

memoria anual

2002



Premio Creatividad Empresarial 2002 en Gestión Pública a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud



SEGURO SOCIAL DE SALUD

Memoria Anual 2002 del Seguro Social de Salud - EsSalud,  
aprobada mediante Acuerdo de Consejo N° 55 - 22 ESSALUD 2003,  
en la Vigésima Segunda Sesión Ordinaria del 2 de julio de 2003.

**Elaboración** : Oficina Central de Planificación

**Edición General** : Gerencia de Relaciones Institucionales

**Editor Responsable** : César Nureña Pizarro

**Diagramación y Diseño** : Luis Carrera Fernández

**Fotografía** : Juan Carlos Domínguez

# memoria anual

---

# 2002

## INDICE

<b>PRESENTACION</b>	<b>:</b>	.....	<b>4</b>
<b>CAPITULO I</b>	<b>:</b>	<b>MARCO INSTITUCIONAL</b> .....	<b>7</b>
		1.1 Miembros del Consejo Directivo	
		1.2 Alta Dirección y Funcionarios principales	
		1.3 Organigrama Institucional	
		1.4 Visión y Misión institucional	
		1.5 Objetivos Estratégicos	
<b>CAPITULO II</b>	<b>:</b>	<b>GESTION ASEGURADORA</b> .....	<b>15</b>
		2.1 Población Asegurada	
		2.2 Ingresos y Egresos	
<b>CAPITULO III</b>	<b>:</b>	<b>GESTION PRESTADORA</b> .....	<b>25</b>
		3.1 Aspectos Generales	
		3.2 Prestaciones de Salud	
		3.3 Prestaciones Sociales	
		3.4 Prestaciones Económicas	
<b>CAPITULO IV</b>	<b>:</b>	<b>SOPORTE A LA GESTION</b> .....	<b>39</b>
		4.1 Recursos Humanos	
		4.2 Recursos Físicos	
		- Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones	
		- Inversiones	
<b>CAPITULO V</b>	<b>:</b>	<b>EVALUACION DE LA GESTION</b> .....	<b>47</b>
		<b>ANEXOS</b>	
		- Dictamen de los Auditores Independientes	
		- Balance General Combinado	
		- Estado de Operaciones Combinado	



SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Av. Domingo Cueto 120 Jesús María, Lima 11 - Perú  
Telfs: 265-6000 - 265-7000  
[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

## PRESENTACION

## Estimados Amigos

Es para mi una enorme satisfacción presentar la Memoria Institucional del año 2002, la misma que tiene por finalidad, informar sobre los principales resultados obtenidos por el Seguro Social de Salud en este periodo de tiempo, luego de haber estado en la conducción de la presidencia ejecutiva, los doctores Ignacio Basombrío Zender y Rafael Villegas Cerro.

Nuestra Institución es una de las más importantes del país, la cual pertenece a sus aportantes, quienes representan el 25 por ciento de la población peruana. Brinda atención de salud a más de 7 millones de personas, con innegables problemas generados durante años, pero respaldada por el reconocido nivel de especialización y la calidad de sus profesionales.

En el año 2002 el país y nuestra Institución, han continuado inmersos en el proceso de transición democrática, del cual la mayor demanda ha sido por introducir necesarios e importantes cambios en la política de gestión, con mecanismos de transparencia, la urgente descentralización y una coordinación más fluida entre las instituciones nacionales.

Entre los aspectos más importantes desarrollados este año, se encuentra el debate en el Congreso de la República, sobre la autonomía institucional, que comprende la separación de EsSalud del ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de las Entidades del Estado (FONAFE).

Un logro importante, son los compromisos asumidos por parte del Estado en el marco del Préstamo Programático Social II que otorga el Banco Mundial al Perú y que comprende una participación directa de nuestra Institución para el logro de los objetivos, los cuales están relacionados con la coordinación interinstitucional con el Ministerio de Salud (MINSA), dado que formamos parte del Sistema Nacional de Salud, para celebrar convenios de intercambio de prestaciones y la elaboración de un plan de inversiones, con una visión conjunta y evitar de ese modo la duplicidad de funciones y la ineficiencia e inequidad en el gasto.

Durante este año se inició también el proceso de elaboración del Plan Estratégico Institucional para el período 2003-2007, que fue discutido y consensuado por diversas unidades orgánicas de la sede central y de los órganos desconcentrados, revisándose los

diversos temas prioritarios, dentro de un contexto de experiencias de reforma en salud y seguridad social a nivel nacional e internacional. Como resultado de ello, se acordó que durante el próximo quinquenio EsSalud debe introducir criterios de eficiencia y equidad tanto en la administración del fondo, como en la provisión de los servicios de salud, bajo las características de una gestión clínico-financiera transparente y orientada hacia la descentralización.

Para finalizar, deseo expresar mi reconocimiento sincero a los señores miembros del Consejo Directivo, quienes han ratificado plenamente con su accionar, el carácter tripartito de EsSalud, lográndose importantes consensos entre los representantes del Estado, Empleadores y Trabajadores.

Asimismo, a los profesionales, técnicos, auxiliares, trabajadores asistenciales y administrativos y, a los miembros del Programa Nacional de Voluntariado, sin cuyo esfuerzo y dedicación no hubiera sido posible desarrollar nuestro trabajo por mejorar nuestra Institución.

Con afecto,



**Ing. César Gutiérrez Peña**  
Presidente Ejecutivo



## CAPITULO I

# Marco Institucional



## Consejo Directivo

Al 30 de diciembre de 2002

### César Felipe Gutierrez Peña

Presidente Ejecutivo Representante del Estado



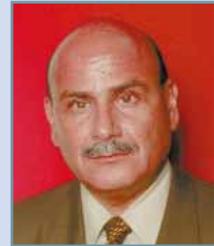
### Luis Angel Piazzon Gallo

Representante del Estado – Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo



### Guido Aurelio Merea Longa

Representante del Estado  
Ministerio de Salud



### Francisco García Calderón

Representante de los Empleadores  
Gran Empresa



### Enrique Gubbins Bovet

Representante de los Empleadores  
–Mediana Empresa (CONFIEP)



### Alonso Rey Bustamante

Representante de los Empleadores  
Pequeña y Micro Empresa



### Mario Roberto Huaman Rivera

Representante de los Trabajadores y  
Asegurados – Régimen Laboral Público



### Julio Paz Gaviño

Representante de los Trabajadores y  
Asegurados – Régimen Laboral Privado



### Fernando Pariona Campos

Representante de los Trabajadores y  
Asegurados - Pensionistas



## Alta Dirección

Al 30 de diciembre de 2002

**Cesar Felipe Gutiérrez Peña**  
Presidente Ejecutivo

**Felix Amadeo Rivera Lecaros**  
Gerente General

**José A. Gerardo Velarde Salazar**  
Secretario General

**Javier Rosas Santillana**  
Jefe del Organismo de Auditoría Interna

**Pedro Muñoz Nájjar Rojas**  
Gerente Central de Finanzas  
Jefe de la Oficina Central de Planificación (e)

**David Castrat Garmendia**  
Jefe de la Oficina Central de Asuntos Jurídicos

**Guillermo Terry Valverde**  
Gerente Central de Salud

**Percy Janampa Camino**  
Gerente Central de Operaciones

**Enrique Acha Cruz**  
Gerente Central de Seguros

**Miguel Guzmán Azcurra**  
Gerente Central de Recursos Humanos

**Carlos Basadre Lacunza**  
Gerente Central de Logística e Infraestructura

**Guillermo Pierrend Cánepa**  
Gerente Central de Informática

**Oscar Díaz Moscoso**  
Jefe de la Oficina de Imagen Institucional

**Carlos Darcourt Huck**  
Presidente del Consejo de Defensores  
de la Defensoría del Asegurado

**Pierre Garrigue Miranda**  
Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales

**Luis Aguilar Torres**  
Jefe de la Oficina de Defensa Nacional

## Gerentes de Organos Desconcentrados

Al 30 de diciembre de 2002

**Uldarico Rocca Fernández**  
Gerente General del Hospital Nacional  
Guillermo Almenara Irigoyen

**Manuel García Rojas**  
Gerente General del Hospital Nacional  
Edgardo Rebagliati Martins

**César Anibal Carbajal Espinoza**  
Director Gerente del Instituto Nacional del Corazón

**Carlos Adachi Kanashiro**  
Director del Centro de Hemodiálisis

**Donald Gastón Mejía Yoplac**  
Gerente Departamental de Amazonas

**Isaías Jaime Morón Santillana**  
Gerente Departamental de Ancash

**Federico Martínez Taipe**  
Gerente Departamental de Apurímac

**Alejandro Washington Sáenz Chávez**  
Gerente Red Asistencial Arequipa

**Julio Víctor Barraza Yataco**  
Gerente Departamental de Ayacucho

**Julio Mercado Vargas**  
Gerente Departamental de Cajamarca

**Ángel Fabian Del Carpio Chire**  
Gerente Red Asistencial Cuzco

**Roberto Matos Díaz**  
Gerente Departamental de Huancavelica

**Vitelio Julio Campos Rojas**  
Gerente Departamental de Huánuco

**Romulo Alex Marañón Barraza**  
Gerente Departamental de Ica

**Enith Luisa Montreuil García**  
Gerente Departamental de Junín

**Julio César Navarro Bustamante**  
Gerente Departamental de La Libertad

**Isaías Wekselman Jaramillo**  
Gerente Red Asistencial Lambayeque

**Carlos Manuel Acosta Saal**  
Gerente Departamental de Lima (e)

**Nestor Rolando Najar Llerena**  
Gerente Departamental de Loreto

**José Santos Isauro Vilca Ramírez**  
Gerente Departamental de Madre de Dios

**Ángel Eduardo León Coronel**  
Gerente Departamental de Moquegua

**Humberto Ricardo Quartara Ramírez**  
Gerente Departamental de Pasco

**Vicente Osler Quispe Gallo**  
Gerente Departamental de Piura

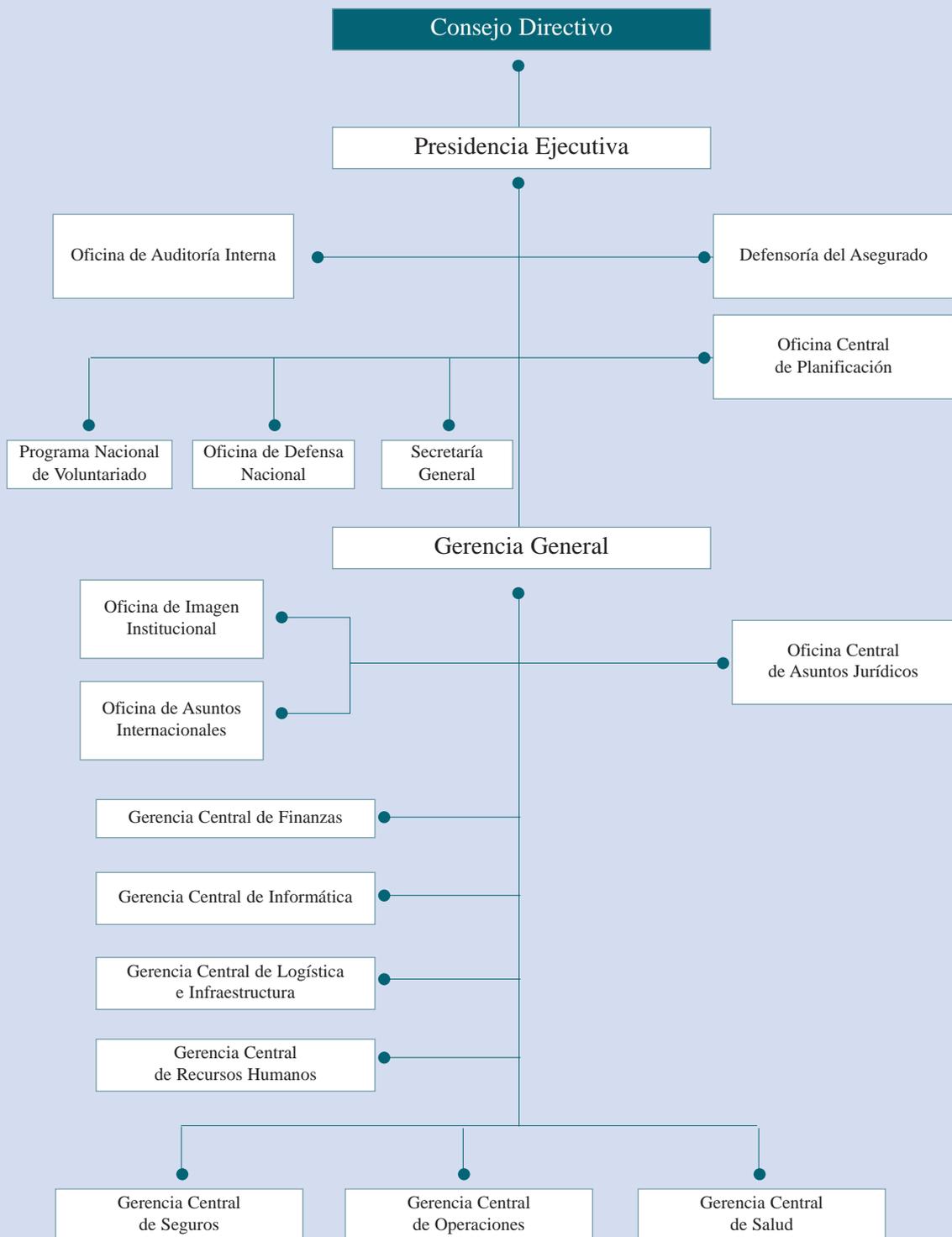
**Pedro Pascual Tito Huanca**  
Gerente Departamental de Puno

**Edgard Gerardo Huapaya Gamarra**  
Gerente Departamental de San Martín

**Pedro Raul Rospligiosi Maldonado**  
Gerente Departamental de Tacna

**Juan Francisco Suclupe Chaname**  
Gerente Departamental de Tumbes

**José María Florián Vargas**  
Gerente Departamental de Ucayali



APROBADO:

RES. N° 088-PE-ESSALUD-2002 (25/03/02)  
 RES. N° 173-PE-ESSALUD-2002 (03/06/02)  
 RES. N° 388-PE-ESSALUD-2002 (12/09/02)

## Marco Institucional

A continuación se presenta la visión y misión institucional vigente para el año 2002. En este año sin embargo, se ha trabajado en la construcción del Plan Estratégico Institucional 2003-2007, como resultado de lo cual se han trazado los nuevos objetivos estratégicos que EsSalud busca alcanzar en los próximos cinco años.

### VISION

Ser reconocida como la primera institución de seguridad social en Latinoamérica.

### MISION

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

### 1. Mejorar la calidad de los servicios de salud

- 1.1. Mejorar permanentemente la calidad de las prestaciones de salud.
- 1.2. Incorporar y estandarizar nueva tecnología en los servicios de salud.
- 1.3. Abastecer oportunamente a los establecimientos de salud con insumos y medicamentos de calidad.
- 1.4. Implementar políticas de salud orientadas a la optimización de la atención de los servicios.
- 1.5. Fortalecer el sistema de gestión del riesgo.
- 1.6. Mejorar la productividad y la gestión de los recursos humanos

### 2. Garantizar la cobertura de la seguridad social

- 2.1 Fortalecer el rol asegurador de la seguridad social.

### 3. Optimizar la gestión institucional

- 3.1 Modernizar la organización y los procesos administrativos.
- 3.2 Incrementar los niveles de transparencia.
- 3.3 Promover la eficiencia financiera en la institución.

### 4. Mejorar los niveles de satisfacción de nuestros asegurados

- 4.1. Generar una cultura organizacional de atención al asegurado.
- 4.2. Implementar la Defensoría del Asegurado.
- 4.3. Evaluar la opinión del asegurado para atender sus requerimientos.
- 4.4. Promover la participación del Programa Nacional del Voluntariado.

## CAPITULO II

# Gestión Aseguradora



## Gestión Aseguradora

## 2.1 Población Asegurada

## Composición de la población asegurada:

La población asegurada estimada a diciembre del 2002 ascendió a un total de 7'018,465 asegurados. Esto ha significado un crecimiento del 0.64% respecto al mismo período del año anterior. Esta población pertenece a dos regímenes, como es el caso de los Seguros Regulares y los Seguros Potestativos (Titulares y Derechohabientes).

El crecimiento observado en el año 2002 se debe básicamente al aumento en los seguros regulares (titulares y derechohabientes) en 2.75%

respecto del año anterior, este ligero crecimiento se debe principalmente al ligero dinamismo de la economía en los sectores tales como manufactura, construcción y servicios (sectores intensivos en mano de obra); así como al crecimiento de los Seguros Regulares creados y definidos por ley, tales como el del Pescador y Procesador Artesanal Independiente (219.2%), trabajadores portuarios o panificadores (63.3%), construcción civil (27.5%), trabajadoras del hogar (16.5%) y agrarios (14.3%).

## Condición de la población asegurada 2000 - 2002

yPoblación	2000	2001	Var%	2002	Var%
<b>Titulares</b>					
Regulares 1/.	2,653,535	2,676,360	0.9%	2,799,064	4.6%
Potestativos	203,668	281,059	38.0%	139,456	-50.4%
Sub-Total	2,857,203	2,957,419	3.5%	2,938,520	-0.6%
<b>Derechohabientes</b>					
Regulares 2/.	3,869,451	3,926,332	1.5%	4,027,354	2.6%
Potestativos	46,099	90,287	95.9%	52,591	-41.8%
Sub Total	3,915,550	4,016,619	2.6%	4,079,945	1.6%
Total	6,772,753	6,974,038	3.0%	7,018,465	0.6%

1/ Incluye familiares por afiliar  
2/ Incluye derechohabientes por afiliar y latencia  
Fuente: GEEyE - OCPL  
Elaboración: OPE - OCPL

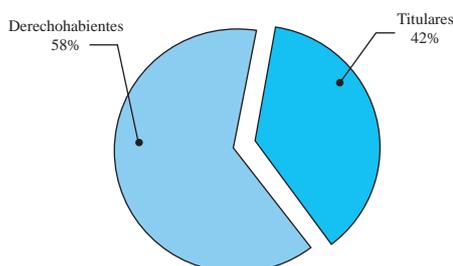
## Regímenes de la Población Asegurada: 2001-2002

Población	2000	2001	Var %	2002	Var %
<b>Seguros Regulares</b>					
Empleado-Obrero	1,732,720	1,759,252	1.5%	1,778,290	1.1%
Seguros definidos x ley 1/.	143,241	170,321	18.9%	204,275	19.9%
Regímenes Especiales	110 558	86 697	-21.6%	84 584	-2.4%
Pensionistas	646,614	659,230	2.0%	731,916	11.0%
Derechohabientes	3,771,990	3,846,817	2.0%	3,951,397	2.7%
Sub-Total	6,405,123	6,522,317	1.8%	6,750,461	3.5%
<b>Seguros Potestativos</b>					
Independiente	18,710	7,665	-59.0%	4,339	-43.4%
Universitario	88,045	60,067	-31.8%	36,841	-38.7%
Seguro Personal-Familiar	143,012	303,614	112.3%	150,867	-50.3%
Sub-Total	249,767	371,346	48.7%	192,047	-48.3%
Asegurados x Afiliar/Latencia	117,863	80,375	-31.8%	75,957	-5.5%
<b>Total</b>	<b>6,772,753</b>	<b>6,974,038</b>	<b>3.0%</b>	<b>7,018,465</b>	<b>0.6%</b>

1/. Pescador y Procesador Artesanal Independiente, trabajadores portuarios o panificadores, construcción civil, trabajadores del hogar y agrarios.  
Fuente: GEEyE - OCPL - Elaboración: OPE - OCPL

Los Seguros Regulares están compuestos por los derechohabientes que representan el 58.1% (4.1 millones) de la población asegurada, mientras los asegurados titulares son el 31.4% (2.2 millones) y los pensionistas el 10.4% (D.L. 19990, 18846, 20530 y SPP: 732 mil). Los Seguros Potestativos (Seguro Independiente, Universitario y EsSalud Personal y Familiar); representan el 2.7% del total de la población asegurada.

COMPOSICION DE LA POBLACION ASEGURADA  
(por tipo de Asegurado) - 2002



La Gerencia Central de Seguros realizó un sinceramiento de la información, sobre la base de los reportes de la SUNAT, según el formato de Pago y Software de Registro y, como consecuencia se redujo la población potestativa, registrada en 48.3% respecto del año anterior.

## Población Asegurada por Órganos Desconcentrados

COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA  
(por Grupos de Asegurados) - 2002

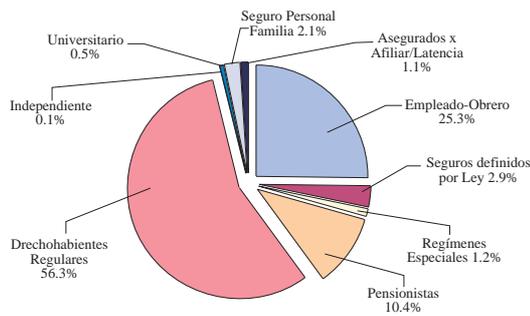


Gráfico N° 2:

El 48.4% de la población asegurada se encuentra concentrada en Lima y el 51.6% en el resto de los departamentos. Siendo los de mayor participación los departamentos de Arequipa (5.8%), La Libertad (4.9%), Lambayeque (4.8%) y Piura (4.7%). En cuanto al Seguro Regular, Lima concentra el 53.9% del total de asegurados titulares, seguido por Arequipa (5.7%), La Libertad (4.5%), Piura (4.6%), Lambayeque (3.8%) e Ica (3.4%).

En relación a los Pensionistas del D.L. 19990 y D.L. 18846 nuevamente Lima concentra el 52.3% del total, seguido por Arequipa (6%), Lambayeque (5.5%), La Libertad (5.4%) e Ica (4.9%). En lo referente a los Seguros Potestativos (seguros privados), también Lima representa el 52.8% de los asegurados, seguido por Lambayeque (7.7%), Arequipa (5%) y La Libertad (4.8%).

## Cobertura Poblacional de Aseguramiento

La cobertura sobre la población total del Perú, se encuentra alrededor del 26.2% en el año 2002. La reducción de 0.3% respecto del año anterior, se debe a los ajustes realizados a la información sobre población por parte de EsSalud, no así a razones de índole demográfico u otros.

El número de asegurados titulares (no incluye pensionistas y universitarios) representa el 18.3% de la PEA (Población Económicamente Activa mayor de 15 años). El decrecimiento de 3.2% respecto del año anterior, se debió por un lado al incremento de la PEA en 1.2% y al decrecimiento del 2% de los asegurados titulares que trabajan y se encuentran activos.

## Evolución de la Cobertura de EsSalud: 1994-2002

Años	Población Demográfica	Población Asegurada	Cobertura Poblacional
1994	23,421,000	6,170,803	26.3
1995	23,531,701	6,206,883	26.4
1996	24,258,000	6,373,206	26.3
1997	24,681,000	6,477,491	26.2
1998	25,104,000	6,489,342	25.8
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
2002	26,749,000	7,018,465	26.2

Fuente: Reporte de Población Asegurada 2002  
 INEI, Empresa Cuanto S.A.  
 Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística – OCPL

**Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo**

Este seguro está dirigido a todos aquellos trabajadores que desarrollan actividades de riesgo. En el año 2002 se registró un promedio de 6,265 empresas afiliadas (base: 271,779 trabajadores cubiertos).

**Sistemas de Información**

Es necesario precisar que durante el año 2002, persistieron los problemas sobre la información relacionada con la actualización de la base de datos de los asegurados, e integración de la información del asegurador con la del prestador.

## 2.2 Ingresos y Egresos

### Ingresos por Contribuciones y Aportes

Los ingresos por contribuciones y aportaciones en el año 2002 crecieron en 1.9% en términos nominales con respecto al año anterior, esto como consecuencia de un incremento en los ingresos provenientes del fondo de Salud (Ley 26790), Seguro Agrario (DL 885) y del Seguro EsSalud Personal y Familiar.

A diciembre del 2002, la recaudación total en términos nominales aumentó en 1.89% respecto al nivel alcanzado en el mismo período del año anterior. Dicho resultado se explica en el incremento de la recaudación correspondiente a los Asegurados Regulares (Fondo de Salud) en 3.02%, Seguro Agrario en 21.17%, y EsSalud Personal y Familiar en 18.67%.

Ingresos por Recaudación y tipo de Seguro 2001-2002  
(A valores nominales)

Rubro de Ingresos	2002	2001	Variación %
Aportaciones Ley 26790	2,550,259,783	2,486,753,891	2.6%
Aportaciones D.L 18846 Acc. Trabajo	234,337	487,927	-52.0%
Aportaciones D.L 885 Seguro Agrario	21,543,856	17,780,334	21.2%
Seguro Independiente	5,669,848	7,754,418	-26.9%
Seguro EsSalud Personal y Familiar	65,312,634	55,037,198	18.7%
Seguro Universitario	1,594,789	1,786,273	-10.7%
Seguro de Trabajo de Riesgo	38,161,173	42,244,945	-9.7%
Fraccionamiento	43,378,338	63,435,477	-31.6%
Otros*	617,968	792,593	-22.0%
<b>Total</b>	<b>2,726,772,727</b>	<b>2,676,073,056</b>	<b>1.9%</b>

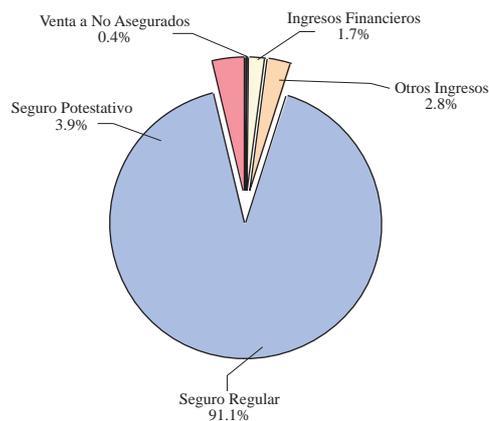
(\*) Se incluye además de los ingresos corrientes, el Régimen Especial de Fraccionamiento Tributario. A partir del mes de junio 2001, se incluye los ingresos por el Sistema Especial de Actualización y Pago de deudas tributarias - D. Leg. 914 y a partir del mes de junio 2002 se incluye el Resit.

Los rubros que mostraron un comportamiento poco satisfactorio fueron el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo con una variación negativa de  $-9.67\%$ , el Seguro Universitario con una contracción de  $-10.72\%$  y el Seguro Independiente, con una reducción de  $-26.88\%$ .

La tasa de morosidad de la recaudación se redujo en  $15.2\%$  respecto del año anterior (de  $12.5\%$  a  $10.6\%$ ), debido a las ligeras mejoras en los sectores productivos.

Como se puede apreciar en el gráfico siguiente, la principal fuente de financiamiento proviene de las contribuciones y aportes del Seguro Regular, seguido de los ingresos provenientes de los Seguros Potestativos. De acuerdo con la ley, los fondos provenientes de ambos regímenes sirven para financiar en forma separada sus gastos asociados, sin embargo continúa el subsidio cruzado entre los fondos provenientes de los regímenes Regulares hacia los Potestativos, dado que los niveles de siniestralidad y las primas que se cobran por los seguros privados, no permiten todavía su autofinanciamiento. En el año 2002, el Consejo Directivo solicitó la revisión de los diversos seguros privados con miras a elaborar un producto de Seguro Potestativo Único.

COMPOSICIÓN DEL INGRESO TOTAL - 2002



## Egresos de Operación y de Capital

En relación a los egresos de operación se observa un incremento del gasto en bienes de 5.84% que se explica básicamente por la reposición de stocks de bienes estratégicos, la puesta en mar-

cha de nuevos centros hospitalarios y la adquisición de repuestos para la reparación y mantenimiento de los equipos hospitalarios existentes (no hubo reposición de equipos obsoletos).

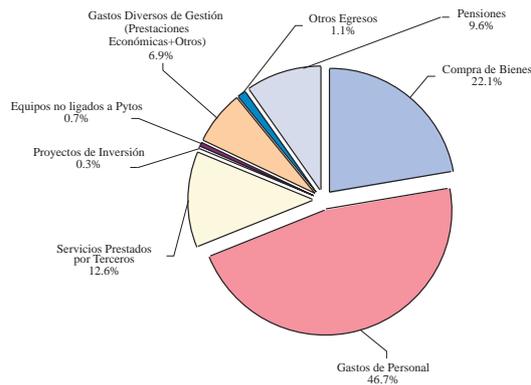
### Presupuesto Consolidado: Ejecución 2001-2002

Concepto	Ejecución 2001	Ejecución 2002	Variación %
<b>INGRESOS</b>	<b>2,835,971,282</b>	<b>2,821,788,949</b>	<b>-0.5%</b>
Venta de Bienes y Servicios	2,698,144,775	2,737,615,512	1.5%
- Aportaciones de Asegurados	2,675,280,462	2,726,154,758	1.9%
- Venta a No Asegurados	22,864,313	11,460,754	-49.9%
Ingresos Financieros	98,960,687	48,581,054	-50.9%
Otros Ingresos	38,865,820	35,592,383	-8.4%
<b>EGRESOS</b>	<b>2,639,944,451</b>	<b>2,958,739,680</b>	<b>12.1%</b>
De Operación	2,605,730,495	2,930,473,928	12.5%
- Compra de Bienes	618,324,760	654,435,173	5.8%
- Gastos de Personal	1,124,034,800	1,381,020,742	22.9%
- Servicios Prestados por Terceros	373,351,492	371,815,933	-0.4%
- Tributos	29,947,288	16,163,916	-46.0%
- Gastos Diversos de Gestión	176,342,719	204,506,159	16.0%
- Egresos Extraordinarios		17,757,031	
- Otros	283,729,436	284,774,974	0.4%
De Capital	34,213,956	28,265,752	-17.4%
- Proyectos de inversión	26,403,798	8,872,342	-66.4%
- Gastos de capital no ligados a proyectos	7,810,158	19,393,410	148.3%
- Equipos Hospitalarios y Administrativos	7,761,185	17,095,454	120.3%
- Equipos Informáticos	48,973	2,297,956	4592.3%
<b>Superavit o Déficit Económico</b>	<b>196,026,831</b>	<b>-136,950,731</b>	<b>-169.9%</b>

En relación al incremento del gasto de personal en 22.86%, se debe a la incorporación a partir del mes de setiembre, de la planilla de los Cesantes del DL 20530 (según Ley 27719), gasto que en el 2001 pertenecía al rubro "otros", así como al ingreso de personal asistencial durante los tres primeros trimestres, la aprobación por parte del Gobierno Central del otorgamiento de la Bonificación Extraordinaria Excepcional (BEC), superior a la otorgada en el 2001; y finalmente, el incremento en los gastos diversos de gestión se debe a la subida de precios en la suscripción de contratos con las empresas de seguros generales (por el incremento de riesgos y/o siniestros a nivel internacional) y al incremento de los pagos por concepto de subsidios no otorgados en años anteriores (embalsados).

En el rubro de egresos de capital se ha realizado una menor ejecución con respecto al 2001, debido en parte a la aplicación de la Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, donde se establece como requisito previo para el inicio de la ejecución de alguna inversión, la aprobación de perfiles de inversión. Sin embargo, en relación con el equipamiento hospitalario y administrativo, se refleja una mayor ejecución en un 120% respecto al año 2001, debido a que en el 2002 se adquirieron en su mayor parte equipos de menor cuantía e instrumental quirúrgico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, los mismos que no requerían la aprobación previa de perfiles de inversión. Por su parte, en Equipamiento Informático la mayor ejecución reflejada en el 2002, se debió a la adquisición de equipos de comunicación comprometidos en el ejercicio 2001 y otros equipos menores.

COMPOSICIÓN DEL GASTO TOTAL - 2002



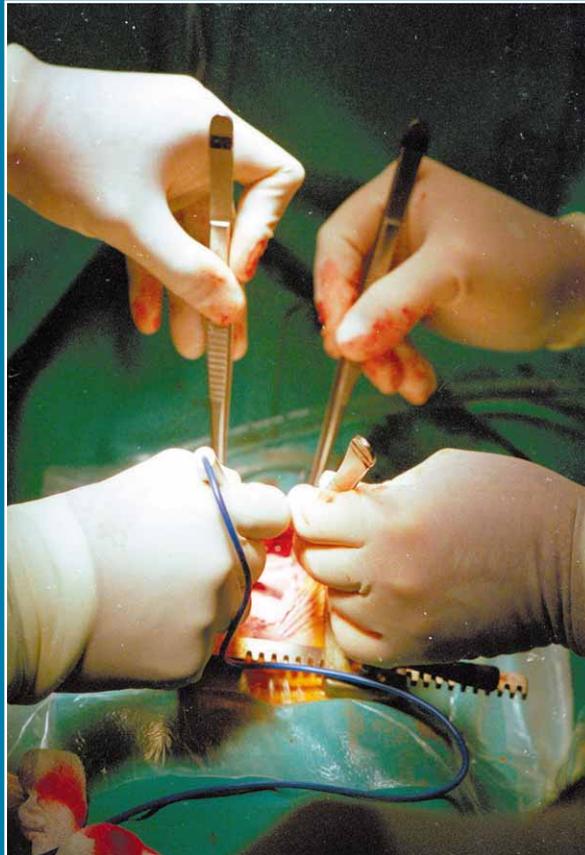
### Viabilidad Financiera

Al observar que el nivel de ingresos no ha sufrido variaciones significativas por el lado del crecimiento de la población regular (empleo formal) y, dado que por otro lado se han incrementado los gastos destinados al pago de la deuda pensionaria, esto ha originado que la Institución tenga que reducir los gastos destinados a los bienes de capital y continuar con el nivel del gasto ejecutado en años anteriores, en los cuales ya se habían adoptado algunas medidas restrictivas.

Por tanto, la capacidad de financiamiento para iniciar proyectos de inversión nuevos o reponer equipos por obsolescencia (alrededor de 50%) e incluso pagar en el tiempo la deuda pensionaria reconocida, se tornan inciertos. En todos los casos, se reduce el monto destinado y la calidad de las prestaciones.

CAPITULO III

Gestión Prestadora



### 3.1 Aspectos Generales

Conforme a lo señalado en su ley de creación, EsSalud es responsable de otorgar prestaciones de salud, económicas y sociales a sus asegurados. El otorgamiento de las prestaciones se realiza a través de sus 361 centros asistenciales, institutos especializados, unidades de atención al adulto mayor y centros de rehabilitación profesional existentes a nivel nacional.

Las prestaciones de salud otorgadas a los asegurados representan más del 90% de los egresos de operación de la institución y las económicas el 7%. Las prestaciones sociales tienen escasa significación en el gasto institucional, siendo gran parte de sus actividades autofinanciadas.

### 3.2 Prestaciones de Salud

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

La producción de servicios de salud se ha comportado en el año 2002 como sigue:

#### SERVICIOS AMBULATORIOS

##### Consulta Externa

En el conjunto de actividades que realiza el sistema de prestaciones de salud del seguro, las

#### Infraestructura Asistencial - Año 2002

Hospital Nacional	5
Hospital Nivel IV	3
Hospital de Nivel III	9
Hospital de Nivel II	22
Centro de Nivel I	287
Institutos Especializados	3
UBAAM	32
<b>Total</b>	<b>361</b>

(\*) Incluye hospitales I, centros médicos, policlínicos y postas.

más numerosas y por lo tanto, las que nos interrelacionan con el mayor número de asegurados son sin duda, las de consulta externa. En el año 2002, se produjo -en toda nuestra red asistencial- un total de 15 millones y medio de consultas para atender a más de 3 millones 600 mil asegurados y dependientes de ellos.

De otra parte, la consulta externa es la principal puerta de entrada de los asegurados al sistema de salud de la Institución, junto con los servicios de emergencia, que tienen alrededor de un 20% de la demanda, en relación a la primera.

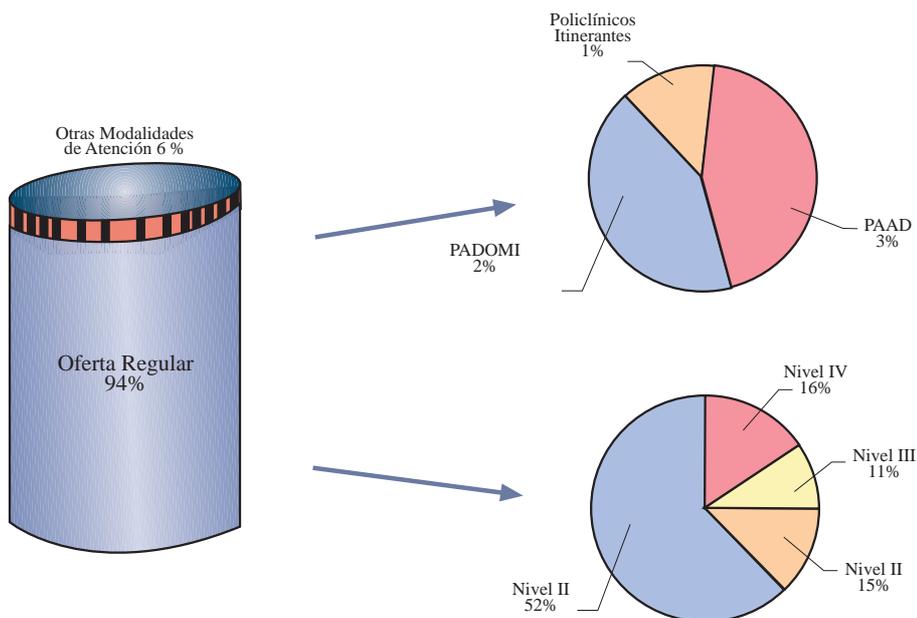
Asimismo, la mayoría de las patologías por las cuales acuden los asegurados a la consulta, son de capa simple, resolviéndose en esta área y, sólo una de cada cuarenta consultas dan lugar al internamiento del paciente en un hospital, sea por el compromiso de la salud del mismo, así como por la complejidad de la patología que lo obliga a demandar servicios de consulta y a requerir de estudios especializados para su diagnóstico más preciso o definitivo. De ahí también que la mortalidad sea un hecho extraordinario en la consulta externa.

**Estructura de las consultas en el 2002**

En cuanto a la estructura de las consultas en Es-Salud, podemos observar dos bloques de muy diferentes dimensiones:

1. El de la oferta regular, que se presta en los hospitales, clínicas, centros médicos y postas de la red asistencial en todo el país y que atiende al 94% de todas las consultas del sistema.

A su vez, este bloque se subdivide en cuatro bloques menores, correspondientes a los niveles de atención del sistema prestacional. El primer nivel absorbe el 52% de las consultas y el segundo el 15%, sumando entre ambos 2/3 partes de las consultas institucionales (67%), mayoritariamente por patologías de capa simple. Mientras que los niveles III y IV responden por el tercio restante, teniendo a su cargo las atenciones de capa compleja fundamentalmente, teniendo además un reciclaje mayor de pacientes que los niveles I y II, por lo que atienden proporcionalmente a un menor número de pacientes.



2. El bloque que constituyen las otras modalidades de atención que en conjunto produjo el 6% de las consultas: el PAAD (Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada), que contribuyó con el 3% del total de consultas, PADOMI

(Programa de Atención Domiciliaria) que produjo el 2% de las consultas, los Policlínicos Itinerantes y Medicina Complementaria, que absorbieron apenas el 1% y el 0.2% de las consultas del sistema, respectivamente.

### **Producción comparativa entre el 2000 y 2002 e indicadores de la Consulta Externa**

En relación a la producción comparativa en los últimos tres años en la consulta externa, ha habido un decrecimiento progresivo desde el año 2000, a razón de medio millón de consultas menos en cada año, habiéndose acumulado una merma de 6.57% en las atenciones entre el 2000 y el 2002 (4.10% entre el 2000 y 2001 y 2.47% entre el 2001 y el 2002).

Esta tendencia decreciente ha sido más marcada en las otras modalidades de atención que en la oferta regular. Así, entre el 2000 y 2002 hubo una disminución del 24% en las consultas de las otras modalidades de atención. Entre el 2000 y 2001 hubo un descenso del 21.16% de consultas y entre el 2001 y 2002 se produjo una disminución del 3.65% de las mismas.

### **En cuanto a los consultantes, en el 2002 hubo una disminución del 2.36% respecto al año previo.**

Esta puede atribuirse básicamente a la caída de la extensión de uso de los servicios de consulta externa por parte de los asegurados, que descendió de 49.5% a 47.7% entre el 2001 y el 2002.

Hay que tomar en cuenta que desde julio del año 2000 se facilitó el acceso de asegurados a la consulta (exponiendo a mayor riesgo moral al sistema), con el uso de la Declaración Jurada de Cobertura, provocando un incremento de consultas en un rango de 20% a 50% según el centro asistencial, medida que fue suspendida en octubre del 2001.

Por lo señalado, al suprimirse la Declaración Jurada de Cobertura se produce un descenso en la consulta, pues el rendimiento hora médico (promedio de consultas por hora médico ejecutada) y la concentración en consulta (promedio de veces que acude un asegurado a la consulta en el curso del año), no explican tal descenso, pues se mantuvieron casi invariables en ambos años: un rendimiento de 4.6 en el 2001 y 4.7 en el 2002 y, una concentración de 4.23 en el 2001 y 4.22 en el 2002.

## Producción e Indicadores 2000-2002

Producción	2000	2001	2002
Consultas Médicas	16,586,716	15,905,992	15,496,315
Oferta Fija	15,457,469	15,015,649	14,638,496
Flexible y Contratada	1,129,247	890,343	857,819
Consultantes	3,968,894	3,745,711	3,657,337
Indicadores	2000	2001	2002
Rendimiento Hora Médico	4.8	4.6	4.7
Concentración	4.10	4.23	4.22
Extensión de uso	53.7%	49.5%	47.7%

Lo mismo puede afirmarse respecto al descenso de la producción entre el 2000 y 2001, pues si bien hubo un incremento discreto de la concentración de 4.1 en el 2000 a 4.23 en el 2001, que explicaría una parte del descenso en las consultas y el rendimiento hora médico bajó de 4.8 en el 2000 a 4.6 en el 2001, que respondería por una proporción menor del descenso en la producción, la disminución en un 4.2% de la extensión de uso entre el 2000 y el 2001, tiene mayor influencia en el descenso global de la producción, debido al gran número de asegurados y sus dependientes que acuden a la consulta externa de la Institución.

### Servicios de Hospitalización

#### Producción e indicadores hospitalarios

Las áreas de internamiento de pacientes son las

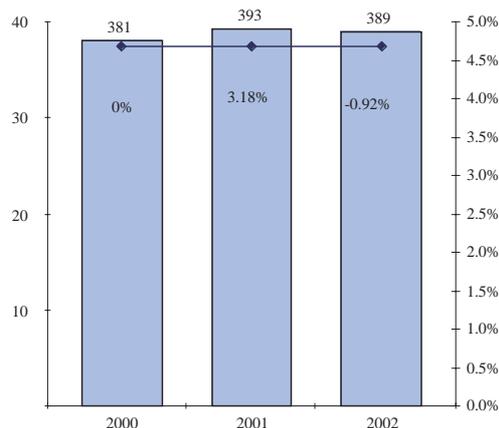
de mayor importancia en cada hospital, así como en todo el sistema de salud del seguro social, tanto por la gravedad de los pacientes que son hospitalizados, diagnosticados (utilizando recursos tecnológicos más sofisticados que en la consulta) y recuperados en ellas, como por los enormes recursos invertidos para su funcionamiento: entre un 50 a 60% de los gastos de un hospital, con un mayor porcentaje en función a la mayor complejidad de las patologías atendidas. Este aspecto habitualmente no es apreciado en su debida dimensión en una primera aproximación a los servicios de salud, pues la enorme cantidad de consultas (más de 15 millones en el año 2002, frente a casi 389 mil hospitalizaciones en el mismo año, es decir, una relación de 40 a 1) captan de primera intención, la atención del observador.

De otro lado, más del 60% de los pacientes que son hospitalizados son luego intervenidos qui-

rúrgicamente y, en los hospitales III, IV y nacionales (donde están instaladas el 70% de las camas hospitalarias), entre un 5 y 10% de los pacientes internados, ingresan en algún momento de su permanencia a las áreas de cuidados críticos del hospital (Unidades de Cuidados Intensivos y de Cuidados Intermedios), ambas áreas de muy alto costo.

La producción de los servicios de hospitalización de EsSalud está medida por los egresos hospitalarios (la suma de las altas hospitalarias por indicación médica más las defunciones hospitalarias), que se ha mantenido prácticamente estable durante los años 2000 al 2002, mostrando muy discretas variaciones. Así, en el año 2001 tuvo un incremento de 3.18% respecto al año previo y en el 2002 disminuyó en menos de 1% (exactamente 0.92%) respecto al 2001.

Egresos Hospitalarios 2000 - 2002  
(En miles)



### Principales Indicadores de los Servicios de Hospitalización

Indicadores hospitalarios / Años	2000	2001	2002
Egresos Hospitalarios	380,500	392,589	388,972
Variación	-	3.18%	-0.92%
Promedio de días estancia	5.48	5.63	5.69
Pacientes día	2,096,313	2,102,366	2,110,243
Camas	6,554	6,616	6,676
Rendimiento cama anual	58.1	59.3	58.3
Porcentaje de ocupación	86.6%	85.9%	85.5%
Intervalo de Sustitución	0.854	0.879	0.917

Estas variaciones en la producción se explican en función a la interacción de diferentes variables como:

1. Los recursos disponibles, principalmente el recurso cama hospitalaria.
2. El tipo de pacientes que se internan.
3. Los procesos de trabajo internos.
4. El promedio de días que los pacientes permanecieron hospitalizados en el año correspondiente (promedio de días estancia o promedio de permanencia).
5. El número de pacientes que en promedio ocuparon cada cama disponible en el año respectivo (rendimiento cama anual, conocido también como rotación o giro de cama).
6. El porcentaje de camas que estuvieron ocupadas por pacientes a lo largo del año (porcentaje de ocupación o grado de uso de la cama).
7. El promedio de días que transcurrieron entre el momento en que un paciente fue dado de alta y el del ingreso de un nuevo paciente, en el curso de cada año.

De este modo, observamos que si bien hubo un incremento de 60 camas disponibles en el 2002 en relación al 2001 (y en el 2001 hubo un incremento de 62 camas respecto al año previo), también aumentó el promedio de días de permanen-

cia de los pacientes (de 5.63 a 5.69 días) y el intervalo de sustitución (de 0.879 a 0.917 días).

Consecuentemente, el rendimiento cama anual disminuyó de 59.3 egresos/cama a 58.3 y el porcentaje de camas ocupadas disminuyó de 85.9% a 85.5%.

En pocas palabras, el incremento de la estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización sumado al tiempo en que estuvieron desocupadas las camas entre el egreso de un paciente y el ingreso del siguiente, llevaron a que hubiera un menor porcentaje de camas ocupadas y a una disminución del rendimiento de las camas hospitalarias del sistema de salud.

### **Intervenciones Quirúrgicas**

Las intervenciones quirúrgicas, vistas en forma global, mostraron un incremento del 3.4% en el año 2002 respecto al año previo.

Sin embargo, si se analizan según el tipo de cirugías practicadas, observamos que las variaciones son más dramáticas: las cirugías mayores se incrementaron en un 11.6% en el 2002 respecto al 2001, mientras que las cirugías menores tuvieron una disminución del 15.4%. De otra parte, mientras en el 2002 las cirugías mayores fueron el 75% del total, en el 2001 significaron sólo el 70%. En consecuencia, las cirugías menores disminuyeron del 30% en el 2001 al 25% en el 2002.

## Producción Total de Cirugías 2001-2002

Tipo de Cirugía	2001	%	2002	%	Variación
Total	240,898	100.00%	248,980	100.00%	3.4%
Cirugía Mayor	167,430	69.5%	186,836	75.0%	11.6%
Cirugía Menor	73,468	30.5%	62,144	25.0%	-15.4%

Fuente: Estadísticas Institucionales 2001-2002  
Elaboración: Oficina de Planeamiento Estratégico - OCPD

Según los niveles de complejidad, los incrementos entre las cirugías mayores de alta, mediana y baja complejidad fueron casi parejos (13.7%, 14.9% y 10%, respectivamente), mientras que las menores disminuyeron casi exclusivamente a expensas de las de alto requerimiento (con -16.9% de descenso en su producción).

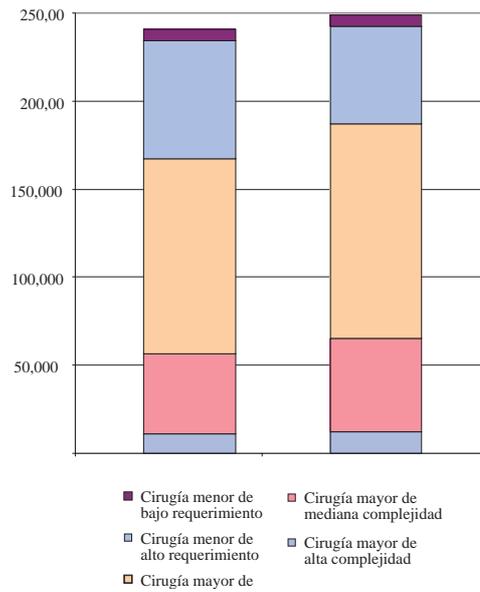
## Producción Total de Cirugías 2001-2002

Niveles de Complejidad	2001	%	2002	%	Variación
Total	240,898	100.00%	248,980	100.00%	3.4%
Cirugía Mayor de Alta Complejidad	10,830	4.50%	12,319	4.95%	13.7%
Cirugía Mayor de Mediana Complejidad	45,913	19.06%	52,760	21.19%	14.9%
Cirugía Mayor de Baja Complejidad	110,687	45.95%	121,757	48.90%	10.0%
Cirugía Menor de Alto Requerimiento	66,969	27.80%	55,593	22.33%	-16.9%
Cirugía Menor de Bajo Requerimiento	6,499	2.70%	6,551	2.63%	0.1%

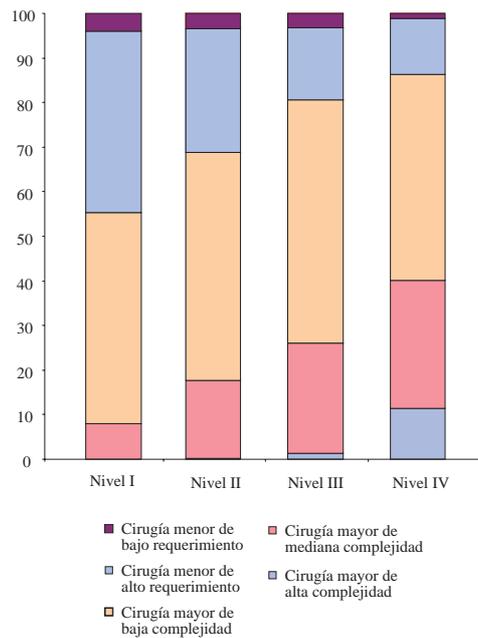
Fuente: Estadísticas Institucionales 2001-2002  
Elaboración: Oficina de Planeamiento Estratégico - OCPD

En cuanto a su estructura según niveles de complejidad en cada año, las cirugías mayores de baja complejidad continuaron siendo las de mayor magnitud (48.9% del total en el 2002 y 45.95% en el 2001), seguidas en ambos años, por las de cirugía menor de alto requerimiento (22.3% en el 2002 y 27.8% en el 2001) y las cirugías mayores de mediana complejidad (21.19% y 19.06% en el 2002 y 2001, respectivamente).

Intervenciones Quirúrgicas 2001-2002 según Nivel de Complejidad



Intervenciones Quirúrgicas según tipo y nivel de atención - Año 2002



### Atenciones de Emergencia

En el año 2002 se produjeron 3'113,293 atenciones de emergencia, lo cual significó una disminución en la producción de 1.7% respecto al 2001.

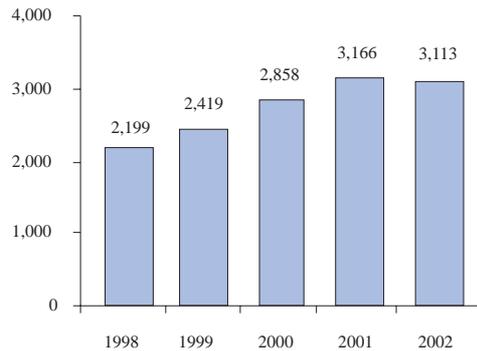
Por otro lado, como mencionamos en nuestro comentario a los servicios de consulta externa, la emergencia es la segunda puerta de entrada de los pacientes a los servicios hospitalarios, centro quirúrgico y unidades de cuidados críticos.

En términos generales, las atenciones de emergencia no deberían sobrepasar el 10% de atenciones de la consulta externa. En el 2002 tales atenciones representaron el 20.1% de la consulta externa, es decir el doble de lo aceptable según las normas institucionales.

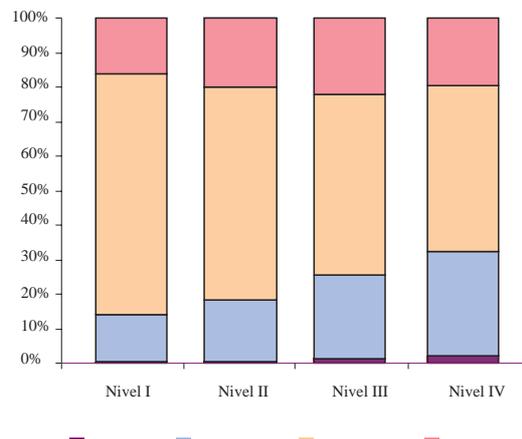
Un hecho a destacar en estas atenciones, es que las del Nivel I responden por el 40.44% del total y las del Nivel II por un 18.54% adicional.

De otra parte, en cuanto a prioridades de atención en emergencia, las prioridades III y IV acumulan el 78.73% del total, correspondiendo 60.05% a la prioridad III y 18.68% a la IV.

Producción de Atenciones de Emergencia



Atenciones de Emergencia según prioridades



### 3.3 Prestaciones Sociales

Las prestaciones sociales ofrecidas por EsSalud consisten en un conjunto de actividades dirigidas al adulto mayor y a las personas con discapacidad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida a través de la integración social, el desarrollo de actividades socio culturales, recreativas y productivas, capacitación y generación de puestos de trabajo.

Estas prestaciones se otorgan a través de la red de Centros de Rehabilitación Profesional (CERP), Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP) y Unidades Básicas de Rehabilitación Profesional (UBRP), Centros del Adulto Mayor (CAM) y Unidades Básicas de Atención al Adulto Mayor (UBAAM).

#### **Prestaciones dirigidas al Adulto Mayor**

En el Perú, la concepción de la atención integral de salud se expresa en las políticas y estrategias que rigen el Plan Nacional para las personas adultas mayores, promulgado por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social en el mes de julio.

EsSalud continúa liderando el programa para adultos mayores a través de la labor de los Centros del Adulto Mayor en todo el país, producto por el cual obtuvo el Premio a la Creatividad Empresarial 2002 en la categoría de Gestión Pública, en reconocimiento a este liderazgo, otorgado por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, el diario El Comercio, Radio Progra-

mas del Perú y Canal N por "ofrecer un conjunto de actividades sociales, culturales y deportivas que mejoran la calidad de vida del adulto mayor y reducen los gastos en atención médica".

Al finalizar el año se logró una cobertura total de 132,895 adultos mayores que representa un incremento del 8% con respecto a la situación del año 2001. Actualmente se cuenta con un total de 107 Centros del Adulto Mayor distribuidos en todos los departamentos del país, 32 Unidades Básicas del Adulto Mayor y 173 Círculos del Adulto Mayor.

A pesar de las limitaciones de recursos, se han realizado actividades de bienestar y promoción social que han contado con una masiva participación. No obstante, se ha visto reducida con respecto al año 2001.

#### **Prestaciones de Rehabilitación Profesional**

Se calcula que en el Perú existen 2.5 millones de personas con alguna discapacidad según cálculos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud. Es decir, según estos estimados el 10% de la población peruana presenta alguna discapacidad.

De ellos un importante grupo lo constituyen las personas con deficiencias físicas y en edad productiva. Ante la problemática de discriminación y marginación que sufren las personas con dis-

capacidad, se crearon los Centros de Rehabilitación Profesional (CERP), Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP) y Unidades Básicas de Rehabilitación Profesional (UBRP) que impulsan programas para la plena integración de estas personas y la formación del personal idóneo y comprometido con el proceso de desarrollo de la rehabilitación profesional.

El Cuadro siguiente muestra el número de participantes en las actividades realizadas por estos centros.

Participantes en las Actividades de Rehabilitación Profesional

Unidades Operativas	Número de Participantes		Variación %
	2001	2002	
Centros especializados de Rehabilitación Profesional	1,955	2,160	10%
Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional	166	206	24%
Ayudas Biomecánicas	223	201	-10%
Programas Complementarios	8,177	1,649	-80%

Fuente: Gerencia de Prestaciones Sociales – Gerencia Central de Salud  
Elaboración: Gerencia de Estudios Económicos y Estadística - OCPL

### 3.1 Prestaciones Económicas

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

Las prestaciones económicas emitidas durante el año 2002, ascendieron a más de 232.2 millones

de nuevos soles, lo que significó un incremento del 19% con respecto al 2001.

En el año 2002 se subsidiaron 3'524,260 días (enfermedad y maternidad) y se tramitaron 105,140 expedientes de lactancia y sepelio. Los riesgos de Enfermedad otorgaron el 39.8% de los días subsidiados y los de maternidad un total de 60.2%.

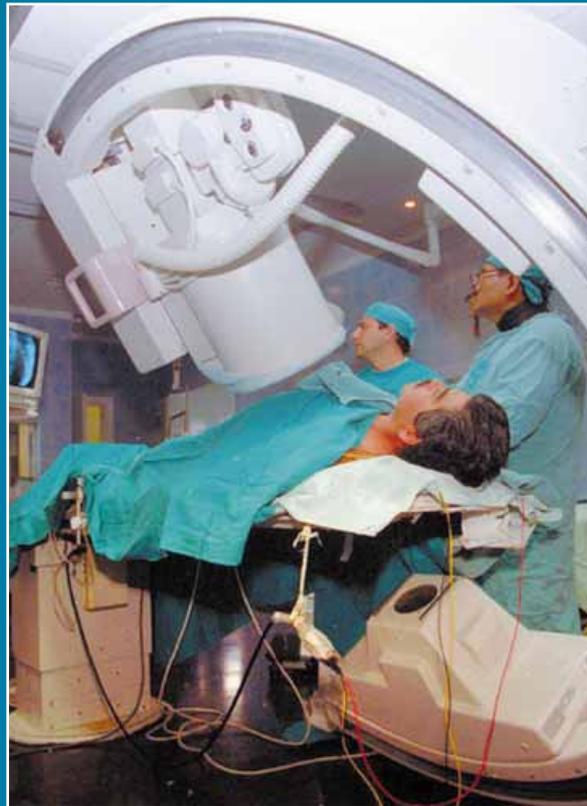
Prestaciones Económicas Emitidas (Pago directo y Reembolso)  
Ley 26790 y D. Leg. N°885  
Año 2002

Descripción	N° Expedientes	N° días subsidiados	Monto (Nuevos Soles)
Enfermedad / Accidentes	51,704	1,402,474	52,245,186
Maternidad	29,568	2,121,786	75,779,089
Lactancia (Titular)	34,106		25,889,993
Lactancia (Conyuge)	54,059		44,332,800
Sepelio	16,975		33,981,563
<b>Total</b>	<b>186,412</b>	<b>3,524,260</b>	<b>232,228,631</b>

Fuente: Sub Gerencia de Prestaciones Económicas – Gerencia Central de Seguros  
Elaboración : Oficina Central de Planificación

CAPITULO IV

**Soporte a la Gestión**



## Soporte a la Gestión

### 4.1 Aspectos Generales

En esta sección se contempla el resultado de la gestión de los recursos humanos y físicos que brindan soporte a los fines de la Institución como aseguramiento y prestación de servicios. El gasto anual en recursos humanos representa aproximadamente el 45% del presupuesto de operación de EsSalud, mientras que el gasto en inversiones y adquisiciones totalizaron el 17% de los egresos de operación de este año.

### 4.2 Recursos Humanos

El Seguro Social de Salud es una institución integrada por más de 37 mil trabajadores de los cuales el 80% desempeñan funciones asistenciales que constituyen la base del rol prestador de servicios a la población asegurada.

Anualmente, la Institución invierte aproximadamente el 50.7% de sus ingresos provenientes de las contribuciones y/o aportes de los asegurados, en mantener la actual estructura de gastos de personal. Durante los últimos cinco años se han hecho esfuerzos para reducir el número de personal administrativo; durante ese periodo, el crecimiento de personal asistencial ha sido constante con dos importantes incrementos: en el año 2000 en que creció en 9% como resultado de la apertura de nuevos centros asistenciales y en el 2002 donde se dio un incremento del 10%, el

cual obedeció a la aplicación de normas sobre reducción de jornada laboral de los trabajadores de salud.

Como resultado de esto, el gasto en recursos humanos se elevó en un 11% con respecto a la ejecución del año 2001. Considerando su relevancia en la estructura de gastos institucional, este incremento supone una situación delicada para EsSalud, que se agrava con la existencia de otros proyectos de ley que afectan las características del trabajo del personal de salud.

De otro lado, la composición del personal administrativo revela un alto componente de funcionarios a nivel institucional, que requiere una revisión y racionalización cuidadosa. En este año se realizó un estudio de la organización

institucional que culminó en una primera fase, con la racionalización de 40 cargos de funcionarios de la Sede Central.

### Número de Trabajadores Asistenciales y Administrativos

1998-2002

Personal	1998	1999	2000	2001	2002
Total	30,400	31,613	34,466	34,158	36,686
Asistencial	20,483	21,921	26,400	26,507	29,199
Administrativo	9,917	9,692	8,066	7,651	7,487
Ratio: personal asis-tencial/administrativo	2.07	2.26	3.27	3.46	3.9
Ratio: Número de Medicos por cada Mil asegurados	0.77	0.84	0.97	0.95	1.02
Ratio: Número de Enfermeras por cada Mil asegurados	0.77	0.81	0.86	0.84	1.04

Fuente: Gerencia Central de Recursos Humanos  
Elaboración: Oficina Central de Planificación

## 4.3 Recursos Físicos

### Inversiones

#### Proyectos de Inversión

La ejecución de proyectos de inversión en el año 2002 ascendió a 8.8 millones de nuevos soles de los cuales el 69 % correspondió a gastos relacionados con los trabajos de reparación del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de Arequipa, que fuera dañado por el sismo del sur. Además se realizaron avances en

el equipamiento de los hospitales Casagrande, La Libertad y el hospital Naylamp de Lambayeque. Los proyectos también incluyen la remodelación de centros hospitalarios como los hospitales Huaraz de Ancash, Cajamarca y Huancavelica.

Del Proyecto Hospital I Casa Grande, la ejecución reflejada el 2002 se refiere en su mayoría a la adjudicación de los equipos administrativos, complementarios y clínicos.

## Proyectos de Inversión 2002

Descripción	Presupuesto Anual	Ejecución A diciembre 2002	Avance Anual %
Proyectos de Inversión	11,939,957	8,872,342	74
Reparación daños y reformas estructurales H.NA. Según	6,665,946	6,109,400	92
Construcción Hospital I Casagrande	1,952,545	1,460,214	75
Remodelación y ampliación Hospital A. Sabogal	1,240,475	550,997	44
Pabellón gineco obstétrico Hospital Huaraz	392,423	151,784	39
Ampliación Hospital Naylamp	117,443	-	-
Adecuación Colegio 1ro de Mayo - 1° Etapa	74,858	-	-
Ampliación y remodelación Hospital II Cajamarca	61,603	24,641	40
Ampliación , reubicación, Hemodiálisis Hospital II Jorge Reátegui	55,000	38,500	70
Desarrollo integral Hospital II Huancavelica	49,493	34,645	70
Construcción, remodelación y/o ampliaciones varios 1/.	1,330,171	502,161	38

## Equipamiento Hospitalario y Administrativo

En el año 2002 las inversiones en equipamiento ascendieron a 17 millones de nuevos soles concentrándose en equipamiento adquirido por las dependencias departamentales, para la operatividad así como instrumental quirúrgico del

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. El presupuesto ejecutado en este año fue superior en aproximadamente 10 millones al del ejecutado en el año anterior, en que se suspendieron licitaciones para la adquisición de equipamiento.

## Inversiones en Equipamiento Hospitalario y Administrativo - 2002

Descripción	Presupuesto Anual	Ejecución	Avance Anual %
Equipamiento Hospitalario y Administrativo	17,949,378	17,095,454	95
Equipos de Menor Cuantía	16,678,169	16,206,098	97
Instrumental Quirúrgico HNGAI	741,063	741,063	100
Reposición de Equipos Sinistrados y Otros	530,146	148,293	28

## Equipamiento Informático

Las inversiones en equipos informáticos han sido limitadas en el año 2002, a aquellos equipos indispensables para el soporte a la gestión hospitalaria. Igualmente, se registró una mayor ejecución que en el año 2001 ya que en ese año se suspendieron adquisiciones de equipamiento que incluyeron a equipos informáticos.

### Inversiones en Equipamiento Informático - 2002

Descripción	Presupuesto Anual	Ejecución	Avance Anual %
Equipamiento Informático	3,757,797	2,297,956	61
Equipos PAD	1,661,000	531,719	32
Equipos de Comunicaciones	189,028	57,726	31
Otros Bienes de Capital Informático 1/	243,039	43,783	18
Equipos de Comunicaciones - Compromisos 2001	1,664,730	1,664,728	100

1/ Este monto se refiere al presupuesto para compras de discos Back-up, Feedback, gaveteros, entre otros.  
Fuente: Gerencia Central de Finanzas  
Elaboración: Oficina Central de Planificación

## Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones

En el presente año se convocaron 723 procesos de selección por un monto referencial equivalente a S/. 769.5 millones y US\$ 6.8 millones de los cuales se adjudicaron 628 por un monto de S/. 480.4 millones y US \$ 3.99 millones. El bajo porcentaje de procesos se debe al marco de austeridad que caracterizó el año 2002, conjuntamente con el trámite de aprobación de las inversiones a través del Sistema Nacional de Inversión Pública que afectó en el nivel de avance de los procesos convocados.

Aproximadamente el 82% del monto indicado representa las compras centralizadas en la modalidad de Licitación Pública, ejecutada por la Gerencia Central de Logística e Infraestructura.

#### Licitaciones y Concursos Públicos adjudicados en el año 2002

Tipo de proceso	Cantidad Nuevos soles	Monto Nuevos soles
Licitación Pública	16	294,182,531
Concurso Público	19	85,670,250
Adjudicación Directa Pública	165	51,907,326
Adjudicación Directa Selectiva	428	48,678,014
Total	628	480,438,120

Fuente : Gerencia Central de Logística e Infraestructura  
Elaboración: Gerencia Central de Logística e Infraestructura

La logística de adquisición de insumos estratégicos es centralizada para generar economías de escala. De los montos adjudicados el 80% corresponde a las labores realizadas por el área de logística centralizada y el 20% restante a la gestión de las unidades descentralizadas de compra en los Organos Desconcentrados.

Las adquisiciones en bienes estratégicos (medicinas, material médico, de laboratorio y radiológico) representaron el 70% de las adquisiciones adjudicadas en el 2002. El 4.2% correspondió al resto de bienes y el 24.5 a servicios que incluyen servicio de alimentación, limpieza, mantenimiento de bienes y equipos, entre otros).

Montos adjudicados del Plan Anual de Adquisiciones  
y Contrataciones por Rubros - 2002

Tipo de proceso	Nuevos soles	% del total
Bienes Estratégicos	333,864,866	69.5%
Medicinas	223,387,684	46.5
Material Médico	89,012,869	18.5
Material de Laboratorio	14,095,060	2.9
Material radiológico	7,369,253	1.5
Bienes	20,185,203	4.2%
Servicios	117,602,689	24.5%
Obras	7,988,173	1.7%
Equipos ligados y no ligados a proyectos	597,642	0.1%
Total	480,238,573	100.0%

Fuente : Gerencia Central de Logística e Infraestructura  
Elaboración: Gerencia Central de Logística e Infraestructura

## CAPITULO V

# Evaluación de la Gestión



## Evaluación de la Gestión

Para evaluar la gestión institucional se han empleado un conjunto de indicadores relacionados con los objetivos estratégicos trazados por la Institución, los que se presentan y comentan a continuación.

### **Mejorar la calidad de los servicios**

El control de las infecciones intrahospitalarias constituye un elemento importante en la mejora de la calidad de atención a los usuarios de los servicios de hospitalización y tiene un importante impacto económico, ya que reduce costos por estancias prolongadas y gastos asociados al tratamiento. En el año 2002 se logró la reducción de la tasa de prevalencia puntual de infecciones intrahospitalarias en los hospitales nacionales que manejan aproximadamente el 40% del presupuesto hospitalario.

Los indicadores relacionados con la mortalidad materna e infantil los cuales traducen prioridades de la política de estado relacionadas a la salud materna y al producto del embarazo, registran mejoras con respecto al año anterior. La mortalidad materna es un indicador reconocido de calidad en la atención en salud y el promedio institucional se ha reducido en un 4% con respecto al 2001, encontrándose en 35 por cien mil nacidos vivos. La mortalidad infantil, medida como tasa de mortalidad perinatal específica por peso, se encuentra en 10.3 habiéndose reducido en 15 % con respecto al año anterior.

### **Garantizar la cobertura de la Seguridad Social**

La cobertura de aseguramiento de la población se ha mantenido constante en los últimos años, encontrándose en 26.5%. La cobertura de aseguramiento con respecto a la PEA se encuentra alrededor de 18.3% y la extensión de uso que representa el porcentaje de la población que hace uso de los recursos, se encuentra en 47.7%, lo que significa que existe un uso en exceso de los servicios, pues el porcentaje promedio de población que se enferma (y por ende debería acudir a los servicios), se encuentra alrededor del 30%.

### **Optimizar la gestión institucional**

El ratio de trabajadores asistenciales sobre los administrativos, ha crecido de 3.46 a 3.9. Este indicador muestra el esfuerzo institucional por ofrecer a la población asegurada mayores posibilidades de acceso a los servicios de salud, el que ha venido mejorando en los últimos años.

Con el fin de mejorar el uso eficiente de los recursos y permitir mayor acceso a los asegurados con patologías de mayor complejidad a los hospitales nacionales, se reorientaron las intervenciones quirúrgicas menores realizadas en los hospitales nacionales, para que se resuelvan en los centros asistenciales de menor complejidad. En el 2002, se redujo la tasa de cirugías menores

realizadas en los centros de alto nivel a 13.4% del total de cirugías.

### **Mejorar los niveles de satisfacción de nuestros asegurados**

La medición de la satisfacción del usuario a través de encuestas permite disponer de algunos elementos para evaluar su conformidad con los servicios recibidos. Durante el año 2002 se realizaron encuestas de satisfacción de usuarios en 30 centros asistenciales de la Red funcional Grau – Angamos – Sabogal en el departamento

de Lima, obteniéndose resultados aceptables para los servicios de hospitalización e identificándose las mayores carencias en los servicios de emergencia y consulta externa.

Por otro lado, la Defensoría del Asegurado inició la implementación del sistema de atención de quejas de los usuarios. En el presente año ha registrado 1,253 casos de quejas y reclamos del ámbito nacional, alcanzando en un 80% su solución inmediata, en tanto que el 20% restante se encuentra en proceso de investigación para su solución definitiva.



### Caipo y Asociados

Av. Javier Prado Oeste 203  
San Isidro, Lima-Perú

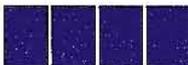
Apartado 14-003  
Lima 14, Perú

Teléfono: 51(1) 611-3000  
Fax: 51(1) 421-6943  
Web: www.pe.kpmg.com

## DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

Al Consejo Directivo del  
Seguro Social de Salud - EsSALUD:

1. Hemos auditado el balance general combinado adjunto del Seguro Social de Salud - EsSALUD (en adelante la Institución) al 31 de diciembre de 2002, y los correspondientes estados combinados de ganancias y pérdidas, de cambios en el patrimonio y de flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha. La preparación de dichos estados financieros combinados es responsabilidad de la gerencia de la Institución. Los estados financieros combinados por el año terminado el 31 de diciembre de 2001 fueron auditados por otros auditores independientes quienes en su dictamen de fecha 28 de febrero de 2002, emitieron una opinión con salvedad debido a que los valores en libros del rubro inmuebles, maquinaria y equipo no corresponden a valores actuales de mercado e incluyeron además, cuatro párrafos explicativos: el primer párrafo relacionado con los montos a transferir a la Oficina de Normalización Previsional - ONP por los regímenes pensionarios de los Decretos Leyes N°s 20530 y 18846; el segundo párrafo con la ampliación de funciones de SUNAT al facultársele ejercer la administración de las aportaciones de la Institución, de acuerdo con la Ley N° 27334; el tercer párrafo con la sentencia del Tribunal Constitucional referida al proceso seguido por la Asociación Nacional de ex - Servidores del IPSS (ASEIPSS) contra la Institución y ONP, la cual dispone el pago de pensiones de cesantía nivelables; y el cuarto párrafo con la Ley N° 27617 del 1 de enero de 2002, la cual establece ciertas modificaciones al Decreto Ley N° 20530 en cuanto a los montos de determinadas pensiones que establecen topes que limitan las sumas que percibirán parte de los pensionistas.
2. Excepto por los asuntos descritos en el párrafo 3 siguiente, nuestra auditoría fue realizada de acuerdo con normas de auditoría generalmente aceptadas en Perú. Estas normas requieren que planifiquemos y realicemos la auditoría para obtener una seguridad razonable acerca de si los estados financieros están libres de errores significativos. Una auditoría incluye examinar, sobre una base selectiva, la evidencia que respalda los montos y las revelaciones en los estados financieros. Una auditoría incluye evaluar tanto los principios de contabilidad utilizados y las estimaciones significativas hechas por la gerencia, como la presentación en conjunto de los estados financieros. Consideramos que nuestra auditoría constituye una base razonable para nuestra opinión.
3. Nuestra auditoría sobre los estados financieros combinados al 31 de diciembre de 2002 tuvo las limitaciones siguientes:
  - a. No hemos observado el inventario físico de existencias al 31 de diciembre de 2002 debido a que fuimos contratados por la Institución con posterioridad a dicha fecha, no habiendo sido posible satisfacernos del inventario por medio de otros procedimientos de auditoría. En consecuencia, no hemos podido satisfacernos de la razonabilidad del saldo de la cuenta existencias al 31 de diciembre de 2002 por S/. 154.9 millones, así como evaluar el efecto de los posibles ajustes no registrados en los resultados de dicho año.
  - b. No fue posible validar el saldo de aportaciones diferidas - SUNAT por S/. 755.7 millones, presentado en aportaciones por cobrar - largo plazo y su contrapartida en ingresos diferidos, debido a que las confirmaciones de saldos enviadas a contribuyentes identificaron diferencias que no pudieron ser conciliadas. Los registros contables de la Institución no permiten la aplicación de otros procedimientos de auditoría para comprobar la existencia y exactitud de dichas aportaciones.



Firma Miembro de KPMG International,  
una asociación Suiza no operativa.

Caipo y Asociados Sociedad Civil. Inscrita en la partida  
N° 01681796 del Registro de Personas Jurídicas de Lima.

- c. El valor en libros de inmuebles, maquinaria y equipo al 31 de diciembre de 2002 de S/. 1,667.8 millones no se encuentra respaldado con información reciente sobre los valores de mercado. La Institución sólo cuenta con las tasaciones efectuadas por CONATA a diciembre de 1994. Al respecto, en el año 2002 la gerencia de la Institución convocó a licitación pública para la contratación de un servicio de tasación comercial de inmuebles a nivel nacional, la cual fue declarada desierta hasta en dos oportunidades. A la fecha de este informe, se ha iniciado un proceso de Adjudicación Directa Selectiva, de conformidad con la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado.

No hemos podido determinar el efecto de los asuntos mencionados en los párrafos del 3a. al 3c. anteriores, sobre la situación financiera de la Institución al 31 de diciembre de 2002, en los resultados de sus operaciones y en sus flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha.

4. En nuestra opinión, excepto por el efecto de los ajustes sobre los estados financieros combinados que pudieran haberse requerido, de haber sido posible satisfacer respecto del monto de los activos y pasivos descritos en el párrafo 3 anterior, los estados financieros combinados antes mencionados presentan razonablemente, en todos sus aspectos significativos, la situación financiera de Seguro Social de Salud - EsSalud al 31 de diciembre de 2002, los resultados de sus operaciones y sus flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha, de conformidad con principios de contabilidad generalmente aceptados en Perú y disposiciones legales vigentes (nota 2).
5. Como se indica en las notas 2(n) y 16 a los estados financieros combinados, hasta el 31 de diciembre de 2001 la Institución mantenía en cuentas de orden el importe de las obligaciones previsionales correspondientes al régimen pensionario del Decreto Ley N° 20530, determinados con base en el correspondiente cálculo actuarial.

Al preparar los estados financieros al 31 de diciembre de 2002, la Institución decidió acogerse al Decreto Supremo N° 043-2003-EF publicado el 28 de marzo de 2003 (nota 28(c)) que indica que las entidades del Estado que cuenten con pensionistas y trabajadores del régimen pensionario del Decreto Ley N° 20530, cuyo financiamiento sea atendido con recursos que no provienen del Tesoro Público, se registrarán por la Resolución de Contaduría N° 159-2003-EF/93.01 publicada el 12 de marzo de 2003, la cual aprobó el Instructivo N° 20-2003-EF/93.01, que establece el procedimiento contable para el registro y control de las reservas pensionarias, reservas no pensionarias y reservas para contingencias. Asimismo, dicho instructivo establece que las entidades del Estado comprendidas en la citada norma legal registrarán en cuentas de orden el resultado de los cálculos actuariales para las reservas pensionarias, no pensionarias y reservas para contingencias, indicando además que las obligaciones previsionales correspondientes registradas en cuentas de orden, se reconocerán como gasto en ejercicios sucesivos, repartiéndolas linealmente (alícuotas) sobre la base del período medio y período de servicio activo, determinados en el cálculo actuarial para las reservas pensionarias y no pensionarias, respectivamente; y, en el caso de las reservas para contingencia, se reconocerán como gasto en razón de su ocurrencia a partir del momento en que la Institución se convierta en parte obligada por mandato legal.

Acogerse al Decreto Supremo N° 043-2003-EF, representa un cambio de práctica contable para la Institución, al pasar de registrar en cuentas de orden el total de su obligación previsional a registrar en el balance general, con cargo a los resultados de cada año, únicamente el equivalente a las alícuotas anuales para el caso de pensionistas (19 años) y personal activo (15 años) hasta que la provisión para pensiones de jubilación quede registrada en su totalidad, manteniendo el saldo no provisionado en cuentas de orden. Lo anterior significó que en los estados financieros al 31 de diciembre de 2002 se registre una provisión de S/. 256.5 millones, originando un cargo a los resultados del año, y manteniéndose en cuentas de orden un importe de S/. 2,894.9 millones (nota 21).

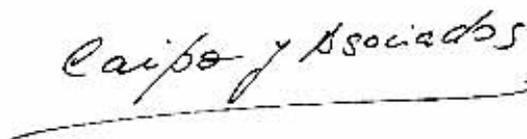
- 48
6. El saldo inicial por transferir a la Oficina de Normalización Previsional - ONP, en relación con el régimen pensionario del Decreto Ley N° 18846 fue aprobado en S/. 607.1 millones, cifras históricas, por el Decreto de Urgencia N° 067-98 y se registró en cuentas de orden al 31 de diciembre de 1998. A partir de esa fecha, parte de dicho saldo ha sido debitado en los resultados conforme a las transferencias efectuadas a la ONP, de acuerdo con el referido Decreto de Urgencia. Al 31 de diciembre de 2002, según los registros de la Institución, el saldo pendiente por transferir asciende a S/. 520.3 millones (nota 21).
  7. Como se menciona en la nota 25 a los estados financieros combinados, la Institución conjuntamente con la Oficina de Normalización Previsional - ONP, mantiene tres procesos judiciales sobre Acción de Cumplimiento interpuestos por la Asociación Nacional de ex-Servidores del IPSS (ASEIPSS) con relación al pago de las pensiones de cesantía nivelables. Dichos procesos se tramitan ante diversas instancias del Poder Judicial. A la fecha, el resultado final de dichos procesos no puede ser determinado y los estados financieros combinados al 31 de diciembre de 2002 no incluyen provisión alguna en relación a cualquier obligación que pudiera resultar de los mismos.
  8. El Decreto Supremo N° 043-2003-EF del 28 de marzo de 2003 establece que la constitución del fondo para financiar las obligaciones previsionales del régimen pensionario del Decreto Ley N° 20530 se efectuará con cargo a recursos propios de cada entidad, en un plazo máximo que no exceda el establecido para el registro de la respectiva provisión, que es de 19 años para el caso de la Institución.

En el ejercicio 2002, el estado de ganancias y pérdidas muestra un déficit neto por S/. 279.1 millones, y el estado de flujos de efectivo muestra un flujo de efectivo negativo por actividades de operación por S/. 57.4 millones. En este sentido, la Institución deberá implementar las medidas y estrategias orientadas a lograr que las operaciones futuras generen superávit y flujos de efectivo positivos por actividades de operación, que permitan disponer de la liquidez suficiente para atender las actividades de inversión y de financiamiento, así como la formación progresiva del fondo para pagar sus obligaciones previsionales.

Abril 25, 2003

Refrendado por:

  
 Víctor Ovalle Raá (Socio)  
 Contador Público Colegiado  
 Matrícula N° 13397



## SEGURO SOCIAL DE SALUD - ES SALUD

## Balances Generales Combinados

31 de diciembre de 2002 y 2001

(Expresados en miles de nuevos soles constantes al 31 de diciembre de 2002)

Activo	Pasivo y Patrimonio	
	2002	2001
<b>Activo corriente:</b>		
Caja y bancos (nota 4)	908,068	1,108,881
Valores negociables (nota 5)	217,351	113,072
Aportaciones por cobrar, neto (nota 6)	393,633	289,141
Otras cuentas por cobrar, neto (nota 7)	30,466	66,864
Existencias, neto (nota 8)	154,952	126,517
Gastos pagados por anticipado (nota 9)	6,249	11,327
<b>Total activo corriente</b>	<b>1,710,719</b>	<b>1,715,802</b>
Aportaciones por cobrar - largo plazo, neto (nota 10)	1,651,599	851,796
Inversiones permanentes, neto (nota 11)	139,296	126,638
Inmuebles, maquinaria y equipo, neto (nota 12)	1,667,807	1,765,208
Activos intangibles, neto (nota 13)	11,827	12,547
<b>Total activo</b>	<b>5,181,248</b>	<b>4,471,991</b>
Cuentas de orden: deudoras (nota 21)	5,284,263	4,995,837
<b>Total pasivo y patrimonio</b>	<b>5,181,248</b>	<b>4,471,991</b>
<b>Activo corriente:</b>		
Cuentas por pagar comerciales (nota 14)	126,012	95,621
Otras cuentas por pagar (nota 15)	332,557	331,172
<b>Total pasivo corriente</b>	<b>458,569</b>	<b>426,793</b>
Provisión por obligaciones previsionales - D. L. 20530 (nota 16)	256,479	-
Provisión para beneficios sociales (nota 17)	8,606	8,838
Ingresos diferidos (nota 18)	1,373,868	854,026
<b>Total pasivo</b>	<b>2,097,522</b>	<b>1,289,657</b>
Provisión para contingencias (nota 19)	5,740	13,489
<b>Patrimonio (nota 20):</b>		
Capital adicional	6,764	6,372
Excedente de revaluación	632,627	632,627
Reservas	855,847	866,146
Resultados acumulados	1,582,748	1,663,700
<b>Total patrimonio</b>	<b>3,077,986</b>	<b>3,168,845</b>
<b>Contingencias (nota 25)</b>		
<b>Total pasivo y patrimonio</b>	<b>5,181,248</b>	<b>4,471,991</b>
<b>Cuentas de orden acreedoras (nota 21)</b>	<b>5,284,263</b>	<b>4,995,837</b>

## SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

## Estados Combinados de Ganancias y Pérdidas

Años terminados el 31 de diciembre de 2002 y 2001

(Expresados en miles de nuevos soles constantes al 31 de diciembre de 2002)

	<u>2002</u>	<u>2001</u>
Ingresos:		
Aportaciones y seguros (nota 22)	2,865,695	2,623,822
Gastos:		
Costos y gastos de administración (nota 23)	( 3,304,139)	( 2,787,166)
Déficit de operación	<u>( 438,444)</u>	<u>( 163,344)</u>
Otros ingresos (gastos) (nota 24):		
Ingresos financieros (nota 24.1)	119,519	92,778
Otros ingresos (nota 24.2)	86,968	101,122
Gastos financieros (nota 24.3)	( 1,673)	( 1,663)
Otros gastos (nota 24.4)	( 36,510)	( 34,532)
Resultado por exposición a la inflación (nota 24.5)	( 9,036)	18,588
Total otros ingresos, neto	<u>159,268</u>	<u>176,293</u>
(Déficit) superávit neto del año	<u>( 279,176)</u>	<u>12,949</u>

Véanse las notas que se acompañan a los estados financieros combinados.

## SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

## Estados Combinados de Cambios en el Patrimonio

Años terminados el 31 de diciembre de 2002 y 2001

(Expresados en miles de nuevos soles constantes al 31 de diciembre de 2002)

	<u>Capital adicional</u>	<u>Excedente de revaluación</u>	<u>Reservas</u>	<u>Resultados acumulados</u>	<u>Total patrimonio</u>
Saldos al 31 de diciembre de 2000	6,320	632,627	805,383	1,770,807	3,215,137
Transferencias	-	-	60,763	( 60,763)	-
Donaciones	52	-	-	-	52
Otras disminuciones de partidas patrimoniales, neto	-	-	-	( 59,293)	( 59,293)
Supravit neto del año	-	-	-	12,949	12,949
Saldos al 31 de diciembre de 2001	6,372	632,627	866,146	1,663,700	3,168,845
Transferencias	-	-	( 10,299)	10,299	-
Donaciones	392	-	-	-	392
Deuda del MEF D.U. N° 067-98 (nota 10)	-	-	-	210,473	210,473
Otras disminuciones de partidas patrimoniales, neto	-	-	-	( 22,548)	( 22,548)
Déficit neto del año	-	-	-	( 279,176)	( 279,176)
Saldos al 31 de diciembre de 2002	6,764	632,627	855,847	1,582,748	3,077,986

Véanse las notas que se acompañan a los estados financieros combinados.

## SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

## Estados Combinados de Flujos de Efectivo

Años terminados el 31 de diciembre de 2002 y 2001

(Expresados en miles de nuevos soles constantes al 31 de diciembre de 2002)

	<u>2002</u>	<u>2001</u>
Actividades de operación:		
Cobranza de aportaciones y otros ingresos operacionales	2,748,333	2,664,328
Cobranza de intereses y dividendos recibidos	119,519	92,421
Otros cobros de efectivo relativos a la actividad	42,438	98,640
Pagos a proveedores de bienes y servicios	( 631,940)	( 571,842)
Pagos de remuneraciones y beneficios sociales	( 1,307,694)	( 1,120,357)
Pagos de prestaciones económicas	( 199,571)	( 190,544)
Pensiones D.L. 20530 D.U. 067.98	( 333,560)	( 226,545)
Pensiones D.L. 18846 D.U. 067.98	( 63,293)	( 62,008)
Pagos de tributos	( 11,890)	( 33,206)
Otros pagos de efectivo relativos a la actividad	( 419,760)	( 431,235)
	-----	-----
Efectivo y equivalente de efectivo neto (utilizado) provisto por las actividades de operación	( 57,418)	219,652
	-----	-----
Actividades de inversión:		
Cobranza de venta de valores e inversiones permanentes	41,122	37,292
Otros cobros de efectivo relativos a la actividad	-	13,093
Menos:		
Pagos por compra de valores e inversiones permanentes	( 30,895)	( 2,284)
Pagos por compra de inmuebles, maquinaria y equipo	( 23,675)	( 35,452)
Pagos por compra de activos intangibles	( 1,180)	( 2,179)
Otros pagos de efectivo relativos a la actividad	( 23,398)	( 10,490)
	-----	-----
Efectivo y equivalente de efectivo neto utilizado en las actividades de inversión	( 38,026)	( 20)
	-----	-----
Actividades de financiamiento:		
Pagos de efectivo relativos a la actividad	( 1,090)	( 4,027)
	-----	-----
Efectivo y equivalente de efectivo neto utilizado en las actividades de financiamiento	( 1,090)	( 4,027)
	-----	-----
(Disminución) aumento del efectivo y equivalente de efectivo	( 96,534)	215,605
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al inicio del año	1,221,953	1,006,348
	-----	-----
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al final del año	<u>1,125,419</u>	<u>1,221,953</u>

(Continúa)

## SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

## Estados Combinados de Flujos de Efectivo (Continuación)

La conciliación entre el (déficit) superávit del año y el efectivo neto (utilizado) provisto por las actividades de operación es como sigue:

	<u>2002</u>	<u>2001</u>
Flujos de efectivo de las actividades de operación:		
(Déficit) superávit neto del año	( 279,176)	12,949
Ajustes al (déficit) superávit neto del año:		
Depreciación del año	114,754	127,740
Amortización del año	1,987	1,594
Provisión para cuentas de cobranza dudosa	4,832	19,431
Provisión para desvalorización de existencias	418	4,364
Provisión por fluctuación de valores	364	6,514
Provisión por contingencias	1,168	2,141
Provisión para beneficios sociales	9	616
Provisión por obligaciones previsionales – D.L. N° 20530	256,479	-
Otras provisiones	172	-
Recupero de provisión para desvalorización de existencias	( 16,562)	-
Ajuste en inmuebles, maquinaria y equipo, neto	533	4,626
Recupero de provisión por fluctuación de valores	-	( 21,492)
Variaciones netas en activo y pasivo:		
(Aumento) disminución de aportaciones por cobrar	( 117,362)	10,355
(Aumento) disminución de otras cuentas por cobrar	( 44,531)	48,804
(Aumento) disminución de existencias	( 12,291)	2,622
Disminución (aumento) de gastos pagados por anticipado	5,079	( 941)
Aumento de cuentas por pagar comerciales	26,370	9,750
Aumento (disminución) de otras cuentas por pagar	339	( 9,421)
	-----	-----
Efectivo y equivalente de efectivo (utilizado) provisto por las actividades de operación	( 57,418)	219,652
	=====	=====

Véanse las notas que se acompañan a los estados financieros combinados.