



 **EsSalud**
Seguridad Social para todos

Memoria Anual 2011



LA ENTIDAD

DENOMINACIÓN:

La entidad como persona jurídica se denomina Seguro Social de Salud y su denominación corporativa es EsSalud.

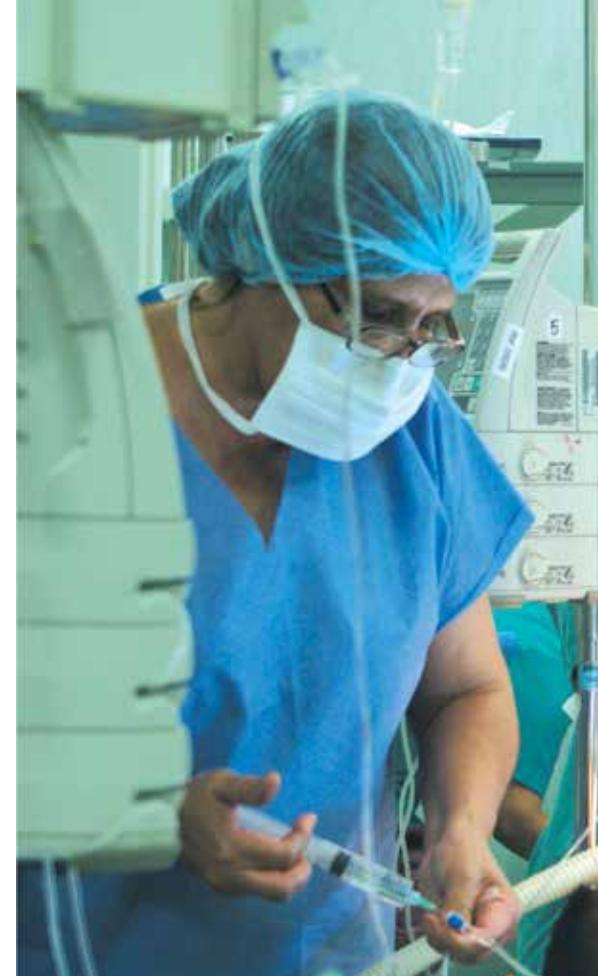
CONSTITUCIÓN:

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



ÍNDICE

Presentación	5
I. Nuestra entidad	7
1.1 Contexto histórico	7
1.2 Principios y valores	8
1.3 Estructura organizacional	8
1.4 Consejo Directivo	9
1.5 Principales ejecutivos	9
1.6 Consejo Directivo anterior	11
1.7 Principales Ejecutivos anteriores	12
1.8 Equipo de trabajo	14
1.9 Población asegurada	14
1.10 Oferta institucional	18
II. Logros relevantes en los órganos desconcentrados	19
III. Actividades relevantes de los sistemas de gestión institucional	40
3.1 Prestaciones de salud	40
3.1.1 Producción de actividades asistenciales	40
3.1.2 Actividades de gestión prestacional	42
3.2 Calidad de atención y defensa del asegurado	51
3.3 Prestaciones sociales y económicas	54
3.4 Inversiones	60
3.5 Gestión administrativa	64
3.5.1 Financiamiento	74
3.5.2 Adquisiciones y Contrataciones	73
3.5.3 Gestión de las Personas	74
3.6 Defensa Nacional	75
3.7 Transparencia y lucha contra la corrupción	76
3.8 Aseguramiento	78
IV. Estados Financieros de EsSalud	81
ANEXO	86



PRESENTACIÓN

El Seguro Social del Perú, desde sus inicios, ha desempeñado un rol innovador en el ámbito sectorial, dinamizando las acciones del Estado y de los diversos actores del mundo laboral a fin de contribuir a lograr la salud y bienestar de los trabajadores. En una perspectiva histórica, el Seguro Social ha sido protagonista de diversos procesos de crecimiento que le han dado su actual dimensión y desarrollo, como una institución líder en el campo de la salud.

Como no ha podido ser de otra manera, el actual ciclo de desarrollo económico que vive el país, ha marcado una nueva etapa de expansión para EsSalud, que se traduce en la incorporación de un mayor número de trabajadores a la seguridad social. Esta expansión implica la creación de nueva infraestructura y servicios, como también el despliegue de un proceso de modernización que permita al Seguro Social de Salud estar a la altura de los retos que impone esta etapa del desarrollo del país.

El presente documento da cuenta de los diversos procesos de modernización y fortalecimiento institucional en los que ha centrado su accionar EsSalud. De una manera sistemática, damos cuenta del amplio conjunto de acciones realizadas en el año 2011, que van desde la extensión de la cobertura, la inversión en infraestructura y el equipamiento asistencial, hasta las actividades de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, así como las del mejoramiento de la calidad de atención de nuestros asegurados.

Es importante mencionar que a partir del 6 de agosto de 2011, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra asume la presidencia ejecutiva de EsSalud, con el gran reto de sentar las bases para una seguridad social para todos los peruanos, con sostenibilidad financiera, a través de una gestión eficiente y en una lucha frontal contra la corrupción.

En ese sentido, la Memoria Institucional 2011 señala los avances y logros en esta etapa de construcción de un nuevo Seguro Social, para seguir contribuyendo al desarrollo del país.

I. NUESTRA ENTIDAD

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO

El 12 de agosto de 1936, el presidente de la República, general Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N° 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El seguro cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; brindaba prestaciones de asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, servicio de farmacia y subsidios en dinero (por enfermedad, maternidad, lactancia y defunción); así como pensiones de invalidez y vejez. La ley estableció una cotización del 8% (4.5% el patrono, 1% el Estado y 2.5% el asegurado) para los asegurados dependientes, para los facultativos también 8% (7% el asegurado y 1% el Estado) y 6% para los asegurados independientes (3.5% el asegurado y 2.5% el Estado). El 23 de febrero de 1937, se promulgó la Ley N° 8509 que modificó la tasa de aportaciones a través de los cálculos de un primer ajuste matemático actuarial que estableció un porcentaje de aporte de 3.5% del empleador, 1.5% el asegurado y un 1% el Estado, totalizando un 6%.

El 19 de noviembre de 1948, durante el gobierno del general Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N° 10902 que creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado, con la misma cobertura de prestaciones que el seguro obrero. A inicios del año 1949, se promulgó el Decreto Ley N° 10941 que estableció el porcentaje de aportaciones de 5% (3% empleadores, 1.5% empleados y 0.5% el Estado).

Con la llegada al gobierno del general Juan Velasco Alvarado, se inició un proceso de fusión progresiva de los seguros del obrero y el empleado. El 1° de mayo de 1973 se promulgó el Decreto Ley N° 19990 que fusionaba los

diferentes regímenes de pensiones existentes. El 6 de noviembre de 1973 mediante el Decreto Ley N° 20212 se creó el Seguro Social del Perú que fusionó los ex seguros sociales en un único organismo administrativo.

El Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú fue creado el 27 de marzo de 1979, por el Decreto Ley N° 22482, el cual estableció una tasa de aporte para los asegurados obligatorios de 7.5%. La segunda disposición transitoria del Decreto Ley N° 22482 estableció la necesidad de un estudio matemático-actuarial, que se realizó con el apoyo de la OIT, el cual elevó la tasa de aportación al 9% y permitió el saneamiento económico del Seguro Social. De otro lado, este dispositivo configura una nueva cartera de servicios, que incorpora las prestaciones preventivo-promocionales y la educación sanitaria.

El 29 de diciembre de 1987 se promulgó la Ley N° 24786 Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social. En esta norma se establece que el IPSS "...es una institución autónoma y descentralizada, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable..." y que "Los estudios actuariales de los diferentes regímenes de seguridad social... se realizarán cada tres años".

En la década del 90, el Estado crea el Sistema Privado de Pensiones, a través del Decreto Ley N° 25897, y el 6 de diciembre de 1992 crea, por Decreto Legislativo, la Oficina de Normalización Previsional, como entidad encargada de administrar todos los regímenes de pensiones, quedando el IPSS solamente a cargo de las prestaciones de salud y las prestaciones sociales. El 15 de mayo de 1997, se dictó la Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social y el 30 de enero

de 1999 se promulga la Ley N°27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).

1.2 PRINCIPIOS Y VALORES

Solidaridad

Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.

Universalidad

Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.

Igualdad

La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.

Unidad

Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

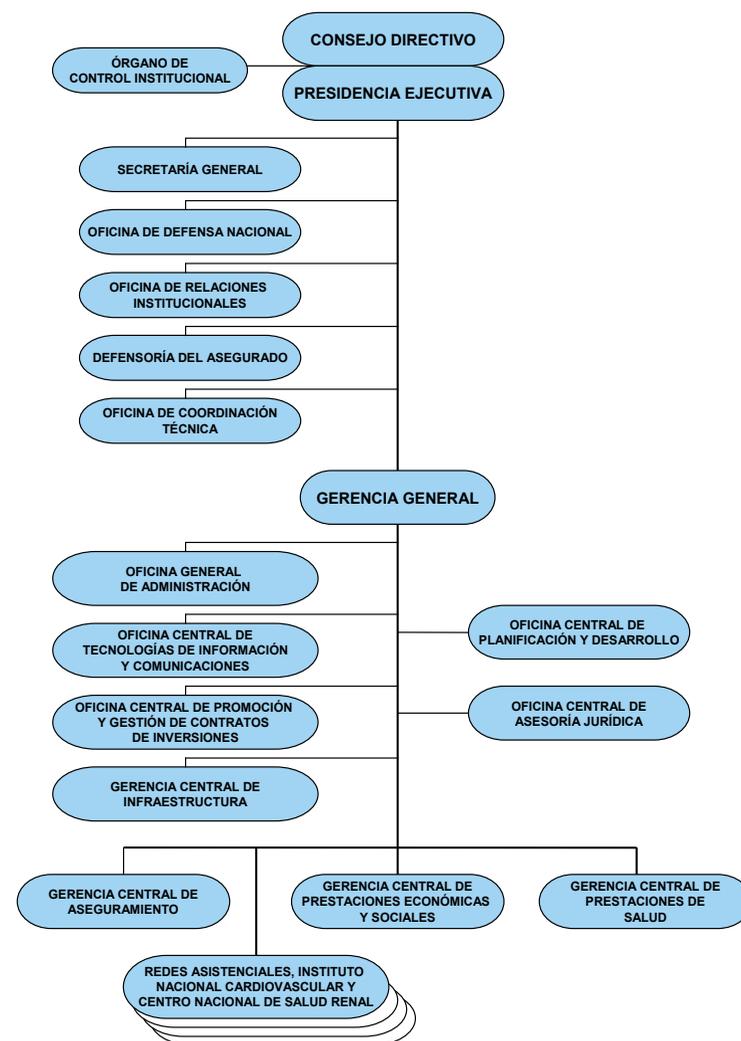
Integralidad

El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.

Autonomía

La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



1.4 CONSEJO DIRECTIVO

Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra
Presidente Ejecutivo
(Desde el 06 de agosto de 2011)

Iván Melecio Medina Haro
**Representante del Estado -
Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo**
(Desde el 14 de agosto de 2011)

Enrique Jacoby Martínez
**Representante del Estado -
Ministerio de Salud**
(Desde el 14 de agosto de 2011)

Antonio Gonzalo Garland Iturralde
**Representante de los empleadores
- Gran Empresa**
(Desde el 21 de agosto de 2011)

Pedro Manuel José Moreyra Almenara
**Representante de los empleadores -
Mediana Empresa**
(Desde el 02 de octubre de 2010)

Gianna Machiavello Casabone
**Representante de los empleadores -
Pequeña y Microempresa**
(Desde el 22 de octubre de 2009
hasta el 11 de diciembre de 2011)

Eduardo Francisco Iriarte Jiménez
**Representante de los empleadores -
Pequeña y Microempresa**
(Desde el 11 de diciembre de 2011)

Carmela Asunción Sifuentes de Holguín
**Representante de los asegurados -
trabajadores del Régimen Laboral Público**
(Desde el 14 de febrero de 2008)

Guillermo Antonio Onofre Flores
**Representante de los asegurados -
trabajadores del Régimen Laboral Privado**
(Desde el 21 de agosto de 2011)

Jorge Alberto Cristóbal Párraga
Representante de los asegurados - pensionistas
(Desde el 19 de octubre de 2011)

1.5 PRINCIPALES EJECUTIVOS

Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra
Presidente Ejecutivo
(Desde el 06 de agosto de 2011)

Hugo Aliaga Gastelumendi
Gerente General
(Desde el 10 de agosto de 2011
hasta el 25 de agosto de 2011)

Rino García Carbone
Gerente General
(Desde el 15 de diciembre de 2011
hasta el 16 de diciembre de 2011)

Pedro Andrés Francke Ballve
Gerente General
(Desde el 01 de setiembre de 2011)

Cristian Rómulo Martín Sánchez Reyes
Secretario General
(Desde el 10 de agosto de 2011
hasta el 12 de setiembre de 2011)

Silvia Cáceres Pizarro
Secretaria General
(Desde el 12 de setiembre de 2011)

Emilio Aquiles Vidal Vidal
**Jefe de la Oficina General
de Administración**
(Desde el 12 de agosto de 2011
hasta el 26 de setiembre de 2011)

Pedro Andrés Francke Ballve
**Jefe de la Oficina General
de Administración**
(Desde el 26 de setiembre de 2011
hasta el 26 de octubre de 2011)

Rino García Carbone
Gerente Central de Prestaciones de Salud
(Desde el 10 de agosto de 2011)

Alberto Espinoza Valenzuela
Jefe del Órgano de Control Institucional
(Hasta el 28 de setiembre de 2011)

Manuel Gerónimo Lucero Álvarez
Jefe del Órgano de Control Institucional
(Desde el 28 de setiembre de 2011)

Marcial Matheus Cabrera
**Gerente Central de Prestaciones
Económicas y Sociales**
(Desde el 11 de agosto de 2011)

Gustavo Manuel Céspedes Garay
**Jefe de la Oficina General
de Administración**
(Desde el 26 de octubre de 2011)

Luis García Corcuera
Defensor del Asegurado
(Desde el 15 de agosto de 2011)

Hernán Ramos Romero
Gerente Central de Aseguramiento
(Desde el 10 de agosto de 2011)

Vitilio Calonge García
Gerente Central de Logística
(Desde el 15 de agosto de 2011)

Emilio Aquiles Vidal Vidal
**Gerente Central de Gestión
de las Personas**
(Desde el 01 de setiembre de 2011
hasta el 08 de setiembre de 2011)

Ángel Noriega Mendoza
**Gerente Central de Gestión
de las Personas**
(Desde el 08 de setiembre de 2011)

Augusto Palomino Monteagudo
**Jefe de la Oficina Central de
Organización e Informática**
(Desde el 08 de setiembre de 2011)

Armando Mendoza Nava
Gerente Central de Finanzas
(Desde el 09 de setiembre de 2011)

Luis Rosales Heredia
**Jefe de la Oficina Central de
Planificación y Desarrollo**
(Desde el 10 de agosto de 2011
hasta el 15 de agosto de 2011)

Augusto Portocarrero Grados
**Jefe de la Oficina Central de
Planificación y Desarrollo**
(Desde el 15 de agosto de 2011
hasta el 05 de diciembre de 2011)

Leonardo Rubio Bazán
**Jefe de la Oficina Central de
Planificación y Desarrollo**
(Desde el 12 de diciembre de 2011)

Jorge Alberto Suárez
**Jefe de la Oficina de
Defensa Nacional**
(Desde el 18 de agosto de 2011)

Felícita Alvarado Flores
**Jefa de la Oficina de
Relaciones Institucionales**
(Desde el 09 de agosto de 2011)

María Elena Fernández Cervantes
**Jefa de la Oficina Central de Promoción
y Gestión de Contrato de Inversiones**
(Desde el 17 de agosto de 2011
hasta el 01 de setiembre de 2011)

Marco Antonio Martínez Zamora
**Jefe de la Oficina Central de Promoción y
Gestión de Contrato de Inversiones**
(Desde el 01 de setiembre de 2011)

Hugo Aliaga Gastelumendi
**Jefe de la Oficina Central de
Asesoría Jurídica**
(Desde el 10 de agosto de 2011
hasta el 26 de agosto de 2011)

Gastón Remy Llacsá
**Jefe de la Oficina Central de
Asesoría Jurídica**
(Desde el 26 de agosto de 2011)

Gabriela Niño de Guzmán
Gerente Central de Infraestructura
(Desde el 26 de setiembre de 2011)

José Gabriel Somocurcio Vílchez
Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica
(Desde el 11 de agosto de 2011)

1.6 CONSEJO DIRECTIVO ANTERIOR

Félix Rafael Ortega Álvarez
Presidente Ejecutivo
(Hasta el 27 de julio de 2011)

Zarela Esther Solís Vásquez
**Representante del Estado -
Ministerio de Salud**
(Desde el 05 de noviembre de 2010
hasta el 14 de agosto de 2011)

José Antonio Velarde Talleri
**Representante de los empleadores -
Gran Empresa**
(Desde el 23 de julio de 2009
hasta el 19 de agosto de 2011)

Elías Grijalva Alvarado
**Representante de los asegurados -
trabajadores del Régimen Laboral Privado**
(Desde el 04 de julio de 2007
hasta el 21 de agosto de 2011)

Marco Alejandro Ubillús Carrasco
**Representante de los asegurados -
pensionistas**
(Desde el 05 de julio de 2007
hasta el 19 de octubre de 2011)

1.7 PRINCIPALES EJECUTIVOS ANTERIORES

Félix Ortega Álvarez
Presidente Ejecutivo
(Hasta el 27 de julio de 2011)

Javier Ángel Rosas Santillana
Gerente General
(Hasta el 05 de mayo de 2011)

Publio Román Maldonado
Gerente General
(Desde el 31 de mayo de 2011
hasta el 10 de agosto de 2011)

Leonor Irma Ponce Luyo
Secretaria General
(Hasta el 10 de agosto de 2011)

Jaime Enrique Sobrados Tapia
**Jefe de la Oficina General
de Administración**
(Hasta el 12 de agosto de 2011)

Alfredo Barredo Moyano
Gerente Central de Prestaciones de Salud
(Hasta el 10 de agosto de 2011)

María Elena Meza Farfán
**Gerente Central de Prestaciones
Económicas y Sociales**
(Hasta el 11 de agosto de 2011)

Pilar Frisancho Cabrera
Defensora del Asegurado
(Hasta el 15 de agosto de 2011)

Carlos Gustavo Ruiz Guevara
Gerente Central de Aseguramiento
(Hasta el 10 de agosto de 2011)

Marcy Elena Muñoz Correa
Gerente Central de Logística
(Hasta el 15 de agosto de 2011)

Carlos Buleje Terraza
**Gerente Central de Gestión
de las Personas**
(Hasta el 15 de febrero de 2011)

Vicente Eleazar Mejía Ivancovich
**Gerente Central de Gestión
de las Personas**
(Desde el 18 de febrero de 2011
hasta el 26 de junio de 2011)

Yrene Bertha Andía Matos
**Gerente Central de Gestión
de las Personas**
(Desde el 28 de junio de 2011
hasta el 10 de agosto de 2011)

Óscar Camacho Carrillo
**Jefe de la Oficina Central
de Organización e Informática**
(Hasta el 08 de setiembre de 2011)

Publio Román Maldonado
Gerente Central de Finanzas
(Hasta el 06 de mayo de 2011)

Hernán Isaac Castro Moreno
Gerente Central de Finanzas
(Desde el 06 de mayo de 2011
hasta el 09 de setiembre de 2011)

Edgardo Bravo Orellana
**Jefe de la Oficina Central de
Planificación y Desarrollo**
(Desde el 30 de setiembre de 2010
hasta el 10 de agosto de 2011)

Carlos Armando Orellana Salazar
**Jefe de la Oficina
de Defensa Nacional**
(Hasta el 18 de agosto de 2011)

Suzie Sato Uesu
**Jefa de la Oficina de
Relaciones Institucionales**
(Hasta el 09 de agosto de 2011)

Magali Lazo Guevara
**Jefa de la Oficina Central de Promoción
y Gestión de Contrato de Inversiones**
(Desde el 04 de enero de 2011
hasta el 17 de agosto de 2011)

Edward Víctor Alberto Tovar Mendoza
**Jefe de la Oficina Central
de Asesoría Jurídica**
(Hasta el 15 de febrero de 2011)

Winston Martillo Núñez
**Jefe de la Oficina Central
de Asesoría Jurídica**
(Desde el 15 de febrero de 2011
hasta el 02 de marzo de 2011)

Juan Carlos Palomino Monge
**Jefe de la Oficina Central
de Asesoría Jurídica**
(Desde el 02 de marzo de 2011
hasta el 10 de agosto de 2011)

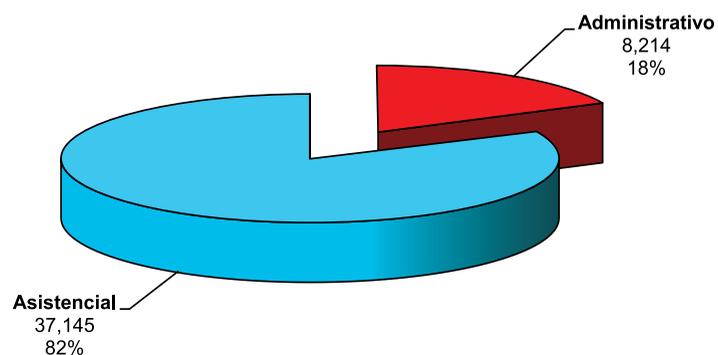
Luis Alberto Pérez Escobar
Gerente Central de Infraestructura
(Hasta el 26 de setiembre de 2011)

Ronald Napoleón Rodríguez Aguirre
Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica
(Hasta el 11 de agosto de 2011)

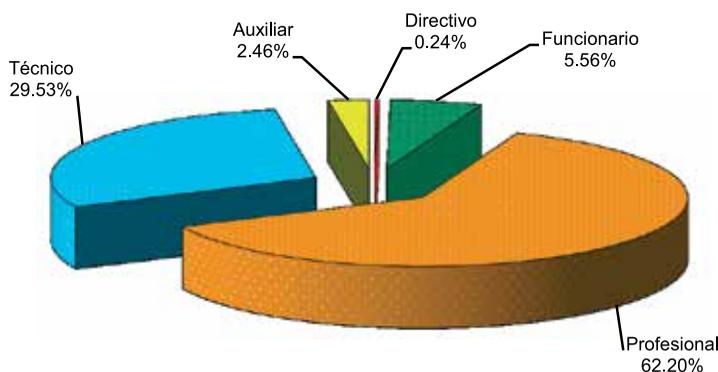
1.8 EQUIPO DE TRABAJO

Al 31 de diciembre de 2011, el personal de EsSalud es de 45,359 trabajadores, de los cuales el personal por Contrato Administrativo de Servicio (CAS) es de 4,999 personas, distribuido a nivel nacional, según la composición por grupo ocupacional y por niveles:

Composición por grupo ocupacional



Composición por niveles



Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas

1.9 POBLACIÓN ASEGURADA

EsSalud, como institución pública al servicio de la seguridad social en salud del Perú, asiste el derecho de la población al bienestar y libre acceso a las prestaciones de salud. Su compromiso está dirigido a mejorar la calidad de vida de las familias peruanas, brindándoles los servicios de salud y las prestaciones económicas y sociales que están comprendidas dentro del régimen contributivo de la Seguridad Social de Salud. Existen varias modalidades para afiliarse al servicio de EsSalud: seguro regular, seguro independiente y seguro contra accidentes. El seguro regular otorga cobertura en prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. En este caso, es el empleador quien afilia a sus trabajadores en este sistema. La empresa asume totalmente el pago del 9% por el seguro regular de todos los trabajadores que se encuentran en planilla y hayan optado por este servicio.



Implementación de Sala de Pletismografía

Evolución y composición de la población asegurada por tipo de seguro

En el año 2011 se ha incrementado la población asegurada, actualmente asciende a 9'128,957; es decir, tenemos 501,580 asegurados más que el año 2010, lo que representa un incremento del 5.8%, tal como se aprecia en el cuadro.

Composición de la población asegurada 2010-2011

N°	TIPO DE SEGURO	POBLACIÓN ASEGURADA		VARIACIÓN	
		2010	2011	CANTIDAD	%
1	ASEGURADOS REGULARES	8,146,114	8,567,521	421,407	5.2%
	Trabajador activo	6,740,800	6,981,003	240,203	3.6%
	Pensionista	1,014,855	1,142,319	127,464	12.6%
	Trabajador del hogar	78,507	86,665	8,158	10.4%
	Pescador artesanal	3,785	4,821	1,036	27.4%
	Trabajador de la CBSSP	10,093	11,236	1,143	11.3%
	Pensionista de la CBSSP	34,024	30,382	-3642	-10.7%
	Pensionista en trámite	1,427	1,457	30	2.1%
	Contr. Administ. Serv.	262,623	309,638	47,015	17.9%
2	ASEGURADOS AGRARIOS	442,343	474,685	32,342	7.3%
	Agrario dependiente	395,596	428,304	32,708	8.3%
	Agrario independiente	46,747	46,381	-366	-0.8%
3	SEGUROS POTESTATIVOS	38,920	86,751	47,831	122.9%
	ESSALUD Personal - Familiar	3,334	2,900	-434	-13.0%
	Nuevo Seguro Potestativo	17,593	36,804	19,211	109.2%
	Potestativo Independiente	65	52	-13	-20.0%
	Seguro Independiente (PEAS)	17,928	46,995	29,067	162.1%
	TOTAL	8,627,377	9,128,957	501,580	5.8%

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

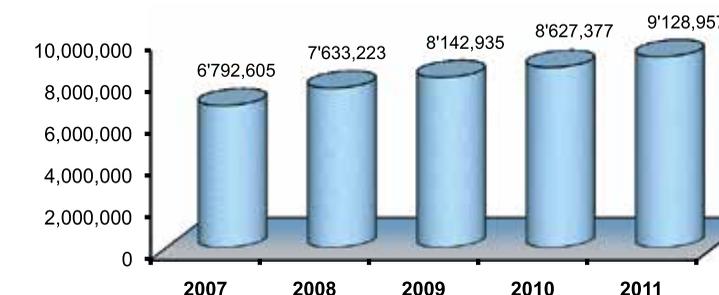
De este universo, 421,407 son asegurados regulares nuevos, los que constituyen un incremento de 5.2% con respecto al año anterior. En tanto, la población de asegurados agrarios se ha acrecentado en un 7.3%, no obstante que los asegurados agrarios independientes ha decrecido en un 0.8% con respecto al año anterior.

Especial mención merecen los seguros potestativos, que de 38,920 asegurados que teníamos en el 2010, en el 2011 pasamos a tener 86,751 asegurados, lo que representa un incremento de 122.9%. Corresponde el mayor aumento al Seguro Independiente PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) con un incremento de 162.1% con respecto al año anterior en que se lanzó al mercado, y el Nuevo Seguro Potesta-

tivo con un incremento del 109.2%. Este incremento pudo haber conllevado a que los seguros potestativos EsSalud Personal-Familiar y Potestativo Independiente hayan decrecido en un 13% y 20%, respectivamente.

En el gráfico observamos la cantidad de asegurados registrados en el período del 2007 al 2011.

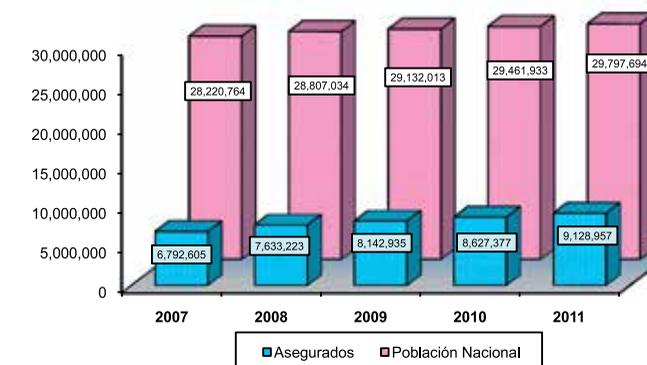
Asegurados a nivel nacional 2007 - 2011



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Asimismo, al año 2011 la población asegurada representó un 30.6% del total de la población del país.

Número asegurados / Población nacional 2007-2011



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento e indicadores demográficos INEI

Composición de la población asegurada, titular y derechohabiente

Para el año 2011, el total de la población de asegurados regulares es de 8'567,521, quienes representan el 93.85%; los asegurados agrarios, representan un 5.2% y los asegurados potestativos, un 1% del universo, tal como se aprecia en el siguiente cuadro.

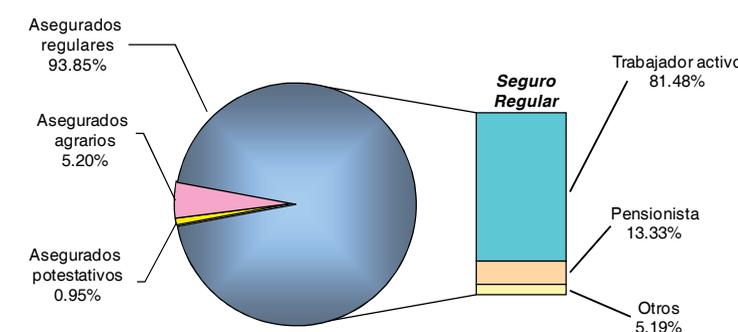
Composición de la población asegurada titular y derechohabiente- 2011

N°	TIPO DE SEGURO	TITULAR	DERECHO HABIENTE	POBLACIÓN ASEGURADA 2011	% PART
1	ASEGURADOS REGULARES	4,728,803	3,838,718	8,567,521	93.85%
	Trabajador activo	3,639,482	3,341,521	6,981,003	76.47%
	Pensionista	824,397	317,922	1,142,319	12.51%
	Trabajador del hogar	58,809	27,856	86,665	4.87%
	Pescador artesanal	1,909	2,912	4,821	
	Trabajador de la CBSSP	6,763	4,473	11,236	
	Pensionista de la CBSSP	10,935	19,447	30,382	
	Pensionista en trámite	1,334	123	1,457	
	Contr. Administ. Serv.	185,174	124,464	309,638	
	2	ASEGURADOS AGRARIOS	259,947	214,738	474,685
Agrario dependiente		236,982	191,322	428,304	
Agrario independiente		22,965	23,416	46,381	
3	SEGUROS POTESTATIVOS	79,542	7,209	86,751	0.95%
	Seguro Potestativo (PPT-PPV)	35,561	1,243	36,804	
	ESSALUD Personal - Familiar	2,769	131	2,900	
	Potestativo Independiente	52	-	52	
	Seguro Independiente (PEAS)	41,160	5,835	46,995	
TOTAL		5,068,292	4,060,665	9,128,957	100.00%
% PARTICIP.		55.52%	44.48%	100%	

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Del análisis de la población asegurada regular (93.85% del total de asegurados), se puede deducir que está constituida principalmente por trabajadores activos (81.48%) y pensionistas (13.33%), lo que se puede apreciar en el siguiente gráfico:

Composición de la población asegurada



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Cabe mencionar que los asegurados titulares (aportantes) de nuestra población asegurada regular constituyen el 55.52% del total, y el 44.48% restante es atribuido a los derechohabientes.

En el caso de los asegurados agrarios, las proporciones son similares al caso anterior, el 54.76% son asegurados titulares y el 45.24% son derechohabientes. Diferente panorama se observa en el caso de los seguros potestativos, en el que tenemos que el 91.69% de la población asegurada bajo esta modalidad, son asegurados titulares, en tanto que solo el 8.31% corresponde a los derechohabientes.

Población asegurada por redes asistenciales

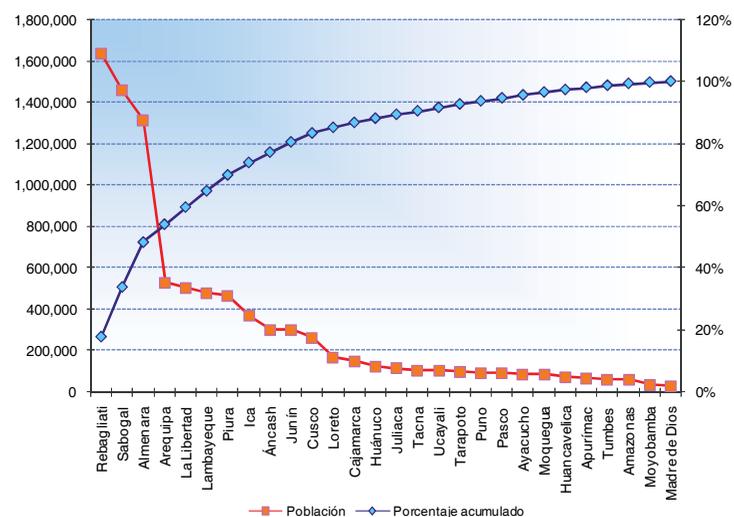
En este caso, debemos tener presente que en el departamento de Lima se encuentran ubicadas las tres principales redes asistenciales (Rebagliati, Sabogal y Almenara), que en su conjunto representan el 48.3% del total de asegurados a nivel nacional; es decir, casi la mitad de la población asegurada del país. Otras re-

des asistenciales con cifras importantes de población asegurada son las de Arequipa con 5.8%, La Libertad 5.5%, Lambayeque 5.2% y Piura 5.1%, tal como se aprecia en el cuadro siguiente:

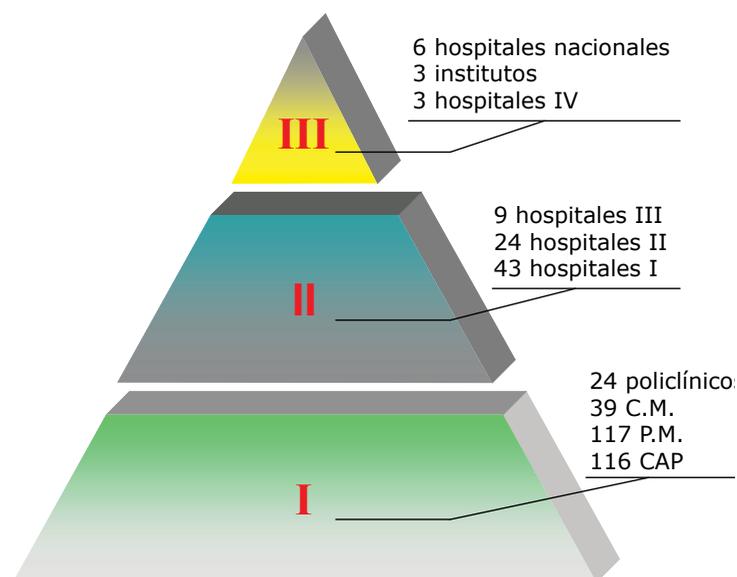
N°	NOMBRE DE LA RED	POBLACIÓN	%
1	Rebagliati	1,634,508	17.90%
2	Sabogal	1,456,759	15.96%
3	Almenara	1,315,036	14.41%
4	Arequipa	526,325	5.77%
5	La Libertad	502,648	5.51%
6	Lambayeque	475,683	5.21%
7	Piura	466,572	5.11%
8	Ica	366,402	4.01%
9	Áncash	302,547	3.31%
10	Junín	301,296	3.30%
11	Cusco	260,674	2.86%
12	Loreto	164,803	1.81%
13	Cajamarca	145,340	1.59%
14	Huánuco	122,957	1.35%
16	Juliaca	113,458	1.24%
17	Tacna	103,888	1.14%
15	Ucayali	101,143	1.11%
18	Tarapoto	98,612	1.08%
20	Puno	91,217	1.00%
22	Pasco	90,126	0.99%
19	Ayacucho	85,891	0.94%
21	Moquegua	85,731	0.94%
23	Huancavelica	72,467	0.79%
24	Apurímac	66,849	0.73%
25	Tumbes	57,233	0.63%
26	Amazonas	57,159	0.63%
27	Moyobamba	35,837	0.39%
28	Madre de Dios	27,796	0.30%
TOTAL		9,128,957	100%

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento

Asegurados por red asistencial – diciembre 2011



Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento



Total: 384 Centros asistenciales

1.10 OFERTA INSTITUCIONAL

El esfuerzo humano, tanto directriz como operativo, requiere de recursos físicos en concordancia con las áreas de la salud, este conjunto se encuentra desplegado a través de nuestra red prestacional que se agrupa en niveles de acuerdo a su grado de complejidad, tal como se muestra en el gráfico de la derecha:

Las prestaciones sociales se otorgan a través de sus 121 unidades de atención al adulto mayor (37 en Lima y 84 en provincias) y 4 centros de rehabilitación profesional (2 en Lima, 1 en Arequipa y 1 en Piura).

Las prestaciones económicas se otorgan a través de sus 36 unidades operativas a nivel nacional (11 en Lima y 25 en provincias).

II. LOGROS RELEVANTES EN LOS ÓRGANOS DESCONCENTRADOS

RED ASISTENCIAL REBAGLIATI

La Red Asistencial Rebagliati cuenta al año 2011 con una población adscrita de 1'634,508 asegurados, los cuales son atendidos en los diferentes centros asistenciales que la conforman, según niveles de complejidad, capacidad resolutoria, criterios de ordenamiento territorial y rutas funcionales.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins es, en esta Red, el de mayor nivel de complejidad, el cual recibe referencias de los diferentes centros asistenciales de menor complejidad como: Hospital II Suárez-Angamos, Hospital II Cañete, Hospital I Uldarico Rocca y Hospital I Carlos Alcántara.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, al cumplir 53 años, cuenta con 1,317 camas de hospitalización, 211 camas de cuidados intensivos y cuidados

intermedios, 29 salas de operaciones, 115 consultorios externos y cuatro emergencias especializadas en adultos, salud mental, pediatría y ginecología. Asimismo, brinda atención médica en 71 especialidades y subespecialidades. Durante el 2011, se atendieron 751,064 consultas, se realizaron 42,375 intervenciones quirúrgicas y se atendieron 235,368 emergencias.

Asimismo, la Red Asistencial Rebagliati ha priorizado la estrategia de Atención Primaria en sus diferentes centros asistenciales como: Policlínico Chíncha, Policlínico Pablo Bermúdez, Policlínico Juan José Rodríguez Lazo, Policlínico Próceres, Policlínico Santa Cruz, Policlínico Villa María, Clínica Central de Prevención, Centro Médico Mala, Centros de Atención Primaria Lurín, San Isidro, Surquillo, San Juan de Miraflores y las Unidades Básicas de Atención Primaria Manchay, Jesús María, Magdalena y Barranco.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins



En el 2011 se obtuvieron los siguientes logros médicos:

- Empleo de nuevas técnicas de diagnóstico de cáncer de mama como el ROLL y el SNOLL, que evitan tratamientos innecesarios de quimioterapia en tumores de bajo riesgo.
- En el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilofacial, realizaron la primera operación de reemplazo total de articulación temporomandibular bilateral, con prótesis; así como cirugía reconstructiva funcional con colgajo inervado en parálisis facial por resección radical de cáncer de parótida.
- El servicio de Cardiología Intervencionista realizó 4 procedimientos de implante valvular aórtico.
- El Departamento de Nefrología fortaleció la Unidad de Diálisis Peritoneal y se realizaron 85 trasplantes renales a pacientes adultos y a 2 niños.
- Durante el 2011, la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, en coordinación con el Departamento de Imagenología y el Servicio de Radiología Intervencionista, logró incrementar la oferta de estudios tomográficos, resonancia magnética, SPECT y cámara gamma de doble cabezal. Por tanto, el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ha logrado constituirse en el centro de referencia de ecografía Doppler y exámenes de biopsias guiadas con ecografía (BAAF) de tiroides, partes blandas y ganglios.



Infraestructura y equipamiento

En los centros asistenciales de la Red Asistencial Rebagliati

N°	Centro asistencial	Optimización de infraestructura	Equipamiento
1	Hospital Rebagliati	Implementación de infraestructura para equipos: PET CT, cámara gamma, UCIN Pediátrica, Rayos X Arco en C; ambiente para el servicio de Urodinamia	Amalgamador, criostato oftalmológico, Doppler vascular portátil, electrobisturí mono/bipolar, espirómetro portátil, láser de CO2, microscopios, reprocesador automático de endoscopios, etc.
2	Hospital II Suárez-Angamos	Trabajos de mantenimiento en todos los pisos durante todo el año (avance 67%)	Equipo de electroterapia de corrientes múltiples, sistema de digitalización CR para equipo de Rayos X.
3	Hospital II Cañete	Implementación en el Servicio de Radiodiagnóstico de un sistema de Digitalización de Imágenes.	Equipos e insumos para marcadores cardíacos del Servicio de Laboratorio. Equipo de Dosis Unitaria para el Servicio de Farmacia. Detector de latidos fetales.
4	Hospital I Uldarico Rocca	Implementación del Tópico de Alivio a libre demanda. Implementación de un área exclusiva para la atención de terapia física. Acondicionamiento de 4 consultorios físicos para Consulta Externa.	1 TENS, 1 Ultrasonido, 1 tanque parafina, 2 tanques de hidroterapia, 1 compresora caliente y 1 compresora de paños fríos para el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
5	Policlínico Chíncha	Implementación del Servicio de Hospitalización y Centro Quirúrgico.	
6	Policlínico Pablo Bermúdez	Implementación del Servicio de Laboratorio, del Tópico de alivio inmediato, Sala Central de Esterilización, mantenimiento de la Sala de Procedimientos Quirúrgicos. Reubicación del Programa de Tuberculosis.	
7	Policlínico Los Próceres		Sistema de digitalización para equipo de Rayos X. Tanque de compresas caliente.
8	Policlínico JJ Rodríguez Lazo		Sistema de digitalización para equipo de Rayos X
9	Policlínico Villa María	Implementación de la sala de espera diferenciada del Programa de TBC. Mejora del área de toma de muestras. Implementación de la Central de Esterilización. Reubicación de la Unidad de Medicina Complementaria. Implementación de un nuevo Laboratorio.	Adquisición de ambulancia en la sala de emergencia para integración al Sistema SAMU. Sistema de digitalización CR para equipo de Rayos X.
10	CAP III San Juan de Miraflores	Construcción de losa para la instalación de módulos contenedores para consultorios.	Procesador automático de películas - mediana capacidad

Fuente: Memoria Institucional 2011, Red Asistencial Rebagliati



Implementación equipo PET CT en Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins



Adecuación de infraestructura UCIN pediátrica en Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins



Adecuación de Sala PCRE con equipo Rayos X Arco en C en Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Atención Primaria

El Centro de Atención Primaria III Los Próceres de San Juan de Miraflores opera a partir del 1 de julio de 2011 para una población adscrita de 250 mil asegurados. Cuenta con una capacidad instalada para las especialidades de medicina, ginecología, pediatría y cirugía. También brinda los servicios de: enfermería, atención

al niño y adulto, odontología, nutrición, psicología, farmacia, laboratorio, Rayos X, toma de muestras y cuenta con ambientes administrativos. Asimismo, oferta las especialidades de cardiología, cirugía general y traumatología.



El Centro de Atención Primaria III San Isidro inició su funcionamiento el 01 de abril del 2011 y ha logrado un 10% de extensión. Para su óptimo funcionamiento se contrató recurso humano asistencial conformado por el equipo básico de salud: médico familiar, médico general, gineco-obstetra, nutricionista, psicólogo y enfermeras.



La Unidad Básica de Atención Primaria Barranco fue creada mediante contrato entre la Red Asistencial Rebagliati y el Consorcio Soluciones Médico Quirúrgicas del Perú SAC. Inició sus actividades el 01 de julio de 2011, con el objetivo de brindar atenciones médicas integrales bajo el modelo de gestión UBAP, para la población asegurada de los distritos de Barranco y Santiago de Surco.

La UBAP tiene una población adscrita de 28,543 asegurados. Entre los servicios que oferta la UBAP, se encuentran las atenciones médicas orientadas a la prevención de enfermedades, promoción de la salud, atenciones recuperativas y de rehabilitación.

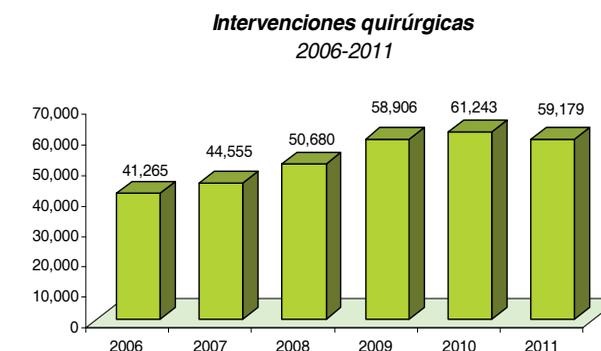
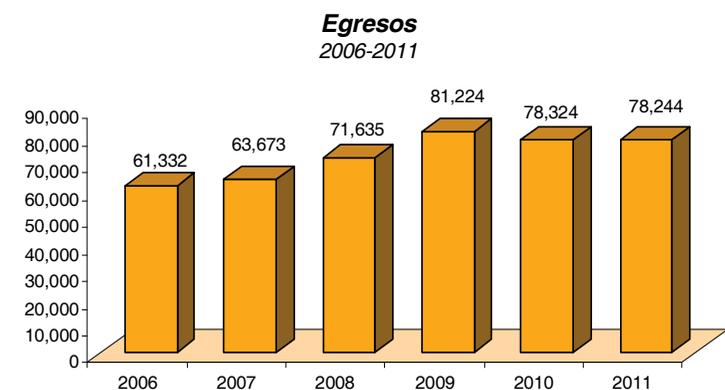
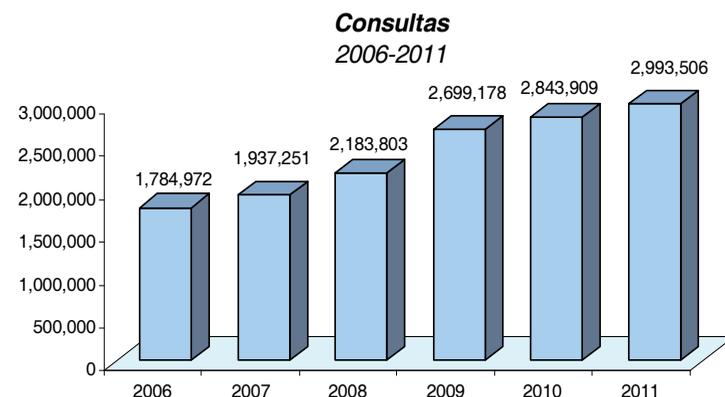


RED ASISTENCIAL ALMENARA

La Red Asistencial Almenara, a 8 años de constituida como tal, está conformada por 17 centros asistenciales de diferentes niveles de atención, que brindan medidas de protección, prevención y recuperación de la salud a la población asegurada adscrita, perteneciente a la zona centro-este de Lima Metropolitana y referenciada del norte del país.

La consulta externa de la Red Asistencial Almenara aumentó el año 2011 en 149,597 consultas (5.3%) en relación al año 2010. Los egresos hospitalarios se mantuvieron casi igual al 2010 pues registró un decrecimiento de -0.1%. La producción quirúrgica disminuyó el año 2011 en 2,064 procedimientos (-3.4%) en relación al año 2010.

Producción Red Asistencial Almenara



Fuente: Memoria Institucional 2011, Red Asistencial Almenara

Equipamiento e infraestructura

En el departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Almenara se realizó la implementación y puesta en funcionamiento del resonador magnético nuclear de 1.5 TESLAS, que se encuentra ubicado en los ambientes del Centro de Rehabilitación y Terapia (CERT). Su uso principal es para las especialidades de neurología, neurocirugía, traumatología y vías biliares.

Se puso en operación, también en el Hospital Almenara, el nuevo equipo de mamografía digital, que brinda una mejor calidad de imagen en los estudios de mama y permite un mejor diagnóstico de cáncer precoz. Los resultados se almacenan en archivo digital.



Mamógrafo digital

Asimismo, el Hospital Almenara cuenta con el nuevo angiógrafo digital en las áreas de intervencionismo vascular, lo cual permite realizar angioplastia endovascular; esto logra reducir los niveles de amputación en el paciente diabético, curación de úlceras y mejoría del dolor crónico.



Angiógrafo digital en proceso de intervención

Trasplantes

En el área de trasplantes, es importante resaltar que en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se realizaron: 30 trasplantes de hígado a pacientes con cirrosis, lo que representa un incremento del 66% respecto al año 2010; 64 trasplantes renales a pacientes con insuficiencia renal crónica a través de donantes cadavéricos y donantes vivos relacionados; 4 trasplantes de pulmón, con lo cual se cuadruplicó lo realizado en 2010; y 27 trasplantes de córneas a pacientes con distrofia corneal, queratopatía bullosa y leucoma, los cuales se incrementaron en un 125% con respecto al año 2010.

Incorporación de nueva tecnología

Sistema de cápsula endoscópica - Servicio de Gastroenterología

El centro de endoscopia digestiva cuenta con tecnología de última generación, como el intestinoscopio que se complementa con el estudio de la cápsula endoscópica para diagnóstico y tratamiento de patología y/o enfermedades del intestino delgado. Para tal fin, el paciente ingiere una cápsula que en su interior contiene una cámara, lo cual permite obtener imágenes en tiempo real, esto evita la molestia causada a veces por la introducción de un pequeño tubo para la endoscopia.



Implementación de Sala de Pletismografía - Servicio de Neumología

Entre los equipos adquiridos se encuentra un pletismógrafo, que sirve para conocer la capacidad pulmonar de los pacientes que padecen de asma, bronquitis, tos crónica, entre otras enfermedades. Asimismo, determina la capacidad de difusión de monóxido de carbono que mide la oxigenación en la sangre y el área funcional pulmonar.

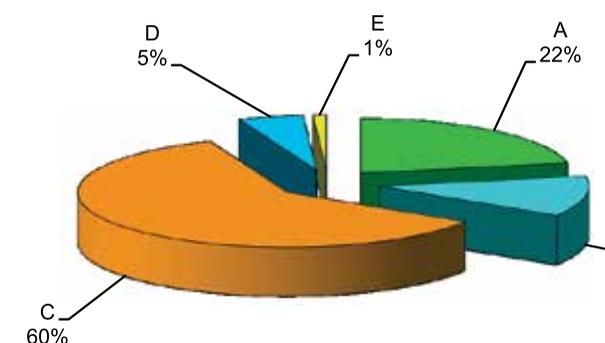


RED ASISTENCIAL SABOGAL

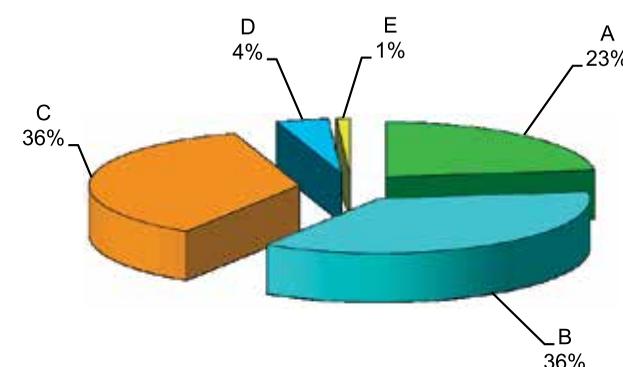
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren

Centro acreditado por el Ministerio de Salud como Donador-Trasplantador para realizar trasplantes de riñón y córneas, mediante Resolución Ministerial N°-876-2011/MINSA con fecha 28 de noviembre del 2011. Cabe destacar dentro de la producción, que ha habido un incremento en las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad en los tipos A (1%) y B (24%) en el año 2011, respecto del año 2010.

Intervenciones quirúrgicas por tipo 2010

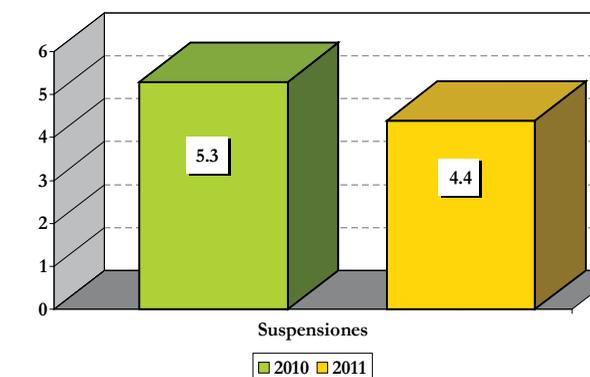


Intervenciones quirúrgicas por tipo 2011



Asimismo, las operaciones programadas han sufrido una disminución en sus suspensiones del orden del 0.9% en el año 2011 respecto del 2010.

% de suspensiones quirúrgicas



Por otra parte, la Unidad Coronaria, unidad funcional del servicio de Cardiología, está en proceso de formalización. Se encuentra totalmente equipada, cuenta con 5 camas y ambiente especialmente acondicionado. Se han registrado 240 egresos en 8 meses de funcionamiento.

Unidad Coronaria	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
Egresos	25	37	32	29	27	34	24	32	240
Estancia	108	130	152	111	151	106	150	128	1036
Prom. Permanencia	4.32	3.51	4.75	3.83	5.59	3.12	6.25	4.00	4.42
Número Camas	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Rendimiento Cama	5	7.4	6.4	5.8	5.4	6.8	4.8	6.4	6.0

Fuente: Memoria Institucional 2011, Red Asistencial Sabogal

Finalmente, se ha implementado el servicio de Terapia del Dolor con el código de programación BB3, con actividades diferenciadas del servicio de Anestesiología Clínica dentro del Departamento de Anestesiología, registrando un incremento del 113% en el manejo del

dolor crónico intratable, con respecto del año 2010 y se relanzó el tomógrafo de 16 cortes, luego de 4 meses de paralizado.

Hospital II Gustavo Lanatta Luján

- Con una inversión de S/. 75 millones, y en un área de 20 mil metros cuadrados, está en marcha la construcción del nuevo hospital de Huacho.
- Se coordinó la solución del problema de abastecimiento de electricidad al Hospital Lanatta, y se logró la reparación de la subestación eléctrica de la ciudad de Huacho.

Hospital II Lima-Norte Luis Negreiros Vega

- Implementación, equipamiento y provisión de recursos humanos para la unidad de Cuidados Intensivos Generales.
- Inaugurada en enero.

Hospital I Marino Molina Scippa

- Lanzamiento del SAMU (Servicio de Atención Móvil de Urgencia) en Comas.
- Instalación y capacitación del Sistema SOL en Almacén.
- Conformación del Comité de Seguridad del Paciente.

Hospital I Octavio Mongrut Muñoz

- Mayor operatividad en labores preventivas promocionales de salud.
- Mejora en señalización de pabellones y consultorios.
- Instalación y suministro de un equipo de aire acondicionado en el servicio de radiodiagnóstico.
- Obtención de un equipo de bioquímica para procesamiento de las glucosas por cesión de uso.

Centro de Atención Primaria III Carabaylo

- Instalación de señalización y protocolo de orientación al asegurado.

- Reubicación de historias clínicas que no tienen movimiento actual (2 años) y la optimización de tiempo en la entrega oportuna a las unidades de atención asistencial.

- Instalación del Servicio de Laboratorio de Bioquímica.

Centro de Atención Primaria III Puente Piedra

- Implementación de comités hospitalarios.
- Funcionamiento del nuevo ambiente para el archivo de historias clínicas.
- Funcionamiento de la Unidad de Atención Primaria.

Centro de Atención Primaria II Chancay

- Reinicio del funcionamiento del equipo de Rayos X.
- Ubicación de sillas para la comodidad de los asegurados cuya población adscrita ha crecido.
- Se gestionó el retorno de una ambulancia para este centro asistencial.

Centro de Atención Primaria III Fiori

- Activación de los comités de gestión.
- Desembalse de referencias, menor tiempo de diferimiento.
- Implementación y operatividad de 2 máquinas de hidromasaje.

Centro de Atención Primaria III Bellavista

- Mejoras en el flujograma de distribución, reparto y recojo de historias clínicas.
- Mejoras en la infraestructura del centro.

Centro de Atención Primaria III Metropolitano

- Optimización en la programación asistencial.
- Continuación del levantamiento de observaciones hechas por Defensa Civil.

Centro de Atención Primaria III Huaral

- Ampliación y remodelación del servicio de Emergencia.
- Implementación del plan de cobertura para la población menor de 5 años.
- Difusión de citas a través de EsSalud en línea y lista de espera.
- Proyecto de hospital I en la provincia de Huaral.

Centro de Atención Primaria III Pedro Reyes Barboza Barranca

- Formulación del diagnóstico situacional del servicio de Emergencia.
- Coordinación con los servicios para un mejor flujo y mayor oferta asistencial ante la demanda insatisfecha.
- Implementación de aire acondicionado en el área de Rayos X.
- Reducción en el tiempo de espera (colas).
- Reacondicionamiento de ambiente para atención del programa de TBC pulmonar.

Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros

- Implementación del área de Referencia.
- Coordinación con el Hospital Negreiros para el procesamiento de muestras de esputo – TBC en sala de microbiología.
- Implementación del servicio de ecografías.
- Implementación de citas nocturnas.
- Descentralización de las citas de laboratorio y Rayos X – módulos de atención.

Centro de Atención Primaria III Hna. María Donrose Sutmoller

- Ejecución de plan de mejoramiento en los procesos orientados a los usuarios.
- Implementación del sistema modular de citas por teléfono.



Centro de Atención Primaria II Chancay



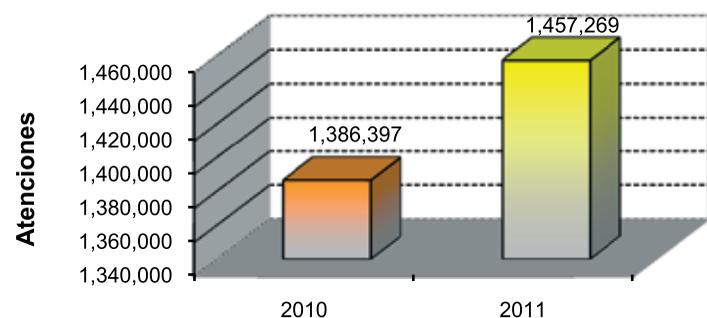
Centro de Atención Primaria III Puente Piedra

RED ASISTENCIAL AREQUIPA

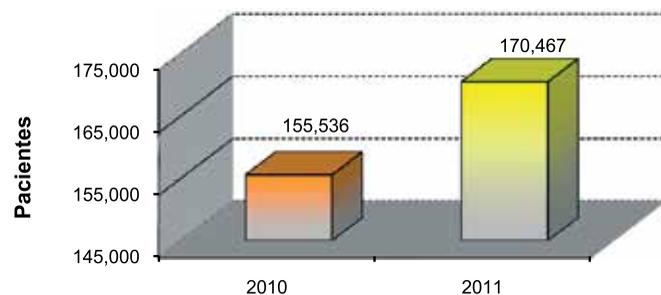
Producción asistencial

Hubo un incremento del 8% en consulta externa, 14.7% en hospitalización, 5.2% en intervenciones quirúrgicas y 7.7% en atenciones de emergencia en el año 2011 respecto del año 2010.

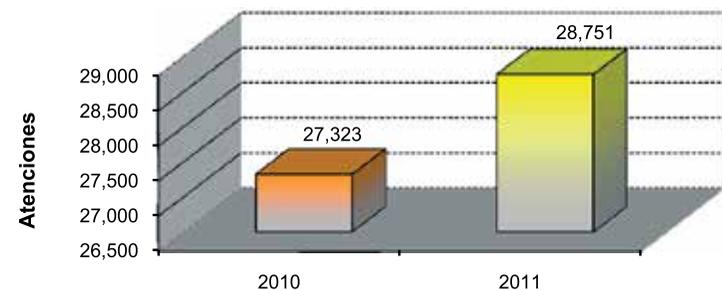
Consulta externa



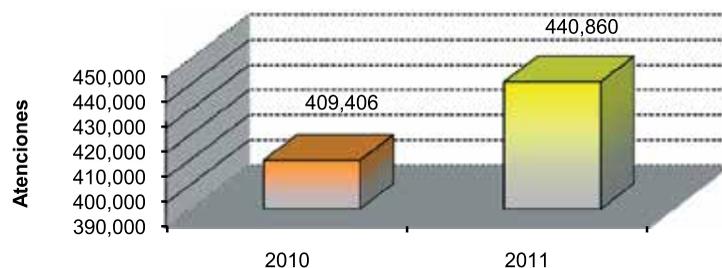
Hospitalización



Intervenciones quirúrgicas



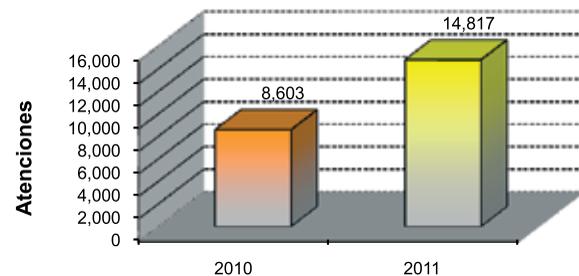
Atenciones de emergencia



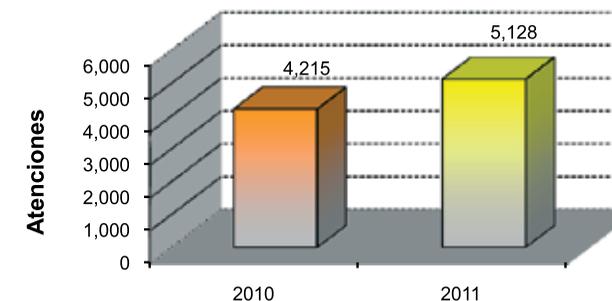
Producción en equipos de alta tecnología

Hubo un incremento del 72.2% en el acelerador lineal, 21.7% en la resonancia magnética y 49.7% en la cámara gamma en el año 2011 respecto del año 2010.

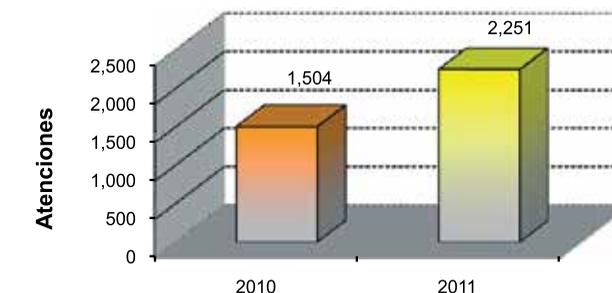
Acelerador lineal



Resonancia magnética



Cámara gamma



Equipo de braquiterapia

Como complemento de los equipos del Centro de Alta Tecnología, se adquirió un equipo de braquiterapia por un monto de S/. 2'891,300, el mismo que requirió de la construcción de una infraestructura especial, un bunker con las características especiales, normadas por el Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN). Dicho equipo fue puesto en operatividad a partir del 26 de noviembre de 2011.

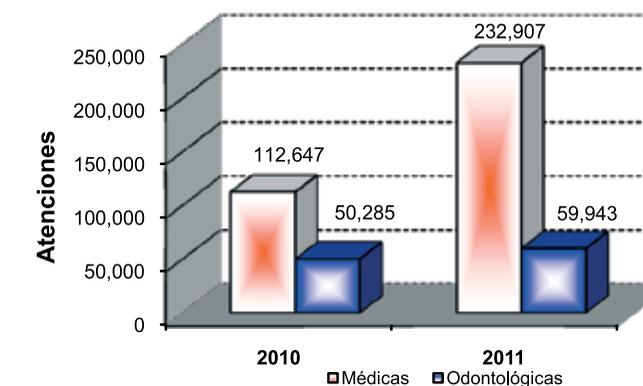
Con ello, la Red Asistencial Arequipa brinda una terapia de radiación usada para tratar el cáncer, la misma que utiliza un tipo de energía llamada radiación ionizante, para matar células cancerosas y hacer encoger los tumores.



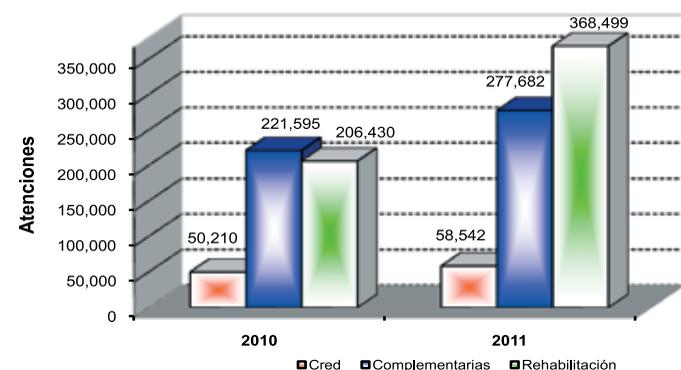
Producción en Atención Primaria

Hubo un incremento del 106.8% en consultas médicas preventivas, 19.2% en consultas odontológicas preventivas; 16.6% en actividades preventivas de crecimiento, 25.3% en actividades complementarias y 78.5% de rehabilitación; y 19.8% en visitas domiciliarias el año 2011 respecto del año 2010.

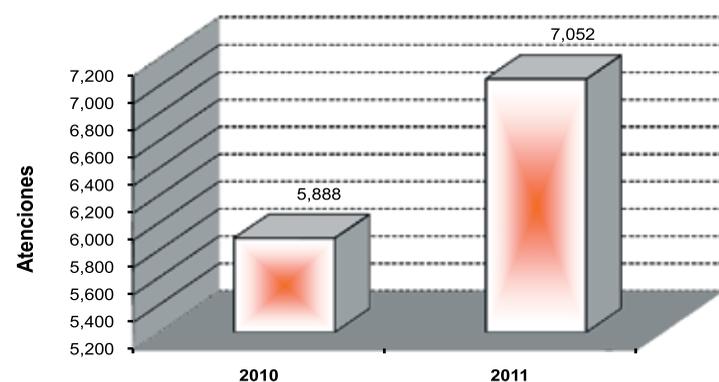
Consultas preventivas



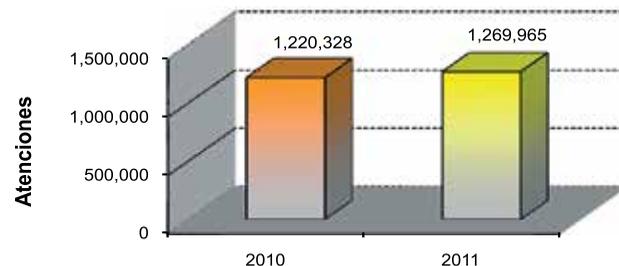
Actividades preventivas



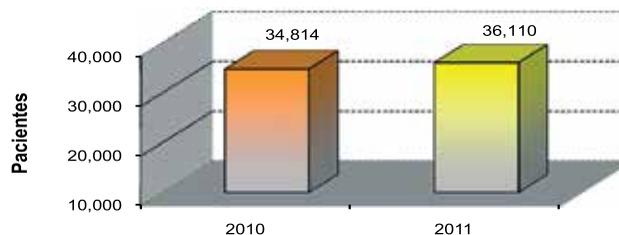
Visitas domiciliarias



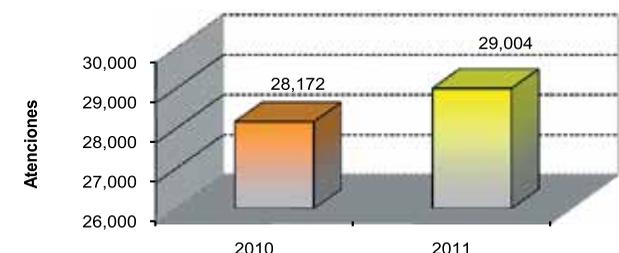
Consulta externa



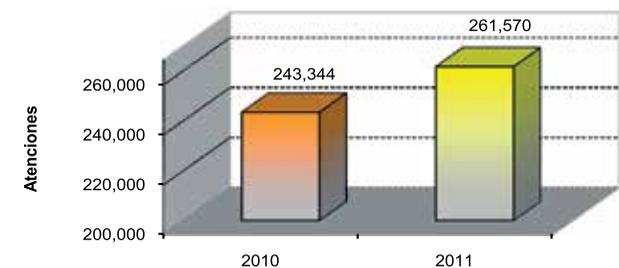
Hospitalización



Intervenciones quirúrgicas



Atenciones de emergencia



Asimismo, se incrementó en un 99% la realización de mamografías, los controles de enfermería (12%), obstetricia (7%) y trabajo social (15%), durante el año 2011 respecto del 2010.

En cuanto a los trasplantes se realizaron 4 trasplantes de córnea y 7 trasplantes de riñón.

Infraestructura y equipamiento

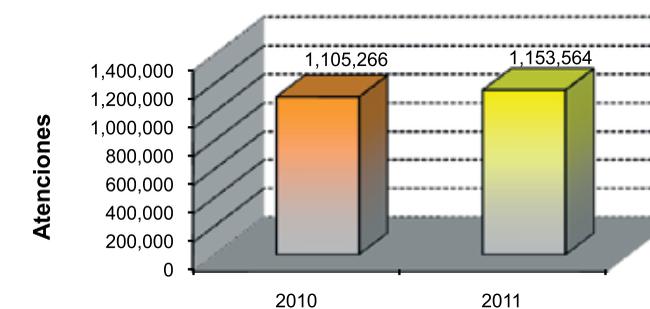
- Implementación del Centro de Atención Primaria II Jayanca, que demandó una inversión superior a los S/. 330 mil y se realizó con el Convenio Marco de Cooperación Institucional suscrito entre ESSALUD y la Municipalidad Distrital de Jayanca.
- Recepción, instalación del equipo de resonancia magnética, angiógrafo digital de piso, litotriptor extracorpóreo, tomógrafo computarizado de 16 cortes.

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD

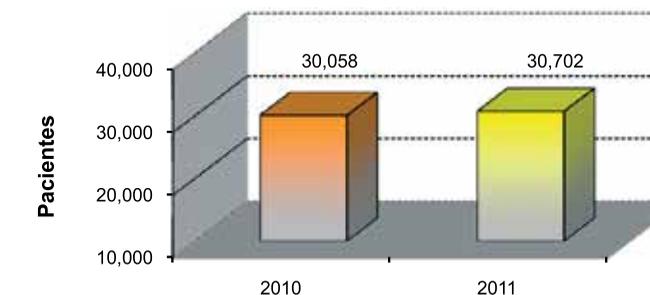
Producción asistencial

Hubo un incremento del 4% en consulta externa, 2% en hospitalización, 1% en intervenciones quirúrgicas en el año 2011 respecto al año 2010.

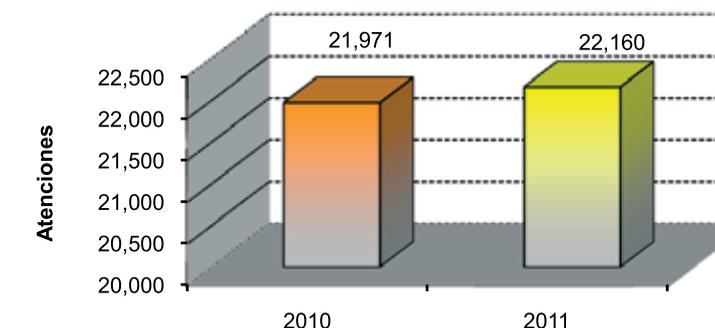
Consulta externa



Hospitalización



Intervenciones quirúrgicas



Principales logros

- Se logró que las oficinas de Chocope y Pacasmayo estén interconectadas a la red de informática, lo que evita el desplazamiento del asegurado a la ciudad de Trujillo para los trámites respectivos.
- Se acreditó al Banco de Sangre del Hospital Víctor Lazarte Echegaray como Centro de Hemoterapia de Tipo II; y a los hospitales de Chocope, Florencia de Mora, Albrecht y Pacasmayo como Centros de Hemoterapia de Tipo I.
- Se direccionó la demanda de pacientes del Hospital I Albrecht, a través de la re zonificación de la población asegurada, hacia los policlínicos de La Esperanza, Moche y El Porvenir.

RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE

Producción asistencial

Hubo un incremento del 4% en consulta externa, 4% en hospitalización, 3% en intervenciones quirúrgicas y 7% en atenciones de emergencia en el año 2011 respecto del año 2010.

- Se incrementó en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray la ejecución de cirugías mayores de mediana complejidad en un 6% con respecto al año 2010, en cuanto a la cirugía mayor de alta complejidad se mantiene igual que el año 2010.
- Se ejecutó el Plan de Rezonificación de la población adscrita en la ciudad de Trujillo.
- Se incrementó la oferta del servicio asistencial con la contratación de personal médico, enfermeras, técnicos y otros profesionales para los diferentes centros asistenciales de la Red.
- Se disminuyó el porcentaje de medicamentos agotados en forma mensual del 2.18% a 1.6% en la red asistencial.
- Se implementó con equipos biomédicos de última generación los servicios de UCI-UCIN, Oftalmología, Neonatología, Hemodiálisis, Laboratorio en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray; y a los demás centros asistenciales de la Red se les implementó con equipos de Odontología, Rayos X, esterilizadores, laboratorios, incubadoras y otros.
- Se continuó con el Plan de Prevención de Ceguera por catarata, para lo cual se cuenta con equipos como facoemulsificador, autoqueratorefractómetro, microscopio quirúrgico, lámpara de hendidura, ecógrafo con regla biométrica.
- Se ejecutó la nueva adscripción de las zonas del distrito de Trujillo, adscripción "0" en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray (VLE).
- Se culminó con los registros de la vigilancia epidemiológica del cáncer del periodo 2007-2009.
- Se culminó con la ejecución de la obra de infraestructura del acelerador lineal y del tomógrafo simulador para el tratamiento de última tecnología del cáncer.
- Se elevó de categoría al Policlínico Pacasmayo, a Hospital I, por parte de EsSalud (Resolución N° 210-PE-ESSALUD-2011).

- Inició su funcionamiento el Hospital I Virú "Víctor Soles García".
- Se sustentó la categorización de los policlínicos Moche y La Esperanza a Hospital I, lo cual se ha efectivizado por parte de EsSalud (Resolución N° 437-438-PE-ESSALUD-2011).
- Se implementó el Centro de Medicina Nuclear para la lucha contra el cáncer. Dicho centro se encuentra ubicado en el Hospital I La Esperanza y cuenta con un acelerador lineal y tomógrafo simulador.
- Se elaboró listado de requerimiento priorizado de equipos por reposición de los centros asistenciales de la Red Asistencial La Libertad para el año 2011.
- Se entregaron 03 modernas ambulancias rurales de doble tracción, con radios móviles, camilla telescópica, oxígeno, botiquín, aire acondicionado, focos antiniebla y faros de rotación posterior para el Hospital I Pacasmayo, Centro Médico Ascope y Centro Médico Otuzco, respectivamente.
- Se ejecutó el Plan de Promoción y Prevención de Salud 2011 a través de las siguientes actividades: Día del No Fumador, Maternidad Saludable y Segura, IV Caminata Nacional denominada "Caminando por el Bienestar Familiar", Caminata "Tú decides, rumbo al bienestar familiar", Primera Aerothon de Laredo 2011.
- Se realizaron 36 intervenciones quirúrgicas y funcionales a niños de labio leporino y paladar hendido a través del convenio con la Cooperación Internacional Global Smile Foundation (GSF), contando con el apoyo del Rotary Club de Trujillo, en el Centro Médico Especializado Casa Grande (19 al 24 de junio 2011).

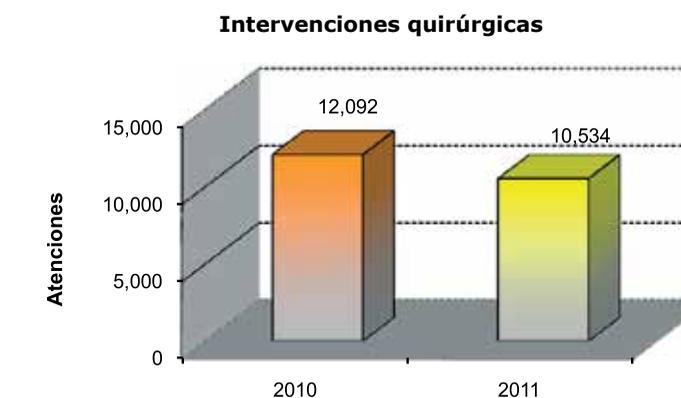
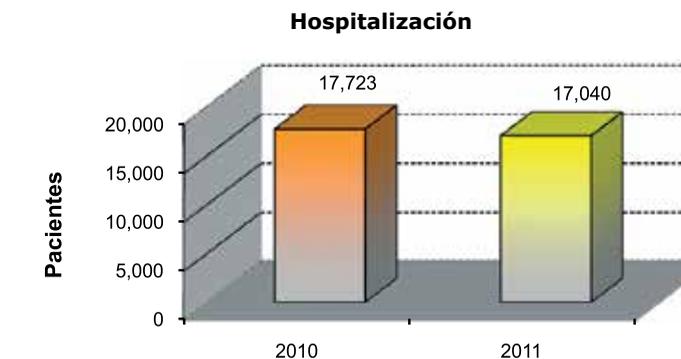
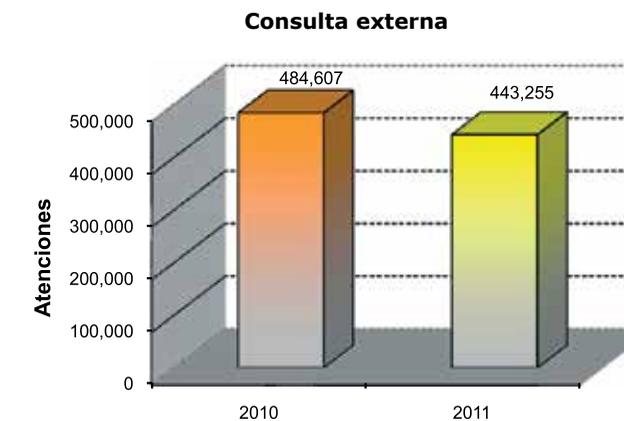


Hospital I Virú

RED ASISTENCIAL CUSCO

Producción asistencial

Hubo un decremento del 8.5% en consulta externa, 3.9% en hospitalización y 12.9% en intervenciones quirúrgicas en el año 2011 respecto del año 2010.



Logros del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco

- Se incrementó la producción de la Unidad de Cardiología con el uso del ecocardiógrafo.
- Se realizaron 6 trasplantes renales.
- Se incrementó la producción en las unidades de neurología y de gastroenterología.
- Se mejoró la capacidad resolutiva del Servicio de Reumatología al usar el densitómetro con optimización de lectura.



Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco

INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR (INCOR)

Es, en la actualidad, el centro líder en trasplante cardiaco, cuenta con un equipo de profesionales altamente calificados. En las nuevas instalaciones de INCOR se realizaron cuatro trasplantes durante el año 2011:



- En el mes de mayo de 2011, se realizó el primer trasplante cardiaco pediátrico institucional a un niño de 12 años, que padecía de miocardiopatía dilatada.
- También en mayo 2011, se realizó un trasplante cardiaco de adulto, de un donante de provincia, lo que puso a prueba la alta capacidad profesional del equipo del INCOR, en la ablación y transporte del corazón de Lambayeque a Lima, con lo que se hizo realidad una hazaña quirúrgica al utilizar la moderna técnica total bicaval. El paciente de 30 años padecía de cardiomiopatía dilatada en estado crítico y fue necesario el uso de soporte mecánico para su supervivencia.
- Asimismo, en el mes de agosto de 2011 se realizó el tercer trasplante a una paciente de 58 años; y en octubre de 2011 el cuarto trasplante fue a un paciente de 41 años.

Actualmente, los cuatro pacientes se encuentran gozando de buena salud.



Primer trasplante pediátrico

Producción

Durante el año 2011 en el INCOR, las cirugías de alta complejidad se han incrementado en 27% y los procedimientos invasivos en 48% respecto del año 2010.

Producción INCOR 2010-2011

Descripción	2011	2010	VARIACIÓN
Consultas	40,029	40,409	-0.94%
Cirugías de alta complejidad	2,640	2,077	27.11%
Procedimientos no invasivos	37,691	112,342	-66.45%
Procedimientos invasivos	14,760	9,999	47.61%

Fuente: Memoria 2011 INCOR

Nuevas técnicas quirúrgicas e intervencionistas

Implante de válvula aórtica

El hecho de contar con un local propio y aplicar un nuevo modelo de gestión, ha permitido que el INCOR, con el apoyo de los profesionales altamente calificados, desarrolle una nueva técnica intervencionista para el implante de válvula aórtica percutánea. Se realizaron dos procedimientos en el 2011, a un varón y una mujer de 70 años, lo que convirtió al INCOR en el centro asistencial pionero en el desarrollo de la técnica. Actualmente ambos pacientes se encuentran gozando de buena salud.

Ablación de arritmias cardiacas

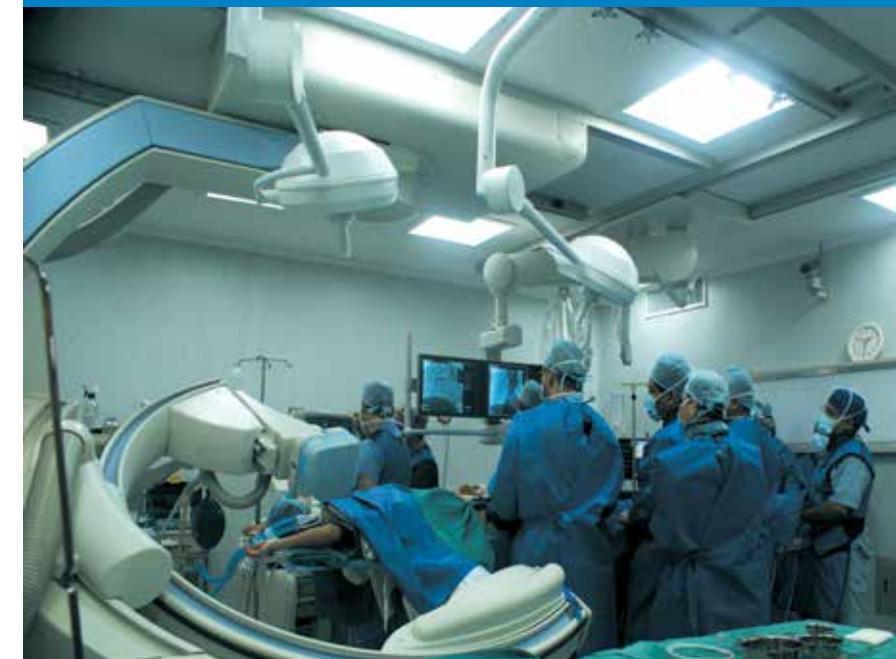
INCOR es el centro líder y pionero en el manejo de la arritmia cardiaca mediante el procedimiento de Ablación por Cateterismo con Radiofrecuencia (destrucción del sitio específico de origen de la arritmia), técnica realizada por el equipo de médicos electrofisiólogos intervencionistas, quienes han logrado la resolución definitiva de los trastornos arrítmicos de 94 pacientes durante el año 2011.

Terapia de Resincronización Atrio Ventricular

INCOR es el centro líder en el manejo de la insuficiencia cardiaca por Terapia de Resincronización Atrio Ventricular, gracias a la cual ha logrado mejorar la clase funcional y calidad de vida de los pacientes. La terapia es desarrollada por el equipo de profesionales médicos electrofisiólogos intervencionistas.



Primer implante de válvula aórtica



Procedimiento del equipo de electrofisiología

Inicio de la investigación en la implantación de las células madre en el corazón

INCOR desarrolla una técnica innovadora que regenera el músculo cardíaco en segmentos del corazón, inyectando millones de células madre a través de cateterismo cardíaco. Dichas células se obtienen de la médula ósea del paciente. Esta técnica se aplica en pacientes que no cuentan con otra alternativa de tratamiento.

Workshop

INCOR, en el rol de ente rector de la cardiología a nivel nacional, busca mantenerse a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos en el manejo de las enfermedades cardiovasculares, por ello desarrolló el curso "Workshop Trasplante Cardíaco y Asistencia Ventricular", con la participación de destacados profesionales de la especialidad, que compartieron su experiencia y los avances en este campo. Se desarrolló un trasplante cardíaco ortotópico en un modelo porcino con lo cual se logró exponer la cirugía experimental, también se desarrollaron el implante de dispositivos de asistencia biventricular AB 5000 ABIOMED y el implante de dispositivos de flujo axial - AxTide en pacientes del INCOR.

Nuevos métodos de diagnóstico por imágenes

Ecocardiografía:

Implementación de nuevas técnicas como la ecocardiografía tridimensional, strain, speckle tracking, ecocardiografía transesofágica intraoperatoria en cirugía cardíaca y procedimientos intervencionistas percutáneos.

Tomografía cardíaca y vascular:

Desarrollo de TEM coronario, score de calcio para diagnóstico y predicción de riesgo cardiovascular.

Cardiología nuclear

El INCOR es pionero en el uso de radioisótopos para el diagnóstico funcional de la patología coronaria y falla

cardíaca, esto es realizado por subespecialistas con certificación internacional.

CENTRO NACIONAL DE SALUD RENAL

Logros

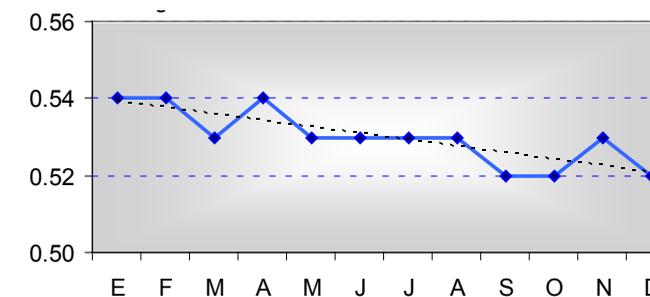
1. Mejoramiento de la calidad de agua para hemodiálisis. Se realizó la implementación del anillo de recirculación N° 2 con agua de osmosis inversa del segundo paso, lo cual brinda beneficios como: servicio de reuso de filtros, preparación de desinfectante y para la calibración de las máquinas de hemodiálisis, lo que permite reducir espacios y asegurar la calidad final del producto.
2. El área de Farmacia, mediante Resolución Administrativa N° 1736-Digemid, formalizó la Autorización Sanitaria de Funcionamiento (04/11/11), que a partir del 23/01/12 es requisito obligatorio.
3. El área de Admisión y Registros Médicos realizó la difusión del tríptico educativo "Atención Integral en Diálisis", dirigido a familiares y pacientes transferidos de las redes asistenciales, con el objeto de orientar al asegurado (pacientes nuevos, continuador y reingresante) sobre los siguientes trámites administrativos: acreditación, queja y/o reclamos, así como servicios que oferta el CNSR.
4. En los indicadores de calidad asistencial, se evidencia la mejora de atención a pacientes ambulatorios en estadio 5 de la Enfermedad Renal Crónica, con tratamiento de diálisis. La diálisis peritoneal, evento adverso de tipo infeccioso, tuvo como meta en el año 2011, una tasa de infecciones:

- En Sistema Manual (M) \leq a 0.50 episodios/ paciente/ año en riesgo (PAR).

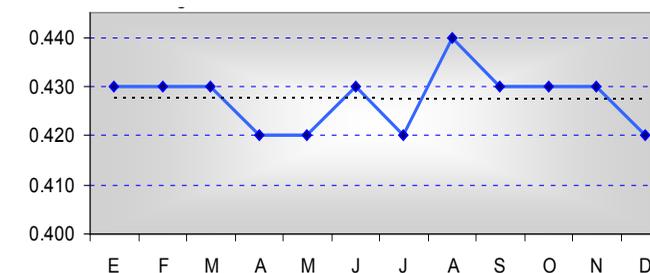
- En Sistema Automatizado (A) \leq a 0.50 episodios/ paciente/ año en riesgo (PAR).

En ambos casos, el promedio anual superó la meta establecida para cada una de las modalidades; sin embargo, a pesar de ello es menor al año anterior.

Tasa de Peritonitis (Sistema manual)
Programa de Diálisis Peritoneal - CNSR 2011



Tasa de Peritonitis (Sistema automatizado)
Programa de Diálisis Peritoneal - CNSR 2011



5. Como parte de la implementación del Plan Nacional de Salud Renal, se está llevando a cabo actividades de promoción de la salud renal en las diferentes instituciones y lugares a nivel nacional, con el objetivo de difundir cómo prevenir enfermedades renales y estilos de vida saludables, tal como se muestra en las siguientes imágenes:



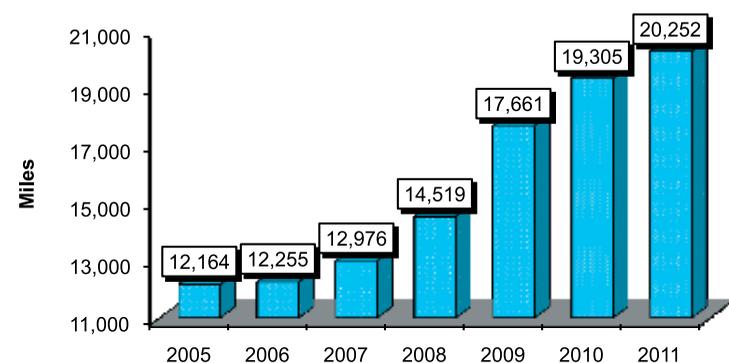
III. ACTIVIDADES RELEVANTES DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

3.1 PRESTACIONES DE SALUD

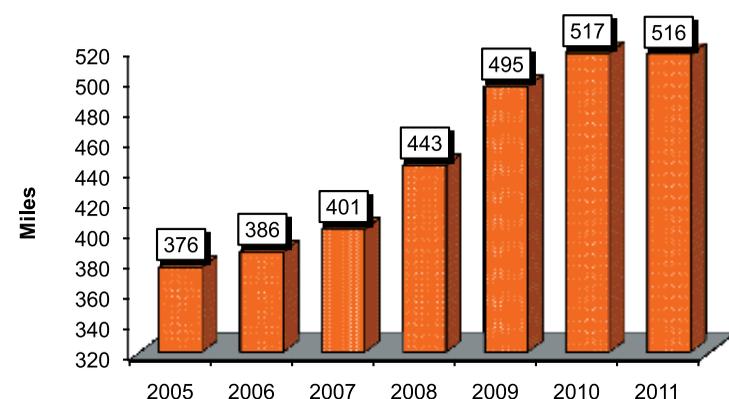
3.1.1 Producción de actividades asistenciales

Respecto al problema del incremento de la demanda de atención, tal como muestran los siguientes cuadros, el nivel de producción de las prestaciones de salud ha crecido significativamente. En el caso de las consultas, la variación del período 2007-2011 es de 56%. El incremento en el caso de egresos, ha sido del orden del 29%. El incremento en el caso de cirugías, ha sido del orden del 39%.

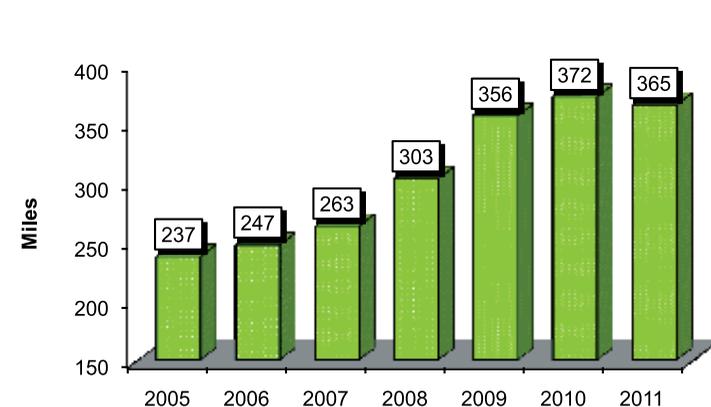
Evolución de la producción de consulta externa



Evolución de la producción de hospitalización



Evolución de la producción de cirugía

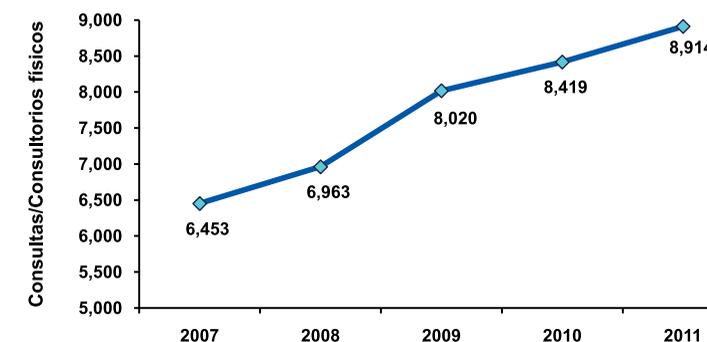


Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud

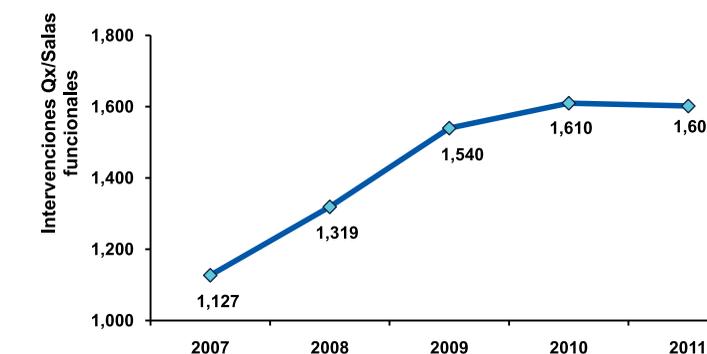
Indicadores de rendimiento

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

Evolución del rendimiento por consultorio físico

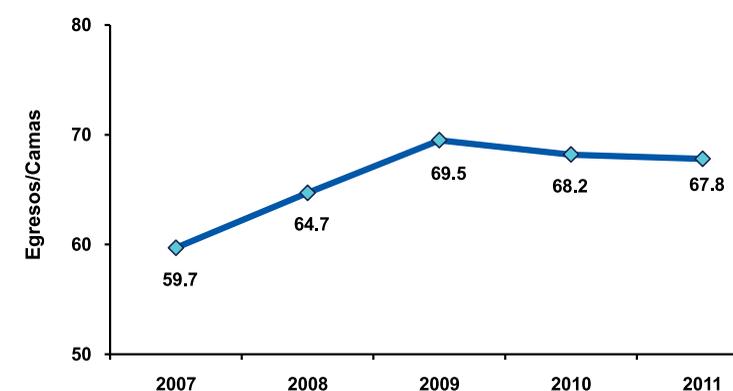


Evolución del rendimiento de cirugías por sala de operaciones



Fuente: Sistema Estadístico de EsSalud

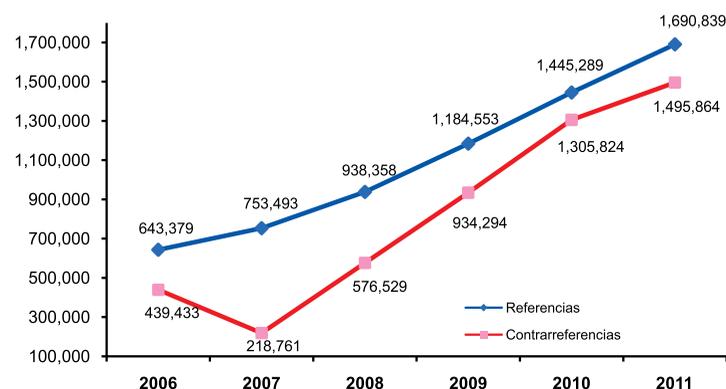
Evolución del rendimiento de egresos por cama hospitalaria



Referencias y contrarreferencias

Es notorio el incremento en el flujo de referencias de los pacientes, considerando para ello la accesibilidad geográfica. Como puede apreciarse en el gráfico, las referencias pasaron de 643,379 el 2006 a 1'690,839 el 2011, lo que implica un incremento del 210%. Esto expresa un mayor número de asegurados que acceden a la atención en una dinámica de oferta en red de servicios.

Evolución del número de Referencias y Contrarreferencias 2006-2011



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Otro hallazgo 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 2006-2011, su participación relativa respecto del flujo total de referencias ha disminuido de 33% a 19% en el mencionado lapso.

Participación de hospitales nacionales de Lima del total de referencias

HOSPITAL	2006	2011
Hospital Rebagliati	115,566	168,030
Hospital Almenara	96,759	151,316
Total Hospital (Rebagliati + Almenara)	212,325	319,346
% Respecto Total de Referencias	33%	19%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Un último aspecto importante muestra que cada vez más los problemas son 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 51% del total de referencias a nivel nacional, lo cual significa que los niveles intermedios (H III, H II y H I) están absorbiendo la mayor cantidad de referencias del sistema.

Evolución del número de referencias 2006-2011

AÑO	Referencias	DESTINO					TOTAL
		H.N. + H IV + Inst.	H III	H II	H I	OTROS	
2006	417,320	92,828	77,349	29,635	26,247	643,379	
2006	Participación %	65%	14%	12%	5%	4%	100%
2011	856,927	368,983	260,301	134,525	70,103	1,690,839	
2011	Participación %	51%	22%	15%	8%	4%	100%
2011	Crecimiento % 2006-2011	105%	297%	237%	354%	167%	163%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

3.1.2 Actividades de gestión

Fortalecimiento del primer nivel de atención

Al 31 de diciembre de 2011, el Plan de la Nueva Oferta de Atención Primaria impulsó 88 centros de atención primaria (entre centros asistenciales inaugurados, re-categorizados y con cambios de denominación).

En la siguiente figura, se muestra la ubicación geográfica de los centros de Atención Primaria implementados u operativos en Lima Metropolitana.

Centros de Atención Primaria implementados en Lima Metropolitana 2007-2011



Fuente: Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud



UBAP Hospital Municipal - Los Olivos



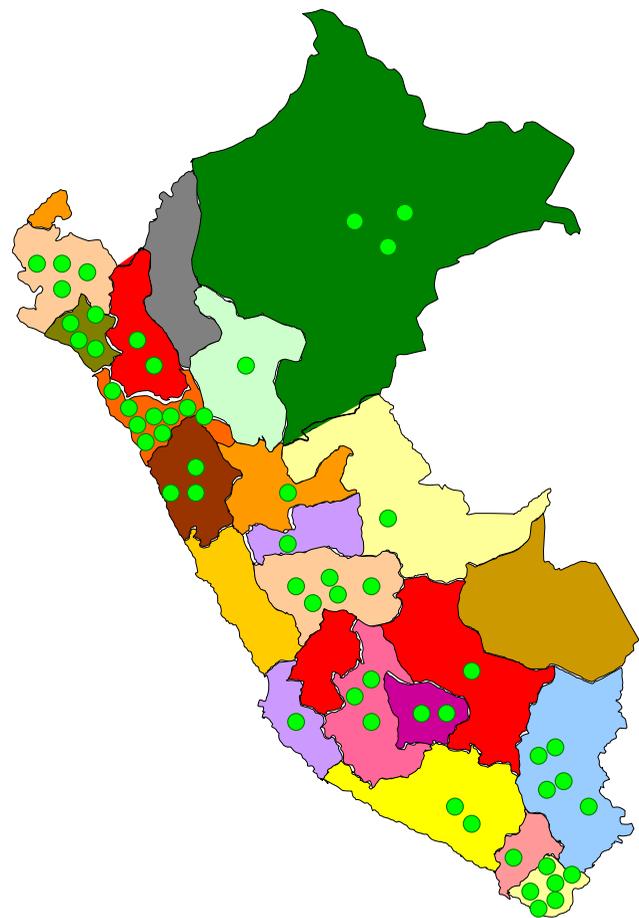
UBAP Bellavista - Callao



CAP Chancay - Chancay

Asimismo, en la siguiente figura y cuadro se muestra la ubicación geográfica de los centros de Atención Primaria, en el interior del país, implementados hasta fines del 2011.

Centros de Atención Primaria implementados en regiones



RED	CAP
1	Áncash
2	Metropolitano-Chimbote
3	Pomabamba
4	San Jacinto
4	Apurímac
5	Antabamba
5	Chincheros
6	Arequipa
7	Alto Selva Alegre
7	Paucarpata
8	Ayacucho
9	Hauncasancos
9	Huanta
10	Metropolitano
11	Cajamarca
12	Baños del Inca
12	Hualgayoc
13	Cusco
13	Santo Tomás
14	Huánuco
14	Metropolitano
15	Ica
15	Santa Margarita
16	Juliaca
17	Asillo
17	Cabanillas
18	Junín
19	Chilca
19	Chupaca
20	Mantaro
21	Metropolitano-Huancayo
22	Pichinaqui
23	La Libertad
24	Chao
24	Huamachuco
25	Huanchaco
26	La Soledad
27	Laredo
28	Metropolitano-Trujillo
29	Tayabamba
30	Víctor Larco
31	Otuzco
32	Lambayeque
33	Chongoyape
33	Jayanca
34	Patapo
35	San Ignacio
36	Loreto
37	Iquitos
37	Punchana
38	San Juan Bautista
39	Moquegua
39	Torata
40	Moyobamba
41	Nueva Cajamarca
41	Villa Rica
42	Pasco
42	Catacaos
43	Piura
43	Chulucanas
44	Castilla
45	Metropolitano
46	Puno
47	Acora
47	Desaguadero
48	Metropolitano
49	Tacna
50	Cono Norte
50	Cono Sur
51	Ilabaya
52	Ite
53	Locumba
54	Metropolitano-Tacna
55	Ucayali
55	Campoverde



CAP Baños del Inca - Cajamarca



CAP San Antonio del Estrecho - Loreto



CAP Metropolitano - Tacna

Promoción de la salud

En el año 2011 se aprobó el Plan Anual de Promoción de la Salud cuyos objetivos principales fueron los siguientes:

- Fortalecer el desarrollo de las actividades colectivas para intervenir los determinantes de la salud de la población asegurada.
- Mejorar las habilidades y competencias de los recursos humanos.
- Se implementaron acciones para el desarrollo de conocimientos, habilidades, estudios, modos de vida saludables.

Las actividades colectivas han sido desarrolladas en las 28 redes asistenciales, a través del trabajo extra e intramural.

Actividades de promoción de la salud EsSalud 2008 - 2011

ACTIVIDADES COLECTIVAS	2008	2009	2010	2011
Talleres - Sesiones	21,529	20,941	22,316	25,685
Charlas - Sesiones	29,870	65,505	84,293	88,938
Visita domiciliaria	31,751	61,259	75,734	80,801
Visita a empresas	3,231	5,115	4,789	5,612

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud - Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud

En el primer semestre del año 2011, las actividades masivas de mayor realce fueron:

- La Gran Caminata, que congregó a participantes de todo Lima.
- El Día del No fumador, que se desarrolló en alianza estratégica con la Municipalidad de San Isidro.
- El Día del Medio Ambiente, donde se priorizó el tema del reciclaje.

En el segundo semestre, las tres redes asistenciales de Lima y, a nivel nacional, realizaron las siguientes actividades:

- La Semana de la Lactancia Materna, con el foro que convocó a autoridades institucionales y profesionales de la salud, se invitó a madres y padres de familia, y miembros de la sociedad civil a fin de comprometerlos a promover y proteger la lactancia materna.
- En la Semana del Tránsito Seguro y Saludable se llevó a cabo el foro "Conductores Responsables, Vidas Saludables".
- El Día Mundial de la Salud Mental se celebró en Lima, en la Sala Raúl Porras Barrenechea del Congreso de la República, esta actividad contó con la participación del Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra, presidente ejecutivo de EsSalud y funcionarios de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- La Semana de la Alimentación Saludable, mediante una alianza con la Municipalidad Metropolitana de Lima, permitió realizar la Feria de la Promoción de la Alimentación Saludable en la Alameda "Chabuca Granda", en el Cercado de Lima, donde se exhibieron y degustaron platos saludables de las distintas regiones, sugeridos en el Manual de Alimentación Saludable aprobado con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 025-GCPS-EsSalud-2009.
Se contó con la presencia del Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra, presidente ejecutivo de EsSalud, funcionarios de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y representantes de la Municipalidad de Lima. Además, se realizaron actividades de comunicación y difusión a nivel nacional relacionadas a la alimentación y nutrición saludable.



**Feria de la Promoción de Alimentación Saludable
Noviembre 2011**

Prevención de las enfermedades

En el año 2011 se aprobó el Plan Anual de Prevención de las Enfermedades cuyos objetivos principales fueron los siguientes:

- Fortalecer la aplicación de la cartera de servicios de atención primaria.
- Fortalecer la atención integral de las enfermedades crónicas prevalentes con énfasis en hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- Incrementar la cobertura de las prestaciones preventivas del cáncer de cuello uterino y mama.
- Fortalecer la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino en las redes asistenciales de EsSalud.
- Aumentar la cobertura del tamizaje del VH1 en los CAS de EsSalud.
- Incrementar la cobertura del Control de Crecimiento y Desarrollo y la implementación de los

talleres de Estimulación Temprana en todos los centros asistenciales.

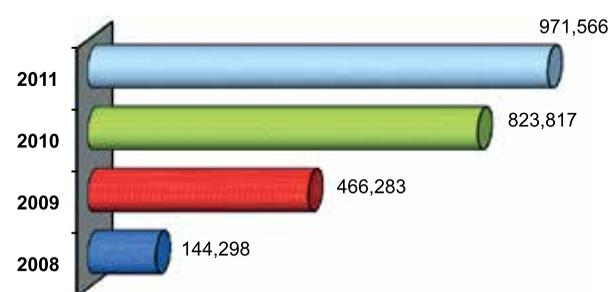
- Incrementar la cobertura de inmunizaciones en todos los centros asistenciales.
- Aumentar la cobertura de atención odontológica integral en EsSalud.
- Incrementar la identificación y examen precoz de sintomáticos respiratorios y prevenir los abandonos al tratamiento de TBC.
- Fortalecer las prestaciones preventivas dirigidas a mejorar la salud de la mujer gestante.

Actividades relevantes en el primer nivel de atención

Control odontológico

El trabajo de la Estrategia de Salud Bucal en EsSalud ha permitido mejorar los recursos tales como equipamiento, personal e infraestructura. Esto ha contribuido a incrementar sustancialmente la consulta preventiva odontológica, así como las sesiones y trabajos odontológicos.

**Consultas Odontológicas Preventivas
2008-2011**

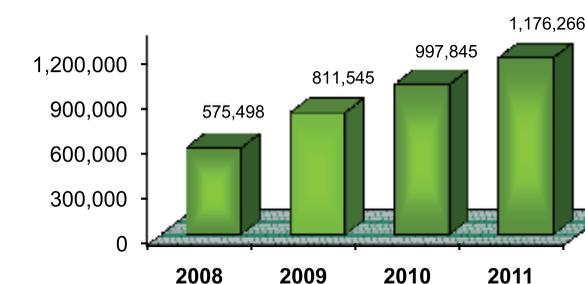


Fuente: Sistema Estadístico de Salud

Controles de crecimiento y desarrollo

Las actividades de control del crecimiento y desarrollo en el niño y adolescente se han fortalecido durante el periodo 2008-2011. A través de la elaboración y difusión de normas, se promovió el equipamiento con materiales como tallímetros, cartillas para la valoración del desarrollo, materiales que carecían los centros asistenciales.

**Controles de Crecimiento y Desarrollo
2008-2011**



Fuente: Sistema Estadístico de Salud

Plan de Atención Integral del Cáncer en EsSalud

En el mes de junio de 2011 se aprueba el Plan de Atención Integral del Cáncer en EsSalud 2011-2016, cuyo objetivo es guiar la atención integral a la población asegurada de manera descentralizada y articulada a través de la Red Funcional Nacional Oncológica de EsSalud, con el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo para cáncer y la implementación de un sistema de vigilancia y control de cáncer en EsSalud, a fin de contribuir en la disminución de la morbilidad de cáncer en la población asegurada.

En el mes de julio de 2011, se aprueban los lineamientos de la Red Nacional Oncológica en EsSalud,

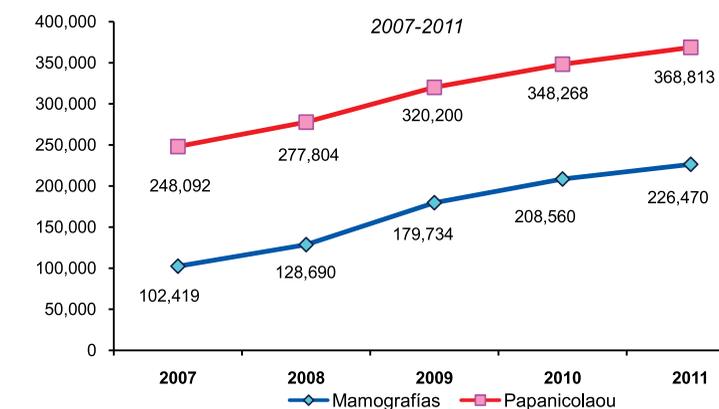
cuyo objetivo es mejorar el acceso de la población asegurada a las prestaciones asistenciales oncológicas, a través de la articulación de los tres niveles de atención organizados como red funcional de servicios.

Cáncer de cuello uterino y mama

El cáncer de mama y cuello uterino representa alrededor del 50% de los casos atendidos de cáncer, en general, y es esencial la detección temprana y el manejo de las lesiones premalignas, a fin de disminuir la mortalidad por este mal. Por ello, la Gerencia de Prestaciones Primarias de Salud ha planteado una serie de estrategias para incrementar la cobertura de prestaciones preventivas de cáncer de cuello uterino y mama.

El número de mamografías se incrementó en 121% y el examen de papanicolaou en un 49% en el período 2007-2011.

**Evolución de las Prestaciones Preventivas en Cáncer
2007-2011**



Fuente: Sistema Estadístico de Salud

Trasplantes

EsSalud realizó su primer trasplante renal en el año 1969, desde entonces la demanda por los trasplantes ha crecido notoriamente en proporción al número

de operaciones realizadas. El incremento de la brecha oferta-demanda se debe principalmente a la insuficiencia de donantes.

El trasplante es un tratamiento prioritario para EsSalud porque permite:

- Salvar o mejorar la vida de pacientes sin otra alternativa de tratamiento.
- Hacer mejor uso de los recursos, especialmente en el caso del trasplante renal, puesto que se puede ofrecer una mejor calidad de vida a los pacientes y disminuir los costos de su atención por año, a una tercera parte en relación a la diálisis.

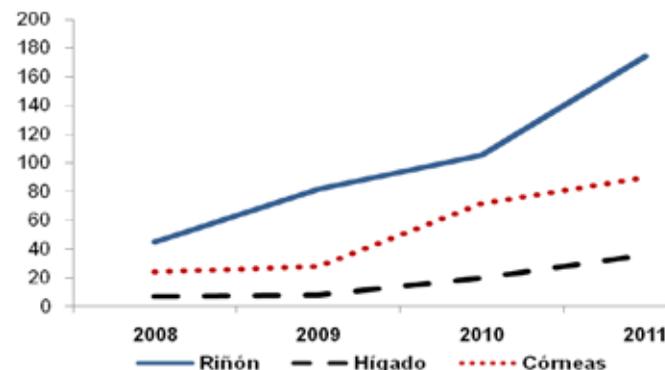
En el 2011 se realizaron un total de 399 trasplantes; 194 de riñón, 40 de hígado, 90 de córnea, 4 de pulmón, 6 de corazón y 65 de médula ósea, cuyo detalle a nivel nacional se muestra a continuación:

Trasplantes realizados por órgano desconcentrado 2011

RED ASISTENCIAL	RIÑÓN			HÍGADO			CÓRNEAS	CORAZÓN	PULMÓN	MÉD. ÓSEA	TOTAL
	D.C.	D.V.	TOTAL	D.C.	D.V.	TOTAL					
REBAGLIATI	84	3	87	9	0	9	55	2	0	65	218
ALMENARA	53	11	64	29	2	31	29	0	4	0	128
AREQUIPA	21	0	21	0	0	0	2	0	0	0	23
CUSCO	5	3	8	0	0	0	0	0	0	0	8
JUNÍN	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	4
LAMBAYEQUE	8	0	8	0	0	0	2	0	0	0	10
TACNA	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
INCOR			0			0		4			4
IPO			0			0	2				2
Total	175	19	194	38	2	40	90	6	4	65	399

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud - Procura y Trasplante
Nota.- D.C. = Donante cadáver, D.V. = Donante vivo

Evolución de los trasplantes con órganos o tejidos Donantes cadáveres ESSALUD, 2008-2011



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Otorgamiento de citas a través del servicio web

Se habilitó en la web institucional un sistema de consulta a través del cual nuestros asegurados pudiesen obtener los datos de sus citas pendientes. En el cuadro siguiente se presenta el comportamiento de las consultas realizadas al sistema como resultado del piloto aplicado en Lima.

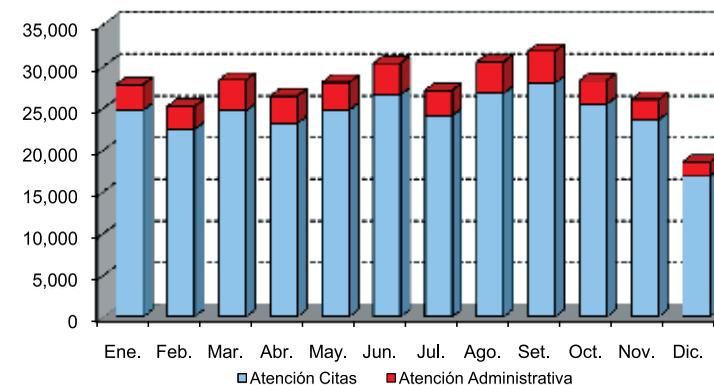
Comportamiento del piloto del servicio web "EsSalud en Línea", en Lima Enero - Diciembre 2011

	Total Recibidos	Total Atendidos Citas	Total Atendidos Infor. Admin.	Total Atendidos	% Total Atendidos
Ene.	31,485	24,737	3,038	27,775	88%
Feb.	29,338	22,471	2,746	25,217	86%
Mar.	32,728	24,691	3,664	28,355	87%
Abr.	29,205	23,182	3,271	26,453	91%
May.	36,386	24,748	3,316	28,064	77%
Jun.	33,547	26,585	3,774	30,359	90%
Jul.	31,530	24,091	3,023	27,114	86%
Ago.	35,573	26,769	3,713	30,482	86%
Set.	34,068	27,999	3,797	31,796	93%
Oct.	29,294	25,436	2,864	28,300	97%
Nov.	29,939	23,583	2,434	26,017	87%
Dic.	19,161	16,825	1,723	18,548	97%
Total	372,254	291,117	37,363	328,480	88%

Fuente: Subgerencia de Gestión de Servicios Integrados Gerencia Central de Prestaciones de Salud

La habilitación del piloto en Lima ha permitido atender el 88% de la demanda, es decir 328,480 atenciones. El 10% (37,363 consultas) corresponde a llamadas por información administrativa.

Servicio web piloto en Lima Enero - Diciembre 2011



Fuente: Subgerencia de Gestión de Servicios Integrados Gerencia Central de Prestaciones de Salud

EsSalud en Línea

Estos logros se ven reflejados también en la cantidad de llamadas recibidas, atendidas y abandonadas en el servicio de "EsSalud en Línea"; asimismo, se aprecian en el porcentaje de otorgamiento de citas en consulta externa de la oferta del centro asistencial.

Llamadas recibidas, atendidas y abandonadas en "EsSalud en Línea", en Lima y provincia Enero-Diciembre 2011

	Recibidas	Atendidas	Abandonadas	% Abandono	
LIMA	Ene.	956,607	824,594	132,013	13.80%
	Feb.	886,628	792,052	94,576	10.67%
	Mar.	1,012,998	917,665	95,333	9.41%
	Abr.	934,309	856,122	78,187	8.37%
	May.	1,021,109	934,759	86,350	8.46%
	Jun.	990,183	919,220	70,963	7.17%
	Jul.	948,129	905,891	42,238	4.45%
	Ago.	1,158,146	1,058,850	99,296	8.57%
	Sep.	1,157,722	1,067,178	90,544	7.82%
	Oct.	1,182,921	1,077,811	105,110	8.89%
	Nov.	1,204,701	1,106,447	98,254	8.16%
	Dic.	958,736	908,115	50,621	5.28%
	Total	12,412,189	11,368,704	1,043,485	8.41%
PROVINCIA	Ene.	1,377,291	1,259,991	117,300	8.52%
	Feb.	1,290,467	1,189,895	100,572	7.79%
	Mar.	1,318,141	1,242,172	75,969	5.76%
	Abr.	1,215,696	1,119,478	96,218	7.91%
	May.	1,280,020	1,184,908	95,112	7.43%
	Jun.	1,248,335	1,167,282	81,053	6.49%
	Jul.	1,174,101	1,112,425	61,676	5.25%
	Ago.	1,390,096	1,304,827	85,269	6.13%
	Sep.	1,312,816	1,249,318	63,498	4.84%
	Oct.	1,287,122	1,220,761	66,361	5.16%
	Nov.	1,299,047	1,234,144	64,903	5.00%
	Dic.	1,096,261	1,056,886	39,375	3.59%
	Total	15,289,393	14,342,087	947,306	6.20%
Total	27,701,582	25,710,791	1,990,791	7.19%	

Fuente: Centrales Telefónicas Asterisk Lima y Provincia - Central Telefónica Alcatel Lima

Se observa que el porcentaje de abandono es del 7.2%. Del total de llamadas recibidas: 27'701,582, el 44.8% de llamadas corresponden a Lima y el 55.2% a provincias.

En el servicio de Citas observamos que el 53% de las citas programadas culmina en una cita, es decir por cada 1.87 cita programada se otorga una cita.

Resumen en el Servicio de Citas otorgadas a nivel nacional

EsSalud en Línea	Llamadas - Servicio de Citas		
	Programadas	Citas	% Citas
Total	18,734,081	9,991,323	53.3%
LIMA	7,851,045	3,666,571	46.7%
PROVINCIAS	10,883,036	6,324,752	58.1%

Fuente: Sistema de Gestión Hospitalaria y Sistema de Gestión de Servicios de Salud

Gerencia de Oferta Flexible
Principales actividades
Atención Domiciliaria (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. Con la finalidad de brindar una mejor atención a los pacientes en situación crónica, reagudizada o terminal se transfirió el servicio Hospital en Casa a PADOMI, el mismo que brinda atención similar a un hospital convencional en el domicilio de los pacientes.

Ha habido una disminución de las visitas domiciliarias, las atenciones de urgencias y los análisis de laboratorio. En cambio, se logró un incremento en el número de atenciones del Hospital en Casa, correspondiendo un crecimiento del 10% con relación al año 2010.

Actividades programadas de Atención Domiciliaria

Atención Domiciliaria	2010	2011	Variación %
Visitas domiciliarias	640,532	610,868	-4.63%
Atenciones urgencias	92,801	59,694	-35.68%
Análisis de Laboratorio	426,314	275,450	-35.39%
Hospital en Casa	30,745	33,830	10.03%

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud - Gerencia de Oferta Flexible

Hospital Perú

En el 2011, el Hospital Perú realizó un total de 86 operativos, de los cuales 14 se realizaron en Lima y 51 en provincias, lo que brindó un total de 293,259 atenciones en favor de nuestros asegurados, el 60% de las atenciones se concentra en la Consulta Externa y el 25% en Apoyo al Diagnóstico.

Actividades Hospital Perú

Hospital Perú	2011	%
Consulta externa	176,214	60.09%
Intervenciones quirúrgicas	748	0.26%
Procedimientos	43,299	14.76%
Apoyo al Diagnóstico	72,998	24.89%
Análisis Clínicos	60,125	20.50%
Rayos X	12,873	4.39%
Recetas despachadas	121,975	-
Total de Atenciones	293,259	100.00%

Fuente: Gerencia de Oferta Flexible (GOF)

Programa de Desembalse Especializado

Con este programa se trasladan médicos especialistas a las redes asistenciales a nivel nacional para el desembalse de atenciones a través de la consulta externa, intervenciones quirúrgicas y procedimientos.

En el año 2011, se ha incrementado significativamente el número de intervenciones quirúrgicas en más del 700% respecto al año 2010.

Atenciones de consulta externa e intervenciones quirúrgicas Programa Desembalse Especializado

Programa de Desembalse Especializado	2010	2011	Incremento
Atenciones consulta externa	12,470	11,459	
Intervenciones quirúrgicas	127	1,043	721.26%
Procedimientos		977	

Fuente: Gerencia de Oferta Flexible (GOF)

Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE)

En el período comprendido de enero a diciembre del 2011, STAE incrementó su producción en un 13.6% respecto al año 2010, fueron 92,293 atenciones de urgencia mayor y urgencia menor.

Actividades Sistema de Transporte Asistido de Emergencia

Sistema de Transporte Asistido de Emergencia STAE	2010	2011	Incremento
Prioridad I	4,642	2,450	-47.2%
Emergencia súbita extrema			
Prioridad II	28,294	32,030	13.2%
Urgencia mayor			
Prioridad III	32,486	43,892	35.1%
Urgencia menor			
Prioridad IV	11,749	10,521	-10.5%
Traslado simple			
Otros	4,076	3,400	-16.6%
Total de Atenciones	81,247	92,293	13.60%

Fuente: Gerencia de Oferta Flexible (GOF)

Escuela de Emergencia

Es la unidad operativa encargada del dictado de cursos de capacitación básica, avanzada y especializada en temas de emergencia y desastres.

En el año 2011 se logró un incremento significativo del 16.6% en el número de cursos impartidos y un 24.4% de profesionales de la salud fueron capacitados, con respecto al año anterior, tanto de las redes asistenciales de Lima como de provincias.

Escuela de Emergencia RR.HH./Cursos	2010	2011	Incremento
Número de personas capacitadas	6,249	7,775	24.42%
Número de cursos en Lima y Provincias	241	281	16.60%

3.2 CALIDAD DE ATENCIÓN Y DEFENSA DEL ASEGURADO
Buen Trato

En el mes de diciembre de 2011 se conformó un Comité, encargado de la elaboración del Plan Anual de Buen Trato a ejecutarse en el año 2012. El citado Plan permitirá identificar los procesos críticos que afectan el buen trato al usuario en las prestaciones asistenciales de EsSalud; promoverá la participación de los asegurados y usuarios en la vigilancia de la calidad de los servicios y el cumplimiento de sus derechos para la mejora del trato en las prestaciones; impulsará la participación de los trabajadores de EsSalud para mejorar la cultura del buen trato al usuario y optimizar los procesos críticos priorizados del sistema de atención que afectan al usuario.

El lanzamiento del Plan de Buen Trato se estaría realizando en el mes de marzo 2012, con los garantes del buen trato como actores principales, quienes velarán por el cumplimiento de este objetivo como mecanismo

de participación ciudadana. Estos garantes tienen que cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser asegurado.
- Tener vocación de servicio.
- Ser mayor de edad.
- Encontrarse física y emocionalmente estable.
- Ser líder y no ser persona conflictiva.
- Disponibilidad de tiempo.
- No tener interés de lucro.
- No tener antecedentes penales, judiciales o estar sujetos a algún proceso que le impida ejercer su función de Garante del Buen Trato.
- Tener interés por aprender sobre derechos humanos en salud, servicios de salud y participación ciudadana.

Sistema de Atención al Asegurado

En el marco del Sistema de Atención al Asegurado se han llevado a cabo las siguientes actividades:

- Implementación de seis (06) oficinas de atención al asegurado (OAS) en las UBAP extrainstitucionales: Barranco, Gamarra, Hogar Clínica San Juan de Dios, Jesús María, Los Olivos (Villa Sol y Trébol) y Zárate.
- Elaboración e implementación de la norma institucional del Libro de Reclamaciones.
- Mejoramiento de la ficha de reclamos del Sistema Integrado de Atención al Asegurado.

En el 2011, se presentaron 167,748 reclamos, de los

cuales 161,939 fueron resueltos, y alcanzaron un nivel de resolución del 96.5%.

La estadística de atención de reclamos en el año 2011 se presenta en el siguiente cuadro, con las principales causas de reclamos:

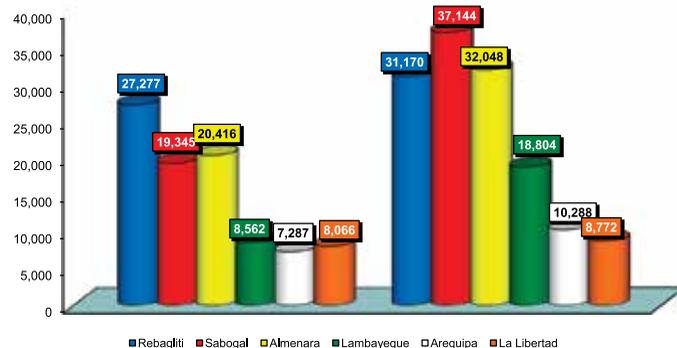
Doce principales causas de reclamos ingresados a la Defensoría del Asegurado, según materias
Año 2011

N°	MATERIAS	CANTIDAD	%
1	Problemas de citas	47,562	28%
2	Falta de información de los procesos institucionales	28,883	17%
3	Problemas con las referencias	12,822	8%
4	Retraso en la prestación por causas administrativas	10,274	6%
5	Problemas en la entrega de medicamentos	8,077	5%
6	Materias que no corresponden a EsSalud	8,068	5%
7	Problemas de acreditación	6,326	4%
8	Problemas para la obtención de citas por teléfono/Internet	6,692	4%
9	Falta de información al asegurado sobre su salud	5,812	3%
10	Postergación en la atención en consultorios	4,950	3%
11	Problema de atención en Ayuda al Diagnóstico	5,775	3%
12	Falta de información en Medicina General y/o especializada	3,056	2%

Fuente: Estadística de reclamos ingresados al SIAS por asunto - Defensoría del Asegurado

A nivel de redes asistenciales, se presenta en el cuadro siguiente el número de reclamos en las principales redes:

Número de reclamos en las principales redes asistenciales
2010- 2011



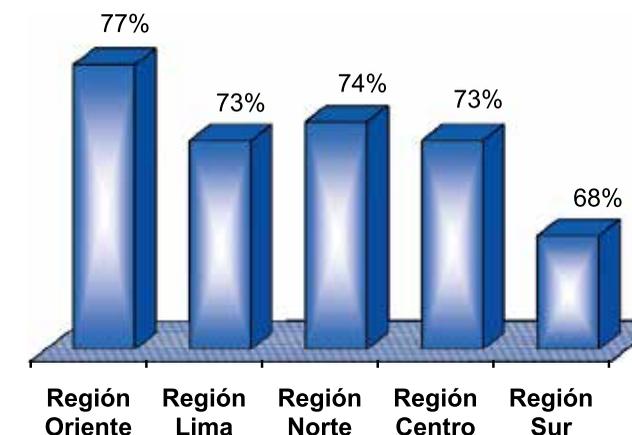
Fuente: Defensoría del Asegurado

Monitoreo y medición

Encuestas de satisfacción del usuario

Se aplicaron encuestas para la medición de la satisfacción de los asegurados en 28 redes asistenciales a nivel nacional y en el INCOR. La calificación global promedio del conjunto de hospitales evaluados es de 73%, puntaje similar al 74% alcanzado en el 2010. Los promedios de calificación globales por regiones se presentan en el gráfico.

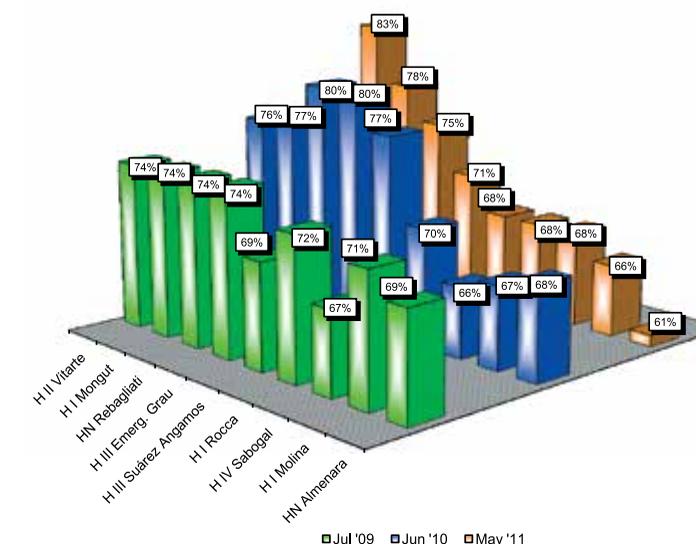
Resultados de las encuestas de satisfacción de los asegurados en 28 redes asistenciales de EsSalud 2011



Fuente: Defensoría del Asegurado

Los promedios para algunos centros asistenciales de Lima, se presentan también en el siguiente gráfico, donde el Hospital III Vitarte alcanzó un porcentaje de 83% en el año 2011.

Resultados globales de las encuestas de satisfacción de los asegurados en los hospitales de Lima 2009 - 2011



Fuente: Defensoría del Asegurado

Implementación del workflow para la gestión de reclamos

Como parte del fortalecimiento del Sistema Integrado de Atención al Asegurado (SIAS), se implementó el workflow, un sistema informático que automatiza la secuencia de tareas que se realizan para atender los reclamos, el requerimiento de información y las solicitudes de mediación; este sistema facilita el flujo de información y el seguimiento, según los códigos, de las materias de reclamo, a fin de lograr una mejor gestión de los mismos.

En el 2011, se implementó el sistema workflow en 22 centros asistenciales de salud de 10 redes asistenciales, tal como se detalla:

Implementación del "workflow" - 2011

RED ASISTENCIAL AMAZONAS

- 1 H I Higos Urco
- 2 H I El Buen Samaritano
- 3 H I Héroes del Cenepa

RED ASISTENCIAL ANCASH

- 1 H III Chimbote
- 2 H III Huaraz
- 3 H I Cono Sur

RED ASISTENCIAL CUSCO

- 1 H.N. Sur Este

RED ASISTENCIAL HUANCAMELICA

- 1 H II Huancavelica

RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE

- 1 H I Agustín Arbulú Neyra
- 2 POL. Chiclayo Oeste
- 3 POL. Manuel Manrique Nevado

RED ASISTENCIAL LORETO

- 1 H III Iquitos

RED ASISTENCIAL MADRE DE DIOS

- 1 H I Víctor Alfredo Lazo Peralta

RED ASISTENCIAL PASCO

- 1 H II Cerro de Pasco
- 2 H I Huariaca
- 3 H I Oxapampa

RED ASISTENCIAL PIURA

- 1 H III Cayetano Heredia
- 2 H II Jorge Reátegui Delgado
- 3 H II Talara
- 4 H I Miguel Cruzado Vera (Paíta)
- 5 H I Sullana

RED ASISTENCIAL TUMBES

- 1 H I Carlos Alberto Córtez Jiménez

Fuente: Defensoría del Asegurado

Esta implementación tecnológica ha permitido que a fines del 2011 la Defensoría del Asegurado de EsSalud cuente con el sistema informático *workflow* implementado en 26 redes a nivel nacional, 2 institutos y la Gerencia de Oferta Flexible.

Se monitorea el uso del *workflow* en las redes asistenciales, lo cual evita el embalse de reclamos en las bandejas de entrada de los involucrados en su proceso, a través del Índice de Resolución de Reclamos:

Índice de Resolución de reclamos = Reclamos Resueltos / Reclamos totales

El mencionado índice nos permite identificar rápidamente los embalses de reclamos pendientes de solución y prestar el apoyo necesario, esto facilita el flujo del proceso, que al mes de diciembre 2011 alcanzó el 87%.

3.3 PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

Prestaciones sociales

Actividades relevantes

Servicios gerontológicos

Constituye un logro significativo el incremento de la participación de los afiliados de los centros del Adulto Mayor, en un 20% en el año 2011 respecto del 2010, en el marco de la oferta de servicios gerontológico sociales que se brinda en las unidades operativas de prestaciones sociales, dirigidas a las personas adultas mayores aseguradas ubicadas a nivel nacional.

Los avances realizados son los siguientes:

- Un análisis más detallado del comportamiento de los 19 talleres y actividades que conforman la oferta de servicios, permite observar que las actividades del Programa "Red de Soporte Familiar" han incrementado el número de participantes en el 2011, entre 600 y 700%, respecto del año anterior. Esto se explica por el impulso en la ejecución de accio-

nes orientadas a promover una "Cultura del buen trato a las personas adultas mayores". Del mismo modo, las campañas de sensibilización muestran un crecimiento mayor al 100% de participantes; las actividades de socialización, Taller de Autocuidado, Taller de Cultura Física y Servicios Complementarios han crecido entre 26% y 37%; la actividad de Huertos Familiares y Medio Ambiente y la de Comedor Social han incrementado sus participantes en un 11%. Son resultados positivos si consideramos el nuevo escenario de coyuntura de cambios institucionales en el año 2011.

- La utilización de nuevas metodologías de participación e inclusión social de las personas adultas mayores afiliadas a los CAM (Centro de Adulto Mayor), a través de las coordinaciones de las áreas de trabajo que funcionan en los centros del Adulto Mayor, fortalecen la cogestión de los CAM de la Red Nacional de Prestaciones Sociales.
- La asesoría técnica brindada al equipo profesional del programa social "Pensión 65" del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS, en aspectos gerontológico sociales.

Creación e implementación del CAM

Los avances realizados son los siguientes:

- Creación del "Centro del Adulto Mayor Interinstitucional Colegio Médico del Perú-ESSALUD", mediante aprobación del Acuerdo N° 69-20-ESSALUD-2011, adoptado por el Consejo Directivo en su vigésima sesión ordinaria del 6 de diciembre de 2011, lo que posibilitó la ampliación de la cobertura en aproximadamente 7 mil afiliados.



- Construcción del local para el funcionamiento del Centro del Adulto Mayor Huancayo, de acuerdo a las normas arquitectónicas vigentes e implementación con mobiliario especial para un centro gerontológico social de última generación, con capacidad para más de 2,000 personas.
- Innovación de las estrategias de ampliación de la cobertura poblacional en la Red Junín, mediante reconversión del CAM de Satipo en Centro del Adulto Mayor Interinstitucional entre la Municipalidad de Satipo y EsSalud, a través de un "Acuerdo Interinstitucional", lo que permitió el sustancial incremento de la cobertura y la disminución de costos para el funcionamiento del CAM, pues el acuerdo establece que el local y el pago de servicios básicos son asumidos por la municipalidad.
- Reubicación del Centro del Adulto Mayor de Breña a la jurisdicción de Pueblo Libre, mediante Resolución N°284-GCPEyS-ESSALUD-2011, para ofrecer mayor accesibilidad y facilitar la participación de un porcentaje más significativo de personas adultas mayores

aseguradas que radiquen en la zona de influencia constituida por los distritos de Breña, San Miguel y Magdalena del Mar.

Implementación de nuevos Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional

El año pasado, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1118-PE-ESSALUD-2011, de fecha 20 de octubre del 2011, se resolvió aprobar la creación de los Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP) de La Libertad, con sede en la ciudad de Trujillo, y de Loreto, con sede en la ciudad de Iquitos, como unidades operativas de la Red Nacional de Prestaciones Sociales.

Se estableció que estos Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP), dependen funcional y presupuestalmente de la Gerencia de Prestaciones Sociales, de la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales. Asimismo, se dispuso en la mencionada Resolución de Presidencia Ejecutiva, que la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, la Gerencia Central de Prestaciones Económicas y Sociales y la Gerencia Central de Finanzas, adopten las medidas necesarias que garanticen la adecuada implementación de las unidades operativas creadas.

Actividades por el Día Internacional del Adulto Mayor y Navidad

Se ejecutó el "Pasacalle de las Personas Adultas Mayores", iniciado en el Campo de Marte y culminado en la Playa Miller, con la participación de aproximadamente 5,400 personas adultas mayores de los CAM de Lima y representantes de los CAM ubicados en las macroregiones.

Se realizó el evento intergeneracional "Encuentro entre dos juventudes" en los 121 centros del Adulto Mayor, ubicados en el ámbito nacional, con la participación de 38,415 adultos mayores y sus nietos, con ocasión de la celebración de la Navidad.



Distribución de CERP y MBRP de la red nacional de prestaciones sociales 2011

REDES ASISTENCIALES	CERP	MBRP
R.A. ÁNCASH		1
R.A. AREQUIPA	1	
R.A. CAJAMARCA		1
R.A. CUSCO		1
R.A. JUNÍN		1
R.A. LA LIBERTAD		1
R.A. LAMBAYEQUE		1
LIMA Y CALLAO	2	
R.A. LORETO		1
R.A. PIURA	1	
R.A. PUNO		1
TOTAL	4	8

■ CERP: Centro Especializado de Rehabilitación Profesional
▲ MBRP: Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional

Fuente: Subgerencia de Rehabilitación

Distribución de centros y círculos del Adulto Mayor Red Nacional de Prestaciones Sociales - 2011

REDES ASISTENCIALES	CAM	CIRAM
R.A. AMAZONAS	3	1
R.A. ÁNCASH	4	2
R.A. APURÍMAC	2	3
R.A. AREQUIPA	5	11
R.A. AYACUCHO	1	1
R.A. CAJAMARCA	1	4
R.A. CUSCO	8	6
R.A. HUANCVELICA	1	1
R.A. HUÁNUCO	2	7
R.A. ICA	8	6
R.A. JULIACA	4	13
R.A. JUNÍN	8	9
R.A. LA LIBERTAD	8	5
R.A. LAMBAYEQUE	9	6
LIMA Y CALLAO	37	3
R.A. LORETO	1	0
R.A. MADRE DE DIOS	1	2
R.A. MOQUEGUA	2	0
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	6
R.A. TUMBES	1	3
R.A. UCAYALI	1	0
TOTAL	121	104

CAM: Centro del Adulto Mayor
CIRAM: Círculo del Adulto Mayor

Fuente: Subgerencia de Protección del Adulto Mayor

Centro del Adulto Mayor de Huancayo



Actividades Relevantes



Participantes en actividades de Rehabilitación Profesional 2011

DETALLE	USUARIOS		
	CERP	MBRP	TOTAL
I N° participantes			
Admisión	1,360	369	1,729
II Actividades de rehabilitación profesional			
Evaluación integral para el trabajo	6,930	238	7,168
Capacitaciones	360	188	548
Integración laboral	642	133	775
III Actividades de rehabilitación social			
Implementación de proyectos de sensibilización		26 eventos	26 eventos
Eventos de integración social		71 eventos	71 eventos
IV Programas complementarios			
Enseñanza y práctica de deportes adaptados	4,830		4,830

Fuente: Subgerencia de Rehabilitación

Cobertura de población de centros y círculos del Adulto Mayor

2010-2011

COBERTURA DE POBLACIÓN	N° DE PARTICIPANTES		
	2010	2011	% VAR.
Cobertura en Centros del Adulto Mayor	81,568	53,704	-34.2%
Cobertura en Círculos del Adulto Mayor	10,772	8,256	-23.4%

(*) Información de campañas realizadas

Fuente: Subgerencia de Protección al Adulto Mayor

Participantes en las actividades de Bienestar y Promoción Social del Adulto Mayor 2010-2011

COBERTURA Y ACTIVIDADES	N° DE PARTICIPANTES		
	2010	2011	% VAR.
1.- PROGRAMA ESTILOS DE VIDA PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO			
Taller de Educación Emocional	24,982	25,801	3%
Taller de Memoria	25,436	25,975	2%
Taller de Autocuidado	53,188	68,290	28%
Taller Artístico	56,387	54,206	-4%
Taller de Cultura Física	76,191	67,390	-12%
Taller de Actualización Cultural	21,549	29,072	35%
Taller de Alfabetización	2,184	1,808	-17%
Eventos Deportivos y Recreativos	88,911	94,493	6%
Turismo Social	53,818	52,171	-3%
Huertos Familiares y Medio Ambiente	10,488	11,616	11%
Comedor Social	514,972	569,303	11%
2.- PROGRAMA INTERGENERACIONAL			
Eventos de Integración Intergeneracional	45,646	47,429	4%
Campañas de Sensibilización	48,107	111,957	133%
3.- PROYECTO RED DE SOPORTE FAMILIAR			
Campañas de Educación Social	5,478	44,748	717%
Servicio de Voluntariado a la Familia	773	6,058	684%
4.- PROYECTO MICROEMPRESARIADO DE PERSONAS MAYORES			
Taller Ocupacional	47,785	42,917	-10%
Taller Microemprendimiento	6,794	4,303	-37%
5.- ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN	282,857	357,125	26%
6.- SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	204,317	272,929	34%

Fuente: Subgerencia de Protección al Adulto Mayor

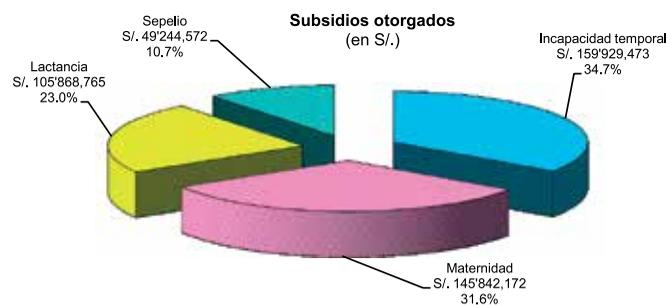
Prestaciones económicas

En el año 2011, se otorgaron prestaciones económicas por un monto ascendente a S/. 460'884,982, que corresponde a un total de 320,423 solicitudes procesadas, esto significó un incremento de 17,694 solicitudes (6% más) por un mayor monto de S/. 35'102,057 (8% más), con relación al ejercicio 2010.

Análisis comparativo de prestaciones económicas 2010-2011

Tipo de subsidio	Año 2010		Año 2011	
	N° Solic.	Monto S/.	N° Solic.	Monto S/.
Incapacidad temporal	116,348	143,188,524	127,659	159,929,473
Maternidad	37,215	130,330,018	39,581	145,842,172
Lactancia	124,744	102,287,928	129,110	105,868,765
Sepelio	24,422	49,976,455	24,073	49,244,572
Total	302,729	425,782,925	320,423	460,884,982

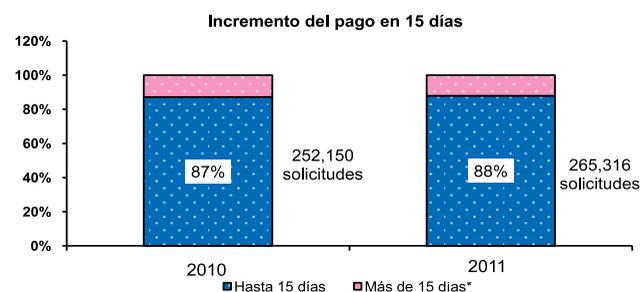
Entre los subsidios otorgados, destacan los de Incapacidad Temporal por un monto de S/. 159'929,473 que representó un 35%, y de Maternidad por S/. 145'842,172 que significó un 32% respectivamente, conforme se ilustra en el gráfico adjunto.



Cumplimiento del estándar de 15 días para el pago

Subsidio	2010		2011		Variaciones	
	N° Solic.	%	N° Solic.	%	N° Solic.	%
Hasta 15 días	252,150	87%	265,316	88%	13,166	1%
Más de 15 días*	37,150	13%	36,521	12%	-629	-1%
Total	289,300	100%	301,837	100%	12,537	0%

En el año 2011, el pago de las solicitudes de subsidios en un periodo no mayor de 15 días calendarios, contados desde su recepción en las unidades de prestaciones económicas, alcanzó las 265,316 solicitudes, es decir, un incremento del 1% con relación a lo logrado en el 2010 (252,150 solicitudes).



* No incluye solicitudes rehabilitadas 13,429 (2010) y 15,586 (2011)

Nueva normatividad de prestaciones económicas aprobada en el año 2011

El Nuevo Reglamento de Pago de Prestaciones Económicas fue aprobado mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 58-14-ESSALUD-2011 y publicado el 28 de julio de 2011. El nuevo reglamento incorpora las normas gubernamentales e institucionales, dictadas sobre este tema en los últimos 12 años, con posterioridad a la promulgación del anterior Reglamento (09.DIC.99), el cual incluye a los trabajadores pescadores y procesadores pesqueros artesanales independientes, trabajadores portuarios, trabajadores y pensionistas ex afiliados a la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador (CBSSP), y trabajadores CAS. Igualmente, el nuevo reglamento recoge las modificaciones normativas establecidas para los trabajadores agrarios y trabajadores de las unidades ejecutoras del Presupuesto del Sector Público; incorpora también las variaciones de los conceptos de aportes, condiciones de acreditación y de reembolso a entidades empleadoras morosas dispuestos por la Ley N° 28791.

Es importante señalar, que en esta norma, se han incorporado los "Lineamientos aprobados por el Consejo Directivo para no continuar con el procedimiento de cobranza, y autorizar el pago de reembolso de las prestaciones económicas a las entidades empleadoras calificadas como morosas por adeudos de aportes por importes mínimos", que las faculta a que puedan regularizarlos, cuando se trate de omisiones involuntarias, efectos de redondeo o errores de pago de un porcentaje mínimo de aportes, y que los adeudos se encuentren en los siguientes parámetros:

- a) Que sean igual o menor al 0.2% de la UIT vigente a la fecha de la contingencia del asegurado, por cada mes en el período de evaluación de los primeros 6 meses.

- b) Que no excedan el 15% de la UIT vigente a la fecha de la contingencia del asegurado, entendiéndose que este monto no es por un período mensual, sino que corresponde a la totalidad de los adeudos identificados en el período de evaluación de los 12 meses.

Desde el año 2007, para el pago de las prestaciones económicas, EsSalud viene aplicando con énfasis los principios de presunción de veracidad y privilegio del control posterior, lo que ha permitido incrementar, de un 36% en el año 2006 al 88% en el año 2011, el número de solicitudes pagadas dentro de los 15 días contados desde la fecha de su presentación; aunque, lamentablemente, se han presentado casos irregulares y entidades que no colaboran con la institución. En el nuevo reglamento se han establecido multas para los asegurados y entidades empleadoras que presenten documentos o declaraciones falsas para acceder a una prestación económica en forma indebida; o no cumplan con entregar la información o documentación que solicite EsSalud para el desempeño de sus funciones de verificación y fiscalización posterior, las cuales van desde las 0.5 UIT (Unidad Impositiva Tributaria) hasta las 2 UIT, dependiendo de la infracción y de la cantidad de trabajadores de dicha empresa.

Adicionalmente, con Resolución N° 1193-GG-ESSALUD-2011 de fecha 01 de agosto 2011, la Gerencia General aprobó medidas para facilitar la presentación de las solicitudes de prestaciones económicas a través de medios virtuales. Para el efecto también aprobó los procedimientos y formatos necesarios. Lamentablemente, el desarrollo del proyecto estaba supeditado a que la Gerencia Central de Aseguramiento adaptara el Sistema de Aseguramiento (SAS) a nuestras necesidades, lo cual no se culminó debido a que con la salida del entonces Gerente Central de Aseguramiento, los programadores del proyecto que hasta entonces se

encontraban a su cargo fueron trasladados a la Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

3.4 INVERSIONES

Inversión en infraestructura

Se continuó con el fortalecimiento de la infraestructura, con la ejecución de 05 proyectos de inversión que comprendió la construcción de centros asistenciales con una moderna infraestructura, equipamiento médico de última generación y la incorporación de profesionales asistenciales calificados. Las obras fueron 01 en Lima y 04 al interior del país, en las ciudades de Trujillo, Tarapoto, Abancay y Huacho, con una inversión estimada de 525.3 millones de soles, con el objetivo de mejorar la atención y el acceso de los servicios de salud en beneficio de los 9 millones de asegurados a nivel nacional.

Detalle de los proyectos de inversión financiados con recursos propios

N°	Proyecto	Red asistencial	Entidad ejecutora	Población beneficiada	Camas	Inversión S/.	Fecha de inauguración
1	Nuevo Hospital Regional de Alta Complejidad de La Libertad	La Libertad	OIM	440,337	240	170,062,453	Ago. 2013
2	Ampliación Consulta Externa y Emergencia Hospital Almenara	Almenara	OIM	984,057		101,506,825	Dic. 2012
3	Nuevo Hospital Abancay	Apurímac	UNOPS	58,185	52	87,777,253	May. 2013
4	Nuevo Hospital Tarapoto	Tarapoto	OIM	43,368	64	46,301,255	Jun. 2013
5	Nuevo Hospital Huacho	Sabogal	UNOPS	208,529	126	119,662,441	Dic. 2013
Total					482	525,310,227	

Fuente: Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones – Oficina Central de Planificación y Desarrollo.

EJECUCIÓN DE OBRAS



Hospital Regional de La Libertad



Hospital Almenara



Hospital Abancay



Hospital Tarapoto



Hospital Huacho

De los proyectos indicados, el del Nuevo Hospital Abancay inició la fase de ejecución de obra en noviembre de 2011.



Ejecución de obra del Hospital Abancay

Los otros proyectos, indistintamente, se encuentran en diferentes etapas de elaboración del expediente técnico, los cuales deben iniciar la ejecución en el transcurso del primer trimestre de 2012, a excepción del Nuevo Hospital de Huacho, que tiene prevista la culminación de su expediente técnico en el mes de julio de 2012.

De igual manera, en el 2011 se prosiguió con la ejecución de los proyectos de inversión menor, a nivel de redes asistenciales; dada la incorporación de EsSalud bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (Fonafe), dichos requerimientos deberán tener en cuenta lo establecido en las normas, directivas y procedimientos del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP).

Tal como se describe en el siguiente cuadro, en el 2011 solo se llegó a viabilizar un total de 10 proyectos de inversión menor (PIM), los mismos que globalmente hacen una inversión de 9.4 millones de soles. Con

la ejecución de estas obras se benefició a un total de 07 redes asistenciales a nivel nacional. La gran mayoría de estos proyectos se encuentran en la etapa de elaboración de expediente técnico, excepto el de Tomografía de Ayacucho que fue aprobado a finales del mes de diciembre de 2011.

Detalle de proyectos de inversión menor (PIM)

N°	Proyecto	Red asistencial	Inversión S/.
1	Mejoramiento del Servicio de Medicina de Hospitalización, del Hospital Nivel III Chimbote.	Áncash	985,496.05
2	Creación del Servicio de Tomografía en el Hospital II Huamanga.	Ayacucho	688,874.34
3	Ampliación de la Consulta Externa Centro Médico Metropolitano.	Cusco	1,082,299.44
4	Mejoramiento de las Condiciones de Atención del Servicio de Hospitalización del Hospital II Huancavelica.	Huancavelica	1,038,228.00
5	Mantenimiento de la Capacidad Resolutiva del Centro Quirúrgico del Hospital Moquegua.	Moquegua	1,190,705.29
6	Nuevo Centro de Atención Primaria Metropolitano.	Piura	1,129,755.72
7	Mejoramiento del Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital IV Alberto Sabogal.		1,180,557.00
8	Mejoramiento del Servicio de Adultos del Hospital IV Alberto Sabogal.		1,165,650.83
9	Construcción Cisterna para proveer mayor agua a las instalaciones del Hospital IV Alberto Sabogal.	Sabogal	549,835.86
10	Construcción del Almacenamiento Final de Residuos Sólidos del Hospital IV Alberto Sabogal.		443,364.48
Total			9,454,767.01

Fuente: Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones - Oficina Central de Planificación y Desarrollo.

Inversión en equipamiento asistencial

Dentro de las adquisiciones más relevantes que se dieron en el año 2011, debemos resaltar la compra de 09 tomógrafos computarizados de 16 cortes, los cuales vienen siendo instalados en cada uno de los centros asistenciales beneficiados con dichos equipamientos de alta tecnología: Hospital II Juliaca (RAS Juliaca), Hospital II Moquegua (RAS Moquegua), Hospital III Cayetano Heredia (RAS Piura), Hospital Abancay II (RAS Apurímac), Hospital II Heysen (RAS Lambayeque), Hospital II Cajamarca (RAS Cajamarca), Hospital II Huamanga (RAS Ayacucho), Hospital II Huancavelica (RAS Huancavelica) y Complejo Hospitalario Luis Negreiros (RAS Sabogal).



Instalación del servicio de Tomografía Computarizado



Entrega de tomógrafo al Hospital nivel II Huancavelica



Entrega de tomógrafo en Piura

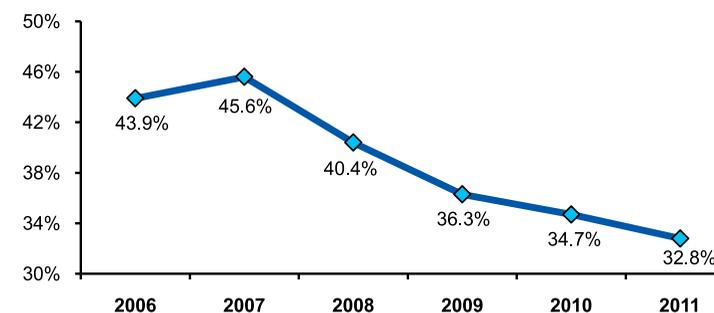
Centro de Tomografía – Hospital Juliaca



Obsolescencia del equipamiento biomédico

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 los equipos biomédicos, en el cual se pasa de valores por encima del 45% a valores por debajo del 33% en este último año.

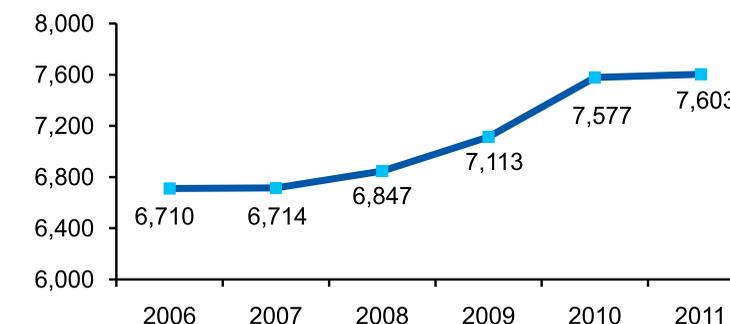
Variación de la obsolescencia del Equipamiento Biomédico 2006-2011



Fuente: Gerencia de Ingeniería Clínica – Gerencia Central de Infraestructura

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

Evolución del número de camas 2006-2011



Fuente: Sistema Estadístico de Salud – Oficina Central de Planificación y Desarrollo

Asociaciones Público-Privadas / Público-Público

La Asociación Público Privada (APP) es una modalidad de participación de la inversión privada en la que se incorpora experiencia, conocimientos, equipos y tecnología, con el objetivo de crear, desarrollar, mejorar, operar y mantener la infraestructura pública o proveer servicios públicos. El sector privado presta los servicios o provee la infraestructura y acuerda con el sector público cumplir determinadas metas, derechos y obligaciones, dinamizando la gestión.

A continuación, se detallan los contratos vigentes al 31 de diciembre de 2011:

Contratos vigentes

Proyecto de AFP	Ubicación	Población beneficiada	Fecha suscripción del contrato	Plazo del contrato (años)	Inversión ⁽¹⁾ US\$	Situación	Sociedad operadora
Gestión Logística de Almacenes y Farmacias	Lima	Lima y Callao	05.Feb.10	10	16,284,080	Nuevos almacenes culminados, continúa operación	Consortio Salud y Logística S.A.
Hospital III Villa María del Triunfo	Lima	250,000 adscritos	31.Mar.10	32	47,471,192	Etapas de construcción	Consortio Villa María del Triunfo SAC
Hospital III Callao	Callao	250,000 adscritos	31.Mar.10	32	47,102,178	Etapas de construcción	Consortio Callao Salud SAC
Consultorios Externos TORRE TRECCA	Lima	Redes a nivel nacional	26.Ago.10	20	51,282,800	Estudio definitivo de ingeniería	Consortio TRECCA

Fuente: Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones
Nota.- (1) Incluye IGV

3.5 GESTIÓN ADMINISTRATIVA

3.5.1 Financiamiento

Principales resultados

- Los ingresos institucionales para el año 2011 ascendieron a S/. 6,390 millones, de los cuales el 97.53% provienen de las Aportaciones, el 0.25% de las Ventas de Prestaciones a Terceros (no asegurados), el 1.02% de Ingresos Financieros, el 0.03% de Ingresos por Participación y Dividendos y el 1.17% a Otros ingresos. Respecto a similar periodo del año anterior crecieron, de 5,622 millones a S/. 6,390 millones, cifra que representa un mayor ingreso de 13.7% equivalente a S/. 768 millones adicionales.

Ingresos institucionales 2010 - 2011 (En millones de nuevos soles)

CONCEPTOS	Ejecución anual 2010	Presupuesto 2011				
		Presupuesto aprobado	Ejecución anual	Avance %	Variación anual	
					S/.	%
Aportaciones	5,449	6,157	6,232	101.2%	783	14.4
Venta a Terceros	15	16	16	96.8%	1	3.8
Ingresos Financieros	70	60	66	110.1%	-4	(6.4)
Ingresos Extraordinarios		4	2	50.4%	2	0.0
Otros	88	71	75	105.2%	-13	(14.8)
Total	5,622	6,308	6,390	101.3%	768	13.7

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2011 - Gerencia Central de Finanzas

El significativo incremento de las aportaciones respecto a la del año 2010 fue resultado básicamente del crecimiento de la población asegurada aportante, la misma que se incrementó en 140 mil aportantes respecto al citado año, así como al aumento de las remuneraciones particularmente de los trabajadores de Lima Metropolitana cuyo ingreso promedio aumentó en 13.3% (S/. 149.55) en el trimestre móvil oct.-dic. 2011, con relación a similar trimestre móvil del año anterior, según reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

- Los egresos totales de EsSalud durante el ejercicio 2011 ascendieron a S/. 6,291 millones, de los cuales el 91.47% correspondió a Gastos Operativos, el 6.52% a Gastos de Capital y el 2.01% a gastos por Transferencias Otorgadas. Los Gastos Operativos alcanzaron la suma de S/. 5,754 millones, siendo sus componentes: Gastos de Personal (55.20%), Compra de Bienes (19.07%), Servicios Prestados por Terceros (17.92%), Tributos (0.04%) y Diversos de Gestión (7.77%).

La ejecución de Gastos de Capital bordeó la cifra de S/. 410 millones, en tanto que las Transferencias Otorgadas a la ONP llegaron a los S/.126 millones. Cabe señalar que a partir del ejercicio

2011, la institución se encuentra dentro del ámbito del Fonafe, por lo cual los rubros de egresos del año 2010 se han adaptado a la estructura establecida por dicha entidad. En la actual composición de egresos, el gasto de pensiones por los cesantes del D.L. 20530 se encuentra incluido en la partida Gasto de Personal y las transferencias a la ONP (pensiones ex D.L. 18846), es considerada en la partida "Egresos por Transferencias" del rubro Transferencias Netas, debido a que la administración del gasto de pensiones del citado ex D.L. se encuentra a cargo de la ONP.

Comparando con el año anterior, los egresos totales se incrementaron en S/. 218 millones. El aumento más significativo se ha presentado en el rubro de Gastos de Personal (S/. 195 millones o 6.5%), que se destinó al pago de las remuneraciones, bonificaciones y obligaciones sociales del personal activo (40,360 trabajadores) que conforman la planillas de haberes así como el de los 4,999 trabajadores contratados bajo la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios (CAS).

Los rubros de Bienes y Servicios también presentan incrementos relevantes (S/. 63 millones en total), que se explica básicamente por el crecimiento de la producción asistencial que reflejaron significativas variaciones positivas en las siguientes actividades médicas: Consulta Externa 10%, Hospitalización 3%, Diálisis 7%, Áreas Críticas 5%, Procedimiento 13%, Tratamiento Especializado 16% y Apoyo al Diagnóstico 15%, entre otros. Otros factores relevantes fueron la puesta en operatividad de los nuevos centros asistenciales, así como el incremento de la remuneración mínima vital (RMV) a partir del mes de agosto de 2011.

Egresos institucionales 2010 - 2011 (En millones de nuevos soles)

CONCEPTOS	Ejecución anual 2010	PRESUPUESTO 2011				
		Aprobado anual	Ejecución anual	Avance %	Variación anual	
					S/.	%
Gastos operativos	5,466	5,766	5,754	99.8%	288	5.3
Compra de Bienes	1,096	1,162	1,097	94.4%	1	0.1
Gasto de Personal	2,981	3,125	3,176	101.6%	195	6.5
Servicios Prestados por Terceros	969	1,031	1,031	100.0%	62	6.4
Tributos	2	3	2	88.1%	0	10.5
Gastos Diversos de Gestión	418	445	447	100.5%	30	7.1
Gastos de Capital	483	338	410	121.1%	-73	(15.1)
Transferencias Otorgadas	124	124	126	101.7%	3	2.2
Total	6,073	6,229	6,291	101.0%	218	3.6

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2011 - Gerencia Central de Finanzas

Otra partida que se ha incrementado de modo importante es Subsidios en 6.5% equivalente a S/. 26 millones, concepto que forma parte del rubro Gastos Diversos de Gestión y cuya variación se explica por el mayor número de expedientes procesados y pagados durante el presente ejercicio, producto del incremento de la población asegurada titular, así como por el incremento de las remuneraciones, especialmente de la remuneración mínima vital (RMV). El rubro de Transferencias Netas presenta un incremento del 2.2% (S/. 3 millones) debido básicamente al aumento del número de pensionistas del ex D.L. N° 18846.

- El rubro de Gastos de Capital muestra una reducción apreciable en comparación con la ejecución del ejercicio 2010 (S/. 73 millones), explicado básicamente por la menor adquisición de equipos no ligados a proyectos de inversión (S/. 189 millones), compensado parcialmente por las inversiones financieras realizadas en el 2011 y en menor medida por el incremento presentado en el rubro de proyectos de inversión.

Gastos de Capital 2010 - 2011
(En nuevos soles)

CONCEPTOS	2010	2011	VARIACIÓN 2011-2010
Presupuesto de Inversiones	482,896,080	309,752,234	-35.86%
Proyectos de Inversión	209,405,701	225,149,976	7.52%
Estudios de Pre Inversión	382,400	41,936	-89.03%
Estudios Definitivos	11,243,150	2,316,368	-79.40%
Terrenos	1,543,920		-100.00%
Obras	147,863,222	167,595,481	13.34%
Equipo Ligado a Proyecto	48,373,009	55,196,191	14.11%
No Ligados a Proyectos	273,490,379	84,602,258	-69.07%
Equipos Hospitalarios	225,882,418	76,080,173	-66.32%
Equipo Informáticos	42,915,139	4,163,116	-90.30%
Equipo Administrativos	1,550,365	747,334	-51.80%
Bienes de Capital Diversos	3,142,457	3,611,635	14.93%
Inversión Financiera		100,270,792	
Total Gasto de Capital	482,896,080	410,023,026	-15.09%

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2011 – Gerencia Central de Finanzas

Los gastos de capital al cierre del ejercicio 2011 ascendieron a S/. 410 millones. Respecto al año 2010 muestran una reducción neta del 15.09% equivalente a S/. 73 millones, no obstante que las inversiones financieras pasaron de no presentar ejecución en el año 2010 a S/.100 millones en el año 2011, principalmente por la menor ejecución presentada en equipos hospitalarios e informáticos no ligados a proyectos.

En Proyectos de Inversión el monto ejecutado ascendió a S/. 225 millones, con una participación del 54.91% respecto al total del gasto de capital, de los cuales el 74.44% correspondió a Obras, el 24.51% a Equipos Ligados a Proyectos de Inversión y el 1.05% a Estudios Definitivos y de Pre-Inversión. Con relación al año 2010, la ejecución del gasto se incrementó en 7.52% (S/. 16 millones), resultado principalmente del apreciable aumento que experimentó la ejecución de obras y la adquisición de equipos ligados a proyectos (S/. 26 millones en total) en los principales grandes

proyectos desarrollados por la institución en el 2011 (Alta Complejidad La Libertad, ampliación de la Consulta Externa y Emergencia del Hospital Almenara, Chanchamayo, Abancay, entre otros).

La compra de equipos no ligados a proyectos alcanzó la suma S/. 85 millones, lo que representó el 20.63% del total de egresos de gastos de capital, de los cuales el 89.93% correspondió a Equipos Hospitalarios, el 4.92% a Equipos Informáticos, 0.88% a Equipos Administrativos y 4.27% a Bienes de Capital Diversos. Respecto al periodo anterior el gasto disminuyó en 69.07%, equivalente a S/. 189 millones, como resultado de la priorización del gasto operativo asistencial al haberse afectado los ingresos institucionales por aportaciones en aproximadamente S/. 720 millones anuales hasta el año 2014, por efecto de la prórroga de la Ley N° 29351, "Ley que Reduce Costos Laborales a los Aguinaldos y Gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad".

Las inversiones financieras registran ejecución a partir del año 2011, alcanzando al cierre del año 2011 la suma de S/. 100 millones, que representan el 24.45% del total de gasto de capital. Este monto se destinó principalmente a la devolución de la Reserva Técnica (S/. 32 millones) y a la compra de activos financieros (S/. 58 millones).



Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2011

El comportamiento de los Ingresos y Egresos totales al cierre del periodo evaluado, generó un resultado económico positivo de S/.100 millones, producto básicamente de la mayor captación de Ingresos por Aportaciones, por incremento de la población asegurada aportante y del aumento de las remuneraciones; asimismo, a este resultado contribuyó la menor ejecución del rubro Compra de Bienes en 5.5% respecto a su programación anual, debido al retraso de algunos procesos logísticos y al diferimiento de la compra corporativa de Ropa Hospitalaria para el siguiente ejercicio.

El resultado económico obtenido ha permitido cubrir el pago programado del Servicio de la Deuda al Banco de la Nación, que acumulado al cierre del presente año ascendiera a S/. 53 millones, lo cual generó al cierre del ejercicio un Saldo Final positivo de S/. 47 millones.

Cabe señalar que en el año 2010, a diferencia del ejercicio 2011, el financiamiento neto tuvo un monto positivo de S/. 49 millones. Asimismo, en dicho año se utilizó la reserva técnica y saldos de balance por S/. 402 millones, autorizado por Acuerdo del Consejo Directivo, a fin de equilibrar los ingresos institucionales afectados por la dación de la Ley N° 29351 en aproximadamente S/. 580 millones.

Ingresos y Egresos institucionales 2010 - 2011
(En millones de nuevos soles)

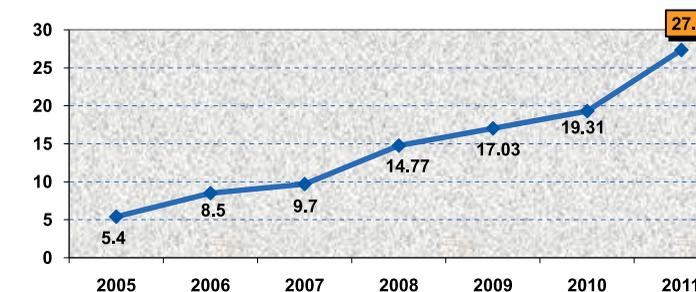
CONCEPTOS	EJECUCIÓN ANUAL 2010	PRESUPUESTO 2011				
		APROBADO ANUAL	EJECUCIÓN ANUAL	AVANCE %	VARIACIÓN ANUAL	
1. Ingresos	5,622	6,308	6,390	101.3	13.7	768
2. Egresos	6,073	6,229	6,291	101.0	3.6	218
Resultado Económico	-451	79	100	125.3	(122.1)	550
3. Financiamiento Neto	49	-53	-53	100.0	(207.5)	(102)
4. Resultado de Ejerc. Ant.	402	-	-	0.0	(100.0)	(402)
SALDO FINAL	0	27	47	175.7	18,478.1	46

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria 2011

Actividades relevantes

- Con el propósito de mejorar los procedimientos de cobranza para deuda no tributaria, tributaria (Terceros No Asegurados) se aprobó la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2011 "Directiva que regula la Liquidación, Facturación y Cobranza de las Prestaciones Asistenciales otorgadas a Terceros" y se implementó como mecanismo inductivo de cobranza, el Régimen General de Facilidades de Pago para deuda de Terceros No Asegurados y asegurados sin derecho de cobertura, por prestaciones de salud otorgadas por EsSalud (Resolución N° 236-GCF-OGA-ESSALUD-2011).
- Se impulsó la recuperación de la deuda no tributaria (empleador moroso), lográndose recaudar a diciembre 2011 la suma de S/. 27.35 millones, lo que implica un crecimiento del 42% con respecto al año anterior.

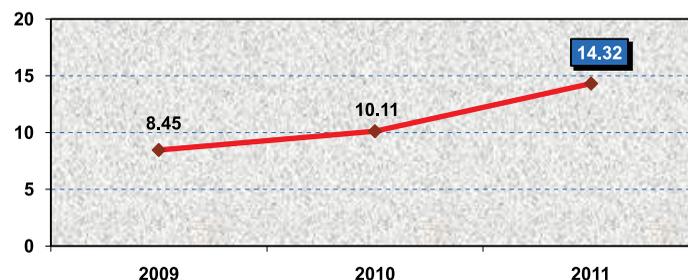
Monto Recuperado 2005 - 2011
(En millones de nuevos soles)



Fuente: Gerencia Central de Finanzas

- En lo que respecta a la "Liquidación de las prestaciones otorgadas a terceros no asegurados", se logró la recuperación de adeudos por la suma de S/. 14.32 millones, de los cuales a Lima Metropolitana corresponden S/. 4.23 millones.

Monto Recuperado por Servicios Hospitalarios de Terceros 2009-2011
(En millones de nuevos soles)



- El Sistema de Facilidades de Pago para Deuda No Tributaria otorgado a empleadores morosos, logró recaudar S/. 8.19 millones, cifra mayor en 37.91% que la registrada en el año anterior.
- Se diseñó un sistema para la determinación de la deuda por prestaciones asistenciales a partir de un vector de empleadores morosos para los principales centros asistenciales a nivel nacional. En Lima se ha implementado en el Hospital Almenara, mientras que en provincias se ejecutó en los principales centros asistenciales de Lambayeque, Moquegua, Tacna, Arequipa y Puno. El proceso continúa y se viene implementando en el Hospital Rebagliati, Angamos y Policlínico Castilla. En provincias, la implementación se viene coordinando con los principales centros asistenciales de las redes de La Libertad, Tarapoto y Pasco.
- Se inició el proceso de descentralización a nivel nacional del Sistema de Reporte de Deudores en Infocorp, para la deuda de terceros, con la finalidad de incrementar el proceso de recuperación de la deuda, mediante mecanismos inductivos de cobranza, dado que al 31.12.2010

se registraba una deuda de 77.65 millones de nuevos soles, por servicios hospitalarios a terceros.

- En relación a las acreencias de la Banca en Liquidación para el 2011, se consiguió gestionar la recuperación en dólares de \$ 688,487.00 y por la dación en pago de cartera judicializada la cantidad de \$ 8,733.00.
- Respecto a los Fondos Sujetos a Restricción, se logró liberar el 28.10.2011 el monto de S/. 120,000 que se encontraba retenido en el Banco Continental por el Minsa.
- Producto del incremento de la recaudación de aportes, se ha podido manejar importantes flujos de liquidez, que han permitido cumplir con nuestras obligaciones de corto plazo. En ese contexto, al contar con los recursos suficientes, se vienen realizando los pagos a los proveedores con periodicidad semanal; acciones que reflejan un apropiado comportamiento de pago, así como la mejora de la imagen institucional ante nuestros acreedores. Asimismo, los adecuados flujos de liquidez han permitido destinar recursos (S/. 32 MM) para la devolución de la reserva técnica.
- Se desarrollaron acciones encaminadas a la implementación del Sistema de Contabilidad de Costos enlazado al Nuevo Enfoque del Sistema de Gestión de Servicios de Salud, habiéndose culminado el Programa de Capacitación para el Seguimiento y Monitoreo de las Imputaciones a nivel nacional, con el objeto de establecer costos a nivel de unidades productoras de servicios de salud (UPSS). Por otro lado, con Resolución de Gerencia General N° 321-GG-ESSALUD-2011, se aprueba la Directiva N°

07-GG-ESSALUD-2011 "Catálogo de Unidades Productoras de Servicios de Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud", y se encargó a la Subgerencia de Coordinación Técnica de Servicios Hospitalarios de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y a la Subgerencia de Contabilidad de Costos de la Gerencia de Contabilidad de la Gerencia Central de Finanzas, la actualización y mantenimiento del Catálogo de Unidades Productoras de Servicios, y se dispone la inclusión del Catálogo de Unidades Productoras de Servicios como identificador de datos estándar en el Sistema de Gestión de Servicios de Salud.

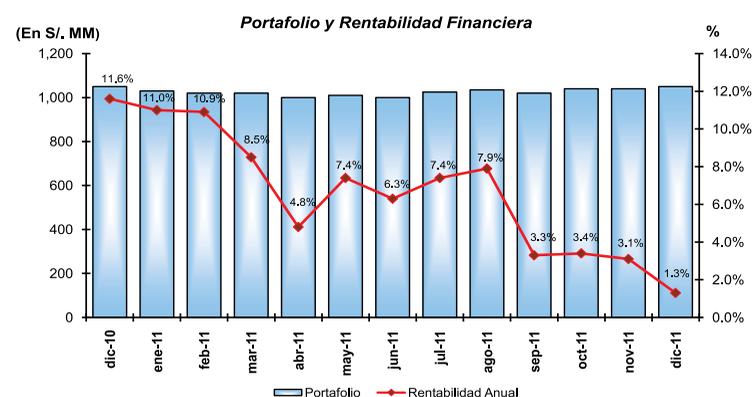
- Mediante Resolución de Gerencia Central de Finanzas N° 94-GCF-OGA-ESSALUD-2011 y su modificatoria Resolución de Gerencia Central de Finanzas N°154-GCF-OGA-ESSALUD-2011, se aprobaron tarifas para los centros asistenciales del primer nivel de atención y para los hospitales I, II, III, IV, nacionales, centros e institutos especializados, postas médicas, centros médicos y policlínicos del Seguro Social de Salud, EsSalud.
- Con el objeto de reducir la exposición al riesgo operativo y fortalecer la confiabilidad, eficiencia, agilidad, y transparencia de las funciones, se impulsó la elaboración de procedimientos que sistematizan las actividades operativas de la Gerencia de Inversiones Financieras, así como las relacionadas a la emisión de reportes informativos e interacciones con otras instancias de la institución.
- Se logró la Certificación Internacional en Administración de Riesgos (*Certified in Risk Management*, CRM) de profesionales de la Gerencia de

Inversiones Financieras de EsSalud, otorgado por *The International Institute of Professional Education and Research* (IIPER), con el apoyo del distribuidor de software científicos de Latinoamérica "Software Shop". Estas certificaciones garantizan un alto nivel de formación profesional, otorgan a quienes las obtienen capacidades para entender los cambios y necesidades de los mercados financieros, mejoran, además, sus habilidades para identificar, cuantificar y valorizar los riesgos implícitos en la actividad de inversión.

- Se culminó con la elaboración de los términos de referencia, lo cual permitirá el inicio del proceso logístico para la implementación de un Sistema de Interrupción de Poder (UPS) y cableado eléctrico, conexión directa a Internet y modificación en la distribución de cableados de las computadoras, los mismos que fueron requeridos por la Gerencia de Inversiones Financieras, a fin de garantizar la fiel continuidad de los procesos, evitar cortes imprevistos de fluido eléctrico o la pérdida de comunicación con agentes del mercado de capitales.
- Se inició el proceso de reposición de la reserva técnica utilizada, en un plazo de hasta 6 años, dando cuenta al Consejo Directivo en forma trimestral. Este proceso implicó reponer mensualmente S/. 0.50 MM de la reserva técnica utilizada, durante el periodo setiembre-diciembre del 2011. Adicionalmente, la Gerencia Central de Finanzas consideró pertinente programar en el cuarto trimestre 2011 un importe de S/. 30.00 MM, adicional al monto repuesto.
- A pesar del comportamiento adverso en los mercados financieros durante el 2011, la mayor incertidumbre entre los inversionistas, la no recuperación de la actividad económica nortea-

americana, las mayores presiones inflacionarias de los productos alimenticios y de combustible y la acentuación de la crisis fiscal de países de la zona euro, el portafolio de la institución administrado por la Gerencia de Inversiones Financieras, registró una rentabilidad nominal anual de 1.32%, debido principalmente a su estructura conservadora.

A continuación, el siguiente gráfico presenta la evolución de la rentabilidad financiera en el año 2011:



Fuente: Gerencia Central de Finanzas

Incorporación de ESSALUD a FONAFE

La Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011 (Ley N° 29626) incorpora a EsSalud al ámbito de control y evaluación del Fonafe.

La Ley del Presupuesto del Sector Público para el año 2011 (Ley N° 29626) en su quincuagésima quinta disposición complementaria señala:

“Con el objetivo de fortalecer la gestión en la prestación de servicios que brinda el Seguro Social de Salud (EsSalud), a partir de la vigencia de la presente Ley,

incorpórase a dicha entidad bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado-FONAFE, quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por el FONAFE. Para tal fin, deróganse o déjense en suspenso las normas que se opongan a la aplicación de la presente disposición; asimismo, establécese que mediante decreto supremo refrendado por el Ministro de Economía y Finanzas, se pueden dictar, de ser necesario, las normas que permitan la mejor aplicación de la presente disposición. Esta disposición entra en vigencia el día siguiente de la publicación de la presente Ley.”

Implicancias por reducción del monto asignado al gasto operativo, realizada por Fonafe

En el mes de octubre de 2011, EsSalud remitió al Fonafe el presupuesto 2012, aprobado por su Consejo Directivo.

En el mes de diciembre de 2011, Fonafe publicó el Presupuesto Consolidado 2012 de las entidades bajo su ámbito, reduciendo el monto asignado al gasto operativo de EsSalud por S/. 134 millones.

La reformulación presupuestal planteada por Fonafe produciría en el 2012 una disminución de 390 mil consultas externas, 106 mil pacientes día y 6 mil operaciones, alargando el diferimiento de citas para consulta y generando mayor espera de los asegurados para ser hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente, con la insatisfacción consiguiente, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Variaciones en metas proyectadas 2012 (En cantidad)

Prestaciones	Proyección inicial (octubre 2011)	Proyección con reducción por FONAFE (enero 2012)	Variación
Consultas	21,240,290	20,849,796	390,494
Paciente Día	2,610,264	2,504,084	106,180
Cirugías	385,772	379,402	6,370

A continuación, se detallan las variaciones presupuestales en las tres actividades asistenciales más representativas, de lo aprobado por Fonafe respecto a lo inicialmente presupuestado por ESSALUD para el año 2012.

Variaciones presupuestales de actividades asistenciales 2012 (En nuevos soles)

Prestaciones	Proyección inicial (octubre 2011)	Proyección con reducción por FONAFE (enero 2012)	Variación
Consultas	21,240,290	20,849,796	390,494
Paciente Día	2,610,264	2,504,084	106,180
Cirugías	385,772	379,402	6,370

Metas 2012 ajustadas por reducción de presupuesto por parte de Fonafe (En nuevos soles)

N°	INDICADOR/ VALOR	TIPO INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALORES EJECUCIÓN		META ESTIMADA 2011	META PREVISTA 2012 (Ene. 2012)
				2009	2010		
1	CONSULTAS	CI-Continuo de Incremento	Atenciones	17,661,035	19,305,367	20,505,045	20,849,796
2	PACIENTE DÍA	CI-Continuo de Incremento	Paciente Día	2,343,531	2,454,985	2,510,812	2,504,084
3	CIRUGÍAS	CI-Continuo de Incremento	Intervenciones QX	355,792	371,964	368,677	379,402

Eliminación del descuento por gratificaciones

El 30 de abril de 2009 se promulgó la Ley N° 29351, la cual estableció que las gratificaciones de los meses de julio y diciembre estén exentas del aporte a EsSalud, la citada Ley 29351 entró en vigencia en mayo de 2009 hasta diciembre 2010. El 19 de junio de 2011 se emitió la Ley N° 29714 con la cual se prorroga la vigencia de dicha exoneración hasta diciembre de 2014.

Implicancias económicas y financieras que generó a EsSalud la vigencia de la Ley N° 29714, Ley que prorroga la vigencia de la Ley N° 29351 hasta el año 2014

A continuación, se detallan las implicancias que han generado las citadas leyes, información que se ha extraído del Informe N° 010-GCF-OGA-ESSALUD-2012, elaborado por la Gerencia Central de Finanzas, motivado por la solicitud de opinión del proyecto de ley que establece la permanencia de la vigencia de la Ley N° 29351 sobre inafectación a las gratificaciones.

El presupuesto de EsSalud se verá permanentemente afectado hasta el año 2014, por la dación de las leyes 29351 y 29714, perjudicando su operatividad y sus posibilidades de expansión y mejora de servicios, con serias consecuencias en su capacidad para brindar cobertura de prestaciones (de salud, económicas y sociales) a los asegurados. La Gerencia Central de Finanzas ha estimado que los montos dejados de percibir por la aplicación de la Ley N° 29351 y la Ley N° 29714, alcanzarán los S/, 4,423 millones entre los años 2009 y 2015, como resultado de la vigencia de la inafectación al pago de los aportes por las gratificaciones de fiestas patrias y de navidad hasta el año 2014. Sin embargo, es preciso señalar que por la gratificación de julio 2009, en el mes de agosto del año 2009, EsSalud dejó de percibir S/. 230 millones, los cuales fueron compensados a través de la Ley N° 29418 del 04 de octubre de 2009, mediante la cual se autorizó

un crédito suplementario a favor del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

El cuadro siguiente muestra que, descontando los S/. 230 millones devueltos en el año 2009, la pérdida asciende a S/. 4,193 millones hasta el 2014 por las aportaciones dejadas de percibir.

Impacto de la Ley N° 29351 y Ley N° 29714 2009-2014

(En millones de nuevos soles)

Aportes por Gratificación *	Periodos							Totales
	2009 (1)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Diciembre (enero)		290	341	374	401	423	444	
Julio (agosto)	230 (2)	328	363	387	411	431		
TOTALES	230	618	704	761	812	854	444	4,423

Notas.-

* Aporte de Gratificación recaudada al mes siguiente (agosto/enero del año siguiente).

Ley N° 29351 aprobada el 01 de mayo 2009 con vigencia hasta el 31.12.2010. Impacto S/. 1,189 MM

(1) En el año 2009 se afectó solo la gratificación de Fiestas Patrias. A partir del año 2010 se afectaron 02 gratificaciones anuales.

(2) El 2009 fue el único período en que el Gobierno Central compensa a EsSalud por la pérdida de los ingresos por afectación de la Ley N° 29351

Importe cubierto con transferencia financiera del Gobierno Central en virtud a la Ley N° 29418 que autoriza crédito suplementario a favor del MTPE de fecha 04 de octubre de 2009.

Fuente: Estadísticas EPROS, Base de Datos SUNAT; años 2012-2015 información estimada

Cuenta individual - Base de Datos SUNAT

Elaboración: Oficina de Apoyo y Control de Gestión - Gerencia Central de Finanzas

Asimismo, la Gerencia Central de Finanzas ha elaborado otra proyección sobre el efecto económico si la exoneración del pago de aportaciones por las gratificaciones de julio y diciembre se realiza indefinidamente.

Dicha proyección se basa en un escenario moderado, sobre la base del número de trabajadores y pensionistas estimado para los próximos años, base imponible

(sueldos, salarios y pensiones), factor de gratificación (público y privado) e índice de morosidad. Asimismo, se han tomado en cuenta los indicadores y proyecciones del Marco Macroeconómico Multianual 2012-2014, estadísticas de: ONP, SBS, MINTRA, MEF e INEI (variaciones anuales de sueldos, salarios, PEA, pensionistas, empleo, entre otros).

El cuadro siguiente muestra la pérdida que asciende a S/. 5,555 millones hasta el 2016 por las aportaciones dejadas de percibir.

Impacto de la Ley N° 29351 y Ley N° 29714 2009-2016

(En millones de nuevos soles)

Aportes por Gratificación *	Periodos							Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Diciembre (enero)	290	341	374	401	423	444	444	
Julio (agosto)	328	363	387	411	431	449	459	
TOTALES	618	704	761	761	854	893	913	5,555

Notas.-

* Aporte de Gratificación recaudada al mes siguiente (agosto/enero del año siguiente). Asimismo, por efectos de la transferencia financiera autorizada a través del crédito suplementario, dispuesto por la Ley N° 29418 se compensó la gratificación de Fiestas Patrias 2009 por un importe de S/. 230 millones; y en consecuencia el impacto de las gratificaciones de navidad 2009 se refleja en Enero 2010

Ley N° 29351 aprobada el 01 de mayo de 2009 con vigencia hasta el 31.12.2010. Impacto S/. 1,189 MM.

Fuente: Estadísticas EPROS, Base de Datos SUNAT; años 2012-2015 información estimada

Cuenta individual - Base de Datos SUNAT

Elaboración: Oficina de Apoyo y Control de Gestión - Gerencia Central de Finanzas

Así, para el año 2012 la reducción de ingresos por efectos de la Ley N° 29714 ascendería a 761 millones de nuevos soles. Bajo la proyección señalada, la pérdida anual de ingresos para la institución crecerá gradualmente hasta alcanzar los S/. 913 millones en el 2016, con una pérdida acumulada para el periodo 2009 al 2016 de S/. 5,555 millones.

La atención a los asegurados afectada por la reducción de ingresos por aportes

La vigencia de la Ley N° 29351 viene afectando severamente la capacidad de la institución para financiar sus operaciones, con el consecuente impacto negativo sobre la vida y el bienestar de sus más de 9 millones de asegurados, tanto titulares aportantes como derechohabientes.

La Gerencia Central de Finanzas de EsSalud ha evaluado el impacto de la Ley N° 29351 sobre la operatividad institucional, y ha concluido que los S/. 761 millones menos de ingresos en el año 2012 se reflejarán en menores metas en consultas externas, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, alargando el diferimiento de citas para consultas y generando mayor espera de los asegurados para ser hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente, lo cual afectará directa y negativamente su bienestar.

Así, considerando los costos y las tarifas vigentes al cierre del 2011 en EsSalud, con los recursos no percibidos se hubieran realizado en el 2012 las siguientes atenciones:

- 2'200,000 consultas
- 51,000 días de hospitalizaciones
- 39,700 operaciones

Un análisis similar puede hacerse considerando las atenciones y procedimientos que podrían haberse realizado en el año 2012, con los S/. 761 millones de ingresos adicionales, acorde al costo promedio en los hospitales de EsSalud.

A continuación se detalla el número de atenciones y procedimientos que se hubieran realizado en el 2012:

- 4'373,563 sesiones de hemodiálisis
- 14'634,615 mamografías
- 2'651,568 tomografías

3.5.2 Adquisiciones y Contrataciones

Al inicio del 2011 en la sede central y en las redes asistenciales se programaron 2,363 procesos, como se muestra:

Procesos programados - 2011

TIPO DE PROCESOS	PROGRAMACIÓN INICIAL 2011		
	CANTIDAD		
	SEDE CENTRAL	REDES ASIST.	TOTAL
AMC	145	371	516
ADS	179	728	907
ADP	66	295	361
LP	25	314	339
CP	28	212	240
TOTAL	443	1,920	2,363

AMC = Adjudicación de Menor Cuantía

ADS = Adjudicación Directa Selectiva

ADP = Adjudicación Directa Pública

LP = Licitación Pública

CP = Concurso Público

Fuente: Gerencia Central de Logística

Al 31 de diciembre 2011, realizadas las inclusiones y exclusiones, quedaron 2,172 procesos programados a nivel nacional, que representó una disminución de 191 procesos (un 18%) con un monto programado de S/. 1'841,509.20.

Montos programados por tipo de procesos a nivel nacional - 2011
En miles de nuevos soles

TIPO DE PROCESOS	PROGRAMACIÓN DESPUÉS DE INCLUSIONES Y EXCLUSIONES - 2011					
	CANTIDAD			MONTO		
	SEDE CENTRAL	REDES ASIST.	TOTAL	SEDE CENTRAL	REDES ASIST.	TOTAL
AMC	97	379	476	187,708.45	141,755.10	329,463.55
ADS	115	786	904	14,244.58	118,999.73	133,244.31
ADP	63	298	358	21,099.11	122,377.49	143,476.60
LP	26	238	264	665,754.76	313,420.11	979,174.87
CP	19	151	170	66,534.10	189,615.82	256,149.92
TOTAL	320	1,852	2,172	955,341.00	886,168.25	1,841,509.25

Fuente: Gerencia Central de Logística

El monto de la ejecución de estos procesos ascendieron a S/. 563'693,190 (S/. 188'828.140 en la sede central y S/. 374'865,05 en las redes asistenciales, en 1,623 procesos como se muestra:

Procesos ejecutados - 2011

TIPO DE PROCESOS	EJECUCIÓN AL 31.12.2011 (PROCESOS ADJUDICADOS)		
	CANTIDAD		
	SEDE CENTRAL	REDES ASIST.	TOTAL
AMC	80	336	416
ADS	72	631	703
ADP	36	220	256
LP	10	153	163
CP	13	72	85
TOTAL	211	1,412	1,623

Fuente: Gerencia Central de Logística

3.5.3 Gestión de las Personas

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 la siguiente figura. Son casi 900 médicos, más de 800 enfermeras, casi 400 tecnólogos médicos y otros profesionales, mayormente asistenciales, que se han incorporado para servir a los asegurados en el período 2008-2011.

Incremento de profesionales asistenciales por grupo ocupacional 2008-2011

Profesionales Asistenciales	2008	2011*	Incremento
Médicos	7,855	8,715	860
Enfermeras	8,338	9,142	804
Tecnólogos	1,531	1,916	385
Otros profesionales	5,794	6,830	1,036
Total	23,518	26,603	3,085

(*) Recurso Humano Asistencial 2011 incluye personal CAS

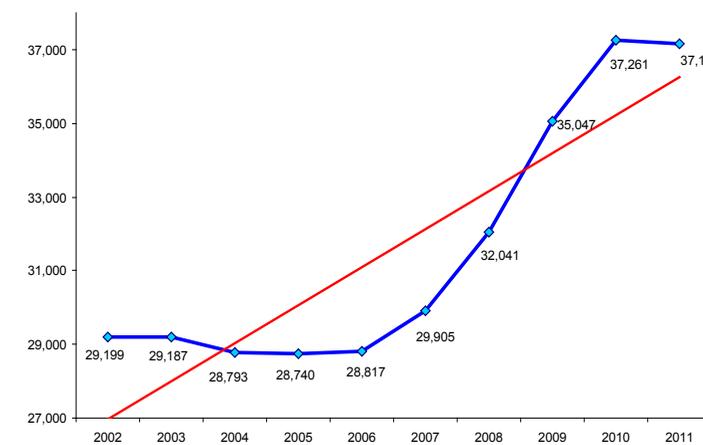


Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas



El siguiente gráfico muestra el incremento de personal asistencial, en la mayoría de los niveles de la entidad, lo que representa un incremento en total del 16% entre los años 2008-2011.

Evolución del recurso humano asistencial 2002-2011



Recurso Humano Asistencial	2008	2011 *	Incremento
Jefes Asistenciales **	1,064	1,237	173
Profesional	23,518	26,603	3,085
Técnico	6,040	8,525	2,485
Auxiliar	1,419	780	-639
Total	32,041	37,145	5,104

Fuente: Gerencia Central de Gestión de las Personas

(*) Recurso humano asistencial 2011 incluye personal CAS
(**) Jefe de Departamento, jefe de servicio, enfermera supervisora, prof. salud supervisor, prof. salud coordinador (E5, E6)

3.6 DEFENSA NACIONAL

- Se ejecutaron inspecciones técnicas de seguridad y se obtuvieron certificados en Defensa Civil en los siguientes centros asistenciales:
 - Hospital I Urubamba
 - Hospital I Quillabamba
 - Hospital IV Adolfo Guevara
 - Hospital Sicuani
 - Centro Médico de Calca
 - Policlínico San Sebastián
 - Centro Médico Santiago
 - Hospital Nuevo de Ica
- La Oficina de Defensa Nacional organizó la ejecución del Simulacro de Sismo con el apoyo de los comités de Seguridad y Defensa, brigadas de cada red asistencial, institutos especializados y sede central en las siguientes actividades:

- El 26 de febrero de 2011, Simulacro a nivel nacional por sismo y tsunami.
- Semana del Simulacro a nivel nacional para la respuesta a desastres, lunes 27 de junio al 03 de julio de 2011.
- Ejercicio de simulación y simulacro por sismo y tsunami a nivel nacional, el 29 de noviembre de 2011.



Trabajadores de EsSalud participan en Simulacro de Sismo, en la sede central. 29.11.2011

3.7 TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

La gestión de las nuevas autoridades de EsSalud, bajo la actual presidencia ejecutiva, en consonancia con la actual política de gobierno y con el compromiso en la lucha contra la corrupción, viene fomentando una serie de actividades para lograr una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad de los equipos de gestión.

En ese sentido, el órgano de control interno de EsSalud, como dependencia de la Contraloría General de la República, ha iniciado eventos de capacitación a los funcionarios de la entidad, con el propósito de transmitir y reforzar las normas del Sistema Nacional de Control, necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la gestión institucional que coadyuven al logro de una administración eficiente y transparente en el cumplimiento de las funciones y responsabilidades que corresponda cumplir a cada funcionario designado.

En el mes de setiembre de 2011, el Órgano de Control Institucional de EsSalud, en coordinación con la Gerencia Central de Gestión de las Personas, realizó la "Reunión Técnica sobre Normas del Sistema Nacional de Control y Responsabilidad de los Funcionarios Públicos", a la que asistieron funcionarios de la sede central, Instituto Nacional Cardiovascular (INCCOR) y Centro Nacional de Salud Renal. La exposición estuvo a cargo del jefe del Órgano de Control Institucional.

Actividades similares se encuentran en curso de acción en las redes asistenciales de todo el país con el propósito de cautelar y fortalecer los sistemas administrativos y operaciones con acciones y actividades de control previo, simultáneo y posterior, contra los actos y prácticas indebidas o de corrupción, propendiendo al debido y transparente logro de los fines, objetivos y metas institucionales, conforme lo establece la normativa de control interno de las entidades del Estado.

- Como hacer las Declaraciones Juradas en línea de la Contraloría General de la República.
- Ley 27781 Ley Orgánica CGR.
- Ley 27815 Código de Ética de la Función Pública.
- Ley 28716 Ley Control Interno.

- Presentación del Marco Legal.
- Reglamento Ley del Código de Ética.
- Resolución 320-2006-CG.
- Resolución 458-2008-CG.
- Sistema Nacional de Control.

Saneamiento Contable

Mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 488-PE-ESSALUD-2011, se ha conformado el comité de Saneamiento Contable en la sede central, integrado por el jefe de la Oficina General de Administración, como presidente; el gerente de Contabilidad, el gerente de Tesorería, el gerente central de Logística y el jefe del Órgano de Control Institucional, como veedor.

Con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1076-PE-ESSALUD-2011 del 14.10.2011, se ha dispuesto la conformación de comités de saneamiento en cada órgano desconcentrado.

Sistema de Control Interno

En el mes de octubre de 2011, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1092-PE-ESSALUD-2011, se conformó el comité de implementación del Sistema de Control Interno de EsSalud, para cumplir lo estipulado en el artículo 6° de la Ley 28716-Ley de Control Interno de las entidades del Estado y lo señalado en las Normas de Control Interno para las entidades del Estado.

Reuniones de coordinación-gestión administrativa

En el mes de diciembre de 2011, la Oficina General de Administración desarrolló la primera reunión técnica de gestión administrativa, para la cual convocó a los responsables de las oficinas de administración de todo

el país a fin de que tomen conocimiento de la problemática de las redes asistenciales e institutos especializados, así como recoger los planteamientos técnicos propuestos por los órganos centrales.

Otras actividades relevantes en la lucha contra la corrupción

Se viene elaborando el Plan Anticorrupción EsSalud 2012 que comprende los siguientes ejes:

- Eje 1: Mejorar y reforzar los mecanismos de rendición de cuentas y acceso a la información y promoción de la transparencia.
- Eje 2: Promover la profesionalización y especialización asistencial y administrativa de los trabajadores de EsSalud.
- Eje 3: Fortalecer el sistema de contrataciones de EsSalud.
- Eje 4: Fortalecer el Órgano de Control Institucional y desarrollar mecanismos para la consolidación de un sistema coordinado de lucha contra la corrupción.
- Eje 5: Desarrollar una cultura anticorrupción difundiendo principios éticos entre los servidores de EsSalud, proveedores y ciudadanía en general.

Como parte de las actividades contenidas en el citado Plan, se viene elaborando la propuesta de pacto ético en las contrataciones entre la Seguridad Social en Salud (EsSalud) y las empresas privadas, con el fin de garantizar la transparencia, el equilibrio y la seguridad jurídica en el desarrollo de las contrataciones y adquisiciones que se realizan.

3.8 ASEGURAMIENTO

Estudio financiero-actuarial

En el mes de noviembre de 2011, se inició el desarrollo de un Estudio Financiero y Actuarial de Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud – Ley N° 29790 del Seguro de Salud Agrario y del Seguro Potestativo del Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS). El citado estudio actuarial se realiza en virtud del convenio de cooperación interinstitucional firmado en noviembre de 2011 con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para los Países Andinos, el cual permitirá conocer la situación financiera de la institución que hoy beneficia a más de 9 millones de peruanos, entre aportantes y sus familiares.

El último estudio actuarial del Seguro Social, realizado hace 6 años (mayo de 2005) tuvo como objetivo realizar una valuación financiera y actuarial de los principales seguros que administra EsSalud, con miras a suministrar información estratégica, referente a la situación de los costos y niveles de financiamiento actuales y futuros, con la cual se financian las prestaciones de salud.

En este periodo se han emitido normas que amplían la cobertura de la Seguridad Social en Salud sin el adecuado financiamiento. Con el nuevo estudio actuarial, el Seguro Social busca establecer la tasa de aportación que permita garantizar la sostenibilidad financiera de la institución, para brindar una atención de alta calidad a los pacientes asegurados.

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR)

Dentro de los seguros que EsSalud administra contamos también con el Seguro Complementario de Tra-

bajo de Riesgo (SCTR), que si bien cada año ha ido aumentando el número de afiliados, porcentualmente, nuestra participación en el mercado ha ido disminuyendo. Así, tenemos que en el periodo 2001-2011 se aprecia una disminución relativa (porcentual) de los asegurados al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo en EsSalud, respecto a los inscritos en las entidades prestadoras de salud, siendo la principal causa de este decrecimiento, la falta de una agresiva campaña de comercialización.

Afiliados SCTR y participación relativa de EsSalud

Periodo	Afiliados ESSALUD (1)	Afiliados EPS (2)	Total Afiliados SCTR	% de Participación Relativa EsSalud
2001	223,733	101,425	325,158	69%
2002	230,703	112,296	342,999	67%
2003	242,957	145,050	388,007	63%
2004	235,784	177,275	413,059	57%
2005	249,671	233,186	482,857	52%
2006	271,695	306,957	578,652	47%
2007	289,769	414,778	704,547	41%
2008	322,612	513,729	836,341	39%
2009	334,978	561,550	896,528	37%
2010	362,151	694,796	1,056,947	34%
2011	348,538	761,981	1,110,519	31%

(1) Información actualizada a octubre de cada período

(2) Información actualizada a diciembre 2011 de cada período

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

Simplificación de trámites para concubinos

A efectos de extender la cobertura que brinda el Seguro Social, se ha procedido a facilitar el aseguramiento de los derechohabientes concubinos(as). Luego de evaluar la racionalidad de la exigencia de la escritura pública o la sentencia judicial establecidos como re-

quisitos para el registro de derechohabientes concubinos del Seguro Regular y Seguro de Salud Agrario Dependiente, se determinó que la declaración jurada es menos onerosa para el asegurado, disponiendo que éste pueda presentar una declaración jurada o la copia fedateada de la resolución judicial o escritura pública de reconocimiento de unión de hecho. En tal virtud, mediante Resolución N° 30-GCAS-ESSALUD-2011, publicada el 05 de octubre en el diario oficial El Peruano, se resolvió simplificar el trámite de inscripción de concubinos(as).

La decisión adoptada consideró criterios de razonabilidad y el costo promedio de una escritura pública de S/. 450, frente a la realidad salarial del trabajador con una remuneración mínima vital de S/. 675, la canasta básica familiar en Lima Metropolitana de S/. 2,112 y la remuneración promedio de S/.1,245 mensuales.

Actualmente, los concubinos pueden registrarse mediante la presentación de una Declaración Jurada tanto por SUNAT como por EsSalud, con lo que se ha logrado incrementar el registro promedio de concubinos en aproximadamente 77%¹.

Incorporación de cobertura de la madre adolescente

A partir de la aprobación de la Resolución N° 034-GCAS-ESSALUD-2011, publicada en el diario oficial El Peruano el 19 de noviembre, EsSalud garantiza la cobertura de las prestaciones por maternidad a las derechohabientes hijas menores de edad o hijas mayores de edad incapacitadas en forma total y permanente para el trabajo, quienes tampoco recibían atención del Seguro Integral de Salud, pues el hecho de la gestación no es una causal de pérdida o extinción de la calidad de derechohabiente, manteniéndose

su estado de adolescente, el grado de parentesco consanguíneo con sus padres y el grado de incapacidad para toda profesión u oficio.

EsSalud ha superado la interpretación restrictiva de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aplicada anteriormente, que estableció que las prestaciones de maternidad solo serían otorgadas a las concubinas o cónyuges, mas no a las hijas derechohabientes.

Las madres gestantes adolescentes ahora son atendidas en los centros asistenciales de EsSalud conjuntamente con el recién nacido (este último mientras dure el periodo de puerperio).

Seguro de Accidentes Personales

Al cierre del ejercicio 2011, se observa que la recaudación ha aumentado en un 6.8% en comparación con el ejercicio 2010, el caso del egreso por siniestralidad disminuye en 42.34%, originado por las mejoras en el procesamiento de expedientes por parte de la Unidad del Producto +Vida creada en el 2009 y que a la fecha ha venido optimizando sus procedimientos.

Seguro de Accidentes Personales + Vida

Descripción	2009	2010	2011
Recaudación anual (En MM de S/.)	27.15	27.91	29.82
Comisión EsSalud	0.25	0.25	0.25
Importe de Siniestros Reportados (En MM de S/.) ⁽¹⁾	14.78	11.95	5.06
Indicador de Siniestralidad	54%	43%	17%

(1) Información actualizada al 09.02.2012

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

¹ Período evaluado:

Del 15.07 al 27.09.2011 = 85 registros/día

Del 28.09 al 31.12.2011 = 151 registros/día

IV. ESTADOS FINANCIEROS DE ESSALUD *

INFORMACIÓN FINANCIERA PARA LA CUENTA GENERAL DE LA REPÚBLICA EJERCICIO 2011

* En mérito al Contrato de Locación de Servicios Profesionales de Auditoría Externa suscrito entre EsSalud y la Sociedad Caipo & Asociados Sociedad Civil de Responsabilidad Limitada, se suscribió Adenda para prorrogar la fecha de inicio y entrega de los informes de Auditoría Financiera del período 2011. En virtud de ello, la empresa auditora entregará los Estados Financieros auditados la tercera semana del mes de julio 2012. Por el momento, se adjuntan los Estados Financieros presentados a la Contaduría Pública.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
Dirección General de Contabilidad Pública

ENTIDAD : SEGURO SOCIAL DE SALUD

BALANCE GENERAL
Al 31 de Diciembre del 2011 y 2010
(En Nuevos Soles) EF-1

	2011	2010		2011	2010
ACTIVO			PASIVO Y PATRIMONIO		
ACTIVO CORRIENTE			PASIVO CORRIENTE		
Efectivo y Equivalente de Efectivo	325,311,125	146,452,525	Sobregiros Bancarios		
Inversiones Financieras			Obligaciones Financieras		
Cuentas por Cobrar Comerciales (Neto)	613,474,912	564,328,987	Cuentas por Pagar Comerciales	141,950,765	173,587,880
Cuentas por Cobrar a Partes Relacionadas	3,932,596		Cuentas por Pagar a Partes Relacionadas	15,406,643	12,430,175
Otras Cuentas por Cobrar (Neto)	325,525,573	360,534,885	Impuesto a la Renta y Participaciones Corrientes		
Existencias (Neto)	279,456,924	302,782,920	Otras Cuentas por Pagar	504,415,543	499,518,143
Activos Biológicos			Provisiones	16,676,756	11,621,180
Activos no Corrientes mantenidos para la Venta			Pasivos mantenidos para la Venta		
Gastos Contratados por Anticipado			TOTAL PASIVO CORRIENTE	678,449,707	697,157,378
Otros Activos					
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	1,607,201,115	1,374,059,317	PASIVO NO CORRIENTE		
			Obligaciones Financieras		
ACTIVO NO CORRIENTE			Cuentas por Pagar Comerciales		
Inversiones Financieras	1,089,105,545	1,119,452,136	Cuentas por Pagar a Partes Relacionadas		
Cuentas por Cobrar Comerciales	29,996,239		Pasivo por Imp. a la Renta y Partic. Diferidos		
Cuentas por Cobrar a Partes Relacionadas			Otras Cuentas por Pagar		
Otras Cuentas por Cobrar			Provisiones		
Existencias (Neto)			Ingresos Diferidos (Neto)		
Activos Biológicos			TOTAL PASIVO NO CORRIENTE	71,626,349	13,357,273
Inversiones Inmobiliarias			TOTAL PASIVO	750,076,056	710,514,651
Inmuebles, Maquinaria y Equipo (Neto)	2,732,120,381	2,580,585,877			
Activos Intangibles (Neto)	5,408,016	6,081,708	PATRIMONIO NETO		
Activo por Imp. a la Renta y Participaciones Diferidos			Capital		
Crédito Mercantil			Acciones de Inversión		
Otros Activos			Capital Adicional		
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	3,847,634,181	3,696,129,524	Resultados no Realizados	857,227,324	857,227,324
TOTAL ACTIVO	5,454,835,296	5,070,188,841	Reservas Legales	1,313,848,109	1,475,960,149
Cuentas de Orden	7,703,580,039	6,245,515,745	Otras Reservas		
			Resultados Acumulados	2,417,773,180	1,869,189,539
			Diferencias de Conversión		
			TOTAL PATRIMONIO NETO	4,588,848,613	4,202,377,012
			TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	5,455,332,296	5,060,228,841
			Cuentas de Orden	7,703,580,039	6,245,515,745

ESTADO DE GANANCIAS Y PÉRDIDAS
Por los años terminados el 31 de diciembre del 2011 y 2010
(En Nuevos Soles) EF-2

ENTIDAD : SEGURO SOCIAL DE SALUD

RUBROS	2011	2010
INGRESOS OPERACIONALES		
Ventas Netas (Ingresos Operacionales)	6,388,421,304	5,486,069,628
Otros Ingresos Operacionales		
TOTAL INGRESOS BRUTOS	6,388,421,304	5,486,069,628
COSTOS OPERACIONALES		
Costo de Ventas (Operacionales)		
Otros Costos Operacionales		
TOTAL COSTOS OPERACIONALES	6,388,421,304	5,486,069,628
UTILIDAD BRUTA		
Gastos de Ventas	5,862,229,745	5,511,485,855
Gastos de Administración		
Ganancias (Pérdida) por Venta de Activos		
Otros Ingresos	503,444,388	300,437,146
Otros Gastos	698,725,217	552,489,120
UTILIDAD DE OPERACION	10,235,700	272,446,203
Ingresos Financieros	159,667,260	92,481,924
Gastos Financieros	104,106,389	15,531,089
Participación en los Resultados Netos de Asociadas y Negocios Conjuntos Contabilizados por el Método		
Ganancia (Pérdida) por Instrumentos Financieros Derivados		
RESULTADOS ANTES DE PARTICIPACIÓN Y REIMPORTE	10,235,700	272,446,203
Participaciones de los Trabajadores		
Impuesto a la Renta	248,874	85,054
UTILIDAD PERIÓDICA NETO DE CONTINUIDADES CONTINUAS	9,986,826	207,361,149
Ingresos (Gasto) Neto de Operaciones en Discontinuación		
GANANCIA (PÉRDIDA) NETO DE REORGANIZACIÓN	9,986,826	207,361,149



CPC CARLOS BENAVIDES PEÑA
Gerente de Contabilidad - GCF - OGA

SR. ARMANDO MENDOZA NAVA
Gerente Central de Finanzas - OGA

PEDRO FRANCKE BALLVE
Gerente General
ESSALUD



CPC CARLOS BENAVIDES PEÑA
Gerente de Contabilidad - GCF - OGA

SR. ARMANDO MENDOZA NAVA
Gerente Central de Finanzas - OGA

PEDRO FRANCKE BALLVE
Gerente General
ESSALUD

NOTA: Los Estados Financieros de esta entidad han sido preparados por el Gerente General o Cargo equivalente, en caso de las empresas en proceso de liquidación por sus socios o accionistas, en el caso de las sociedades en proceso de liquidación, los mismos que deben constar en el nombre completo y cargo al momento de ser emitidos.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
Dirección General de Contabilidad Pública

ESTADO DE CAMBIOS EN EL PATRIMONIO NETO
Per los Años Terminados al 31 de diciembre de :
(En Nuevos Soles)

EF-3

ENTIDAD: SEGURO SOCIAL DE SALUD

CUENTA	CAPITAL	ACCIONES DE INVERSIÓN	CAPITAL ADICIONAL	RESULTADOS NO REALIZADOS	RESERVAS LEGALES	OTRAS RESERVAS	RESULTADOS ACUMULADOS	DIFERENCIAS DE CONVERSIÓN	TOTAL
SALDOS AL 1ERO DE ENERO DE 2010			13,873,651	858,727,324	1,475,960,149		1,817,377,892		4,185,939,116
Operaciones:				-1,500,000					-1,500,000
Inmuebles, Maquinaria y Equipo				-1,500,000					-1,500,000
Activos Financieros disponibles para la Venta									
Garantía (por cobro) de Flujo de Efectivo									
Garantía (perdida) por diferencias de cambio									
Ingresos (gastos) reconocidos directamente en									
Transferencias netas de Resultados no Realizados									
Otras transferencias netas			-13,873,651						-13,873,651
Utilidad (perdida) neta de ejercicio							-200,497,366		-200,497,366
Total de ingresos y gastos reconocidos							150,626,271		150,626,271
Efecto acumulado de Cambios en Políticas Contables y Distribuciones o Asignaciones a reservas de utilidades									
Dividendos declarados y participaciones acordadas									
Nuevos Aportes de accionistas									
Reducción de capital o retención de Acc. de Inversión									
Acciones en tesorería									
Capitalización de partidas patrimoniales									
Incrementos o disminuciones por fusiones o escisiones									
Conversión a moneda de presentación									
Otros incrementos o disminuciones de las partidas							101,682,842		101,682,842
SALDOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2010				857,227,324	1,475,960,149		1,809,169,529		4,203,277,012
Operaciones:									
Inmuebles, Maquinaria y Equipo									
Activos Financieros disponibles para la Venta									
Garantía (por cobro) de Flujo de Efectivo									
Garantía (perdida) por diferencias de cambio									
Ingresos (gastos) reconocidos directamente en									
Transferencias netas de Resultados no Realizados									
Otras transferencias netas									
Utilidad (perdida) neta de ejercicio						-162,112,040	162,112,040		386,471,801
Total de ingresos y gastos reconocidos							386,471,801		386,471,801
Efecto acumulado de Cambios en Políticas Contables y Distribuciones o Asignaciones a reservas de utilidades									
Dividendos declarados y participaciones acordadas									
Nuevos Aportes de accionistas									
Reducción de capital o retención de Acc. de Inversión									
Acciones de tesorería									
Capitalización de partidas patrimoniales									
Incrementos o disminuciones por fusiones o escisiones									
Conversión a moneda de presentación									
Otros incrementos o disminuciones de las partidas									
SALDOS AL 31 DE DICIEMBRE DE 2011				857,227,324	1,313,848,109		2,417,773,180		4,589,849,613

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DESPACHO
G. CESPEDES
JEFE
D. ESSALUD

SECRETARÍA DE CONTABILIDAD
G. B.P.
EsSalud
GCF - OGA

[Firma]
CPC CARLOS BENAVIDES PEÑA
Gerente de Contabilidad - GCF - OGA

[Firma]
SR. ARMANDO MENDOZA NAVA
Gerente Central de Finanzas - OGA

[Firma]
PEDRO FRANCKE BALLVE
Gerente General
ESSALUD

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
Dirección General de Contabilidad Pública

ESTADO DE FLUJOS DE EFECTIVO
Por los años terminados el 31 de diciembre del 2011 y 2010
(En Nuevos Soles)

EF-4

ENTIDAD: SEGURO SOCIAL DE SALUD

CONCEPTOS	2011	2010
A. ACTIVIDADES DE OPERACIÓN	0	0
Cobranza (entradas) por:		
Venta de Bienes o servicios (Ingresos Operacionales)	6,279,275,375	5,494,898,365
Honorarios y comisiones	0	0
Intereses y Rendimientos (no incluidos en la Actividad de Inversión)	85,038,723	78,202,720
Dividendos (no incluidos en la Actividad de Inversión) y regalías	0	0
Otros Cobros de Efectivo Relativos a la Actividad	204,045,914	4,446,854
Menos pagos (salidas) por:		
Proveedores de Bienes y servicios	(2,136,415,278)	(1,982,353,268)
Remuneraciones y Beneficios Sociales	(2,504,946,525)	(2,382,943,892)
Tributos	(2,880,491)	(2,817,178)
Intereses y Rendimientos (no incluidos en la Actividad de Financiación)	0	0
Regalías	0	0
Otros Pagos de Efectivo Relativos a la Actividad	(1,474,792,366)	(1,909,251,865)
AUMENTO (DISMINUCIÓN) DE EFECTIVO Y EQUIV. DE EFECT. PROV. DE ACTIV. DE OPERACIÓN	430,318,152	198,163,518
B. ACTIVIDADES DE INVERSIÓN	0	0
Cobranza (entradas) por:		
Préstamos a Partes Relacionadas	0	0
Venta de Subsidiarias y Otras Unidades de Negocios	0	0
Venta de Inversiones Financieras	118,243,731	287,573,364
Venta de Inversiones Inmobiliarias	0	0
Venta de Inmuebles, Maquinaria y Equipo	0	0
Venta de Activos Intangibles	0	0
Intereses y Rendimientos	0	0
Dividendos	0	0
Otros Cobros de Efectivo Relativos a la Actividad	90,868,825	0
Menos pagos (salidas) por:		
Préstamos a Partes Relacionadas	0	0
Compra de Subsidiarias y Otras Unidades de Negocios	0	0
Compra de Inversiones Financieras	(154,790,010)	(108,647,831)
Compra de Inversiones Inmobiliarias	0	0
Compra de Inmuebles, Maquinaria y Equipo	(74,181,853)	(283,127,857)
Desembolsos por obras en curso de Inmuebles, Maquinaria y Equipo	(251,189,530)	(328,811,652)
Compra y desarrollo de Activos Intangibles	(513,515)	(3,418,767)
Otros Pagos de Efectivo Relativos a la Actividad	0	(240,054,147)
AUMENTO (DISMINUCIÓN) DE EFECTIVO Y EQUIV. DE EFECT. PROV. DE ACTIV. DE INVERSIÓN	(251,459,752)	(576,488,890)
C. ACTIVIDADES DE FINANCIACIÓN	0	0
Cobranza (entradas) por:		
Aumento de Sobregiros Bancarios	0	0
Emisión y aceptación de Obligaciones Financieras	0	0
Emisión de Acciones o Nuevos Aportes	0	0
Ventas de Acciones Propias (Acciones de Tesorería)	0	0
Otros Cobros de Efectivo Relativos a la Actividad	0	0
Menos pagos (salidas) por:		
Amortización o pago de Sobregiros Bancarios	0	0
Amortización o pago de obligaciones financieras	0	0
Recompra de Acciones Propias (Acciones de Tesorería)	0	0
Intereses y Rendimientos	0	0
Dividendos Pagados	0	0
Otros Pagos de Efectivo Relativos a la Actividad	0	0
AUMENTO (DISMINUCIÓN) DE EFECTIVO Y EQUIV. DE EFECT. PROV. DE ACTIV. DE FINANCIACIÓN	0	0
AUMENTO (DISMINUCIÓN) DE EFECTIVO Y EQUIV. DE EFECT. RELATIVO AL EJERCICIO (A + B + C)	178,858,400	(378,325,372)
Saldo Efectivo y Equivalente de Efectivo al Inicio del Ejercicio	146,452,525	524,775,897
Efecto de las Diferencias de Cambio del Efectivo y Equivalente de Efectivo	0	0
SALDO DE EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO AL FINALIZAR EL EJERCICIO	325,311,125	146,452,525

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y DESPACHO
G. CESPEDES
JEFE
D. ESSALUD

[Firma]
CPC CARLOS BENAVIDES PEÑA
Gerente de Contabilidad - GCF - OGA

[Firma]
SR. ARMANDO MENDOZA NAVA
Gerente Central de Finanzas - OGA

[Firma]
PEDRO FRANCKE BALLVE
Gerente General
ESSALUD

NOTA: Los Estados Financieros deben presentarse en el idioma castellano y en el idioma que el Estado determine. Los Estados Financieros deben presentarse en el idioma castellano y en el idioma que el Estado determine.

ANEXOS

El 10 de diciembre de 2011, se cumplió el 63° aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el mismo que fue promulgado por la ONU en el año 1948 que establece una amplia gama de derechos y libertades humanas básicas a los cuales todos los hombres y las mujeres, en todas partes del mundo, tienen derecho, sin distinción alguna. En conmemoración de esta importante fecha, EsSalud emitió a través de los medios de difusión masivos, el siguiente comunicado:



Saludo por el 63° aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el compromiso de EsSalud

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es el mayor logro de la humanidad, la cual fue adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución N° 217, el 10 de diciembre de 1948; basada en el respeto a la vida, la equidad, el acceso a la justicia y a la inclusión social.

Como en ninguna gestión anterior, los lineamientos estratégicos 2011 - 2016, asumidos por la actual Presidencia Ejecutiva de EsSalud, contemplan el cambio del modelo de atención, con énfasis en la prestación asistencial centrada en la atención primaria de salud bajo un enfoque de derechos, género e interculturalidad.

En esta línea, EsSalud prioriza los Derechos Humanos y por lo tanto promociona su práctica.

Por ello, en uso de las atribuciones conferidas, el Consejo Directivo de EsSalud acordó en su última sesión:

1. RATIFICAR con motivo del 63° aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el compromiso de continuar su trabajo institucional dentro del enfoque de los derechos humanos.
2. SALUDAR la conmemoración de este importante aniversario, logro máximo de la humanidad.
3. INSTAR a las demás instituciones públicas y privadas, sociedad civil y población en general a la difusión, promoción y práctica de los Derechos Humanos, única alternativa para lograr el respeto y la dignidad de la persona humana.
4. ANUNCIAR la convocatoria del Foro Nacional de Derechos Humanos y Seguridad Social a realizarse el 2012.

Jesús María, 10 de diciembre de 2011

CONSEJO DIRECTIVO DE ESSALUD



www.essalud.gob.pe