



m e m o r i a i n s t i t u c i o n a l 2 0 0 4

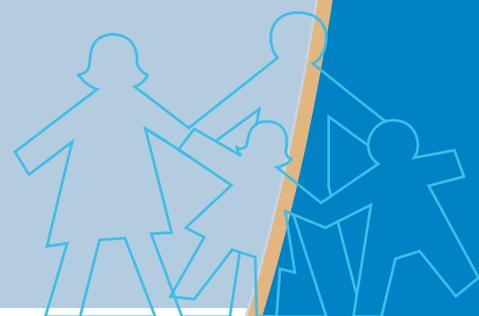
C O N T E N I D O

PRESENTACION :	4
I. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	9
1. Gestión de Aseguramiento	
2. Gestión de Prestaciones	
3. Apoyo a la Gestión	
II. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO	17
III. ESTADOS FINANCIEROS AUDITADOS	61

Memoria Institucional 2004 del Seguro Social de Salud - EsSalud, aprobada mediante Acuerdo de Consejo N° 14-7-ESSALUD-2005, en la Séptima Sesión Ordinaria del 12 de Abril de 2005.

**Elaboración** : Oficina Central de Planificación y Desarrollo  
**Edición** : Gerencia de Relaciones Institucionales  
**Diagramación y Diseño** : Luis Carrera Fernández  
**Fotografía** : Juan Carlos Dominguez

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







## presentación

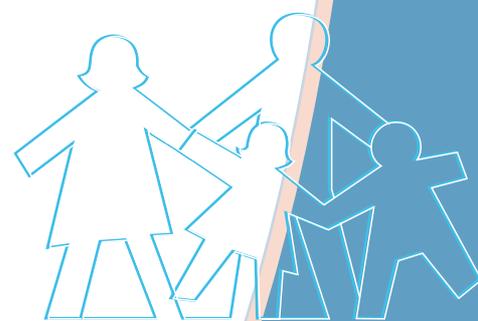
### Estimados amigos:

Tengo la enorme satisfacción de presentar la Memoria Institucional correspondiente al año 2004. Éste documento tiene como finalidad presentar los principales resultados de la gestión de nuestra Institución, a cargo de la cual me encuentro desde marzo del 2003.

Desde un inicio orientamos nuestras acciones y esfuerzos en cumplir con los objetivos estratégicos para cumplir con la gran meta de que nuestros asegurados eleven su nivel de bienestar en salud, esto implicó cuestionar determinados paradigmas relacionados con que sólo podíamos realizar actividades recuperativas y preferentemente de alta especialización, cuando la evidencia empírica y científica nos revela que es más bien a través de estrategias de intervención en atención primaria y de la selección de prioridades e intervenciones costo-efectivas en salud, que se articulará de manera efectiva y eficiente el modelo de aseguramiento-prestaciones, dentro de una perspectiva de viabilidad en el corto y largo plazo.

Sin embargo, somos conscientes que sentar las bases para el desarrollo e implementación de mejoras en las estrategias de intervención en salud, procesos internos, cambios en la estructura orgánica, gestión participativa y por resultados, entre otros, requiere de una continuidad del actual marco de política institucional.

De otro lado, han sido importante los esfuerzos desplegados dentro del ámbito de la gestión aseguradora al permitir mejorar los procesos de identificación, adscripción y acreditación de los asegurados, así como la implementación de la depuración y actualización de la información en nuestras bases de datos como una práctica continua.



La estructura de esta Memoria presenta en primer lugar nuestra Visión, Misión y Objetivos Institucionales así como los resultados de la Evaluación Institucional. En los capítulos de Gestión Aseguradora y Gestión Prestadora se presentan los principales resultados correspondientes a nuestras dos divisiones. En el primero se incluyen los datos de la población asegurada por diferentes tipo de seguro y el análisis de los ingresos y egresos institucionales, y en lo correspondiente a la parte prestadora se presenta fundamentalmente las prestaciones de salud, económicas y sociales otorgadas a nuestros asegurados.

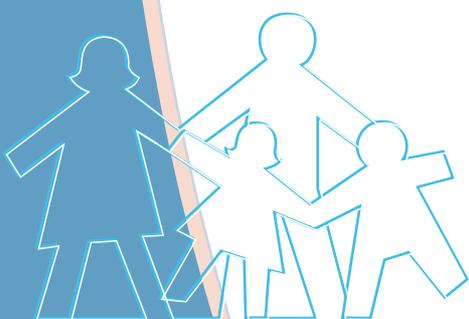
En el capítulo de Soporte a la Gestión Institucional, se presenta lo correspondiente a recursos humanos y recursos físicos que apoyan el desarrollo de los diversos tipos de seguros y la ejecución de las prestaciones que se brindan a los asegurados.

Nuestro actual Consejo Directivo y funcionarios de la Alta Dirección enfatizan que se debe seguir con las acciones de (1) incorporar cambios en el actual marco legal, que permitan proteger el fondo de contribuciones y aportes, así como utilizar instrumentos de seguros, en concordancia con los resultados del estudio actuarial, (2) potenciar el soporte informático para beneficio tanto de la gestión de prestaciones como la de aseguramiento, y (3) continuar con el programa de inversiones basados en prioridades institucionales y locales en salud.

Deseo expresar mi sincero y profundo agradecimiento al personal asistencial y administrativo de nuestra Institución, a los voluntarios, a los miembros del Directorio que me acompañan en la gestión, a los representantes del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y de los diversos organismos públicos y privados que han hecho posible obtener logros institucionales para beneficio de nuestros asegurados.



**José Luis Chirinos Chirinos**  
Presidente Ejecutivo





# consejo directivo

Al 31 de Diciembre de 2004

**José Luis Chirinos Chirinos**  
Presidente Ejecutivo



**Alejandro Jiménez Morales**  
Representante del Estado  
Ministerio de Trabajo y Promoción  
del Empleo



**Alfredo Barredo Moyano**  
Representante del Estado  
Ministerio de Salud



**Francisco García-Calderón Portugal**  
Representante de los Empleadores  
Gran Empresa



**Enrique Gubbins Bovet**  
Representante de los Empleadores  
Mediana Empresa (CONFIEP)



**Basilio Noa Puellas**  
Representante de los Empleadores  
Pequeña y Micro Empresa



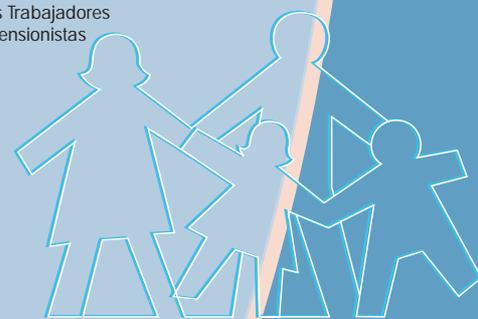
**Mario Huamán Rivera**  
Representante de los Trabajadores  
y Asegurados – Régimen Laboral  
Público



**Jorge Reyes Sota**  
Representante de los Trabajadores  
y Asegurados – Régimen Laboral  
Privado



**Fernando Pariona Campos**  
Representante de los Trabajadores  
y Asegurados – Pensionistas



## alta dirección

Al 31 de Diciembre de 2004

José Luis Chirinos Chirinos  
Presidente Ejecutivo

Carlos Sotelo Bambarén  
Gerente General

### FUNCIONARIOS PRINCIPALES:

José A. Gerardo Velarde Salazar  
Secretario General

Javier Angel Rosas Santillana  
Jefe del Organismo de Control Institucional

Humberto Zanelli Reyes  
Gerente de División de Prestaciones

Pedro Muñoz-Nájar Rojas  
Gerente de División de Aseguramiento

Aldo Lépori Cappelletti  
Gerente de División de Administración y Organización

Rafael Luis Noé Quiroz  
Gerente Central de Recursos Humanos (e)

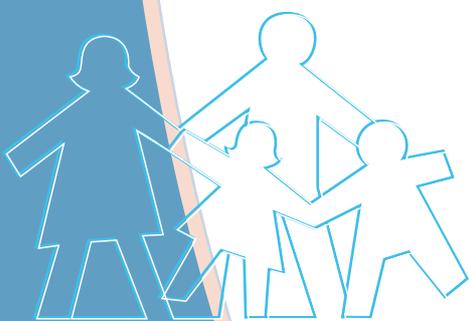
María Cecilia Lengua Hinojosa  
Jefe de la Oficina Central de Planificación (e)

David Castrat Garmendia  
Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica (e)

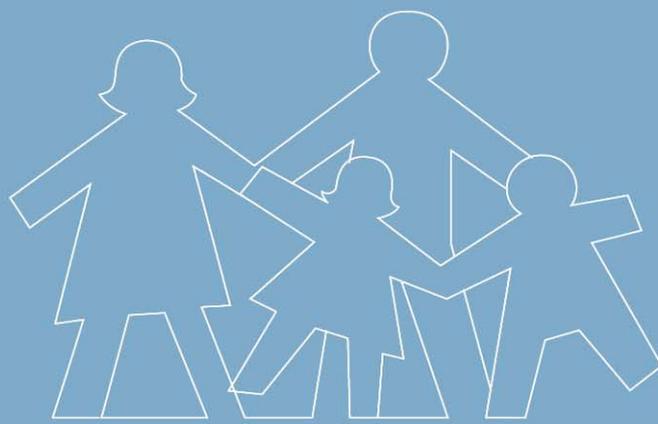
Pilar Frisancho Cabrera  
Gerente de Relaciones Institucionales (e)

Carlos Darcourt Huck  
Presidente de la Defensoría del Asegurado

Luis Aguilar Torres  
Jefe de la Oficina de Defensa Nacional



# I. evaluación de la gestión institucional







## I. evaluación de la gestión institucional

El año 2004 significó para la Institución enfrentar las dificultades que generan los cambios a escala estructural, tales como las estrategias de rediseño de la estructura organizacional, especialmente en la transformación de las Gerencias Departamentales en Redes Asistenciales, de forma tal que se logre la especialización de funciones principales y su articulación (aseguramiento, prestaciones y soporte administrativos), y no sólo centrado en prestaciones.

Es importante mencionar que los cambios se desarrollan dentro de una perspectiva de corto y mediano plazo, y los procesos involucrados deberán ser ajustados como parte de un aprendizaje institucional.

### 1. LOGROS EN ASEGURAMIENTO

Durante nuestra gestión se dio el reconocimiento e impulso a la función de aseguramiento dentro de nuestra Institución, esto por cuanto se reconoce que existe una gestión y monitoreo de los riesgos financieros del fondo y de enfermarse del asegurado (extensión de uso), así como el financiamiento de las prestaciones, y finalmente existen un conjunto de estrategias orientadas a la satisfacción de las necesidades de los asegurados.

De otro lado, se implementó el Nuevo Seguro Potestativo, Plan Vital y Plan Total, en los Sistemas de Registro y Gestión Hospitalaria, estando listo para la etapa de migración a partir de enero 2005.

Se concluyó proyecto de Seguro Emergencias Accidentales. Se desarrolló el Plan de Información al Asegurado.



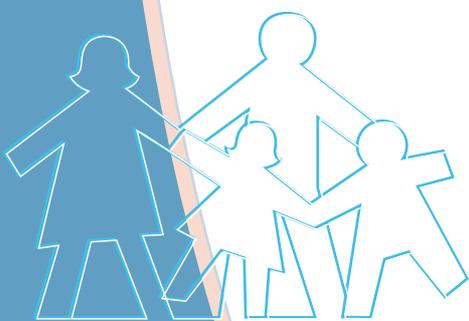
Antes del 2002	Acciones 2003 - 2004
Primaba sólo una lógica prestacional	Se discuten los temas desde el punto de vista de asesoramiento y prestaciones
Falta de una estructura orgánica en función de roles principales	Se diseñó estructura orgánica que reconoce la función de aseguramiento y prestaciones como ejes y roles principales
No se tenía depurada la base de datos de asegurados (Host= 11 millones)	Se ha depurado la base de datos en más de un 60%
No había seguridad al sistema informático	Se ha puesto seguridad al sistema informático
No era prioritario revisar temas de aseguramiento	Se priorizó en la gestión el control de suplantaciones, filtraciones, usuarios gratuitos, planilla negra
Se emitió leyes de modernización de seguridad social y de creación de EsSalud	Actualmente se encuentra en revisión el marco normativo legal de leyes vigentes
No se tenía autonomía financiera institucional	Se tiene autonomía financiera institucional
No se tenía un estudio actuarial actualizado	Se inició y avanzó en estudio actuarial con OIT
La SUNAT sólo ejercía la función de recaudación	En la actualidad la SUNAT inició programas de fiscalización y actualización de información
Se disponía de mecanismo de pago al prestador que premiaba el incremento de producción	Se aprobó pilotos sobre mecanismos alternativos de pago a prestadores para controlar la demanda inducida
No se hablaba de control de riesgos, medición de siniestralidad y auditoría de seguros	Actualmente forma parte de los productos a trabajar en el plan anual de la división de aseguramiento
No se tenía una propuesta técnica de seguros para regímenes especiales	Se ofreció nuevos planes de seguros para regímenes especiales

Se actualizó y depuró la Base de Datos de Asegurados al 63%. Se eliminó acreditación contingente en el ámbito nacional.

Finalmente, se evaluó la calidad percibida por el usuario externo a través de una encuesta a nivel nacional.

## 2. LOGROS EN PRESTACIONES

Nuestra gestión aprobó las Prioridades Institucionales en Salud, y sobre la base de éstas se definirán las prioridades locales, así como las compras, inversiones, formas de intervención en salud - cartera de servicios, guías clínicas, entre otros, de modo tal que se vuelva más eficiente y efectiva (costo-efectiva) la atención de los servicios de salud de los centros asistenciales a nivel nacional.



Antes del 2002	Acciones 2003 - 2004
No habían prioridades institucionales en salud	Se aprueban prioridades institucionales en salud 2003-2007
Ausencia de procesos de planificación corporativa/no había plan de salud	Se aprueba metodología del plan de salud
No se había revisado la categorización de los centros Asistenciales	Se elabora propuesta de categorización en función de normas del MINSA
No existía una definición técnica de la cartera de servicios de salud	Se elaboró una cartera de servicios de salud en la Atención Primaria
No había un sistema de vigilancia en salud pública	Se diseña el Modelo de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia sanitaria
Ausencia de metodología institucionales de guías para gestión clínica	Desarrollo de la metodología de elaboración de Guías para Gestión Clínica.
No se establecían acuerdos y compromisos con los centros asistenciales	Se establecieron acuerdos y compromisos de gestión y calidad con los Centros Asistenciales
No existía un seguimiento permanente a los resultados en términos de gestión y servicios críticos	Se evaluaron los planes Operativos y se definieron un conjunto de indicadores en los Servicios Críticos

Asimismo, se implementaron los componentes prestacional, organizacional, y de participación comunitaria del Modelo de Atención Integral de Salud en 07 centros piloto.

Se elaboró el Plan Nacional Institucional para las personas Adultas Mayores. Se implementó los Planes Locales de Salud en las Redes Asistenciales de la Institución.

Se difundió a las Redes Asistenciales la Metodología para elaborar el Programa de Educación de Estilos de Vida Saludables. Se elaboró la Norma Técnica de Organización de los Centros Asistenciales según categorías.

Se elaboró propuesta de Guía Metodológica para el Monitoreo y Evaluación de las Prestaciones de Salud en las Redes Asistenciales. Se implementó Programa de Gestión de Lista de Espera.

### 3. LOGROS EN APOYO A LA GESTIÓN

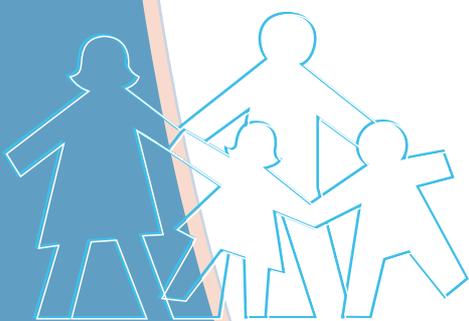
Dentro del ámbito de soporte administrativo a la gestión se encuentran las áreas de adquisiciones, informática, mantenimiento, planificación, recursos humanos, entre otros, las mismas que aportan valor a las principales divisiones como son: Aseguramiento y Prestaciones.



Finalmente, se realizaron las siguientes acciones durante el año 2004, dentro de las áreas de informática, planificación, recursos humanos, defensa nacional, defensoría del asegurado, entre otros:

- Se concluyó el desarrollo del Software para la estandarización del Sistema de Gestión Hospitalaria. Se llevó a cabo el Proyecto "Consultorios en Línea" (implantación de facilidades de informática) en un centro asistencial piloto. Se implementó Herramientas de Control y Monitoreo en el Centro de Cómputo y a nivel central. Se efectivizó el Proyecto de Portal de Intranet Institucional.
- Se desarrollaron normas, procedimientos y manuales para implantar en los Centros Asistenciales de Provincias el control de procesos de saldos diarios en Farmacia.
- Se concluyó el proyecto de "Nuevo Sistemas de Citas por Teléfono".

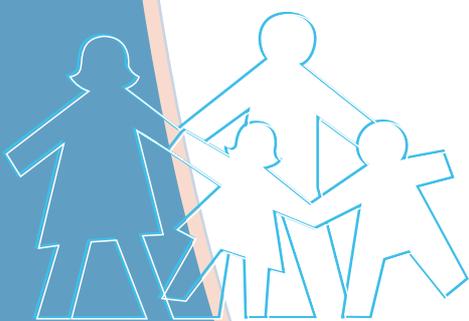
Antes del 2002	Acciones 2003 - 2004
Desabastecimiento de medicamentos, insumos y equipos médicos	Se revisaron y mejoraron los procesos de compra y distribución, para una optimización y entrega oportuna
Falta de inversión en equipos para reducir niveles de obsolescencia	Se definieron planes de inversiones y compra de equipos en función a prioridades institucionales
Problemas laborales postergados o no resueltos	Se coordinó con cada uno de los representantes de los diversos grupos laborales y se tomó acuerdos respecto a de nivelación remunerativa, así como la revisión de normas y reglamentos
No se disponía de un plan institucional de largo plazo	Se aprobó el plan estratégico institucional 2003-2007 y las prioridades de salud institucionales
Filtración y suplantación de "Asegurados" sin derecho de cobertura y que no pagaban	Se lanzó el proyecto de eliminación de Acreditación contingente en coordinación con la SUNAT, para actualización de Base de Datos de Asegurados
Falta de una estructura orgánica que permita viabilizar las estrategias	Se modificó la Estructura Orgánica en Sede Central (Aseguramiento y Prestaciones) y se creó Redes Asistenciales, Reducción y Redistribución del Personal.
Normas e instrumentos de Gestión desactualizados	Se actualizaron los instrumentos de Gestión como CAP, ROF's y directivas dentro del ámbito prestacional



- Se redujo la dispersión remunerativa mediante la implementación progresiva del Escalafón de Trabajadores de la Institución. Se han cumplido los compromisos con los trabajadores relacionados con los incrementos remunerativos. Se implementó las Normas para el Acceso al Grupo Profesional de la Carrera Administrativa del personal con título Profesional Técnico, y significó el reconocimiento de 1,742 trabajadores.
- Se evaluó y financió 23 Proyectos de Investigación en el área asistencial.
- Se aprobó y difundió en el ámbito nacional el "Plan Pre-Hospitalario frente a Emergencias y Desastres", así como el "Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres". Se ejecutaron 71 cursos de prevención, preparación y respuesta frente a desastres, conflictos y emergencias en Lima y 17 en provincias con 1,350 participantes capacitados. Se realizaron 07 Operativos de Emergencia por parte del área de Defensa Nacional de la Institución.
- Se realizó la Conferencia de "Gestión Clínica" y "Medicina Basada en Evidencias" con 300 participantes del ámbito nacional, como parte del fortalecimiento del personal asistencial de la institución.
- Se atendió un total de 1,942 solicitudes por parte de la Defensoría del Asegurado, y así mismo se monitoreó 2,199 quejas atendidas por parte de los centros asistenciales y unidades administrativas. Se realizó la difusión de los derechos de los asegurados por medio de la página web institucional. Se realizó el Informe de supervisión de la transparencia de los procesos de medición de la satisfacción del usuario.
- Se aprobó el Plan Anual de Inversiones 2005. Se reparó los daños estructurales del Hospital "Carlos Alberto Seguí Escobedo". Se difundió el Plan Multianual de Inversiones 2004 – 2007 a nivel nacional. Se aprobaron 14 estudios de Pre Inversión.
- Se aprobaron las Normas para la Planificación y Control del Suministro Centralizado de Bienes Estratégicos.
- Se implantó el Manual de Procedimientos Legales en todas las Divisiones y Unidades de Asesoría Jurídica a nivel nacional.



- Se aprobó e implementó Convenio de Gestión Institucional entre el nivel central y las Redes Asistenciales. Se aprobó e implementó el Plan Táctico y Operativo Institucional en el nivel central y en las Redes Asistenciales. Se concluyó la elaboración del Plan Estratégico de Tecnología de Información Institucional 2004-2007.
- Se realizó la racionalización de funciones de las Redes Asistenciales.
- Se elaboró el Informativo Mensual "EsSalud en Cifras", como sistema de información interna accesible en todas las Redes Asistenciales por intermedio de la Intranet Institucional.



## II. planeamiento estratégico







## II. planeamiento estratégico 2003-2007

### LINEAMIENTOS DE POLÍTICA GENERAL

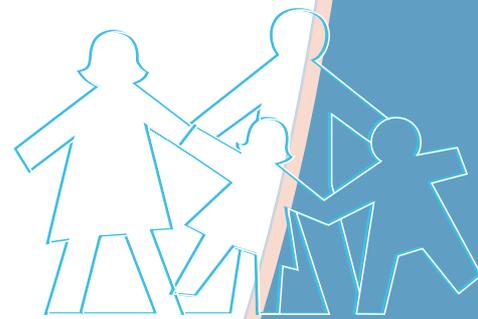
- Orientar la gestión de nuestra Institución hacia las necesidades prioritarias considerando las situaciones y preferencias de los asegurados.
- Desarrollar e implementar políticas públicas de salud basadas en evidencias, tendientes a mejorar el nivel de vida de la población asegurada.
- Perfeccionar el sistema de seguros y de prestadores de salud orientándolo hacia un mayor acceso, eficiencia y participación.

### VISIÓN

"Ser la institución líder nacional de la seguridad social en salud, comprometidos con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social en salud"

### MISIÓN

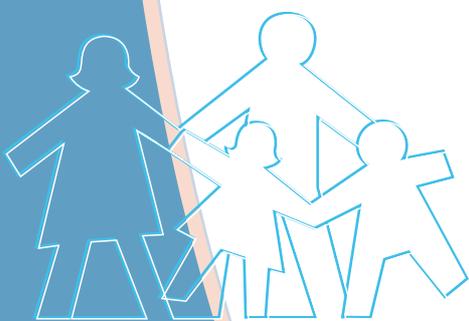
"Somos una institución de seguridad social en salud que brinda una atención integral con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de nuestros asegurados"



## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Los objetivos estratégicos para el periodo 2003-2007 son:

1. Mejorar la salud y la calidad de vida de nuestros asegurados, con un sistema de seguridad social centrado en el usuario.
2. Otorgar prestaciones integrales orientadas a la atención primaria, con equidad, calidad y eficiencia.
3. Administrar los recursos institucionales con eficiencia y transparencia, asignándolos con equidad y oportunidad.
4. Mejorar la gestión y organización institucional introduciendo por consenso elementos de reforma en salud.

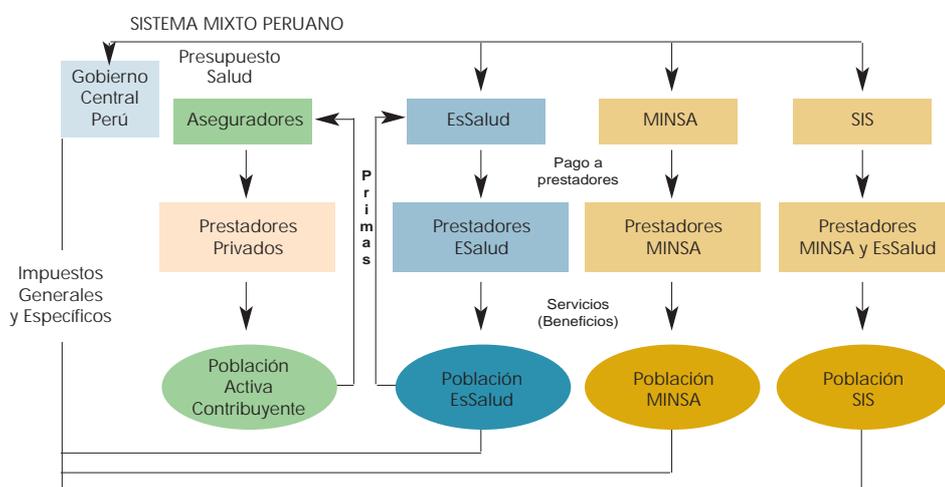


## 1. GESTIÓN DE ASEGURAMIENTO

### SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Nuestro país presenta un sistema de seguridad social, integrado por tres (3) aseguradores como son el Ministerio de Salud en la modalidad de Programas de Salud y Seguro Integral de Salud, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y nuestra Institución, cada uno de estos sub-sistemas presenta características particulares en cuanto a las funciones de aseguramiento-financiamiento y prestaciones de salud.

SEPARACION E INTEGRACION DE FUNCIONES EN SALUD



Las cotizaciones (o contribuciones y aportes del 9%) a la seguridad social en nuestro país se realiza sólo por una parte de la PEA que corresponde a los trabajadores formales de la economía (planilla), sin embargo no cotizan todos los trabajadores de la economía formal (Trabajador 4ta. Categoría, microempresarios, entre otros), y por ende no poseen seguro de salud bajo algún mecanismo obligatorio.

POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA  
(Condición de Aseguramiento)

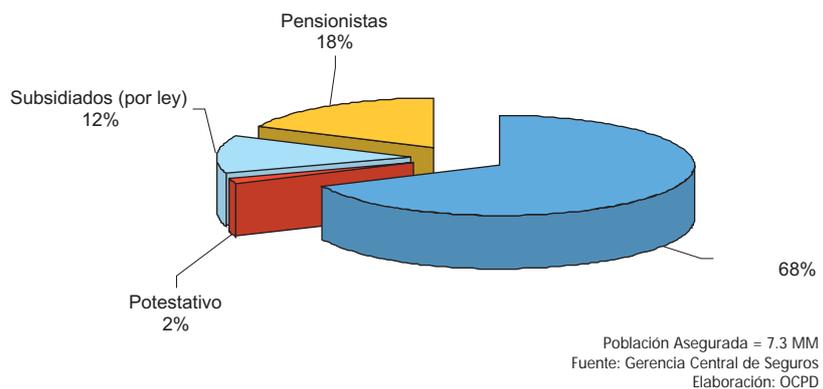
Área	Dependiente		Independiente	Desempleada	Total
	Con contrato	Sin Contrato			
PEA	18%	21%	51%	10%	100%
PEA ASEGURADA	67%	15%	16%		
PEA NO ASEGURADA	33%	85%	84%		



### POBLACIÓN ASEGURADA

El departamento de Lima concentra el 52.3% del total de asegurados a nivel nacional, seguido de los departamentos de Arequipa (5.7%) y La Libertad (4.8%), a continuación se presenta su composición, disgregada por tipo de asegurado:

COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA - 2004

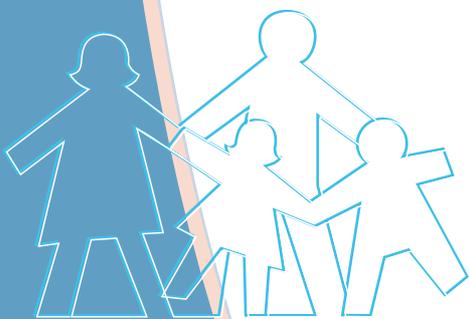


Del gráfico anterior, se observa que el 12% de la población asegurada total, pertenece a grupos de asegurados que denominamos Seguros Subsidiados, dado que fueron impuestos por ley y/o aportan una tasa menor al 9% o se calcula sobre la base del sueldo mínimo legal, así tenemos a los Regímenes Especiales, Agrario, Pescador, Trabajadora del Hogar, entre otros.

En la actualidad el 42.4% de la población asegurada total es titular, y el 57.6% es derechohabiente.

Durante el año 2004, se ha priorizado dentro de las acciones tácticas de aseguramiento, continuar con la depuración y actualización de la base de datos de asegurados, con la finalidad de monitorear la filtración y/o suplantación de usuarios que no se encuentran asegurados. De otro lado, se han mejorado los procesos de acreditación y se encuentra en revisión los de adscripción.

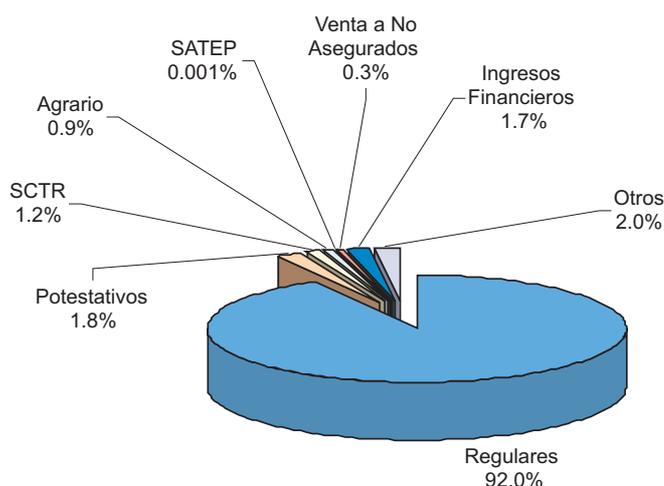
Con respecto a los asegurados pertenecientes a los Regímenes Especiales y Potestativos Actuales, se ha diseñado nuevos productos acordes con sus necesidades y basados en sustento técnico en la relación aporte-prestación.



## INGRESOS

Los ingresos que permiten financiar las prestaciones de salud, económicas y sociales que se otorga provienen principalmente de los 3.1 millones de Asegurados Titulares (Aportantes), tal como se observa en el gráfico siguiente:

Composición de los Ingresos - 2004



Base = S/.3,183 MM  
Fuente: Serie de Presupuesto Institucional  
Elaboración: OCPD

El ingreso mensual que se recibiría en promedio por cada asegurado (titular + derechohabiente) a nivel institucional es de S/. 32 nuevos soles. Los asegurados reciben una cobertura de atención en salud del 100% (excepto las dadas por ley, como son las atenciones estéticas), además de estar cubiertos con prestaciones económicas y sociales. A continuación se presentan los ingresos mensuales que en promedio recibe la institución de los diversos grupos de asegurados, así como las características de las contribuciones y aportes:

Tipo de Asegurado	Población	Ingreso Anual (S/.)	Ingreso Mensual (S/.)
Regular	6,732,859	2,927,343,781	36.23
Potestativo	133,042	58,393,994	36.58
Agrario	325,135	29,185,383	7.48
SCTR	232,438	39,349,158	14.11

Fuente: Oficina de Apoyo a la Gestión  
Elaboración: OCPD



PAGOS DE APORTES DIFERENCIADOS E INFERIORES  
A LA TASA DE 9% DE CONTRIBUCIÓN

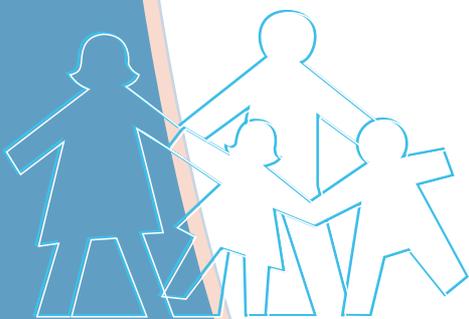
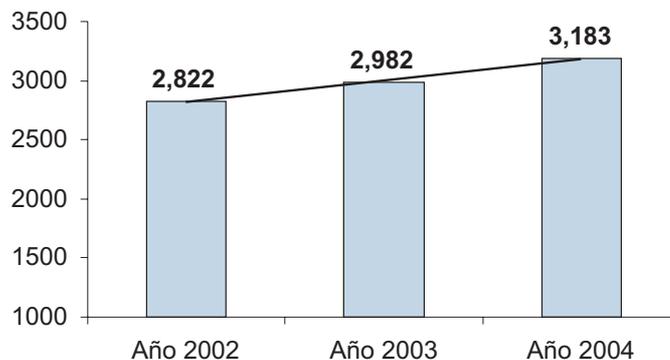
	Tipo de Seguro	Características de la contribución y/o aporte
Seguro Regular (Prestaciones Salud Económicas Sociales)	Seguro Regular	=9% x remuneración (1.8 millones asegurados = 25% Población Asegurada Total)
	Seguros Subsidiados (pertenecen al Seguro Regular)	Amas de casa Chofer independiente Facultativos Pescadores Trabajadores del Hogar
	Seguros Agrario	= 4% x RMV
	Pensionistas	= 4% x RMV
Seguro Potestativo	Seguro Potestativo Unico	Rango en función de edad S/. 41 - S/. 383 (No Prest. Eco y Ss)
	Seguro Independiente	Variable: edad, No D Hab. S/. 41 - 383
	Seguro Personal-Familiar	Personal (Desde S/. 9 - S/. 37)/ Familiar (Desde S/. 31 - S/. 73)
SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo	= 0.53% - 1.84% x (50% x UIT)

RMV : Remuneración mínima vital

Los ingresos por aportaciones (recaudación) crecieron en términos nominales en un 6.4% respecto del año anterior, esto se debió principalmente al incremento en S/. 185,3 millones de nuevos soles del Seguro Regular.

Si comparamos la evolución de los ingresos totales en términos nominales correspondiente a los 3 últimos años, se tiene que ha crecido en 5.7% (2003/2002) y 6.7% (2004/2003).

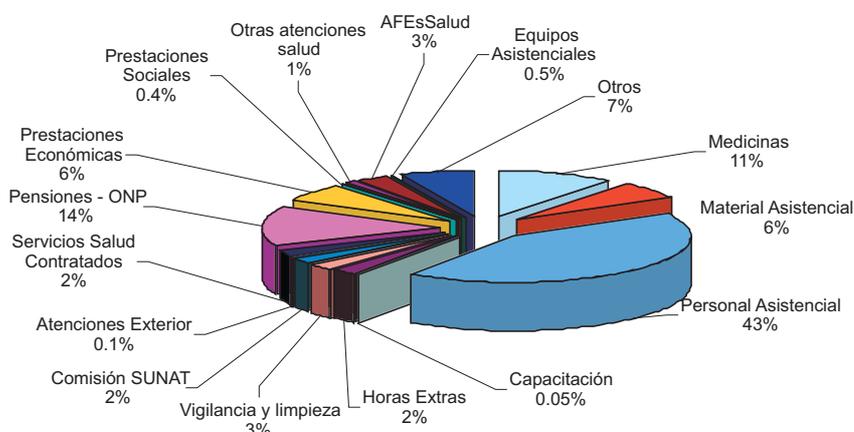
EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS  
TOTALES (En millones de S/.)



## EGRESOS

El financiamiento del gasto de personal asistencial (profesionales, técnicos y auxiliares de la salud), representa el 45% (incluye horas extras) del total del egreso institucional, seguido de un gasto no relacionado con las prestaciones, como es el gasto en pensiones (14%), le sigue el gasto en medicinas (11%) y del material médico, radiológico y laboratorio (6%). Se detalla en el gráfico siguiente:

Composición de los Egresos - 2004



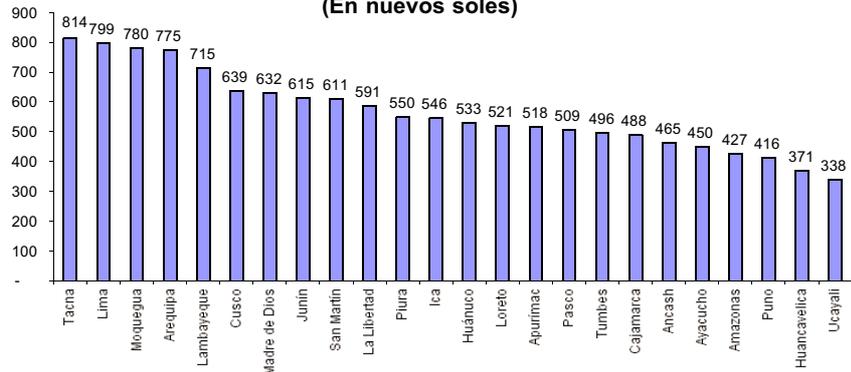
Base = S/. 3,181 MM  
 Fuente: Serie de Presupuesto Institucional  
 Elaboración: OCPD

En promedio a nivel institucional se destinan S/. 682 nuevos soles al año por cada asegurado que recibe prestaciones de salud (usuarios a servicios de salud), sin embargo se observa una variación a nivel de departamentos, tal como se presenta en el gráfico de la página siguiente.

El comportamiento de los usuarios (asegurados) son diferentes a nivel departamental, es decir por un lado presentan un uso en promedio de los servicios en un rango entre el 30% al 90% de la población asegurada, según el departamento; esto independientemente de la participación que representa el departamento del total de usuarios. Esto se describe en el gráfico de la página siguiente.

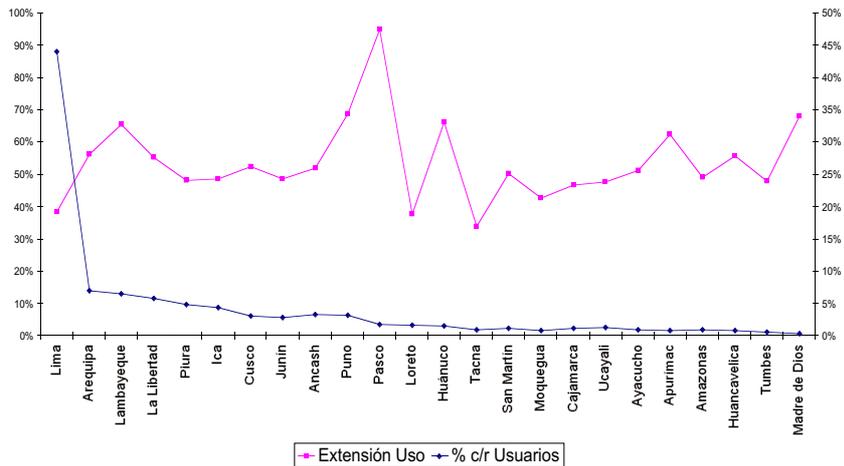


**Gasto Operativo por Usuario  
(En nuevos soles)**



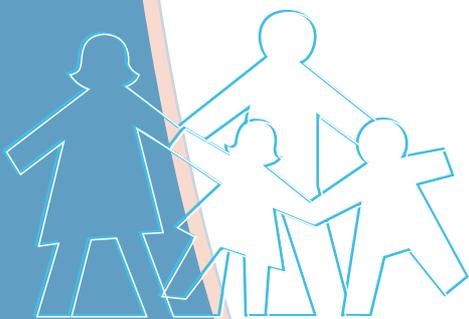
Gasto Operativo Redes (2,267 MM) x Asegurado Consultante CE (3.3 MM)  
Fuente: Serie de Presupuesto Institucional  
Elaboración: OCPD

**% Uso de los Servicios de Salud vs % del total de Usuarios**



Base = S/. 3,181 MM  
Fuente: Serie de Presupuesto Institucional  
Elaboración: OCPD

Con respecto al gasto en la partida de bienes estratégicos (17% del egreso total), se tiene que ha disminuido en S/. 1.7 millones de nuevos soles con respecto al año anterior, esto influenciado básicamente por la tendencia decreciente de los niveles de otorgamiento de prestaciones hacia niveles reales (ver sección Gestión de Prestaciones). Cabe resaltar el crecimiento en el gasto del rubro medicinas dentro del contexto descrito.



## SITUACIÓN DEL GASTO EN BIENES ESTRATÉGICOS 2003-2004

Bienes Estratégicos	Año 2003	Año 2004	Var %
Medicinas	330,880,502	342,086,101	3.4%
Material Médico	152,584,088	140,670,932	-7.8%
Material Laboratorio	48,088,805	48,878,892	1.6%
Material Radiológico	8,474,900	6,663,697	-21.4%
Total	540,028,295	538,299,622	-0.3%

Dentro de los conceptos que más crecieron en el 2004 respecto de 2003, se encuentra Horas Extras con un 23.2% (S/. 13.4 MM), seguido de Seguridad y Previsión Social con 21.61% (S/. 20.0 MM) y de Sueldos y Salarios con un 11.31% (S/. 124.4 MM), éste último concepto representa el 81.5% del gasto total y creció principalmente por la nivelación de remuneraciones según los convenios suscritos con los gremios laborales de la Institución, más que por que se haya incrementado el número de trabajadores (ver sección Soporte a la Gestión). Debido a las nivelaciones remunerativas el valor de la hora extra se incrementó en promedio en un 13%.

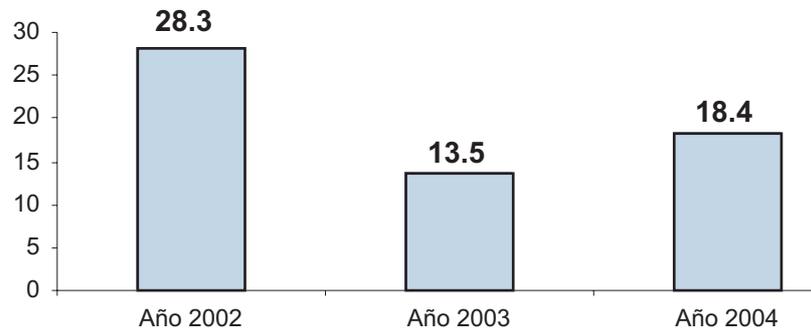
## EVOLUCIÓN DEL GASTO DE PERSONAL (En S/.)

Conceptos	Año 2002	Año 2003	Año 2004
Sueldos y Salarios	1,040,253,694	1,099,837,362	1,224,216,590
Horas Extras	61,626,970	57,741,203	71,139,233
CTS	40,574,341	45,144,018	41,433,086
Seguridad y Previsión Social	87,362,533	92,472,701	112,451,712
Impuesto de Solidaridad	16,163,916	16,830,992	15,884,690
Capacitación	2,377,608	1,648,389	1,585,743
Otros gastos de personal	35,773,877	40,458,081	35,432,881
Total	1,284,132,939	1,354,132,746	1,502,143,935
Tasa de Crecimiento		5.5%	10.9%

Con respecto a los egresos de capital como son los proyectos de inversión (estudios, obras y equipamiento ligados a proyectos), así como los equipos no ligados a proyectos de inversión (equipos asistenciales, informáticos y administrativos), se observa un crecimiento en el año 2004 del 36.4% respecto al año 2003, esto debido principalmente a la compra de equipos asistenciales por S/. 15 MM (S/. 14.8 MM más que el año anterior).



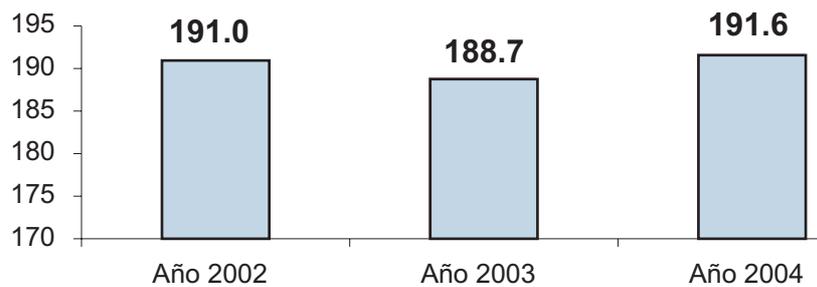
Evolución de las Inversiones en Infraestructura y Equipos (En millones de S/.)



Los ingresos destinados al financiamiento de las 3 prestaciones es de S/. 2,635.7 MM de nuevos soles, de los cuales las prestaciones de salud, económicas y sociales representan el 92.2%, 7.3% y 0.5% respectivamente.

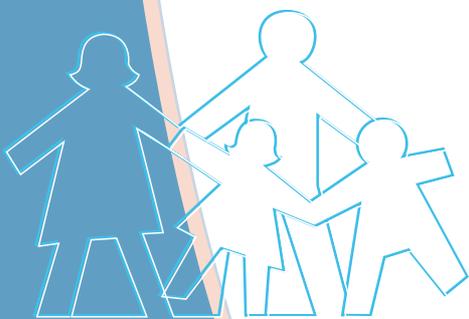
El crecimiento del gasto de prestaciones económicas del 2004 respecto al 2003 fue de 1.5% en términos nominales, esto influenciado por el crecimiento del gasto por concepto de lactancia, maternidad y sepelio en 3.3%, 3.2% y 1.1% respectivamente.

Evolución de las Prestaciones Económicas (En millones de S/.)

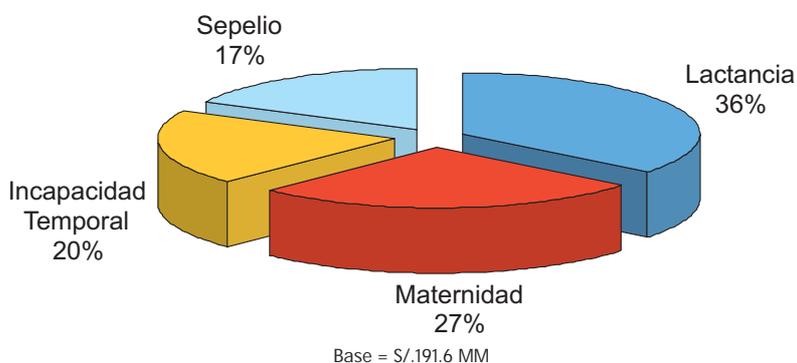


Al observar la composición del gasto en prestaciones económicas del 2004 respecto del 2003, no se encuentran variaciones significativas.

El gasto destinado para prestaciones sociales a nivel de Redes Asistenciales representa el 66% y a nivel central el 34% restante. La composición se presenta en el gráfico siguiente:

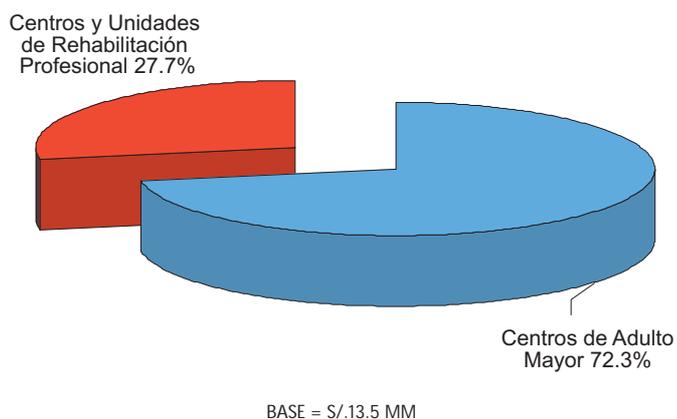


### COMPOSICIÓN DEL GASTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS - 2004



El gasto destinado a las prestaciones extrainstitucionales asciende a S/. 2' 386,538, de los cuales el 91.3% corresponden a prestaciones en el exterior y el 8.7% restante a prestaciones otorgadas en nuestro país, la tendencia de los últimos años ha sido variable y creciente, esto beneficia a sólo un grupo reducido de pacientes que demandan un servicio de alto costo y alta especialización a nivel de prestaciones de salud, y que nuestra institución no puede satisfacer a través de nuestra oferta asistencial.

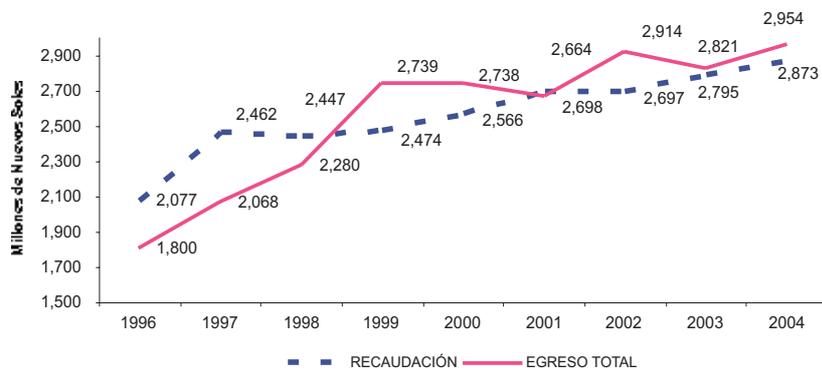
### COMPOSICIÓN DEL GASTO DE PRESTACIONES SOCIALES - 2004



### RESULTADOS ECONÓMICO-FINANCIEROS

La evolución en términos reales de los ingresos por recaudación comparados con los egresos totales (egresos de operación y de capital) de los últimos 8 años, presenta una brecha negativa a partir del año 1999 en adelante, esto indica que no se puede financiar el total del egreso con sólo las aportaciones de los asegurados titulares.

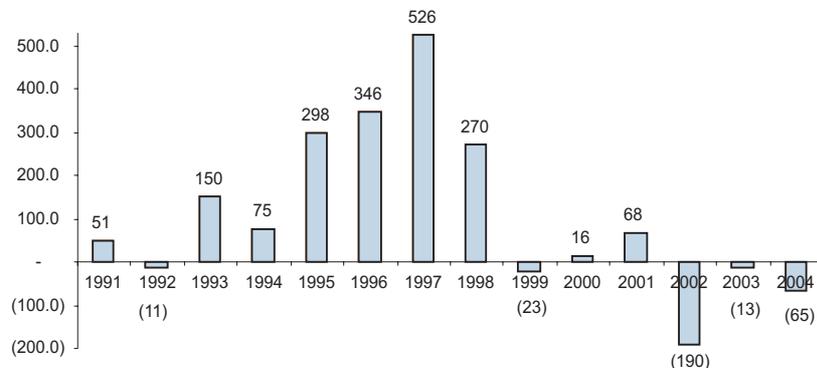
EVOLUCIÓN DE LA RECAUDACIÓN Y DE LOS EGRESOS TOTALES: 1996- 2004  
(A Valores Reales: Dic. 2001=100)



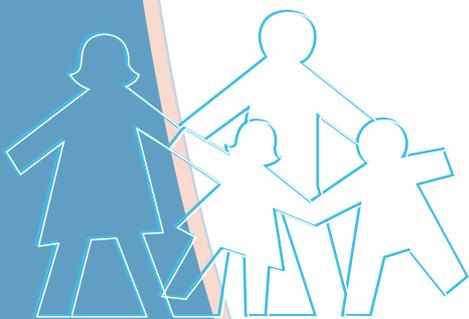
Recaudación: Aportaciones+Vta. a No Asegurados  
Egresos Totales: Egresos de Operación + Capital  
Fuente: Serie de Presupuesto Institucional  
Elaboración: OCPD

De la misma forma, si comparamos en términos reales los ingresos por recaudación frente a sólo los gastos de operación (es decir sin considerar los gastos de capital), se observa que los resultados son similares sobretodo en los últimos 2 años, esto dado que los niveles de inversión en equipos y/o infraestructura no representan una gran proporción del total del egreso.

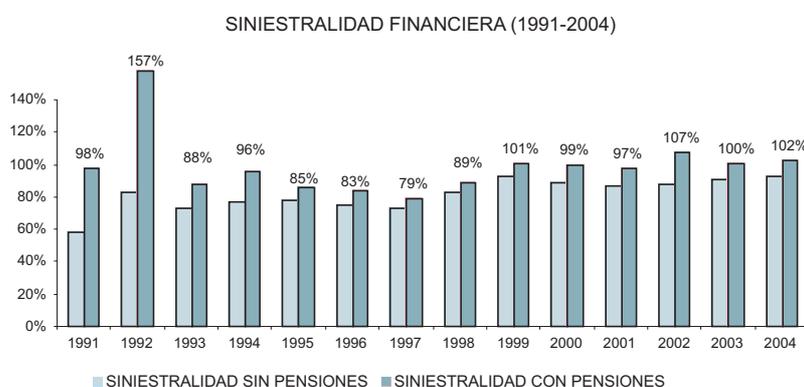
RESULTADOS OPERATIVOS FINANCIEROS (1991-2004)  
(A Valores Reales: Dic 2001=100%) - En millones



Resultados Financieros: Recaudación - Gastos de Operación  
Fuente: Serie de Presupuesto Institucional  
Elaboración: OCPD



Un indicador importante para una entidad que administra seguros en general, es el relacionado con la Siniestralidad Financiera, ya que permite relacionar en el corto plazo los riesgos asociados al uso de la cobertura del seguro (riesgo de enfermarse) frente a los riesgos de financiamiento (riesgo financiero) a través de los ingresos operativos actuales. En el sistema de seguros privados de salud e incluso EPS, los márgenes positivos fluctúan entre el 30% al 60%, en el caso de nuestra Institución está alrededor del 100%, esto indica que en el largo plazo se va presentar problemas financieros para realizar inversiones, reposición de equipos, mantenimientos por depreciación, aumentos en el uso de los servicios, entre otros.



Siniestralidad Financiera: Relación entre Gastos de Operación e Ingresos por Recaudación  
 Fuente: Serie de Presupuesto Institucional  
 Elaboración: OCPD

Con la oferta propia de centros asistenciales se atiende prácticamente al 100% de las prestaciones de salud que demandan los asegurados cuando presentan un evento de salud.

En el siguiente gráfico se resume un balance entre la población asegurada adscrita, los usuarios de los servicios de salud (demanda), los gastos operativos asociados, así como el número de centros asistenciales ofertados para cada uno de los tipos de centros asistenciales propios que posee la institución.



		Poblacion	Demanda	Gastos	Oferta (CA's)
2º - 3º Nivel	INSTITUTOS		13.3 mil (0.4%)	95.2 millón (4.2%)	3 (0.9%)
	HOSPITAL NACIONAL	30.5 mil (0.4%)	284.2 mil (8.5%)	883.0 millón (39.2%)	5 (1.5%)
	HOSPITAL IV	487.3 mil (6.7%)	187.9 mil (5.7%)	241.0 millón (10.7%)	3 (0.9%)
	HOSPITAL III	677.4 mil (9.3%)	369.8 mil (11.1%)	287.7 millón (12.8%)	9 (2.8%)
	HOSPITAL II	1.2 millón (17.3%)	556.3 mil (16.7%)	293.9 millón (13.1%)	22 (6.7%)
1º Nivel	HOSPITAL I	1.5 millón (21.3%)	605.9 mil (18.2%)	209.6 millón (9.3%)	38 (11.7%)
	POLICLINICO	2.3 millón (32.0%)	758.1 mil (22.8%)	144.3 millón (6.4%)	30 (9.2%)
	CENTRO MEDICO	355.1 mil (4.9%)	208.4 mil (6.3%)	44.6 millón (2.0%)	37 (11.3%)
	POSTA MEDICA	600.3 mil (8.3%)	338.9 mil (10.2%)	52.0 millón (2.3%)	179 (54.9%)
		= 7.3 MM	= 3.3 MM	= S/. 2.251 MM	= 326 CA's

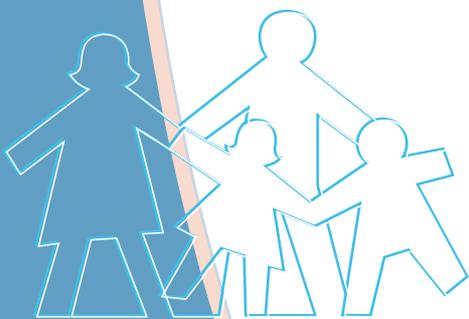
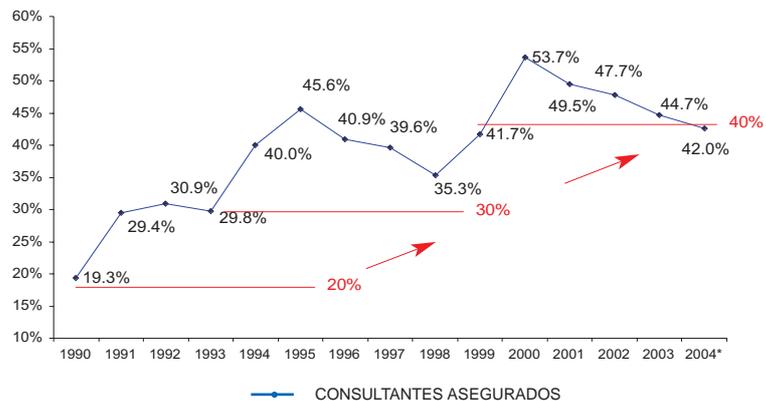
Fuente: SES, Presupuesto, Seguros  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Cabe mencionar que el 80.1% de los gastos operativos de los Centros Asistenciales, se encuentran concentrados en 37 Centros Asistenciales (de un total de 326 CA's) ubicados tanto en Redes de Lima como de Provincias a nivel nacional.

### PERSPECTIVA DEL ASEGURAMIENTO

Dentro del contexto de la situación económica de nuestro país, el comportamiento de uso de los servicios por parte de nuestros asegurados, principalmente derechohabientes (cónyuge e hijos), ha sido de incremento de los niveles de utilización, en más de 20% desde la última década, a pesar de que la población asegurada en el mismo período no creció significativamente.

INDICADOR DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1990 - 2004



De otro lado, se observa que nuestra institución asume la responsabilidad de atender las enfermedades complejas de alto costo de la mayor parte de la población a nivel país, esto se debe a que de acuerdo con el marco legal vigente y la falta de monitoreo y fiscalización por parte de autoridades externas (Ministerio de Trabajo, SUNAT), una persona que tiene un evento de enfermedad de alto costo buscará inmediatamente asegurarse bajo alguna modalidad de nuestros seguros (impuestos por ley), dado que es la alternativa más costo-beneficiosa, pero que perjudica en el corto y largo plazo a cualquier entidad de aseguramiento en salud, como es EsSalud.

SELECCIÓN ADVERSA EN EL MERCADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - 2004

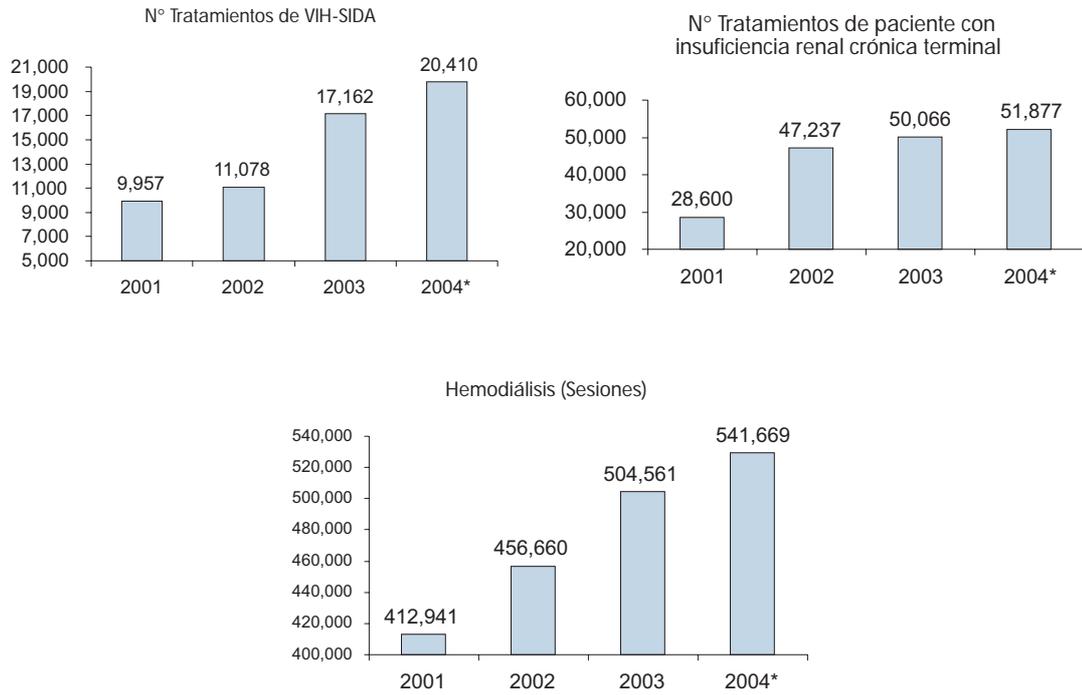
Sectores	Cobertura Poblacional	COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS			
		Pacientes en diálisis	SIDA	Trasplantes	
				Renal (3/.)	Corazón, hígado y medula
EsSalud	26%	95%	66%	87%	100%
MINSA	47%	2% (1/.)	27%		
FF.AA.	2%	3%	7%	13%	
Privados	2%	1%	1% (2/.)		

NOTAS:  
 (1/.) SIS  
 (2/.) Dato del año 2002  
 (3/.) Datos acumulados 1969-2002  
 Estimaciones de fuentes institucionales

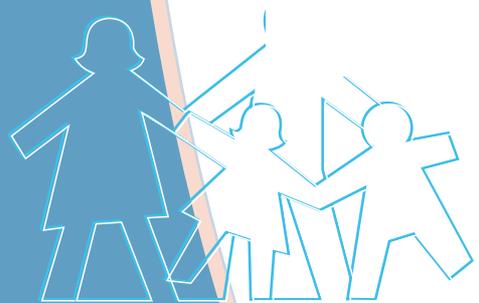
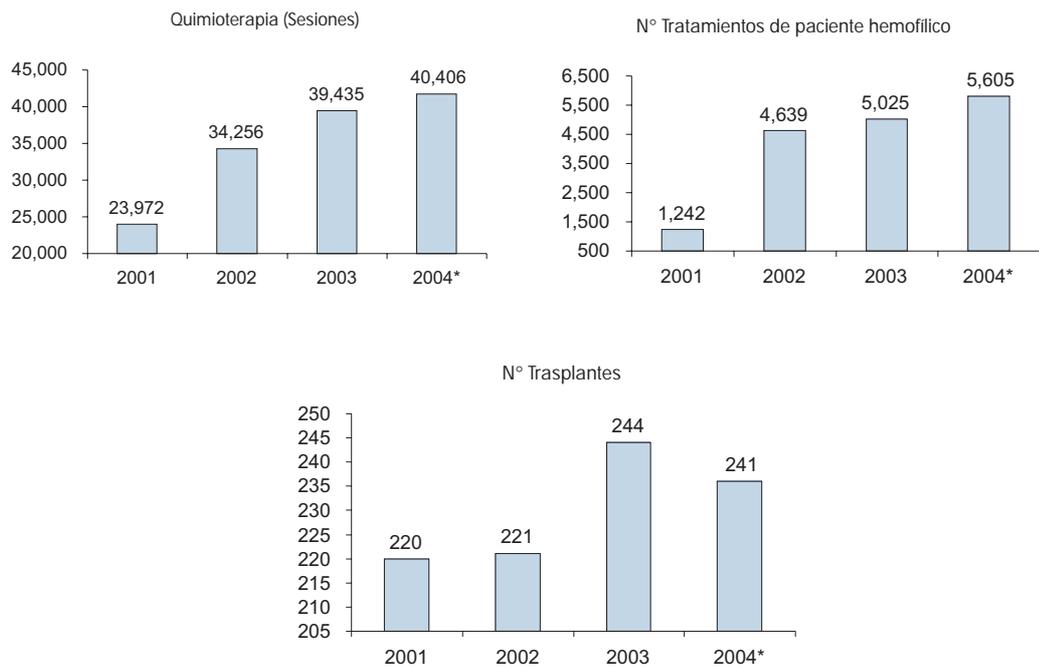
Como complemento a lo dicho anteriormente, se presenta la evolución de los gastos de las eventos de salud de alto costo, los mismos que en todos los casos muestran una tendencia creciente, esto dentro de una situación de siniestralidad financiera de alrededor del 100% y una selección adversa del 90%, dificulta una administración financiera y de los riesgos de enfermarse en el mediano y largo plazo.



## ENFERMEDADES CATASTROFICAS DEL ALTO RIESGO 2001 - 2004



## ENFERMEDADES CATASTROFICAS DEL ALTO RIESGO 2001 - 2004



Dentro de las instituciones de seguridad social pertenecientes al régimen contributivo, como son las EPS y EsSalud, existen diferencias dadas por el marco legal vigente (ley de modernización de la seguridad social), estas consideraciones descritas en la tabla siguiente, presentan una agenda pendiente de revisión de dicha norma por parte del Congreso de la República, por cuanto no permite dotar de herramientas y/o estrategias de seguros para controlar y monitorear el sobreuso, la selección de riesgos, adversa y moral; así como no define el financiamiento compartido de las prestaciones económicas y sociales, poniendo en riesgo la administración del fondo de los asegurados. Se debe revisar también si los objetivos de creación de las EPS es con fines de complementariedad y descongestión de colas o de competencia con ventaja frente a nuestra Institución.

#### DIFERENCIAS ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PERÚ

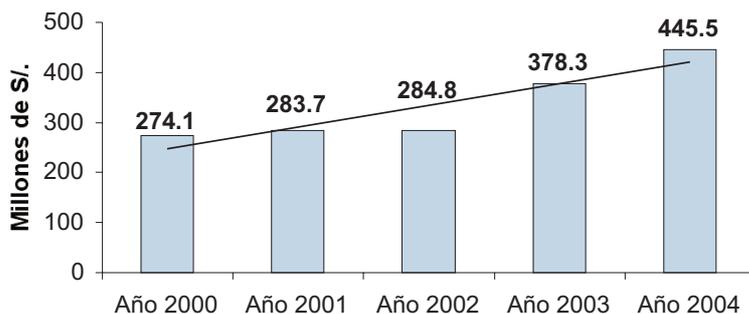
EPS	ESSALUD
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recauda 2.5% de Población de altos ingresos (400,000)</li> <li>● Tasa efectiva sobre el 9%</li> <li>● Usa instrumentos de seguros:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copago en atención y medicamentos</li> <li>- Límites y exclusiones</li> <li>- Reaseguros, pre existencia</li> </ul> </li> <li>● Sólo prestaciones de Salud Pero a un nivel de Capa Simple</li> <li>● No tiene carga pensiones</li> <li>● Contrata ofertas de terceros (no tiene oferta propia)</li> <li>● Presencia en zona urbana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recauda 6.5% y 9% Población de alto, mediano y bajos ingresos (7100,0000)</li> <li>● Tasa efectiva menor al 9% (subsídios, prestaciones económicas y sociales)</li> <li>● No puede usar instrumentos de Seguros (para proteger el fondo de EsSalud)</li> <li>● Otorga prestaciones: Salud c/obligación SCTR                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Económicas</li> <li>- Sociales</li> </ul> </li> <li>● Con carga de pensiones</li> <li>● Mayores costos laborales x Oferta Propia y RRHH con leyes laborales y pensiones</li> <li>● Presencia a nivel nacional (rural y urbana)</li> </ul>

En relación al gasto por pensiones y jubilaciones del Régimen del D.L 20530, así como las transferencias a la Oficina de Normalización Previsional (ONP) para el pago de las pensiones del Régimen del D.L 18846, se tiene que ha venido mostrando una tendencia creciente en los últimos años (ver gráfico siguiente), esto por cuanto ha crecido el número de pensionistas en el tiempo, más aún dentro de la dación de la Ley N° 28449 que establece las Nuevas Reglas del Régimen de Pensiones del D.L 20530. De otro lado, el incremento de



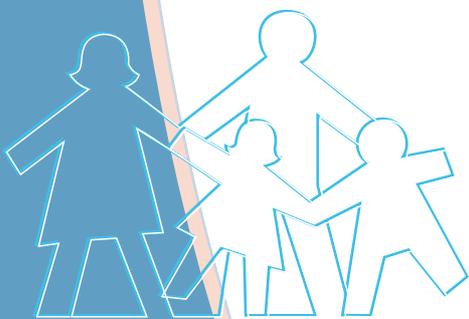
3.43% de las transferencias adicionales de fondos a la ONP se debe también al incremento en el número de pensionistas. Si comparamos el crecimiento del año 2004 con respecto al año 2000, vemos que creció en 79.2% por D.L 20530 y 7.8% por D.L 18846.

EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS POR PENSIONES Y JUBILACIÓN (En millones de S/.)



Sobre la base de lo anterior, el Consejo Directivo (en sesión del 15/04/04) en uso de sus facultades conferidas, estableció como posición institucional que las obligaciones previsionales de nuestra Institución correspondientes a los regímenes de los Decretos Leyes N° 18846 y 20530, se encuentran delimitadas en los artículos 4° y 5° del D.U N°067-98, en concordancia con el principio de intangibilidad de fondos de la seguridad social contemplado en el artículo 12° de la Constitución Política del Perú, por tanto se dispuso realizar el registro de las obligaciones previsionales de los referidos regímenes, en concordancia con las Normas Internacionales de Contabilidad (NIC), en el sentido de reflejar el total del pasivo previsional, hasta el límite del Saldo del Decreto de Urgencia N° 067-98, con cargo total del resultados 2003.

Con respecto a las entidades empleadoras morosas a diciembre 2004, se tiene que los 100 principales deudores de aportaciones diferidas Sunat (a diciembre 2004) representan el 38% de un total de S/. 1,147 MM, de otro lado los 100 principales deudores de cobranza coactiva por cobrar al cierre del 2004 representan el 55% de un total de S/. 306 MM, asimismo los 100 principales deudores en liquidación inspectivas ascienden a S/. 61 MM (representa el 42%) de un total de S/. 145 MM. Finalmente los 100 principales deudores de convenios de fraccionamiento contabilizados representan el 47% de un total de S/. 72 MM.



## 2. GESTIÓN DE PRESTACIONES

El equilibrio que mantiene a la persona en condiciones de "buena salud" se puede perder por múltiples causas, y al suceder esto, las personas buscan en los sistemas de salud una solución a sus "problemas". La condición de asegurados permite a este grupo de personas el acceso a los servicios de salud que presta EsSalud, generando la demanda de prestaciones que la institución oferta.

Es de interés tanto del paciente como de la institución, de que no sólo se esté tratando por las afecciones que pueden aquejarlos, sino también que no lleguen a enfermarse. Por esto se está promoviendo un proceso de cambio orientado a mejorar la calidad de vida a través de la reducción de los factores de riesgo y sus consecuencias, involucrando a personas, familias, comunidad, estando el componente prestacional de la institución como el principal gestor de este cambio.

El desarrollo y fortalecimiento de la promoción de la salud y el afianzamiento de los programas preventivos, en el marco de los objetivos estratégicos institucionales, nos está llevando hacia la meta de contribuir a una mejor calidad de vida del asegurado y sus derechohabientes. Se busca con esto una atención de calidad, que sea continua y centrada en el paciente, lo cual reduce el sufrimiento, la discapacidad, la ansiedad y el riesgo de muerte prematura.

La implementación de un Sistema de Vigilancia en Salud Pública e Inteligencia Sanitaria, esta encaminada a ser el eje en las decisiones clínicas y de salud, que pueda tomar la institución. El conocimiento epidemiológico, la medicina basada en evidencias, que hará que la práctica clínica sea efectiva, y las tecnologías diagnósticas y terapéuticas apropiadas, son los elementos claves para una efectiva y eficiente provisión de cuidados de salud, y son estas las bases en la cual se está fundamentando el accionar institucional.

Debemos recordar que las decisiones de nuestra institución respecto a las prestaciones deben ser guiadas por la equidad. Ante de falta de recursos, la equidad puede demandar que sea impuesto un límite en el consumo de los servicios de salud individual, buscando el interés de la mayoría de asegurados de acuerdo a las necesidades, para así permitir que el sistema perdure en el tiempo.



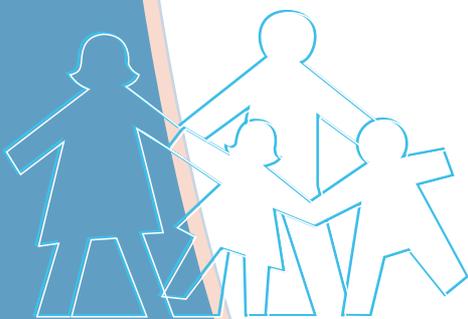
Aún tenemos que comentar sobre el concepto "Meta", ya que todavía estamos viendo que no se ha desplazado por completo la idea de que a través del incremento de las prestaciones de salud recuperativas, se está cumpliendo con los objetivos institucionales, sin tomar en cuenta que esto implica incurrir en costos y gastos que no necesariamente indiquen efectividad, ni alto retorno esperado en salud. Este planteamiento es opuesto a la tendencia mundial respecto del funcionamiento de los sistemas de salud, y como consecuencia de esto tenemos que durante el año 2004, al igual que en los últimos 5 años, aproximadamente el 50% de la población asegurada hace uso de su seguro de salud, estando este valor alrededor del 30% en los países de América Latina y el Caribe. Es necesario que se migre completamente a un concepto de "Meta en Salud", que se maneje con indicadores de resultados en salud, así como de gestión de servicios de salud en los centros asistenciales, que busquen reducir el riesgo de los asegurados a enfermar, esto a través de actividades preventivas a lo largo de todos los procesos de salud.

## I. PRESTACIONES DE SALUD

Los diversos tipos de prestaciones que nuestra institución brinda son dados en los centros asistenciales que la institución tiene a nivel nacional. Los asegurados acceden a los centros asistenciales y acuden principalmente por las áreas de la consulta externa o a la emergencia. El contacto con estos servicios puede significar la solución de sus problemas médicos o pueden derivar en la necesidad de exámenes futuros o inclusive en una hospitalización. La atención que recibe un asegurado al ingresar al sistema es diverso, a veces múltiple, lo cual veremos parcialmente expresado en el comportamiento de la prestaciones de salud durante el año 2004 las cuales presentamos a continuación.

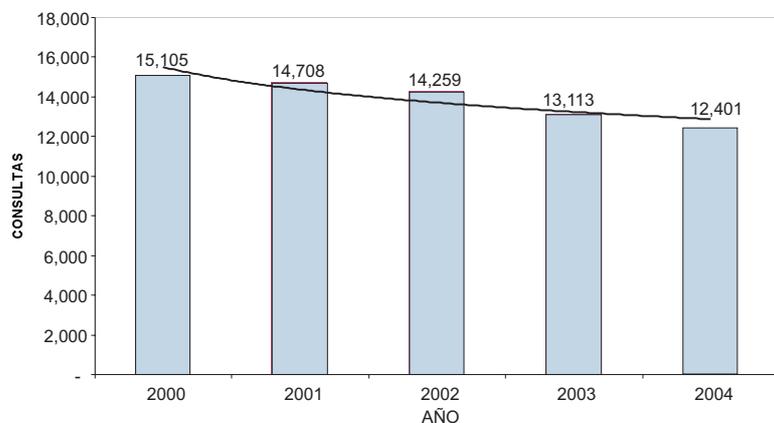
### CONSULTA EXTERNA

Esta es una de las actividades asistenciales que más realiza la institución, y a significado en el año 2004 el contacto con 3 millones 300 mil 201 asegurados, lo cual produjo un total de 12 millones 400 mil 696 consultas, en toda la red asistencial de EsSalud. Esta cifra representa una disminución en las consultas médicas por otro año consecutivo, tal como se muestra el siguiente gráfico donde se puede objetivar la tendencia de los últimos cinco años.



COMPORTAMIENTO DE CONSULTA EXTERNA  
ESSALUD QUINQUENIO 2000 - 2004

(en miles)



Fuente: SGIG-GPC-OCPE  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPE

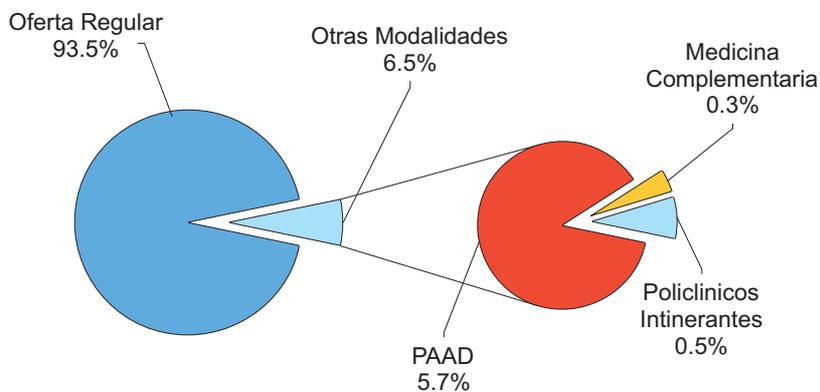
Sobre esto se puede mencionar que, luego de un periodo de aparente expansión inorgánica de la oferta, que se dio entre los años 1999 y 2000, generándose una sobreproducción de atenciones, tanto con la Oferta Regular (se inauguraron nuevos centros asistenciales, cinco en Lima), como con lo ofrecido fuera de la Oferta Regular (Hospitales de Campaña, Policlínicos Itinerantes); se estaría entrando a una etapa donde los valores de la producción de servicios en la consulta externa están retornando a sus volúmenes basales reales, de acuerdo con la cantidad de asegurados que tiene la institución.

**COMPOSICIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA**

Los Servicios ofertados por los Hospitales, Policlínicos, Centros Médicos y Postas Médicas, se considera como la Oferta Regular de la Institución, la cual para el año 2004 significó el 93.5% de la consulta externa. Las Otras Modalidades significaron un 6.5%, tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico:



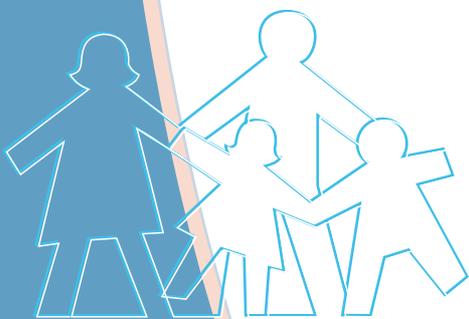
### COMPOSICIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA ESSALUD 2004



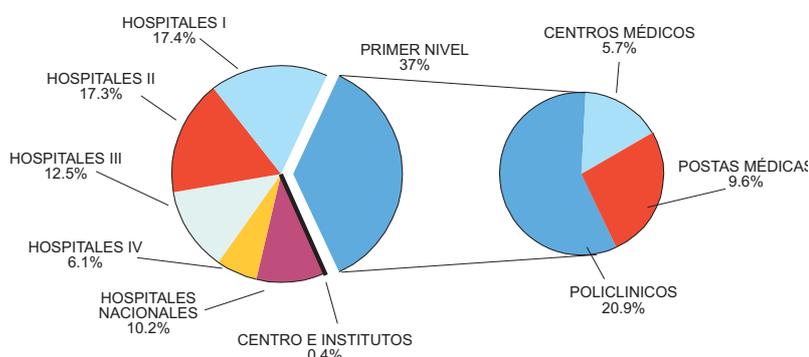
Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

El Programa de atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD) es el que ha presentado un ligero aumento en sus atenciones durante el 2004, incrementando en más de medio punto porcentual su valor, con respecto al año anterior.

El 93% de la Oferta Regular se brinda a través de los distintos tipos de centro asistencial que la Institución tiene como parte de su red asistencial en el ámbito nacional. Si agrupamos como primer nivel de atención a las Postas Médicas, Centros Médicos y Policlinicos, veremos que concentran el 37% de las consultas. Si a esto le sumamos el 17% de la producción de los Hospitales I, tendríamos 54% de las consultas, lo cual, tomando en cuenta que se considera que el primer nivel de atención debería concentrar el 80% de las atenciones, está un 26% por debajo de esta cifra. Esto debe llevarnos a pensar en que hay la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención de nuestra institución, para evitar la sobrecarga de los niveles de mayor complejidad del sistema de salud Institucional, donde debería brindarse solo atención especializada a los asegurados. El detalle de lo mencionado se muestra en el siguiente gráfico:



### CONSULTA EXTERNA POR TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL ESSALUD 2004



Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Podemos también mencionar que, el 50% de las consultas externas las realizan un total de 26 centros asistenciales, los cuales se encuentran en 7 Redes Asistenciales (de las 27 Redes Asistenciales que tiene la Institución), y 15 de estos centros asistenciales están en la ciudad de Lima. Según los datos antes mencionados se tienen que, son 59 los Centros Asistenciales los que concentran el 80% de las atenciones de consulta externa que brinda la Institución.

Los indicadores de Consulta Externa que a continuación se presentan nos dan información sobre distintos aspectos de ésta. El Rendimiento Hora Médico indica cuantos pacientes en promedio ve un médico por hora en la consulta externa. Institucionalmente, para el año 2004, esta cifra fue de 4.6 pacientes por hora; existiendo Institutos que están en 3.1 o postas que llegan a 1.9, así como hay Centros Médicos y Policlínicos que llegan a más de 6 (siendo el estándar de 4 a 5 dependiendo del nivel del centro asistencial), manteniéndose este valor con una mínima variación en el último quinquenio.

La Concentración para el año 2004 indica que, en promedio un asegurado visitó la Consulta Externa 3.7 veces durante el año, estando muy cercano a estándar institucional de 3.5; pero aquí tenemos que los Hospitales Nacionales, Hospitales IV y Hospitales III, son los que presentan una concentración mayor a 4. Sin embargo a nivel institucional se está mostrando una disminución por tercer año consecutivo en este indicador.



INDICADORES EN CONSULTA EXTERNA  
ESSALUD 2000-2004

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004
Rendimiento Hora Médico	4.8	4.6	4.7	4.7	4.6
Concentración	4.10	4.23	4.22	3.82	3.7
Extensión de uso	53.7%	49.5%	47.7%	48.7%	47.30%

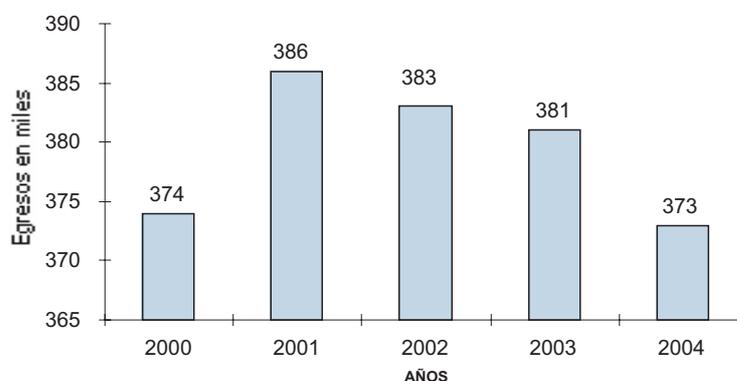
Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Finalmente el indicador de la Extensión de Uso muestra que un 47.3% de los asegurados tuvo contacto por lo menos una vez con la Consulta Externa de la Institución. Esto significa la disminución de más de un punto porcentual comparado con el año anterior, pero aún es un valor elevado, si consideramos que éste debería estar cercano al 30%.

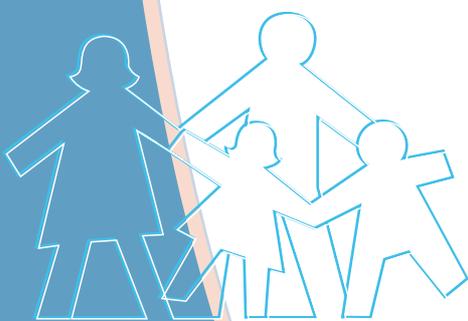
**HOSPITALIZACIÓN**

Los Servicios Hospitalización de la Institución son los que reciben a los pacientes cuyos diagnósticos no se han determinado adecuadamente y necesitan un mayor estudio, o aquellos a quienes se ha determinado que el tratamiento que necesitan debe ser manejado médicamente en un ambiente controlado, como el hospitalario. También están los pacientes que se internan por necesidad quirúrgica y se quedan en estos servicios hasta que se encuentren recuperados.

EGRESOS HOSPITALARIOS EsSalud 2000-2004  
(En Miles)



Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD



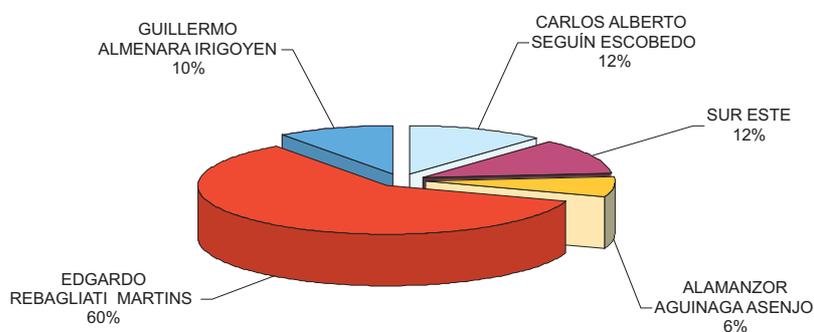
Si bien en el gráfico anterior se nota una disminución de los egresos hospitalarios en los últimos tres años, al llevar esta información a un análisis de tendencias, se muestra solo una ligera tendencia a la disminución en cuanto a los egresos hospitalarios en el periodo 2000 al 2004. Esto podría estar indicando que en el caso de los servicios de hospitalización no se presentó una sobre oferta, ya sea por las limitaciones propias del sistema o por la complejidad de la atención que se brinda en estos servicios, pudiendo sólo prestarse en centros hospitalarios establecidos; contrario a lo presentado en el caso de la consulta externa. Pero aún así se está evidenciando una tendencia a la disminución en éste servicio.

Debemos mencionar que el 80% de los egresos hospitalarios se generan en 33 centros asistenciales en el ámbito nacional, y el 29% de las hospitalizaciones se producen en los cinco Hospitales Nacionales, y que el 19% del total de egresos hospitalarios lo producen el HN Rebagliati y el HN Almenara en conjunto.

### Indicadores de Hospitalización

Al realizar la revisión de algunos de los indicadores de los Servicios de Hospitalización, podemos ver que el Promedio de Días de Estancia se está incrementando, lenta pero sostenidamente en el último quinquenio, esto puede deberse a un incremento en las hospitalizaciones de pacientes crónicos, que deberían tener servicios diferenciados, y un incremento en las infecciones intrahospitalarias, las cuales se encuentra en 37.8 complicaciones infec-

COMPLICACIONES INFECCIOSAS HOSPITALARIAS  
HOSPITALES NACIONALES - ESSALUD 2004



Base: 7,226 casos  
Fuente: SGIG-GPC-OCPE  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPE



ciosas por mil egresos, para los hospitales nacionales en conjunto. Estos Hospitales totalizan el 56% de este tipo de complicación. Al tocar el tema de infecciones intrahospitalarias no podemos dejar de mencionar que es el Hospital Nacional E. Rebagliati M. el que presenta un mayor porcentaje de estas complicaciones si se compara con los demás Hospitales Nacionales, con un 60%. Son los hospitales Rebagliati y Almenara los presentan un promedio de estancia hospitalaria de 11 y 9 respectivamente.

También se puede apreciar en el cuadro siguiente que se está presentando una disminución progresiva en el Rendimiento Cama Anual y el Porcentaje de Ocupación, lo que nos estaría reflejando alguna deficiencia en el sistema, motivo por el cual se han tomado las acciones necesarias, encaminadas a la búsqueda de mejorar en esta área lo cual se reflejaría en una mayor eficiencia durante el siguiente periodo.

#### PRINCIPALES INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Indicadores hospitalarios / Años	2000	2001	2002	2003	2004
Egresos Hospitalarios	374,183	386,335	382,743	381,530	373,995
Variación	-	3.18%	-0.93%	-0.32%	-1.97%
Promedio de días estancia	5.51	5.65	5.72	5.76	5.80
Rendimiento cama anual	57.1	58.4	57.3	56.4	55.0
Porcentaje de ocupación	86.6%	85.9%	85.5%	85.5%	83.9%
Intervalo de Sustitución	0.85	0.88	0.92	0.92	1.10

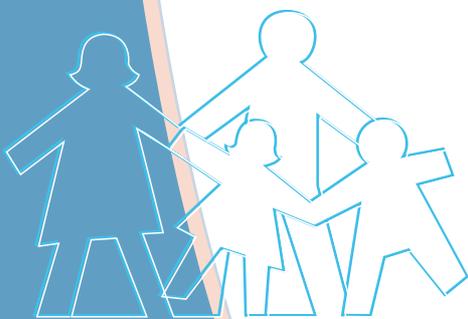
Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

#### INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Estas siguen mostrando una disminución, ya que para el año 2004 presenta una disminución del 5.1% en el total de las cirugías realizadas, comparándolas al año anterior.

Esta disminución esta representada tanto con una caída de las cirugías menores en 6.3%, así como en la disminución de 4.7% en la Cirugías Mayores.

La proporción de cirugías mayores versus cirugías menores sigue en los valores porcentuales presentados en el año anterior.



## NÚMERO DE CIRUGÍAS 2003-2004

Tipo de Cirugía	2003	%	2004	%	Variación
Total	241,435	100.00%	229,180	100.00%	-5.1%
Cirugía Mayor	180,041	74.6%	171,647	74.9%	-4.7%
Cirugía Menor	61,394	25.4%	57,497	25.1%	-6.3%

Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Se puede ver en el siguiente cuadro que según la distribución por complejidad, la disminución se presenta en todos los tipos de cirugía, manteniendo las proporciones entre los tipos de complejidad muy similares a las del año anterior.

## COMPOSICIÓN DE LAS CIRUGÍAS 2003-2004

Niveles de Complejidad	2003	%	2004	%	Variación
Total	241,435	100.00%	229,180	100.00%	-5.1%
Cirugía Mayor de Alta Complejidad	12,950	5.36%	12,690	5.54%	-2.0%
Cirugía Mayor de Mediana Complejidad	50,127	20.76%	47,338	20.66%	-5.6%
Cirugía Mayor de Baja Complejidad	116,964	48.45%	111,619	48.70%	-4.6%
Cirugía Menor de Alto Requerimiento	54,030	22.38%	50,682	22.11%	-6.2%
Cirugía Menor de Bajo Requerimiento	7,364	3.05%	6,851	2.99%	-7.0%

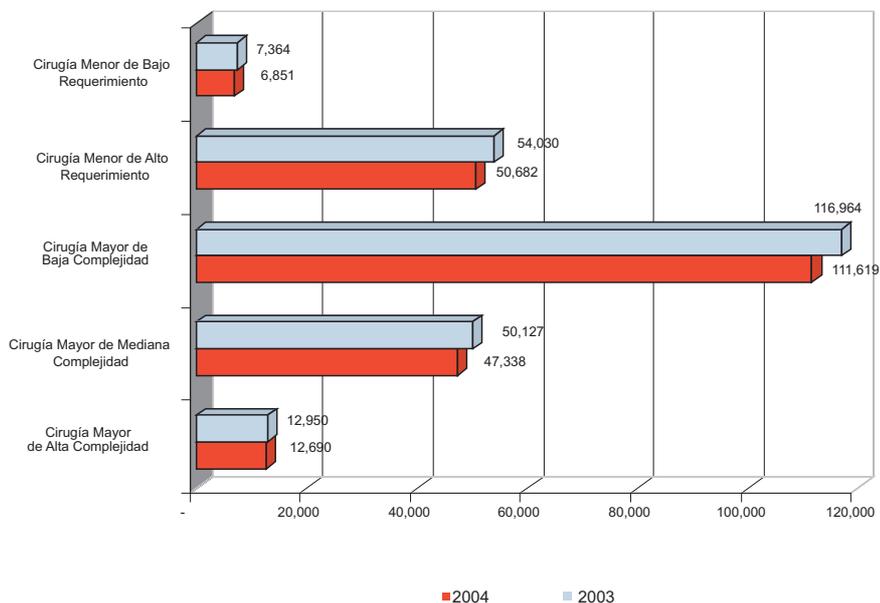
Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Podemos ver que las Cirugías Mayores de Baja Complejidad son las que más se realizan en nuestra Institución (48.70% del total), seguidas, por las Cirugías Menores de Alto Requerimiento (22.11%) y las Cirugías Mayores de Mediana Complejidad (20.66%). Asimismo es clara la disminución, tanto las cirugías mayores, como en las cirugías menores durante el año 2004, comparándolo con el año 2003, que a su vez también presentó una disminución en referencia al año 2002.

La información referente a las intervenciones quirúrgicas nos muestran que el 80% de éstas, se realizan en 32 Hospitales de las Redes Asistenciales de la Institución.

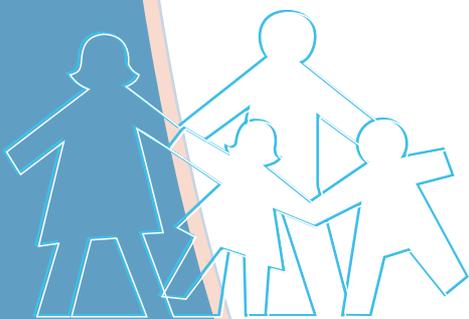


CIRUGÍAS POR NIVEL DE COMPLEJIDAD  
ESSALUD 2003 - 2004

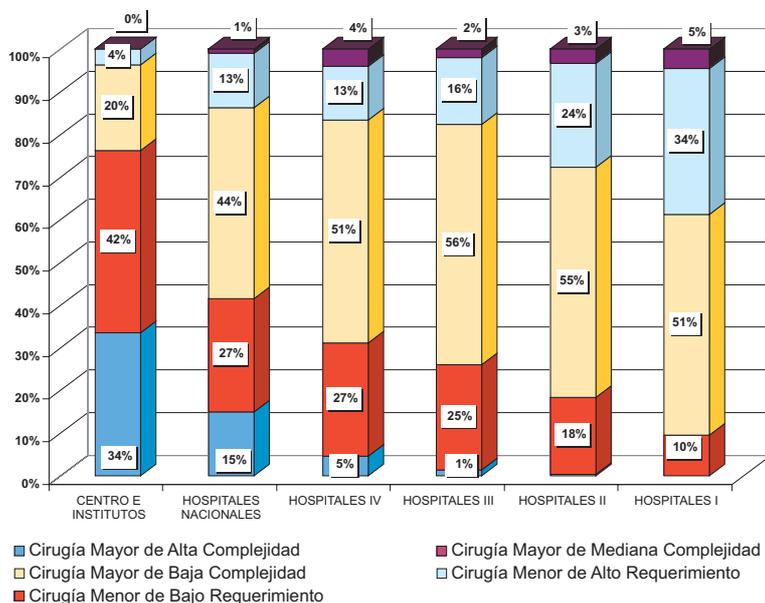


Al revisar los datos del gráfico anterior es necesario mencionar que las cirugías comprendidas en el grupo de Cirugía Mayor de Baja Complejidad, que representan el 48% de las cirugías que realiza la institución, incluyen a las Apendicectomías, Herniorrafías, Hemorroidectomías, Laparatomía exploradora, Sutura en cara, Colporrafía, Ligadura de trompas, Histeréctomía, Cesáreas, Rinoplastías, Amigdalectomías, Prostatectomías, entre otros.

En el siguiente cuadro se aprecia como la complejidad de la cirugía se incrementa según el nivel del centro asistencial aumenta. Así, en los Institutos el 70% de sus intervenciones quirúrgicas están en los grupos de Cirugía Mayor de Alta Complejidad y Cirugía Mayor de Mediana Complejidad, mientras que en los Hospitales I más del 80% están en los grupos de Cirugía Menor de Alto Requerimiento y Cirugía Mayor de Baja Complejidad. Aparentemente existe una coherencia entre los tipos de cirugía y el nivel del centro asistencial, pero se necesitaría un estudio más minucioso para determinar si las intervenciones quirúrgicas realizadas en los distintos tipos de centro asistencial corresponden a su capacidad de resolución.



### CIRUGIAS POR COMPLEJIDAD SEGUN TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL - 2004



Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD



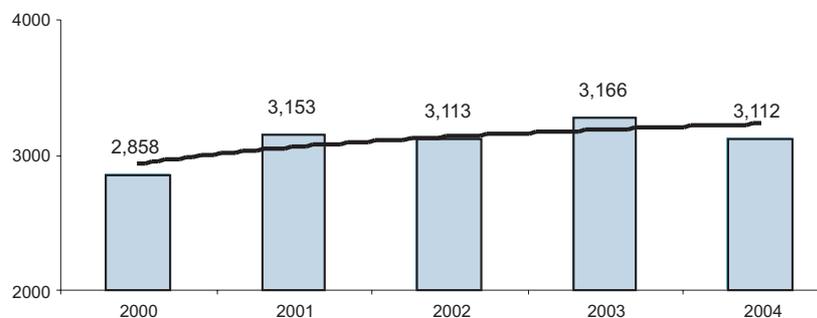
## EMERGENCIA

Para el año 2004 se llegó a realizar un total de 3,112,254 atenciones de emergencia, que contrario al año 2003, donde se habían incrementado estas atenciones, ahora disminuyeron en el ámbito nacional.

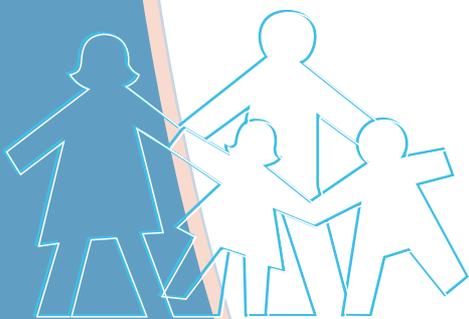
Está aceptado considerar que las Atenciones de Emergencia no deberían sobrepasar el 10% de atenciones de la Consulta Externa. Esto no se está cumpliendo en nuestra institución ya que en los dos últimos años esta cifra está llegando al 20%. La realidad actual de los servicios de emergencia evidencian esto, con una saturación permanente, que deriva a veces en una inadecuada calidad de atención al usuario. Uno de los motivos por los cuales esto se esté presentando, puede deberse a una sobrecarga de pacientes crónicos, adultos mayores, que necesitando atención rápida, no necesariamente de "emergencia", van a los servicios de emergencia buscando alivio a sus malestares. Esto podría mejorarse derivando a estos paciente a servicios diferenciados, luego del diagnóstico y estabilización en la emergencia, para una atención más adecuada, que a su vez descongestionaría estos servicios; y además luego de haberse realizado diversos estudios se están tomando otras medidas para contrarrestar esta situación.

Es necesario mencionar que son 42 centros asistenciales los que concentran el 80% de las atenciones por emergencia en el ámbito Institucional.

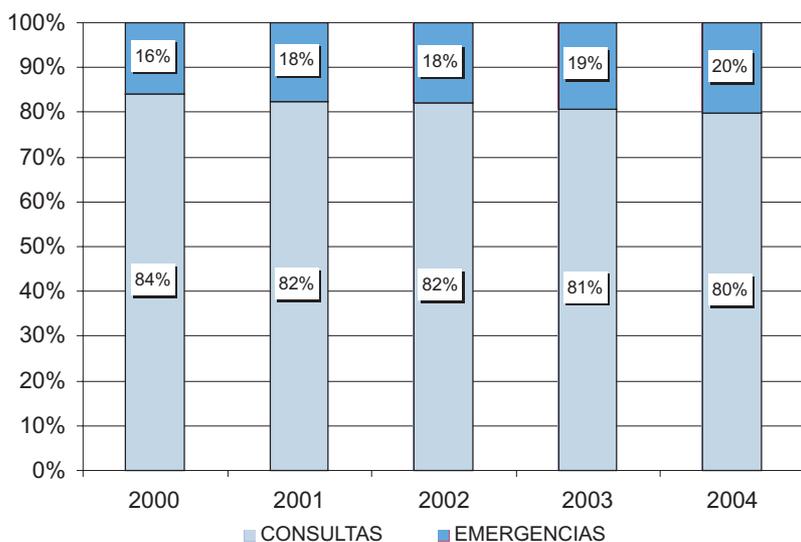
ATENCIONES DE EMERGENCIA 2000-2004 (EN MILES)



Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD



CORRELACIÓN ENTRE ATENCIONES DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA  
ESSALUD 2000 - 2004

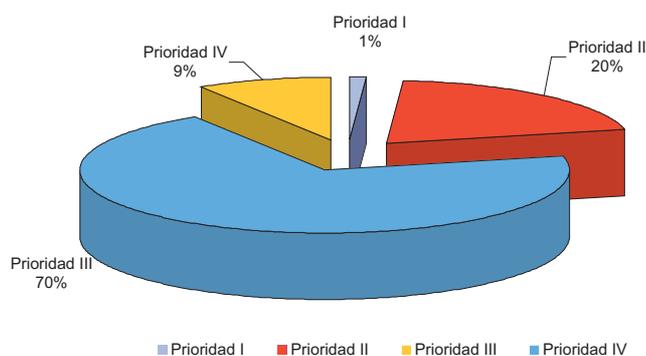


Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Lo que sí se ha visto este año es que tanto la consulta externa como las atenciones en emergencias, han disminuido, a diferencia del año anterior en que la consulta externa disminuyó y las atenciones en emergencia se incrementaron.

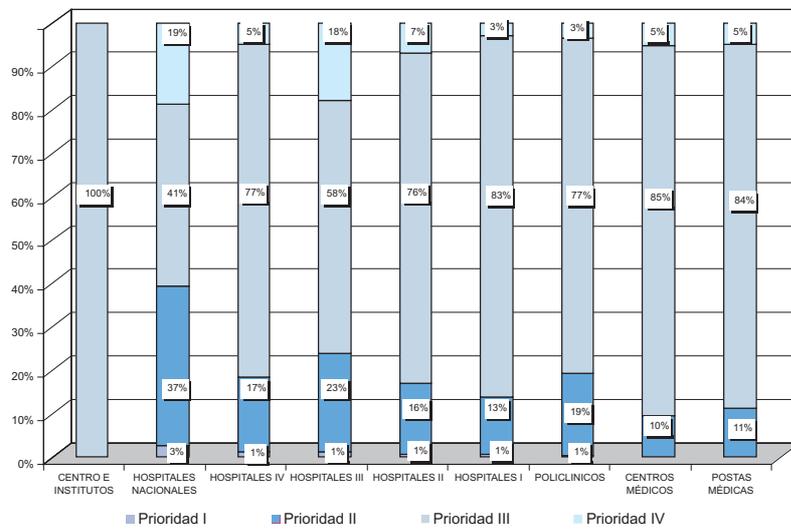
En las emergencias de nuestros centros asistenciales se atienden principalmente Urgencias (Prioridad III) con el 70% de atenciones, que sumadas al 9% de las Prioridades IV, totalizan un 79% de las atenciones que se brindan en estos servicios, valor similar a la suma que presentaron estas prioridades el año 2003. Las atenciones de Emergencia (Prioridad II y I) llegan al 21% en toda nuestra Red Asistencial.

EMERGENCIAS POR PRIORIDAD ESSALUD 2004

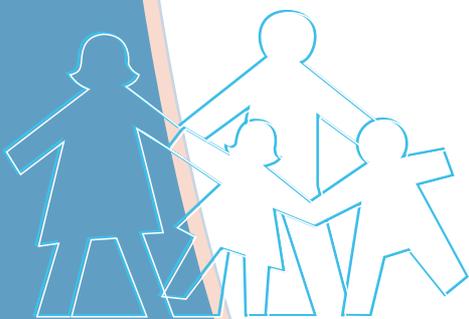


El gráfico que se ve a continuación nos muestra las prioridades de atención en emergencia por tipo de centro asistencial. Las Postas y Centros Médicos, como es de esperarse, tienen sus atenciones concentradas en las prioridades III y IV (las de menor complejidad) con más del 90%. Pero también se aprecia que el 20% de las atenciones por emergencia en los Hospitales Nacionales son prioridad IV, es decir no emergencias/no urgencias, siendo este grupo el que no permite una eficiente atención a las emergencias realmente prioritarias y satura estos servicios.

ATENCIONES DE EMERGENCIA POR TIPO DE PRIORIDAD ESSALUD 2004



Fuente: SGIG-GPC-OCPE  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPE



## II. PRESTACIONES ECONOMICAS

En la Seguridad Social de Salud de nuestro país, además de las prestaciones de salud, se brindan distintos tipos de prestaciones económicas, las cuales, por ejemplo, buscan apoyar a los asegurados durante periodos en los que por enfermedad o accidente no puedan laborar. Esto significa que la Institución paga un monto equivalente a la remuneración del trabajador durante el tiempo que dure la contingencia.

El subsidio por maternidad de la trabajadora gestante, busca proteger y beneficiar la salud de la madre y el producto, programando un descanso pagado por noventa días.

En el caso del subsidio por lactancia, este se otorga para contribuir al cuidado del recién nacido en sus primeros meses de vida.

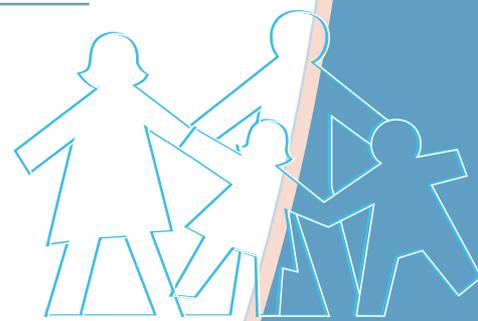
Finalmente el pago por la prestación por sepelio, se realiza para cubrir los gastos funerarios del asegurado, entregándose un único pago a los beneficiarios de éste.

### EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIONES ECONÓMICAS (1999-2004)

Conceptos/Años	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Monto Total	168,286,631	192,343,820	195,043,892	232,228,631	223,126,739	207,564,401
Incapacidad Temporal						
N° de Días Subsidiados	1,154,350	(*) 1,144,561	(*)1,179,063	1,402,474	1,291,251	1,064,702
Monto pagado S/	37,153,826	38,175,582	42,297,408	52,245,186	51,470,325	43,550,843
Maternidad						
N° de Días Subsidiados	1,884,580	1,780,433	1,788,302	2,121,786	1,859,299	1,580,433
Monto pagado S/	57,138,397	57,842,334	62,090,207	75,779,089	69,840,022	59,384,756
Lactancia						
N° de casos	69,670	76,614	74,789	88,165	84,425	86,549
Monto pagado S/	43,856,925	66,741,479	60,885,417	70,222,793	67,800,924	70,179,133
Sepelio						
N° de casos	14,843	14,558	14,736	16,975	17,057	17,110
Monto pagado S/	30,137,483	29,584,425	29,770,860	33,981,563	34,015,468	34,449,670

(\*) Incluye las contingencias por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del D.L. 18846

Fuente: SGPECO-GPEYS-GDP  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD



La evolución del gasto en prestaciones económicas de los años 1999 al 2004 se puede apreciar en el cuadro anterior, mostrando valores que mantienen la tendencia en este periodo, con ligeras variaciones.

Se puede notar una disminución en el monto total del gasto de las prestaciones económicas durante el año 2004. Los subsidios por incapacidad temporal y maternidad, son los que han presentado menores montos pagados.

### III. PRESTACIONES SOCIALES

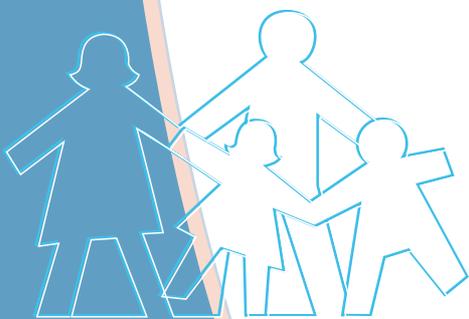
Las prestaciones sociales ofrecidas por nuestra Institución consisten en un conjunto de actividades dirigidas al adulto mayor y a las personas con discapacidad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida a través de la integración familiar, integración social, actividades de bienestar y salud, prestación y terapia ocupacional, promoción cultural y recreativa. Estas actividades fueron asumidas a partir de inicios de la década del noventa, cuando se separan los regímenes de seguros de salud con el pensionario, actualmente se financian íntegramente con el fondo de salud (ley 26790) y no ofrecen estas prestaciones las EPS's o AFP's.

En Prestaciones Sociales, no fueron ajenos a los cambios estructurales relacionados con la forma de organización en red, producidos entre el 2003 – 2004, siendo el 2004 un año de cambios y transformación que se implementarán a partir del año 2005.

### REHABILITACION PROFESIONAL

Actualmente la Institución cuenta con cuatro Centros de Rehabilitación Profesional (CERP), dos en Lima (La Victoria y Callao), uno en Arequipa y el cuarto en Piura. Asimismo se encuentran en operatividad tres Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP), situados en Lambayeque (Chiclayo), Cuzco, Ancash (Chimbote).

En estos centros se prepara a las personas con discapacidad para su reinserción al mercado laboral, viéndose para el año 2004 una disminución en el número de usuarios comparado con el año anterior por migración de población no asegurada, además de escasa o nula referencia desde el área asistencial.



PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL  
ESSALUD 2002 - 2004

UNIDADES OPERATIVAS -AÑOS	NÚMERO DE PARTICIPANTES		
	2002	2003	2004
Centros especializados de Rehabilitación Profesional	2,160	2,190	1,540
Módulos básicos de Rehabilitación Profesional	206	344	199
Ayudas Biomecánicas	201	80	242
Programas Complementarios	1,649	1,988	800

Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

**BIENESTAR Y PROMOCION SOCIAL DEL ADULTO MAYOR**

La Institución cuenta con 109 Centros del Adulto Mayor (CAM) distribuidos en todo el país, con 137,288 participantes y 124 Círculos del Adulto Mayor con 10,268 usuarios. Estos Centros y Círculos generan actividades dirigidas a los asegurados mayores de 60 años, buscando proporcionarles un abanico de servicios a fin de satisfacer diversas necesidades sociales, en la búsqueda de ayudarlos a tener una mejor calidad de vida, mantenerlos activos, y en asociación con la parte asistencial, ayudarlos a prevenir complicaciones de sus enfermedades crónicas y muchas veces guiarlos en un mejor control de estas enfermedades.

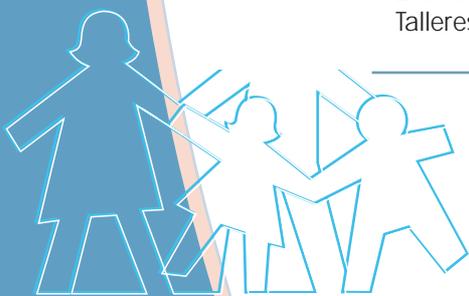




PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES DE BIENESTAR Y PROMOCIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR - 2004

54

COBERTURA Y ACTIVIDADES	NUMERO DE PARTICIPANTES
COBERTURA POBLACIONAL EN CENTROS DEL ADULTO MAYOR	137, 288
COBERTURA POBLACIONAL EN CÍRCULOS DEL ADULTO MAYOR	10, 268
INTEGRACIÓN FAMILIAR	
Encuentros Familiares	36, 397
Consejería Socio Jurídico Familiar	37, 285
INTEGRACIÓN SOCIAL	
Eventos de Integración Intergeneracional	54, 192
Sensibilización y Promoción	2, 246
Turismo Social	38, 083
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR	
Taller de Autocuidado y Educación para la Salud	51, 219
Taller de Autoestima y Memoria	45, 759
Atención en Comedores	514, 036
Huertos Familiares	3, 310
PRODUCCIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL	
Talleres de Terapia Ocupacional	64, 357
PROMOCIÓN CULTURAL Y RECREATIVA	
Talleres de Promoción Artística	71, 131
Talleres de Cultura Física	108, 589
Eventos de Promoción Deportiva y Recreativa	109, 359
Talleres de Alfabetización	2, 487

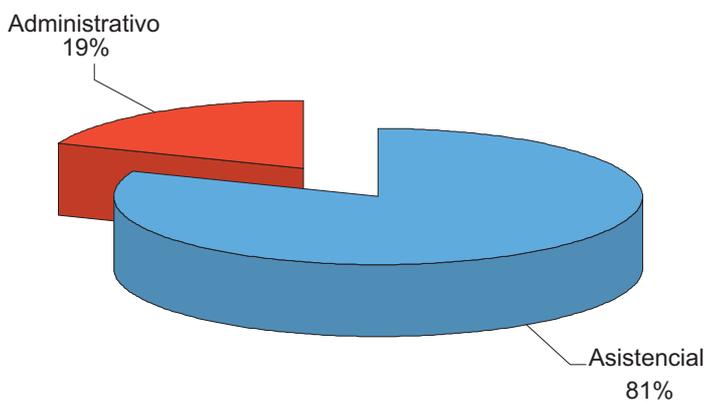


### 3. APOYO A LA GESTIÓN

#### RECURSOS HUMANOS

La Institución tiene Recursos Humanos que realizan actividades laborales relacionadas con el ámbito Administrativo y Asistencial, complementarias entre sí. En el gráfico que se tiene a continuación se muestra la distribución porcentual de cada grupo, evidencia una mayor proporción relativa del grupo asistencial, con una relación 4:1.

COMPOSICIÓN DEL RECURSO HUMANO  
A DICIEMBRE 2004



Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

	Administrativo	%	Asistencial	%	Total	%
D.Leg 276	2,656	39.72	12,815	44.51	15,471	43.61
D. Leg 728	4,030	60.28	15,978	55.49	20,008	56.39
Total	6,686	100.00	28,793	100.00	35,479	100.00

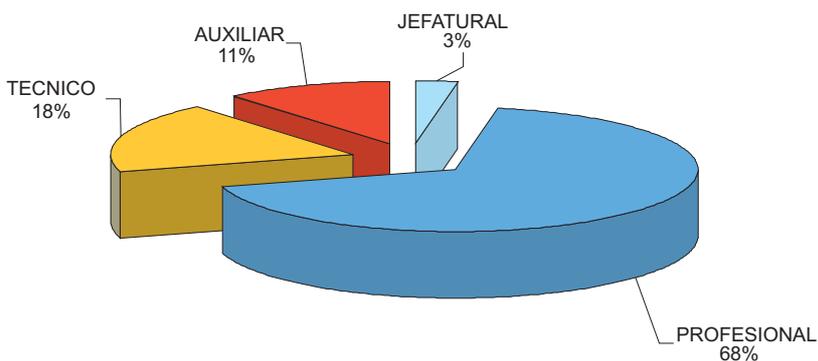
Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Se puede ver del cuadro anterior que los trabajadores pertenecientes al Régimen Laboral del D.Leg 728 son la mayoría, tanto para el grupo administrativo como para el grupo asistencial.



El gran grupo asistencial, que concentra al 81% del personal de nuestra Institución, al dividirse por grupo ocupacional conforma cuatro conjuntos, donde el conjunto mayoritario, con 68%, pertenece al grupo profesional y el grupo de los técnicos y auxiliares suman el 29% del personal institucional, tal como lo muestra el siguiente gráfico:

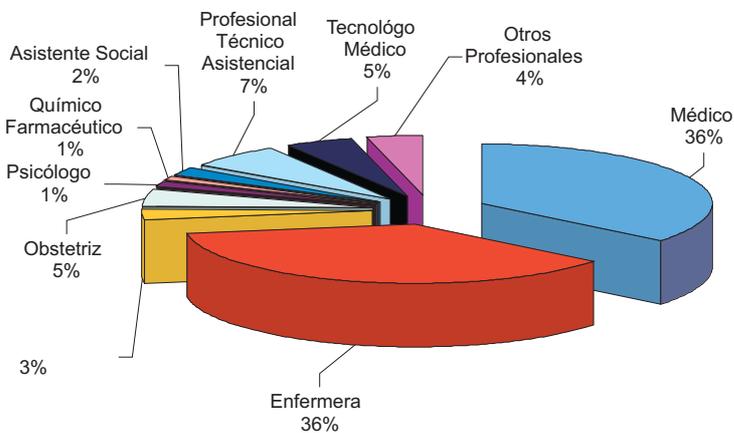
COMPOSICIÓN DEL RECURSO HUMANO ASISTENCIAL POR GRUPO OCUPACIONAL - A DICIEMBRE 2004



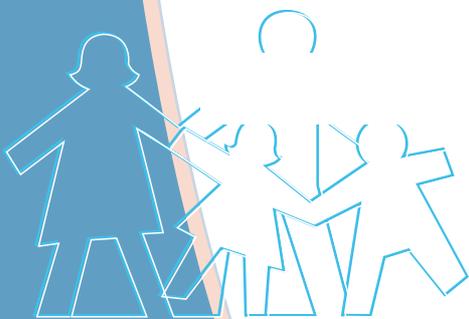
Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Al revisar en detalle podemos encontrar que el grupo Profesional Asistencial, está conformado en su mayoría por Enfermeras (36.68 %) y Médicos (35.82 %), lo cual representa más de las dos terceras partes del este grupo; el tercio restante engloba a los demás profesionales del área asistencial que trabajan en la institución.

COMPOSICIÓN DEL RECURSO HUMANO PROFESIONAL ASISTENCIAL A DICIEMBRE 2004



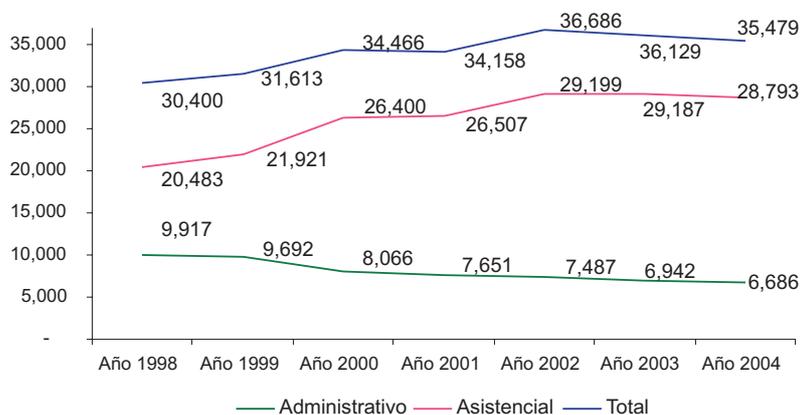
Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD



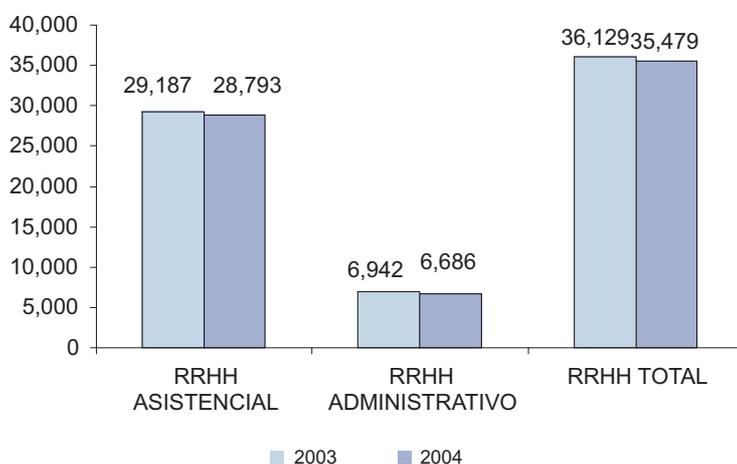
### Evolución del Recurso Humano 1998-2004

Al observar la gráfica siguiente podemos ver que en los dos últimos años el personal asistencial ha mostrado una leve tendencia decreciente, a niveles históricos, básicamente por la reducción a valores históricos del personal en formación tales como SERUM, Internos, Residentes y en menor proporción por el retiro del personal de la Ley 20530; mientras que el personal administrativo continúa la tendencia decreciente de los últimos seis años, haciendo que el total institucional esté presentando ligeramente una curva decreciente por segundo año consecutivo, con una variación de -1.80%.

EVOLUCIÓN DEL RECURSO HUMANO (1998-2004)



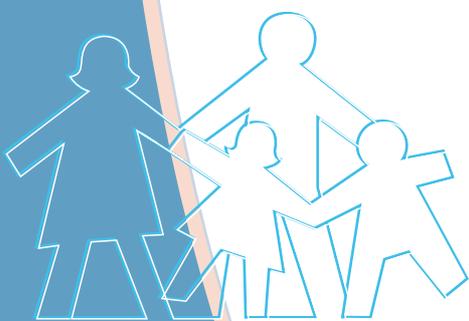
RECURSO HUMANO TOTAL 2003-2004  
(En número de trabajadores)



RECURSOS HUMANOS 2002-2004

	Año 2002	Año 2003	Año 2004
<b>RRHH ASISTENCIAL</b>			
Ejecutivo (E5-E6)	861	848	814
Médicos	7,194	7,085	6,999
Enfermeras	7,334	7,297	7,166
Odontólogos	520	512	538
Químico-Farmacéutico	273	270	240
Obstetricas	966	973	950
Otros Prof. Salud	2,505	2,493	3,645
Técnicos	5,915	5,889	5,266
Auxiliares	3,622	3,820	3,175
Total	29,190	29,187	28,793
<b>RRHH ADMINISTRATIVO</b>			
	7,496	6,942	6,686
<b>TOTAL RRHH</b>	<b>36,686</b>	<b>36,129</b>	<b>35,479</b>

Lo más saltante de la tabla precedente, se encuentra en el incremento que se presenta en el grupo Otros Profesionales de Salud, esto se ha debido, principalmente, al cambio de grupo ocupacional de Técnicos y Auxiliares a Profesional Técnico Asistencial, ocurrido el año 2004.



## CAPACITACIÓN

Durante el año 2004 se han ejecutado 1,578 actividades educativas, generando 31,568 oportunidades de capacitación orientadas a mejorar las competencias de los trabajadores de la Institución, con una inversión de aproximadamente 1,288,117 nuevos soles (sin considerar las licencias con goce de haber).

### OPORTUNIDADES DE CAPACITACIÓN POR GRUPO OCUPACIONAL/CARGOS

EJECUTIVO	MEDICO	ENFERMERA	OTROS ASISTENCIALES	PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	TECNICOS-AUXILIARES ADMINISTRATIVO	TECNICOS-AUXILIARES ASISTENCIALES
1,058	7,247	7,417	4,836	1,458	2,583	6,969
3%	24%	23%	15%	5%	8%	22%

Fuente: SGIG-GPC-OCPD  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

## RECURSOS FISICOS

### Oferta Propia:

La infraestructura asistencial por tipo de establecimiento, que son parte de los recursos físicos de la institución se encuentra divididas por niveles o categorías, es decir: Institutos, Hospitales, Policlínicos, Centros Médicos, Postas, durante el año 2004 sumaron un total de 326 establecimientos y estuvo distribuida de la siguiente manera:

### INFRAESTRUCTURA ASISTENCIAL - 2004

Tipo de Centro Asistencial	Nro	%	Consultorios Físicos	Camas
Posta Médica	179	55%	223	10
Centro Médico	37	11%	108	92
Policlínico	30	9%	303	137
Hospital I	38	12%	302	788
Hospital II	22	7%	349	1,144
Hospital III	9	3%	241	1,069
Hospital IV y N	8	2%	432	3,489
Institutos / Centros	3	1%	13	30
TOTAL	326	100%	1971	6,759

Nota: Sólo incluye oferta propia, no incluye oferta de otras modalidades de atención  
Fuente: SES  
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD



Esta red de centros asistenciales propia permite a nuestra Institución brindar a sus asegurados servicios asistenciales en el ámbito nacional y en todos los niveles de complejidad.

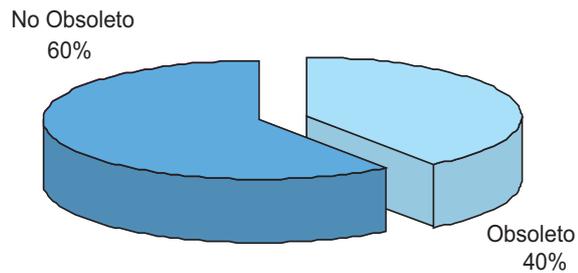
**EQUIPAMIENTO**

Otra parte de los recursos físicos esta conformada por los Equipos Biomédicos, que son los que utiliza el personal de salud en las actividades de diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes, y los Electromecánicos, que son en su mayoría los de apoyo al funcionamiento Hospitalario - Asistencial. Estos equipos se encuentran distribuidos en los distintos centros asistenciales, en distintas proporciones y dependiendo de la complejidad de la atención que brinda cada centro.

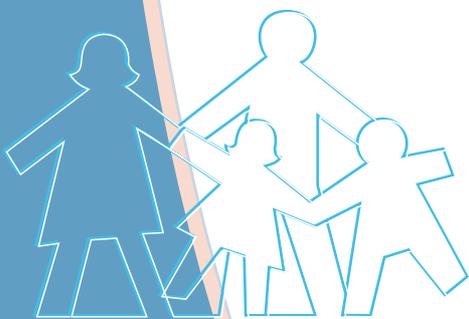
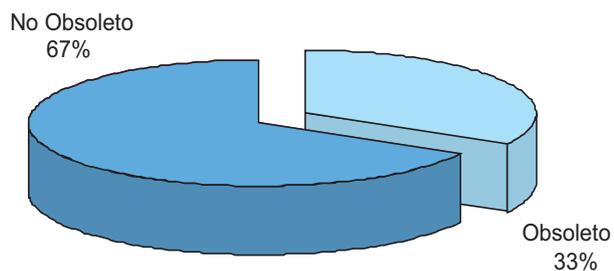
INDICADORES EN CONSULTA EXTERNA ESSALUD 2000-2004

Producción	2000	2001	2002	2003
Consultas Médicas	16,586,716	15,905,992	15,496,315	14,005,572
Oferta Fija	15,457,469	15,015,649	14,638,496	13,121,132
Flexible y Contratada	1,129,247	890,343	857,819	884,440
Consultantes	3,968,894	3,745,711	3,657,337	3,435,319

OBSOLESCENCIA  
Equipamiento Biomédico



OBSOLESCENCIA  
Equipamiento Electromecánico



Según el "Diagnóstico y Evaluación de Tecnologías del Equipamiento Hospitalario en EsSalud " realizado por la Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones, el año 2004, la institución presentaba un grado de obsolescencia a nivel Equipo Biomédico del 40 % y de Equipo Electromecánico del 33 %. (Para considerar si un equipo es obsoleto o no, se compara su antigüedad con la vida útil estimada del mismo; si dicha antigüedad es mayor el equipo es obsoleto).

### **COMPRA DE EQUIPOS (INVERSIÓN)**

Con el resultado de este diagnóstico, la institución decidió la adquisición centralizada de Equipamiento Biomédico durante el año 2004, finalizando el periodo con una inversión total de US \$ 6'499,597.65 dólares.

Se compraron un total de 548 Equipos, beneficiando a 123 Establecimientos de Salud en 26 Redes Asistenciales y 1 Instituto Especializado.

Siguiendo los lineamientos institucionales se priorizaron las áreas para la asignación de equipos, así, el 49.51% de la inversión (\$ 3'218,073.44) se designó a los Equipos para Cuidados Críticos, 21.75% (\$ 1'413,619.36) a los de Sala de Operaciones, 20.34% (\$ 1'322,004.85) a los del área Materno Infantil, y 8% (\$ 519,900.00) a los equipos de Diagnóstico por Imágenes.

Asimismo, finalizando el año, se convocó una Licitación Pública Internacional para la adquisición de equipos biomédicos por un monto referencial total de US \$ 13'883,114.00.

### **CONTRATACIONES Y ADQUISICIONES 2003-2004H**

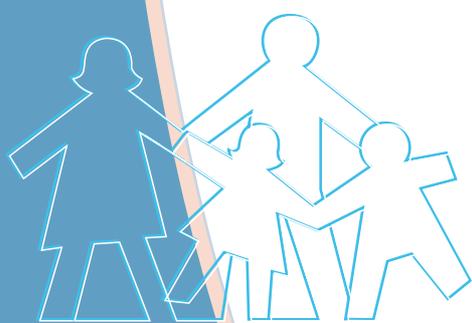
La Institución durante el año 2004 ha realizado diversas contrataciones y adquisiciones, las cuales, comparadas con el año anterior, presentan una disminución de Licitaciones Públicas y Concursos Públicos en un 41% en conjunto y en 28.0% y 90.7% respectivamente. Mientras que se observa un aumento del 34.2 % en las Adjudicaciones Directas, así como en las Adquisiciones de Menor Cuantía en un 67.3%.



Cabe mencionar que las compras institucionales deberán orientarse hacia una forma de adquisición por licitación y/o concurso público y de manera centralizada (conjunta), de modo tal que se aprovechen los retornos a escala (mejores precios), así como ejercer nuestro poder de negociación frente a proveedores. A continuación se detalla un cuadro-resumen con las partidas correspondientes al año 2003-2004:

CONTRATACIONES Y ADQUISICIONES 2003-2004

	Año 2003	Año 2004	Var %
Licitación Pública +Concurso Público	440,022,233	259,449,807	-41.0%
Licitación Pública	348,769,942	250,994,213	-28.0%
* Nacional	59,506,098	21,438,145	-64.0%
* Internacional	47,374,819	23,002,922	-51.4%
* Licitación Pública [Medicamentos]	241,889,025	206,553,146	-14.6%
Concurso Público	91,252,291	8,455,594	-90.7%
* Nacional	91,252,291	8,455,594	-90.7%
* Internacional			
Adjudicación Directa	69,617,195	93,436,055	34.2%
* Pública	28,545,741	33,894,130	18.7%
* Selectiva	41,071,454	59,541,925	45.0%
Menor Cuantía	287,910,012	481,547,847	67.3%
* Adquisición de bienes y contrataciones de servicios	248,698,765	389,419,167	56.6%
* Consultoría y ejecución de obras			
* Adquisiciones y contrataciones por exoneración de procesos	39,211,247	92,128,680	135.0%
Total	797,549,440	834,433,709	4.6%



### III. estados financieros auditados





# BKR

## Noles Monteblanco & Asoc. S.C.

AUDITORES Y CONSULTORES DE NEGOCIOS

### DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

A los señores miembros del Consejo Directivo

#### SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

1. Hemos efectuado una auditoría al balance general combinado del **SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD**, al 31 de diciembre de 2004, y a los correspondientes estados combinados de operaciones, de cambios en el patrimonio y de flujos de efectivo por el año terminado en dicha fecha, los cuales fueron ajustados para reflejar el efecto de la variación en el poder adquisitivo de la moneda peruana, siguiendo la metodología descrita en la Nota 2. La preparación de dichos estados financieros combinados es responsabilidad de la Gerencia General del **SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD**. Nuestra responsabilidad consiste en emitir una opinión sobre los mismos en base a la auditoría que efectuamos. Los estados financieros combinados del año anterior fueron examinados por otros contadores públicos, quienes en su dictamen de fecha 07 de mayo de 2004, emitieron una opinión con salvedades. Estos estados financieros son incluidos en este informe solamente para propósitos comparativos.
2. Nuestro examen fue realizado de acuerdo con normas de auditoría generalmente aceptadas y normas de auditoría gubernamental emitidas por la Contraloría General de la República, excepto por lo mencionado en el párrafo siguiente. Tales normas requieren que planifiquemos y realicemos la auditoría con la finalidad de obtener seguridad razonable que los estados financieros no contengan errores importantes. Una auditoría comprende el examen basado en comprobaciones selectivas de evidencias que respaldan los importes y las divulgaciones incluidas en los estados financieros. Una auditoría también comprende una evaluación de los principios de contabilidad aplicados y de las estimaciones significativas efectuadas por la Gerencia de la Institución, así como una evaluación de la presentación general de los estados financieros. Consideramos que nuestra auditoría constituye una base razonable para fundamentar nuestra opinión.
3. El alcance de nuestra auditoría estuvo sujeto a las siguientes limitaciones :
  - a. Tal como se explica con mayor detalle en la nota 3 a los estados financieros combinados, al 31 de diciembre de 2004 la Institución mantiene vigente el acuerdo unánime N° 247-7-EsSALUD-2004 de fecha 15 de abril de 2004, adoptado por el Consejo Directivo; en relación con las obligaciones previsionales establecidas por los Decretos Leyes N° 20530 y N° 18846; en el sentido de que a la Institución solo le corresponde asumir como responsabilidad máxima, hasta el monto original que para dichos regímenes pensionarios estableció el Decreto de Urgencia N° 067-98 del 15 de enero de 1999 (S/. 2,204.4 millones para régimen del Decreto Ley N° 20530 y S/. 607.1 millones para el régimen del Decreto Ley N° 18846, los cuales, deducidos los pagos y transferencias efectuados desde enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2004, genera a la fecha de estos estados financieros, un saldo por pagar de S/. 585.0 millones y S/. 257.6 millones, respectivamente). Posición que fue comunicada al Ministerio de Economía y Finanzas el 05 de abril de 2004; donde entre otros, se hace mención a los principios de intangibilidad de los recursos de la seguridad social, y a la





inaplicabilidad para propósitos contables de las disposiciones contenidas en el Decreto Supremo N° 043-2003-EF del 28 de marzo de 2003, y la Resolución de Contaduría Pública de la Nación N° 159-2003-EF/93.10 del 12 de marzo de 2003, que establecieron el procedimiento para el registro contable de las obligaciones previsionales de las empresas del Estado, y precisaron los criterios para la determinación de nuevos cálculos actuariales.

Sobre esta posición adoptada por la Institución, que podría derivar en el inicio de una controversia, y requerir interpretaciones y acciones de orden jurídico, en relación con niveles de responsabilidad que debería corresponder a cada una de las partes, así como el establecimiento de importantes provisiones para la atención de los regímenes pensionarios antes mencionados, a partir de la fecha en que el Fondo Salud complete el pago del saldo de las obligaciones previsionales reconocidas en su Balance General al 31 de diciembre de 2004; y excepto por la comunicación del MEF de fecha 26 de julio de 2004, en la cual trasmite su disconformidad con la posición adoptada por la Institución; no se cuenta con mayores elementos concretos que nos permitan establecer una posición sobre la razonabilidad de los saldos de las cuentas de provisión para obligaciones previsionales, involucrados en los estados financieros que se acompañan; por lo cual, somos de la consideración que a la fecha de nuestro dictamen, no es posible determinar el efecto futuro de esta importante situación sobre la situación financiera, los resultados de operaciones y los flujos de efectivo del Fondo Salud al 31 de diciembre de 2004.

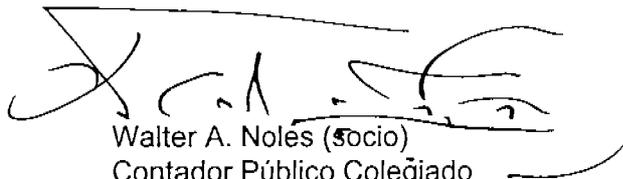
- b. El rubro, inmuebles, maquinaria y equipo que muestra el Balance General combinados al 31 de diciembre de 2004, y que asciende a S/. 1,587.7 millones (neto de la depreciación acumulada correspondiente), no cuenta con información actualizada relativa a su valuación que debería ser establecida a través de una tasación técnica independiente, y que permita conocer el valor de mercado reciente de los bienes que este rubro comprende (la última tasación técnica fue realizada en el año 1994). Debido a ello, no pudimos satisfacernos de la adecuada valorización de los activos que comprende el referido rubro, y consecuentemente de la razonabilidad del saldo al 31 de diciembre de 2004.
  - c. No nos fue posible satisfacernos de la razonabilidad del saldo del rubro Aportaciones por Cobrar a Largo Plazo y su correspondiente contrapartida Ingresos Diferidos, que asciende a S/. 487.2 millones; debido a la limitación que tiene la Institución (en el entorno de las facultades que por Ley le fueron conferidas a la SUNAT en relación con las aportaciones de EsSALUD) para el acceso y control de la documentación fuente de las aportaciones que contribuyen a generar el saldo de esta cuenta. Esta situación, que constituyó una limitación en el alcance de nuestro examen, no nos permitió establecer el posible efecto sobre la situación financiera, los resultados de operaciones y los flujos de efectivo, que pudiera haberse derivado de la aplicación de nuestros procedimientos de auditoría sobre la documentación antes mencionada.
4. En nuestra opinión, dando consideración al efecto de los ajustes que pudieran derivarse de las situaciones expuestas en el tercer párrafo, los estados financieros combinados que se acompañan, presentan razonablemente en todos sus aspectos de importancia, la situación financiera del **SEGURO SOCIAL DE SALUD – EsSALUD**. al 31 de diciembre de 2004, así como los resultados de sus operaciones y sus flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha, de conformidad con principios de contabilidad aplicables a la contabilidad gubernamental en el Perú, que tienen su base en los principios de contabilidad generalmente aceptados.



5. El saldo de obligaciones previsionales del régimen pensionario amparado por Decreto Ley N° 18846 que muestran los estados financieros combinados, y que está pendiente de transferir a la Oficina de Normalización Previsional (ONP), asciende a S/. 257.6 millones al 31 de diciembre de 2004. No obstante, según información de la ONP a dicha fecha, el Fondo Salud, adeuda S/. 455.9 millones. Importe que incluye intereses y gastos administrativos hasta por S/. 158.8 millones, los cuales son desconocidos por la Institución. El convenio suscrito para dicho régimen el 4 de agosto de 1999, no estipula que la Institución esté obligada a pagar intereses y asumir gastos administrativos de la ONP. No obstante, establece que en caso de divergencia, las partes buscarán resolverla dentro de las reglas de buena fé.
  
6. Tal como se detalla en la Nota 21 que se acompaña a los estados financieros, y que forma parte integrante de los mismos; 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), por concepto de pago de pensiones de cesantía nivelables, los cuales se vienen tramitando ante diferentes instancias en el poder judicial. Al 31 de diciembre de 2004, los estados financieros incluyen una provisión de 32.5 millones. Sin embargo existe incertidumbre respecto del monto de la obligación definitiva que pudiera resultar de dichos procesos, sobre los cuales no es posible determinar la posición final.

Lima, Perú  
28 de marzo de 2005

**NOLES MONTEBLANCO & ASOC. S.C.**  
firma miembro de  
**B K R INTERNATIONAL**



Walter A. Noles (socio)  
Contador Público Colegiado  
Matrícula N° 7208



**B K R**  
Noles Monteblanco & Asoc. S.C.  
AUDITORES Y CONSULTORES DE NEGOCIOS

# SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

## BALANCES GENERALES COMBINADOS

AL 31 DE DICIEMBRE DE 2004 Y 2003

(En Miles de Nuevos Soles )

ACTIVOS	2 004	2 003	PASIVOS Y PATRIMONIO	2 004	2 003
<b>Activos corrientes:</b>			<b>Pasivos Corrientes:</b>		
Caja y bancos (Nota 6)	440 492	766 190	Cuentas por pagar comerciales (Nota 17)	123 572	107 142
Valores negociables (Nota 7)	309 076	342 957	Otras cuentas por pagar (Nota 18)	474 677	417 323
Aportaciones por cobrar a corto plazo (Nota 8)	362 023	362 416	Provisión para obligaciones previsionales D.L. 20530 y D.L. 18846 (Nota 19)	458 484	396 799
Otras cuentas por cobrar (Nota 9)	13 712	17 926			
Existencias (Nota 10)	179 112	179 010			
Gastos pagados por anticipado (Nota 11)	3 552	3 869			
<b>Total de activos corrientes</b>	<b>1 307 967</b>	<b>1 672 368</b>	<b>Total de pasivos corrientes</b>	<b>1 056 733</b>	<b>921 264</b>
<b>Aportaciones por cobrar a largo plazo (Nota 12)</b>	<b>550 070</b>	<b>417 152</b>	Provisión para obligaciones previsionales D.L. 20530 y D.L. 18846 (Nota 19)	384 179	954 445
<b>Cuenta por cobrar al Ministerio de Economía y Finanzas MEF D.U.-067 (Nota 13)</b>	<b>286 531</b>	<b>303 315</b>	Provisión para beneficios sociales (Nota 20)	10 406	10 834
<b>Inversiones permanentes (Nota 14)</b>	<b>560 889</b>	<b>232 536</b>	Ingresos diferidos (Nota 12)	487 288	352 987
<b>Inmuebles, maquinaria y equipo, neto (Nota 15)</b>	<b>1 587 756</b>	<b>1 675 970</b>	Provisión para contingencias (Nota 21)	32 559	19 152
<b>Activos intangibles (Nota 16)</b>	<b>10 327</b>	<b>11 819</b>	<b>Total de pasivos</b>	<b>1 971 165</b>	<b>2 258 682</b>
<b>TOTAL DE ACTIVOS</b>	<b>4 303 540</b>	<b>4 313 160</b>	<b>Patrimonio</b>		
<b>Cuentas de orden (Nota 24)</b>	<b>1 909 480</b>	<b>3 565 279</b>	Capital adicional	7 407	7 325
			Excedente de revaluación (Nota 22)	676 898	676 898
			Reservas (Nota 23)	912 614	909 986
			Resultados acumulados	735 456	460 269
			<b>Total de patrimonio</b>	<b>2 332 375</b>	<b>2 054 478</b>
			<b>TOTAL DE PASIVOS Y PATRIMONIO</b>	<b>4 303 540</b>	<b>4 313 160</b>
			<b>Cuentas de orden (Nota 24)</b>	<b>1 909 480</b>	<b>3 565 279</b>

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



# SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

## ESTADO DE OPERACIONES COMBINADOS

POR LOS AÑOS TERMINADOS EL 31 DE DICIEMBRE DE 2004 Y 2003

(En Miles de Nuevos Soles)

	<u>2004</u>	<u>2003</u>
<b>INGRESOS</b>		
Ingresos por aportaciones, seguros y otros (Nota 25)	3 184 259	3 104 847
<b>GASTOS</b>		
Gastos de administración (Nota 26)	(2 996 846)	(3 332 754)
<b>Superávit (Déficit) de operación</b>	<u>187 413</u>	<u>( 227 907)</u>
<b>OTROS INGRESOS (EGRESOS)</b>		
Ingresos financieros (Nota 27)	67 975	64 201
Otros ingresos (Nota 28)	88 494	102 018
Egresos financieros	( 472)	( 372)
Otros egresos	( 30 486)	( 60 177)
<b>Superávit (Déficit) del ejercicio antes de partidas extraordinarias</b>	<u>312 924</u>	<u>( 122 237)</u>
<b>PARTIDAS EXTRAORDINARIAS DE EJERCICIOS ANTERIORES</b>		
Ingresos extraordinario por obligación previsional	--	274 428
Gastos extraordinarios por obligación previsional	--	(1 351 242)
<b>Total partidas extraordinarias de ejercicios anteriores, neto</b>	<u>--</u>	<u>(1 076 814)</u>
<b>Resultado por exposición a la inflación (Nota 5)</b>	<u>( 35 109)</u>	<u>( 39 941)</u>
<b>SUPERAVIT (DEFICIT) DEL EJERCICIO</b>	<u><u>277 815</u></u>	<u><u>(1 238 992)</u></u>

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



# SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

## ESTADOS DE CAMBIOS EN EL PATRIMONIO COMBINADOS

POR LOS AÑOS TERMINADOS EL 31 DE DICIEMBRE DE 2004 Y 2003

(En Miles de Nuevos Soles)

	<u>CAPITAL ADICIONAL</u>	<u>EXCEDENTE DE REVALUACIÓN</u>	<u>RESERVAS</u>	<u>RESULTADOS ACUMULADOS</u>	<u>TOTAL PATRIMONIO NETO</u>
<b>Saldos al 31 de diciembre de 2002</b>	7 238	676 898	915 739	1 693 508	3 293 383
Transferencias	--	--	( 5 753)	5 753	--
Donaciones	87	--	--	--	87
Déficit del ejercicio	--	--	--	(1 238 992)	(1 238 992)
<b>Saldos al 31 de diciembre de 2003</b>	<b>7 325</b>	<b>676 898</b>	<b>909 986</b>	<b>460 269</b>	<b>2 054 478</b>
Transferencias	--	--	2 628	( 2 628)	--
Donaciones	82	--	--	--	82
Superávit del ejercicio	--	--	--	277 815	277 815
<b>Saldos al 31 de diciembre de 2004</b>	<b>7 407</b>	<b>676 898</b>	<b>912 614</b>	<b>735 456</b>	<b>2 332 375</b>

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



# SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

## ESTADOS DE FLUJOS DE EFECTIVO COMBINADOS

POR LOS AÑOS TERMINADOS EL 31 DE DICIEMBRE DE 2004 Y 2003

(En Miles de Nuevos Soles)

	<u>2004</u>	<u>2003</u>
<b>ACTIVIDADES DE OPERACION:</b>		
Cobranza de venta de bienes y servicios e ingresos operacionales	3 215 676	3 104 165
Cobranza de intereses y dividendos recibidos	55 117	44 845
Otros cobros de efectivo relativos a la actividad	54 801	55 501
<b>Menos:</b>		
Pago a proveedores de bienes y servicios	( 585 592)	( 679 394)
Pagos de remuneraciones y beneficios sociales	(1 482 767)	(1 456 958)
Pagos de tributos	( 15 326)	( 25 156)
Otros pagos de efectivo relativo a la actividad	(1 198 560)	(1 044 415)
<b>Efectivo y equivalente de efectivo proveniente de (utilizado en) actividades de operaciones</b>	<u>43 349</u>	<u>( 1 412)</u>
<b>ACTIVIDADES DE INVERSION:</b>		
Cobranza de venta de valores e inversiones permanentes	--	5 489
Cobranza de venta de inmuebles, maquinaria y equipo	1 624	--
Pagos por compra de valores e inversiones permanentes	( 381 435)	( 83 136)
Pagos por compra de inmuebles, maquinaria y equipo	( 22 350)	( 14 521)
Pagos por compra de activos intangibles	( 767)	( 1 450)
<b>Efectivo y equivalente de efectivo utilizado en actividades de inversión</b>	<u>( 402 928)</u>	<u>( 93 618)</u>
<b>Disminución del efectivo y equivalente de efectivo</b>	<u>( 359 579)</u>	<u>( 95 030)</u>
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al inicio del año	1 109 147	1 204 177
<b>Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al final del año</b>	<u>749 568</u>	<u>1 109 147</u>

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

