). Prioriza la solución de los principales problemas de salud de la comunidad.
- c) Atiende el proceso y ciclo vital: Salud – Enfermedad.
- d) Se desarrolla en una red de servicios integrados y coordinados cuyo centro es la comunidad.
- e) El primer nivel de atención se comporta como el soporte y eje del desarrollo de las prestaciones de salud.
- f) Enfatiza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

■ **beneficios**

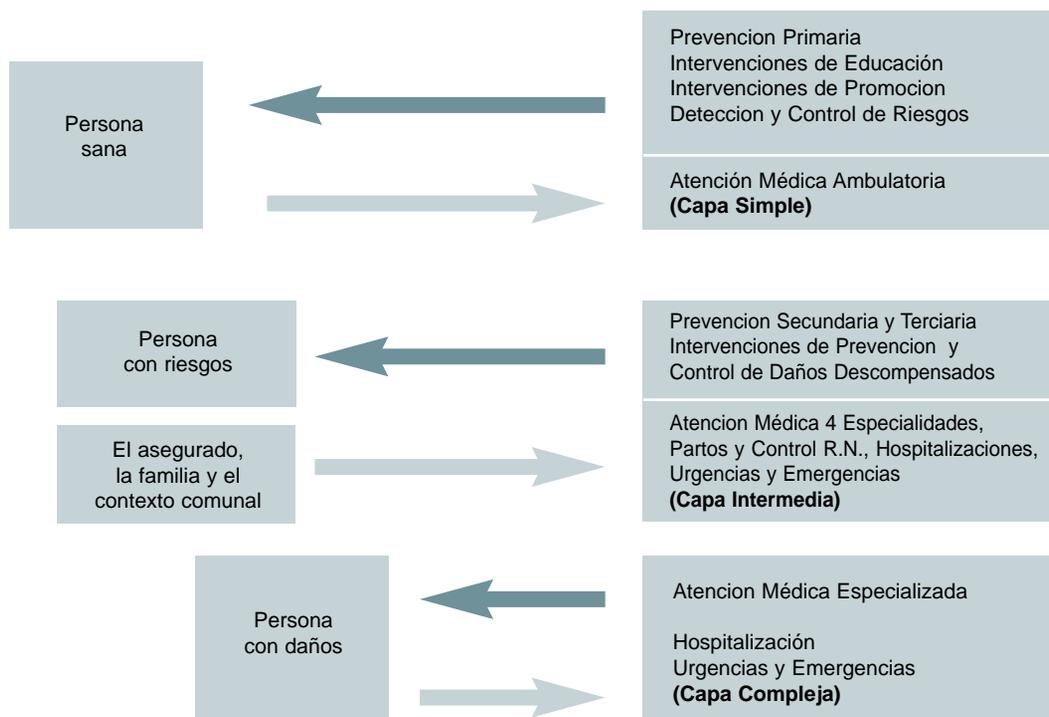
- a) Considera al usuario como un ser social que amerita la atención médica de su enfermedad.
- b) Cambia de la atención a la enfermedad individual, a la atención integral brindada por un equipo multidisciplinario de salud.
- c) Pasa de un trabajo hospitalario a una red de servicios.
- d) El nuevo modelo involucra no sólo al paciente sino a todos los componentes de su entorno.
- e) Activa los organismos formales: Seguridad Social, Ministerio de Salud, Municipalidades, Unidades Es-

colares entre otros, e informales: Comités del Vaso de Leche, Comedores Populares, Asociaciones, Clubes, etc. para promover la salud y prevenir la enfermedad. Deben actuar en forma coordinada.

- f) Adecua los actuales procesos en perspectiva de lograr la continuidad de los cuidados.
- g) Desarrolla el trabajo bajo el concepto de economía de escala, reduce costos operativos y libera gastos de inversiones para focalizaciones específicas.
- h) Amplia la accesibilidad y cobertura del sistema de salud y promueve la equidad en la distribución de los recursos.

El modelo propuesto para el funcionamiento de las Redes Asistenciales está siendo evaluado para su implementación, puesto que la formación de redes implica la reestructuración del modelo organizacional de la Institución, así como la combinación y racionalización de los recursos.

operatividad del modelo de atención integral



Fuente: Informe Final de Redes Asistenciales. Comisión de Redes

ampliación de la cobertura de la seguridad social

Los cambios demográficos y epidemiológicos permiten suponer que la demanda de servicios se incrementará progresivamente, de modo tal que el sistema deberá mejorar la gestión obteniendo ganancias en eficiencia para hacer frente a los aumentos de la demanda esperada.

La ampliación de la cobertura obliga a examinar cuidadosamente el criterio de equivalencia entre contribuciones y beneficios, lo que lleva a redefinir las fuentes de financiamiento. Con estos considerandos, el presente año se han realizado esfuerzos para incrementar prudentemente la cobertura y la ampliación de la capacidad instalada culminando proyectos de inversión en proceso.

■ crecimiento y desarrollo en la atención de salud

Los esfuerzos por una mejor calidad, necesitan garantizar que los servicios se brinden de manera más eficiente, que estén disponibles en forma más equitativa y que sean sostenibles; para esto se requiere analizar el impacto de los problemas de salud que resultan de mayor costo o importancia para la seguridad social. En este sentido, se realizaron estudios para evaluar el impacto de los tratamientos de la insuficiencia renal crónica terminal y del direccionamiento de los programas para la atención pediátrica, el Plan Maestro para el Hospital Nacional Guillermo Almenara Siglo XXI y el Plan para la Modernización del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

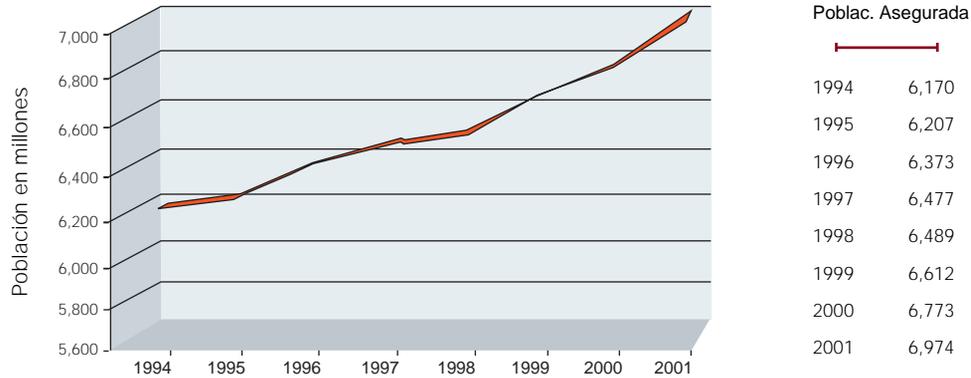
■ población asegurada

La población asegurada de EsSalud ha seguido una tendencia creciente. En el año 2001, creció en más de 2.9 % con respecto al año anterior, alcanzando una cifra de 6,974,038 afiliados.

El gráfico siguiente muestra la evolución de la población asegurada por el Seguro Social y su tendencia cada vez más creciente; durante el 2001 la tasa de crecimiento ha sido la mayor de los últimos 7 años:

evolución de la población asegurada por el seguro social de salud

1994 - 2001



Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

■ estructura

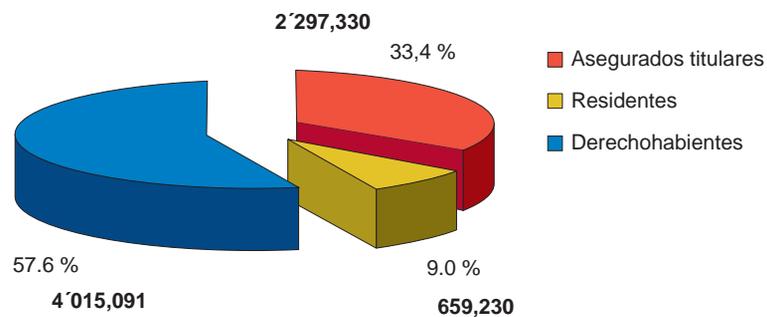
La estructura de la población asegurada al año 2001 muestra un alto componente de derechohabientes que corresponden al 57.6% de la población asegurada, seguidos por los asegurados titulares en actividad laboral, que representan el 33.4% de la población total. Esto significa que aproximadamente por cada 3 asegurados con cobertura del seguro social, solamente uno aporta al sistema. Si a esto se añade el hecho que el monto promedio mensual que paga una familia por esta cobertura es de 20 dólares americanos, se observa la importancia de efectuar una revisión de las fuentes de aportación, ya que de ello depende la vigencia de la seguridad social en el país.

Cabe destacar que el crecimiento observado en el 2001 fue resultado de la incorporación de afiliados a los nuevos seguros potestativos. La Institución se encuentra cada vez más comprometida con uno de los sectores más desprotegidos de la población: el trabajador independiente y sus derechohabientes, por lo que dedica esfuerzos para lograr una mayor cobertura en este segmento; mientras en el año 2000 este representaba el 3.7% de la población asegurada, en el 2001 constituyó alrededor del 5.3%.

De otro lado, la distribución de la población asegurada muestra una considerable concentración en el departamento de Lima (48%) respecto de otros departamentos del país.

estructura de la población asegurada

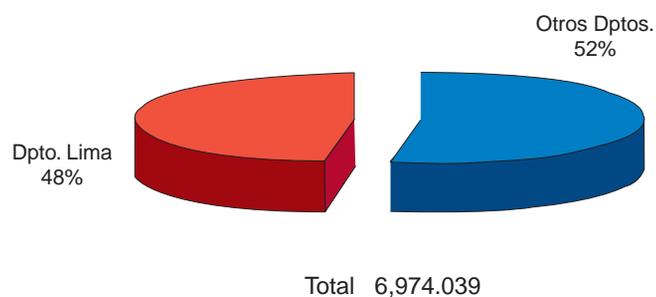
a 2001*



Fuente: Reporte de Población Asegurada 2001
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

distribución de la población asegurada

2001



Fuente: Reporte de Población Asegurada 2001
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

■ **cobertura**

La cobertura sobre la población total del Perú se encuentra alrededor del 26.5% en el año 2001. Esta tendencia se mantiene constante debido a que tanto la población asegurada como la demográfica han ido creciendo casi en la misma proporción; sin embargo, se observa una ligera recuperación de la posición de EsSalud con respecto a la cobertura.

cobertura del seguro social de salud

1999 - 2001

Año	Población Demográfica	Población Asegurada	Cobertura
1999	25,525,000	6,612,448	25.9%
2000	25,661,690	6,772,753	26.4%
2001	26,347,000	6,974,038	26.5%

Fuente: Reporte de Población Asegurada 2001
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

■ **población asegurada y económicamente activa**

La Población Económicamente Activa (PEA) mayor de 15 años se ha incrementado con respecto a la población total, de 36.7% en 1994 a 43.8% en el año 2001, en contraste con la disminución de los aportantes a EsSalud en relación con la PEA, de 25.6% a 19.1% en el mismo período, lo que representaría mayor desempleo o condiciones laborales precarias.

El cuadro siguiente muestra la evolución de la población aportante y de la cobertura en relación a la PEA total.

La recuperación en el número de aportantes se debió principalmente al aumento registrado en los seguros privados y, en menor proporción al incremento de los trabajadores agrarios y el número de dependientes por asegurado.

evolución de la pea

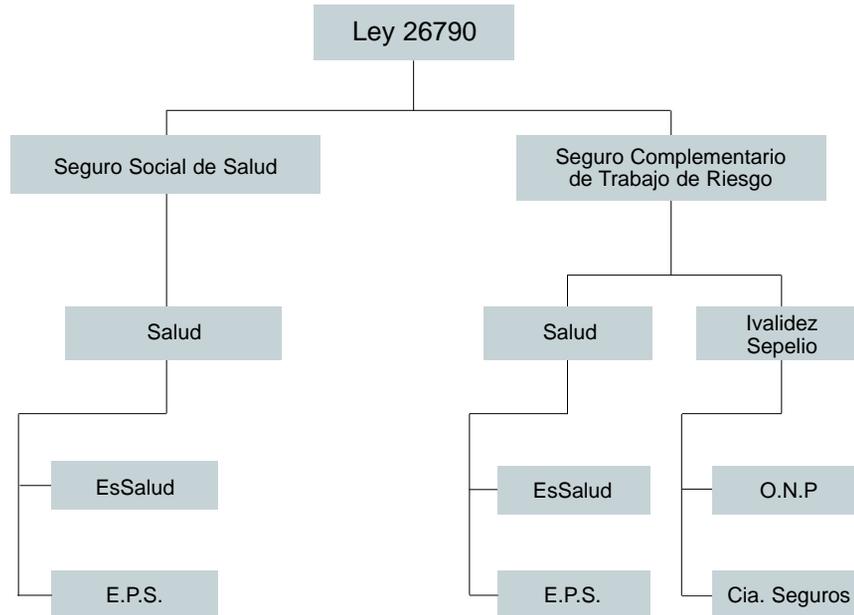
1999 - 2001*

Año	Población Demográfica	PEA Total	PEA / Poblac %"	Aportantes	Cobertura Apor / PEA
1999	25,525,000	10,164,102	39.8%	1,911,770	18.8%
2000	25,661,690	11,400,000	44.4%	2,029,874	17.8%
2001	26,347,000	11,533,000	43.8%	2,177,196	18.9%

*Para efectos de esta comparación, se excluyen en este cuadro a los pensionistas y los universitarios.
Elaboración Gerencia de Estudios Económicos y Estadística, GCF, EsSalud

■ **seguro complementario de trabajo de riesgo**

La Ley N° 26790 crea el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo que brinda cobertura por accidente de trabajo y enfermedad profesional a los afiliados regulares del Seguro Social de Salud.



Elaboración: Sub Gerencia de Evaluación y Administración de Riesgos Laborales – SGEARL
Gerencia Técnica de la Gerencia Central de Finanzas

Cubre toda lesión orgánica o perturbación funcional causada en el centro laboral con ocasión del trabajo, por acción imprevista, fortuita u ocasional de una fuerza externa, repentina y violenta que obra súbitamente sobre el trabajador o debido al esfuerzo del mismo.

Se considera todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.

- registro de la siniestralidad

En el año 2001 se observa un mejor registro de los avisos de accidente de trabajo, respecto al 2000; año en que se aplica la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-1999, aprobada con Resolución de Gerencia General N° 1041-GG-ESSALUD-99 del 15 de noviembre de ese año, esto no solo está referido a la cantidad, sino a la calidad de los mismos.

La diferencia de accidentes de trabajo registrada no significa que éstos hayan aumentado, sino que la capacitación impartida está dando resultados en el ámbito nacional para identificar y registrar las atenciones por accidente de trabajo, conforme se aprecia en el cuadro siguiente:

registro de siniestralidad

2000 - 2001

Año	2000	2001
Registros	9,751	12,973

Fuente: Sub Gerencia de Estadística.
Elaboración: Sub Gerencia de Evaluación y Riesgos Laborales

Las actividades económicas que registran mayor número de accidentes de trabajo en el ámbito nacional son:

actividades con mayor siniestralidad

2001

Actividad	Cantidad	Porcentaje
Pesca	1417	36.5%
Construcción	757	19.5%
Fabricación de Textiles	614	15.8%
Extracción de Minerales Metálicos	554	14.2%
Serv. Médico y Odontol. Otros Serv. de Sanidad y V	540	14%

Fuente: Sub Gerencia de Estadística.
Elaboración: Sub Gerencia de Evaluación y Riesgos Laborales

La mayor frecuencia de accidentes de trabajo se registra en los dedos de las manos con un porcentaje de 54%, seguido de las manos con 15.3%, ojos con 13.8%, pies con 10.8% y finalmente la pierna con 6.2%.

- **recaudación del seguro complementario de trabajo de riesgo**

La recaudación del año 2001 sufre una merma del 20% respecto al 2000, situación que es atribuida a las siguientes causas: la coyuntura económica, migración de empresas a las EPS, menores tasas de aportación ofertadas por las mismas, entre otras.

recaudación

2000 - 2001

Año	2000	2001
Recaudación	48,760,890	37,073,296

Fuente: Sub Gerencia de Estadística.
Elaboración: Sub Gerencia de Evaluación y Riesgos Laborales

- **población asegurada al seguro complementario de trabajo de riesgo**

A diciembre del 2001 se registran 327,494 trabajadores asegurados al SCTR, de los cuales 68% están asegurados por EsSalud y 22% a las EPS.

recaudación del seguro complementario de trabajo de riesgo

2001

Entidad	Población Asegurada	Porcentaje
EsSalud	223,394	68.2%
EPS	104,100	31.8%
Total	327,494	100%

Fuente: Sunat. – Superintendencia de EPS
Elaboración: Sub Gerencia de Evaluación y Riesgos Laborales

- **empresas aportantes**

El promedio anual de empresas aportantes al SCTR durante los años 2000 y 2001, registra un dato para el análisis:

aportes 2000 - 2001	
Años	Empresas aportantes
2000	5,765
2001	5,804

Fuente: Sunat. - Superintendencia de EPS
Elaboración: Sub Gerencia de Evaluación y Riesgos Laborales

Si bien la diferencia no es amplia, en el año 2001 se registra mayor número de empresas aportantes respecto al 2000, sin embargo la disparidad en la recaudación refleja una desigualdad negativa del 20%.

La explicación de ello está en el hecho de haber perdido aquellos clientes que son los principales contribuyentes y mantenido la preferencia de los medianos y pequeños, quienes han suscrito 5,798 contratos con EsSalud durante el año 2001 por las diferentes actividades u obras que realizan.

- **estrategia para el posicionamiento en el mercado.**

Se desarrolló una estrategia para premiar a las empresas con baja siniestralidad, otorgándoles una tasa de aportación preferencial que puede llegar a 0.50% sin el IGV o 0.59% incluido el IGV.

Durante el año 2001 se otorgó este beneficio a 80 entidades empleadoras del ámbito nacional, lo que en muchos casos impidió que migren a una EPS, así también esta oferta es realizada a todo empleador que nos presenta solicitud de resolución de contrato por traslado a una EPS.

■ prestaciones de la seguridad social en el año 2001

1. prestaciones de salud

EsSalud cuenta con una red propia de centros asistenciales en todo el país, cuya infraestructura y alto nivel tecnológico permiten brindar servicios en todos los niveles de complejidad.

Las prestaciones de servicios se otorgan a través de la Oferta Fija y Oferta Flexible.

1.1 oferta fija

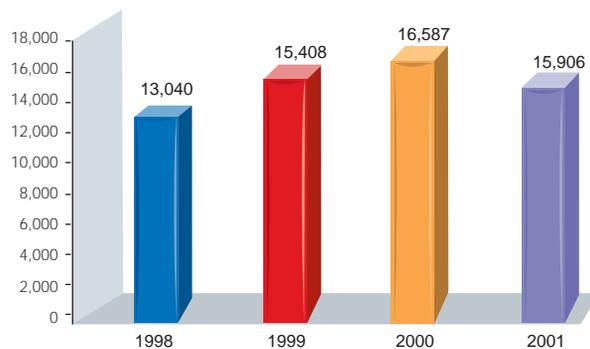
Se brinda en los hospitales, policlínicos y otros establecimientos asistenciales, así como los institutos especializados, Unidades Básicas de Atención al Adulto Mayor (UBAAM) y centros de atención especializada. La producción de servicios de salud se ha comportado en el año 2001, como sigue:

- consultas médicas

Durante el 2001 las consultas médicas mostraron una disminución de 4.1% con respecto al año 2000, alcanzando un nivel de 15.90 millones de consultas luego de periodos de continuo crecimiento en los años anteriores, ello se explica por la consolidación de la oferta fija durante el 2000, así como la política de contención de costos y los cambios en las políticas gubernamentales durante el año 2001.

número de consultas médicas (miles)

1998-2001



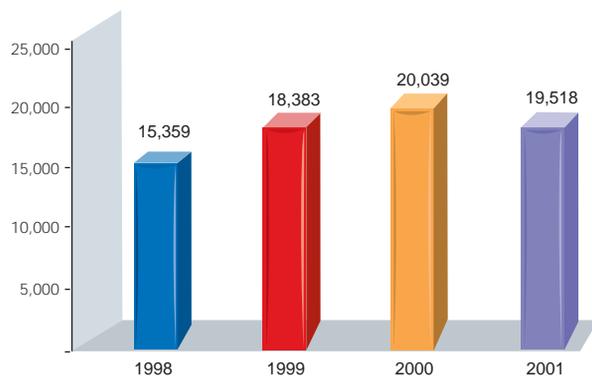
Fuente: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

- atenciones médicas.

De forma similar, las atenciones médicas presentaron una disminución de 2.6% lo que en cifras absolutas representó una disminución de 521 mil atenciones.

número de atenciones médicas (miles)

1998-2001



Fuente: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

- intervenciones quirúrgicas

Durante el año 2001 se realizaron 240.9 mil Intervenciones quirúrgicas, lo que representó una disminución de 2.8% con respecto al año anterior que se explica por la disminución de horas extras y una menor programación de intervenciones.

intervenciones quirúrgicas según nivel de complejidad

Nivel de Complejidad	2001
Cirugía mayor de alta complejidad	10,830
Cirugía mayor de mediana complejidad	45,913
Cirugía mayor de bajo requerimiento	110,687
Cirugía menor de alto requerimiento	66,969
Cirugía menor de bajo requerimiento	6,499
Total	240,898

Fuente: Informe Gerencial de Centros Asistenciales, Institutos y Centros Especializados.
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística-GCF



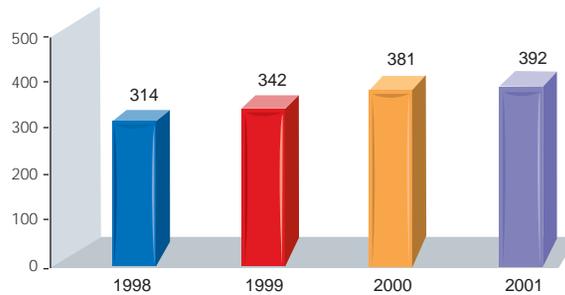
- **hospitalización**

Como consecuencia del crecimiento de la oferta fija producido en el último año, los egresos hospitalarios aumentaron en 12,089 lo que significó un crecimiento de 3.2% durante el año 2001, con respecto al año anterior.

El incremento en el número de egresos hospitalarios fue resultado de una mayor oferta de servicios de salud, así como de la eficiencia en el uso de los recursos. Los pacientes días - cama y días - cama disponible, aumentaron en 0.7% y 1.1%, respectivamente.

número de egresos hospitalarios (miles)

1998-2001



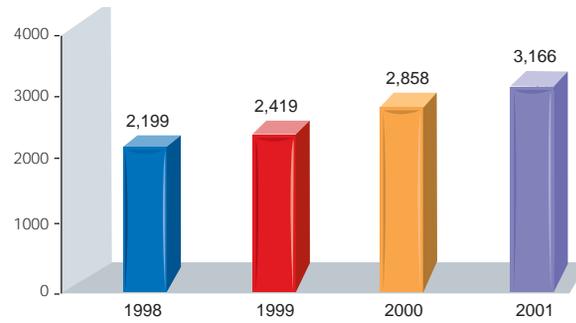
Fuente: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF
 Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

- **atenciones emergencia urgencia**

Las atenciones de emergencia/urgencia crecieron en el último año en 10.8% con respecto al periodo anterior, lo que equivale a 308 mil atenciones.

atenciones de emergencia/urgencia (miles)

1998-2001



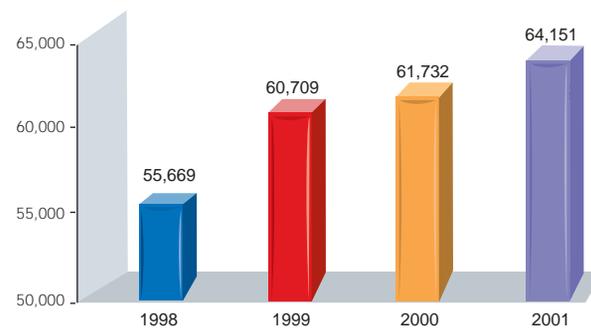
Fuente: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF
 Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

- atención de partos

En el último año los partos en la Institución aumentaron en 2,419, lo que representó un crecimiento de 3.9%.

número de partos (miles)

1998-2001



Fuente: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF
 Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - GCF

- **trasplantes**

EsSalud continuó siendo una entidad líder en trasplantes de órganos con una participación de más del 90% en todo el país.

A través del Programa Nacional de Trasplante de Organos y Tejidos durante el año 2001 se efectuaron un total de 232 trasplantes, mejorando así la calidad de vida de los asegurados.

número de trasplantes

1998-2001

Año	Riñón	Córnea	Médula Osea	Corazón	Hígado	Total
1996	117	84	22	3	0	226
1997	101	97	24	1	0	223
1998	112	102	25	3	0	242
1999	140	109	21	4	0	274
2000	122	118	34	2	6	282
2001	104	76	33	0	7	220

Fuente: Dirección de Trasplantes- GCS.
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF

“a través del Programa Nacional de Trasplante de Organos y Tejidos durante el año 2001 se efectuaron un total de 232 trasplantes...”

La Institución está realizando un importante esfuerzo para prestar este servicio en nuestro país, lo que redundará en un mayor bienestar para el paciente. Como resultado de los trasplantes de hígado realizados por la Institución durante el presente año, se pudo generar un ahorro económico estimado en 11.02 millones de nuevos soles.

- medicina complementaria

El Programa Nacional de Medicina Complementaria ha hecho posible que los asegurados cuenten con los beneficios de los procedimientos no convencionales en el cuidado de su salud.

A lo largo del año 2001 se realizaron más de 121 mil terapias individuales, 4,202 sesiones de terapia grupal y múltiples actividades que lograron que un número mayor de asegurados conozca los beneficios de la medicina complementaria, lo que implica una disminución en el consumo de medicamentos en el tratamiento de las enfermedades crónicas.

Las terapias individuales consideradas son: acupuntura, homeopatía, fitoterapia o uso de alimentos como medicina, digitopuntura, masoterapia, reflexología, entre las más importantes. Además, durante el año 2001 se realizaron las siguientes actividades de Medicina Complementaria en el campo de promoción de la salud:

eventos desarrollados

2001

eventos	N°
Cursos de Sensibilización	26
Conferencias	70
Consejerías	8,587
Charlas de educación Individual	11,795
Círculos de Salud	1,359
Talleres vivenciales	24
Ferías de vida sana	2

Fuente: Programa de Medicina Complementaria- GCS
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF

“...se inició una estrategia de despolitización en la Institución, lo cual repercutió en gran medida en la reducción de los servicios otorgados en el Programa de Servicios Itinerantes y Especialidades.”

1.2 oferta flexible

1.2.1 programas de servicios itinerantes y especialidades

En el año 2001 se estableció como lineamiento de gestión la introducción de medidas de racionalización en la estructura orgánica y los procesos administrativos, con la finalidad de optimizar el uso de los recursos y otorgar a los asegurados prestaciones oportunas y de calidad.

En este contexto se decidió mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 382 –PE-ES-SALUD-2001, la integración de la Gerencia Central de Programas a la Gerencia Central de Salud.

Paralelamente a ello se inició una estrategia de despolitización en la Institución, lo cual repercutió en gran medida en la reducción de los servicios otorgados en el Programa de Servicios Itinerantes y Especialidades. Cabe indicar que en años anteriores dichos servicios fueron utilizados en muchos casos, con criterios políticos y no sanitarios

La caída observada en la producción de servicios de salud a través de la Oferta Flexible entre los años 1999 y 2001, es el resultado del incremento en la Oferta Fija durante el 2000, además de las medidas de racionalización y despolitización iniciadas en el año 2001.

a. programa de servicios itinerantes

A través de los policlínicos itinerantes y hospitales de campaña se ofrecen servicios de salud ambulatoria en forma transitoria y oportuna, por medio de servicios médicos "móviles" que se dirigen al encuentro de los asegurados y de la población en general en sus propios lugares de residencia o en sus

centros de trabajo. De esta manera, un mayor número de asegurados tiene acceso a los servicios recuperativos y preventivos promocionales.

producción de oferta flexible

1998-2001

Prestaciones	1998	1999	2000	2001
I. Servicios Itinerantes				
a. Hospitales de Campaña				
Consultas Médicas	153,460	846,579	385,173	28,502
Intervenciones Quirúrgicas	1,088	7,896	1,926	134
Sesiones Odontológicas		92,007	56,107	795
b. Policlínicos Itinerantes				
Consultas Médicas	182,261	349,222	360,026	170,565
Sesiones Odontológicas	44,405	120,765	116,339	87,194
Atenciones de Tópico	16,152	24,342	30,116	16,406
II. Especialidades				
a. Jornadas Médico Quirúrgicas				
Consultas Médicas	93,676	99,046	146,124	64,343
Intervenciones Quirúrgicas	3,536	3,790	4,287	1,862
b. Atenciones Personalizadas				
Consultas Med. Especializ.	9,913	8,053	21,305	11,934
Intervenciones Quirúrgicas	578	188	222	56

Fuente: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF

policlínicos itinerantes

Los servicios que brinda EsSalud a través de los Policlínicos Itinerantes buscan reducir la demanda no atendida por los centros asistenciales que componen la oferta fija de Lima y mejorar la accesibilidad de la pobla-

ción asegurada y no asegurada a los servicios de salud.

Los Policlínicos Itinerantes brindan consultas médicas, atenciones odontológicas y de tóxico; este servicio se ha reducido considerablemente con respecto al año 2000. Debemos indicar que la mayor producción alcanzada en el 2001 corresponde a consultas médicas que sobrepasan las 170 mil atenciones.



“Como parte del proceso de reingeniería, se decidió descentralizar los hospitales de campaña.”

hospitales de campaña

Como parte del proceso de reingeniería, se decidió descentralizar los hospitales de campaña mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 277-PE-ESSALUD-2000, transfiriendo la infraestructura (carpas) a las gerencias de la red asistencial de Arequipa y Lambayeque, así como las gerencias departamentales de Junín, Ayacucho, La Libertad, Puno, Piura y Loreto, con la finalidad de seguir brindando atenciones en dichos departamentos.

Esto trajo como consecuencia que las consultas médicas se redujeran de 385,173 a 28,502, las intervenciones quirúrgicas de 1,926 a 134 y las sesiones odontológicas de 56,107 a 795.

b. programa de especialidades

En el marco del Programa de Especialidades se encuentran las Jornadas Médico-Quirúrgicas, las Atenciones Personalizadas y la realización de módulos de docencia.

jornadas médico-quirúrgicas.

Consisten en visitas que realizan un equipo de profesionales altamente especializados a centros asistenciales del interior del país, brindando consultas e intervenciones quirúrgicas necesarias para la adecuada prestación del servicio de salud del lugar. Estas jornadas se realizaron entre febrero y diciembre del 2001.

En este caso, se ha producido una reducción de 81,781 consultas médicas y 2,425 intervenciones quirúrgicas.

la atención personalizada.

Es aquella que reciben los asegurados en sus centros de trabajo, a través de un equipo de profesionales que se traslada hasta el lugar o empresa elegida con equipos, medicamentos e insumos médicos necesarios para diagnóstico y tratamiento.

Las principales empresas que se beneficiaron con este programa fueron: Minera Condestable, Cámara de Comercio de Lima, ONPE, Ministerio de Trabajo y Contaduría Pública de la Nación, alcanzando un total de 1,364 asegurados atendidos.

Entre 1999 y 2001 la oferta de servicios a través de los programas de Especialidades se ha reducido en forma notable. Los resultados más saltantes se observan en el número de consultas médicas realizadas. Así, en las Jornadas Médico-Quirúrgicas, tuvieron una retracción de 56%, mientras que las

consultas médicas especializadas llevadas a cabo por atenciones personalizadas, disminuyeron en 44% equivalentes a 9,371 consultas.

Las consultas médicas especializadas se redujeron de 21,305 a 11,934. En tanto las intervenciones quirúrgicas cayeron de 222 a 56.

1.2.2 servicios especiales

a. programa de atención domiciliaria (padomi)

El Programa de Atención Domiciliaria brinda servicios de salud a través de visitas a domicilio de médicos generales y especialistas, enfermeras y fisioterapeutas a pacientes discapacitados y/o mayores de 80 años, con el fin de evitarles movilizarse a un centro asistencial, contribuyendo al uso eficaz de la consulta médica y a la disponibilidad de la cama hospitalaria en los servicios propios.

En el año 2001, todas las atenciones del PADOMI disminuyeron de 342,852 a 334,750, en gran parte debido a la mejora del sistema de programación, control y supervisión de las visitas programadas y a la puesta en marcha de un sistema de control que evita la duplicidad de atención de los pacientes adscritos a la Unidad Básica del Adulto Mayor UBAAM.

total de visitas realizadas				
1998-2001				
PADOMI	1998	1999	2000	2001
Visita Médica General	173,267	294,832	342,852	334,750
Visita Médica Especializada	210,187	83,674	72,837	53,052
Visita Fisioterapéutica	254,357	266,824	254,289	203,258
Visita Enfermería	126,474	154,794	142,379	125,853

Fuente: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF

b. aló essalud

La adquisición de una base de datos para el Centro de Información Farmacológica y Toxicológica y, la reinstalación del sistema de audio-respuesta permitieron mejorar la atención de los asegurados.

El Programa Aló EsSalud experimentó una sensible disminución de 657,097 consultas, toda vez que fuera centralizado en Lima desde setiembre del año 2000 y por la eliminación de las atenciones personales.

producción del programa “aló essalud”

1998-2001

Aló EsSalud	1998	1999	2000	2001
Total Atenciones	560,318	1,218,096	1,093,255	436,158
Atenciones Telefónicas	544,142	1,035,308	897,167	436,128
Atenciones Personales	16,176	182,788	196,088	30

Fuente: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF

2. oferta contratada

Dentro de esta oferta se encuentran el Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada PAAD y los servicios contratados.

El PAAD está orientado a descongestionar la consulta externa de baja complejidad en los centros asistenciales de todo el país. Los servicios contratados pertenecen a empresas privadas y públicas, gracias a las cuales es posible compensar algunas carencias como en los casos de diálisis y hemodiálisis.

- **prestaciones de salud en el exterior**

El Comité Médico Evaluador de Prestaciones Asistenciales Extraintitucionales, asignó 6.6 millones de nuevos soles a las atenciones de alta complejidad en el exterior, lo que permitió enviar a un mayor número de pacientes, esto es 25% más que en el año 2000.

3. prestaciones sociales

Los Centros de Rehabilitación Profesional CERP, Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional MBRP y Unidades Básicas de Rehabilitación Profesional UBRP desarrollan programas dirigidos a la integración social, capacitación y generación de puestos de trabajo, tanto dependientes como independientes. Las personas con discapacidad, asegurados o no asegurados, encuentran en EsSalud un espacio para crecer junto a la posibilidad de acceder a una posición laboral.

EsSalud cuenta actualmente con 4 Centros, 2 Módulos Básicos y 4 Unidades Básicas de Rehabilitación Profesional.

programa de rehabilitación profesional: beneficiarios

2000-2001

Unidad Operativa	No. de beneficiarios	No. de beneficiarios	Variación
	Enero-Diciembre 2000	Enero-Diciembre 2001	
Centro de Rehabilitación Profesional	1,904	1,955	2.7%
Módulo Básico de Rehabilitación Profesional	333	166	-50.2%
Programa de Ayudas Biomecánicas	294	223	-24.1%
Programas Complementarios	15,789	8,177	-48.2%
Total	18,320	10,521	

Fuente: Gerencia de Rehabilitación Profesional
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF

población en centros y círculos del adulto mayor

2001

Actividades	2000	2001	% Variación
INTEGRACIÓN FAMILIAR			
Encuentros Familiares	61 434	48,448	-21.00%
Eventos de Integración Intergeneracional	99 355	106,922	8.00%
Orientación Socio Jurídico - Familiar	53 717	51,747	-4.00%
INTEGRACIÓN SOCIAL			
Sensibilización y Promoción	261 563	205,324	-22.00%
Círculos del Adulto Mayor	23 081	19,038	-18.00%
Turismo Social (*)	38 065	53,220	40.00%
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR			
Campañas de Prevención y Educación para la salud	218991	154,402	-29.00%
Taller de Autocuidado		22,759	
Taller de Autoestima y Memoria	50 410	39,499	-22.00%
Huertos Familiares	11 967	7,167	-40.00%
Atención en comedores	956 918	823,029	-14.00%
PRODUCCIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL			
Talleres de Producción	458	722	58.00%
Talleres Terapia Ocupacional	83 024	87,646	6.00%
PROMOCIÓN CULTURAL RECREATIVA			
Talleres de Promoción Artística	92 207	79,808	-13.00%
Talleres de Cultura Física	123 597	117,516	-5.00%
Talleres de Promoción Deportivas	236 514	157,096	-34.00%
TOTAL DE BENEFICIARIOS	133,960	142,192	6.00%

Fuente: Gerencia de Rehabilitación Profesional
 Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF
 (*)A partir del año 2001 se incluyen los viajes y excursiones autofinanciadas del ámbito nacional

4. prestaciones económicas

Paralelamente a las prestaciones de salud y sociales, EsSalud brinda también a la población asegurada prestaciones económicas, que consisten en beneficios pecuniarios otorgados por incapacidad temporal, enfermedad, maternidad, lactancia y sepelio.

Las prestaciones económicas pagadas durante el año 2001, ascendieron a más de 195 millones de nuevos soles, lo que significó un incremento de 3 millones con respecto al 2000. La variación total se explicó en gran parte por incapacidad temporal que se incrementó en 11%.

Dicho incremento se debe al aumento en los salarios con respecto al año anterior. Asimismo, las prestaciones por maternidad crecieron en 7.3% entre los años 2000 y 2001.

prestaciones económicas otorgadas

2000-2001 (nuevos soles)

Prestaciones	2000	2001	Variación
Incapacidad temporal	38,175,582	42,297,408	10.8%
Maternidad	57,842,334	62,090,207	7.3%
Lactancia	66,634,879	60,885,417	-8.6%
Sepelio	29,700,346	29,770,860	0.2%
Totales	192,353,141	195,043,892	1.4%

Fuente: Gerencia de Prestaciones Económicas- GCRS
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística- GCF

“se desarrollaron esfuerzos para ampliar la cobertura de las prestaciones a través de la firma de convenios con algunas instituciones representativas...”

- **ampliación de la cobertura mediante convenios**

- **integración ministerio de salud
essalud: convenio específico
para el intercambio de prestaciones**

El Convenio Piloto MINSA–EsSalud, cuenta con la participación de representantes de la Presidencia del Consejo de Ministros y se encuentra en su fase de elaboración.

Las prestaciones de salud objeto del intercambio están referidas a las consideraciones en los planes de beneficio de EsSalud y del Seguro Integral de Salud del Ministerio de Salud:

- a. Servicio de atención ambulatoria de promoción, prevención y recuperación.
- b. Servicios de atención en emergencia.
- c. Servicio de atención de hospitalización.
- d. Servicio de ayuda al diagnóstico y tratamiento.
- e. Servicio Obstétrico (parto cesárea)

Los criterios para la implementación del plan piloto serán tomados de acuerdo al nivel de desarrollo del departamento, la oferta de servicios de salud en general y, la capacidad residual de la oferta de EsSalud y del Ministerio de Salud.

- **seguro personal - familiar para
periodistas y convenio essalud
ministerio del interior**

Se desarrollaron esfuerzos para ampliar la cobertura de las prestaciones a través de la firma de convenios con algunas instituciones representativas, como el Colegio de Periodistas del Perú y demás gremios profesionales afines, con el fin de facilitar la inscripción

en el Seguro Personal-Familiar; así también, con el Ministerio del Interior para otorgar cobertura del seguro EsSalud - Vida a los efectivos de la Policía Nacional del Perú.

El convenio firmado con el Colegio de Periodistas del Perú permite a estos profesionales acreditados en EsSalud, además de las prestaciones a las que tienen derecho, facilidades para su atención en consideración a las funciones especiales que realizan.

El seguro Personal – Familiar cubre al afiliado titular en:

- **Prestaciones de salud**
Todo procedimiento de diagnóstico y curativo relacionado con enfermedades incluidas en el Plan Esencial y Ampliado y, además cubre enfermedades complejas y de alta complejidad.
- **Prestaciones económicas**
Subsidio por sepelio, lactancia, maternidad e incapacidad temporal.
- **Prestaciones Sociales:**
Centros del Adulto Mayor, Centros de Rehabilitación, Incapacidad Temporal y Aló EsSalud.

El convenio Marco de Cooperación con el Ministerio del Interior permite acceder al personal de la Policía Nacional y sus cónyuges, al Seguro de Accidentes Personales que cubre la muerte accidental derivada del acto de servicio del personal policial.

optimizar la gestión institucional

Se considera prioritario para la optimización de la gestión: Dotar al Seguro Social de un diseño organizacional apropiado, flexible y funcional que facilite la gestión y desburocratice la toma de decisiones; fortalecer el control interno a través de la intervención del Órgano de Auditoría Interna en apoyo a la evaluación de las actividades internas; promover la eficiencia financiera logrando un manejo conveniente de los recursos; desarrollar los recursos humanos entendiendo su importancia primordial en la prestación de los servicios; mejorar los sistemas de información y de abastecimiento; fortalecer la administración por resultados y mejorar los niveles de comunicación interna y externa.

Se inició la reestructuración del sistema logístico institucional, se implementó una política de transparencia en la atención a los proveedores, superándose los inconvenientes originados por el retraso en el cumplimiento de las obligaciones de pago.

■ nueva estructura organizativa

Se ha diseñado una nueva estructura organizativa, la cual tiene por objetivo racionalizar la asignación de los recursos humanos, materiales y financieros, logrando una simplificación administrativa que garantice un soporte oportuno y eficiente para la prestación de servicios.

Se creó la Oficina Central de Planificación, órgano de asesoría de la Presidencia Ejecutiva, cuya función es establecer los objetivos estratégicos de EsSalud, evaluar el cumplimiento de sus metas y programar su desarrollo.

Ante la necesidad de un órgano que vele por la protección y los derechos de los asegurados, se creó la Defensoría del Asegurado de EsSalud cuya función es contribuir a la mejora de la calidad del servicio.

■ relaciones con el fondo nacional de financiamiento de la actividad empresarial del estado -fonafe

Durante el 2001 se trabajó en la mejora de las relaciones con el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado – FONAFE, con el propósito de trabajar coordinadamente en las directrices que orientan

el gasto en salud y seguridad social y, la reducción del impacto de las medidas de austeridad. De esta manera, la institución renegoció la asignación presupuestal para el año 2001, obteniendo una ampliación para aquellos gastos que por la naturaleza de los servicios que presta, eran indispensables. Asimismo, se trabajó en la programación apropiada del Presupuesto y el Convenio de Gestión para el año 2002, de manera que se inicie el año contando con estos elementos indispensables para la marcha institucional.

■ convenio de gestión essalud – fonafe 2001

Con respecto a la evaluación del cumplimiento de metas establecidas para el año 2001, podemos mencionar que se cumplieron en la mayoría de los casos sobrepasando las metas previstas.

En el caso de la tasa de prevalencia puntual de infecciones intrahospitalarias en los hospitales nacionales Edgardo Rebagliati Martins y Guillermo Almenara Irigoyen, no se cumplieron las metas previstas para el año 2001, debido a un temporal desabastecimiento de requerimientos e insumos, que limitaron el nivel de resolución de los hospitales de contención, ocasionando un congestionamiento de pacientes en dichos centros asistenciales, alterando la tasa de prevalencia de estos, pese a la racionalización y priorización para el control de esas infecciones en dichos centros, que son los de más alta resolución operativa y están en el ámbito de cobertura de la mayor población asegurada.

Cabe mencionar que el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí de Arequipa, se vio afectado en su capacidad hospitalaria debido al sismo ocurrido en junio del año 2001, lo que incidió en un incremento de la tasa de prevalencia a 15.70 %.

avance del cumplimiento de metas convenio gestión essalud - fonafe

2001

N°	Indicador	Ejecución 2001 Al IV Trimestre	Metas para el 2001
1	Tasa de prevalencia puntual de infecciones intrahospitalarias en los hospitales nacionales		
	- H.N.E. Rebagliati M.	10.20 %	8.32 %
	- H.N.G. Almenara I.	10.45 %	7.73 %
	- H.N.A. Aguinaga A.	6.43%	6.73 %
	- H.N.C. Seguín E.	15.70 %	9.63 %
	- H.N. Sur Este	7.69 %	8.04 %
2	Tasa de mortalidad específica por peso	12.49	14.5
3	Tasa de Mortalidad Materna	38.4	43.7
4	Relación entre gastos administrativos y gastos administrativos más operativos.	14	14.06
5	Tasa de cirugías menores realizadas en hospitales nacionales	17.00 %	21.00%
6	Ratio entre recursos humanos asistenciales y administrativos	3.46	3.5
7	Satisfacción del usuario	100.00 %	Informe

Fuente: Informe Final de Cumplimiento de Metas de los Indicadores de Desempeño.
Elaboración: Oficina Central de Planificación.

■ fortalecimiento del proceso de descentralización

La descentralización en la toma de decisiones es un elemento importante en la gestión institucional; los esfuerzos de la Alta Dirección se orientan hacia una gestión independiente, eficiente y autónoma de los Organos Descentralizados, consolidando la capacidad y eficacia gerencial para la búsqueda de soluciones en la atención priorizada de los problemas regionales.

En este sentido, en el mes de octubre se llevó a cabo el I Primer Consejo Directivo Descentralizado correspondiente a los Órganos Desconcentrados de la Macro Región "Juan Aita Valle", realizado en la ciudad de Chiclayo, en el que se contó con la asistencia de los gerentes departamentales de Tumbes, Piura, Cajamarca, La Libertad, Ancash, Amazonas, San Martín y el gerente de la Red Asistencial Lambayeque sede del evento.

En dicho consejo se evaluaron los principales problemas y avances de la región referente a gestión hospitalaria, estado de los recursos (infraestructura, abastecimiento, equipamiento, sistemas de información, indicadores), situación de la salud y otros.

La Reunión de la Macro Región "Juan Aita Valle" significó una importante oportunidad para la descentralización de la toma de decisiones y para que la Alta Dirección de la Institución tome contacto cercano con los responsables de la gestión en los departamentos de esta región.

■ fortalecimiento del control interno

En la presente gestión se ha fortalecido el Órgano de Auditoría Interna a través de la aprobación del Reglamento de Organización y Funciones (ROF), con una nueva estructura acorde con la Ley de Creación del Seguro Social de Salud. Asimismo, su capacidad operativa se ha reforzado con la finalidad de apoyar las acciones de control, adoptándose como estrategia la realización de acciones conjuntas con la Contraloría General de la República.

En el presente año se ha mantenido una estrecha coordinación con la Presidencia Ejecutiva, apoyando las acciones de supervisión y evaluación de la gestión, realizando además exámenes especiales con el propósito de detectar posibles irregularidades e ineficiencias en la gestión de los recursos, que puedan ser subsanadas para optimizar los procesos y la toma de decisiones.

Dentro de los logros de la gestión cabe mencionar: la formulación del Plan Anual de Control que permitió un mayor y eficiente número de acciones de control, se im-

pulsó la creación e implementación del sistema de atención de quejas y reclamos de los asegurados y empleadores, se realizaron visitas de inspección a los Órganos Desconcentrados con la finalidad de colaborar con un control preventivo, determinando aspectos críticos para que los órganos de gestión procedan a su corrección con oportunidad.

Otros asuntos de importancia llevados a cabo lo constituyen: el inicio de la auditoría de gestión institucional, actividad encargada por la Presidencia Ejecutiva, la propuesta de documentos normativos como los proyectos de Guía Metodológica para la realización de Auditoría en Salud, lineamientos de política de control, implementación del Sistema de Gestión de Calidad y Normas Técnicas de Control Interno, así como el primer Seminario sobre Fraude y Corrupción.

■ **gestión de los recursos físicos:
infraestructura y abastecimiento**

El monto de inversión ejecutado a diciembre del 2001 es de S/. 34,213,956 millones de nuevos soles, alcanzando un índice de ejecución de 34.36% en relación al presupuesto aprobado.

inversiones

	Presupuesto	Ejecución	%
Proyectos	40,983,510	26,403,798	64.43
Equipo Ligado	58,582,818	7,810,158	13.33
Hospitalario	48,582,818	7,761,185	15.98
Informático	10,000,000	48,973	0.96
Total	99,566,328	34,213,956	34.36

Fuente: Memoria Anual 2001 - Ex Gerencia Central de Infraestructura

■ **evaluación de las inversiones**

El monto de inversión ejecutada durante el 2001 ascendió a S/26,403,798 nuevos soles, de los cuales S/ 11,697,585 corresponden a equipamiento, S/ 14,383,379 pertenecen al rubro de obras y S/ 322, 834 a estudios definitivos.

presupuesto de inversiones

a diciembre de 2001

Rubro	Presupuesto S/.	Ejecutado S/.	%
Estudios Definitivos	462,597	322,834	69.79
Obras	22,434,365	14,383,379	64.11
Equipamiento	18,086,548	11,697,585	64.68
Total	40,983,510	26,403,798	64.43

Fuente: Memoria Anual 2001 - Ex Gerencia Central de Infraestructura
Elaboración: Oficina Central de Planificación

■ **estudios definitivos**

Durante el año 2001 se han desarrollado 21 estudios definitivos por administración directa, estando entre los principales el expediente técnico "Reparación de daños ocasionados por el sismo de Junio del 2001 y reforzamiento estructural del hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo" en Arequipa, cuyo presupuesto base es de S/ 9,982,452.04 nuevos soles.

Adicionalmente se han elaborado los expedientes técnicos de "Remodelación de la Central de Esterilización del Hospital II de Chimbote", "Obras Civiles para la adecuación a la Norma E-030 Diseño Sismoresistente del hospital Naylamp" en Chiclayo, "Construcción del Hospital I Chiclayo Oeste", "Repotenciamiento y optimización del sistema eléctrico del HNGAI - media tensión, 1° etapa", entre otros.

obras ejecutadas

a diciembre de 2001

Obra	Localización	Situación a Dic. 2001 S/.	Monto ejecutado
Construcción Pab. Gineco-obstétrico Hospital II Huaraz	Ancash	Contrato resuelto	83,169
Remodelación Hosp. I Naylamp - 2° etapa	Lambayeque	Terminada	115,875
Construcción Hosp. I Casa Grande	La Libertad	en ejecución	12,658,817
Acondicionamiento Hemodiálisis en Casa Olavegoya	Lima	Terminada	820,530
Acondicionamiento Hemodiálisis Santa Rosa de Comas	Lima	en ejecución	321,870
Otros		383,118	
Total			14,383,379

Fuente: Memoria Anual 2001 - Ex Gerencia Central de Infraestructura
Elaboración: Oficina Central de Planificación

■ equipamiento

En el año 2001 se han adquirido equipos médicos y electromecánicos ligados a proyectos de inversión por S/. 11,697,585 nuevos soles, equivalente al 64.68% del presupuesto asignado y, no ligado a proyectos de inversión por S/. 7,761,185 nuevos soles, equivalente al 15.98% del presupuesto asignado.

equipamiento

2001

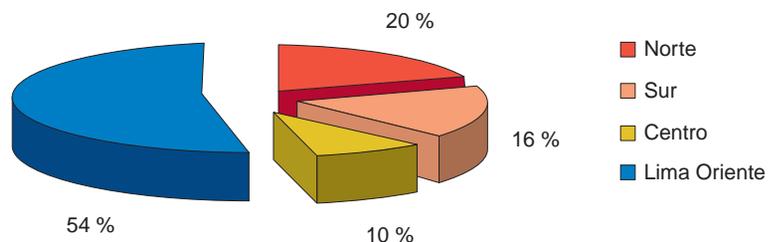
Rubro	Presupuesto	Ejecutado a Dic S/.	Porcentaje de ejecución
Equipamiento no ligado a proyectos	48,582,818	7,761,185	15.98%
Equipamiento ligado a proyectos	18,086,548	11,697,585	64.68%

Fuente: Memoria Anual 2001 - Ex Gerencia Central de Infraestructura
Elaboración: Oficina Central de Planificación

El equipamiento no ligado a proyectos de inversión se refiere a equipo hospitalario.

distribución de la inversión en equipamiento no ligado por área geográfica

al 2001*



Norte : Amazonas, Ancash, Cajamarca, La Libertad, Lambayeque, Piura, San Martín, Tumbes
 Sur : Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Madre de Dios, Moquegua, Puno, Tacna
 Centro : Huancavelica, Huánuco, Junín, Pasco, Ucayali
 Lima Oriente : Ica, Lima, Loreto.

Fuente: Memoria Anual 2001 - Ex Gerencia Central de Infraestructura
Elaboración: Oficina Central de Planificación

Con la finalidad de reducir el grado de obsolescencia del equipamiento médico y ampliar la capacidad resolutive de los centros asistenciales en todo el país, se viene trabajando para realizar la adquisición de equipos críticos y de reposición, necesarios para el mejor funcionamiento hospitalario.

■ plan anual de adquisiciones y contrataciones.

En el presente año se ejecutaron 8 licitaciones públicas con un monto ascendente a S/. 105,587,595 nuevos soles, así como una licitación en moneda extranjera por U.S. \$ 214,837 dólares.

Se efectuaron también 22 concursos públicos, cuyo monto en nuevos soles alcanzó la suma de S/.44,574,899 nuevos soles.

adquisiciones y contrataciones efectuadas

2001

Tipo de Proceso	Nuevos Soles		Dólares	
	Cantidad	Monto	Cantidad	Monto
Licitación Pública	8	105,587,595	1	214,837*
Concurso Público	22	44,574,899	0	0
Total	30	150,162,494	1	214,837

Fuente: Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones 2001 – Evaluación de Ejecución.
Elaboración: Gerencia Central de Logística e Infraestructura

El bajo nivel en la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones, se debió a que en este año entró en vigencia el Texto Único Ordenado de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, el cual incluía una serie de cambios radicales como la introducción de las categorías nacionales e internacionales para los procesos de licitaciones y concursos públicos. Esto ocasionó la reformulación de los procesos que se encontraban en la fase final previa a la convocatoria.

Otros factores que explican el bajo nivel son: la implementación del Módulo de Control Presupuestal del SAP, el cambio del gobierno de transición al actual y las fuertes limitaciones presupuestales experimentadas en el primer semestre del año.

■ sistemas de información

Durante el presente año se ha desarrollado una serie de acciones para mejorar la información de la población asegurada, controlar las prestaciones otorgadas y elaborar planes y normas para la protección y regulación de los recursos informáticos, procurando además equipar tecnológicamente las áreas que más lo demandan.

Para ello se inició la difusión de los servicios a través del Portal Institucional en Internet, como: Consulta del cálculo de la tasa de interés moratorio, Petitorio Farmacológico, deudores tributarios y proveedores aptos para el pago; asimismo, el desarrollo de una página Web para la consulta de empleadores, el Sistema de Pago de Subsidios por maternidad, lactancia e incapacidad para el trabajo a través de la banca electrónica. Igualmente se implementó la Intranet Institucional que brinda información con oportunidad y calidad.

De otro lado, se ha implantado en Lima Metropolitana el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) mecanizado y, del Convenio Perú-España para las prestaciones asistenciales.

■ gestión de los recursos financieros

El análisis de los estados financieros a diciembre del 2001, muestra un total de activos de S/.4,397 millones de nuevos soles, conformados principalmente por S/.1,589 millones en activos corrientes y S/. 2,807 en activos no corrientes.

El patrimonio de la Institución ascendió a S/. 3,115 millones de nuevos soles, el cual se conforma principalmente por S/. 1,635 millones de resultados acumulados; S/. 852

“...el patrimonio de la Institución ascendió a S/. 3,115 millones de nuevos soles...”

millones pertenecientes al Fondo de Reserva y S/.622 millones que corresponde al excedente de revaluación.

Por otro lado, el resultado de operación proporciona un superávit de S/. 12.7 millones de nuevos soles como producto final.

Al analizar los principales indicadores, calculados sobre la base de la información contenida en los estados financieros correspondientes a diciembre del año 2001, se puede apreciar que nuestra Institución tiene un alto y sostenido índice de liquidez basado en los depósitos a plazo, constituidos por la reserva de los fondos que administra.

Los índices de rentabilidad para el año 2001 muestran una considerable mejora con respecto al 2000, toda vez que ahora se ha obtenido un superávit del orden de los 12.7 millones de nuevos soles y que corresponde al 0.5% de los ingresos totales. Esto confirma que la institución es una entidad de servicio público sin fines de lucro que ante la creciente necesidad de prestaciones de salud, ha cumplido su objetivo fundamental operando con márgenes reducidos. Finalmente, los indicadores de solvencia muestran un mayor endeudamiento de la Institución, respecto al período anterior, teniendo como referencia el patrimonio y activo total.

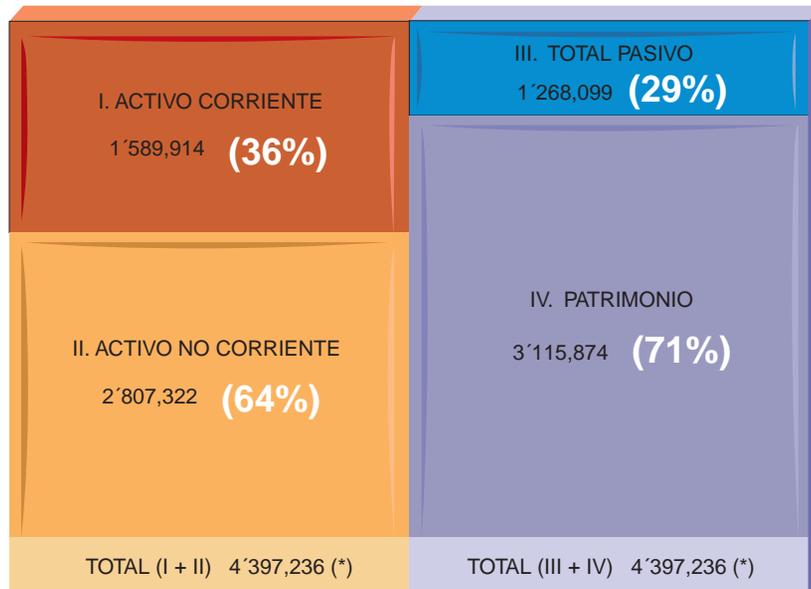
■ balance general combinado

El análisis comparativo del Balance General de EsSalud al 31 de diciembre de 2001, muestra un incremento de 427 millones de nuevos soles en Activo Total, como consecuencia del incremento en 85 millones del Activo Corriente, producto de una mejor posición del rubro Caja y Bancos y de un incremento en el Activo no Corriente de 342 millones de nuevos soles, resultado del incremento en el rubro de Aportaciones por Cobrar netas de provisión en cobranza dudosa.

Asimismo, el Pasivo Total de nuestra Institución se incrementó en 502 millones de nuevos soles, como resultado principalmente del aumento del Total del Pasivo no corriente en el rubro de Ingresos Diferidos, compuesto

balance general combinado

al 31 de diciembre de 2001



(*) Incluye el neto de otros servicios

por Aportaciones por Cobrar informadas por Sunat de las declaraciones juradas y no pagadas.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 6° del Reglamento de la Ley No. 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social, debe mantenerse un fondo de reserva de seguridad como mínimo en un nivel equivalente al 30% del gasto incurrido para la producción de prestaciones durante el ejercicio anterior. El Fondo de Reserva se encuentra distribuido entre los de Salud y de Accidentes de Trabajo. Al 31 de diciembre del 2001 se tiene S/ 801 millones en el Fondo de Salud y S/ 49.7 millones de nuevos soles en el Fondo de Accidentes de Trabajo.

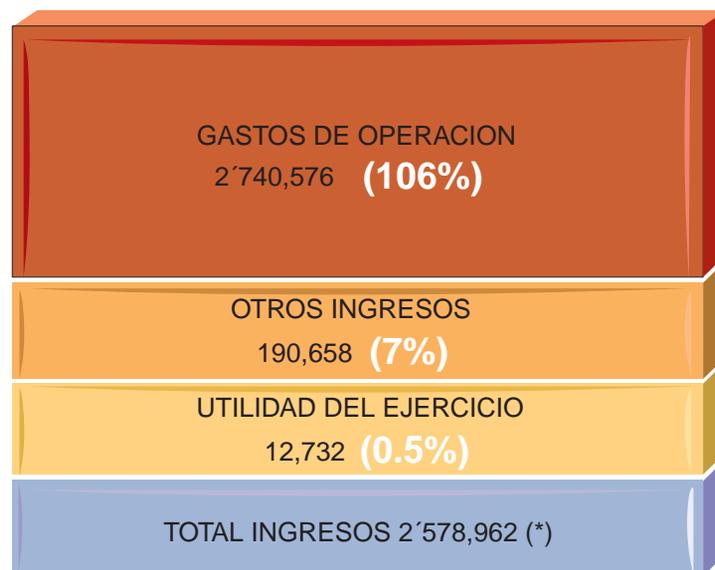
■ estado de operaciones combinado

Los Ingresos Totales de nuestra Institución se han reducido en 69.3 millones de nuevos soles al cierre del año 2001, en relación al mismo período del año anterior, como consecuencia de una reducción en los ingresos por aportaciones y de los servicios a no asegurados, por restricciones presupuestales y atención medida con garantías del caso. De otro lado, el Total de Gastos de Operación se ha reducido en 66 millones de nuevos soles, como resultado de una política de austeridad y responsabilidad en la asignación del gasto de la Institución.

El producto de la aplicación de las anteriores medidas, ha permitido tener un superávit de 12.7 millones de nuevos soles, cerrando de esta manera la brecha entre ingresos y egresos de años anteriores.

estado de operaciones combinado

al 31 de diciembre de 2001



(*) Incluye el neto de otros servicios

■ evolución de la cartera de inversiones

Al 31 de diciembre del año 2001, la cartera de inversiones de EsSalud administraba un patrimonio neto total de S/. 1,119.96 millones, conformado únicamente por inversiones de la Ley N° 26790.

Es necesario destacar que durante el año 2000 se implementaron políticas dirigidas a mejorar el perfil de calidad de la cartera de inversiones, lo cual ha mostrado resultados positivos en la reducción de riesgo durante el año 2001. A diciembre la cartera de EsSalud muestra una participación de 2.1% en inversiones de riesgo medio alto y un 97.9% en inversiones de riesgo bajo.

Sin embargo, la rentabilidad nominal en soles de la cartera de EsSalud ha disminuido desde niveles de 7.7% en diciembre del 2000, a niveles de 3.3% a finales del 2001. Este resultado es consecuencia de la recesión de la economía peruana y las expectativas negativas por parte del mercado en lo que se refiere a la recuperación del sector real de la economía, dado el rompimiento de la cadena de pagos, así como por los recortes de tasas de interés de la Reserva Federal Americana (FED), los mismos que han incidido nuevamente en una caída de las tasas de rendimiento exigidas a los instrumentos de renta fija (depósitos y bonos), con resultado negativo en la rentabilidad de la cartera.

En cuanto a la conformación de la cartera de inversiones por tipo de instrumento, durante el año 2001 se registraron incrementos en cuentas de ahorro tanto en moneda nacional como extranjera y disminuciones en bonos de arrendamiento financiero, depósitos a plazo y acciones, principalmente. Por otro lado, durante este año se realizaron adquisiciones de nuevos instrumentos tales como papeles comerciales de corto plazo de empresas corporativas.

Al 31 de diciembre de 2001, la cartera de inversiones financieras presenta la siguiente distribución:

cartera de inversiones financieras

año 2001

Depósitos Bancarios	51.6%
Deuda Emitida x Sistema Financiero	3.4%
Deuda Emitida x Empresas no Financieras	6.1%
Deuda Emitida por el Gobierno Central y BCRP	3.0%
Acciones	3.3%
Otros*	32.6%

* Incluye Cuentas x Cobrar Netas, FG-COFIDE, Fondos Mutuos y Fondos de Inversión.
Elaboración: Gerencia Central de Finanzas

■ situación presupuestal

A continuación se presenta la situación presupuestal con los resultados cuantitativos obtenidos durante el año 2001, respecto de las actividades y recursos programados para el período evaluado.

Del comportamiento de Ingresos y Egresos, se observa que la Institución alcanza un superávit económico ejecutado de S/. 171.8 millones al cierre del ejercicio 2001, por efecto de un superávit operativo de S/ 206 millones. Estos resultados son producto de la aplicación de una política de direccionamiento del gasto al logro de una mayor eficiencia en las prestaciones de salud, así como de la aplicación de medidas de austeridad relacionadas a gastos de personal, bienes y servicios.

presupuesto consolidado essalud

nuevos soles

Rubros	Ejecución 2000	Ejecución a Dic. 2001	Variación % 2000-2001
PRESUPUESTO DE OPERACIÓN			
INGRESOS	2,744,178,051	2,835,971,282	3%
1.1. Ingresos por Aportaciones	2,569,087,183	2,698,144,775	5%
1.2. Otros Ingresos	175,090,868	137,826,507	-21%
EGRESOS	2,553,511,858	2,629,857,885	3%
2.1. Compra de bienes	576,370,949	618,324,760	7%
2.2. Gastos de personal	1,091,924,775	1,148,162,190	5%
2.3. Servicios prestados por terceros	390,694,349	373,351,492	-4%
2.4. Tributos	37,829,607	29,947,288	-21%
2.5. Gastos diversos de gestión	182,639,988	176,342,719	-3%
2.6. Otros	274,052,188	283,729,436	4%
SUPERAVIT (DEFICIT) DE OPERACIÓN	190,666,195	206,113,397	8%
GASTOS DE CAPITAL	187,971,715	34,213,955	-82%
SUPERAVIT (DEFICIT) ECONOMICO	2,694,480	171,899,442	6280%
SALDO FINAL	2,694,480	171,899,442	6280%
GIP - TOTAL	1,250,427,038	1,278,707,285	2%

Elaboración: Gerencia Central de Finanzas

Con referencia al comportamiento en el rubro Pensiones se observa un incremento del orden de 15 millones de nuevos soles, correspondiente al pago a pensionistas de conformidad con los dispositivos legales.

pensiones

2001 / nuevos soles

	AÑO 2001 S/.	AÑO 2000 S/.	Variación S/.
DL 20530	222,757,660	210,112,444	12,645,216
DL 18846	60,972,776	63,939,744	(2,966,968)
Total	283,730,436	274,052,188	9,678,248

Fuente: Estados Financieros Auditados

“la política de recursos humanos en EsSalud privilegia el reclutamiento de personal asistencial y procura el mejor desempeño, como también del administrativo a través de una adecuada gestión de los recursos humanos.”

■ gestión de los recursos humanos

La gestión de los recursos humanos ha constituido en este período una de las preocupaciones fundamentales de la Administradora de Fondos. EsSalud es una institución integrada por 34,158 trabajadores, que realizan funciones en áreas asistenciales y administrativas en todo el territorio nacional. Nuestra población laboral comprende un 78 % de trabajadores que desempeñan labores asistenciales y constituyen la base del rol prestador de servicios de salud, que es el imperativo principal de la seguridad social.

La política de recursos humanos en EsSalud privilegia el reclutamiento de personal asistencial y procura el mejor desempeño, como también del administrativo a través de una adecuada gestión de los recursos humanos.

a. situación laboral general

El 2001 ha sido un año de cambios fundamentales en el país y de reestructuraciones al interior de la seguridad social, no obstante, la Institución tiene una situación laboral interna estable; se encuentran en implantación mecanismos de concursos de ascensos y promoción, se proyecta la realización de convocatorias para ampliar la capacidad prestadora de servicios incorporando más profesionales de la salud y se han desarrollado actividades orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales, manteniéndose una política de diálogo con los gremios laborales.

De conformidad con la Ley N° 29487 y los Decretos Supremos Nos. 021-2001-TR y 022-2001-TR se constituyó una Comisión Especial encargada de revisar los ceses colectivos producidos en la institución, autorizados por norma legal expresa, conformada por representantes de EsSalud y de los ex - trabajadores. La Comisión ha culminado sus sesiones, concluyéndose que los servidores cesados por causal de excedencia constituirán una bolsa de trabajo a la cual podrá recurrirse para cubrir necesidades de personal que se presenten, previa evaluación y concurso.

b. distribución de los recursos humanos.

Para garantizar una prestación de servicios acorde a las demandas de los asegurados, nuestros recursos humanos deben estar convenientemente distribuidos en el ámbito de acción de la seguridad social. Esta distribución implica dos elementos: una distribución geográfica y otra por función; en el primer aspecto y como consecuencia de la centralización que ciertamente es un problema nacional, aún encontramos que el 53% de estos recursos se concentran en Lima Metropolitana; en el segundo aspecto relacionado con la función que desempeñan los recursos, EsSalud ha logrado mejorar la relación entre el número de trabajadores asistenciales y administrativos, que a diciembre del año 2000 era del orden de 3.27 y que a fines del presente año, es de 3.46, lo que supone un incremento del 5.8%.

número de trabajadores asistenciales y administrativos

1998 - 2001

Personal	1998	1999	2000	2001
Total	30,400	31,613	34,466	34,158
Asistencial	20,483	21,921	26,400	26,507
Administrativo	9,917	9,692	8,066	7,651
Ratio: personal asistencial/administrativo	2.07	2.26	3.27	3.46

Como se evidencia en el cuadro anterior, existe un incremento de trabajadores asistenciales, así como un continuo decremento de los trabajadores administrativos, como consecuencia de una política de recursos humanos que procura concentrarse en la prioridad institucional, que es la atención al asegurado.

c. situación de los fondos fopasef y cafae

Se revertió una situación anómala que venía generándose por la intervención de los Fondos de Prestaciones Asistenciales y Servicios Funerarios y, Fondo de Retiro y Fallecimiento (FOPASEF) desde el año 1993 y del Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estímulo (CAFAE). A través de la elección de representantes ante cada una de estas organizaciones, se respondió a un reclamo legítimo de los trabajadores.

d. desarrollo de recursos humanos

Se ha trabajado en las normas que permitirán la realización de los concursos de ascenso y promoción y, de asignación de cargos asistenciales de jefatura y supervisión, así como la emisión del Manual de Perfiles Básicos de los Cargos de la Institución, para los grupos ocupacionales profesionales, técnico y auxiliar aprobado mediante Resolución N° 249 – GCRH-ESSALUD-2001.

■ fortalecimiento de las actividades de capacitación e investigación

El fomento a las actividades de capacitación y desarrollo del personal, constituyó una principal preocupación en el año 2001.

El Plan Institucional de Capacitación es el instrumento que permite gerenciar a través de estrategias orientadas a acciones educativas permanentes y continuas, para optimizar las competencias y el desarrollo de nuestros trabajadores y contribuir al logro de los objetivos estratégicos de la Institución.

Durante el año 2001, el presupuesto asignado a la capacitación del personal sufrió recortes motivados por las severas restricciones presupuestales impuestas por el FONAFE. No obstante, se ejecutaron más de 2,000 actividades de capacitación que han beneficiado a 36,428 participantes, con una inversión de S/. 2'310,729 millones de nuevos soles.

Algunos de los programas de capacitación más importantes desarrollados en el 2001 han sido los de Gestión de Hospitales, Desarrollo de la Cultura de Servicio, Auditoría Médica, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, así como la participación de docentes extranjeros a través de los programas de cooperación como Health Volunteers Overseas – EsSalud, mediante el cual médicos especialistas cooperantes, provenientes de centros asistenciales de los Estados Unidos realizaron actividades de docencia en las especialidades de Anestesiología, Traumatología y Ortopedia, Cirugía Maxilo Facial, para mejorar las calificaciones de los expertos de la Institución.

Igualmente, se llevaron a cabo un total de 12 visitas de trabajo a hospitales de EsSalud realizadas por 8 médicos especialistas voluntarios del Health Volunteers Overseas, con un promedio de dos semanas mínimo por especialista, en los nosocomios: Almenara, Rebagliati, Sabogal del Callao, Sur de Arequipa y Hospital III de Iquitos.

■ **contrato de asesoría, capacitación y desarrollo de medicina cardiaca – pediátrica ente essalud y la international children’s heart foundation (ICHF)**

A fin de fortalecer al Instituto Nacional del Corazón de EsSalud, (INCOR) elevando su capacidad de resolución quirúrgica y clínica, se suscribió un Contrato de Asesoría, Capacitación y Desarrollo de Medicina Cardiaca – Pediátrica con la International Children’s Heart Foundation (ICHF), conocida como la Misión Novick, entidad privada sin fines de lucro de los Estados Unidos de América.

En aplicación del referido contrato durante el año 2001 se ejecutaron cuatro jornadas de trabajo, efectuándose un total de 85 intervenciones cardio-quirúrgicas, 78 cateterismos cardiacos y 249 ecocardiografías, superando de este modo las metas previstas; cabe resaltar que este programa Cardiopediátrico genera múltiples beneficios asistenciales y económicos, en el que se se viene logrando progresivamente, la capacitación de los profesionales involucrados en el manejo de la patología congénita pediátrica. La administración y ejecución del contrato corresponde al INCOR.



■ formación profesional: internado y residentado médico

La formación de médicos generales y de especialistas es una actividad que reviste importancia estratégica para nuestra EsSalud. Por ello, se promueve la formación profesional a través de las modalidades de Internado Médico (práctica pre-profesional) y Residentado Médico (segunda especialización).

En el año 2001, ingresaron 277 alumnos procedentes de 17 universidades para realizar el Internado Médico. Asimismo, en lo referente a residencia o segunda especialización en medicina ingresaron 323 médicos a 30 especialidades diferentes, para seguir estudios en nuestros hospitales acreditados como sedes docentes en todo el país.

residentes médicos por establecimientos de salud

Hospitales Docentes	Año	Año	Año	Total Residentes en el Sistema
	1999 3° Año	2000 2° Año	2001 1° Año	
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati	70	92	72	234
Hospital Nacional Guillermo Almenara	66	105	100	271
Hospital Alberto Sabogal Sologuren	16	40	36	92
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga	14	31	31	76
Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray	8	13	13	34
Hospital III Félix Torrealva	6	12	12	30
Hospital Nacional del Sur	20	22	22	64
Hospital Nacional del Sur Este		6	6	12
Hospital II Angamos		8	6	14
Hospital III Emergencias Grau		9	10	19
Hospital II Puno		6	3	9
Hospital III Cayetano Heredia		11	8	19
Hospital III Chimbote		4	4	8
Total	200	359	323	882

Fuente: Gerencia Central de Recursos Humanos
Elaboración: Gerencia de Capacitación y Desarrollo

■ **gestión de los sistemas de comunicación interna y externa**

EsSalud ha cumplido con informar periódicamente a la opinión pública, Ministerio de Trabajo y Promoción Social, Ministerio de Economía y Finanzas, Congreso de la República y otras instituciones respecto de sus avances y de las actividades realizadas y programadas, orientadas al logro de los objetivos estratégicos y la consolidación de la misión institucional.

Durante el año 2001, EsSalud ha presentado Informes Públicos de Gestión con periodicidad trimestral, ha emitido opinión técnica solicitada por el Congreso de la República, sobre diversos proyectos de ley y temas relacionados a la seguridad social.

Igualmente se ha cumplido con los requerimientos de información solicitados por el Congreso de la República y se ha participado en las comisiones siguientes:

- Comisión de Seguridad Social.
- Sub Comisión Investigadora del Desabastecimiento de Medicinas, Equipo Médico e Instrumental de EsSalud y de Manejo de Fondos y Bienes del ex IPSS (1980-2000).
- Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad.
- Comisión de Trabajo.
- Comisión de Fiscalización.

Por otra parte, se ha participado de manera activa en las comisiones establecidas por el Poder Ejecutivo mediante resoluciones supremas, como la Comisión Técnica Intersectorial y la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud, presentando propuestas y alternativas viables para el fortalecimiento del sector.

Al interior de la Institución, se impuso una política de diálogo pleno entre la administración de EsSalud y sus trabajadores a través de sus principales organizaciones, se propició el trabajo en equipos multidisciplinarios para la evaluación de la problemática institucional, que contaron en algunas oportunidades con el concurso de especialistas de otras entidades.

mejorar niveles de satisfacción de nuestros asegurados

EsSalud se ha abocado a dos aspectos fundamentales: la medición de la satisfacción a través del diseño de encuestas de satisfacción al usuario y, la generación de una cultura organizacional que tenga como fin la satisfacción de los beneficiarios, creando la Defensoría del Asegurado de EsSalud con la finalidad de trasladar sus quejas e inquietudes respecto del sistema, a las instancias de la toma de decisiones al más alto nivel.

■ defensoría del asegurado

Inspirada en la Defensoría del Pueblo se constituye con la misión de proteger los derechos de los asegurados y sus derechohabientes, supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración de la seguridad social y la prestación de los servicios a la población asegurada. Elementos importantes de esta propuesta lo constituyen la confección de la Carta de Derechos y Deberes del Asegurado, así como el Código de Ética para las prestaciones de los servicios de EsSalud, que aportarán en la permanente mejora de la calidad y calidez del servicio.

Durante el presente año se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado, en el cual se dispone la elección de un cuerpo colegiado constituido por ocho miembros. Este elegirá a los tres representantes que actuarán como defensores del asegurado, los cuales deberán reunir cualidades de experiencia personal, profesional y solvencia moral que garanticen el cumplimiento de la labor encomendada.

■ diseño de encuestas de satisfacción al usuario como instrumento de medición

Se diseñó una encuesta de satisfacción al usuario que servirá para medir el grado de complacencia después de recibir las prestaciones de salud, este instrumento será validado en centros pilotos como los hospitales Rebagliati, Sabogal, Vitarte, Uldarico Rocca, Marino Molina Scippa, Jorge Voto Bernales. Será presentado al FONAFE con la finalidad de implementarse en todo el país en el año 2002.

■ **juventud essalud**

Es un proyecto de prevención primaria que persigue mejorar la calidad de vida de los (as) adolescentes del país, fortaleciendo el desarrollo que favorezca el respeto a la vida y el diálogo como forma de solucionar al conflicto (consulta ciudadana) y, estimulando de manera efectiva su participación social, especialmente en sus pares generacionales.

El objetivo de Juventud EsSalud, es disminuir el perfil de morbilidad y mortalidad de los adolescentes, mediante servicios de calidad que respondan a estas necesidades.

Los beneficiarios del proyecto lo constituyen:

- Líderes adolescentes formados en los talleres.
- Adolescentes contactados y sensibilizados por esos líderes.
- Padres de familia de los líderes, quienes reciben talleres de formación.
- Maestros de los colegios participantes.

logros del programa juventud essalud

1998 - 2001

Años	Beneficiarios Directos									Beneficiarios Indirectos	
	Líderes			Maestros			Padres			NP Contactos	Consejerías
Prog.	Ejec.	%	Prog.	Ejec.	%	Prog.	Ejec.	%			
1998 (8 sedes)	1,200	1,298	108%	240	240	100%	240	539	225%	25,682	1,388
1999 (21 sedes)	6,600	6,685	101%	1,260	1,852	147%	1,680	1,876	112%	242,547	12,648
1999 (41 sedes)	10,400	10,527	101%	1,660	1,854	112%	2,080	2,589	124%	291,770	30,277
2001 (41 sedes)	16,400	17,150	105%	4,100	4,059	99%	4,100	4,220	103%	492,000	400,150
Total	34,600	35,660	103%	7,260	8,005	110%	8,100	9,224	114%	1,051,999	444,463

Elaboración: Gerencia Central de Salud



apoyo en situaciones
de emergencia

apoyo en situaciones de emergencia

74



■ apoyo Internacional: presencia de essalud en apoyo a las víctimas del terremoto en la república de el salvador

En enero del 2001 se produjo un terremoto de gran magnitud que afectó a la República de El Salvador. Ante esta situación, EsSalud en coordinación con el Instituto Nacional de Defensa Civil envió ayuda a los damnificados, apoyando con un selecto grupo de médicos, enfermeras, personal asistencial y un Hospital de Campaña, que se instaló en el Hospital Nacional "Santa Teresa" del distrito de Zacatecoluca. Allí se realizaron 3,356 consultas médicas, 74 intervenciones quirúrgicas, 65 emergencias y 658 sesiones de terapia psicológica; la delegación retornó al Perú en la segunda semana de marzo.

■ ayuda a damnificados en el sismo del sur del país

EsSalud apoyó de manera efectiva a la población asegurada y no, afectada por el sismo acaecido en el sur del país en el mes de junio, multiplicando sus esfuerzos de atención en los hospitales de Arequipa, Moquegua y Tacna. A raíz de este siniestro, la infraestructura de algunos de nuestros hospitales quedó seriamente afectada, desarrollándose las siguientes actividades para la reconstrucción:

- Determinación de los daños por cada Organo Desconcentrado afectado, procediendo a solicitar la indemnización de las compañías de seguro.
- Exoneración del proceso de adjudicación del expediente técnico para la reparación de la sede administrativa de Moquegua.
- Habilitación de una partida especial en el sistema SAP a fin de viabilizar transferencias de fondos a los Organos Desconcentrados afectados, por concepto de reembolso por los gastos efectuados.

■ **apoyo a los afectados en el incendio de mesa redonda**

EsSalud proporcionó ayuda a la población asegurada y no, afectada por el incendio producido a finales del mes de diciembre en la zona de Mesa Redonda en Lima. Se atendió a las víctimas en las unidades de emergencia y de cuidados intensivos de los principales hospitales: Almenara, Emergencias Grau y Angamos y, el Policlínico Chíncha. Se proporcionaron los cuidados a los pacientes asegurados cuyas quemaduras requerirán largos tratamientos de recuperación y rehabilitación.



anexos

- 1. Dictamen de los auditores independientes:**
Gutiérrez-Urbano-Ruiz & Asociados.

- 2. Balance general combinado**
al 31 de diciembre 2001 y 2000.

- 3. Estado de ganancias y pérdidas**
Combinado al 31 de diciembre 2001 y 2000.



GUTIERREZ-URBANO-RUIZ & ASOCIADOS S. CIV.
AUDITORES, ASESORES Y CONSULTORES DE EMPRESAS



1

DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

Al Consejo Directivo del Seguro Social de Salud – EsSALUD

1. Hemos auditado los balances generales combinados del Seguro Social de Salud – EsSALUD al 31 de diciembre del 2001 y 2000 y los correspondientes estados combinados de ganancias y pérdidas, de cambios en el patrimonio neto y de flujos de efectivo por los años terminados en esas fechas. La preparación de dichos estados financieros es responsabilidad de la Gerencia del Seguro Social de Salud – EsSALUD. Nuestra responsabilidad consiste en emitir una opinión sobre ellos basada en las auditorías que efectuamos.
2. Excepto por lo indicado en el párrafo 3, nuestras auditorías fueron realizadas de acuerdo con Normas Internacionales de Auditoría. Tales normas requieren que planifiquemos y realicemos nuestro trabajo con la finalidad de obtener seguridad razonable de que los estados financieros no presentan errores importantes. Una auditoría comprende el examen basado en comprobaciones selectivas de las actividades que respaldan la información y los importes presentados en los estados financieros. También comprende la evaluación de las prácticas contables aplicadas y las estimaciones significativas efectuadas por la Gerencia de EsSALUD, así como una evaluación general de los estados financieros. Consideramos que nuestras auditorías constituyen una base razonable para nuestra opinión.
3. No observamos el inventario físico de existencias al 31 de diciembre del 2000 por S/. 147,290,543, porque fuimos designados y contratados con posterioridad a esa fecha y los procedimientos alternativos de auditoría que aplicamos no nos permitieron satisfacernos de la razonabilidad del saldo de las existencias a dicha fecha y de su incidencia en los resultados del año 2000 por el consumo relacionado.
4. Los valores en los libros contables del rubro Inmuebles, Maquinaria y Equipo al 31 de diciembre del 2001 y 2000 de S/. 1,735,701,236 y S/. 1,853,127,240 netos de depreciación, respectivamente, no corresponden a valores actuales de mercado, debido a que provienen de las tasaciones efectuadas por CONATA a diciembre de 1994, es decir de hace 07 años, no disponiéndose de información sobre los valores actuales. Al respecto, en el año 2001 la administración de EsSALUD convocó a concurso público para la contratación de un servicio de tasación a nivel nacional, la cual se declaró desierto debido a que se presentó sólo un postor. Posteriormente se ha preparado un proyecto de bases para una segunda convocatoria.
5. En nuestro dictamen de fecha 29 de octubre del 2001, expresamos una opinión con salvedades sobre los estados financieros combinados de EsSALUD del ejercicio económico 2000 debido a las situaciones descritas en los párrafos 3 y 4 en lo que respecta a dicho ejercicio; así como, a las limitaciones siguientes: a) las conciliaciones de las cuentas corrientes bancarias al 31 de diciembre del 2000 presentaban partidas en conciliación que no explicaban las diferencias entre los saldos según libros y los que presentan los bancos; b) falta de análisis de parte de los saldos de los siguientes rubros: Cuentas por Cobrar Comerciales S/. 578,358,876, Otras Cuentas por Cobrar S/. 33,590,540 y Cuentas por Pagar Comerciales S/. 64,747,523. Adicionalmente en el citado dictamen señalamos las siguientes salvedades: a) no estaban contabilizadas las aportaciones por cobrar, correspondientes a ejercicios anteriores, por concepto de convenios de fraccionamiento tributario, recuperaciones y facturas en cobranza coactiva, control de deudas, crédito tributario y otros; b) no estaban contabilizadas las deudas por aportaciones de organismos del Sector Público a EsSALUD, por el período de enero de

AV. AREQUIPA 1821 - 2do. PISO - TELEFS.: 4706889 • 265-1543 FAX. 511-4708882

LINCE - LIMA - PERU - APARTADO - 14-0315

Email: audigur@terra.com.pe

Web: www.gur.com.pe



GUTIERREZ-URBANO-RUIZ & ASOCIADOS S. CIV.
AUDITORES, ASESORES Y CONSULTORES DE EMPRESAS



MIEMBRO DE:

2

1997 a diciembre del 2000; y, c) la provisión para fluctuación de valores estaba disminuída en S/. 8,156,923 por haberse valuado las acciones de renta variable, utilizando el promedio anual de cotizaciones bursátiles del ejercicio 2000, cuando debió aplicarse el valor de mercado al 31.12.2000.

Las situaciones antes descritas, con excepción de las referidas en los párrafos 3 y 4 han sido superadas en el año 2001. Respecto a las aportaciones por cobrar que no estaban contabilizadas, una parte ha sido registrada como deuda exigible y otra en cuentas de orden, como resultado de la evaluación que viene efectuando la Gerencia de Créditos y Cobranzas para determinar su condición de exigibilidad; en tal sentido, al 31 de diciembre del 2001 han sido registrados como cuentas de orden S/. 1,422,131,137 y como deuda exigible S/. 435,628,687 de los cuales se han remitido a la SUNAT para su cobranza S/. 55,752,685. Asimismo, las deudas por aportaciones de organismo del Sector Público, por el periodo de enero de 1997 a diciembre del 2000, han sido igualmente registradas en el año 2001 en cuentas de orden.

6. En nuestra opinión, excepto por el efecto de los ajustes, si los hubiere, que habrían sido determinados necesarios de haber observado el inventario físico de existencias al 31 de diciembre del 2000 referido en el párrafo 3 y a la importancia de los ajustes que se deriven del asunto señalado en el párrafo 4, los estados financieros indicados en el primer párrafo presentan razonablemente la situación financiera del Seguro Social de Salud – EsSALUD al 31 de diciembre del 2001 y 2000, los resultados de sus operaciones y sus flujos de efectivo por los años terminados en esas fechas, de acuerdo con Normas Internacionales de Contabilidad.
7. Mediante el Decreto de Urgencia N° 067-98 de 31 de diciembre de 1998, se aprobó el valor de la Reserva del Sistema Nacional de Pensiones, régimen 19990, en S/. 2,326,166,260 y la deuda de los diversos organismos del Sector Público con la Seguridad Social de S/. 1,271,638,148, (cifras históricas). Asimismo, se aprobó la transferencia de la administración y pago de los pensionistas de EsSALUD de los Decretos Leyes 20530 y 18846 a la Oficina de Normalización Previsional – ONP. Con las operaciones realizadas de acuerdo con las disposiciones del referido Decreto de Urgencia, quedaron canceladas las obligaciones de la Institución por el régimen del Decreto Ley N° 19990, quedando al 31 de diciembre del 2001 saldos por transferir de los regímenes de los Decretos 20530 y 18846 ascendentes según registros de EsSALUD a S/. 1,709,518,242 y S/. 583,621,537 respectivamente, cifras históricas que totalizan S/. 2,293,139,779; las cuales se mantienen en cuentas de orden.

Sin embargo, según estado de cuenta de la ONP al 31 de diciembre del 2001, EsSALUD adeuda S/. 2,526,551,732 importe que incluye intereses por S/. 367,566,050 y gastos administrativos por S/. 15,736,328 que desconoce EsSALUD; y, no considera ajustes de reserva efectuados por EsSALUD en el año 1999 por S/. 313,553,072 y S/. 127,079,581, por los Decretos Leyes N°s. 20530 y 18846 respectivamente. Los convenios suscritos entre las partes con fechas 16.07.99 y 11.08.99 para dichos regímenes, no estipulan que EsSALUD esté obligado a pagar por concepto de intereses y gastos administrativos a la ONP; empero, establecen que en caso de divergencia, las partes buscarán resolverla dentro de las reglas de buena fé.

8. La Ley N° 27334 de 30.07.2000 amplía las funciones de la SUNAT, al facultarle ejercer la administración de las aportaciones correspondientes a EsSALUD; disposición legal que fue reglamentada por el D.S. N° 039-2001-EF de 12.03.2001.
9. La sentencia del Tribunal Constitucional del 12 de enero del 2001, expedida en los seguidos por la Asociación Nacional de ex – Servidores del IPSS (ASEIPSS) contra

AV. AREQUIPA 1821 - 2do. PISO - TELEFS.: 4706889 • 265-1543 FAX. 511-4708882

LINCE - LIMA - PERU - APARTADO - 14-0315

Email: audigur@terra.com.pe

Web: www.gur.com.pe



GUTIERREZ-URBANO-RUIZ & ASOCIADOS S. CIV.
AUDITORES, ASESORES Y CONSULTORES DE EMPRESAS



MIEMBRO DE:

MGI

3

EsSALUD y la ONP sobre Acción de Cumplimiento, dispuso que la ONP pague a los miembros de la ASEIPSS las pensiones de cesantía nivelables. Para el cumplimiento inicial de dicha sentencia, en el mes de diciembre del 2001 EsSALUD ha transferido S/. 9,090,795 a la ONP.

La mencionada sentencia establece un precedente que podría ser invocado por los pensionistas que no fueron comprendidos en la demanda.

10. Tal como se revela en la Nota N° 23, La Ley 27617 publicada el 01 de enero del 2002, modifica en parte el D.L. 20530 en cuanto a los montos de determinadas pensiones estableciendo topes que limitan las sumas que percibirán parte de los pensionistas, como se indica a continuación: a) en el caso de pensión de viudez, ha limitado su monto estableciendo topes relacionados a la remuneración mínima vital según los casos de invalidez, cesantía o sobreviviente; b) prescribe el monto máximo de la pensión de orfandad; c) la pensión de ascendencia que corresponde al padre o madre se limita porcentualmente; d) determina la vigencia de la pensión de sobreviviente y pago porcentual provisional; e) la suma de los porcentajes de las pensiones de viudez y orfandad, no podrá exceder el 100% de la pensión de cesantía o invalidez y; f) esclarece que las pensiones de sobrevivencia a otorgarse se regirán por las disposiciones vigentes a la fecha de fallecimiento del causante.

Lima, Perú

28 de febrero del 2002.

Refrendado por:


 (Socio)
 Dr. Luis Gutiérrez Ríos
 Contador Público Colegiado
 Matrícula N° 2134

AV. AREQUIPA 1821 - 2do. PISO - TELEFS.: 4706889 • 265-1543 FAX. 511-4708882

LINCE - LIMA - PERU - APARTADO - 14-0315

Email: audigur@terra.com.pe

Web: www.gur.com.pe

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

BALANCE GENERAL COMBINADO

(Notas 1 y 2)

Al 31 de diciembre del 2001 y 2000

(Expresado en nuevos soles constantes)

	2001	2000
ACTIVO		
ACTIVO CORRIENTE		
Caja y Bancos (Nota 3)	1,090,345,217	892,321,451
Valores Negociables (Nota 4)	13,976,912	-
Cuentas por Cobrar Comerciales (Nota 5)	319,946,944	358,636,049
Menos: Provisión Cobranza Dudosa	(35,639,591)	(20,796,931)
Otras Cuentas por Cobrar (Nota 6)	215,755,730	255,914,741
Menos: Provisión Cobranza Dudosa Existencias (Nota 7)	(150,010,112)	(122,041,269)
Menos: Prov. Desva. de Existencias	(17,965,098)	144,050,151
Gastos Pagados por Anticipado (Nota 8)	11,137,876	(13,373,428)
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	1,589,914,915	1,504,923,659
ACTIVO NO CORRIENTE		
Cuentas por Cobrar Comerciales (nota 9)	837,557,765	348,249,982
Inversiones Permanentes (nota 10)	310,107,473	350,737,554
Menos: Fluctuación de Valores y Cobranza Inmuebles, Maquinaria y Equipo (Nota 11)	(98,381,493)	(98,435,832)
Menos: Depreciación Acumulada Activos Intangibles (Nota 12)	2,928,180,591	3,013,223,505
Menos: Amortización Acumulada Intangibles	(1,192,479,355)	(1,160,096,265)
	18,393,419	14,585,459
	(6,055,975)	(3,111,168)
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	2,807,322,425	2,465,153,235
TOTAL ACTIVO	4,397,237,340	3,970,076,894
CUENTAS DE ORDEN (nota 19) Cuentas de Orden Deudoras	4,912,327,651	4,633,171,668
PASIVO Y PATRIMONIO		
PASIVO CORRIENTE		
Cuentas por Pagar Comerciales (Nota 13)	94,022,532	133,214,708
Otras Cuentas por Pagar (Nota 14)	325,636,036	277,115,322
TOTAL PASIVO CORRIENTE	419,658,568	410,330,030
PASIVO NO CORRIENTE		
Compensación por Tiempo de Servicios (Nota 15)	8,690,341	7,972,760
Ingresos Diferidos (nota 16)	839,750,452	348,318,396
TOTAL PASIVO NO CORRIENTE	848,440,793	356,291,156
TOTAL PASIVO	1,268,099,361	766,621,186
Contingencias (Nota 17)	13,263,925	42,063,325
PATRIMONIO (Nota 18)		
Capital Adicional	6,265,240	6,214,470
Excedente de Revaluación	622,051,908	622,051,908
Reservas	851,667,389	791,920,529
Resultados Acumulados	1,635,869,517	1,741,205,476
TOTAL PATRIMONIO	3,115,874,054	3,161,392,383
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	4,397,237,340	3,970,076,894
CUENTAS DE ORDEN (nota 19) Cuentas de Orden Acreedoras	4,912,327,651	4,633,171,668

Las notas que se acompañan forman parte de los estados financieros.

SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD**ESTADO DE GANANCIAS Y PÉRDIDAS COMBINADO****(Notas 1 y 2)****Por los años terminados el 31 de diciembre del 2001 y 2000****(Expresado en nuevos soles constantes)**

	<u>2001</u>	<u>2000</u>
VENTAS NETAS (Nota 20)	2,579,962,175	2,649,358,605
A terceros		
TOTAL INGRESOS BRUTOS	<u>2,579,962,175</u>	<u>2,649,358,605</u>
UTILIDAD BRUTA	2,579,962,175	2,649,358,605
Gastos de Administración (Anexo 21)	(2,740,576,225)	(2,807,158,562)
PÉRDIDA OPERATIVA	<u>(160,614,050)</u>	<u>(157,799,957)</u>
OTROS INGRESOS Y (GASTOS) (Anexo 22)		
Ingresos Financieros	91,227,265	145,727,310
Gastos Financieros	(1,634,874)	(2,929,235)
Otros Ingresos	99,431,299	144,174,153
Otros Egresos	(33,954,819)	(115,489,018)
Resultado por Exposición a la Deflación(Inflación)	<u>18,277,601</u>	<u>(41,943,285)</u>
TOTAL OTROS INGRESOS Y (GASTOS)	<u>173,346,472</u>	<u>129,539,925</u>
UTILIDAD (PÉRDIDA) DEL EJERCICIO	<u><u>12,732,422</u></u>	<u><u>(28,260,032)</u></u>

Las notas que se acompañan forman parte de los estados financieros.



GUTIERREZ-URBANO-RUIZ & ASOCIADOS S. CIV.
AUDITORES, ASESORES Y CONSULTORES DE EMPRESAS



MIEMBRO DE:

MGI

33

DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

AL CONSEJO DIRECTIVO DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD-EsSALUD

En relación con la auditoría del balance general combinado del Seguro Social de Salud – EsSALUD al 31 de diciembre del 2001 y de los estados de ganancias y pérdidas, cambios de patrimonio y de los flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha, sobre los cuales hemos emitido nuestro dictamen, presentado en la primera parte de este informe, el mismo que contiene una opinión con salvedades, hemos examinado también la información complementaria que se adjunta como Anexos N°s 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 10.

Nuestra auditoría fue practicada con el propósito de formarnos una opinión sobre los estados financieros tomados en su conjunto. Los anexos arriba indicados se presentan en cumplimiento a los requerimientos de la Contaduría Pública de la Nación y no son necesarios para una adecuada presentación de los estados financieros. Tales anexos han estado sujetos a los procedimientos de auditoría aplicados a los estados financieros y, en nuestra opinión presentan razonablemente, en sus aspectos importantes, la información contenida en los mismos, en relación con los estados financieros tomados en su conjunto.

Lima, Perú

19 de marzo del 2002.

Refrendado por:


 (Socio)
 Dr. Luis Gutiérrez Ríos
 Contador Público Colegiado
 Matrícula N° 2134