

MEMORIA ANUAL



2009

MEMORIA ANUAL

2009



LA ENTIDAD

Denominación:

La Entidad se denomina Seguro Social de Salud, siendo su denominación corporativa EsSalud.

Constitución:

EsSalud se crea por Ley N° 27056 como organismo público descentralizado del Sector Trabajo y Promoción Social.

Domicilio Legal:

Av. Domingo Cueto N° 120 - Jesús María, Lima 11 - Perú

R.U.C.: 20131257750

Teléfonos: 265-6000, 265-7000

Página web: www.essalud.gob.pe

Instituto Nacional Cardiovascular - INCOR



Contenido

Contenido	
Presentación	v
I. Nuestra Entidad	1
1.1. Reseña Histórica	1
1.2. Objeto Social	1
1.3. Visión	1
1.4. Misión	1
1.5. Estructura Organizacional	2
1.6. Consejo Directivo	3
1.7. Principales Ejecutivos	4
1.8. Equipo de Trabajo	5
1.9. Red Prestacional	5
II. La construcción de un Seguro Social centrado en el asegurado	6
2.1. Marco de referencia de políticas públicas para el cambio	6
2.2. Cambio de visión respecto al asegurado	6
2.3. Estrategias de intervención	7
III. Fortalecimiento Institucional: Expansión de la oferta	9
3.1. Inversión en infraestructura	9
3.2. Inversión en equipamiento	11
3.3. Inversión en recursos humanos	12
3.4. Ordenamiento de la Oferta de Consulta Externa	12
3.5. Programas especiales	14
3.6. Principales Resultados	15
IV. Modernización: Modelo de atención con énfasis en la prevención	18

4.1. Nuevo modelo de atención primaria	18
4.2. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención	19
4.3. Principales Resultados	23
V. Modernización: Modelo de atención desconcentrado	25
5.1. Nuevo Modelo de Ordenamiento Territorial	25
5.2. Desconcentración de la atención hospitalaria	26
5.3. Principales Resultados	28
VI. Modernización: Mejora de la calidad del servicio	30
6.1. Creación del Sistema Integrado de Atención al Asegurado SIAS	30
6.2. Desarrollo del Plan Nacional de Capacitación en Atención y Servicio al Asegurado	33
6.3. Desarrollo de Manuales, Protocolos y Guías de Atención	34
6.4. Voluntariado Kurame	35
6.5. Módulos de Gestión de Atención	36
6.6. Principales Resultados	37
VII. Modernización: Transformación del modelo de gestión	39
7.1. Gestión por Resultados	39
7.2. Control de la Prestación	41
7.3. Principales Resultados	42
VIII. Resultados Operacionales	44
8.1. Aseguramiento	44



Presentación



Presentación

El Seguro Social de Salud EsSalud es reconocido por sus grandes logros médicos, su tecnología de avanzada en el campo médico y la presencia de su red prestadora a nivel nacional. Sin embargo, a pesar de estas credenciales, la percepción de sus usuarios respecto de la atención durante mucho tiempo no ha sido la más favorable.

La intervención en EsSalud en estos últimos tres años ha estado abocada a transformarlo, a priorizar al asegurado en cada decisión y acción reconociendo que, siendo el aportante, es el único dueño al cual hay que dar cuenta del uso racional de los recursos. Para ello se han delineado y ejecutado dos grandes estrategias: el fortalecimiento de su infraestructura y capacidades y la modernización tanto en la forma de atención a los asegurados así como en la gestión interna.

Al cabo de estos tres años, lo cierto es que se ha construido nuevos hospitales, dotado de miles de modernos equipos, fortalecido los programas de atención preventiva, incrementado la producción asistencial sustantivamente y desarrollado diferentes estrategias de mejora de la atención. También, se ha evidenciado un mejor uso de los recursos e incentivando a quienes se desempeñan mejor, así como se han incorporado nuevos mecanismos de gestión, retribución y alianzas para modernizar la institución en beneficio de los asegurados, entre otros avances importantes.

Finalmente, señalar que la construcción de este nuevo Seguro Social es un proceso, cuyas bases se ha contribuido a delinear y cimentar, pero aún queda un reto significativo por delante.

I. Nuestra Entidad

1.1 Reseña Histórica

El presidente de la República del Perú, General Oscar R. Benavides creó una comisión técnica para la formulación de la propuesta, integrada por el Dr. Guillermo Almenara y los abogados Edgardo Rebagliati y Juan José Calle, quienes elaboran el texto de la Ley 8433 del 12 de Agosto de 1936, que crea la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, para obreros y trabajadores domésticos, posteriormente en 1948 se crea el Seguro Social del Empleado, mediante Decreto Legislativo 10902. Ambos regímenes se unifican durante el Gobierno del General Juan Velasco Alvarado con el Decreto Ley 20212 del 6 de noviembre de 1973 que crea el Seguro Social del Perú, como Institución Pública Descentralizada del Ministerio de Trabajo. En 1980 se promulga el Decreto Ley 23161, que crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), vinculándolo a la Presidencia del Consejo de Ministros. Posteriormente, luego de una secuencia de ajustes normativos, que incluyen al Decreto de Urgencia N° 025-98, del 18 de junio de 1998 que adscribe al IPSS al Ministerio de Trabajo, culmina el proceso con la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley 26790 y su reglamento (Decreto Supremo N° 009-97- SA) y la creación de EsSalud en enero de 1999, en un largo y complejo proceso de institucionalización y desarrollo, que nos conduce a ser en la actualidad una institución líder en el campo de la salud en el Perú.

1.2 Objeto Social

EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de Prestaciones de Prevención, Promoción, Recuperación, Rehabilitación, Prestaciones Económicas y Prestaciones Sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros en riesgos humanos.

EsSalud, así mismo tiene la facultad para realizar directa o indirectamente, programas de extensión social para la atención de no asegurados de escasos recursos, cuya financiación deberá sustentarse en sus respectivos convenios suscritos para el efecto.

1.3 Visión

La Visión de la entidad acorde al Plan Estratégico 2008-2011, se expresa como:

«Hacia un servicio centrado en el asegurado que supere sus expectativas y mejore su bienestar».

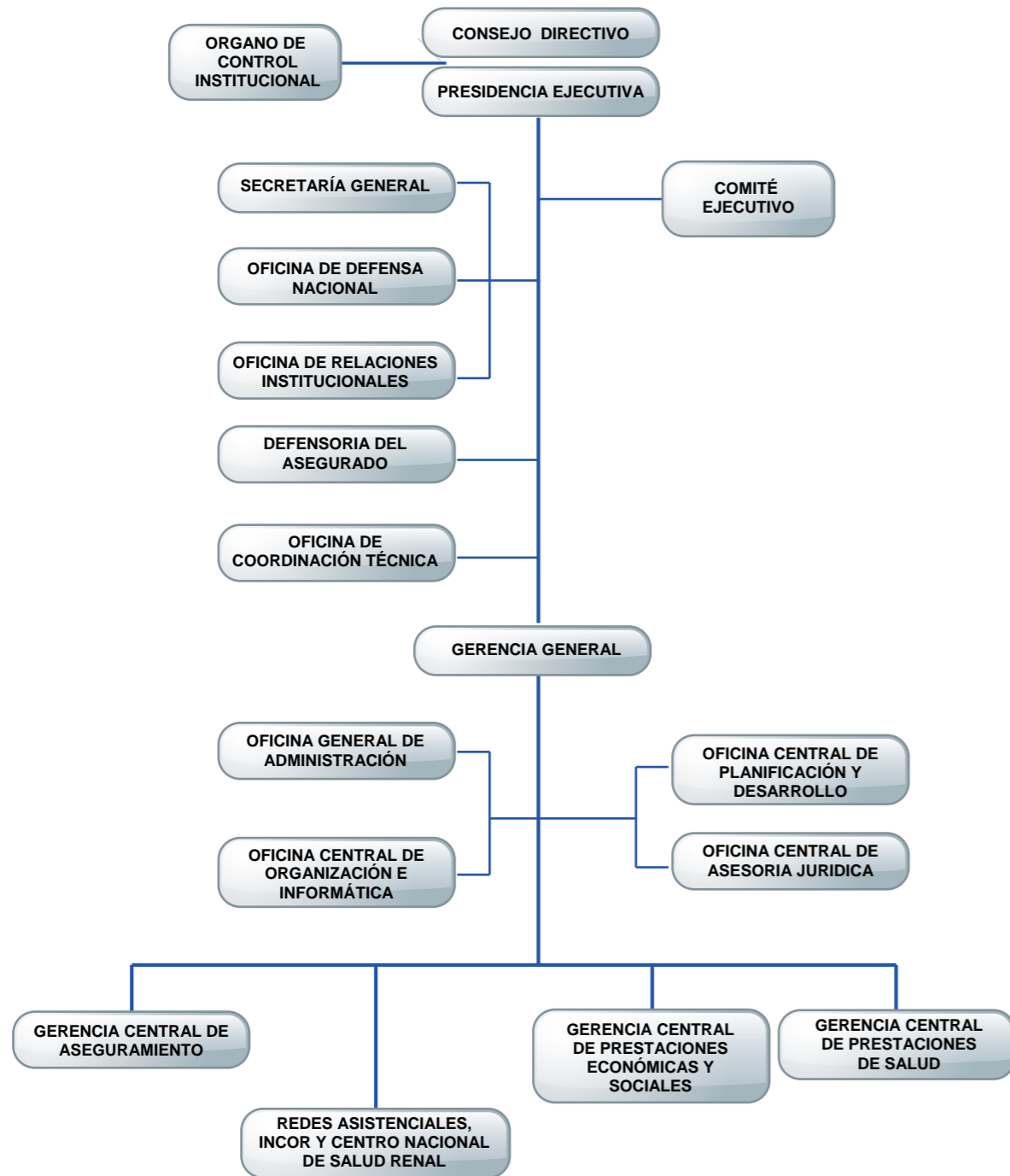
1.4 Misión

La Misión de la entidad acorde al Plan Estratégico 2008-2011, se expresa como:

«Somos un seguro social de salud que brinda una atención integral con calidad, calidez y eficiencia para mantener saludables a nuestros asegurados».

1.5 Estructura Organizacional

Organigrama EsSalud



1.6 Consejo Directivo

- Fernando Barrios Ipenza**
Presidente Ejecutivo
(Desde el 15 de setiembre de 2006)
- Celia María Luisa Peláez Bardales de Arana**
Representante del Estado - Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
(Desde el 09 de marzo de 2007)
- Elías Melitón Arce Rodríguez**
Representante del Estado - Ministerio de Salud
(Desde el 03 de julio de 2007)
- Eduardo Llosa Barber**
Representante de los Empleadores - Gran Empresa
(Desde el 10 de junio de 2005 – Hasta el 03 de julio de 2009)
- José Antonio Velarde Talleri**
Representante de los Empleadores - Gran Empresa
(Desde el 23 de julio de 2009)
- José María López de Romaña Montenegro**
Representante de los Empleadores - Mediana Empresa
(Desde el 07 de setiembre de 2006)
- Hilda Graciela Fernández-Baca de Valdez**
Representante de los Empleadores - Pequeña y Micro Empresa
(Desde el 21 de setiembre de 2005 – Hasta el 05 de octubre de 2009)
- Gianna Macchiavello Casabonne**
Representante de los Empleadores - Pequeña y Micro Empresa
(Desde el 22 de octubre de 2009)
- Carmela Asunción Sifuentes de Holguín**
Representante de los Trabajadores y Asegurados - Régimen Laboral Público
(Desde el 14 de febrero de 2008)
- Elías Grijalva Alvarado**
Representante de los Trabajadores y Asegurados - Régimen Laboral Privado
(Desde el 04 de julio de 2007)
- Marco Alejandro Ubillús Carrasco**
Representante de los Trabajadores y Asegurados - Pensionistas
(Desde el 05 de julio de 2007)

1.7 Principales Ejecutivos

Fernando Barrios Ipenza
Presidente Ejecutivo

Javier Ángel Rosas Santillana
Gerente General

Leonor Irma Ponce Luyo
Secretaria General

Carmen Barrantes Pérez
Jefe de la Oficina General de
Administración

Pilar Frisancho Cabrera
Defensora del Asegurado

César Enrique Chanamé Zapata
Gerente Central de Aseguramiento

Jaime Enrique Sobrados Tapia
Gerente Central de Logística

Julián Berrocal Flores
Gerente Central de Recursos Humanos

Aldo Aníbal Dávila Cainero
Jefe de la Oficina Central de
Organización e Informática

Luis Felipe Moy Favre
Jefe de la Oficina Central de
Asesoría Jurídica
(Hasta el 23 de abril de 2009)

Diana Mariela Coci Otoyá
Jefe de la Oficina Central de
Asesoría Jurídica
(Desde el 23 de abril de 2009 -
Hasta el 29 de abril de 2009)

Edward Víctor Alberto Tovar Mendoza
Jefe de la Oficina Central de
Asesoría Jurídica
(Desde el 29 de abril de 2009)

Félix Rafael Ortega Álvarez
Jefe de la Oficina de Coordinación
Técnica

Alfredo Barredo Moyano
Gerente Central de Prestaciones de
Salud

Alberto Espinoza Valenzuela
Jefe del Órgano de Control
Institucional

Dennis Eduardo Zúñiga Luy
Gerente Central de Prestaciones
Económicas y Sociales
(Hasta el 04 de agosto de 2009)

María Elena Meza Farfán
Gerente Central de Prestaciones
Económicas y Sociales
(Desde el 11 de agosto de 2009)

Pablo Román Maldonado
Gerente Central de Finanzas

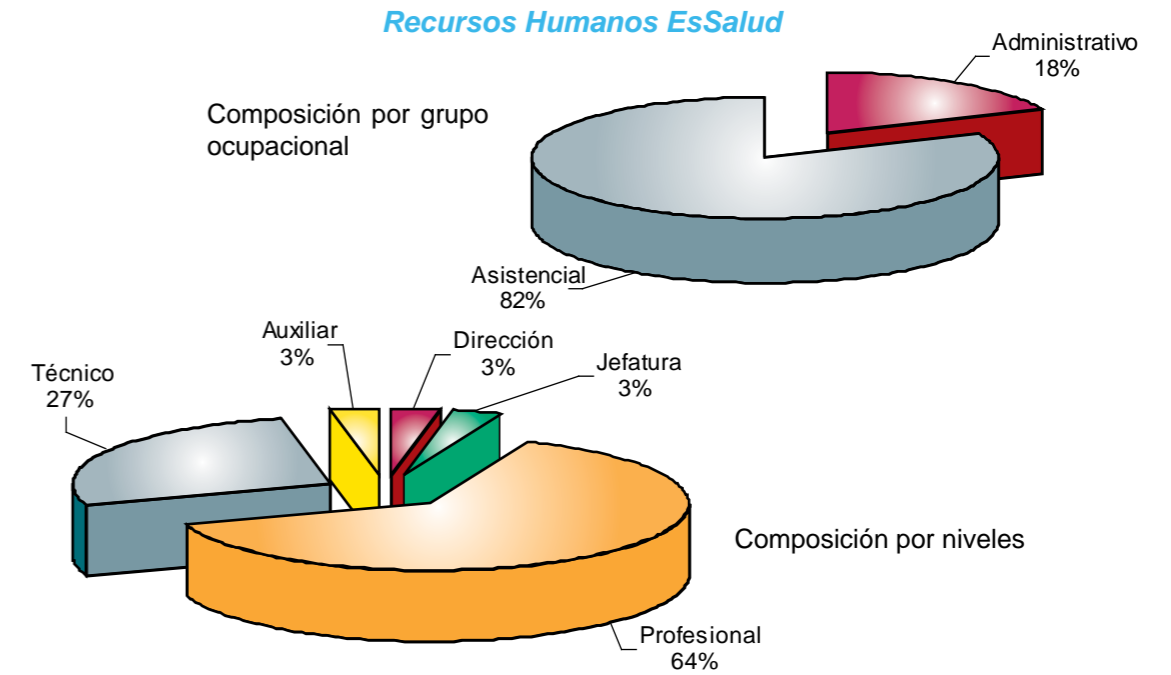
Frans Leo Amelinckx Villanueva
Jefe de la Oficina Central de
Planificación y Desarrollo

Víctor Ángel Guevara Florián
Jefe de la Oficina de Defensa Nacional

Christian Clemente Peralta Navarrete
Jefe de la Oficina de Relaciones
Institucionales

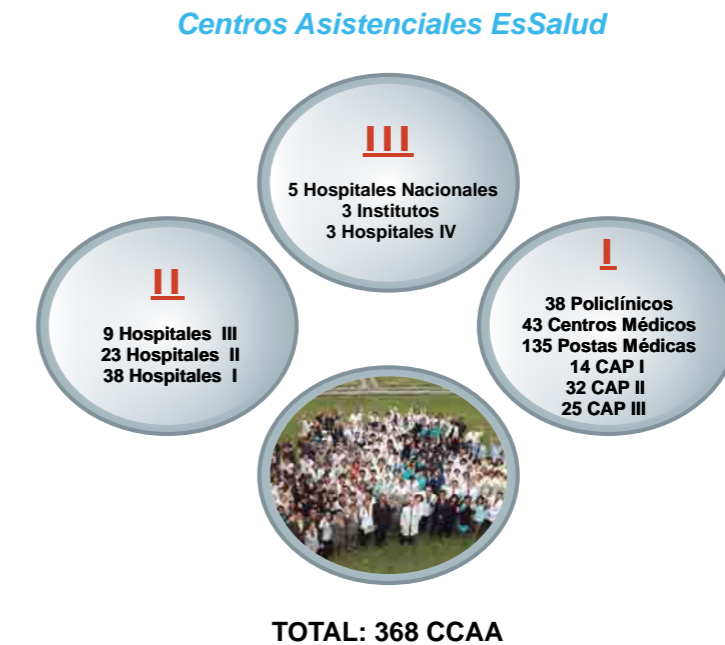
1.8 Equipo de Trabajo

Comprometidos con la tarea de conducción de la Alta Dirección y del equipo gerencial se encuentra el esfuerzo de los colaboradores de la Institución. Al 31 de diciembre de 2009, EsSalud contaba con 40,312 trabajadores distribuidos a nivel nacional según la composición por grupo ocupacional y por niveles:



1.9 Red Prestacional

El esfuerzo humano, tanto directriz como operativo, requiere de recursos físicos acorde al rubro de la salud los cuales se encuentran desplegados a través de nuestra red prestacional la misma que se agrupa en niveles de acuerdo a su grado de complejidad, como se presenta en el siguiente gráfico:



II. La Construcción de un Seguro Social Centrado en el Asegurado

2.1 Marco de referencia de políticas para el cambio

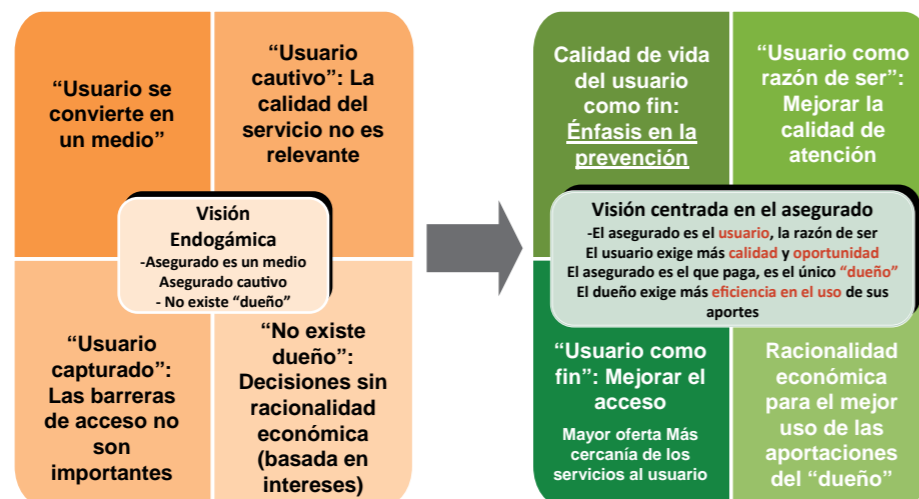
Son dos las líneas de política pública -ciertamente muy entrelazadas- a las cuales EsSalud se engarza, pues sirven para delinear acciones que responden a los problemas estructurales de la Entidad, por un lado, la revalorización del ciudadano como núcleo y, por otro, el aseguramiento universal en salud.

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344) plantea el compromiso del Estado Peruano de garantizar el acceso de todos los grupos de población a la atención de salud a partir de un esfuerzo sostenido en financiar un plan de prestaciones para una parte importante de la población peruana que no accede a los servicios de salud.

2.2 Cambio de visión respecto al asegurado

La propuesta de modernización de EsSalud pone en vigencia la denominada revalorización del ciudadano como el elemento central de las políticas públicas. Esto se plasma en el Se-

Cambio hacia una visión centrada en el asegurado



En el nuevo enfoque, el acceso del asegurado al servicio se convierte en prioritario. Es importante eliminar las barreras de acceso de diferente índole sea a través de una mayor oferta y/o acercando el servicio al usuario.

Bajo la nueva visión tienen un mayor contenido las acciones en procura de mejorar la calidad de la atención de los usuarios. Se considera que una adecuada calidad de atención es concordante con el reconocimiento del derecho ciudadano a la salud.

También, en el nuevo esquema el reconocimiento de la existencia de un “dueño”, obliga a la introducción de elementos de racionalidad económica que permitan que las decisiones encuentren un balance entre la oportunidad, calidad y costo racionalidad en la prestación de servicios.

Finalmente, esta nueva visión configura a EsSalud no sólo como un gran prestador sino como garante de una prestación oportuna, de calidad y a costos razonables.

Finalmente, esta nueva visión configura a EsSalud no sólo como un gran prestador sino como garante de una prestación oportuna, de calidad y a costos razonables.

2.3 Estrategias de intervención

En ese contexto y para transformar esta nueva visión en una realidad, es necesario desarrollar una estrategia de intervención sostenible. La misma tiene dos grandes componentes: el Fortalecimiento de la Entidad y la Modernización Institucional.



Fortalecimiento de la Entidad

Si una institución, como EsSalud a mediados del 2006, tenía un severo déficit y problemas recurrentes en sus capacidades materiales y humanas, lo primero era desarrollar un agresivo programa para revertir esta situación. Esta línea de acción tiene por objetivo fortalecer las capacidades tanto materiales (infraestructura y equipamiento) como humanas.

Modernización de la institución

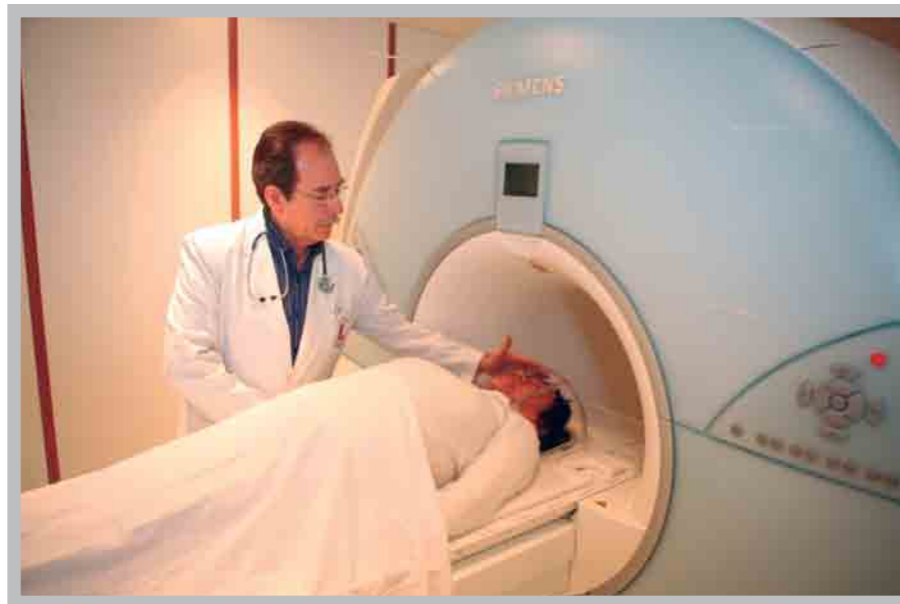
La propuesta de modernización de la institución recoge las mejores prácticas internacionales adaptadas a nuestra realidad y se delinea en dos frentes:

- (1) transformación del modelo de atención, y
- (2) cambio del modelo de gestión.

Respecto a la transformación del modelo de atención, la evidencia de años de fracasos en las intervenciones en salud, llevan a concluir que es necesario cambiar la forma cómo llegamos a los asegurados, cómo los atendemos. Esta transformación se asienta en tres líneas de trabajo: (a) rotar el énfasis a lo preventivo, (b) eliminar la barrera geográfica a través de la desconcentración de la atención y (c) mejorar la calidad del servicio.

En relación al cambio del modelo de gestión, no sólo son necesarios las modificaciones de cara al asegurado, es necesario que los mecanismos y procesos que están detrás de la atención también sean sustantivamente reemplazados. Por ello que esta intervención se asienta en lo siguiente: (a) modificar el sistema de asignación de recursos, pues es evidente que la asignación de recursos vía presupuestos históricos no genera estímulos para la eficacia ni eficiencia, (b) desconcentrar la gestión, pues las unidades que afrontan la atención necesitan ser ágiles y con un mayor grado de autonomía y (c) generar sistemas robustos de control que permitan retroalimentar la gestión.

Inversión en centros hospitalarios a nivel nacional



III. Fortalecimiento Institucional: Expansión de la Oferta

3.1 Inversión en Infraestructura

Esta estrategia contempló un agresivo plan de inversiones, que involucró una inversión de S/. 1,667.55 millones en la construcción de 29 centros asistenciales con los más altos estándares de calidad y la más alta tecnología. De estos 29 centros, 17 se encuentran en provincia y el remanente en Lima.

Inversión en centros hospitalarios a nivel nacional

RUBRO	N° PROYECTOS	NÚMERO DE CAMAS	MONTO (Mill. Soles)
Total con Recursos Propios	26	2,044	1,279.47
Proyectos bajo modalidad APP's	3	806	388.08
Total General	29	2,850	1,667.55

Fuente: Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones - OCPD



Construcción del Hospital II La Oroya



Vista Panorámica Nuevo Hospital II La Oroya - Set '09



Inauguración del Centro de Medicina Nuclear Arequipa



Obra finalizada del Centro de Medicina Nuclear Arequipa

La inversión global prevista de S/. 1,279.47 millones, con recursos propios, comprende 16 proyectos en proceso de construcción por S/. 538.17 millones, 5 proyectos en proceso de ejecución de expediente técnico por S/. 329.78 millones y 5 proyectos en proceso de selección de postor por S/. 411.52 millones.

Detalle de proyectos de Inversión financiados con Recursos Propios

N°	PROYECTO	NÚMERO DE CAMAS	MONTO (Mill. Soles)
1	Nueva Clínica Geriátrica San Isidro Labrador	130	26.68
2	Ampliaciones Hospital IV Alberto Sabogal	80	7.86
3	Nueva Unidad de Cuidados Intensivos HN Victor Lazarte	18	7.39
4	Ampliación Servicio de Hospitalización del Hospital Marino Molina	60	11.19
5	Equipamiento Estratégico - Bunker Hospital Rebagliati		7.39
6	Nuevo Hospital La Oroya	62	38.22
7	Nuevo Hospital Huamanga	52	32.68
8	Nuevo Hospital Negreiros	120	63.35
9	Proyecto INCOR	100	95.49
10	Nuevo Hospital Tumbes	30	19.73
11	Nuevo Hospital Alto Mayo	20	17.38
12	Nueva Posta Médica Hualgayoc		2.17
13	Nuevo Hospital Chiclayo Oeste	114	55.04
14	Nuevo Hospital Antonio Skrabonja de Pisco	63	41.30
15	Nuevo Hospital Alta Complejidad Red Metropolitana Ica	94	61.78
16	Nuevo Hospital Rene Toche de Chincha	100	50.52
17	Centro Asistencial Virú	10	10.09
18	Nuevo Hospital Tarapoto	63	45.11
19	Nuevo Hospital Chanchamayo	26	40.77
20	Nuevo Hospital Regional de Alta Complejidad de La Libertad	240	166.39
21	Ampliación Consulta Externa y Emergencia Hospital Almenara	78	94.57
22	Nuevo Hospital Abancay	52	76.12
23	Centro de Emergencia de Lima Metropolitana	203	65.88
24	Clínica pediátrica de Lima Metropolitana	133	65.72
25	Nuevo Hospital Cajamarca	70	67.42
26	Nuevo Hospital Huacho	126	109.23
Total Inversión en Proyectos con Recursos Propios		2,044	1,279.47

Fuente: Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones - OCPD

Vista panorámica nuevo Instituto Nacional del Corazón INCOR



3.2 Inversión en equipamiento

El Plan de Inversiones también contempla la adquisición de diverso equipamiento para los distintos centros asistenciales de la Entidad, por un monto de S/. 644.24 millones.

Se adquirieron un total de 16,232 nuevos equipos y la mayor parte ya se encuentra en uso.

Cabe destacar que gracias al esfuerzo conjunto se tienen 50 equipos de alta tecnología que permiten atender enfermedades complejas, incrementando significativamente la posibilidad de diagnóstico y tratamiento a los usuarios.

Acelerador Lineal – RA Arequipa



Tomógrafo - RA Junín

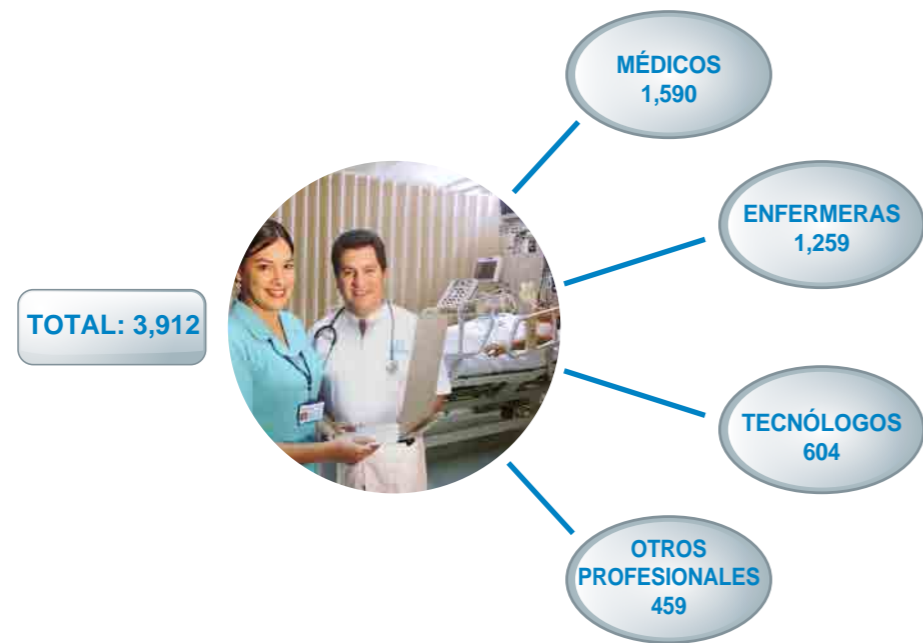


3.3 Inversión en recursos humanos

Pero no solamente la infraestructura y el equipamiento son necesarios para incrementar las prestaciones de salud, todo ello tiene un correlato necesario en la dotación asistencial que brindará el servicio.

Para ello, se ha incrementado la dotación de personal, principalmente asistencial, según resume el siguiente gráfico. Son más de mil quinientos nuevos médicos, mil doscientas enfermeras, seiscientos tecnólogos médicos y otros profesionales -mayormente asistenciales - que se han incorporado para servir a los asegurados en el período 2007-2009.

Incremento de profesionales por grupo ocupacional 2007-2009



Fuente: Gerencia de Planeamiento Corporativo - OCPD

3.4 Ordenamiento de la Oferta de Consulta Externa

Se evaluó que el problema de las colas en las madrugadas no era solamente producto de la falta de oferta sino también obedecía a la falta de un sistema más ágil de otorgamiento de citas. Para ello se trabajó, entre otras iniciativas, en la ampliación del servicio de citas telefónicas – EsSalud en Línea – y en el control de la programación asistencial.

EsSalud en Línea - Lima



Si bien a mediados del 2006 existía un servicio de atención telefónica, su alcance era limitado (21 centros asistenciales) y su uso escaso. Por ello, se desarrolló un proyecto de mayor envergadura. La iniciativa “EsSalud en Línea” es un sistema de otorgamiento de citas, consejería telefónica, información administrativa y de seguros, confirmación de citas a través de la vía telefónica, correo electrónico y página web. Permite al usuario solicitar citas a futuro desde su domicilio, sin necesidad de hacer colas en los establecimientos. Del mismo modo, alinea la demanda de los usuarios (necesidad de citas) con la disponibilidad de oferta (cupos en la programación asistencial).

Actualmente se atiende los 365 días del año, las 24 horas del día y se cuenta con 146 centros asistenciales con dicho servicio (35 en Lima y 111 en provincias). Se atendieron 16'248,149 llamadas en el 2009 y se otorgaron por esta vía el 53% de los cupos programados para citas en las consultas externas.

Principales indicadores de Evolución de EsSalud en Línea 2006-2009

RUBRO	2006	2007	2008	2009
Citados	1,384,262	2,705,904	5,280,127	8,680,079
% Citas Otorgadas respecto al total de Cupos Programados		36%	48%	53%
N° de Centros Asistenciales con EsSalud en Línea	21	101	117	146

Fuente: Gerencia de Operaciones de Salud - GCPS

3.5 Programas especiales

Plan Nacional de Lucha contra las Cataratas

Uno de los programas específicos para reducir embalses históricos y contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población es el de la Prevención de Ceguera por cataratas.

La catarata es la pérdida progresiva de la transparencia del cristalino, lo cual se puede comparar, metafóricamente, con el empañamiento con vapor de una superficie de vidrio. Los hospitales de EsSalud realizan operaciones de calidad, como en los mejores hospitales mundo, es decir, no se ponen puntos. El cirujano hace una incisión muy pequeña en el ojo por donde se absorbe el cristalino opaco mediante el facoemulsificador (equipo de ultrasonido). Inmediatamente después se coloca en su lugar el lente plegable de acrílico de última generación, que se injerta y moldea dentro del ojo. Luego se produce el autosellado y la persona recupera la visión rápidamente y vuelve a su vida normal.

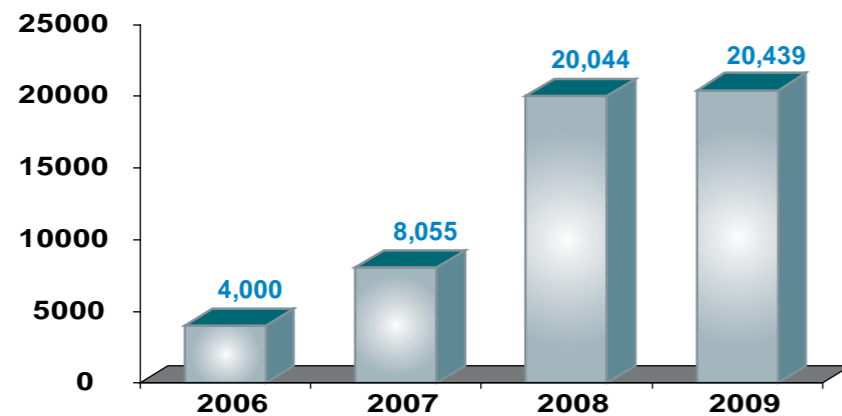
Cirugía de Cataratas



Como se aprecia en el gráfico seguido, el nivel de cirugías de cataratas en la institución era alrededor de 8 mil al año.

Durante el 2008 se implementó el "Plan Nacional de Lucha contra las cataratas" bajo el cual se realizan intervenciones quirúrgicas de cataratas. A fines del 2008 se cumplió con la meta propuesta de 20,000 cirugías. A diciembre 2009 se realizaron 20,439 operaciones.

Evolución de número de cirugías por cataratas 2006-2009

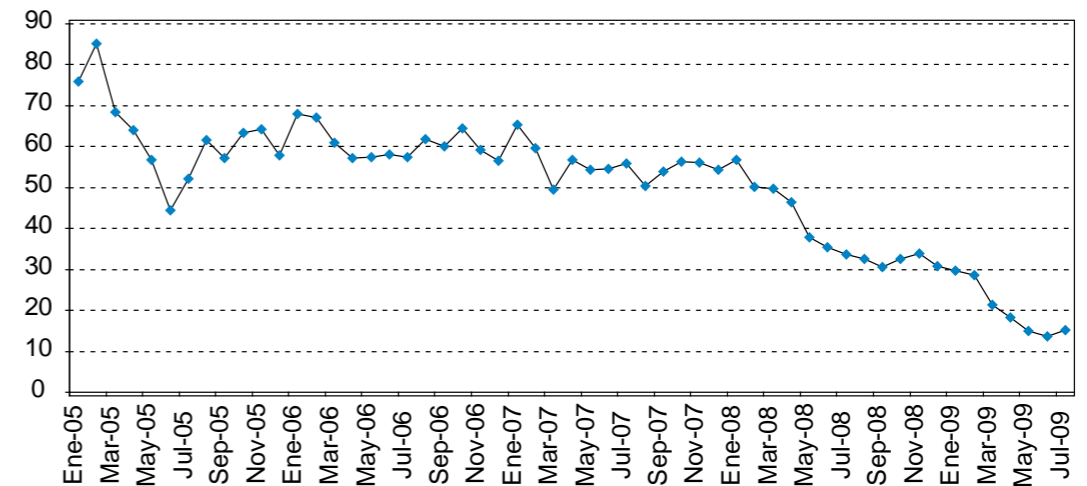


Fuente: Gerencia de Prestaciones Hospitalarias - GCPS

3.6 Principales Resultados

Respecto al problema de las colas para obtener citas, tal como muestra el siguiente gráfico, se ha reducido drásticamente desde inicios del ejercicio 2008, el cual coincide con el reordenamiento de la oferta asistencial y la implementación de citas electrónicas en mayor cantidad de centros.

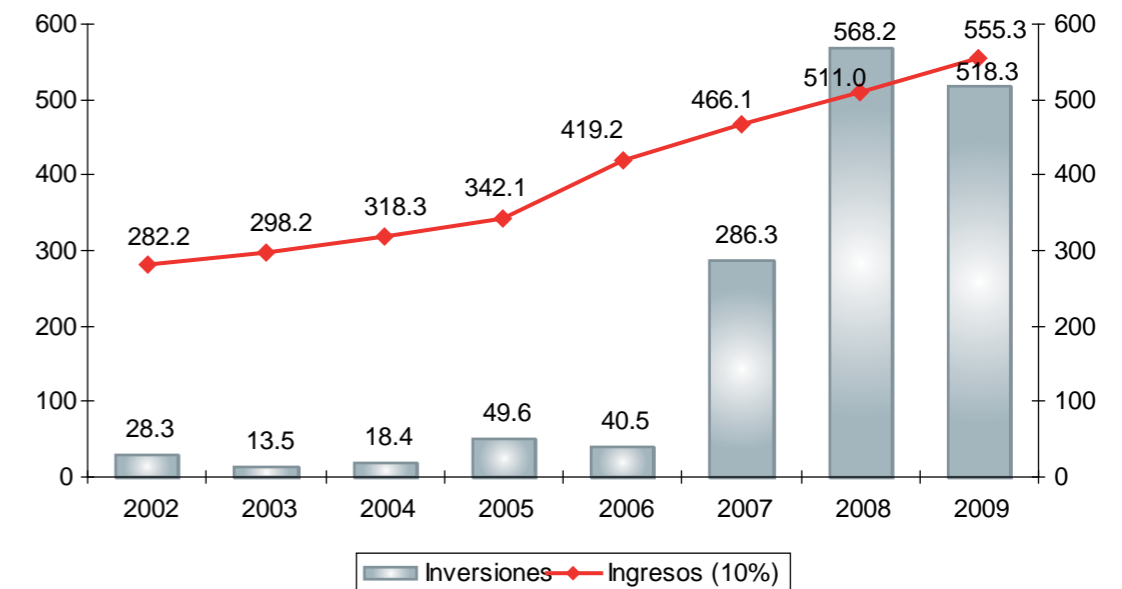
Promedio Mensual de Personas en Cola (Corte 6 a.m.) Enero 2005-Julio 2009



Fuente: Oficina de Planeamiento y Calidad – Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Por el lado de las inversiones, el siguiente gráfico muestra el sustantivo incremento de las mismas a niveles incluso superiores al 10% de los ingresos (Año 2008). Se espera conservar esta tendencia para los siguientes años.

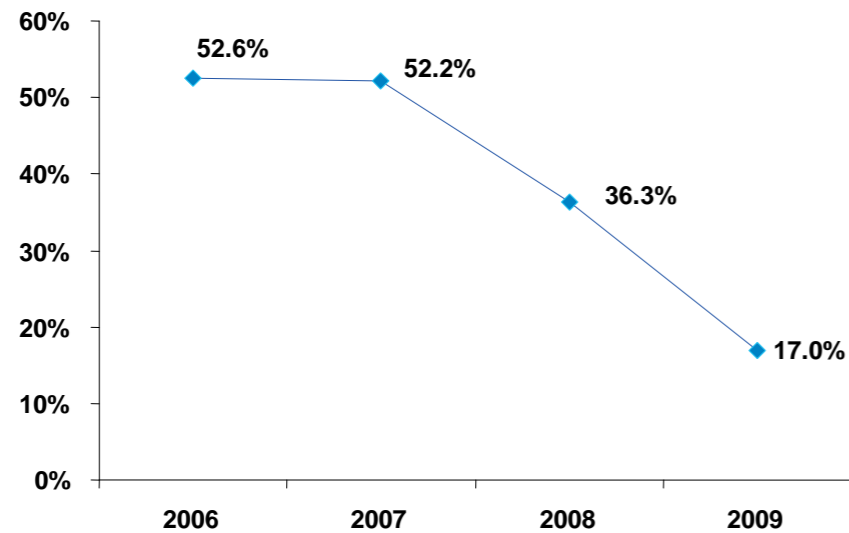
Evolución de Inversiones respecto al 10% de ingresos (En millones de soles)



Fuente: Gerencia de Evaluación de Inversiones – Gerencia Central de Finanzas

La inversión en equipamiento se ha traducido en mayor cantidad y más moderno equipamiento a disposición del usuario. La siguiente gráfica muestra la evolución del nivel de obsolescencia de equipos biomédicos, en el cual se pasa de valores por encima del 50% a valores cercanos al 17% en estos últimos años.

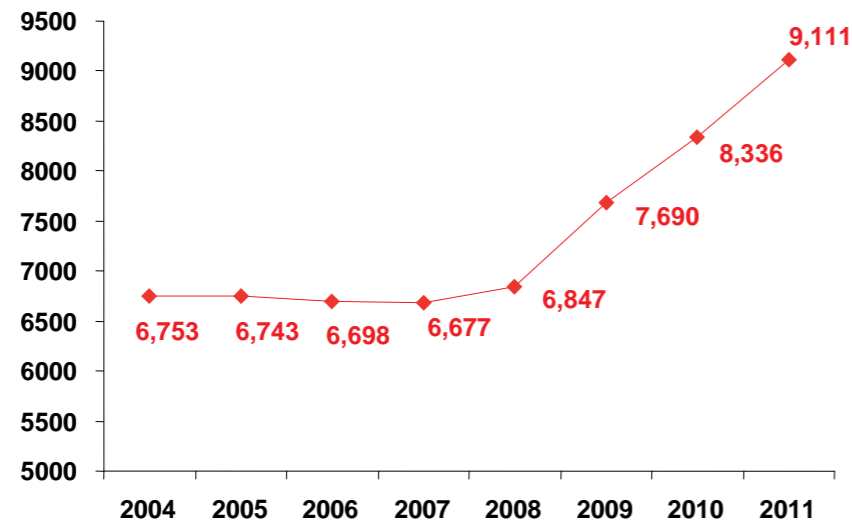
Variación de la obsolescencia del Equipamiento biomédico 2006-2009



Fuente: Gerencia de Ingeniería Clínica - OCPD

La inversión en infraestructura se ha traducido en mayor oferta de camas y consultorios a disposición del usuario. La siguiente gráfica muestra el crecimiento significativo -real y esperado- del stock de camas producto de la puesta en marcha de los nuevos hospitales.

Evolución del Número de Camas 2004-Proyectado 2011



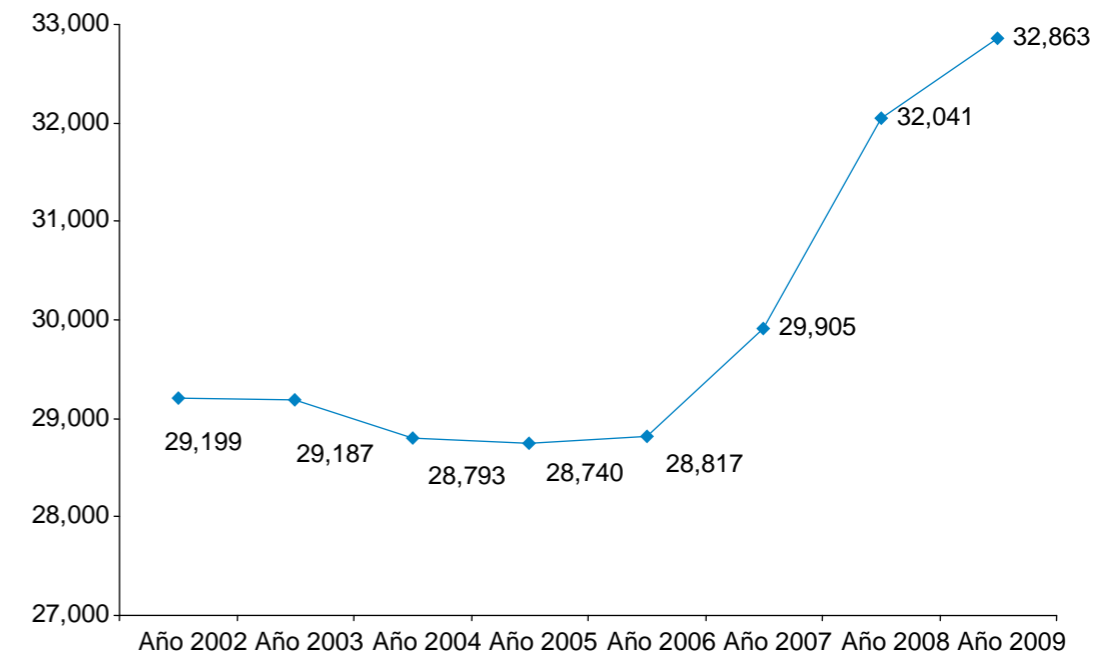
Fuente: Sistema Estadístico de Salud – Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones

Nuevas camillas en la Ampliación del Servicio de Emergencia del Hospital Rebagliati



Finalmente, el siguiente gráfico muestra el incremento de personal asistencial, en todos los niveles de la Entidad, que ahora se encuentra al servicio de los asegurados

Evolución del Recurso Humano Asistencial 2002-2009



Fuente: Gerencia Central de Recursos Humanos

IV. Modernización: Modelo de atención con énfasis en la prevención

4.1 Nuevo Modelo de Atención Primaria

Desde hace décadas se ha propuesto a la Atención Primaria de Salud como una herramienta fundamental para lograr un sistema de salud efectivo. La evidencia internacional señala que los países que se decidieron por sistemas de salud basados en la Atención Primaria tienen hoy en día los mejores y más equitativos resultados sanitarios, son más eficientes y logran una mayor satisfacción del usuario.

Coherente con este enfoque, se priorizó la estrategia de "Atención Primaria", a través de un nuevo modelo de gestión denominado Unidad Básica de Atención Primaria (UBAP), que incorpora los elementos de prestaciones de salud, de zonificación sanitaria, de financiamiento, de gestión de los servicios y de enfoque por resultados sanitarios.



En parte, este modelo es instrumentalizado a través de la creación de centros en el nivel menos complejo, unidades que se encuentran estandarizadas en cartera de atención, equipamiento y dotación de personal.

Consultorios de Atención Primaria totalmente equipados



4.2 Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención

La presencia de los servicios de EsSalud a nivel local era muy limitada. Sólo se disponía en el año 2005 de 245 Centros Asistenciales en el primer nivel de atención, la mayoría en zonas rurales. Actualmente, se ha evidenciado un sustancial incremento en el número de Centros Asistenciales del Primer Nivel de Atención.

En la siguiente gráfica se muestran los principales centros inaugurados en Lima Metropolitana.

Centros de Atención Primaria inaugurados en Lima



Fuente: Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud

Nueva UBAP Bellavista - Callao

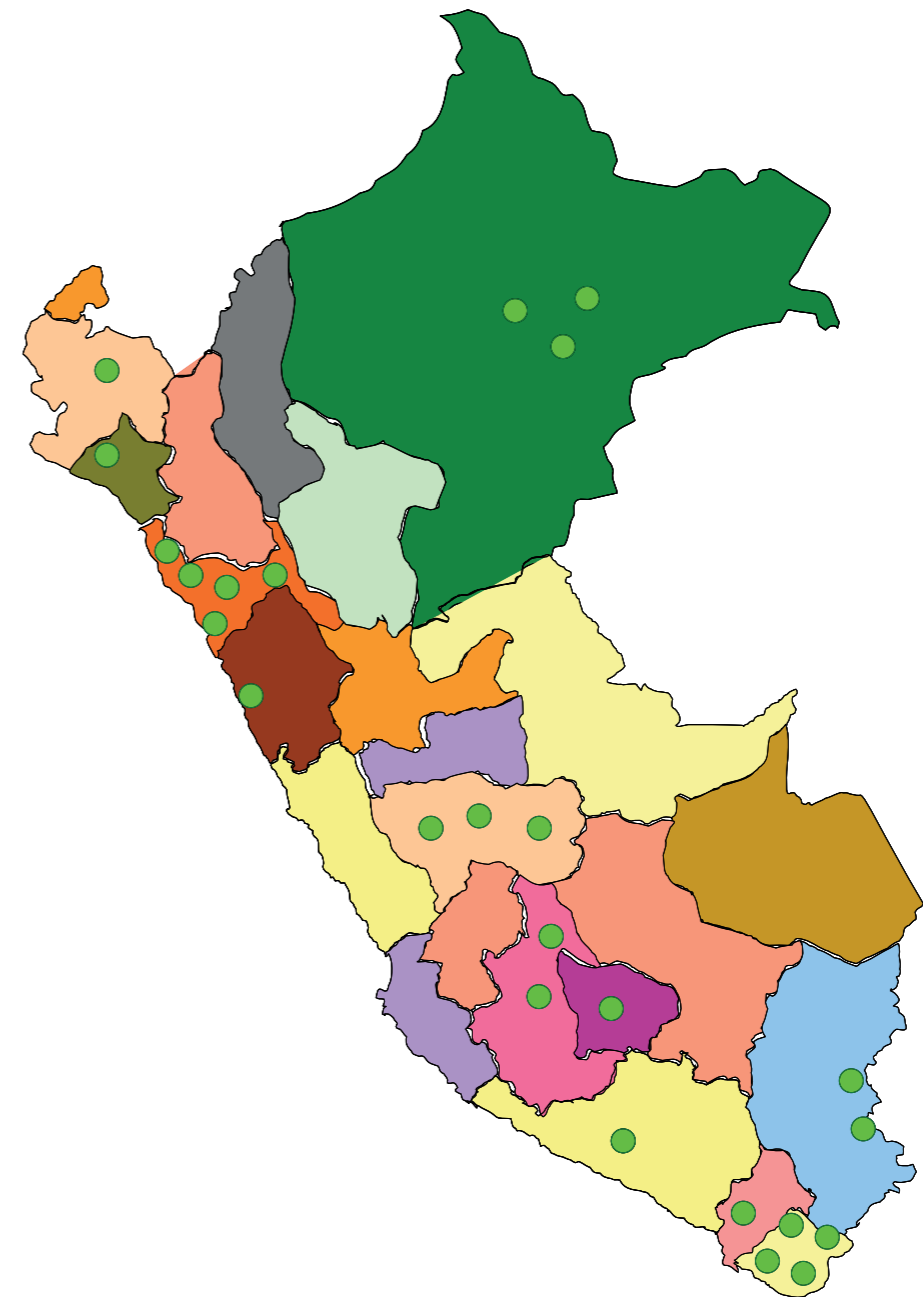


Nueva UBAP Chancay



Asimismo, en la siguiente figura se muestran los principales centros, en provincias, inaugurados hasta fines del 2009.

Centros de Atención Primaria inaugurados en Regiones



Fuente: Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud

Nueva UBAP San Juan Bautista - Iquitos



Esta progresiva expansión de la oferta en el primer nivel de atención, ha logrado incrementar de manera notoria el número de actividades preventivas desarrolladas en este nivel. La tabla presentada a continuación muestra los principales incrementos documentados para el periodo.



4.3 Principales Resultados

Tal como evidencia el siguiente cuadro, EsSalud ha incrementado en un 13.6% el número de centros asistenciales para el período, siendo el 95% de este incremento en establecimientos del primer nivel de atención, donde hemos pasado de 245 a 287 Centros Asistenciales.

Distribución de los Centros Asistenciales de EsSalud según niveles de atención

Nivel de Atención	2005	2009	Incremento
Alta Complejidad	11	11	0.0%
Nivel Intermedio	68	70	2.9%
Primer Nivel	245	287	17.1%
Total	324	368	13.6%

Fuente: Sistema Estadístico de Salud

Modelo de ordenamiento Territorial del Sistema de Prestación de Salud

Actividad	N° de atenciones 2005	N° de atenciones 2009	Porcentaje de Incremento
Consulta Médica	4,291,573	6,561,128	52.88%
Control de Enfermería	1,346,410	2,139,097	58.87%
Sesiones de Terapia Física	186,707	414,999	122.27%
Controles de Obstetricia	559,694	797,625	42.51%
Controles de Nutrición	162,669	286,427	76.08%

Fuente: Sistema Estadístico de Salud

El incremento de las actividades realizadas en el primer nivel de atención expresan no solamente un mayor acceso de la población asegurada a los servicios, sino también la realización de acciones que se espera tengan impacto en la morbilidad y, por ende, en la mejora de la calidad de vida y bienestar de la población asegurada.

Programa de Control Preventivo – Adulto Mayor



Servicio de Radiología

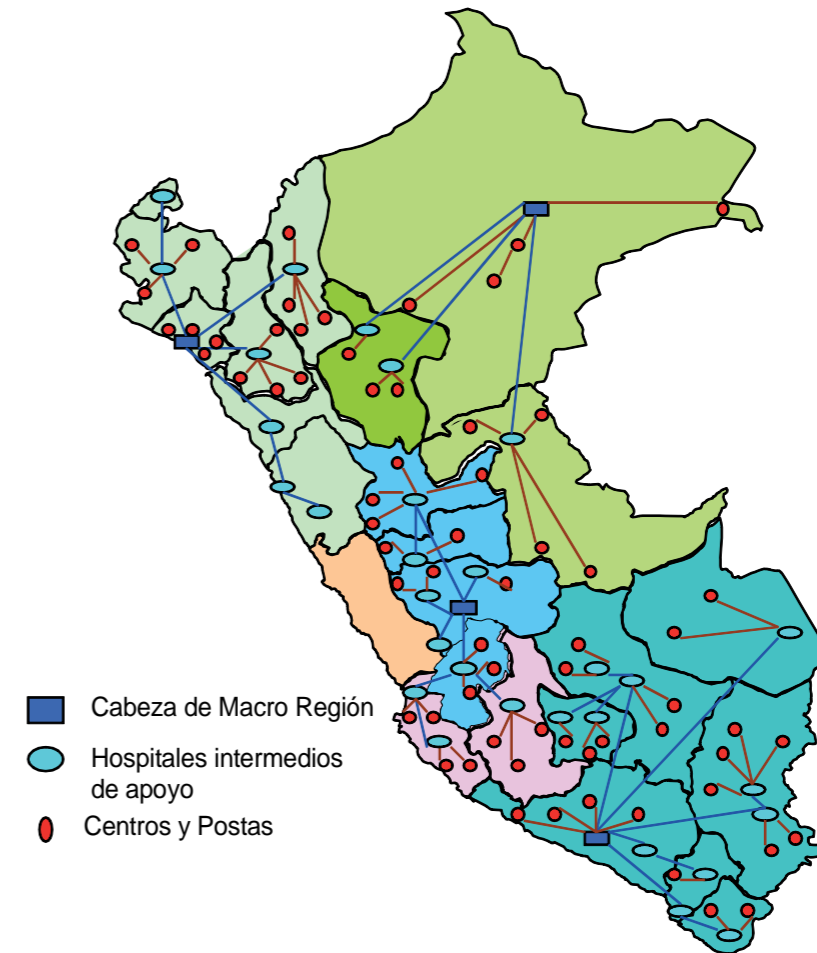


V. Modernización: Modelo de atención desconcentrado

5.1 Nuevo Modelo de Ordenamiento Territorial

EsSalud en concordancia con las políticas de estado que promueven la descentralización y la gestión del territorio, inició un proceso progresivo de rediseño de su oferta prestadora, basado en la premisa de garantizar la presencia efectiva de EsSalud en los distintos territorios que concentren una población de asegurados y la articulación de los distintos territorios a una red de servicios de referencia macro-regional que garantice una mayor equidad en el acceso a los recursos y una mayor eficiencia al aproximar la capacidad resolutoria lo más cerca posible al asegurado. Este reordenamiento territorial confluye con el proceso de expansión del primer nivel de atención, el cual se basa en un rediseño progresivo de la adscripción geográfica de los asegurados, a centros de Atención Primaria que constituyen la puerta de entrada al sistema, con lo cual se avanza significativamente en un ordenamiento de la demanda, introduciendo elementos de eficiencia en la gestión de la red asistencial de EsSalud.

Modelo de ordenamiento Territorial del Sistema de Prestación de Salud

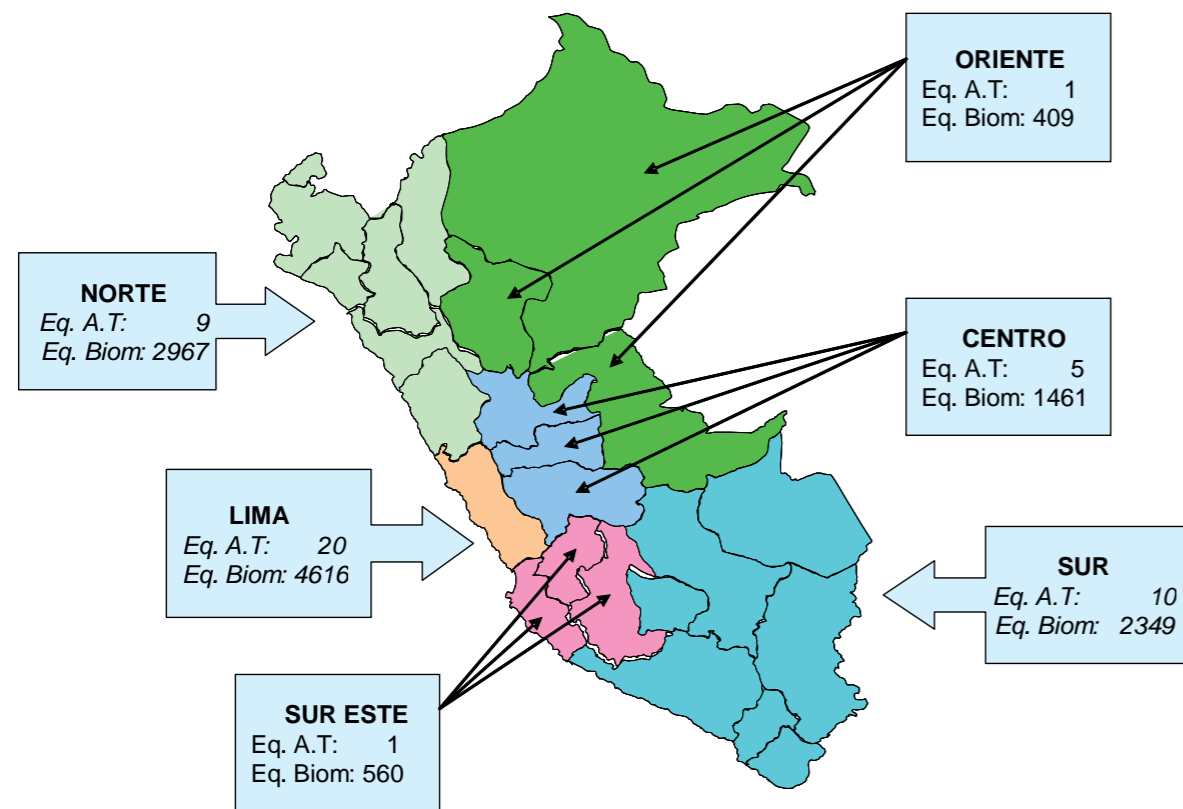


Así tenemos que los territorios locales (a cargo de Centros Médicos, Postas) se articulan con hospitales intermedios de apoyo, local y regional que resuelven una proporción importante de daños y que se despliegan, a su vez, en torno a Hospitales de referencia Macro regionales, donde se concentra el mayor nivel de resolución de EsSalud. Solamente casos excepcionalmente complejos y altamente especializados pasan a los Centros de Referencia e Institutos Especializados de alcance nacional, tal como se observa en el gráfico más arriba.

5.2 Desconcentración de la atención hospitalaria

Coherentes con el enfoque de ordenamiento territorial y con la finalidad de eliminar las barreras de acceso de los usuarios a la atención hospitalaria, EsSalud dispuso la organización de Redes Funcionales de Diagnóstico y Tratamiento. Estas redes se concibieron de forma tal que los asegurados del interior del país pudieran acceder localmente -o a nivel de su macro región- a la máxima capacidad resolutive para resolver su dolencia, sin tener que ser referidos a los centros de alta complejidad de la capital, tal como se observa a continuación en la ilustración:

Creación y fortalecimiento de capacidad resolutive de redes funcionales (Número de Equipos Nuevos)



Leyenda: Eq.: Equipo / A.T.: Alta Tecnología, / Biom.: Biomédico
 Fuente: Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones - Gerencia Central de Prestaciones de Salud

En el marco de la organización de redes macro-regionales, EsSalud desplegó un ambicioso programa de adquisición de equipamiento de mayor tecnología y convocó a nuevos profesionales especializados.

Centro de Medicina Nuclear - Arequipa

Funciona en una jaula de Faraday, que tiene un blindaje de cobre que aísla las radiaciones internas, externas e interferencias electromagnéticas. Cuenta con un área especial donde se almacenan los radioisótopos que utiliza la Cámara Gamma.



Cámara Gamma

Para diagnóstico rápido y preciso de enfermedades complejas, con capacidad de atender a 15 pacientes diarios.

Resonador Magnético

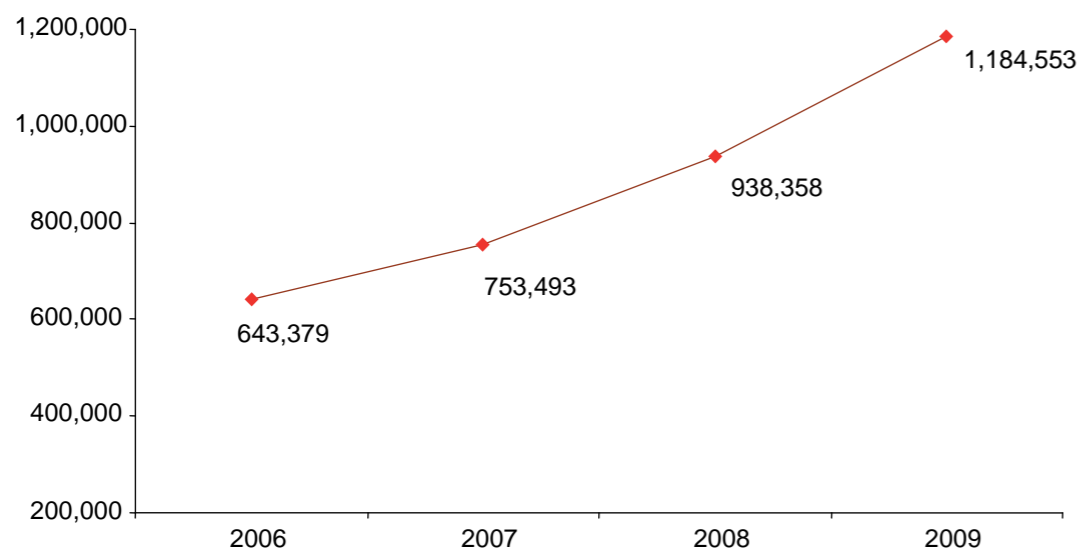
Visualiza en detalle los órganos sin realizar cortes y se utiliza en el diagnóstico avanzado de imágenes del sistema nervioso. Atiende a 20 pacientes diarios.

5.3 Principales Resultados

“Hemos esperado ansiosos el tratamiento adecuado en enfermedades complejas. Ahora no tendremos que viajar a Lima ni acudir a clínicas privadas donde la consulta supera los 300 dólares...” Asegurada Ángela Dueñas – Inauguración de Centro de Medicina Nuclear Arequipa (Enero 2009)

Un primer resultado notorio es el incremento en el flujo de referencias de pacientes, considerando que tienen un acceso más inmediato geográficamente. Como puede apreciarse en el cuadro las referencias pasaron de 643,379 el 2006 a 1'184,553 el 2009, lo que implica un incremento del 84%, que expresa un mayor número de asegurados que acceden a la atención en una dinámica de oferta en red de servicios.

Evolución de Número de Referencias a Nivel Nacional



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Un segundo resultado es que los problemas son resueltos - relativamente - cada vez menos por los hospitales de alta complejidad de Lima. Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, si bien en términos absolutos las referencias de ambos hospitales se han incrementado durante el periodo 2006-2009 su participación relativa respecto del flujo total de referencias ha disminuido de 33% a 23% en el mencionado lapso.

Participación de Hospitales Nacionales de Lima del total de Referencias

HOSPITAL	2006	2009
Hospital Rebagliati	115,566	145,494
Hospital Almenara	96,759	127,867
Total Rebagliati + Almenara	212,325	273,361
% Respecto Total de Referencias	33%	23%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Un tercer resultado importante muestra que cada vez los problemas son -relativamente- resueltos en los niveles intermedios de complejidad. Así se puede apreciar que la participación de los hospitales de mayor complejidad (Hospitales Nacionales y Hospitales IV) se ha reducido de un 65% a un 56% del total de referencias a nivel nacional, lo cual significa que los niveles intermedios (HIII, HII y HI) están absorbiendo la mayor cantidad de referencias del sistema.

Evolución del número de referencias 2006-2009

AÑO	Referencias	DESTINO							TOTAL
		H.N + H.IV	H. III	H. II	H. I	POL	CM	PM	
2006	Referencias	417,320	92,782	77,395	29,635	22,783	2,642	822	643,379
	Participación %	65%	14%	12%	5%	4%	0%	0%	100%
2009	Referencias	656,438	193,223	156,354	101,261	66,044	2,710	2,832	1,178,862
	Participación %	56%	16%	13%	9%	6%	0%	0%	100%
	Crecimiento 2006-2009 %	57%	108%	102%	242%				83%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Nota: No considera transferencias a PADOMI

VI. Modernización: Mejora de la calidad del servicio

Para mejorar la calidad de atención al asegurado así como la percepción de éste respecto al trato que recibe y hacia la Institución, se planteó un nuevo sistema de gestión de calidad del servicio que, partiendo de una filosofía de servicio, despliega un nuevo sistema de gestión de calidad el mismo que se resume en el gráfico siguiente y que orienta las estrategias que se explican en los numerales subsiguientes.

Sistema de Gestión de Calidad de Servicio



6.1 Creación del Sistema Integrado de Atención al Asegurado SIAS

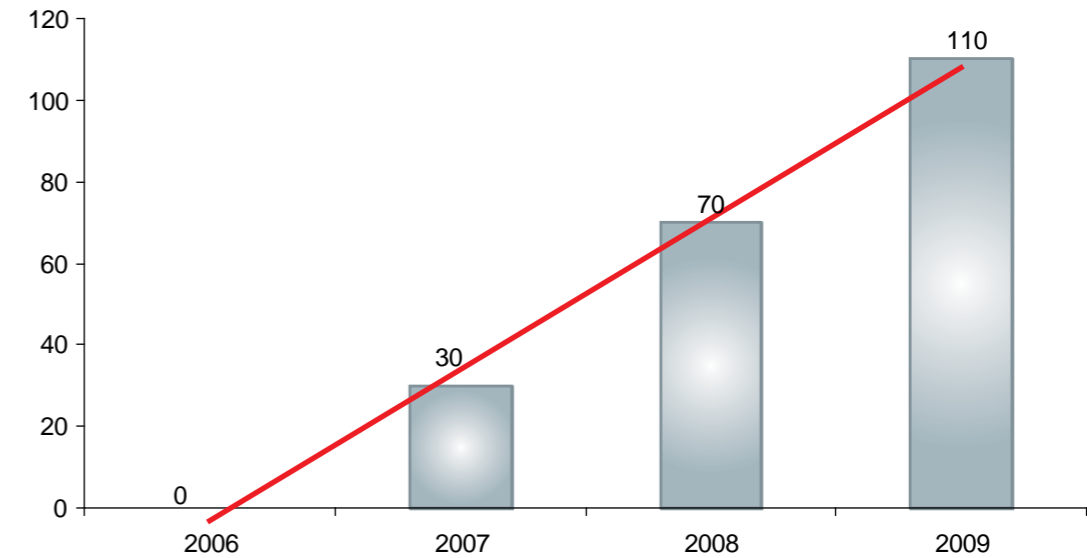
A mediados del 2006, los asegurados no contaban con un canal único especializado ni institucionalizado para acoger sus demandas o reclamos. Fue así que se diseñó e implementó el Sistema Integrado de Atención al Asegurado (SIAS) para generar e institucionalizar espacios de escucha y atención a sus inquietudes e insatisfacciones con la finalidad de cautelar sus derechos ante una eventual vulneración de los mismos.

La implementación del SIAS contempló lo siguiente:

- Apertura de las Oficinas de Atención al Asegurado (OAS) en todo el país
- Ordenamiento y clasificación de los reclamos
- Generación de una base estadística confiable
- Aprobación de la carta de Derechos y Deberes del Asegurado
- Motivación y capacitación del personal de las OAS
- Estandarización de los procesos de atención al asegurado

Como parte de las intervenciones previstas en el sistema, se crearon las Oficinas de Atención al Asegurado (OAS). Estas se constituyen en una plataforma de primer nivel de contacto, atención y resolución de los reclamos presentados. En la actualidad, están en funcionamiento 110 oficinas a nivel nacional.

Número Acumulado de OAS implementadas



Fuente: Defensoría del Asegurado

Para efectos de sistematizar y tomar acciones respecto a las quejas presentadas, se desarrollaron sistemas de información y herramientas de gestión (WorkFlow de Reclamos) los cuales permiten dotar de herramientas efectivas de visualización y seguimiento de los procesos de resolución de reclamos de los asegurados. Al inicio del sistema se recibía un promedio de 400 reclamos mensuales, en la actualidad, las acciones del programa han permitido incrementar el nivel de captura de reclamos, con una resolución inmediata de un 88.29%, lo que constituye un logro importante en la gestión de la calidad de servicios de salud en nuestro país.

Oficina de Atención al Asegurado – Hospital Rebagliatti



Implementación de los OAS en los Servicios de Emergencia

Con el objetivo de atender integralmente a los asegurados de los Servicios de Emergencia de los Hospitales Nacionales y el Hospital IV Sabogal y a sus derechohabientes, se implementaron las OAS en los Servicios de Emergencia. Esta atención facilitará la comunicación entre los médicos y los familiares; verificando se lleven a cabo las interconsultas y atendiendo sus reclamos cuando consideran se les ha vulnerado sus derechos.

En el mes de mayo se implementó la OAS del Servicio de Emergencia del Hospital Sabogal con una sola posición, en vista de la demanda de este servicio y se inició el proceso de contratación de personal para las OAS del Servicio de Emergencia del Hospital Rebagliati (3 personas) y para el Hospital Almenara (7 personas). Asimismo se gestionó la compra de mobiliario y equipos de cómputo.

OAS Emergencia – Hospital Almanzor Aguinaga Aguinaga (Chiclayo)



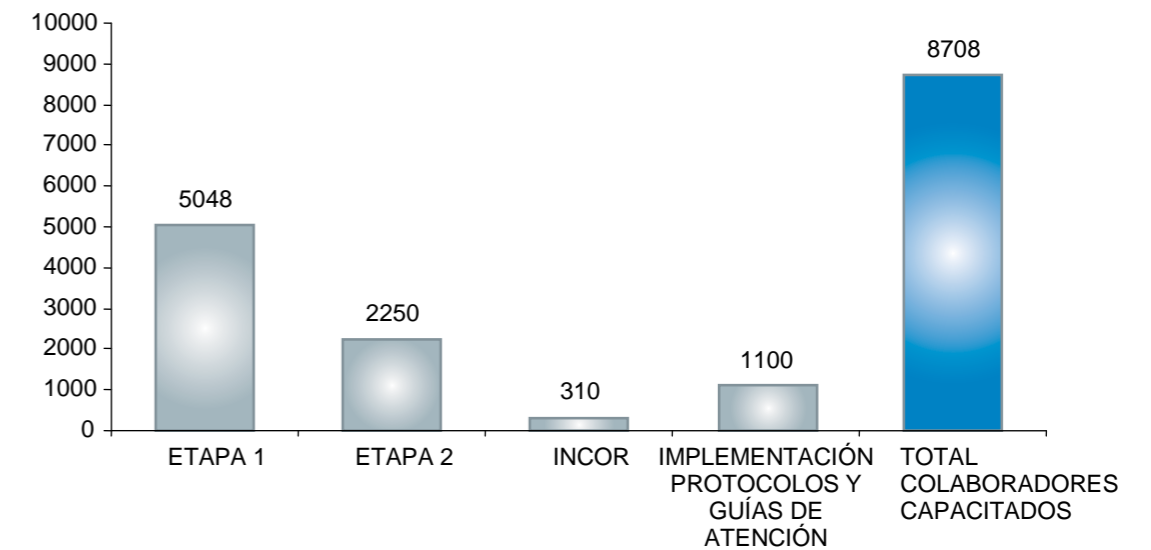
En el Hospital Nacional Carlos Segúin Escobedo, la implementación de la OAS se incluyó en el paquete de requerimientos para la construcción de un nuevo local para el Servicio de Emergencia, culminando esta implementación en el mes de noviembre.

La OAS de Emergencia del Hospital Guillermo Almenara quedó implementada el 21 de diciembre del 2009 y la OAS del Servicio de Emergencia del Hospital Rebagliati se encuentra funcionando desde el 1 de Noviembre y su adecuación se completará como parte de la reforma integral al servicio de Emergencia.

6.2 Desarrollo del Plan Nacional de Capacitación en Atención y Servicio al Asegurado

Un objetivo de esta estrategia fue capacitar y certificar en Calidad de Servicio a los colaboradores de ESSALUD de las Redes de Lima y Provincias que tienen contacto permanente con los asegurados. Se ha logrado capacitar a 8,708 colaboradores de Lima y Provincias, en competencias y técnicas orientadas a mejorar la calidad de servicio, así como la difusión de la Política de Calidad de Servicio y sus atributos.

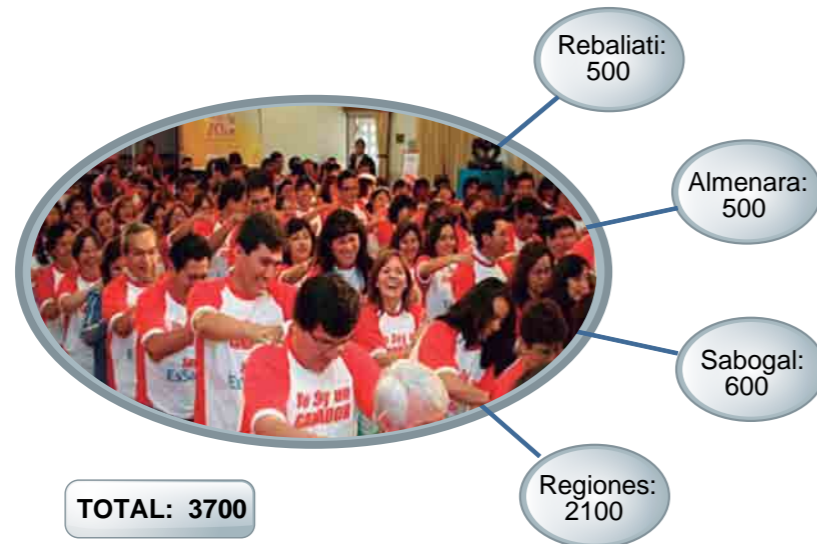
Total de colaboradores capacitados en el Programa Nacional de Capacitación en Servicio y Atención al asegurado



Fuente: Defensoría del Asegurado

Otro objetivo de esta estrategia, para el mismo grupo laboral meta, fue desarrollar talleres motivacionales orientados al cambio cultural, donde el asegurado se convierte en el eje de la labor del trabajador. El programa comprendió 3,700 colaboradores de Lima y Provincias.

Número de trabajadores partícipes de programa motivacional



6.3 Desarrollo del Manuales Protocolos y Guías de Atención

Para implementar los procesos de mejora de la calidad de atención se diseñaron e implementaron un conjunto de instrumentos técnicos denominados Protocolos y Guías de Atención. Las Guías de Atención están dirigidas a los asegurados para informales respecto a los procedimientos de atención a los cuales van a ser sometidos. Por su lado, los Protocolos de Atención están dirigidos a los colaboradores de EsSalud y tienen como objetivo formalizar y normalizar tareas y actividades relacionadas directamente con la atención al Asegurado.

El objetivo del programa es que el paciente sea atendido con calidez humana



Monitoreo y Evaluación de la implementación de los Protocolos y Guías de Atención

El Monitoreo y evaluación del uso de los Protocolos y Guías de Atención se llevó a cabo a través de visitas de monitoreo y del cumplimiento por parte de los Servicios Asistenciales en el llenado de formatos de evaluación a su personal.

Se trabajó la siguiente estrategia para la "Implementación de la Utilización de los Protocolos y Guía de Atención al Asegurado, como parte del Plan Nacional de Mejoramiento de Atención al Asegurado":

- Emisión de la Resolución N° 562-GG-EsSalud-2009 y la Directiva 008-GG-EsSalud-2009. Se normó la implementación de los Protocolos y Guías de Atención para los servicios de Emergencia, Rayos X, Farmacia, Laboratorio, Referencias y Contra referencias, Consulta Externa y en aquellos otros servicios asistenciales que se requiera.
- Preparación del Taller de capacitación para implementación de Protocolos y Guías en las Redes de Lima y Provincias. Se capacitó a los Jefes de Departamento y Servicio en la implementación de los Protocolos de Atención.
- Coordinación con los Directores de las Redes de Lima y Provincia, y los Directores de los Hospitales, mediante el envío de cartas, correos, visitas y capacitaciones grupales e individuales, referente al Plan de Acción.

6.4 Voluntariado Kurame

"Kurame" que en lengua quechua significa sanación, es un innovador voluntariado inclusivo que promueve la participación protagónica y desarrollo integral de miles de jóvenes quienes inspirados por un compromiso ético, constituyen capital social a través del ejercicio responsable de la ciudadanía.

Es el primer voluntariado inclusivo y masivo, creado en el año 2007 y dirigido por jóvenes peruanos, que hoy conforman un equipo organizado y autogestionado por 111 coordinadores – de realidades culturales, sociales y económicas diferentes – con una sola visión de futuro.

A la fecha han pertenecido al programa 18,315 voluntarios, que han realizado o realizan actividades en quince hospitales de EsSalud y en diferentes comunidades precarias del interior del país. En Lima "Kurame" colabora en seis centros hospitalarios y en el interior del país (Piura, Iquitos, Chiclayo, Trujillo, Huancayo, Ica, Ayacucho, Cusco, Arequipa) favorece a nueve centros hospitalarios de diferentes niveles de complejidad.

Actividades que realizan los jóvenes voluntarios:

- **"ABC Hospitalario"**: Nivelación académica a niños hospitalizados. Incentivo de la lectura empleando bibliotecas móviles.
- **"Espacio recreativo"**: Voluntarios comparten sus hobbies con pacientes y realizan "clownning".
- **"Equipo de Apoyo"**: Asistencia a los pacientes hospitalizados en su alimentación y traslado (soporte emocional).
- **"Equipo Preventivo Promocional"**: Promoción de estilos de vida saludables a través de diferentes actividades de información, educación y comunicación (títeres, sociodramas, etc).
- **"Campañas"**: "Kurame" realiza actividades de proyección social, con la finalidad de brindar apoyo a la población en condiciones de vulnerabilidad a fin de prevenir conductas y situaciones de riesgo para su vida, así como fomentar la importancia del cuidado del medio ambiente (talleres de SIDA, embarazos no deseados, anorexia, bulimia en escuelas públicas y hospitales; plantación de árboles; limpieza de playas y ríos; maratones descentralizadas; día mundial contra el trabajo infantil; campaña de información de los derechos del niño, "día del niño"; entre otros).

Se estima que los beneficiarios de las actividades de este programa son 1'351,680 personas y con cobertura nacional*.

(*) Se calcula: 21,120 voluntarios x 4 meses x 8 horas x 2 beneficiarios

Capacitación de voluntarios; Actividad ABC Hospitalario, Control de peso y talla en niños menores de tres años (Huaycán)



6.5 Módulo de Gestión de Atención

Para incidir sobre los tiempos de espera y mejorar los procesos de atención a los asegurados, se instalaron módulos de gestión de la atención en los servicios de consulta externa, lo cual ha permitido un mayor orden y fluidez en el proceso.

Se han instalado la mayor parte de los 468 módulos – 192 en Lima y 276 en regiones – en 106 centros asistenciales. Cada módulo tiene una operadora preparada y un módulo informático y de comunicaciones para gestionar las distintas fases de la atención, desde que el paciente ingresa al centro asistencial, se registra, se atiende, recoge su receta o se programa sus análisis, hasta que se retira.

Los números del proyecto módulos de gestión



**106 Centros Asistenciales con el sistema
468 Módulos de Atención
1,700 Consultorios gestionados**

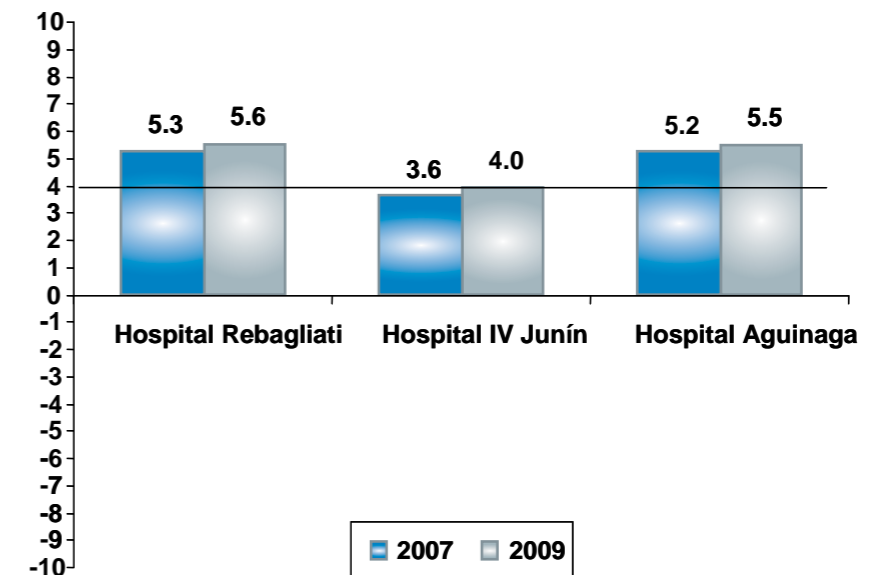
Fuente: Oficina Central de Organización e Informática

6.6 Principales Resultados

Encuestas de satisfacción

Las acciones desplegadas se expresan en una mejora de la percepción que tienen los asegurados respecto a la calidad del trato y de los diversos componentes del proceso de atención. Evaluaciones comparativas, respecto al año 2007, muestran que la calificación global del desempeño de nuestros hospitales ha mejorado en los últimos años como lo muestra el gráfico que se presenta a continuación.

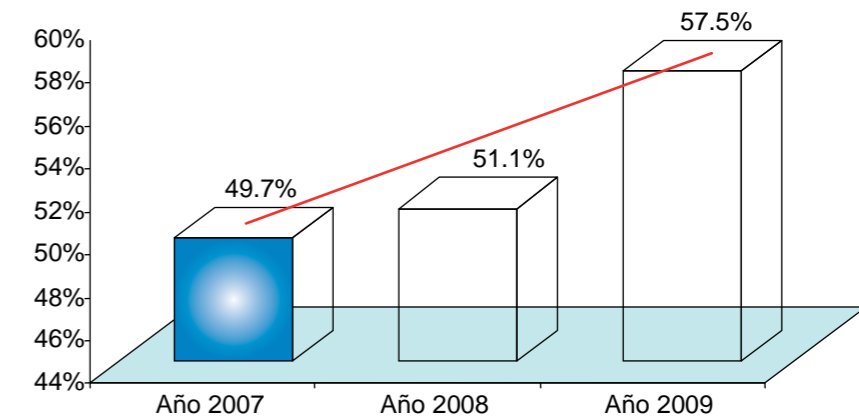
Mejora en la percepción de la calidad de Servicio – Centros Seleccionados



Fuente: Datum Informe Junio 2009

En esta misma línea, tras tres años de fortalecimiento y modernización de EsSalud, la población confía cada vez más en la Entidad. Según una reciente encuesta nacional, EsSalud muestra uno de los mayores incrementos de confianza en la ciudadanía entre las entidades públicas elevándose de 49.7% - en el año 2007 - a 57.5% - en el ejercicio 2009-, y la ubica entre las instituciones más confiables del país.

Nivel de Confianza en EsSalud



Digitalización del Flujo de atención de Reclamos

El Sistema Workflow tiene por objetivo automatizar la secuencia de las tareas que deben realizarse para atender un reclamo, requerimiento de información y pedidos de mediación facilitando el flujo de información y el seguimiento al cumplimiento de plazos según los códigos establecidos.

Actualmente esta implementación comprende todos los CAS de las 3 Redes Asistenciales de Lima, con excepción del Hospital Nacional Rebagliati.

- **Red Almenara:** H.N. Guillermo Almenara, H. III Emergencias Grau, H. II de Vitarte, H. I Aurelio Díaz Ufano, H. I Jorge Voto Bernales, Pol. Chosica, Pol. Francisco Pizarro, Pol. Ramón Castilla, Pol. San Luis.
- **Red Rebagliati:** H.N. Rebagliati, H. II Angamos, H. I Uldarico Rocca, H. I Carlos Alcántara, H. II Cañete, H. II Suárez, Pol. Chíncha, Pol. Juan José Rodríguez Lazo, Pol. Pablo Bermúdez, Pol. Próceres, Pol. Villa María.
- **Red Sabogal:** H. IV Alberto Sabogal, H. I Marino Molina, H. II Gustavo Lanatta Luján, Pol. Fiori, Pol. DonRose, H. II Negreiros, Pol. Mongrut.

Y en Lima en la Gerencia de Oferta Flexible (Padomi y Stae).

En provincias se ha implementado en:

- **Red Asistencial Junín** (Hospital IV Huancayo, Hospital II Hurtado Abadía, Hospital I La Merced, Hospital Río Negro (Satipo), Policlínico Tarma y Policlínico Jauja)
- **Red Asistencial Apurímac** (H II Abancay, HI Andahuaylas)
- **Red Asistencial Tacna** (Hospital III Daniel Alcides Carrión, Hospital I Cono Sur, Hospital I Cono Norte, Policlínico Metropolitano)
- **Red Asistencial La Libertad** (Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray, Hospital I Albrecht, Hospital I Florencia de Mora, Policlínico Moche, UBAP Víctor Larco)
- **Red Asistencial Puno** (Hospital III Puno, Policlínico Ilave, Policlínico Puno).
- **Red Asistencial Juliaca** (Hospital III Juliaca, Hospital I Lampa, Policlínico Azángaro y Policlínico Juliaca).

En síntesis a nivel nacional a fines del 2009 contamos con el Workflow implementado en:

LIMA	PROVINCIAS
3 redes asistenciales (27 CAS) y 1 Gerencia.	6 Redes asistenciales (24 CAS)

VII. Modernización: Transformación del modelo de gestión

7.1 Gestión por Resultados

Para entender el cambio introducido, es necesario indicar que la forma como se basaba la asignación de recursos era bajo presupuesto histórico, es decir, cada año se asignaba a una red asistencial un presupuesto basado en su gasto del año anterior más un plus inflacionario. En este contexto, la asignación de recursos – por red y por trabajador – no se realizaba en función de los resultados que estos obtuvieran, sino que daba lo mismo producir más o producir menos, por lo cual, no había ningún incentivo ni para los gestores ni para los trabajadores.

Para revertir ello, se introdujo un “Modelo de gestión basado en resultados”, mediante el cual los recursos se asignan basados en el cumplimiento de metas y estándares. Este modelo ha tenido distintas estrategias y etapas, como se verá a continuación.

Evaluación de Equipos de Gestores Asistenciales

Anteriormente, no existía en EsSalud un procedimiento estructurado y periódico de evaluación de los resultados obtenidos por cada una de los equipos de gestión de las Redes Asistenciales. Considerando esta falencia, la organización estableció un monitoreo del desempeño asistencial basado en un sistema tipo Balance Score Card, el mismo que alerta sobre el cumplimiento de estándares prestacionales, el uso eficiente de la infraestructura hospitalaria y el logro de metas institucionales.

Tablero de Monitoreo de la Gestión Asistencial

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS				
INDICADORES	Valor Real	Estandar	Verde	Rojo
● PORCENTAJE DE INTERVENCIONES MENORES	24%	50%	50%	60%
● PORCENTAJE DE INTERVENCIONES DE ALTA COMPLEJIDAD	7%	30%	30%	24%
● PORCENTAJE DE HORAS QUIRÚRGICAS EFECTIVAS	89%	89%	89%	85< ; >95
● RENDIMIENTO DE SALA DE OPERACIONES	104	84	84	76
● TASA DE CESAREAS	33%	22%	22%	24%

EMERGENCIA				
INDICADORES	Valor Real	Estandar	Verde	Rojo
● % PRIORIDAD IV CON RESPECTO AL TOTAL DE EMERGENCIAS	8%	5%	5%	6%
● % PRIORIDAD I Y II CON RESPECTO AL TOTAL DE EMERGENCIAS	24%	14%	14%	13%

ODONTOLOGÍA				
INDICADORES	Valor Real	Estandar	Verde	Rojo
● CONCENTRACIÓN DE SESIONES ODONTOLÓGICAS	1.8	3.5	3.5	3.9
● RENDIMIENTO HORA ODONTOLÓGICA	3.0	3.0	3.0	2.7
● GRADO DE CUMPLIMIENTO DE HORA ODONTÓLOGO	88%	90%	90%	86%
● NÚMERO DE TRABAJOS ODONTOLÓGICOS POR SESIÓN	2.4	2.0	2.0	2.2

Fuente: Gerencia de Planeamiento Corporativo - OCPD

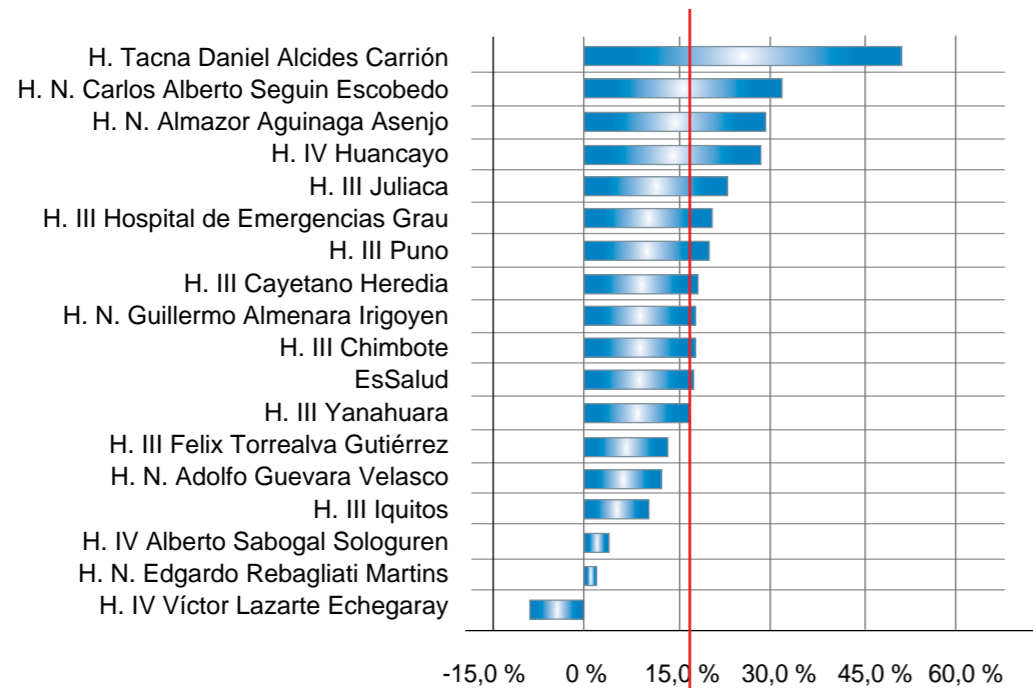
Con dicha información, se establecieron reuniones trimestrales de evaluación, donde se convocaba a los gestores nacionales (28 redes asistenciales) y se les mostraba sus resultados a manera de un ranking. Esto permitió generar un sentido de sana competencia entre redes que se estimulaban por sostener resultados positivos o remontar resultados negativos. También permitió la difusión y socialización de las prácticas más sobresalientes instauradas en cada región. Asimismo, aunada a esta evaluación se implementó una política de meritocracia para la promoción o renovación de los gestores.

Bono por productividad

Un segundo componente de la gestión por resultados es el mecanismo “Bono de Productividad”. Éste es dirigido a todo el personal que labora en los Centros Asistenciales a nivel nacional, en los que se establecen metas de producción grupales por Unidad de Evaluación y cuyo cumplimiento y/o superación los hacen acreedores a un “pago adicional” al del grupo ocupacional correspondiente.

Las metas prefijadas equivalen al incremento del 10% o más de la producción respecto del mismo mes del año anterior. Los procesos involucrados en las metas comprenden las principales actividades asistenciales que brindan los servicios finales de salud: Consulta externa, Cirugías, Hospitalizaciones, Procedimientos de diagnóstico, Radiografías, Laboratorio, controles de enfermería, obstetricia, nutrición, servicio social, atenciones odontológicas y sesiones de fisioterapia.

Muestra de evaluación de cumplimiento de metas



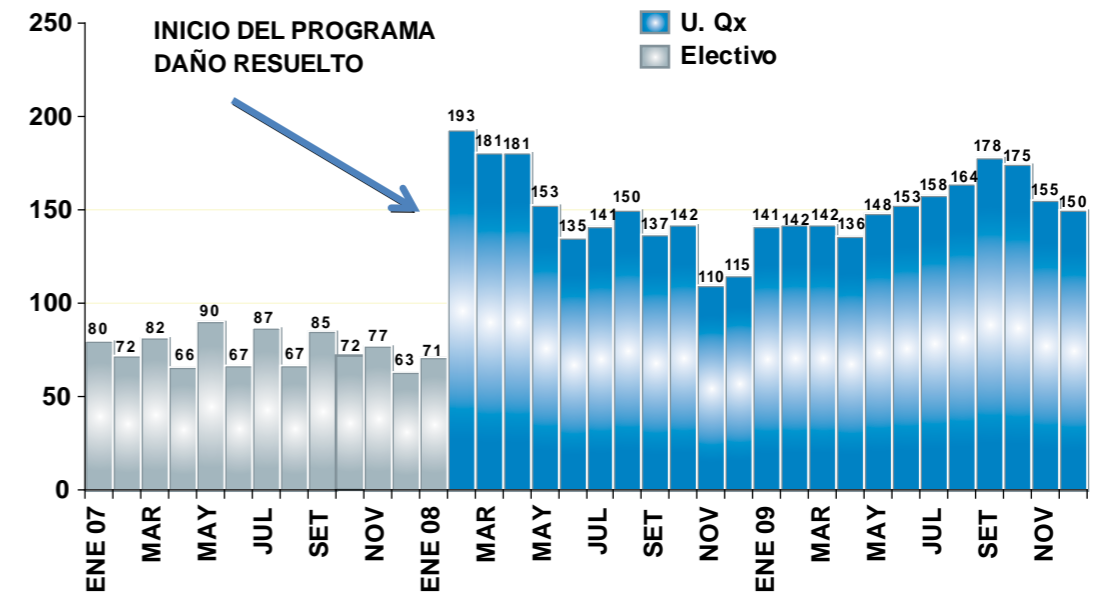
Fuente: Gerencia de Planeamiento Corporativo - OCPD

Por su carácter masivo, se le atribuye la mayor incidencia en los resultados globales obtenidos.

Pago por daño resuelto

Es otro mecanismo de asignación de recursos, basado en el modelo de gestión por resultados, en el cual el pago al personal involucrado (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) se realiza por un conjunto integral de atenciones relacionado con un solo diagnóstico causa de consulta. Lo distintivo es que se paga a un equipo de trabajo por la cantidad de casos resueltos integralmente en todas sus etapas y requerimientos colaterales. Se aplica en los centros asistenciales del segundo y tercer nivel de atención - centros que atienden las enfermedades de mayor complejidad -. En algunos servicios de cirugía se han obtenido en el 2009 incrementos de hasta de 122.5% respecto a enero 2007.

Muestra de incremento de producción quirúrgica Hospital Sabogal Cirugía General (Número de Cirugías)



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

7.2 Control de la Prestación

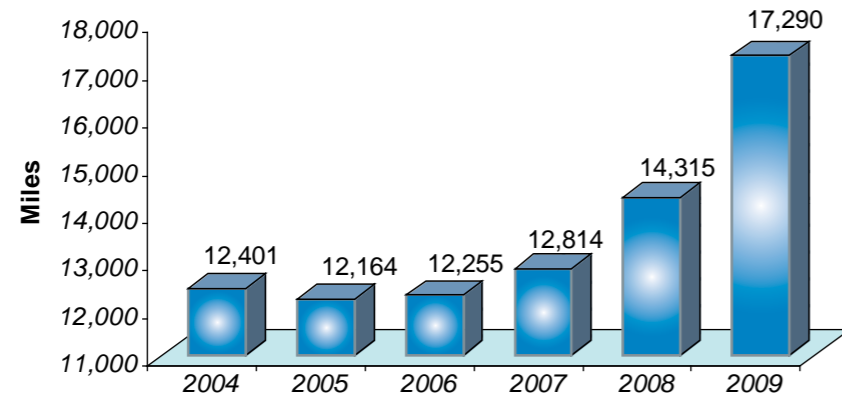
Otro aspecto priorizado ha sido el desarrollo de un sólido control de las atenciones de salud. Esto permitirá, paulatinamente, que el servicio brindado cumpla con los estándares de calidad, cantidad y oportunidad en beneficio del asegurado. Sólo se pagará a los hospitales las atenciones que cumplan con los estándares, esto estimulará y elevará permanentemente el nivel de la prestación.

Se han ejecutado las siguientes acciones: En Auditoría Médica Electrónica – 50% de consultas (aprox. 8 millones), en Auditoría de Referencias – 70% de referencias (aprox. 560 mil), en Control de la Programación Asistencial - 95% de los servicios asistenciales. Esto ha permitido la disminución del 27% al 10% el porcentaje de prestaciones observadas de consulta externa, disminución del 40% al 21% los casos de referencias procesadas incorrectamente y el incremento significativo de las horas –médico programadas.

7.3 Principales Resultados

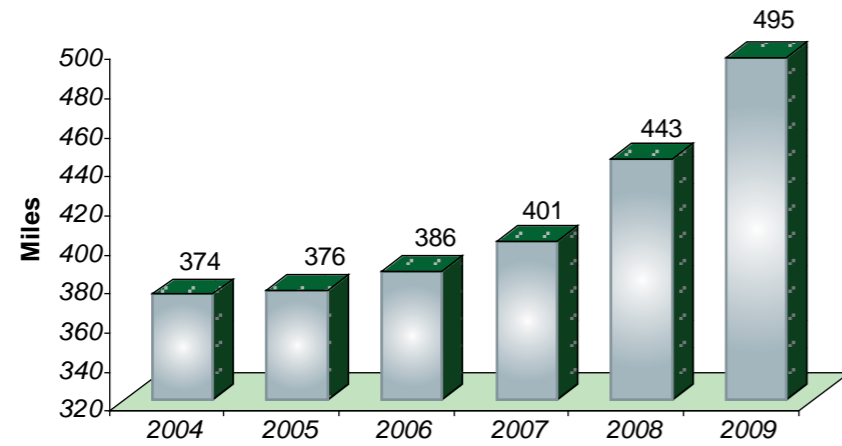
Respecto al problema del exceso de demanda, tal como muestran los siguientes cuadros, se ha incrementado significativamente el nivel de producción. En el caso de consultas, la variación del período 2006-2009 es de 41%. El incremento más notorio es el de cirugías, donde la variación ha sido del orden del 44%.

Evolución de la producción de Consulta Externa



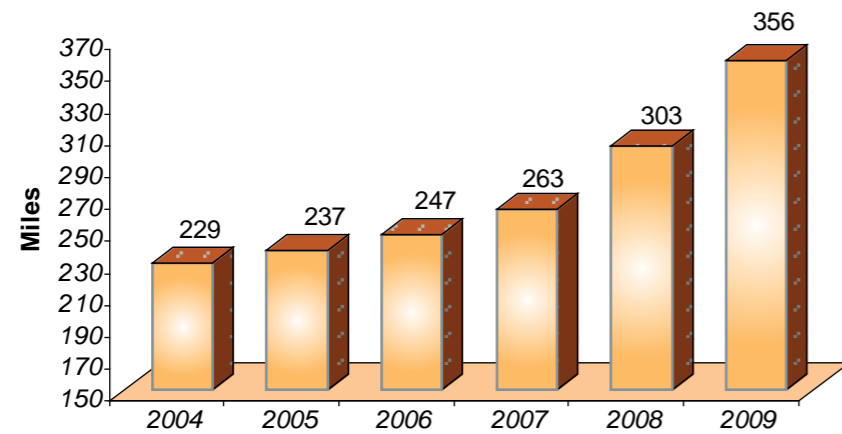
Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud

Evolución de la producción de Hospitalización



Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud

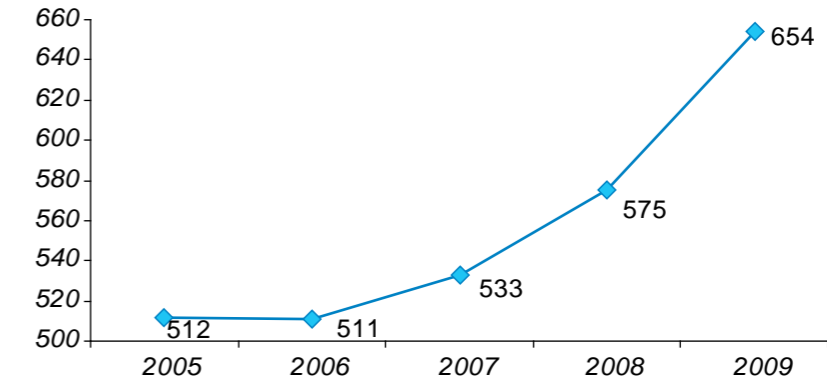
Evolución de la producción de Cirugía



Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud

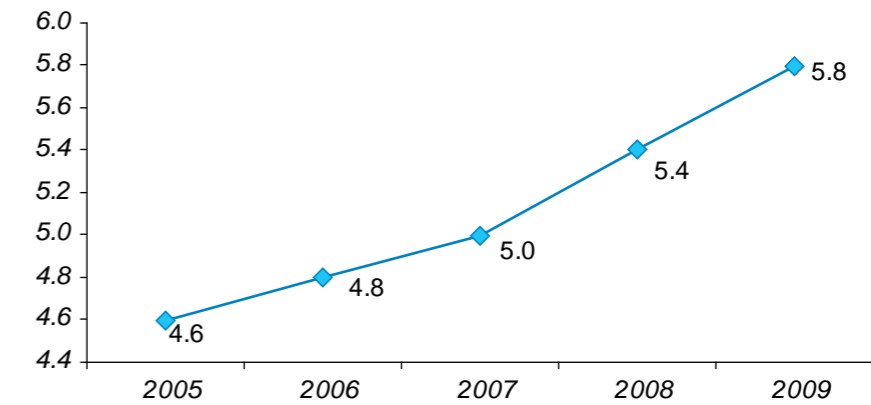
Asimismo, es pertinente señalar que estos importantes incrementos se han realizado mayormente gracias al mayor uso de la instalación física, tal como se muestra en los ratios de producción por infraestructura de producción.

Evolución del rendimiento mensual por Consultorio Físico



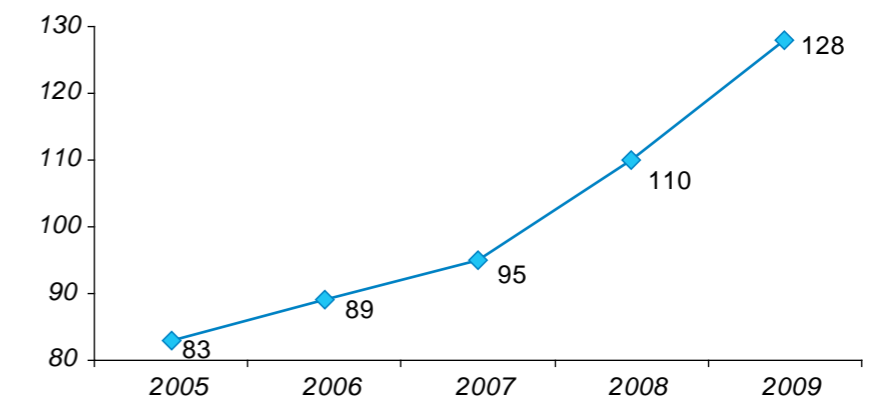
Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud

Evolución del rendimiento mensual de egresos por cama hospitalaria



Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud

Evolución del rendimiento mensual de cirugías por sala de operaciones



Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud

VIII. RESULTADOS OPERACIONALES

8.1 Aseguramiento

Hechos Relevantes

- Primera etapa de implementación de agencias en Lima**

Apertura de 05 nuevas agencias de seguros en Lima Metropolitana considerando lugares con mayor concentración poblacional: San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Los Olivos, Ate – Vitarte, con lo que 1.2 millones de asegurados tendrán una agencia más cerca de sus hogares (32% de asegurados en Lima) y una mejor atención. Por otro lado, la implementación de la Agencia Corporativa, especialmente diseñada para la atención de los principales contribuyentes, en la que se prevé la atención de más de 500 empresas, como inicio a la implementación del Modelo de Atención Corporativo.

Agencia San Juan Lurigancho y San Martín de Porres

Nota: APP's Asociaciones Público - Privada



- Implementación de 50 Módulos de Seguros**

Se definieron 35 para esta primera etapa, ubicados en las Redes Asistenciales de Ancash, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Junín, Puno, Tumbes, Rebagliati y Almenara. Los cuales han sido adjudicados por encargo, en el ámbito de cada Red Asistencial.

Módulos Hospital Rebagliati



- Implementación del Nuevo Modelo de Aseguramiento del Seguro de Salud Agrario Independiente**

El 01 de octubre de 2009, se implementó en el ámbito nacional, un nuevo modelo de aseguramiento al Seguro de Salud Agrario Independiente; el cual incorpora además de la tradicional afiliación individual, la afiliación colectiva de trabajadores agrarios independientes por medio de sus asociaciones agrarias. Para este fin, se desarrolló el primer sistema de registro de asegurados en web, denominado Sistema del Seguro de Salud Agrario Independiente (SSAI), el cual posibilita que estas asociaciones agrarias registren a los trabajadores agrarios independientes que por la lejanía no pueden afiliarse en las Oficinas de Aseguramiento de EsSalud.

Asimismo, este sistema permite el registro de la condición del predio rural, información de actividad económica y condición de salud del trabajador agrario independiente, el cual viene permitiendo una mejor gestión de aseguramiento.

Principales Resultados

- Evolución y Composición de la población asegurada**

Al cierre del ejercicio 2009 EsSalud da cobertura a cerca de 8.1 millones de asegurados, los cuales se determinan en función de las declaraciones de los empleadores a SUNAT. Respecto al año 2008 la población de asegurados creció en 6.68%. Se aprecia un aumento de 6.91% de los regulares, de 4.33% de los agrarios y una disminución, de 12.04%, de los asegurados potestativos. Esta última, por el traslado voluntario a los planes de protección total la cual genera cobertura al 100% dirigido a personas desde los 56 años y protección vital con una cobertura y beneficios para menores de 56 años. También se debe tener en cuenta la desactivación de los seguros EsSalud Personal – Familiar y EsSalud Independiente, productos que se encuentran sin ser ya ofertados.

Composición de la Población Asegurada

TIPO DE SEGURO	POBLACIÓN 2008	POBLACIÓN 2009	VARIACION %
ASEGURADOS REGULARES	7,172,282	7,667,956	6.91%
Trabajador Activo	6,092,578	6,331,202	
Pensionista	973,053	996,094	
Trabajador del Hogar	57,223	73,813	
Pescador Artesanal	3,385	3,495	
Trabajador de la CBSSP	8,968	9,070	
Pensionista de la CBSSP	31,597	34,516	
Pensionista en trámite	5,478	1,477	
Contr. Admiinist. Serv.		218,289	
ASEGURADOS AGRARIOS	424,830	443,215	4.33%
Agrario Dependiente	362,901	394,310	
Agrario Independiente	61,929	48,905	
SEGUROS POTESTATIVOS	36,111	31,764	-12.04%
ESSALUD Personal - Familiar	8,919	7,602	
Nuevo Seguro Potestativo	27,068	24,074	
ESSALUD Independiente	124	88	
TOTAL	7,633,223	8,142,935	6.68%

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Composición de la población asegurada, Titular y Derecho Habiente

Los asegurados regulares que abarcan a los trabajadores del sector formal y sus derechohabientes constituyen el 94.2% del total. Los asegurados agrarios son el 5.4% y los asegurados potestativos llegan al 0.4% del total. Una composición bastante similar se observó al finalizar el ejercicio 2008.

Composición de la Población Asegurada – Titular y Derecho Habiente

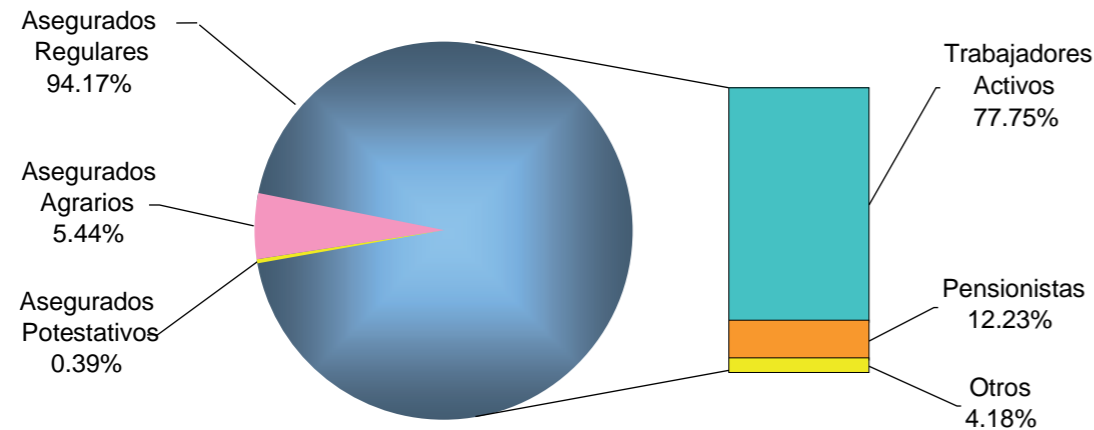
TIPO DE SEGURO	POBLACION 2009	% PARTICIP. TOTAL	TITULAR	DERECHO HABIENTE	% PARTICIP. TITULAR
1 ASEGURADOS REGULARES	7,667,956	94.17%	4,393,093	3,274,863	57.29%
Trabajador Activo	6,331,202	77.75%	3,469,387	2,861,815	
PENSIONISTA	996,094	12.23%	705,655	290,439	
Trabajador del Hogar	73,813	0.91%	48,375	25,438	
Pescador Artesanal	3,495	0.04%	1,357	2,138	
Trab. de la CBSSP	9,070	0.11%	5,520	3,550	
Pensionista de la CBSSP	34,516	0.42%	13,663	20,853	
Pensionista en Trámite	1,477	0.02%	1,212	265	
Contr. Admiinist. Serv.	218,289	2.68%	147,924	70,365	
2 ASEGURADOS AGRARIOS	443,215	5.44%	251,605	191,610	56.77%
Agrario Dependiente	394,310	4.84%	229,590	164,720	
Agrario Independiente	48,905	0.60%	22,015	26,890	
3 SEGUROS POTESTATIVOS	31,764	0.39%	28,846	2,918	90.81%
ESSALUD Personal - Familiar	7,602	0.09%	6,764	838	
Nuevo Seguro Potestativo	24,074	0.30%	21,994	2,080	
ESSALUD Independiente	88	0.00%	88		
TOTAL	8,142,935	100.00%	4,673,544	3,469,391	57.39%

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Al evaluar en detalle la composición de la población asegurada regular se observa que el 77.6% (respecto del total de asegurados) son trabajadores activos, los pensionistas constituyen el 12.2%, y los otros componentes son aproximadamente el 4.2%.

Por otro lado es importante mencionar que los titulares (aportantes) de nuestros seguros constituyen el 57% del total de asegurados, siendo el 43% restante atribuido a los derechohabientes.

Composición de la población asegurada regular



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Población asegurada por Redes Asistenciales

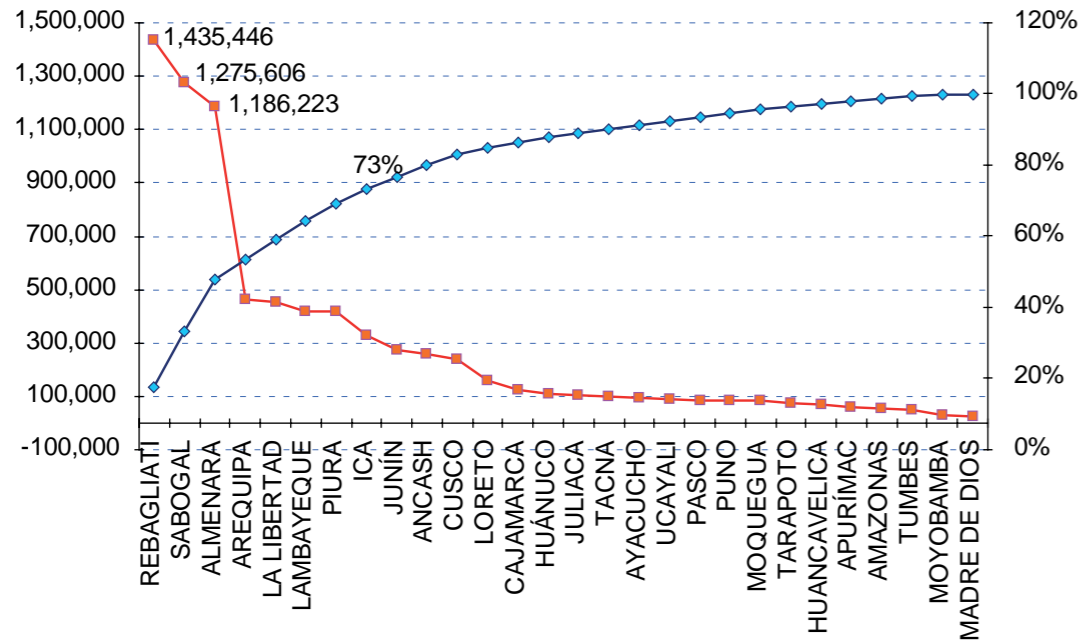
En el departamento de Lima se encuentra casi la mitad de la población asegurada, y a continuación aunque con proporciones de población bastante menores que Lima, se hallan los departamentos de Arequipa 5.7%, La Libertad 5.6%, Lambayeque 5.1% y Piura 5.1%.

Población asegurada por Redes Asistenciales

NOMBRE DE LA RED	POBLACIÓN	%
REBAGLIATI	1,435,446	18%
SABOGAL	1,275,606	33%
ALMENARA	1,186,223	48%
AREQUIPA	461,961	54%
LA LIBERTAD	454,423	59%
LAMBAYEQUE	416,626	64%
PIURA	416,127	69%
ICA	330,208	73%
JUNÍN	274,749	77%
ANCASH	257,022	80%
CUSCO	237,678	83%
LORETO	161,625	85%
CAJAMARCA	124,430	86%
HUÁNUCO	109,835	88%
JULIACA	102,552	89%
TACNA	97,844	90%
AYACUCHO	93,338	91%
UCAYALI	90,601	92%
PASCO	86,572	93%
PUNO	84,498	95%
MOQUEGUA	83,984	96%
TARAPOTO	73,110	96%
HUANCAVELICA	68,724	97%
APURÍMAC	57,838	98%
AMAZONAS	52,441	99%
TUMBES	51,159	99%
MOYOBAMBA	32,016	100%
MADRE DE DIOS	26,299	100%
TOTAL	8,142,935	

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Asegurados por Red Asistencial – Diciembre 2009

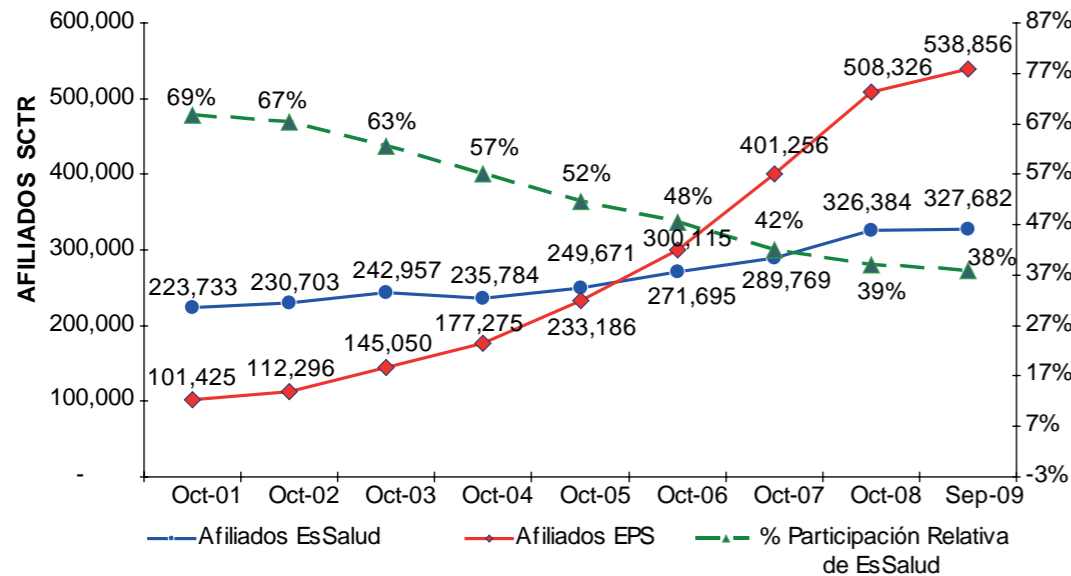


Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Seguro Complementario de Riesgo - SCTR

Dentro de los seguros que EsSalud administra contamos también con el SCTR, aunque nuestra participación en el mercado es relativamente pequeña, es importante conocer su comportamiento. En el periodo 2001-2009 se aprecia una disminución relativa de los asegurados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo en EsSalud respecto a los inscritos en la Entidades Prestadoras de Salud, a pesar de un aumento moderado de los inscritos en EsSalud. Se estima que el menor costo que ofrecen las EPS y el servicio brindado son las razones principales de la tendencia en mención.

Afiliados SCTR y Participación Relativa de EsSalud Octubre 2001 a Setiembre 2009



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Seguro de Salud Agrario Independiente

El nuevo modelo de aseguramiento del Seguro de Salud Agrario Independiente tiene como principales resultados a diciembre 2009:

- Activación de 22,000 inscripciones de asegurados con nuevo número (90%), de los cuales a diciembre de 2009, completaron sus datos de afiliación, 7,288 asegurados titulares.
- Permitted reducir en 91%, las acreditaciones manuales o complementarias emitidas por agencias y oficinas de aseguramiento en el ámbito nacional, descongestionando la atención de asegurados por este procedimiento.
- El impacto económico por la reducción de las acreditaciones complementarias a fines del 2009, ha permitido financiar el desarrollo del Sistema del Seguro de Salud Agrario Independiente, así como también la campaña de comunicación empleada en la difusión de los procedimientos del nuevo modelo de aseguramiento.

8.2 Financiamiento

Hechos Relevantes

- Se impulsó la recuperación de Adeudos de Naturaleza No Tributaria, logrando recaudarse la suma de S/. 17,12 millones; asimismo, se obtuvo del Gobierno Central la compensación de S/. 230 millones por los efectos de la Ley N° 29351 Reducción de Costos Laborales a los Aguinaldos y Gratificaciones.
- Se aplicaron diversas metodologías estadísticas que permitieron mejorar el tratamiento integral de los riesgos financieros inherentes al Patrimonio administrado: Valor en Riesgo (VaR), Tracking Error, Ratio de Sharpe para la optimización del portafolio, así como análisis de escenarios y pruebas de stress para medir la sensibilidad de las inversiones ante ocurrencias de eventos externos e implementación de Indicadores de Alerta temprana y Stop Loss con la finalidad de minimizar pérdidas y preservar el portafolio de EsSalud. Dichas acciones contribuyeron a que el patrimonio de EsSalud administrado registrara en el 2009 una rentabilidad nominal anual de 10.80%, la cual es inferior que la del Sistema Privado de Pensiones, lo que conlleva en periodos de crisis a pérdidas superiores tales como las del 2008 y parte del 2009.
- Se encuentra en proceso de implementación la Mesa de Dinero, el Software de Registro y Control de Operaciones Financieras y el Software Integral de Riesgos, lo cual permitirá a EsSalud contar con una infraestructura similar a los principales inversionistas institucionales (Fondos de pensiones, Fondos Mutuos, Bancos, Compañías de Seguros, etc.), a fin de obtener mejores niveles de rentabilidad.
- Se ha suscrito con el Banco de Crédito del Perú, un Contrato de Servicios de Factoring Electrónico. Dicho instrumento permite a la institución financiar sus obligaciones en el corto plazo, en el escenario de contar con insuficiente liquidez para afrontar los compromisos de pago pactados.
- Con el propósito de implantar un nuevo modelo prestador-asegurador basado en la separación de los roles, se viene monitorizando la gestión financiera de cada Centro Asistencial, mediante la emisión periódica de los "Estados de Resultados" por cada centro asistencial a nivel nacional.
- Con el objeto de implantar una gestión por resultados, se dio inicio al proceso gradual de implementar la Iniciativa Estratégica relacionada al "Sistema de Contabilidad de Costos" en 360 centros asistenciales de la Institución; determinado en esta primera etapa costos a nivel de la estructura orgánica.

- En lo que respecta la Iniciativa Estratégica "Desarrollo e Implementación del Indicador de Morosidad", se ejecutó el Programa de Supervisión, Monitoreo y Capacitación a las Redes Asistenciales: Piura, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Amazonas, Junín, Huancavelica, Pasco, Huánuco, Ica, Ayacucho, Pucallpa, Iquitos, Libertad, Moyobamba y Tarapoto, lográndose mejorar las competencias a un total de 144 trabajadores de las áreas de finanzas, admisión e informática, en los aspectos vinculados al manejo de herramientas informáticas y aplicación de normativa vigente.

Cabe resaltar que, con la validación del indicador de morosidad, durante el ejercicio 2009, se ha determinado una cartera por cobrar de más 180 millones de nuevos soles, correspondientes a los años 2007-2009, proveniente de la deuda por prestaciones asistenciales a asegurados cuyos empleadores se encuentran en calidad de morosos.

Principales Resultados

- Los ingresos institucionales para el año 2009, ascendieron a un monto de S/. 5,553 millones, de los cuales el 92.26% provienen de las aportaciones, el 4.14% corresponde a las transferencias del Gobierno Central, el 1.58% a los ingresos financieros, el 0.97% a ingresos extraordinarios, el 0.27% a ventas a no asegurados y el 0.78% a otros ingresos.

Respecto a similar periodo del año anterior crecieron el 8.67% de 5,110 millones a S/. 5,553 millones, cifra que representa un mayor ingresos por S/. 443 millones.

Ingresos Institucionales 2008 - 2009 (En Nuevos Soles)

CONCEPTOS	2008	2009	VARIACIÓN 2009-2008
Aportaciones	4,866,627,903	5,123,610,649	5.28%
Venta a No Asegurados	12,575,545	15,116,468	20.21%
Ingresos Financieros	113,988,980	87,526,265	-23.22%
Ingresos Extraordinarios	73,281,354	53,687,110	-26.74%
Transferencias		230,000,000	100.00%
Otros	43,886,181	43,541,486	-0.79%
Total Ingresos	5,110,359,963	5,553,481,978	8.67%

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2009 - GCF

Este incremento estuvo influenciado fundamentalmente por la mayor captación de ingresos por aportaciones (S/. 257 millones) así como por la transferencia del Gobierno Central (S/. 230 millones) en compensación por los efectos de la aplicación de la Ley N° 29351 Reducción de Costos Laborales a los Aguinaldos y Gratificaciones.

Las mayores aportaciones se dieron como consecuencia del crecimiento de la población asegurada aportante, la misma que se incrementó en 341 mil respecto al año 2008. Otro factor que contribuyó con la mejora en las aportaciones fue el incremento en el ingreso de los trabajadores; en efecto, en el período móvil Nov. Dic.2009-Ene.2010 comparado con similar trimestre del año anterior, el ingreso promedio mensual de los trabajadores de Lima Metropolitana se incrementó en 6.6% equivalente a S/. 69.20 (de S/. 1,047.30 a S/.1,165.50)

Cabe precisar que las variaciones positivas presentadas en las aportaciones se han dado no obstante el poco favorable contexto económico peruano que se desarrolló durante el año 2009, cuyo crecimiento anual fue de sólo 0.9% con relación al año anterior, contribuyendo con ello a que en el Perú Urbano el empleo formal

en las empresas de más de 10 trabajadores tuviera también un crecimiento poco significativo (1.3%) respecto al 2008.

Los ingresos financieros durante el año 2009 disminuyeron S/. 26 millones, como resultado de la contracción de la tasa de interés de 6.50% a 1.25%, así como la reducción del capital imponible disponible para cumplir con el plan de inversión real aprobado.

- Los principales componentes de egreso de EsSalud son los gastos de personal (41.89%), gastos en bienes (17.42%) y gastos en servicios (14.96%). La composición por rubro de gasto es similar al ejercicio anterior.

Durante el ejercicio 2009 los egresos totales de EsSalud ascendieron a S/. 5,683 millones, monto superior en S/. 505 millones al gasto registrado en el ejercicio anterior.

El incremento más significativo se ha presentado en el rubro de Gastos de Personal (S/. 239 millones o 11.17%), por el ingreso de aproximadamente 3,447 trabajadores, de los cuales 2,342 correspondió a personal contratado por la modalidad de CAS y 1,105 a personal asistencial nuevo, suplencias y reincorporación de trabajadores despedidos.

Los rubros de bienes y servicios también presentan incrementos relevantes (S/. 273 millones en total), lo cual se atribuye a la mayor adquisición de medicinas y material médico, así como de servicios destinados a satisfacer las necesidades de la puesta en operatividad de nuevos centros asistenciales y por ende de una mayor atención a la población asegurada adscrita, entre otros.

Egresos institucionales 2008 - 2009 (En Nuevos Soles)

CONCEPTOS	2008	2009	VARIACIÓN 2009-2008
Gastos Operativos			
- Gastos de Personal	2,141,623,080	2,380,781,368	11.17%
- Compra de Bienes	842,437,523	990,167,624	17.54%
- Servicios	725,117,078	850,234,516	17.25%
- Subsidios	306,187,459	374,220,914	22.22%
- Pensiones D.L. 20530	436,497,591	428,362,852	-1.86%
- Transf. ONP D.L. 18846	137,201,732	132,911,031	-3.13%
Total Gastos Operativos	4,589,064,463	5,156,678,305	12.37%
Gastos de Capital	588,518,963	526,285,029	-10.57%
Total Egresos	5,177,583,426	5,682,963,334	9.76%

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2009 - GCF

Otro rubro que se ha incrementado de modo importante es Subsidios (incremento de 68 millones o 22.22%), debido al mayor número de expedientes atendidos, como resultados de expedientes embalsados del año anterior y que fueron atendidos en el 2009, y las facilidades dadas a los empleadores para el reembolso de las prestaciones económicas; así como por el aumento en el monto promedio pagado por expediente de subsidios de maternidad (S/. 113) e Incapacidad (S/. 547) respecto al año anterior, explicado principalmente por el aumento de las remuneraciones de la población trabajadora.

El rubro Pensiones presenta una reducción del 2.17% (S/. 12 millones en total). En el caso del D.L. 20530 la disminución es producto principalmente del menor pago de devengados y por las bajas en el número de pensionistas a la ONP por el D.L. 18846, se encuentran ligadas a los requerimientos de la Oficina de Normalización Previsional, entidad a cargo de la administración del citado régimen pensionario.

- Los gastos de capital al cierre del ejercicio 2009 ascendieron a S/. 526 millones de nuevos soles. Respecto al año 2008 muestran una reducción neta del 10.57% que equivale a S/. 62 millones, no obstante el incremento que se aprecia en la adquisición de equipos ligados a proyectos. Lo anterior se explica principalmente por la menor ejecución presentada en los rubros de equipos no ligados a proyectos de inversión y en menor medida a la disminución en el rubro de Obras, terrenos y estudios definitivos.

Gastos de Capital 2008 - 2009 (En Nuevos Soles)

CONCEPTOS	2008	2009	VARIACIÓN 2009-2008
Proyectos de Inversión	217,941,106	268,305,544	23.11%
- Estudios de Pre Inversión	64,000	901,600	1308.75%
- Estudios Definitivos	5,970,188	2,244,777	-62.40%
- Terrenos	9,334,105	1,240,000	-86.72%
- Obras	197,841,680	161,558,177	-18.34%
- Equipo Ligado a Proyecto	4,731,133	102,360,990	2063.56%
No ligados a Proyectos	370,577,857	257,979,485	-30.38%
- Equipos Hospitalarios	261,202,310	225,525,036	-13.66%
- Equipos Informáticos	33,553,125	9,001,700	-73.17%
- Equipos Administrativos	4,075,640	2,019,712	-50.44%
- Bienes de Capital Diversos	71,746,782	21,433,037	-70.13%
Total Gasto de Capital	588,518,963	526,285,029	-10.57%

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2009 - GCF

En Proyectos de Inversión el monto ejecutado ascendió a S/. 268 millones, con una participación del 50.98% respecto al total del gasto de capital de los cuales el 60.21% correspondió al rubro de Obras y el 38.15 a equipos ligados a proyectos. Con relación al año 2008, la ejecución del gasto se incrementó en 23.11% (S/. 50 millones), resultado principalmente del importante incremento en la adquisición de equipos ligados a proyectos (S/. 98 millones) en el marco del impulso realizado por la actual administración para la implementación de los nuevos centros asistenciales recientemente construidos.

La compra de equipos no ligados a proyectos alcanzó la suma S/. 258 millones de nuevos soles, que representó el 49.02% del total de egresos por el concepto de inversiones de capital, de los cuales el 87.42% correspondió a Equipos Hospitalarios, el 3.49% a Equipos Informáticos, el 0.78% a Equipos Administrativos y 8.31% a Bienes de Capital Diversos. Respecto al periodo anterior el gasto disminuyó en 30.38%, equivalente a S/. 113 millones.

8.3 Prestaciones de Salud

• Digitalización de Imágenes

Las imágenes médicas se aplican en varios campos de la medicina: Resonancia Magnética, Tomografía, Rayos X, Fluoroscopia, Medicina Nuclear, entre otros.

EsSalud se encuentra implementando la digitalización por imágenes por lo que el 2009 ingresaron a la Institución 34 equipos de radiodiagnóstico digital.

Comparación de la visualización

Sin digitalización



Con digitalización



El mayor beneficio de la radiografía digital se encuentra en el proceso de obtención de la imagen.

Ventajas:

- Tecnología al servicio del paciente
- Permite el envío de los resultados obtenidos y de las imágenes en archivos vía internet
- Facilita la interconsulta entre profesionales y la telemedicina

• Registro Hospitalario del Cáncer

Se implementó un Sistema de Registro Nacional Hospitalario de Cáncer en EsSalud. Para determinar la carga real, se crearon en 19 Redes Asistenciales a nivel nacional las Unidades Funcionales Registrales Oncológicas en las UOD tipo 1 (son 11) y tipo 2 (8 Hospitales Registrales):

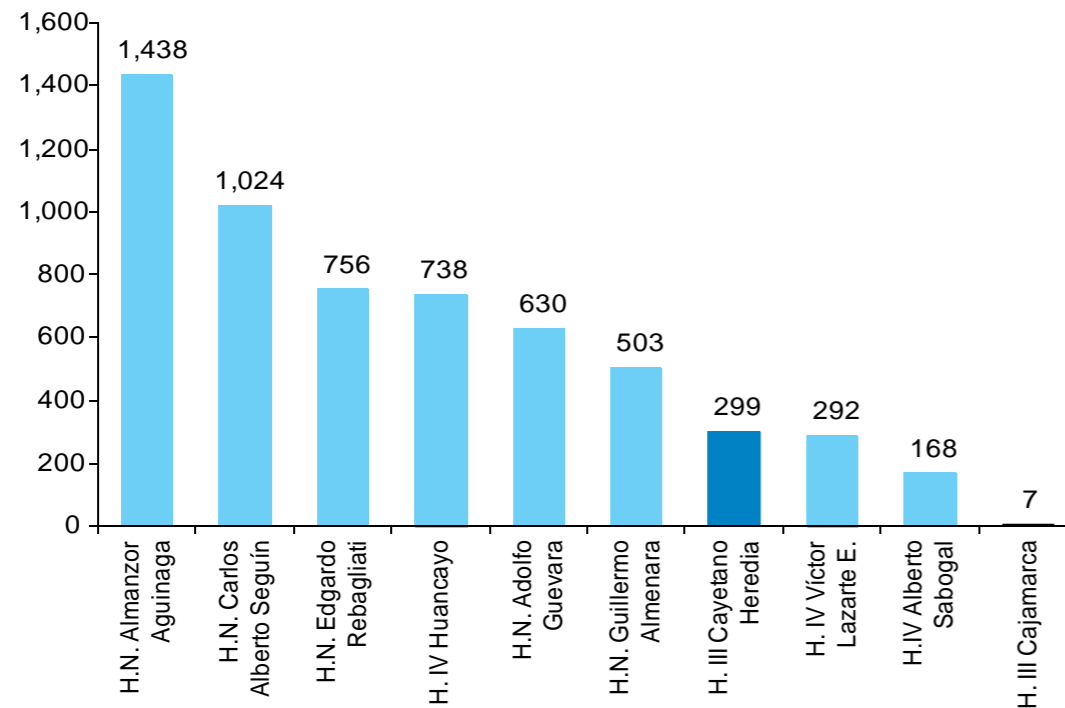
Los Hospitales Registrales de Cáncer en EsSalud son 8:

- Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
- Hospital Nacional Guillermo Almenara
- Hospital Nacional Almanzor Aguinaga
- Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin
- Hospital Nacional Sur Este
- Hospital IV Alberto Sabogal
- Hospital IV Víctor Lazarte
- Hospital IV Huancayo

A diciembre del 2009 se registraron 5,855 casos de un total de 8,153 equivalentes al 72%, como se observa.

Registro de Casos al 30 de diciembre del 2009

Red Asistencial		Centro Asistencial	Casos
UOD Tipo 2	UOD Tipo 1		
Rebagliati		H.N. Edgardo Rebagliati M.	756
Almenara		H.N. Guillermo Almenara I.	503
Sabogal		H.IV Alberto Sabogal	168
Lambayeque		H.N. Almanzor Aguinaga A.	1,438
	Piura	H. III Cayetano Heredia	299
	Cajamarca	H. III Cajamarca	7
La Libertad		H. IV Víctor Lazarte Echegaray	292
Arequipa		H.N. Carlos Alberto Seguin E.	1,024
Cusco		H.N. Adolfo Guevara V.	630
Junín		H. IV Huancayo	738
Total			5,855



Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2009 - GCF

• Campaña de Donación Voluntaria de Sangre

Se inició el Programa a nivel nacional de EsSalud de Campañas de Donación Voluntaria de Sangre, el día 20 de febrero en el Hospital Rebagliati, con la presencia de la Primera Dama de la Nación.

• UBAPs: Recibieron Premio a la Creatividad 2009

Otorgado por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) en la categoría "Salud e Higiene" por implementar un nuevo modelo de gestión y organización pública en el Primer Nivel de Atención de Salud: la Unidad Básica de Atención Primaria (UBAP). El Premio fomenta la creatividad y la innovación al interior de las empresas.



Indicadores de las UBAPs con Resultados Óptimos

- Mayor porcentaje de extensión de uso.
- Mayor número de consultantes al establecimiento.
- Mayor porcentaje de actividades preventivas.
- Alto porcentaje de satisfacción del usuario.
- Disminución del diferimiento en el otorgamiento de citas a la consulta externa

• Unidad de Trasplante de Médula Ósea Alogénica

Consiste en el reemplazo de todo el Sistema de Inmunidad (celular), así como de todas las células hematopoyéticas (eritrocitos, leucocitos y plaquetas) y las células del estroma medular (células plasmáticas, fibroblastos y otros).

Este trasplante es un procedimiento curativo, en el que se induce el reemplazo de la médula ósea alterada por una enfermedad:

1. Aplasia Medular Ósea (80-90%)
2. Leucemia Mieloide o Linfática Agudas (60-70%).
3. Linfomas Hodgkin y No Hodgkin (50-60%)
4. Mieloma múltiple.

La realización del trasplante de médula ósea alogénica en nuestro país permitiría un mayor acceso y oportunidades de curación de los asegurados con estas enfermedades, así como menores gastos a la institución. Hasta el año 2009 se enviaron al exterior a 15 pacientes para trasplante, cuyo costo total ascendió a 16'500,000 de nuevos soles (tratamiento, pasajes y bolsa de viaje).

En el año 2009 se concluyó el Estudio de Pre-Inversión de la Unidad de Trasplante y la partida para el desarrollo de esta iniciativa ha sido incluida en el Presupuesto de Inversiones del 2010. Al concluir la misma, podrá darse inicio a este tipo de trasplante, que es un procedimiento complejo que los asegurados requieren con urgencia ya que en la actualidad no se realiza en nuestro país y en los países vecinos en los que se efectúa, está restringido a su población nativa. Asimismo, la iniciativa contribuirá con la reducción de costos institucionales, a razón de 200 a 250 mil euros por caso promedio, a la vez que con la unidad familiar del paciente, al no tener que viajar a otro país.

Gerencia de Oferta Flexible

Principales Resultados

PADOMI

Es la atención preferencial que brinda EsSalud en el domicilio a los pacientes con incapacidad para desplazarse a los Centros Asistenciales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y brindarles una atención integral y digna.

Se ha logrado un incremento significativo en el número de atenciones domiciliarias correspondiendo un crecimiento del 153% de atenciones en el servicio de urgencias y se amplió en un 24% en las visitas domiciliarias con relación al año 2008.

ATENCIÓN DOMICILIARIA	2008	2009	INCREMENTO
Visitas Domiciliarias	508,203	632,912	25%
Atenciones Urgencias	32,683	82,729	153%
Exámenes Radiológicos	4,877	6,796	39%
Análisis de Laboratorio	145,840	327,997	125%

Hospital Perú

En el 2009 Hospital Perú realizó un total de 10 operativos en Lima y 78 en provincias lo que ha representado 519,717 atenciones a favor de nuestros asegurados.

PROYECTOS ESPECIALES HOSPITAL PERÚ	2008	2009
Consulta externa	337,652	337,845
Intervenciones quirúrgicas	1,551	1,347
Procedimientos	79,530	70,566
Apoyo al Diagnóstico	71,571	109,959
Análisis Clínicos	57,801	94,844
Rayos X	13,770	15,115
Recetas despachadas	167,437	167,509

Programa Hospital en Casa

Brinda atención similar a un hospital convencional pero en el domicilio de los pacientes y son derivados del servicio de Urgencias de PADOMI que se encuentran en situación crónica, reagudizada o terminal.

PROYECTOS ESPECIALES HOSPITAL EN CASA	2008	2009	INCREMENTO
Pacientes hospitalizados	1,701	2,616	54%
Visitas médicas	7,913	15,060	90%
Visitas de enfermería	7,651	15,060	97%

Programa de Desembalse Especializado

Traslada médicos especialistas a las Redes Asistenciales a nivel nacional para el desembalse de atenciones a través de la Consulta Externa, Intervenciones Quirúrgicas y Procedimientos.

PROYECTOS ESPECIALES PROGRAMA DE DESEMBALSE ESPECIALIZADO	2008	2009
Atenciones consulta externa	6,575	6,749
Intervenciones quirúrgicas	132	123

Sistema de Transporte Asistido de Emergencia - STAE

En el período comprendido de enero a diciembre del 2009, STAE amplió su cobertura en un 25 % respecto al año 2008 y que representan 76,838 atenciones de emergencia súbita extrema, urgencia mayor, urgencia menor y traslado simple.

SISTEMA DE TRANSPORTE ASISTIDO DE EMERGENCIA STAE	2008	2009
Prioridad I Emergencia súbita extrema	3,998	4,437
Prioridad II Urgencia mayor	29,956	27,020
Prioridad III Urgencia mayor	26,062	26,487
Prioridad IV Traslado simple	387	15,886
Otros	902	3,008
Total de atenciones	61,305	76,838

Escuela de Emergencia

Se ha dictado cursos de capacitación básica, avanzada y especializada en temas de emergencia y desastres, logrando en el 2009 capacitar a 5,428 profesionales de la salud de las Redes Asistenciales de Lima y Provincias.

Asimismo se ha actualizando y publicado las Guías de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Guía de Electrocardiografía Básica en Emergencia. Así como la Guía de Atención Básica de Desastres y Guía de Soporte Básico de Trauma.

ESCUELA DE EMERGENCIA RRHH/CURSOS	2008	2009	INCREMENTO
Número de personas capacitadas	4,467	5,428	22%
Número de cursos en Lima y Oprovincias	132	173	31%

8.4 Prestaciones Sociales

Hechos Relevantes

- Realización de los Primeros Juegos Florales de los Adultos Mayores, con etapas clasificatorias a nivel local y nacional, realizándose la gran final en el Coliseo Eduardo Dibós Dammert en la ciudad de Lima con la participación de cinco mil personas de la tercera edad.
- Creación de un CAM en Lima, distrito de Breña y cuatro en provincias: Grau en Arequipa, Juli en Puno, San Ramón en Junín y La Tinguiña en Ica.
- Impulso del Turismo Social que tuvo 6,060 adultos mayores como beneficiarios en el 2008 y en el 2009 el número llegó a 20,465.
- Reforzamiento de los Talleres con la contratación de profesores y psicólogos que permitió incrementar el número de adultos mayores participantes de 217,605 en 2008 a 494,834 en el 2009.
- Implementación de los CAM a nivel nacional, renovando equipos y enseres.
- Realización de actividades estratégicas de Rehabilitación Profesional a través de eventos y de socialización.

Juegos Florales 2009



Distribución de Centros a nivel nacional

Distribución de Unidades Operativas de Rehabilitación Profesional 2009

REDES ASISTENCIALES	CERP	MBRP	UBARP
R. A. AMAZONAS			1
R. A. ANCASH		1	
R. A. APURÍMAC			1
R. A. AREQUIPA	1		
R. A. AYACUCHO			1
R. A. CAJAMARCA		1	
R. A. CUSCO		1	
R. A. HUANCVELICA			1
R. A. HUANUCO			1
R. A. ICA			1
R. A. JUNIN		1	
R. A. LA LIBERTAD			1
R. A. LAMBAYEQUE		1	
LIMA Y CALLAO	2		
R. A. LORETO			1
R. A. MADRE DE DIOS			1
R. A. MOQUEGUA			1
R. A. PASCO			1
R. A. PIURA	1		
R. A. PUNO		1	
R. A. TACNA			1
R. A. TARAPOTO			1
R. A. TUMBES			1
R. A. UCAYALI			1
TOTAL	4	6	15

Fuente: Subgerencia de Protección del Adulto Mayor - Gerencia de Prestaciones Sociales

CERP:(4) Centros Especializados de Rehabilitación Profesional
MBRP:(4) Centros Especializados de Rehabilitación Profesional
UBARP:(15) Centros Especializados de Rehabilitación Profesional



Principales Resultados

Distribución de Centros y Círculos del Adulto Mayor según Órganos Desconcentrados 2009

REDES ASISTENCIALES	CAM	CIRCULOS
R.A. AMAZONAS	3	1
R.A. ANCASH	4	2
R.A. APURÍMAC	2	5
R.A. AREQUIPA	5	15
R.A. AYACUCHO	1	2
R.A. CAJAMARCA	1	4
R.A. CUSCO	8	10
R.A. HUANCABELICA	1	1
R.A. HUANUCO	2	7
R.A. ICA	8	7
R.A. JULIACA	4	13
R.A. JUNIN	7	11
R.A. LA LIBERTAD	8	7
R.A. LAMBAYEQUE	9	10
LIMA Y CALLAO	37	3
R.A. LORETO	1	1
R.A. MADRE DE DIOS	1	1
R.A. MOQUEGUA	2	2
R.A. MOYOBAMBA	2	2
R.A. PASCO	3	6
R.A. PIURA	4	3
R.A. PUNO	3	3
R.A. TACNA	1	1
R.A. TARAPOTO	1	4
R.A. TUMBES	1	2
R.A. UCAYALI	1	0
TOTAL	120	123

CAM (120): Centros del Adulto Mayor
 CIRAM (123): Círculos del Adulto Mayor

Fuente: Subgerencia de Rehabilitación - Gerencia de Prestaciones Sociales

Participantes en las Actividades de Bienestar y Promoción Social del Adulto Mayor 2008-2009

REDES ASISTENCIALES	CAM	CIRCULOS
COBERTURA POBLACIONAL EN CENTROS DEL ADULTO MAYOR	134,611	141,105
COBERTURA POBLACIONAL EN CÍRCULOS DEL ADULTO MAYOR	10,775	12,460
1.-PROGRAMA ESTILOS DE VIDA PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO		
Taller de Educación Emocional	10,580	11,638
Taller de Memoria	12,043	13,247
Taller de Autocuidado	26,897	29,587
Taller Artístico	29,561	32,517
Taller de Cultura Física	34,948	38,443
Taller de Actualización Cultural	5,605	6,166
Taller de Alfabetización	482	530
Eventos Deportivos y Recreativos	16,382	18,020
Turismo Social	29,676	32,644
Huertos Familiares y Medio Ambiente	3,150	3,465
Comedor Social	312,844	344,128
2.-PROGRAMA INTERGENERACIONAL		
Eventos de Integración Intergeneracional	24,791	27,270
Campañas de Sensibilización (*)	493	542
3.-PROYECTO RED DE SOPORTE FAMILIAR		
Campañas de Educación Social	2,884	3,172
Servicio de Voluntariado a la Familia	460	506
4.-PROYECTO MICROEMPREDIMIENTO DE PERSONAS MAYORES		
Taller Ocupacional	22,261	24,487
Taller Productivo de Bienes y Servicios	977	1,075
5.-ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN	144,401	158,841
6.-SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	90,973	100,070

Fuente: Subgerencia de Protección al Adulto Mayor – Gerencia de Prestaciones Sociales



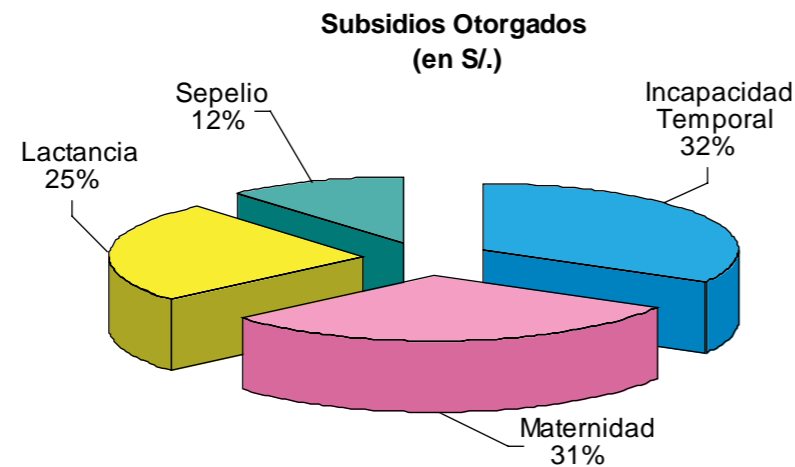
8.5 Prestaciones Económicas

En el año 2009, se otorgaron Prestaciones Económicas por un monto ascendente a S/. 399'549,362, que corresponde a un total de 286,032 solicitudes procesadas, lo que significó un incremento del 18% (42,648 solicitudes) por un mayor monto de S/. 70'732,682 millones (22%), con relación al año 2008.

Tipos de subsidios

Tipo de Subsidio	Año 2009	
	N° Sol.	Monto S/.
Incapacidad Temporal	107,268	132,175,998
Maternidad	35,107	122,047,151
Lactancia	121,164	99,347,548
Sepelio	22,493	45,978,665
Total	286,032	399,549,362

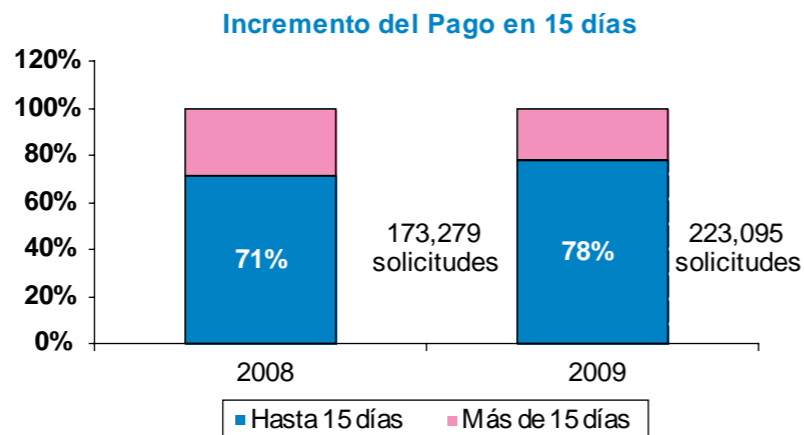
Entre los subsidios otorgados, destacan los de Incapacidad Temporal y Maternidad por un monto de S/. 132'175,998 que representó un 32% y por S/. 122'047,151 que significó un 31% respectivamente, conforme se ilustra en el gráfico adjunto.



Cumplimiento del Estándar de 15 días para el Pago

Subsidio	2008		2009		Variaciones	
	N° Solic.	%	N° Solic.	%	N° Solic.	%
Hasta 15 días	173,279	71%	223,095	78%	49,816	7%
Más de 15 días	70,105	29%	62,937	22%	-7,168	-7%
Total	243,384	100%	286,032	100%	42,648	0%

En el año 2009, se ha incrementado el pago de las solicitudes de prestaciones económicas en un período no mayor de 15 días calendario y después de haber sido recibidas, alcanzando las 223,095 solicitudes, es decir, un incremento del 7% con relación a lo logrado en el 2008 (173,279 solicitudes).



IX. ESSALUD DESCENTRALIZADO

Red Asistencial Almenara

• Remodelación de la Consulta Externa

La meta es implementar una infraestructura mínima de 136 consultorios en el hospital Almenara, estandarizando el mobiliario, iluminación, ventilación, entre otros.

La remodelación se está realizando por etapas. Se ha concluido los consultorios del 1er, 3er y 4º pisos y está en proceso el 2º piso.

Adicionalmente, se han remodelado los consultorios del Hospital III Grau, el Hospital II Vitarte y el Hospital I Aurelio Díaz Ufano. En el Policlínico Chosica se implementó un nuevo anexo que duplica la infraestructura previamente existente.



• Trasplante de Páncreas-Riñón

A fines de septiembre del 2009 se marcó un hito histórico al realizarse en el Hospital Almenara el primer trasplante de páncreas-riñón, que requirió un esfuerzo y preparación de 2 años de parte de los médicos.

En cuanto a los trasplantes de riñón, se realizaron 28 trasplantes de donantes vivos y 30 de cadavéricos en el 2009, frente a 8 y 7, respectivamente, realizados en el 2008.

Además, se realizaron 13 trasplantes hepáticos en el 2009, 5 más que en el 2008.

• Equipamiento de Diagnóstico por Imágenes

Se adquirió 1 Angiógrafo Digital para el área de intervencionismo, 3 equipos portátiles digitales, 1 Activímetro para Medicina Nuclear, 1 Cámara Gamma portátil y está en trámite 1 Mamógrafo digital.

Se adquirió el Sistema PACS (Sistema informático para radiología digital) y se instaló en la Emergencia del Hospital Almenara.

Red Asistencial Rebagliati

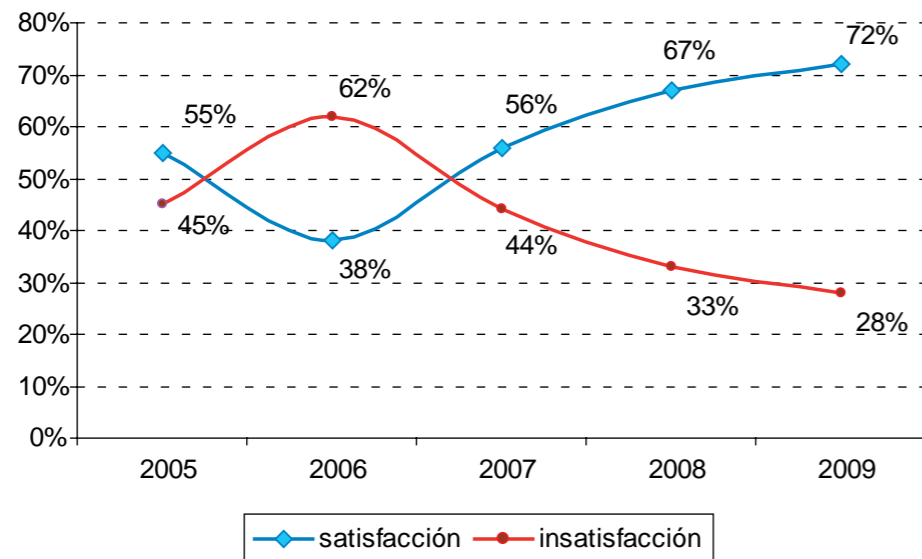
La Red Asistencial Rebagliati cuenta con una población adscrita de 1'435,446 asegurados, los cuales son atendidos en 15 centros asistenciales de diferentes niveles de complejidad, capacidad de resolución y distribuidos según criterio territorial: el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Base de la Red; los Hospitales II Suárez-Angamos y Cañete; los Hospitales I Uldarico Rocca y Carlos Alcántara; los Policlínicos Chincha, Próceres, Villa María, Juan José Rodríguez y Pablo Bermúdez; la Clínica Central de Prevención; el Centro Médico Mala y las UBAPs Santa Cruz, Lurín, Manchay y Jesús María.



Satisfacción del Usuario Externo

La encuesta de satisfacción del usuario externo aplicada en los Centros Asistenciales y Hospital Base de la Red Asistencial Rebagliati, alcanzó el 72% de satisfacción, porcentaje que superó las cifras de años anteriores:

Tendencia de la satisfacción e insatisfacción del usuario externo 2005-2009

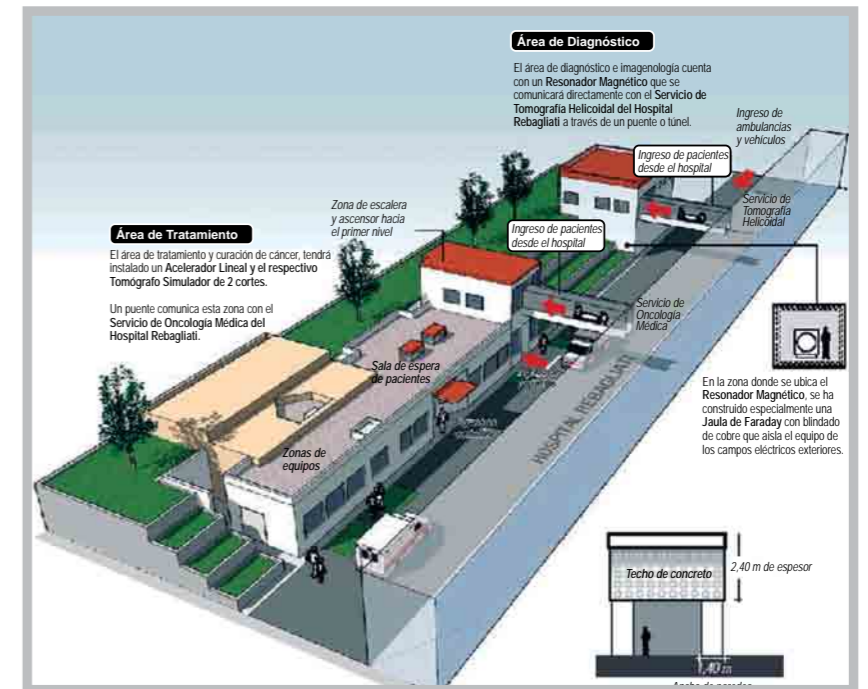


Fuente: Memoria 2009 Hospital Edgardo Rebagliati

Infraestructura y Equipamiento

Para mejorar la atención y la salud de los asegurados, se concluyó la construcción de los bunker del Acelerador Lineal, el Resonador Magnético y el Angiógrafo Digital y entró en operación la Cámara Gamma.

Infografía del Búnker del Hospital Rebagliati



Los proyectos de inversión, adecuación y mantenimiento integral de los centros asistenciales han mejorado la infraestructura y disminuido la brecha oferta / demanda de las prestaciones. La remodelación del Hospital II Cañete, ampliación de Urgencias en los Policlínicos Pablo Bermúdez y Próceres, así como la remodelación de la Emergencia Adultos, Unidad de Cuidados Críticos Coronarios, Salas de Hemodinamia y Servicio de Nutrición del Hospital Rebagliati fueron los principales retos.



Atención Primaria

En el cuidado de la salud basado en la atención primaria, se han ampliado los Centros de Atención de Primer Nivel (CAP) con las Unidades Básicas de Atención, contando a la fecha con cuatro UBAPs: Santa Cruz, Lurín, Manchay y Jesús María, las cuales mediante diferentes convenios con las Municipalidades, fortalecen estrategias preventivo promocionales consideradas inversión en salud a mediano plazo.

La UBAP Jesús María, cuya modalidad de pago es Per Capita, cuenta con un 90% de asegurados encuestados satisfechos por la atención recibida, habiéndose ampliado la cobertura de atención al 37%.

La UBAP Manchay, cuya modalidad de pago es Tarifado, atiende a los poblados de Manchay, Cieneguilla y Pachacamac, llegando a tener 4,169 atenciones.

La creación de la UBAP Lurín, ha mejorado el acceso al 22% de la población adscrita de los distritos de Lurín y Pachacamac.

Red Asistencial Arequipa

- **Inauguración del Centro de Radioterapia y Centro de Medicina Nuclear**

En Enero del 2009 se inauguró este primer Centro de Alta Tecnología de Salud, que beneficiará a 4 millones de personas de los departamentos de la Región Macro Sur. Se puso en funcionamiento el Acelerador Lineal, un Resonador Magnético y un Equipo SPECT o Cámara Gamma. El Acelerador Lineal permite destruir células cancerosas mediante la aceleración y emisión de partículas subatómicas, como electrones, positrones o protones. El Acelerador se complementa con un Tomógrafo Simulador que planifica, ubica y delimita el tumor.

- **Centro de Emergencias**

Se ejecutaron adecuaciones en la infraestructura del ex-Hospital Obrero para convertirlo en un moderno Centro de Emergencias de Alta Complejidad, que beneficiará a 438 mil asegurados.

En noviembre del 2009 se inauguró este centro, con una capacidad de atención que duplica a la anterior. Cuenta con 124 camas de observación de adultos y niños, 1 UCE con 6 camas, 1 Unidad de Shock-Trauma totalmente equipada, con 6 camas, servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento: Rayos X, Laboratorio, Farmacia, ambiente para tomografía y Centro Quirúrgico con 4 salas de operaciones.

A lo largo del 2009 se realizaron con el Acelerador Lineal 1,079 consultas de Radioterapia y 3,663 Sesiones de Radioterapia. Con el Resonador Magnético se hicieron 1,669 exámenes y se atendieron 1,021 pacientes con la Cámara Gamma.

Red Asistencial Lambayeque

En el año 2009 se compraron 370 equipos biomédicos, con una inversión total de casi 14 millones de nuevos soles. Entre ellos podemos destacar:

- 1 Tomógrafo computarizado de 6 cortes
- 4 Máquinas de Anestesia con sistema de monitoreo completo
- 14 Incubadoras neonatales standard
- 20 Electrocardiógrafos
- 23 Desfibriladores con monitor y 13 Desfibriladores portátiles con monitor
- 2 video colonoscopios y 2 video gastroscopios
- 2 gastrofibroscopios y 2 colonoscopios largos
- 13 Unidades dentales con sillón incorporado y con compresora
- 5 Microscopios quirúrgicos oftalmológicos
- 30 Monitores de Funciones Vitales (14 de 9 parámetros y 10 de 7 parámetros)
- 1 Densitómetro óseo
- 5 Espectrofotómetros
- 6 Ecógrafos de uso general, 8 Ecógrafos portátiles, 2 Ecógrafos Doppler a color

Red Asistencial La Libertad

En el año 2009 se pusieron en funcionamiento: el Policlínico Víctor Larco Herrera, el Centro Médico de Huanchaco, las Postas Médicas de Paiján, Santiago de Cao y Chao.

Se creó el Centro de Atención Primaria III Metropolitano de Trujillo, que entrará en funcionamiento en el 2010.

Se recibieron equipos biomédicos por un monto de 15 millones de nuevos soles, entre ellos:

- 1 Acelerador Lineal
- 1 Tomógrafo Axial Computarizado de 16 cortes
- 1 Cámara Gamma

Además, se renovó todo el parque informático de la Red Asistencial (360 equipos).

INCOR

El INCOR aspira a dotarse del entorno tecnológico óptimo para el desempeño de su actividad, y del criterio necesario para su adecuada utilización, por lo que se ha propuesto estrategias de consolidación en este sentido adquiriendo durante el periodo 2009 equipamiento biomédico de alta tecnología y última generación. Hito alcanzado gracias al apoyo Institucional, quienes no escatimaron esfuerzos para el beneficio de nuestros asegurados.

- **Tomógrafo espiral computarizado de 64 cortes y Cámara Gamma**

Permitirá estudios tridimensionales con un software especial cardiológico para realizar estudios de estructuras cardíacas, complementando los estudios funcionales del corazón realizados por la Cámara Gamma mediante el uso de cardiología nuclear y obteniendo un diagnóstico más preciso para la toma de decisiones.



• Moderna Sala de Operaciones

Equipadas con tecnología de vanguardia en un total de cuatro modernas salas de Operaciones, donde se realizarán cirugías denominadas a "cielo abierto". Donde generalmente se utiliza un sistema de circulación extracorpórea (la máquina de circulación extracorpórea asume las funciones del corazón encargándose de la acción de bombeo y oxigenando la sangre), mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general.

Parte de este equipamiento médico, de última generación:

- Máquinas de Anestesia
- Máquinas de Circulación Extracorpórea
- Balones de Contrapulsación Intraórtico.
- Lámparas cialíticas: dos de media y dos de alta intensidad



Centrales de monitoreo de 8 parámetros

Usado en el control y monitoreo de los pacientes post operados de las distintas unidades de cuidados intensivos, la cantidad de parámetros define el control de mayores funciones, por mencionar algunos: factor cardiaco, factor respiratorio, saturación de oxígeno, EKG, presión arterial invasivo y presión arterial no invasivo; etc.

Ecocardiógrafos

Estos modernos ecocardiógrafos, poseen la capacidad de realizar estudios de: Ecocardiografía Stress, Ecocordio Transesofágico, Eco Carotídeo, Eco Vascular, Ecocordio Fetal, y a esto se agregan otras funciones como: Tissue Traking, Strain, Strain Rate, Disincronia, Perfusión con contraste en tiempo real, 3D; entre otras nuevas aplicaciones en investigación, realizadas sólo en centros de mayor avanzada a nivel Mundial.



Centro Nacional de Salud Renal

La Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS) aprobó en Febrero del 2009 algunos Protocolos de Atención para estandarizar la atención de pacientes en diálisis:

- Manejo de la anemia en el Paciente en Diálisis
- Manejo de las Alteraciones del Metabolismo Óseo y Mineral en el Paciente en Diálisis
- Dosificación de Hemodiálisis
- Manejo de la Diálisis Peritoneal
- Manejo de la Hipertensión Arterial en el Paciente en Diálisis

En Marzo la GCPS aprobó la Directiva para "Atención Ambulatoria del Paciente con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Hemodiálisis por Servicios Contratados".

En Noviembre del 2009 se realizó el Curso Taller "Promoción de la Salud Renal y Prevención de la Enfermedad Crónica en EsSalud", en el que se plantearon alternativas para la atención de pacientes en Terapias de Reemplazo Renal (TRR):



- Se validó técnicamente la Guía de Reprocesamiento de Dializadores, recomendándose su aplicación en las Unidades de Hemodiálisis de EsSalud que reprocesan dializadores, para garantizar la calidad del procedimiento mediante procesos organizados, estandarizados y bioseguros, acorde a normas y recomendaciones nacionales e internacionales.
- Se validaron los procesos de enfermería en diálisis peritoneal con las observaciones pendientes del Taller "Estandarización en el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica".

Para la promoción de la salud renal y prevención de la ERC se formularon propuestas que se elevaron al Comité Técnico Central de Salud Renal para su aprobación:

- Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Enfermedad Renal Crónica
- Plan de Capacitación para el manejo del paciente en riesgo y con ERC en Redes Asistenciales de Lima
- Cartera de Servicios "Manejo de la Enfermedad Renal Crónica en la Atención Primaria"

En Diciembre del 2009 la GCPS aprobó la "Guía Técnica de Promoción de la Salud Renal en el Seguro Social de Salud".

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

INFORME SOBRE EL EXAMEN A LOS
ESTADOS FINANCIEROS COMBINADOS

AL 31 DE DICIEMBRE DE 2009 Y 2008

LIMA – PERU



ASOCIACIÓN



DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

A los señores miembros del Consejo Directivo
Seguro Social de Salud - ESSALUD

1. Hemos auditado los estados financieros adjuntos del Seguro Social de Salud - ESSALUD, que comprenden los balances generales combinados al 31 de diciembre de 2009 y 2008, y los estados combinados de operaciones, de cambios en el patrimonio neto y de flujos de efectivo por los años terminados en esas fechas, así como el resumen de políticas contables significativas y otras notas explicativas a dichos estados financieros.

Responsabilidad de la Gerencia sobre los Estados Financieros

2. La Gerencia es responsable de la preparación y presentación razonable de estos estados financieros de acuerdo con principios de contabilidad generalmente aceptados en el Perú y normas gubernamentales vigentes y aplicables a la Institución. Esta responsabilidad incluye: diseñar, implementar y mantener el control interno que sea relevante en la preparación y presentación razonable de los estados financieros para que estén libres de errores materiales, ya sea como resultado de fraude o error; seleccionar y aplicar las políticas contables apropiadas; y realizar las estimaciones contables razonables de acuerdo con las circunstancias.

Responsabilidad del Auditor

3. Nuestra responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre estos estados financieros basada en nuestras auditorías. Nuestras auditorías fueron realizadas de acuerdo con normas de auditoría generalmente aceptadas en el Perú. Tales normas requieren que cumplamos con requerimientos éticos y que planifiquemos y realicemos la auditoría para obtener una seguridad razonable de que los estados financieros están libres de errores materiales.
4. Una auditoría comprende la ejecución de procedimientos para obtener evidencia de auditoría sobre los saldos y revelaciones en los estados financieros. Los procedimientos seleccionados dependen del juicio del auditor, que incluye la evaluación del riesgo de que los estados financieros contengan erróneas materiales, ya sea como resultado de fraude o error. Al efectuar esta evaluación de riesgo, el auditor toma en consideración el control interno pertinente de la Institución que es relevante para la preparación y presentación razonable de los estados financieros a fin de diseñar procedimientos de auditoría de acuerdo con las circunstancias, pero no con el propósito de expresar una opinión sobre la efectividad del control interno de la Institución. Una auditoría también comprende evaluar si los principios de contabilidad aplicados son apropiados, y si las estimaciones contables realizadas por la Gerencia son razonables, así como una evaluación de la presentación general de los estados financieros.

5. Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido es suficiente y apropiada para proporcionarnos una base para nuestra opinión de auditoría.

Calificaciones

6. Como se describe en la Notas 5 y 11 a los estados financieros, la Institución ha procedido a registrar las cuentas por cobrar por Aportaciones al Sistema de Seguridad Social de la siguiente manera:

- a) Al 31 de diciembre de 2008:
Las Aportaciones por cobrar vencidas por un total de S/.2,331 millones como Cuentas Por Cobrar a Largo Plazo y su correspondiente contrapartida por el mismo importe en el Pasivo como Ingresos Diferidos, no habiéndose determinado el valor de recuperación de estas cuentas, lo que motivó una calificación en nuestro dictamen de fecha 25 de septiembre de 2009 por esta omisión de Cuentas por Cobrar Aportaciones por un total estimado de S/.70 millones y por la sobre valuación de Activos y Pasivos por S/.2,331 millones. En el año 2009 se efectivizaron cobranzas de estas cuentas por un total de S/.73 millones.

El conjunto de aportaciones y sus correspondientes intereses fueron consideradas en el balance general en dos segmentos: en cuentas financieras solamente aquellas denominadas Valores, por las cuales SUNAT realizó alguna de las acciones que está facultada para la recuperación de las aportaciones y en las cuentas de orden aquellas que se denominan Saldos y que corresponden a las declaraciones regulares de sus obligaciones hechas por los contribuyentes.

- b) Al 31 de diciembre de 2009:
Se ha efectuado una distinción entre lo que son las Aportaciones por cobrar vencidas por un importe de S/.1,061 millones, de los que se ha estimado recuperar S/.83 millones y los Intereses por cobrar a largo plazo, calculados en S/.1,891 millones por los cuales se ha generado una contrapartida por el mismo importe, resultando un valor de cero, que se incluye el Activo no corriente.

Las políticas contables seguidas por ESSALUD en el año 2009 sobre este tema le permiten alinearse y acercarse a la normatividad internacional de información financiera.

7. Como se describe en la Nota 2k) a los estados financieros el Consejo Directivo de la Institución, mediante acuerdo N° 247-7 ESSALUD-2004 del 15 de abril de 2004, dictó políticas y lineamientos puntuales referidos a la obligación previsional de los regímenes de los Decretos Leyes N° 20530 y 18846, respecto a lo siguiente:

- a) Se reconoce como deuda los montos de las obligaciones previsionales referidas en los artículos 4° y 5° del Decreto de Urgencia N° 067-98, con deducción de las pensiones pagadas hasta la fecha, sin perjuicio del nuevo cálculo actuarial que se debe realizar, el cual no tiene efectos contables para la Institución, con total prescindencia de lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 043-2003-EF y el Decreto de Urgencia N° 030-2005.



(Handwritten mark)

- b) Los recursos que administra ESSALUD son intangibles y no pueden ser afectados con medidas cautelares o definitivas ni destinarse a fines distintos a los preestablecidos en su Ley de Creación, Ley del Sistema de Seguridad Social, las mismas que se sustentan en principios constitucionales

Por acuerdo N° 03-IE-ESSALUD-2006 del 16 de mayo de 2006, el Consejo Directivo acordó que en cumplimiento del Principio de Legalidad se continúe pagando las pensiones a los pensionistas sujetos al régimen del Decreto Ley N° 18846 y Decreto Ley N° 20530, en tanto la autoridad jurisdiccional no emita un pronunciamiento que ponga fin respecto a las acciones judiciales iniciadas por la Institución.

En el 2005 y 2006, ESSALUD interpuso Acciones Populares y Acciones de Amparo, contra los Decreto Supremo No. 043-2003-EF y Decreto de Urgencia No. 030-2005, acciones que durante el 2008 y 2009 fueron declaradas improcedentes por resoluciones del Tribunal Constitucional, advirtiendo que existe una vía procedimental específica para dilucidar la controversia planteada. La Institución decidió en el 2009 utilizar una estrategia legal distinta por lo que ha presentado una demanda contra la Oficina de Normalización Provisional por Extinción de la Obligación contenida en el Decreto de Urgencia No. 067-98.

Por acuerdo N° 03-IE-ESSALUD-2006 del 16 de mayo de 2006, el Consejo Directivo determinó que en cumplimiento del Principio de Legalidad se continúe pagando las pensiones a los pensionistas sujetos al régimen del Decreto Ley N° 18846 y Decreto Ley N° 20530, en tanto la autoridad jurisdiccional no emita un pronunciamiento que ponga fin respecto a las acciones judiciales iniciadas por la Institución.

La Reserva por obligaciones previsionales, según los cálculos actuariales informados y calculados por el Ministerio de Economía y Finanzas hasta el 31 de diciembre de 2008 y estimados institucionalmente para el 2009, ascendería a S/.5,000 millones, los que no se encuentran expuestos en los estados financieros adjuntos. Debido a que a la fecha existen acciones legales interpuestas por ESSALUD, destinadas a lograr el reconocimiento de extinción de obligación de pago por haber dado cumplimiento al mandato legal contenido en los artículos 4° y 5° del Decreto de Urgencia No. 067-98, no es posible establecer el efecto que tendría la resolución final de dichos procesos en los estados financieros adjuntos. Sin embargo, el compromiso de pago futuro de estas pensiones estimadas al 31 de diciembre de 2009 en S/.5,000 millones, constituye una partida significativa que debe tenerse en consideración en la lectura de los estados financieros adjuntos, que no incluyen una exposición cuantificada de esta incertidumbre.

Opinión

8. En nuestra opinión, excepto por el efecto el año 2008 del incremento de activos y pasivos por S/.2,331 millones y el valor no reconocido de ingresos y cuentas por cobrar de S/.70 millones, que se describe en el párrafo 6 y la falta de revelación suficiente y el efecto del ajuste en los años 2009 y 2008, si hubiera, de la resolución final de las acciones judiciales interpuestas por ESSALUD, que se describe en el párrafo 7, los estados financieros combinados presentan razonablemente, en todo



INFORME ESTADOS FINANCIEROS 2009 Y 2008
COMBINADOS
"Seguro Social de Salud - ESSALUD"

SEGURO SOCIAL DE SALUD
- ESSALUD -

ESTADOS DE OPERACIONES COMBINADOS (Notas 1 y 2)
Por los años terminados el 31 de diciembre de 2009 y 2008
(Expresado en nuevos soles)

	Notas	2009	2008
INGRESOS			
Aportaciones Ley 26790 - Salud	23	5,310,622,472	4,847,167,447
Aportaciones D.L. 18846 - Accidentes de Trabajo		184,145	378,972
Aportaciones D.L. 885 - Seguro Agrario		64,335,466	61,701,497
Aportaciones Seguro Potestativo		18,314,576	21,665,499
Aportaciones Seguro Universitario		849	924
Aportaciones Seguro Complementario Trabajo Riesgo		49,073,657	53,091,743
Otras Aportaciones por Servicios a no Asegurados		24,866,559	24,270,231
TOTAL INGRESOS		5,467,397,724	5,008,276,313
COSTOS Y GASTOS DE ADMINISTRACION			
Costo de Personal	24	2,412,950,528	2,133,785,459
Costo de Medicinas, Material Médico y Otros	25	862,874,286	719,433,289
Costo de Prestaciones Económicas	26	365,809,268	316,160,187
Costo de Oficina, Inmuebles e Instalaciones	27	226,776,503	196,877,120
Costo de Equipos, Unidades de Transporte Médico y Otros	28	166,574,560	132,667,758
Servicios Médicos Encargados a Terceros	29	289,229,006	236,027,577
Costo de Suministros Diversos	30	101,967,068	91,024,889
Comisiones SUNAT y Gastos Bancarios	31	82,831,038	77,136,225
Servicios Públicos	32	52,345,624	46,278,249
Otros Gastos Generales	33	172,277,729	128,997,050
Provisiones Varias	34	437,851,584	229,909,799
Honorarios		8,977,318	5,329,145
Viáticos y Atenciones Oficiales		11,169,128	11,836,427
TOTAL COSTOS Y GASTOS DE ADMINISTRACION		5,191,633,640	4,325,463,174
Otros Ingresos y Gastos Operativos			
Otros Ingresos	35	312,000,853	219,206,468
Otros Gastos	36	(569,370,918)	(573,699,323)
Total Otros Ingresos y Gastos Operativos		(257,370,065)	(354,492,855)
SUPERAVIT OPERATIVO			
Ingresos y Gastos Financieros		18,394,019	328,320,284
Ingresos Financieros	37	127,046,733	156,174,411
Gastos Financieros	38	(53,574,116)	(54,139,875)
Total Ingresos y Gastos Financieros		73,472,617	102,034,536
SUPERAVIT DEL EJERCICIO		91,866,636	430,354,820

Las notas adjuntas forman parte de los estados financieros combinados.



ASOCIACION
VIGO & ASOCIADOS S.C. - ESPINOZA & ASOCIADOS S.C.
Pág. N° 6



INFORME ESTADOS FINANCIEROS 2009 Y 2008
COMBINADOS
"Seguro Social de Salud - ESSALUD"

SEGURO SOCIAL DE SALUD
- ESSALUD -

ESTADOS DE CAMBIOS EN EL PATRIMONIO NETO COMBINADOS (Nota 21)

Por los años terminados el 31 de diciembre de 2009 y 2008
(Expresado en Nuevos Soles)

	Capital Adicional	Resultados No Realizados	Reservas Legales	Resultados Acumulados	Total Patrimonio
Saldos al 1 de enero de 2008	7,394,131	867,601,856	1,163,867,182	1,444,640,916	3,483,504,085
Distribución o asignación a reservas de utilidades efectuadas en el periodo	-	-	118,218,775	(118,218,775)	-
Otras transferencias netas	2,172,966	-	-	-	2,172,966
Cambios en estimaciones y ajustes contables	-	-	-	31,470,299	31,470,299
Superávit del ejercicio	-	-	-	430,354,820	430,354,820
Pérdida por valor razonable de Inmuebles, maquinaria y equipo	-	(7,602,905)	-	-	(7,602,905)
Saldos al 31 de diciembre de 2008	9,567,097	859,998,951	1,282,085,957	1,788,247,260	3,939,899,265
Distribución o asignación a reservas de utilidades efectuadas en el periodo	-	-	193,874,192	(193,874,192)	-
Otras transferencias netas	4,306,554	-	-	-	4,306,554
Cambios en estimaciones y ajustes contables	-	-	-	131,138,288	131,138,288
Superávit del ejercicio	-	-	-	91,866,636	91,866,636
Pérdida por valor razonable de Inmuebles, maquinaria y equipo	-	(1,271,627)	-	-	(1,271,627)
Saldos al 31 de diciembre de 2009	13,873,651	858,727,324	1,475,960,149	1,817,377,992	4,165,939,116

Las notas adjuntas forman parte de los estados financieros combinados.



ASOCIACION
VIGO & ASOCIADOS S.C. - ESPINOZA & ASOCIADOS S.C.
Pág. N° 7



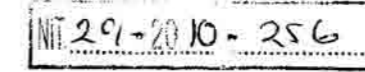
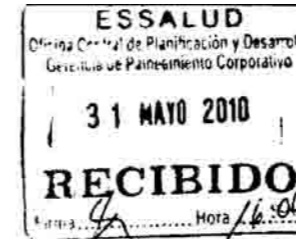
INFORME ESTADOS FINANCIEROS 2009 Y 2008
COMBINADOS
"Seguro Social de Salud - ESSALUD"

SEGURO SOCIAL DE SALUD
- ESSALUD -

ESTADOS DE FLUJOS DE EFECTIVO COMBINADOS
Por los años terminados el 31 de diciembre de 2009 y 2008
(Expresado en nuevos soles)

	2009	2008
ACTIVIDADES DE OPERACION:		
Cobranzas o Ingresos por:		
Venta de Bienes o Servicios e Ingresos Operacionales	5,373,311,524	4,927,017,109
Intereses y Rendimientos (No Incluidos en Actividades de Inversión)	87,977,497	88,211,552
Otros Cobros de Efectivo Relativos a la Actividad	306,212,295	91,453,665
Pagos por:		
Proveedores de Bienes y Servicios	(2,134,170,741)	(1,643,998,527)
Remuneraciones y Beneficios Sociales	(2,243,794,275)	(2,011,710,333)
Tributos	(4,405,193)	(3,694,191)
Otros Pagos de Efectivo Relativos a la Actividad	(825,313,957)	(880,050,288)
EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO NETO PROVENIENTE DE ACTIVIDADES DE OPERACION	559,817,150	567,228,987
ACTIVIDADES DE INVERSION:		
Cobranza (Entradas) por:		
Venta de Inversión en Valores	314,211,779	1,591,819,389
Otros Cobros de Efectivo Relativos a la Actividad	26,475,563	
Menos: Pagos (Salidas) por:		
Compra de Inversión en Valores	(550,660,774)	(1,482,163,561)
Compra de Inmuebles Maquinaria y Equipo	(194,179,579)	(140,952,728)
Desembolso por Obras en Curso de Inmuebles Maquinaria y Equipo	(302,457,425)	(435,282,113)
Compra y Desarrollo de Activos Intangibles	-	(780,827)
Otros Pagos de Efectivo Relativos a la Actividad	-	(3,282,654)
EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO NETO USADO EN ACTIVIDADES DE INVERSION	(706,610,436)	(470,642,494)
AUMENTO (DISMINUCION) NETO DE EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO AL INICIO DEL AÑO	(146,793,286)	96,586,493
	671,569,183	574,982,690
EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO AL FINALIZAR EL AÑO	524,775,897	671,569,183
CONCILIACION DEL SUPERAVIT CON EL EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO NETO PROVENIENTE DE ACTIVIDADES DE OPERACION		
Superavit del ejercicio	91,866,636	430,354,820
Ajustes al superavit del ejercicio:		
Depreciación y Amortización	149,380,461	120,000,859
Provisión para Beneficios Sociales	491,918	650,358
Provisión Diversas	436,812,721	228,594,008
Otros	281,908,377	(15,358,247)
Cargos y Abonos por Cambios Netos en Activos y Pasivos		
Aumento de Cuentas por Cobrar Comerciales	(94,086,200)	(81,259,204)
Aumento (Disminución) de Otras Cuentas por Cobrar	(5,788,558)	46,771,799
Aumento de Existencias	(31,466,329)	(46,893,724)
Aumento (Disminución) de Entregas a Rendir Cuenta	6,555,139	(6,566,231)
Aumento de Cuentas por Pagar Comerciales	76,326,308	45,233,555
Disminución de Otras Cuentas por Pagar	(352,183,323)	(154,299,006)
EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO NETO PROVENIENTE DE ACTIVIDADES DE OPERACION	559,817,150	567,228,987

Las notas adjuntas forman parte de los estados financieros combinados.



Av. Domingo Cuello N° 120
Jesús María - Lima Perú
T.: 2656000 / 2657000
www.essalud.gob.pe

CARTA N° 901 -SG-ESSALUD-2010

Lima,

28 MAYO 2010

Señor
FRANS AMELINCKX VILLANUEVA
Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo - ESSALUD
Presente.-



ASUNTO : Remito acuerdo adoptados por el Consejo Directivo
Décima Sesión Ordinaria 2010

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted con la finalidad de remitir a su Despacho, para su conocimiento y fines correspondientes, copia de la transcripción del acuerdo N° 31-10-ESSALUD-2010 adoptado por el Consejo Directivo en su Décima Sesión Ordinaria del año 2010, el cual se cumplen en detallar a continuación:

ACUERDO DE CONSEJO DIRECTIVO	SUMILLA
ACUERDO N° 31-10-ESSALUD-2010	APROBAR la Memoria Institucional de ESSALUD correspondiente al año 2009.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Leonora Patricia Luy
Sello de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo

EsSalud
Oficina Central de Planificación y Desarrollo
Prov. N° 2146-001-6010
Fecha: 31 MAY 2010
Firma: *GPC*
Despacho UCPD

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María - Lima Perú
T.: 2656000 / 2657000
www.essalud.gob.pe

**CONSEJO DIRECTIVO
DECIMA SESION ORDINARIA**
Lima, 25 de mayo de 2010

ACUERDO N° 31-10-ESSALUD-2010

VISTA:

La Carta N° 1943-OCPD-ESSALUD-2010, de fecha 21 de mayo de 2010, mediante la cual la Oficina Central de Planificación y Desarrollo alcanza la propuesta de la Memoria Institucional 2009; y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Ley N° 27056 se crea el Seguro Social de Salud (ESSALUD) sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social;

Que, el inciso b) del artículo 7° de la Ley N° 27056, establece que compete al Consejo Directivo de ESSALUD aprobar la Memoria Anual de la Institución, el mismo que es concordante con lo que dispone el artículo 29 de su reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias;

Que, en mérito a las atribuciones conferidas, el Consejo Directivo, por unanimidad;

ACORDÓ:

- 1.- **APROBAR** la Memoria Institucional de ESSALUD correspondiente al año 2009.
- 2.- **EXONERAR** el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del Acta para que entre en inmediata ejecución.





www.essalud.gob.pe

Jr. Domingo Cueto N° 120 Jesús María
Lima, Perú
Teléfono: 265-6000 / 265-7000