

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD



MEMORIA
INSTITUCIONAL
2005

Jesús María, abril del 2006

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

CONSEJO DIRECTIVO

*José Luis Chirinos Chirinos
Presidente Ejecutivo*

Directores

*Daniel Mora Zevallos
Representante del Estado – Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo*

*Carlos Santillán Ramírez
Representante del Estado – Ministerio de Salud*

*Eduardo Llosa Barbén
Representante de los Empleadores – Gran Empresa*

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

*Hilda Graciela Fernández Baca de Valdez
Representante de los Empleadores – Pequeña y Micro Empresa*

*Joaquín Gutiérrez Madueño
Representante de los Trabajadores y Asegurados – Régimen Laboral Público*

*Juan Miranda Donayre
Representante de los Trabajadores y Asegurados – Régimen Laboral Privado*

*Félix Rivadeneira Heredia
Representante de los Trabajadores y Asegurados – Pensionistas*

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

ALTA DIRECCION

Al 31 de Diciembre de 2005

*José Luis Chirinos Chirinos
Presidente Ejecutivo*

*Carlos Sotelo Bambarén
Gerente General*

FUNCIONARIOS ÓRGANOS CENTRALES

*José A. Gerardo Velarde Salazar
Secretario General*

*Javier Angel Rosas Santillana
Jefe del Organismo de Control Institucional*

*Alfredo Barredo Moyano
Gerente de División de Prestaciones*

*Aldo Lépori Cappelletti
Gerente de División de Aseguramiento*

*Ramón Irigoyen Yrigoyen
Gerente de División de Administración y Organización*

*Ángel Noriega Mendoza
Gerente Central de Recursos Humanos*

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

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

*Pilar Frisancho Cabrera
Gerente de Relaciones Institucionales (e)*

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

FUNCIONARIOS REDES ASISTENCIALES

*Alfonso Rivas-Plata Arribasplata
Gino Dávila Herrera
Gerentes de la Red Asistencial Rebagliati*

*Luis Alberto Chang Salinas
José Luis Alarcón Foronda
Gerentes de la Red Asistencial Sabogal*

*Felix Mundaca Guerra
Martha Villar Huamán
Gerentes de la Red Asistencial Lambayeque*

*Edgard Lindon Miguel Siccha
Jorge Arrieta Segura
Gerentes de la Red Asistencial Ancash*

*Rosendo C. Gonzales Cabrera
Gregorio J. Rojas Castillo
Gerentes de la Red Asistencial Junín*

*Oscar Miranda Martino
Manuel Chunga Purizaga
Gerentes de la Red Asistencial Piura*

*Ezequiel Zuñiga Medina
Juan Chocano Klingengerger
Gerentes de la Red Asistencial Juliaca*

*Luis Flores Merino
Juan Suclupe Chanamé
Gerentes de la Red Asistencial Tumbes*

*Miriam Ascuña Marquez
Manuel Alvarez Sanzur
Gerentes de la Red Asistencial Moquegua*

*Feliciano Mederos Espinales
Rosa B. Gutierrez Palomino
Gerentes de la Red Asistencial Ayacucho*

*Pedro A. Lahura Rojas
Andrés M. Gonzáles Fernández
Gerentes de la Red Asistencial Huánuco*

*Humberto R. Quartara Ramírez
Julián Aranda Dextre
Gerentes de la Red Asistencial Pasco*

*Walter Valenzuela Tapia
Enrique Huayhua Servan
Gerentes de la Red Asistencial Amazonas*

*Isabel V. Paucar Lozano
Felipe Correa Vásquez
Gerentes de la Red Asistencial Tarapoto*

*Pedro G. Contreras Zelada
Director del Instituto Nacional del Corazón*

*Uldarico Rocca Fernández
Jorge L. Herbozo Perez-Costa
Gerentes de la Red Asistencial Almenara*

*Pedro E. Alcazar Susunaga
Javier S. Vásquez Ureta
Gerentes de la Red Asistencial Arequipa*

*Tomás Geldres Alcantara
Gilberto Dominguez Lopez
Gerentes de la Red Asistencial La Libertad*

*Genaro Grajeda Zavala
Armando La Torre Olivera
Gerentes de la Red Asistencial Cuzco*

*Zenón Antonio Flores Tataje
Humberto Santa María Jiménez
Gerentes de la Red Asistencial Ica*

*Edilberto Yuri Vilca Rojas
Manuel J. Alvarez Sansur
Gerentes de la Red Asistencial Puno*

*Teodoro Dario Diego Apolinario
Julio Mercado Vargas
Gerentes de la Red Asistencial Cajamarca*

*José Luis Altamirano Rojas
Marco Cordova Rossel
Gerentes de la Red Asistencial Apurímac*

*Victor José Jara Muñoz
Celso Paredes Rondón
Gerentes de la Red Asistencial Tacna*

*Aldo C. Benel Chamaya
Fortunato J. Ccoyllar Quispe
Gerentes de la Red Asistencial Huancavelica*

*Joel A. Rivera Cabrera
Juan César Castillo Mercado
Gerentes de la Red Asistencial Loreto*

*Luis G. Quintana Verastegui
Lina I. Arévalo La Serna
Gerentes de la Red Asistencial Ucayali*

*Roberto G. Huarhua Ancalle
César Vinelli Ibérico
Gerentes de la Red Asistencial Madre de Dios*

*María Blanca Caro Rodriguez
Mario Rivara Glave
Gerentes de la Red Asistencial Moyobamba*

*Edmundo E. Alva Bravo
Gerente del Centro de Hemodiálisis*

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

- I. PLAN ESTRATÉGICO 2003-2007
- II. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS
 - OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 1
 - OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 2
 - OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 3
 - OBJETIVO ESTRATÉGICO N° 4
- III. GESTIÓN DE ASEGURAMIENTO
- IV. GESTIÓN DE PRESTACIONES
- V. APOYO A LA GESTIÓN
- VI. ESTADOS FINANCIEROS AUDITADOS

PRESENTACIÓN

Estimados amigos:

Tengo la enorme satisfacción de presentar la Memoria Institucional correspondiente al año 2005. Éste documento tiene como finalidad presentar los principales resultados de la gestión de nuestra Institución, que me encuentro a cargo desde marzo del 2003.

Planteamos hace tres años objetivos y estrategias que promuevan cambios en el quehacer institucional dentro de los ámbitos de aseguramiento y prestaciones. De forma tal que se contribuya al logro de la visión y misión institucional planteados en nuestro Plan Estratégico 2003-2007.

Somos conscientes que resolver problemas largamente postergados en salud demanda tiempo y esfuerzo y los beneficios no se observan precisamente en el corto plazo. Sin embargo, hemos iniciado procesos de cambio de índole estratégico, organizacional y hemos promovido una cultura de trabajo basada en valores y en la eficiencia en el uso de los recursos de los asegurados.

En el ámbito de aseguramiento se ha realizado conjuntamente con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) un estudio actuarial y de la gestión, el cual ha sido difundido a la opinión pública por razones de transparencia y responsabilidad social. En dicho estudio se hace una revisión analítica de las principales causas de los problemas actuales y se plantea un conjunto de recomendaciones para el fortalecimiento institucional. Una parte significativa de dichas acciones sugeridas se han desarrollado en el marco de nuestro plan institucional. De otro lado se logró afiliar a los asegurados de los ex-regímenes especiales a los nuevos seguros potestativos (plan vital y plan total).

En el ámbito de prestaciones se ha invertido en equipamiento hospitalario de los centros asistenciales a nivel nacional. Se ha implementado la estrategia de atención primaria en los centros del primer nivel de atención. Se ha lanzado una campaña masiva de prevención y promoción en salud para reducir los riesgos de enfermar y promover estilos de vida saludables en los asegurados como mecanismo costo-efectivo de intervención en salud.

La estructura de la Memoria presenta la evaluación de los resultados de gestión institucional, así como un análisis situacional de la gestión de las unidades estratégicas de aseguramiento y prestaciones. Se complementa con las acciones de las unidades de soporte a la gestión, y el informe de los estados financieros auditados.

En perspectiva se encuentra (1) incorporar cambios en el actual marco legal, que permitan la sostenibilidad financiera de la institución, así como utilizar instrumentos y herramientas de seguros, en concordancia con los resultados del estudio actuarial, (2) potenciar el soporte informático para beneficio tanto de la gestión de prestaciones como la de aseguramiento, y (3) Continuar con el programa de inversiones en salud basados en prioridades institucionales con enfoque en la atención primaria.

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

José Luis Chirinos Chirinos
Presidente Ejecutivo

I. PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO 2003-2007

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA GENERAL

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

VISIÓN

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

MISIÓN

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

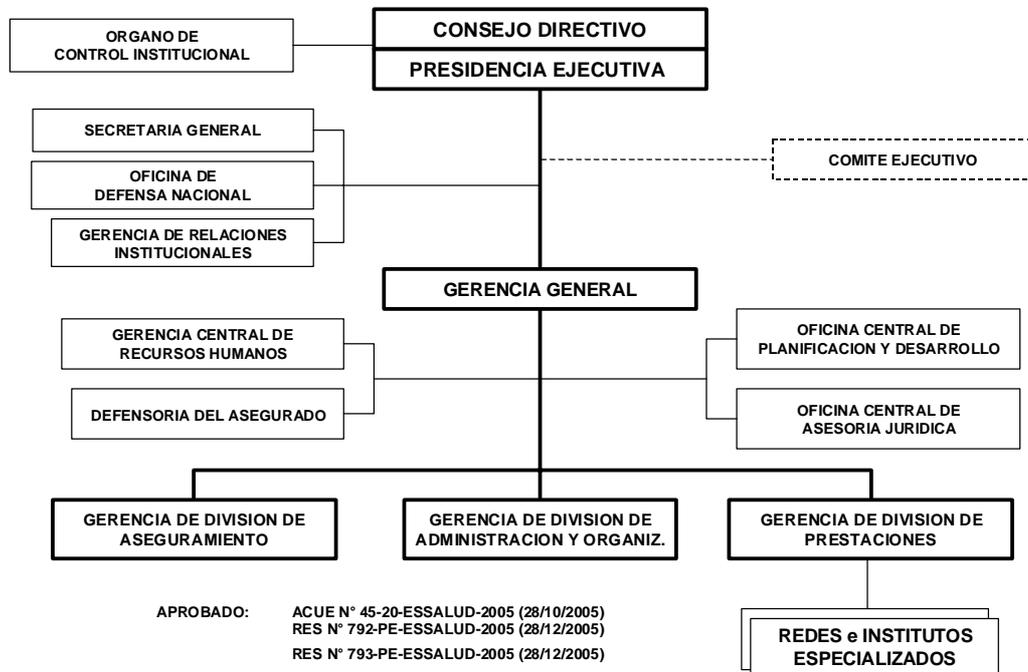
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Los objetivos estratégicos para el periodo 2003-2007 son:

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

ESTRUCTURA ORGÁNICA

ESTRUCTURA ORGANICA DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD (DIC. 2005)



RED DE CENTROS ASISTENCIALES

ESSALUD : CENTROS ASISTENCIALES POR NIVEL Y TIPO SEGÚN REDES ASISTENCIALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS (DICIEMBRE 2005)

REDES ASISTENCIALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS	TOTAL	NIVEL (I-IV) Y TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL							
		IV		III	II	I			
		H.N.	H. IV	H. III	H. II	H. I	POLICLI- NICOS	CENTROS MEDICOS	POSTAS MEDICAS
TOTAL	325	5	7	9	22	37	30	38	177
INSTITUTOS ESPECIALIZADOS	2								
Instituto Nacional del Corazón (INCOR)	1		1						
Centro de Hemodiálisis	1		1						
REDES TIPO "A"									
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	14	1	0	0	2	2	6	1	2
RED ASISTENCIAL ALMENARA	13	1	0	1	1	2	5	2	1
RED ASISTENCIAL SABOGAL	15	0	1	0	1	1	5	0	7
RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	23	1	0	0	1	3	4	4	10
RED ASISTENCIAL AREQUIPA	25	1	0	1	1	2	1	1	18
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	29	0	1	0	1	2	1	5	19
REDES TIPO "B"									
RED ASISTENCIAL DE CUSCO	15	1	0	0	0	3	2	7	2
RED ASISTENCIAL JUNÍN	18	0	1	0	1	3	1	1	11
RED ASISTENCIAL ANCASH	18	0	0	1	1	1	0	7	8
RED ASISTENCIAL ICA	16	0	0	1	1	2	1	0	11
RED ASISTENCIAL PIURA*	19	0	1	1	2	2	0	3	10
REDES TIPO "C"									
RED ASISTENCIAL AMAZONAS	9	0	0	0	0	3	0	0	6
RED ASISTENCIAL APURÍMAC	6	0	0	0	1	1	0	0	4
RED ASISTENCIAL AYACUCHO	10	0	0	0	1	0	0	0	9
RED ASISTENCIAL CAJAMARCA	11	0	0	0	1	0	0	2	8
RED ASISTENCIAL HUANCARELICA	7	0	0	0	1	0	0	2	4
RED ASISTENCIAL HUÁNUCO	12	0	0	0	1	1	0	1	9
RED ASISTENCIAL LORETO	5	0	0	1	0	0	0	1	3
RED ASISTENCIAL MADRE DE DIOS	3	0	0	0	0	1	0	0	2
RED ASISTENCIAL MOQUEGUA	3	0	0	0	2	0	0	0	1
RED ASISTENCIAL PASCO	16	0	0	0	1	2	0	0	13
RED ASISTENCIAL PUNO	6	0	0	1	0	1	2	0	2
RED ASISTENCIAL JULIACA	9	0	0	1	0	1	2	0	5
RED ASISTENCIAL SAN MARTÍN *	7	0	0	0	1	3	0	0	3
RED ASISTENCIAL TACNA	3	0	0	1	0	0	0	1	1
RED ASISTENCIAL TUMBES	4	0	0	0	0	1	0	0	3
RED ASISTENCIAL UCAYALI *	7	0	1	0	1	0	0	0	5

* El Instituto Peruano de Oftalmología (IPO) de la Red Asistencial Piura y el Instituto de Medicina Tradicional (IMET) están considerados como de nivel IV.

* La Red Asistencial San Martín se dividió en 2 Micro Redes: Tarapoto y Moyobamba

Fuente: Sub Gerencia de Información Gerencial - Gerencia de Planeamiento Corporativo - OCPD

Elaborado por: Sub Gerencia de Planeamiento Estratégico - Gerencia de Planeamiento Corporativo - OCPD

II. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los logros alcanzados por nuestra gestión se pueden reseñar y evaluar desde diversos ángulos, sin embargo el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico 2003-2007 permite mostrar las acciones prioritarias en la conducción de EsSalud.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO 2003-2007

El avance del plan comprende desde la puesta en marcha en abril 2003 a diciembre del 2005. Se presenta lo desarrollado en función de las acciones planteadas para cada uno de los objetivos estratégicos.

OBJETIVO ESTRATEGICO 1: Mejorar la Salud y la calidad de vida con un sistema de seguridad social centrado en el usuario.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Establecer Políticas de Salud basadas en evidencias

- Modelo de Atención Integral de Salud: Con Resolución N°246 de Gerencia de División de Prestaciones se aprobó la “Cartera de Servicios de Atención Primaria”, dirigida fundamentalmente al manejo de patologías de baja complejidad y enfatizando en las acciones de prevención y promoción.
- Se implementó la Cartera de Servicios de Atención Primaria, alianzas estratégicas, gestión por resultados sanitarios y médico de familia (PAAD Familiar) en 34 Centros de Atención Integral de 11 Redes Asistenciales.
- Acciones Institucionales para la Promoción de Estilos de Vida Saludables: Se acreditó a 86 centros asistenciales que implementan el proyecto de estilos de vida saludable: Ambientes laborales libre de humo. Asimismo se elaboró, aprobó e implementó en 68 centros asistenciales el proyecto de Hábitos Alimenticios Saludables y en 42 centros asistenciales el proyecto de Mejoramiento de la Actividad Física de las personas Adultas Mayores.
- Se redujo la Razón de Mortalidad Materna de 41.6 x 100,000 nacidos vivos en el año 2003 a 38.6 x 100,000 nacidos vivos a fines del año 2005.
- La Tasa de Mortalidad Perinatal específica por peso de 1000 grs. a más, se redujo de 9.67 x 1000 nacidos vivos en el año 2003 a 8.36 x 1000 nacidos vivos a fines del 2005.

Red Asistencial	Tasa de Mortalidad Materna x 100 mil nacidos vivos	Tasa de Mortalidad Perinatal específica x peso<1,000 grs
Total	38.6	8.4
Ancash	51.2	7.3
Arequipa	24.2	8.3
Ayacucho		6.8
Cajamarca		9.6
Cusco		2.2
Huánuco		-
Ica	52.0	3.3
Junin	109.9	17.7
Lambayeque	113.7	12.0
La Libertad	27.3	4.2
Red Almenara	50.3	7.8
Red Rebagliati	15.3	8.0
Red Sabogal	54.3	5.1
Loreto		11.5
Moquegua		-
Pasco		12.9
Piura	47.1	20.0
Puno		3.3
San Martin		18.1
Tacna		5.8
Ucayali	118.8	10.5

Fuente: Sistema de Vigilancia Materno -Perinatal-Ger.de Div. Prestaciones

Elaboración: SGIG-GPC-OCPD

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Diseñar e implantar un Plan de Salud para el periodo 2003-2007 a nivel nacional y por regiones

- Se formularon Planes Locales de Salud en 27 Redes Asistenciales de la Institución en el 2004 y durante el año 2005 se desarrolló la evaluación de la formulación de prioridades sanitarias y de la implantación de los Planes en dichas Redes.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Diseñar y ofrecer productos de seguro de salud acordes con las necesidades de nuestros asegurados

- En el 2005 se implementó el Nuevo Seguro Potestativo, cuya cobertura está basada en dos planes de salud: el Plan Protección Vital y el Plan Protección Total. Se han afiliado 55,388 asegurados, como resultado de la migración de los ex Regímenes Especiales y de la desactivación de los Seguros Personal – Familiar, Independiente y Potestativo Único. A la fecha se continúan afiliando nuevos asegurados al Plan Protección Vital.
- Se elaboró el Manual de Procedimientos de Auditoría de Seguros, en el que se definen los procedimientos y actividades a seguir en esta área.

OBJETIVO ESTRATEGICO 2: Otorgar prestaciones integrales orientado a la atención primaria con equidad, calidad y eficiencia.
--

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Rediseñar la oferta de servicios de salud

- Desde el 2004 se crearon y reordenaron el conjunto de Redes Asistenciales de EsSalud, proceso que se culminó en el curso del I Trimestre del 2005.
- Se culmina la implementación de Redes Asistenciales de EsSalud a través del proceso de Reordenamiento de las mismas llevado a cabo desde fines del año 2003 y culminado durante el primer trimestre del 2005.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Establecer programas de calidad hospitalaria

- Durante el 2005 se implementaron áreas de Auditoría Médica en 41 establecimientos de salud.
- En Noviembre del 2005 se organizó y llevó a cabo, en Lima, la III Conferencia y Encuentro Internacional de Gestión de la Calidad en Salud.
- Se redujo la Tasa de Complicaciones Infecciosas Intrahospitalarias de 2.2% en el 2003 a 2.0% en el 2005.
- Respecto a la entrega de Informes de Alta a los pacientes, partiendo de un porcentaje mínimo en el 2003 se llegó a más del 68% el año 2005

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Incrementar la eficiencia en la prestación de servicios de salud

- Mediante Resolución de Gerencia General N° 400-GG-ESSALUD-2005, se creó la Escuela de Atención Primaria en EsSalud, que busca la acreditación de profesionales de la salud en dicha área.
- Se aprobó la Guía Metodológica de Medicina Basada en Evidencias. Asimismo, se elaboró y aprobó el Proyecto de Implementación de Gestión Clínica y Medicina Basada en Evidencias.

OBJETIVO ESTRATEGICO 3: Administrar los recursos Institucionales con eficiencia y transparencia asignándolos con equidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Establecer criterios de eficiencia en la gestión de recursos económico-financieros

- En Mayo del 2005 se recibió de la OIT el **Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud Perú: Análisis y recomendaciones técnicas.**
- Se supervisó y actualizó el manejo de los sistemas de gestión financiera y presupuestal en 10 Redes Asistenciales.
- En el año 2005 se elaboraron 6 Estudios de Pre Inversión a nivel de Perfil y 4 Estudios a nivel de Pre Factibilidad bajo la administración directa de EsSalud. Adicionalmente, 10 Redes Asistenciales presentaron sus respectivos Planes Directores.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Reorientar la composición del gasto asignando con criterios de equidad

- En Diciembre del 2005 se presentó un Informe Preliminar sobre el piloto de validación del método de capitación por contacto por año en el I Nivel de Atención.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Fortalecer la función de aseguramiento sobre la base de un adecuado sistema integrado de información

- Se diseñó el Modelo para la Migración del 100% de datos de asegurados de la Base de Datos de EsSalud a un nuevo Sistema de Información de Asegurados en plataforma Oracle.
- Se ha mejorado la disponibilidad en los centros asistenciales de la base de datos de asegurados y su operación y consulta se realiza las 24 horas del día. Incluso se encuentra disponible a través del portal web institucional.

OBJETIVO ESTRATEGICO 4: Mejorar la gestión y organización institucional introduciendo por consenso elementos de reforma en salud.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Consolidar la separación de funciones a nivel central y en los órganos desconcentrados

- En diciembre de 2005, se actualizó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD), así como de la Gerencia de División de Prestaciones, la misma que actualmente está a cargo de todo el Sistema de Salud de la institución.
- Se integraron las modalidades de atención diferentes a la regular (PADOMI, Itinerantes, STAE, CEPRIT entre otros) en la Gerencia de Atención de Salud Pre y Post Hospitalaria.

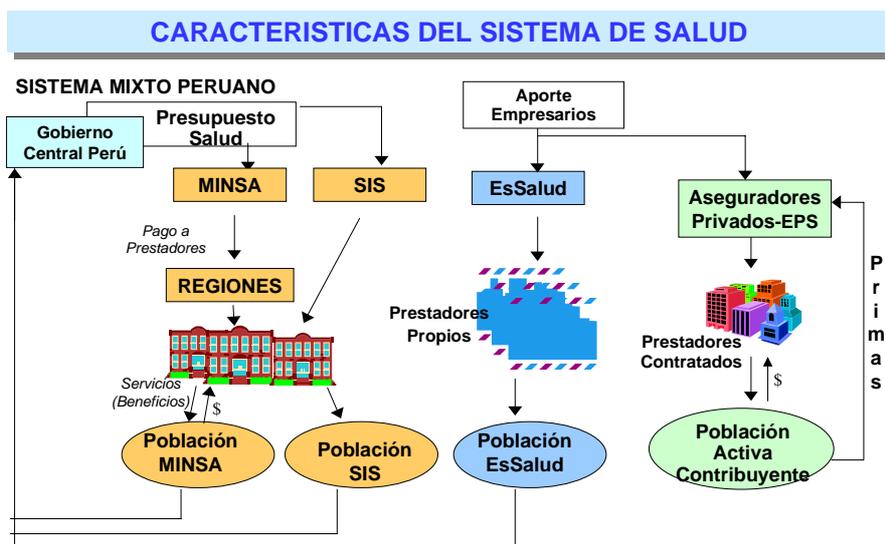
OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Consolidar el plan de transparencia institucional

- Se complementó el aplicativo EsSalud en Cifras, con Informes y productos de Análisis, avanzando en su conversión en un Sistema de información Gerencial en línea, accesible a todas las Oficinas Centrales y Redes Asistenciales por intermedio de la Intranet Institucional.
- Se ha ampliado la difusión de los derechos de los asegurados por medio de la página web institucional.
- Se realizó el Informe de supervisión de la transparencia de los procesos de medición de la satisfacción del usuario.

III. GESTIÓN DE ASEGURAMIENTO

SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

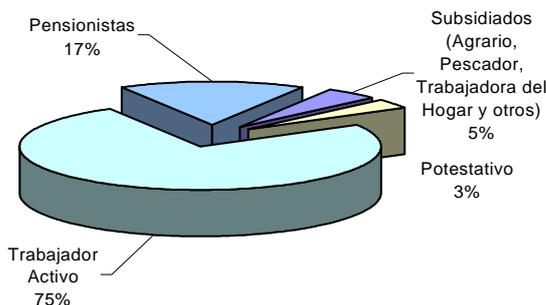
Nuestro país presenta un sistema de aseguramiento en salud integrado por tres (3) agentes: El Seguro Integral de Salud (Ministerio de Salud), las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y nuestra Institución. Cada uno presenta características particulares en cuanto a público objetivo, cobertura de prestaciones y modalidad de financiamiento.



POBLACIÓN ASEGURADA

EsSalud cobertura a 5.9 millones de asegurados¹. Se determina en función de las declaraciones de los empleadores a SUNAT.

COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA - 2005



Población Asegurada: 5,905,526

Fuente: Gerencia de Servicios al Asegurado/ GC de Seguros./ G. División de Aseguramiento

Elaboración: OCPD

¹ En el año 2004, se estimó la población asegurada en 7.3 millones. Como resultado de los procesos de actualización de datos de asegurados y de eliminación de la acreditación contingente se ha logrado consistenciar la información declarada a SUNAT en función de quienes hayan presentado movimiento en el último año.

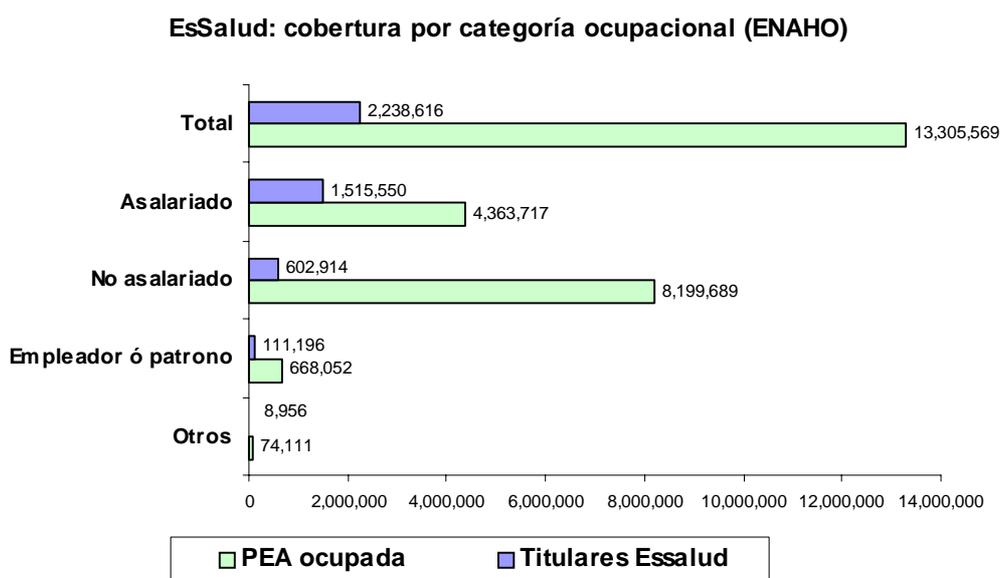
El departamento de Lima concentra el 48.8% del total de asegurados a nivel nacional, seguido de los departamentos de La Libertad (6%) y Arequipa (5.4%)

En el gráfico anterior se ha denominado población subsidiada a los asegurados que desde el inicio de sus actividades laborales aportan menos del 9% o sobre la base de la remuneración mínima vital. En este grupo se encuentra el agrario, pescador, y trabajador del hogar. Los pensionistas y jubilados aportan el 4%.

EsSalud presenta tres tipos de seguros como son (1) Seguro Regular con una cobertura al 100% y de afiliación obligatoria a los trabajadores, (2) Seguro Potestativo con una cobertura parcial y de afiliación voluntaria y (3) Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo con una cobertura para casos de accidentes y riesgos laborales.

SEGURO REGULAR

EsSalud cobertura a los trabajadores del sector formal mediante contribuciones del 9% de la remuneración que paga el empleador. A pesar del carácter de obligatoriedad de aportar a la seguridad social en salud se evidencia evasión y elusión por parte de los empleadores con una mayor incidencia en las pequeñas y micro empresas.



Fuente: ENAHO 2003 – Estudio Actuarial OIT

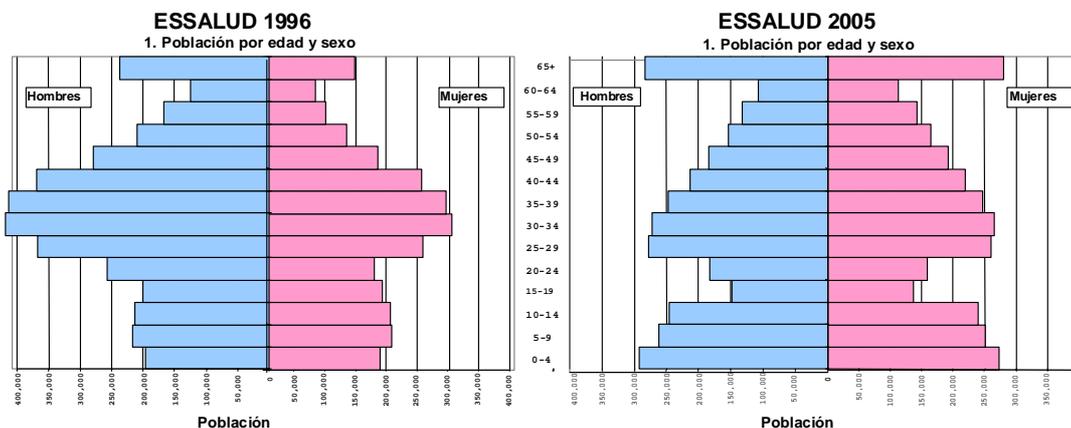
En la actualidad el 45.1% de la población asegurada total es titular y el 54.9% es derechohabiente.

Una acción estratégica permanente es la depuración y actualización de la información de la población asegurada titular y sus derechohabientes con la finalidad de evitar las filtraciones y/o suplantaciones a nuestro sistema de acreditación.

Preocupa de sobremanera el incremento de los grupos etáreos de asegurados en los dos extremos como son niños y adulto-mayor (mayor a 65 años) debido a que

demandan mayores servicios de salud con respecto al promedio. Las EACS² presentan una mayor incidencia con la población adulto mayor.

Cambios en la composición demográfica de la población asegurada. ESSALUD 1996-2005



Elaboración: OCPD-GPC-SGIG

Es destacable señalar que en el mes de abril del presente año la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria (SUNAT) dejó de pertenecer al sistema de entidades prestadoras de salud – EPS- (capa simple) y se trasladó a EsSalud con una cobertura al 100% (capa simple y compleja). El número de asegurados titulares ascendió a 9,046 trabajadores.

SEGURO POTESTATIVO

De acuerdo con la ley de modernización de la seguridad social los ex regímenes especiales (seguros: facultativo independiente, continuador facultativo, chofer profesional y ama de casa), se desactivan y se les da la oportunidad de migrar a los seguros potestativos (afiliación voluntaria). EsSalud ofreció durante el presente año dos planes de seguros: (1) Protección Total con una cobertura de 100% (similar al Seguro Regular) dirigida a personas desde 56 años, y (2) Protección Vital con una cobertura parcial (plan mínimo de atención) dirigida a menores de 56 años.

Las primas de cada uno de los planes están diferenciadas por rangos de edad. De esta manera se busca garantizar la sostenibilidad financiera.

SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO

En este mercado se encuentran dos aseguradores como son EsSalud y las EPS. Los problemas de evasión y elusión son similares al seguro regular. Nuestra participación no ha crecido en los últimos años a diferencia de las EPS. Cabe señalar que nuestra presencia de prestadores de salud a nivel nacional es mayor que el de prestadores

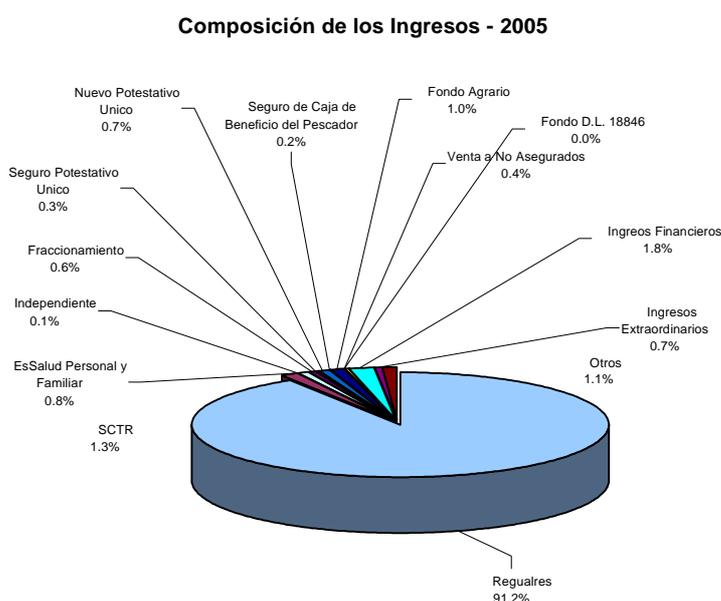
² EACS: Enfermedades de Alto Costo Social son aquellas asociadas con eventos de salud de alto costo como son Oncología, Diálisis, VIH-SIDA, entre otros

privados que las EPS contratan por tanto cuando sucede un evento de salud de riesgo nuestra Institución termina atendiendo a dichos asegurados de las EPS.

EsSalud ha implementado estrategias de fidelización a través de atenciones personalizadas, reducción de primas por menores riesgos, entre otros.

INGRESOS

Los ingresos registraron un crecimiento del 7.51% respecto del año anterior. Las aportaciones mostraron una variación positiva de 6.67% (incremento en S/. 191,8 millones de nuevos soles del seguro regular), la venta a no asegurados de 20.67% y los ingresos financieros de 13.87%.



Base = S/. 3,421 MM

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria Anual 2005

Elaboración: OCPD

El principio de solidaridad permite que aportes diferenciados en el fondo de seguro regular permita financiar las prestaciones. Al revisar el promedio de aporte mensual por asegurado (titular + derechohabiente) resaltan las diferencias que son sustantivas entre los seguros regulares, potestativos y agrario. La diferencia entre los dos primeros se explica en cierta medida por las diferencias en cobertura, sin embargo en el caso del agrario recibe subsidio por parte del seguro regular.

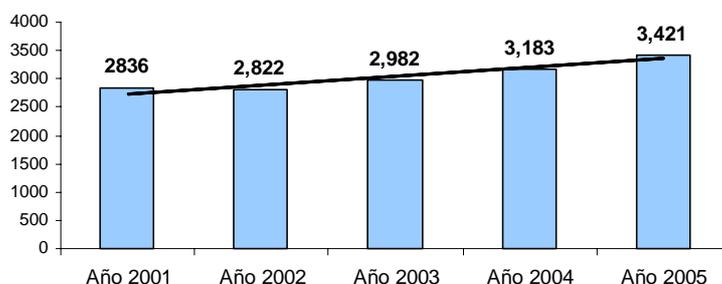
Tipo de Asegurado	Población	Ingreso Anual (S/.)	Ingreso Mensual (S/.)
Regular	5,485,374	3,119,115,340	47.39
Potestativo	204,940	63,275,577	25.73
Agrario	215,202	33,422,555	12.94

Fuente: Informe de Evaluación Presupuestaria Anual 2005

Elaboración: OCPD

Al comparar la evolución de los ingresos totales en términos nominales correspondiente a los 3 últimos años se muestra que han crecido en 6.7% (2004/2003) y 7.5% (2005/2004) esto debido a mejoras en el producto bruto interno, incremento de remuneraciones del sector privado, crecimiento del número de trabajadores del sector formal y reducción del índice de morosidad.

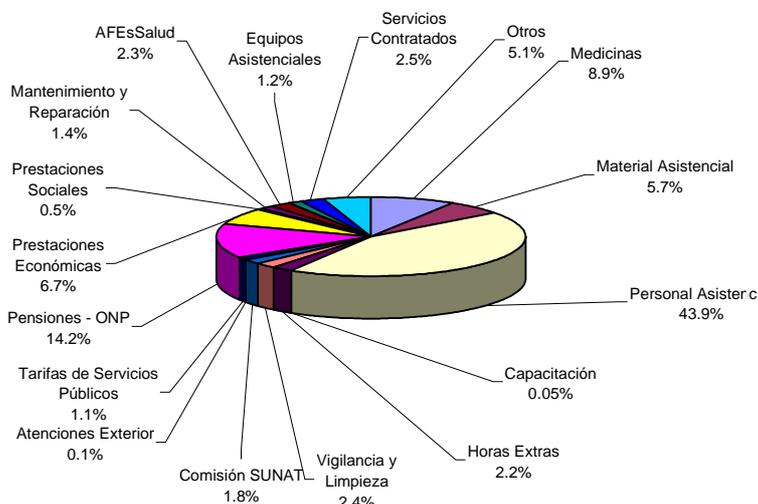
EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS TOTALES (En millones de S/.)



EGRESOS:

El gasto de personal asistencial (profesionales, técnicos y auxiliares de la salud), representa el 46.1% (incluyendo horas extras y capacitación) del total del egreso institucional, seguido del gasto en pensiones³ (14.2%), le sigue el gasto en medicinas (8.9%) y el de material médico, radiológico y laboratorio (5.7%).

Composición del Egreso 2005



Fuente: Evaluación Presupuestaria Anual 2005

Elaboración: OCPD

Nota: 3,629 MM (se considera Gastos Operativos más Gastos de Capital)

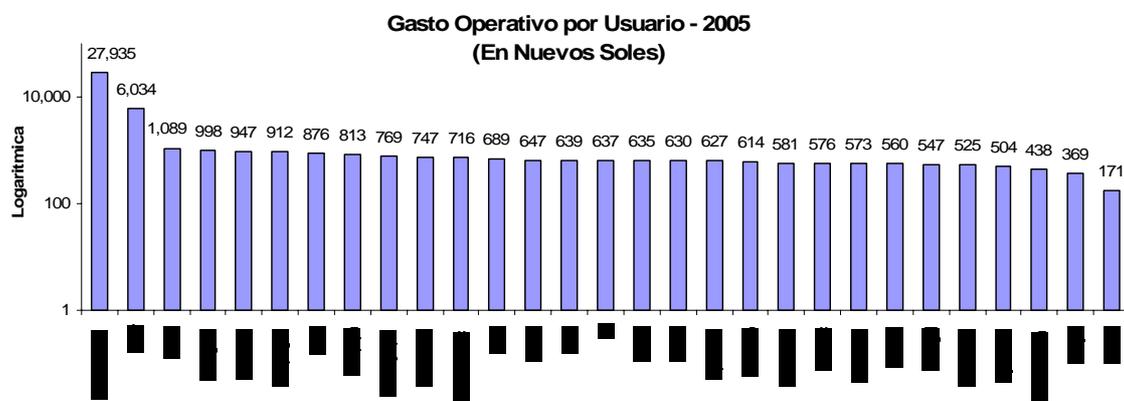
GASTO POR CONSULTANTE

En promedio el gasto anual por consultante⁴ a nivel institucional fue de S/. 777 nuevos soles. Se incrementó en 12% respecto del año anterior. A nivel de redes se observan

³ Considera pago de pasivos pensionales de los D.L 20530 y D.L 18846. El D.U N° 067-EF estableció el monto de la deuda. Dicha obligación culminaría en año 2006 para D.L 20530 y año 2007 para D.L 18846.

⁴ Consultante es el asegurado que usó los servicios ambulatorios de consulta externa.

variaciones en el gasto por consultante en Hemodiálisis S/. 27,935, Incor S/. 6,034, Tacna S/. 1,089, Rebagliati S/. 998, Almenara S/.947. Esto se explica en parte por las diferencias en el tipo de centro asistencial que conforman las redes asistenciales (de menor o mayor complejidad).



GASTO DE PERSONAL

En la partida de gastos de personal, se observa que los conceptos que más crecieron son el de Horas Extras en 9.8% (S/. 6.99MM), Seguridad y Previsión Social en 14.8% (S/.16.6MM), CTS en 43.1% (S/.17.8MM) y Sueldos y Salarios en 17.6% (S/.215.5MM). Este último concepto creció principalmente por la nivelación de remuneraciones según los convenios suscritos con los gremios laborales más que por un incremento en el número de trabajadores.

EVOLUCIÓN DEL GASTO DE PERSONAL 2003 - 2005

(En millones de nuevos soles)

Conceptos	2003	2004	2005	Var % (2004 - 2005)
Sueldos y Salarios	1,100	1,224	1,440	17.6%
Horas Extras	58	71	78	9.8%
CTS	45	41	59	43.1%
Seguridad y Previsión Social	92	112	129	14.8%
Impuesto de Solidaridad	17	16	0	-100.0%
Capacitación	2	2	2	12.8%
Otros gastos de personal	40	35	52	45.5%
Total	1,354	1,502	1,760	17.1%
Variación del Total	5.5%	10.9%	17.1%	56.8%

GASTO DE BIENES ESTRATÉGICOS

En la partida de bienes estratégicos (14.6% del egreso total) se observa que el gasto ha disminuido en S/. 6.8 millones de nuevos soles respecto al año anterior, debido básicamente a una tendencia decreciente de las prestaciones de salud. Cabe resaltar la reducción en el rubro medicinas en 5.2% aunque en menor proporción que la reducción del número de prestaciones.

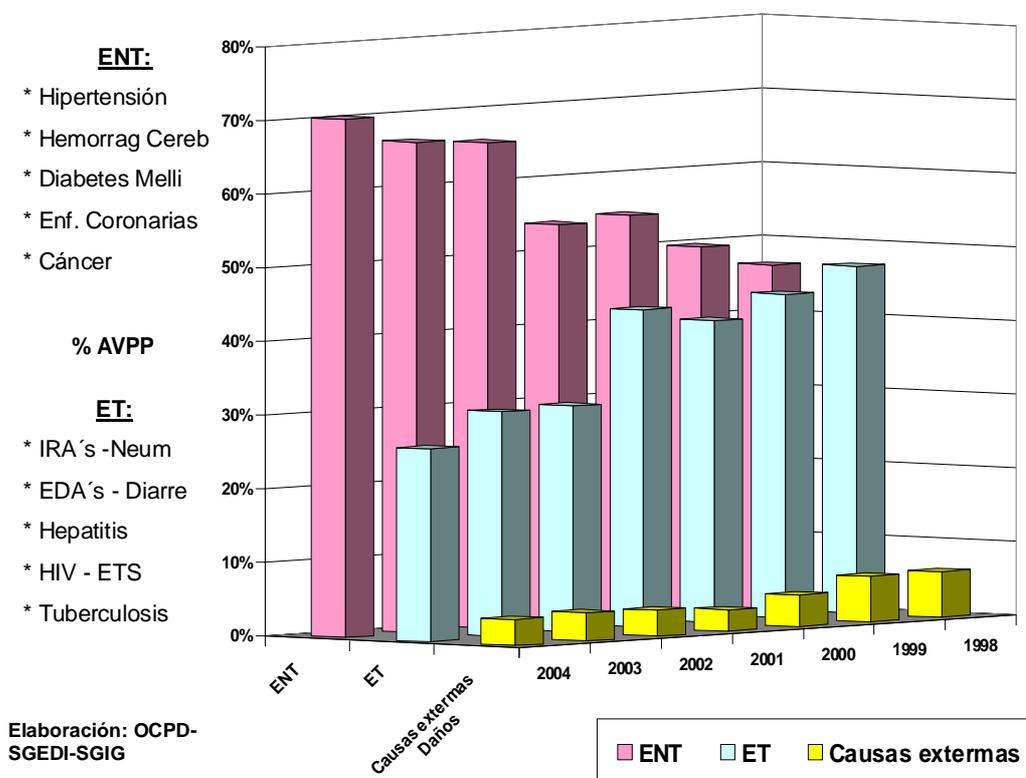
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN BIENES ESTRATÉGICOS 2003 - 2005

(En millones de nuevos soles)

	2003	2004	2005	Var % (2004 - 2005)
Medicinas	331	342	324	-5.2%
Material Médico	153	141	149	5.7%
Material de Laboratorio	48	49	51	3.8%
Material Radiológico	8	7	8	16.4%
Total	540	538	532	-1.3%
Variación del Total		-0.3%	-1.3%	

Cabe señalar que un factor que influye en el comportamiento del gasto de medicamentos es el cambio en el perfil de enfermedades.

AÑOS DE VIDA PERDIDOS (AVP) EN POBLACIÓN 1998-2004



GASTO POR SERVICIOS DE TERCEROS

El gasto por servicios contratados asciende a S/. 92 millones de nuevos soles (representa el 20% del total de gasto en servicios). El servicio de hemodiálisis representa el 55% (S/. 51 MM) y creció respecto del año anterior en 47%.

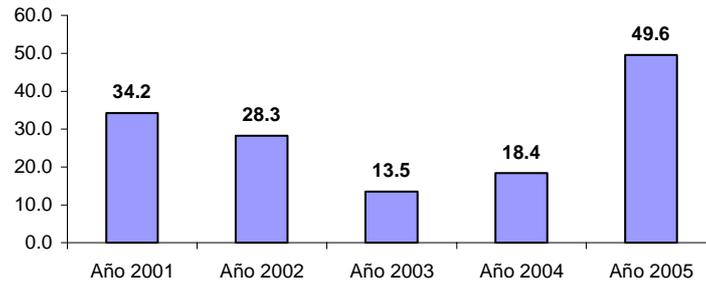
El gasto destinado a las prestaciones de salud extrainstitucionales⁵ asciende a S/. 2'033,927. La tendencia de los últimos años ha sido decreciente ya que esto beneficia a un grupo pequeño de pacientes que demandan prestaciones de salud de alto costo con proveedores de salud extranjeros.

INVERSIONES DE CAPITAL

Se ha realizado la compra de equipos hospitalarios por S/. 43 millones de nuevos soles (S/. 28 MM más que año 2004). Cabe señalar que dichos equipos reponen los obsoletos y han sido distribuidos a nivel nacional.

⁵ Las prestaciones de salud extrainstitucionales se originan cuando EsSalud no puede satisfacer dichas prestaciones con su oferta asistencial. Los proveedores pueden ser nacionales o extranjeros.

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

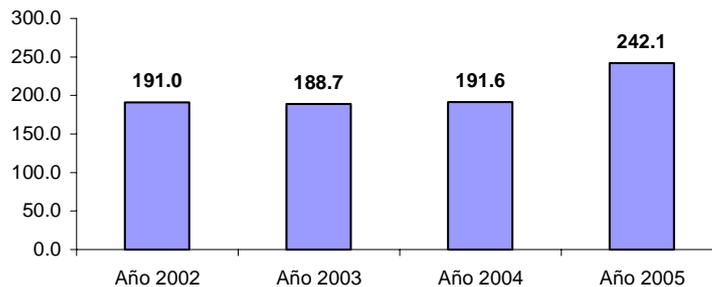


Se ha realizado inversión en equipamiento informático por S/. 4 millones de nuevos soles.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

El crecimiento del gasto de prestaciones económicas fue de 26.34% (S/. 50.4 millones adicionales). Las variaciones fueron en los rubros de maternidad (42%), sepelio (9.8%) y lactancia (7.7%).

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

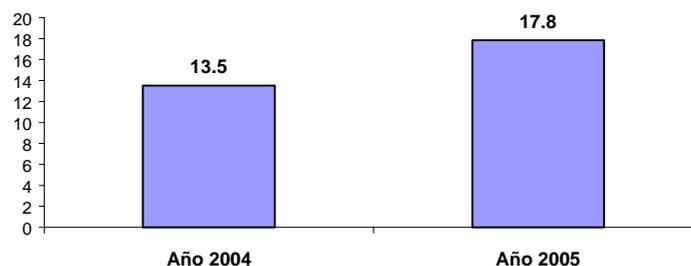


Durante el presente año se regularizó S/. 15.4 MM a entidades del gobierno central y S/.25 MM a asegurados por deudas pendientes de ejercicios anteriores.

PRESTACIONES SOCIALES

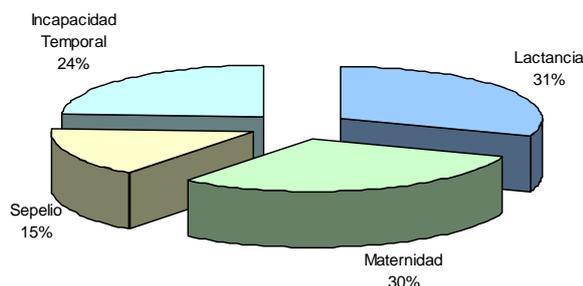
Los gastos por prestaciones sociales creció en 32%. El gasto de prestaciones sociales de las redes asistenciales es de S/. 8 millones de nuevos soles y se destinan a los talleres de los centros del adulto mayor y centros de rehabilitación profesional.

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

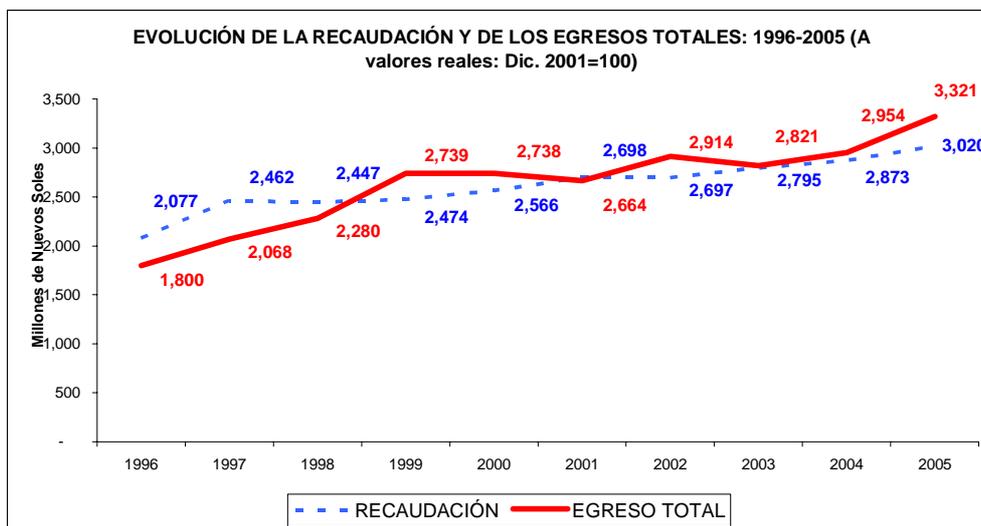


RESULTADOS ECONÓMICO-FINANCIEROS

COMPOSICIÓN DEL GASTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS - 2005



La evolución en términos reales de los ingresos por recaudación comparados con los egresos totales (egresos de operación⁶ y de capital) de los últimos 8 años, presenta una brecha negativa o cercana a partir del año 1999 en adelante, esto indica que no se pueden financiar el total del egreso con sólo las aportaciones de los asegurados titulares.



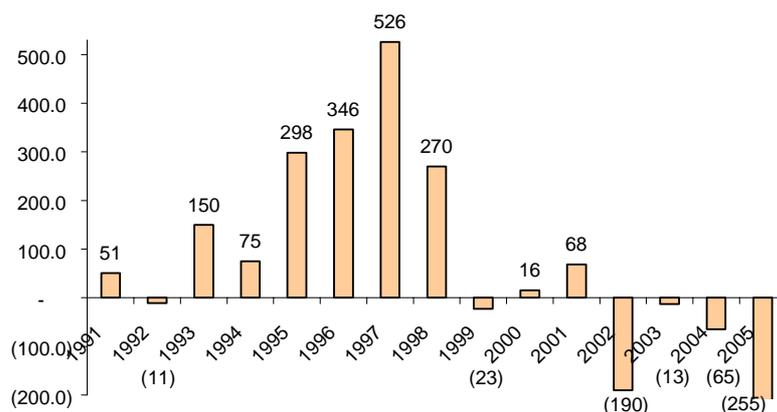
Recaudación: Aportaciones+Vta. a No Asegurados
 Egresos Totales: Egresos de Operación + Capital
Fuente: Serie de Presupuesto Institucional
Elaboración: OCPD

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

⁶ Los egresos de operación considera gasto en personal, bienes, servicios, impuestos. Se adiciona el concepto por deuda pensionaria (DL 20530 y DL 18846)

RESULTADOS OPERATIVOS FINANCIEROS (1991-2005)

(A Valores Reales: Dic 2001=100%) - En millones



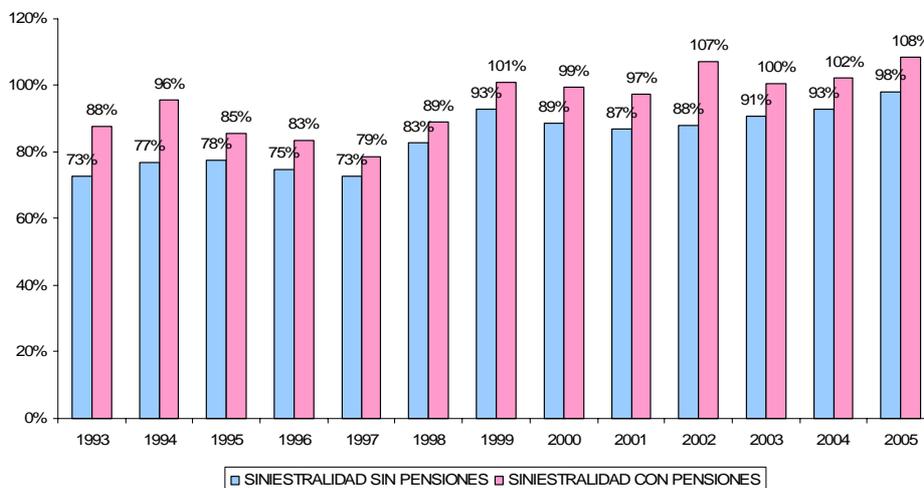
Resultados Financieros: Recaudación - Gastos de Operación

Fuente: Serie de Presupuesto Institucional

Elaboración: OCPD

SINIESTRALIDAD FINANCIERA

EsSalud muestra un indicador de siniestralidad negativo⁷. Esto indica que en el corto plazo se va presentar problemas financieros para comprar bienes estratégicos, reposición de equipos obsoletos, mantenimiento hospitalario. En el sistema de seguros privados de salud e incluso EPS, los márgenes de siniestralidad son positivos fluctúan entre el 30% al 40% (gastan el 70 o 60% de lo que recaudan).



El indicador sin considerar la deuda pensionaria presenta un resultado positivo del orden del 98% sin embargo este margen es insuficiente para financiar las inversiones requeridas anualmente. Esta situación se agrava al considerar las inversiones no ejecutadas en años anteriores.

⁷ Siniestralidad financiera relaciona los gastos e ingresos de operación. Es positivo o negativo dependiendo de si dicho indicador es mayor o menor al 100%. Refleja la exposición del riesgo financiero frente al incremento en los riesgos de enfermar de los usuarios.

OFERTA Y DEMANDA

Se presenta una comparación por tipo de centro asistencial para las dimensiones de población asegurada, población atendida (demanda), gastos operativos en salud y cantidad de oferta asistencial.

		POBLACIÓN	DEMANDA	GASTOS	OFERTA (CA's)
2° - 3° NIVEL	INSTITUTOS	12.2 mil (0.4 %)	12.2 mil (0.4 %)	115.9 millon (4.6 %)	3 (0.9 %)
	HOSPITAL NACIONAL	20.4 mil (0.3 %)	289.2 mil (8.9 %)	1003.6 millon (39.9 %)	5 (1.5 %)
	HOSPITAL IV	358.0 mil (6.1 %)	195.3 mil (6.0 %)	237.3 millon (9.4 %)	3 (0.9 %)
	HOSPITAL III	529.7 mil (9.0 %)	368.1 mil (11.3 %)	327.3 millon (13.0 %)	9 (2.7 %)
	HOSPITAL II	1.1 millon (18.1 %)	545.2 mil (16.8 %)	333.2 millon (13.3 %)	22 (6.7 %)
1° NIVEL	HOSPITAL I	1.3 millon (21.5 %)	602.4 mil (18.5 %)	241.5 millon (9.6 %)	38 (11.6 %)
	POLICLÍNICO	1.8 millon (30.7 %)	769.0 mil (21.8 %)	151.0 millon (6.0 %)	30 (9.1 %)
	CENTRO MÉDICO	349.1 mil (5.9 %)	209.0 mil (6.4 %)	52.1 millon (2.1 %)	38 (11.6 %)
	POSTA MÉDICA	495.7 mil (8.4 %)	324.1 mil (10.0 %)	52.3 millon (2.1 %)	180 (54.9 %)
		= 5.9 MM	= 3.25 MM	= S/ 2,514.2 MM	= 328 CA's

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

Al primer nivel de atención se ha adscrito al 66% de la población asegurada, atiende al 59% de los consultantes y representó el 20% del gasto total de las prestaciones de salud.

Cabe mencionar que el 80% de los gastos operativos de las prestaciones de salud se encuentran concentrados en 37 centros asistenciales y se ubican en los departamentos de Lima, Arequipa, Lambayeque y La Libertad.

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

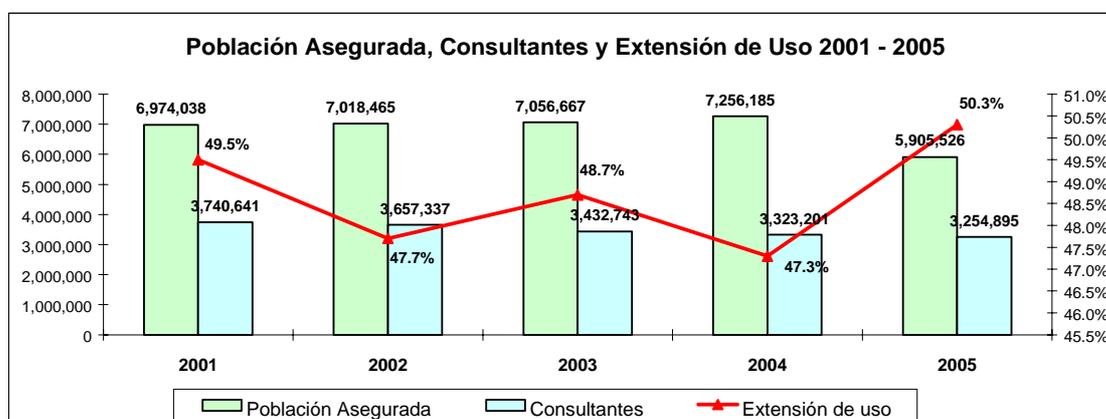
El indicador de uso de los servicios de salud⁸ muestra una tendencia creciente en los últimos 10 años. En los años 1993, 2000 y 2005 fue de 30%, 40% y 50%⁹ respectivamente.

Cabe la pena precisar que este indicador desde el año 2,000 se trabajó con cifras estimadas de población asegurada, pues al pasar la función de afiliación y recaudación a la SUNAT (cifra dinámica no estable por altas y bajas), la institución tuvo un retraso considerable en la generación de la base de datos, el que se ha ido corrigiendo en estos últimos años y desde el 2,005 se consigue una mejor actualización de esta cifra.

⁸ Es el indicador de extensión de uso de los servicios de salud se obtiene relacionando al número de usuarios de los servicios de consulta externa sobre la población asegurada total.

⁹ El crecimiento del año 2005 se debe al reemplazo de la población asegurada estimada en 7.3 millones por la población asegurada acreditada de 5.9 millones.

El indicador creció desde inicios de los años noventa por efecto de ajustes económicos en el país, reducción de salarios reales, incremento en el uso por parte de derechohabientes, envejecimiento de la población, selección adversa (filtraciones y suplantaciones) y riesgo moral. Sin embargo la tendencia de los consultantes está a la baja por efecto de menores filtraciones en el sistema.



Nota: Las poblaciones aseguradas del año 2001 al 2004 fueron estimadas, mientras que la del año 2005 procede de la base de datos de EsSalud.

Fuente: Boletines Estadísticos 2001 - 2005 (Consultantes y Pobl. Asegurada 2001-2004) / GDA-GCSeg (Población Asegurada 2005)

Elaboración: OCPD

PARTICIPACIÓN EN EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO

EsSalud fue convocada por el MINSA para la negociación del tratado con USA como parte del sector salud desde la 6ta mesa de negociación. En ese sentido se elaboró un estudio en base al consumo histórico y variaciones de precios de compra de productos que se renuevan constantemente en los temas de Cáncer, SIDA, Hipertensión y Diabetes y del posible Impacto del TLC en el costo de las medicinas presentado por el Ministerio de Salud (MINSA) el cual evidenció que EsSalud asume la responsabilidad de la mayor compra pública de medicinas para atender estas enfermedades de alto costo social (EACS)¹⁰.

Los factores del tratado como la aprobación de la protección de datos de prueba y linkage entre la autoridad sanitaria DIGEMID e INDECOPI, son los que tendrían un posible incremento en el precio de los medicamentos que compraría EsSalud. Si bien no existe consenso con otros estudios sobre la magnitud, todos los estudios efectuados sin excepción demuestran incrementos.

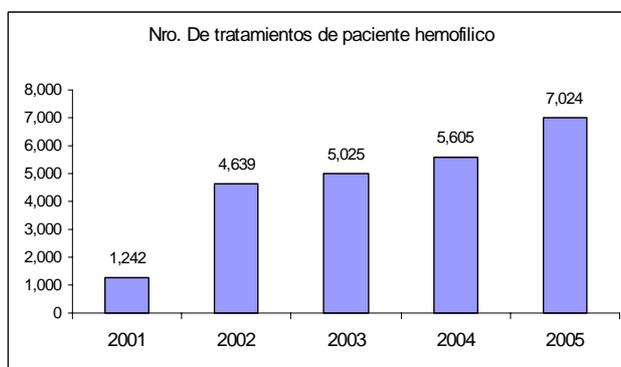
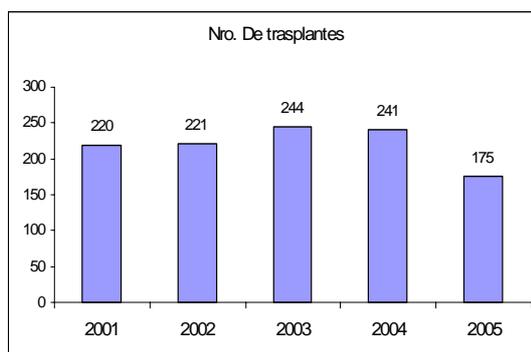
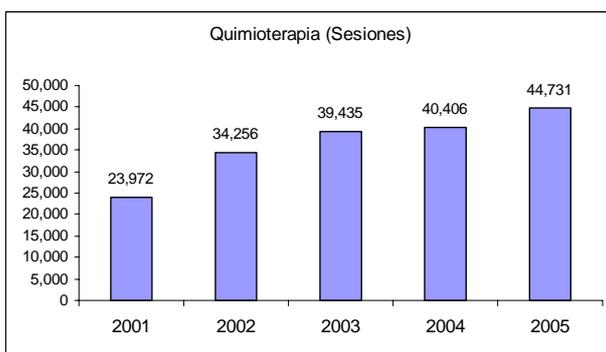
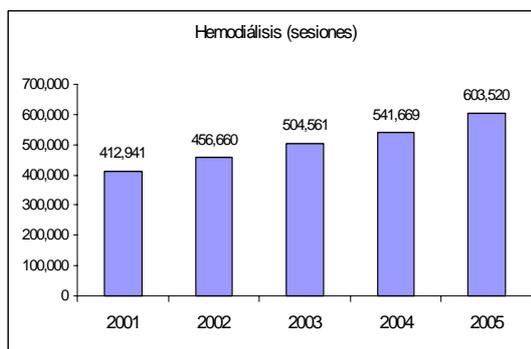
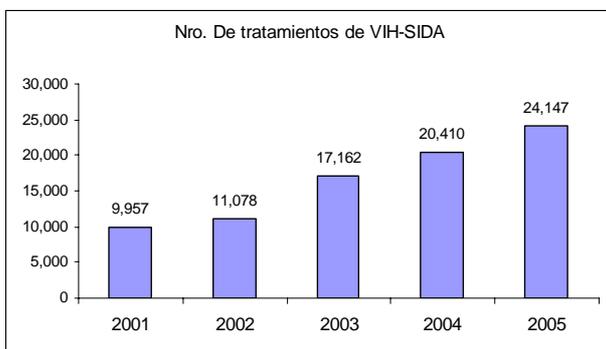
A la fecha se están realizando coordinaciones con MINSA para mecanismos de compensación gubernamentales como la formación de un Fondo frente a esta situación.

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO SOCIAL

Se presenta la evolución de las prestaciones de salud de EACS otorgadas por EsSalud. Se evidencia una tendencia creciente. Frente a una situación de alta siniestralidad financiera y alto uso de los servicios de salud se hace imprescindible dos

¹⁰ Se determinó en función del mayor consumo de dosis días en dichas patologías.

tipos de acciones: (1) frente externo se busque financiamiento¹¹, y (2) frente interno se gestione y reduzca los riesgos de enfermarse a través de actividades de prevención-promoción y estilos de vida saludables.



EPS Y ESSALUD

Dentro de las instituciones de seguridad social pertenecientes al régimen contributivo, está EsSalud y las EPS. Existen diferencias dadas por el marco legal vigente (ley de modernización de la seguridad social). Por tanto, se hace necesaria la revisión del actual marco legal vigente por parte del poder legislativo y ejecutivo.

Se debe permitir el uso de herramientas y/o estrategias de seguros para controlar y gestionar el sobreuso de los servicios, selección adversa y riesgo moral. Determinar el

¹¹ Una solución planteada por diversos países frente al problema de financiar las EACS es crear fondos específicos para estos fines. Existe en la actualidad fondo global para SIDA, Malaria, otros.

financiamiento de las prestaciones económicas y sociales. Se debe revisar el cumplimiento de los objetivos de creación de las EPS¹².

DIFERENCIAS ENTRE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL PERÚ	
EPS	EsSALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Recauda 2.5% de Población de altos ingresos (400,000 benef) • Tasa efectiva sobre el 9% • Usa Instrumentos de Seguros : <ul style="list-style-type: none"> - Copago en atención y medicamentos - Límites y Exclusiones - Reaseguros, preexistencia • Sólo prestaciones de Salud pero a un nivel de Capa simple • No tiene carga pensiones • Contrata oferta de terceros (no tiene oferta propia) • Presencia en zona urbana 	<ul style="list-style-type: none"> • Recauda 6.5% y 9% Población de alto, mediano y bajos ingresos (5'900,000 benef) • Tasa efectiva menor al 9% (subsidios, prestaciones económicas y sociales) • No puede usar Instrumentos de Seguros (Para proteger el fondo de EsSalud) • Otorga Prestaciones: Salud c/obligación SCTR Económicas Sociales • Con carga de pensiones • Mayores costos laborales x Oferta Propia y RRHH con leyes laborales y pensiones • Presencia a nivel nacional (rural y urbana)

DEUDAS POR PENSIONES

La deuda por pensiones del D.L 20530 y D.L 18846 presentan incrementos respecto del año anterior. En lo que respecta al DL 20530 se atribuye a razones de incrementos remunerativos del personal en actividad laboral¹³. En el caso del DL 18846 se debe a devengados de años anteriores solicitados por la ONP.

Evolución de las Deudas por Pensiones 2004 - 2005

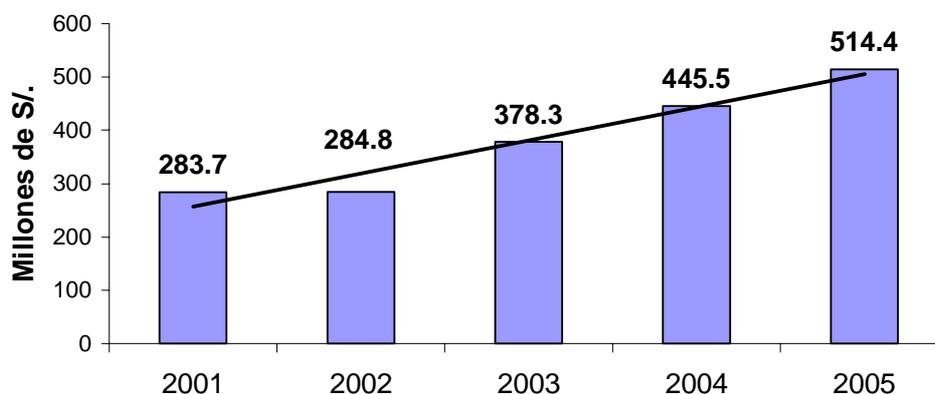
(En millones de nuevos soles)

	Año 2004	Año 2005	Var (%)
Pensiones D.L. 20530	377	409	8.5%
Transferencia a la ONP (pensiones D.L. 18846)	69	106	53.3%
Total	445	514	15.5%

¹² Se atribuyó a razones de complementariedad y descongestión de colas de EsSalud, sin embargo en la práctica funciona más como competencia frente a los asegurados de altos ingresos.

¹³ Al incrementar las remuneraciones del personal en actividad laboral se genera un llamado efecto "espejo" ya que implica el incremento automático del personal pensionista del DL 20530.

EVOLUCIÓN DE LAS DEUDAS POR PENSIONES (En millones de S/.)



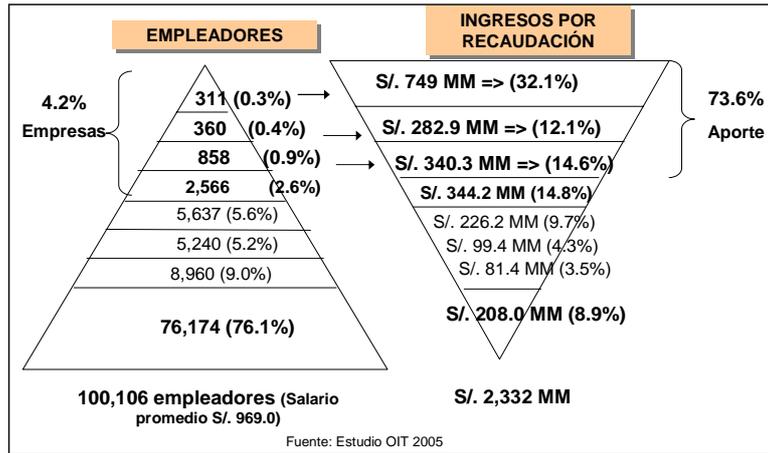
ESTUDIO ACTUARIAL

En mayo del 2005, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) presentó los resultados del estudio ante el Consejo Directivo de la Institución. Se realiza un análisis de la situación de la cobertura poblacional, análisis de la gestión, evaluación financiera-actuarial y se dan recomendaciones técnicas en los ámbitos de cobertura, modelo de atención de salud, plan mínimo, acreditación y financiamiento.

HALLAZGOS REVISIÓN ACTUARIAL - OIT

- EsSalud afronta una situación financiera tensa. En un escenario sin cambios, los ingresos aumentan 20% y los gastos 45%
- **En los próximos años se intensificarán las tensiones financieras de EsSalud: los costos seguirán subiendo**
- Tasa efectiva de cotización solo para salud = 6.35% (restando EPS, pasivo pensional y gastos en riesgos laborales).
- Si no se reacciona, la única forma de afrontar el futuro es mediante reducciones en calidad
- Seguro Agrario desfinanciado: subsidiado por el Seguro Regular
- **Se pueden obtener mejoras económicas, así:**
 - Logrando mejoras en los procesos administrativos y clínicos
 - **Haciendo más eficiente la gestión hospitalaria**
 - Invirtiendo más en prevención en salud
 - Mejorando la acreditación de asegurados
 - Aumentando la cobertura

Se presenta la relación entre el número de empleadores y lo recaudado por EsSalud (fondo del seguro regular). El 1.6% de los empleadores representa el 58.8% del total de ingresos anuales por aportaciones que recibe EsSalud.



La tasa efectiva de contribuciones y aportes que de acuerdo con la ley es de 9%. Al calcular la tasa efectiva neta se obtuvo el 6.35% para financiar las prestaciones de salud, económicas y sociales. Cabe señalar que dicha tasa efectiva es de 5.9% para financiar sólo las prestaciones de salud.

TASA DE APORTE NETO PARA PRESTACIONES

Estructura de la prima

Estudio Actuarial

PROGRAMA	COMPOSICION	%
Prima	9.00%	100.0%
Financiamiento EPS	0.42%	4.7%
Seguro Agrario y Pensionistas	0.83%	9.2%
Prima media neta con accidentes	7.75%	90.00%
Accidentes y enfermedades profesionales	0.48%	5.3%
Prima media neta sin accidentes	7.27%	80.8%
Pasivo pensional	0.92%	10.2%
Prima media neta Seguro de Salud	6.35% (*)	70.6%

(*) INCLUYE PRESTACIONES ECONOMICAS SOCIALES

Fuente: OIT, 2005, "Estudio Financiero-Actuarial y de la Gestión de EsSalud Perú: Análisis y Recomendaciones Técnicas, Consultor Fabio Durán Valverde

Las principales conclusiones y recomendaciones del estudio son:

1. En cobertura poblacional

Existe espacio para crecer (economía formal e informal)
 Coordinación de políticas de aseguramiento con el SIS/MINSA –consolidación futura de fuentes de financiamiento.
 SUNAT: plan de compromisos en términos de metas (tripartismo en la gestión)

2. En modelo atención en salud

Creación de modelo de asignación de recursos
 Determinación de modelo de gestión: necesidad de cambios

3. Revisión del plan mínimo de atención en salud

Revisión de contenidos, conceptos y alcance del plan actual
 Características del plan actual es de ser un "Plan abierto" y no es sostenible su financiamiento

4. En acreditación

Modernizar procesos y sistemas (inversión en Tecnologías de Información)
Sunat debe mejorar la calidad y oportunidad de la información de los asegurados que alcanza a EsSalud

5. Financiamiento

Situación actual tensa: el costo tendería a subir, excepto por mecanismos “naturales” de ajuste (que ya se vienen dando)

El país tiene que ir preparándose para afrontar costos crecientes en los seguros de salud; necesidad de planificar medidas de ajuste

Separar financiamiento de atenciones de riesgos del trabajo (SCTR) con respecto a riesgos humanos de salud (Seguro Regular)

Ajustes en primas (tasa efectiva de 6.35% y no de 9%): equiparación de Seguro Agrario (De 4% a 9%).

Dificultad en cobranzas. Falta de fiscalización. Ley permite la atención del trabajador con sólo estar al día en su declaración pero sin haber pagado.

Proteger que la reserva legal se mantenga en nivel no menor del 30%

En un escenario sin cambios la situación económica de EsSalud generaría un resultado negativo (déficit operativo anual)

6. Pasivo actuarial de pensiones

Traspasar a ONP para liberar financiamiento.

Las deudas pensionales no deben ser asumidas por EsSalud

Finalmente, se firmó un acuerdo con OIT para elaborar una propuesta de proyecto de fortalecimiento institucional que incluya la implementación de las recomendaciones y sugerencias de dicho estudio.

IV. GESTIÓN DE PRESTACIONES

EsSalud otorga prestaciones de salud, sociales y económicas. La gestión se traduce en acciones tendientes a modernizar los procesos y procedimientos de las prestaciones con el fin de lograr la satisfacción de los asegurados.

PRESTACIONES DE SALUD

La gestión de las prestaciones se caracterizó históricamente por el énfasis en la atención recuperativa de la salud individual, aislándola del entorno en que viven los usuarios y sin tomar en cuenta los factores determinantes de la salud. A su vez valoraba en mayor grado la medicina especializada. Esto conllevaba a una mayor exposición al riesgo de enfermar y sobreuso del sistema¹⁴.

En la actualidad EsSalud ha introducido cambios en la gestión de prestaciones, a través de los siguientes elementos:

- Identificación de principales Prioridades Sanitarias a nivel nacional y local, para desarrollar intervenciones tendientes a aminorar su impacto, así como orientar el desarrollo de las inversiones.
- Fortalecimiento de medidas de promoción y prevención de la salud que actúan sobre los factores determinantes de la salud y los factores de riesgo asociados.
- Desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema y con el uso de intervenciones costo-efectivas identificadas en una cartera de servicios hacia grupos de población vulnerable.

Estas acciones se han articulado con la determinación de equipos básicos de las unidades de primer nivel y la modificación de los cuadros de demandas de formación de especialistas en Atención Primaria a las Universidades formadoras de recursos, así como la obligación al personal en formación de rotar en el primer nivel de atención.

Aún se afrontan dificultades internas y externas para integrar elementos estructurales del sistema como son en el área de financiamiento, los mecanismos de asignación de recursos que garanticen la equidad y mecanismos de pago modernos que estimulen el otorgamiento de intervenciones más efectivas; así como la flexibilización necesaria para mejorar la distribución de recursos humanos disponibles que se encuentran concentrados en las zonas urbanas de algunos departamentos de la costa del país.

Los asegurados acceden principalmente por las dos puertas de entrada que son la consulta externa y la emergencia derivándose de ahí el consumo de servicios finales, intermedios y generales.

CONSULTA EXTERNA

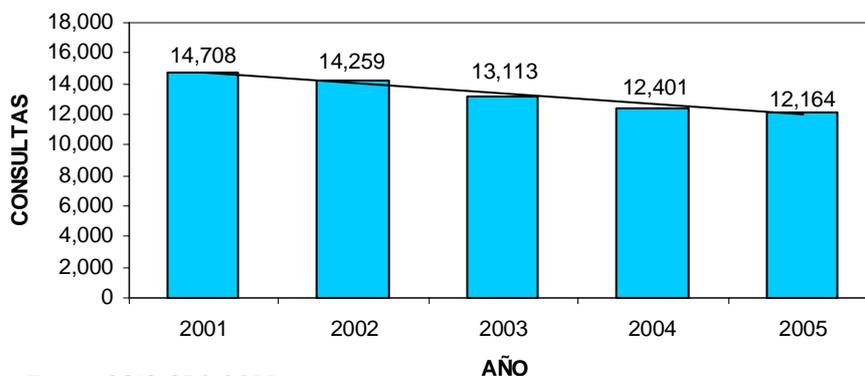
En el año 2005 se atendió a 3 millones 254 mil 895 asegurados, produciéndose 12 millones 163 mil 926 consultas, en todas las redes asistenciales. Esta cifra representa una disminución en las consultas médicas por quinto año consecutivo.

¹⁴ Ver la evolución del indicador “extensión de uso”

Si observamos las cifras de consultantes, veremos que la cifra del 2005 (3.255 millones) representa el 89% de aquella del 2002 (3.657 millones). Es decir, la cobertura alcanzada en consulta disminuyó en 11% en el período 2002-2005.

**COMPORTAMIENTO DE CONSULTA EXTERNA
ESSALUD QUINQUENIO 2001-2005**

(en miles)



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

Se produjo un incremento de 2.6% de recetas por consulta y de 7.9% de análisis por consulta en el año 2005, respecto al 2004. Sin embargo, los consultantes disminuyeron en 2.1% en el 2005 respecto al 2004. Y si tomamos en cuenta todo el período 2001-2005, las recetas por consulta se incrementaron en un 30% y los análisis por consulta en 39% en el 2005, respecto al 2001, mientras que el número de consultantes disminuyó en 13% en el mismo período.

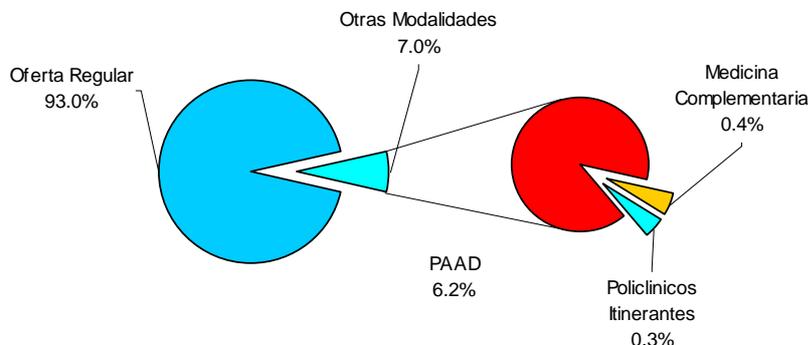
Recetas y análisis por consulta	2001	2002	2003	2004	2005
Consultantes	3,740,641	3,657,337	3,432,743	3,323,201	3,254,895
Promedio de recetas por consulta	1.80	2.11	2.20	2.28	2.34
Promedio de análisis por consulta	0.59	0.68	0.75	0.76	0.82

Por otra parte, en referencia a las citas para la consulta, durante el último trimestre del 2005 se iniciaron proyectos, como EsSalud en Línea, cuyo objetivo es brindar al asegurado un servicio continuo y de calidad de asignación de citas telefónicas, atendiendo sus requerimientos en forma personalizada, y de acuerdo a la capacidad de la oferta sanitaria institucional.

De otro lado, se realizó auditoría prestacional, que permitió identificar los problemas críticos y establecer mejoras en la gestión para optimizar el uso de los recursos de las redes asistenciales.

Durante el 2005 la oferta regular aportó el 93% de consultas y la oferta de otras modalidades de atención significó un 7%.

COMPOSICIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA ESSALUD 2005



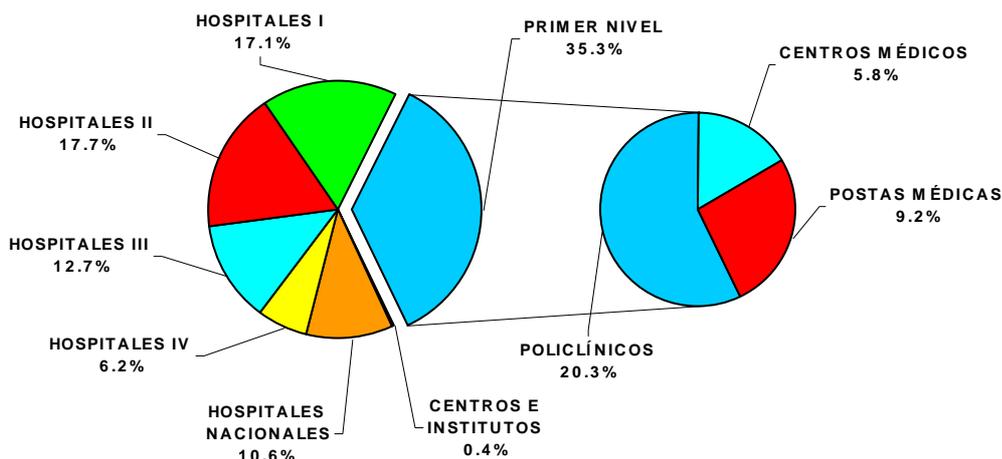
Fuente: SGIG-GPC-OCPD
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

El Programa de atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD) ha presentado un ligero aumento en sus atenciones durante el 2005. Se incrementó en medio punto porcentual con respecto al año anterior.

El 93% de la consulta se realiza con oferta regular¹⁵ y se descompone en:

- 35% en Postas Médicas, Centros Médicos y Policlínicos
- 17% en los Hospitales I. Con el grupo anterior, suman 52%.
- 17.7% otorgadas en Hospitales II y 12.7% en Hospitales III.
- 17.2% otorgadas en Hospitales IV, Nacionales e Institutos.

CONSULTA EXTERNA POR TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL ESSALUD 2005



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

¹⁵ Sólo considera la oferta asistencial propia

Son 26 centros asistenciales que otorgan el 50% de las consultas externas ubicados en 7 redes asistenciales. De los cuales 15 se encuentran ubicados en Lima.

INDICADORES EN CONSULTA EXTERNA

Indicadores	2001	2002	2003	2004	2005
Rendimiento Hora médico	4.6	4.7	4.7	4.6	4.6
Concentración	4.23	4.22	3.82	3.7	3.7
Extensión de uso	49.5%	47.7%	48.7%	47.3%	50.3%

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

En promedio un asegurado acudió a consulta externa 3.7 veces en el año 2005, está relativamente cerca al estándar institucional que es de 3.5. Pero los Hospitales Nacionales y Hospitales III, muestran una concentración mayor a 4, siendo su tendencia decreciente por cuarto año consecutivo.

El rendimiento hora médico fue de 4.61 pacientes por hora. En Institutos es de 3.3, en algunos Centros Médicos y Policlínicos es más de 6 (siendo el estándar de 4 a 5 dependiendo del nivel del centro asistencial). A nivel institucional disminuyó de 4.70 en el 2003 a 4.61 en el 2005.

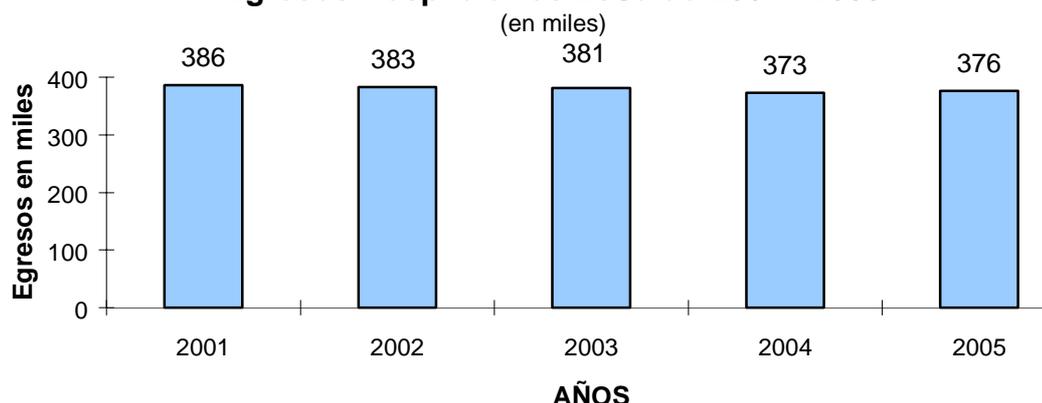
El indicador de extensión de uso muestra que un 50.3% de los asegurados tuvo contacto por lo menos una vez en consulta externa. Como se comentó anteriormente, este año se ha trabajado con una mejor información de población. Es un valor elevado pues a pesar de las condiciones de vida el riesgo de enfermar del asegurado sería superior al promedio de la población en extrema pobreza que es de 35%¹⁶ y no guarda relación con la exposición al riesgo de enfermarse del sistema de salud.

HOSPITALIZACIÓN

El área de Hospitalización recibe a los pacientes con patologías complejas, cuyos diagnósticos y tratamientos no pueden ser resueltos en los servicios de consulta externa del primer nivel. Se localizan también dos bloques de tratamiento especializado: Centro Quirúrgico y Cuidados Críticos (UCI, UCIN o UVI), ambos con especialistas, sistemas y equipos de alta tecnología. De vital importancia para controlar la discapacidad y mortalidad propias del alto riesgo de salud de las patologías complejas. En el área de hospitalización se originan elevados gastos por remuneraciones, días estancia, medicamentos, imágenes, endoscopías, análisis de laboratorio y de anatomía patológica.

¹⁶ Indicador a nivel de nuestro país (Fuente: MINSAs)

Egresos Hospitalarios EsSalud 2001 - 2005



Fuente: SGIG-GPC-OCPCD
Elaboración: SGPE-GPC-OCPCD

En el 2005 se observó un aumento mínimo (0.59%) en los Egresos Hospitalarios, los que cayeron en 1.97% el 2004, 0.32% el 2003 y 0.93% el 2002. En resumen, 3.2% de reducción en el período 2001-2004 y 2.6% en el 2001-2005.

El 80% de los egresos hospitalarios se generaron en 34 centros asistenciales. El 29% de ellos se produjeron en 5 Hospitales Nacionales, de los cuales el 19% fue producido por los Hospitales Nacionales Rebagliati y Almenara.

INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN

Se evidencia una disminución progresiva del rendimiento cama anual en el quinquenio 2001-2005 (3.4% entre el 2001 y el 2004), por un incremento del promedio de días estancia (de 5.65 a 5.84 días, en el 2001-2005) y del intervalo de sustitución (elevado en un 25% del 2001 al 2004: de 0.88 a 1.1 días), así como una caída en el porcentaje de ocupación (2% entre el 2001 y el 2004).

PRINCIPALES INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

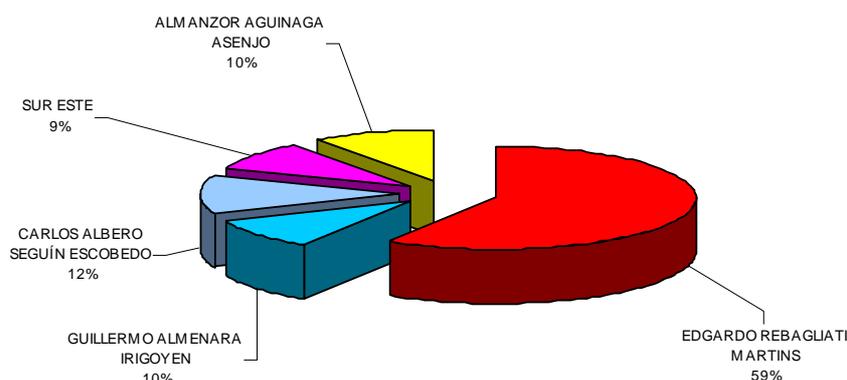
Indicadores hospitalarios/Años	2001	2002	2003	2004	2005
Egresos hospitalarios	386,335	382,743	381,530	373,995	376,209
Variación	3.25%	-0.93%	-0.32%	-1.97%	0.59%
Promedio de días estancia	5.65	5.72	5.76	5.80	5.84
Rendimiento cama anual	58.4	56.4	56.4	55.0	56
Porcentaje de ocupación	85.9%	85.5%	85.5%	83.9%	84.3%
Intervalo de Sustitución	0.88	0.92	0.92	1.10	1.0

Fuente: SGIG-GPC-OCPCD
Elaboración: SGPE-GPC-OCPCD

En el 2005 una disminución del 10% en el intervalo de sustitución y una mejora del 0.4% en el porcentaje de ocupación incrementó en 1% el rendimiento cama y en 0.59% los egresos. A pesar de la elevación de 3.36% en el promedio de días-estancia del 2001 al 2005.

Un indicador de calidad técnica de los servicios es la tasa de complicaciones hospitalarias que actualmente es de 36 x 1000 egresos para los Hospitales Nacionales en conjunto. El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati presenta el mayor porcentaje de estas complicaciones (59%), relacionadas con una mayor estancia hospitalaria (11 días en el 2005).

COMPLICACIONES INFECCIOSAS HOSPITALARIAS HOSPITALES NACIONALES - ESSALUD 2005



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

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Las cirugías han incrementado su producción en 3.5% en el 2005 a pesar de una disminución del 0.7% en Cirugías Menores. Debido a un incremento en 4.8% de las Cirugías Mayores. Cabe destacar el incremento de 12.88% en las Cirugías Mayores de Alta Complejidad.

La proporción de cirugías mayores con respecto a las cirugías menores se mantiene con respecto al año anterior.

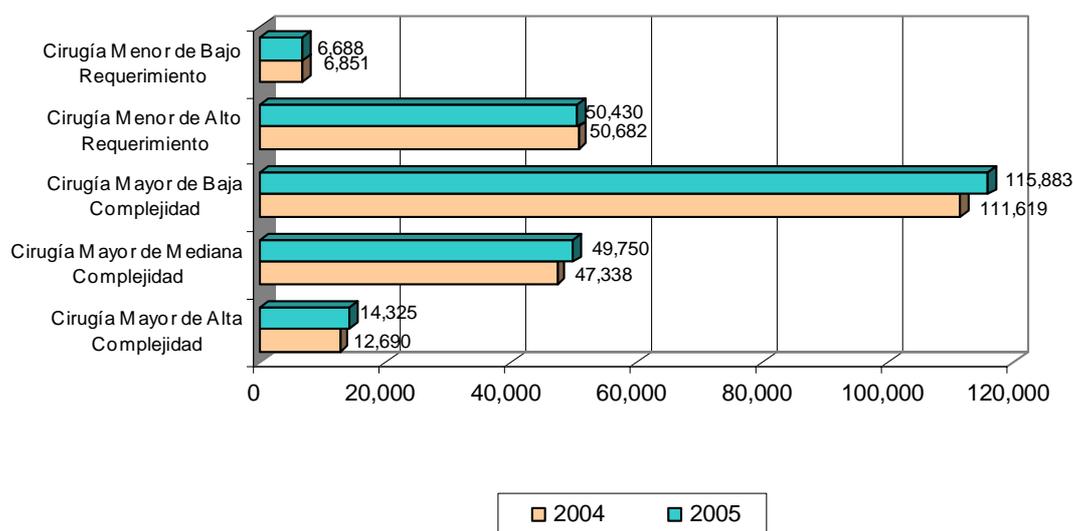
NÚMERO DE CIRUGÍAS 2004-2005

Tipo de Cirugía	2004	%	2005	%	Variación
Total	229,144	100.00%	237,076	100.00%	3.5%
Cirugía Mayor	171,647	74.9%	179,958	75.9%	4.8%
Cirugía Menor	57,497	25.1%	57,118	24.1%	-0.7%

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

En la distribución de cirugías según su nivel de complejidad se observa un incremento en los tres tipos de cirugía mayores y una disminución en los dos tipos de cirugías menores. Se mantienen las proporciones entre los niveles de complejidad muy similares a las del año 2004. Sin embargo, al igual que las consultas y los egresos, sus cifras no retornan a los niveles de los años 2002 y 2003.

CIRUGÍAS POR NIVEL DE COMPLEJIDAD ESSALUD 2004-2005



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

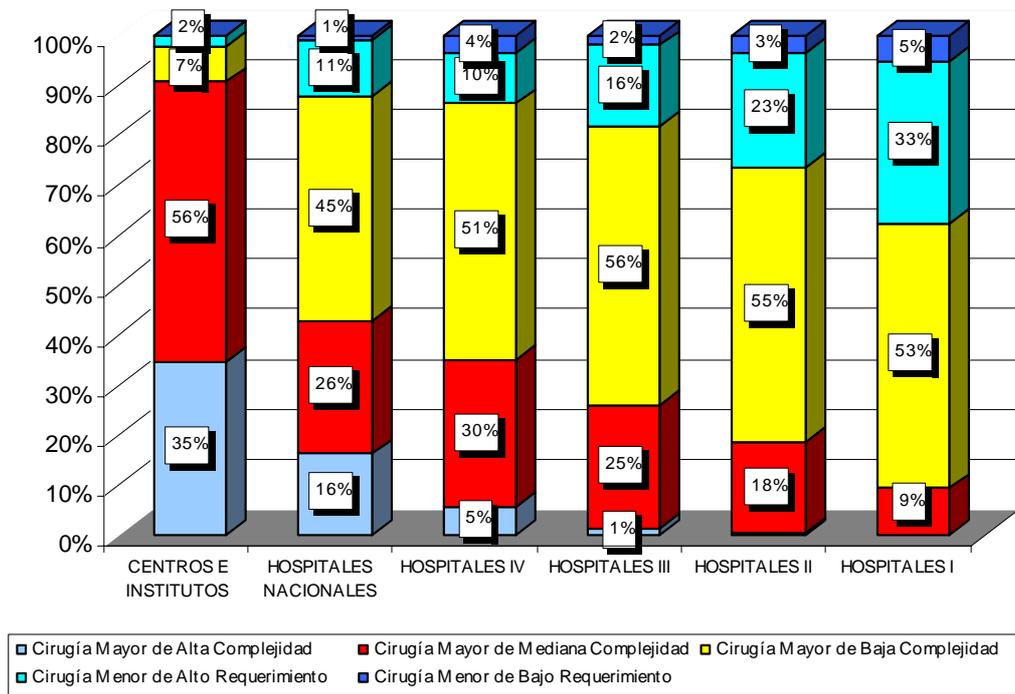
Las Cirugías Mayores de Baja Complejidad fueron las más frecuentes (48.90%, casi la mitad del total de cirugías), seguidas por las Cirugías Menores de Alto Requerimiento (21.3%) y las Cirugías Mayores de Mediana Complejidad (21.0%). Se evidenció un incremento de 4.8% en las cirugías mayores y una leve disminución en las cirugías menores (-0.7%), en el 2005, respecto al 2004. En todas las categorías, excepto en las Cirugías Mayores de Alta Complejidad se observa una disminución con respecto al año anterior.

Se evidencia que el 80% de las cirugías se realizan en 33 Hospitales de las redes asistenciales de la Institución.

Las cirugías del grupo de Cirugía Mayor de Baja Complejidad (49%) más frecuentes fueron: Apendicectomías, Herniorrafías, Hemorroidectomías, Laparatomías exploradoras, Suturas en cara, Colporrafías, Ligaduras de trompas, Histerectomías, Cesáreas, Rinoplastías, Amigdalectomías y Prostatectomías, entre otras.

Al relacionar la complejidad de las cirugías y el nivel del centro asistencial se observa que en los Institutos el 91% fueron Cirugías Mayores de Alta y de Mediana Complejidad, mientras que las Cirugías Menores de Alto Requerimiento y las Cirugías Mayores de Baja Complejidad fueron el 86% en Hospitales I, 76% en Hospitales II, 72% en H. III, 61% en H. IV y 56% en H. Nacionales.

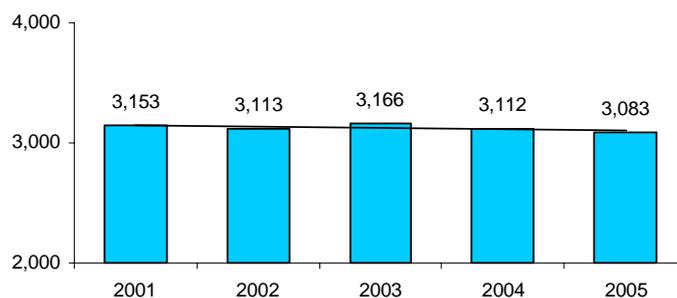
CIRUGÍAS POR COMPLEJIDAD SEGÚN TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL - 2005



EMERGENCIA

En el presente año se realizaron 3,082,629 atenciones de emergencia. Disminuyó con respecto al año anterior y en menor grado con respecto a las atenciones de consulta externa.

ATENCIÓNES DE EMERGENCIA 2001-2005 (en miles)

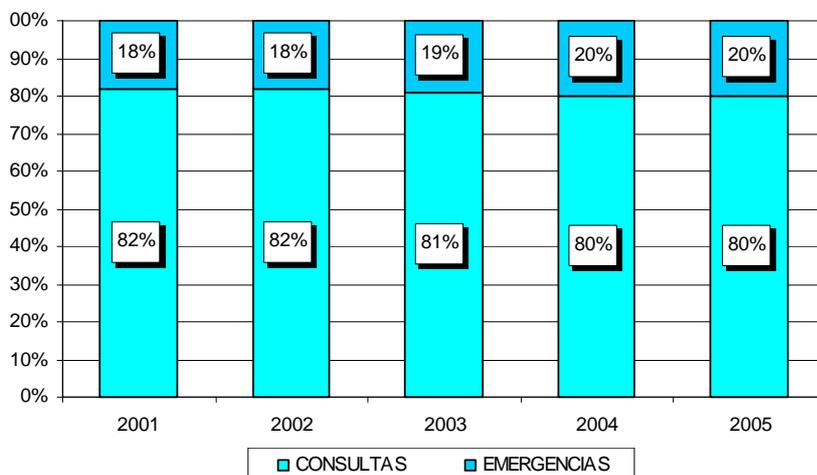


Fuente: SGIG-GPC-OCPD
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

La presión de las atenciones de Emergencia no debería sobrepasar el 10% de atenciones de la Consulta Externa. La Institución históricamente muestra cifras superiores y en los dos últimos años esta cifra ha llegado al 20%. La saturación de estos servicios denota principalmente -en los casos de atención ambulatoria- la deficiente administración de la programación de la consulta que limita el acceso. En

los casos de demanda hospitalaria, la gestión de las camas hospitalarias, el tipo de pacientes como adultos mayores con problemas crónicos en fase terminal y, en otros casos, las barreras administrativas para la atención, los usuarios que han perdido el derecho y acuden por esta vía generando un problema de orden médico legal.

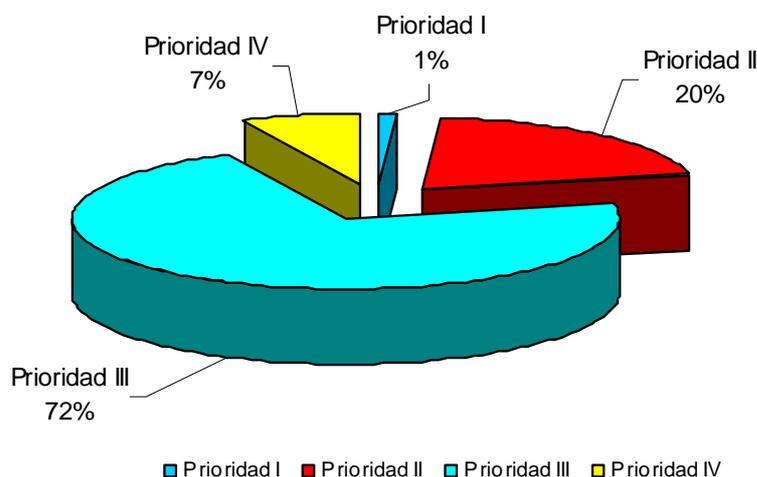
**CORRELACIÓN ENTRE ATENCIONES DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA
ESSALUD 2001-2005**



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

Se evidencia que 41 centros asistenciales los que concentran el 80% de las atenciones por emergencia en el ámbito Institucional.

EMERGENCIAS POR PRIORIDAD ESSALUD 2005



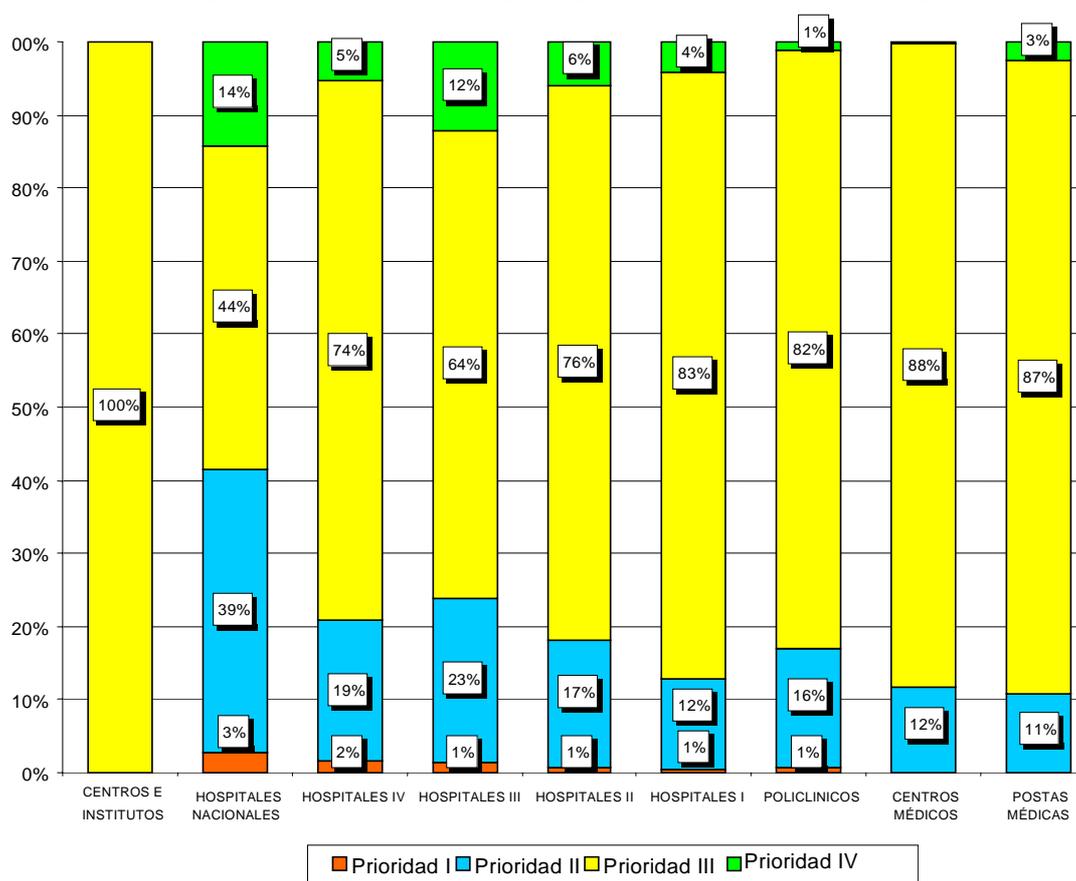
Fuente: SGIG-GPC-OCPD
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Desde Postas Médicas hasta Hospitales II las atenciones más frecuentes son de prioridades III y IV (las de menor complejidad): 90% en Postas, 88% en Centros Médicos, 83% en Policlínicos, 87% en Hospitales I y 82% en Hospitales II. Aunque también se aprecia que el 14% de las atenciones de emergencia en los Hospitales Nacionales son de prioridad IV, es decir, no emergencias / no urgencias, y el 44% de

prioridad III (urgencias), siendo estos grupos los que no permiten una eficiente atención a las emergencias de mayor prioridad y saturan estos servicios.

En los servicios de emergencias se atiende un volumen significativo de urgencias (Prioridad III) con el 72% de atenciones, que sumadas al 7% de las Prioridades IV, totalizan un 79% de las atenciones que se brindan en estos servicios, valor similar a la suma que presentaron las atenciones de estas prioridades el año 2004.

ATENCIONES DE EMERGENCIA POR TIPO DE PRIORIDAD ESSALUD



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

Las atenciones de emergencia de Prioridad II llegan sólo al 20% y las de prioridad I apenas al 1% en el total de nuestras Redes Asistenciales. Asimismo, las atenciones de prioridad I representan sólo el 2% en los Hospitales IV y únicamente el 3% en los servicios de emergencia de los Hospitales Nacionales.

PRESTACIONES ECONOMICAS

Las prestaciones económicas cubren diferentes riesgos como enfermedad y accidente por causas laborales, así como maternidad y sepelio. El subsidio por lactancia y sepelio, se realizan como pago único a los beneficiarios de éste.

La evolución del gasto en prestaciones económicas del 2000 al 2005 nos muestra que se mantiene la tendencia con ligeras variaciones entre el 2000 y el 2004. Pero un incremento notable en el 2005 por las razones expuestas anteriormente (Ver gestión de aseguramiento)

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIONES ECONÓMICAS

Conceptos/Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Monto Total	192.34	195.04	232.23	223.13	207.56	283.19
Incapacidad Temporal						
N° de Días Subsidiados	(*) 1'144,561	(*) 1'179,063	1'402,474	1'291,251	1'064,702	1'794,022
Monto pagado S/.	38.18	42.30	52.25	51.47	43.55	75.98
Maternidad						
N° de Días Subsidiados	1'780,433	1'788,302	2'121,786	1'859,299	1'580,433	2'459,465
Monto pagado S/.	57.84	62.09	75.78	69.84	59.38	93.58
Lactancia						
N° de casos	76,614	74,789	88,165	84,425	86,549	92,524
Monto pagado S/.	66.74	60.89	70.22	67.80	70.18	75.38
Sepelio						
N° de casos	14,558	14,736	16,975	17,057	17,110	18,998
Monto pagado S/.	29.58	29.77	33.98	34.02	34.45	38.25

(*) Incluye las contingencias por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del DL 18846

Fuente: SGPECO-GPEyS-GDP

PRESTACIONES SOCIALES

Las prestaciones sociales ofrecidas por nuestra Institución se otorgan a través de servicios sociales especializados dirigidos a las personas adultas mayores y a las personas con discapacidad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y lograr su integración socio laboral.

El impacto social logrado por estas prestaciones en las Personas Adultas Mayores, se manifiesta en una mejor calidad de vida y en el incremento de sus años de vida natural, es decir, se traduce en el mantenimiento de su autonomía e independencia personal durante el proceso de envejecimiento, así como en menores gastos en tratamientos y servicios médicos, a un porcentaje cada vez más alto de usuarios de nuestros servicios.

En el caso de las Personas con Discapacidad, se evidencia en una mejor toma de conciencia respecto de sus potencialidades, posibilidades y derechos para enfrentar los retos que el mercado laboral les presenta, así como la colocación progresiva a una población cada vez mejor calificada en empleos productivos.

En nuestro país EsSalud es el único que brinda Prestaciones Sociales pues las aseguradoras privadas (EPS's o AFP's) no ofrecen estas prestaciones. Se financia con los recursos que administramos del fondo de la Ley N° 27056.

Las Prestaciones Sociales, no fueron ajenas a los cambios estructurales relacionados con la forma de organización en red, producidos entre el 2003 - 2004, siendo el 2004 un año de cambios y transformación en la que se creó la Red Nacional de Prestaciones Sociales, que se implantó en el año 2005.

REHABILITACION PROFESIONAL

Los servicios sociales dirigidos a las personas con discapacidad se otorgan en el ámbito nacional a través de cuatro Centros de Rehabilitación Profesional (CERP), dos en Lima (La Victoria y Callao), uno en Arequipa y el cuarto en Piura. Asimismo se encuentran en operatividad cuatro Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (MBRP), situados en Lambayeque (Chiclayo), Cuzco, Ancash (Chimbote) y Junín (Huancayo); y 3 Unidades Básicas de Rehabilitación Profesional (UBARP) ubicadas en Tumbes, La Libertad e Ica.

En estos centros, se realiza un proceso especializado que prepara a las personas con discapacidad para su adecuada integración social y laboral, observándose para el año 2005 una disminución de 13.4% en el número de usuarios comparado con el año anterior.

PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL ESSALUD 2003-2005

UNIDADES OPERATIVAS - AÑOS	NÚMERO DE PARTICIPANTES		
	2003	2004	2005
Centros especializados de Rehabilitación Profesional	2,190	1,540	1,341
Módulos básicos de Rehabilitación Profesional	344	199	257
Ayudas Biomecánicas	80	242	242
Programas Complementarios	1,988	800	596

Fuente: SGPSOC-GPEyS-GDP
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

BIENESTAR Y PROMOCION SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Los servicios sociales, dirigidos a las personas adultas mayores que brinda la institución se otorgan a través de 109 Centros del Adulto Mayor (CAM) distribuidos en todo el país, con 142,457 participantes y 124 Círculos del Adulto Mayor (CIRAM) con 10,268 usuarios.

Estos servicios especializados se otorgan a partir del desarrollo del Modelo de Intervención Gerontológico Social, orientado a mejorar la calidad de vida, bajo el enfoque de un envejecimiento activo que posibilite mantener la autonomía e independencia personal de los mayores. El modelo opera a través de cinco componentes operacionales: integración familiar, integración social, promoción del

bienestar y la salud, producción y terapia ocupacional así como promoción cultural y recreativa.

Los Centros y Círculos del Adulto Mayor, desarrollan actividades dirigidas a los asegurados mayores de 60 años autovalentes, proporcionándoles un abanico de servicios a fin de satisfacer diversas necesidades sociales de acuerdo a las características de diversidad cultural y género de la demanda, participando activamente en aspectos culturales, económicos, productivos, de integración intergeneracional y de fortalecimiento de la red de soporte familiar.

**PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES DE BIENESTAR
Y PROMOCIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR - 2005**

COBERTURA Y ACTIVIDADES	NUMERO DE PARTICIPANTES
COBERTURA POBLACIONAL EN CENTROS DEL ADULTO MAYOR	142 457
COBERTURA POBLACIONAL EN CÍRCULOS DEL ADULTO MAYOR	10 268
I. INTEGRACIÓN FAMILIAR	
Encuentros Familiares	22 974
Consejería Socio Jurídico Familiar	33 833
II. INTEGRACIÓN SOCIAL	
Eventos de Integración Intergeneracional	33 388
Sensibilización y Promoción	1 759
Turismo Social	43 094
III. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y BIENESTAR	
Taller de Autocuidado	57 884
Taller de Autoestima y Memoria	34 446
Atención en Comedores	77 028
Huertos Familiares	13 082
IV. PRODUCCIÓN Y TERAPIA OCUPACIONAL	
Talleres de Terapia Ocupacional	35 508
V. PROMOCIÓN CULTURAL Y RECREATIVA	
Talleres de Promoción Artística	39 559
Talleres de Cultura Física	58 251
Eventos de Promoción Deportiva y Recreativa	79 549
Talleres de Alfabetización	3 268

Fuente: Gerencia de Prestaciones Sociales y Económicas-Gerencia de División de Prestaciones

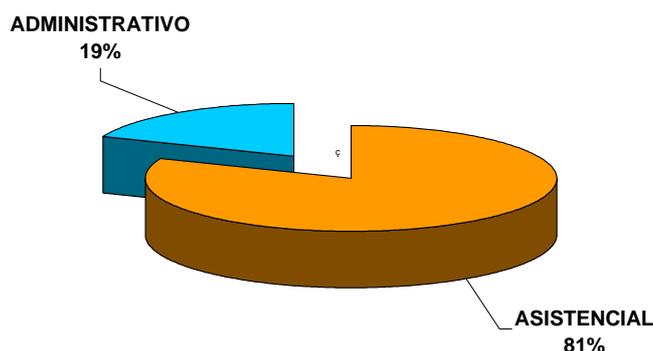
(*) El número de Beneficiarios no ha variado con relación al año 2004

V. APOYO A LA GESTIÓN

RECURSOS HUMANOS

EsSalud oferta los servicios de salud sobre la base del personal asistencial y con el debido soporte del personal administrativo. La sede central se encuentra conformado básicamente por personal administrativo. Se evidencia una relación de 4 a 1 entre ambos grupos.

COMPOSICIÓN DEL RECURSO HUMANO
A DICIEMBRE 2005



Fuente: GCRH
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

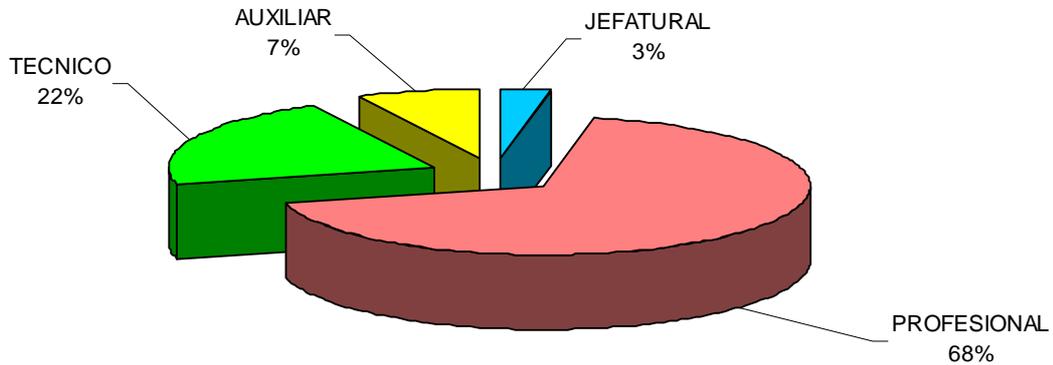
El personal perteneciente al régimen laboral del D.Leg 728 es mayor en relación al personal nombrado (D.Leg 276). El personal asistencial es significativamente mayor que el personal administrativo, dadas las características de oferta de servicios de salud que se brinda a nivel nacional.

	Administrativo	%	Asistencial	%	Total	%
D. Leg. 276	2,659	40.00%	12,585	43.79%	15,244	43.08%
D. Leg. 728	3,988	60.00%	16,155	56.21%	20,143	56.92%
Total	6,647	100.00%	28,740	100.00%	35,387	100.00%

Fuente: GCRH
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

El personal asistencial constituye el 81% de los recursos humanos de la Institución. Clasificado según grupos ocupacionales, forma cuatro grupos, de los cuales el profesional es el mayoritario, con 68%, y los de técnicos y auxiliares suman el 29%, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

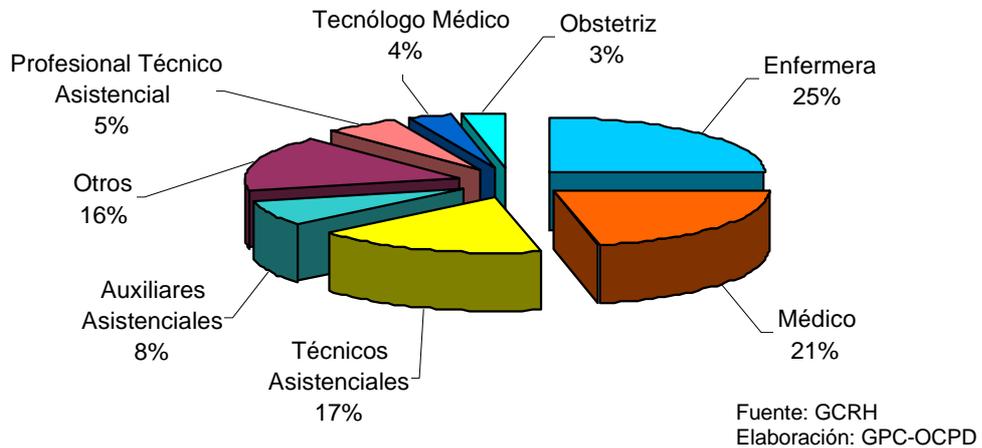
**COMPOSICIÓN DEL RECURSO ASISTENCIAL POR GRUPO
OCUPACIONAL
A DICIEMBRE 2005**



Fuente: GCRH
Elaboración: GPC-OCPD

Al revisar en detalle, encontramos que el grupo Profesional Asistencial está conformado en su mayoría por Enfermeras (25.12%) y Médicos (21.47%), los cuales sumados representan casi la mitad (46.59%) de este grupo. La mitad restante engloba a los demás profesionales del área asistencial que trabajan en la Institución.

**COMPOSICIÓN DEL RECURSO HUMANO PROFESIONAL ASISTENCIAL
A DICIEMBRE 2005**

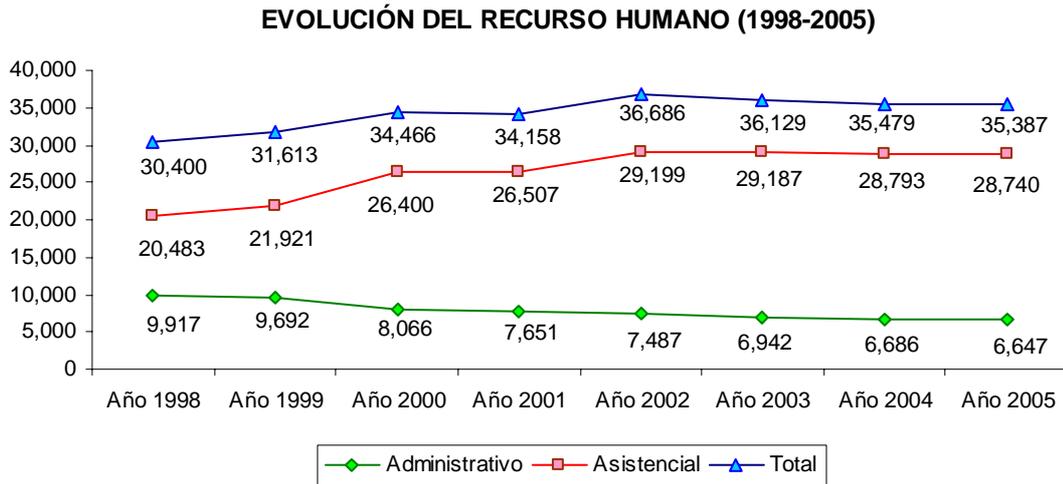


Fuente: GCRH
Elaboración: GPC-OCPD

Otros: Digitadores, Residentes, Serumistas, Odontólogos, Choferes, Asistentas Sociales, Químicos Farmacéuticos, Psicólogos, Nutricionistas, Biólogos, etc.

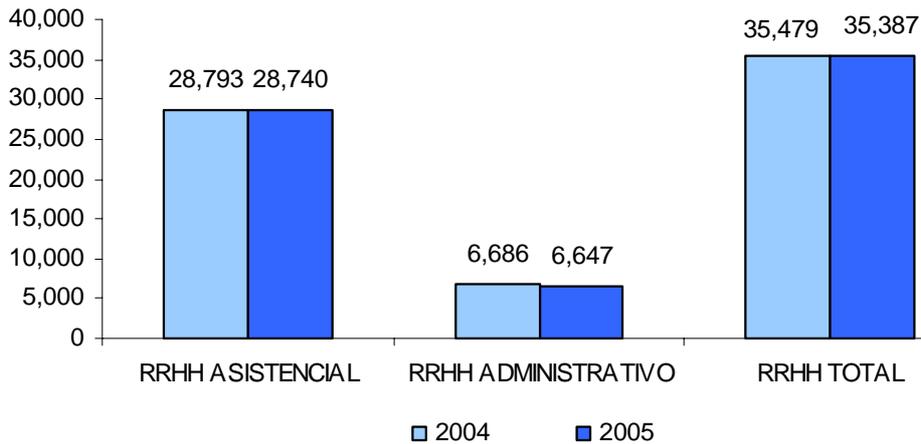
EVOLUCIÓN DEL RECURSO HUMANO 1998-2005

En los cuatro últimos años el personal asistencial ha mostrado una discreta tendencia decreciente, básicamente por la reducción a valores históricos del personal en formación: Serumistas, Internos, Residentes y en menor proporción por el retiro del personal de la Ley 20530; mientras que el personal administrativo continúa la tendencia decreciente de los últimos 7 años, trayendo como consecuencia que el total institucional presente una curva ligeramente decreciente por tercer año consecutivo, con una variación de -0.26%.



Fuente: GCRH
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

RECURSO HUMANO TOTAL 2004-2005 (En número de trabajadores)



Fuente: GCRH
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

El grupo de Otros Profesionales de Salud se incrementó debido al cambio de personal de los grupos ocupacionales de Técnico y Auxiliar Asistenciales al de Profesional Técnico Asistencial (P4 Asistencial), ocurrido durante los años 2004 y 2005.

En el año 2005, en cumplimiento de la ley 27803 se avanzó con la reincorporación de despedidos de la década de los noventa sobre la base de las evaluaciones realizadas.

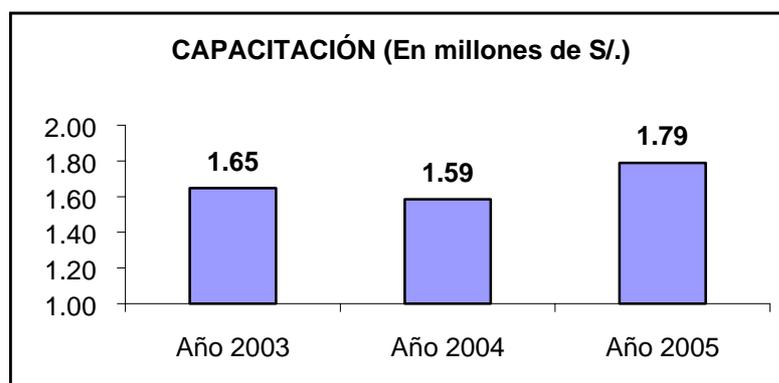
CAPACITACIÓN

Durante el año 2005 se han ejecutado 2,528 actividades educativas, generando 29,062 oportunidades de capacitación orientadas a mejorar las competencias de los trabajadores de la Institución, con una inversión de aproximadamente 1,788,686 Nuevos Soles (sin considerar las licencias con goce de haber).

OPORTUNIDADES DE CAPACITACIÓN POR GRUPO OCUPACIONAL/CARGOS

EJECUTIVO	MÉDICO	ENFERMERA	OTROS ASISTENCIALES	PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	TÉCNICOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	TÉCNICOS AUXILIARES ASISTENCIALES
1,105	6,930	7,736	5,643	1,603	1,842	1,203
4%	27%	30%	22%	6%	7%	5%

Fuente: GCRH
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD



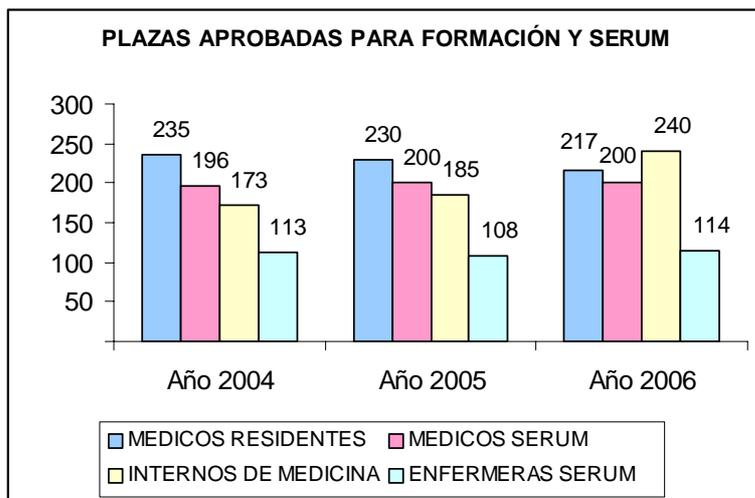
Nota: No incluye las licencias con goce de haber al personal
Fuente: Presupuesto Institucional

A principios de Setiembre del 2005 el Consejo Directivo aprobó, mediante el Acuerdo 37-17-ESSALUD-20005, la creación de la Escuela Nacional de Seguridad Social para la formación y capacitación permanente de los trabajadores de EsSalud. Al contarse con una estructura académica propia, podrán lograrse los objetivos de potenciar la formación y capacitación del personal, así como reforzar los valores de la organización en los trabajadores de los diversos niveles ocupacionales. Del mismo modo se creó la Escuela de Atención Primaria para fortalecer la gestión de los centros del primer nivel de atención

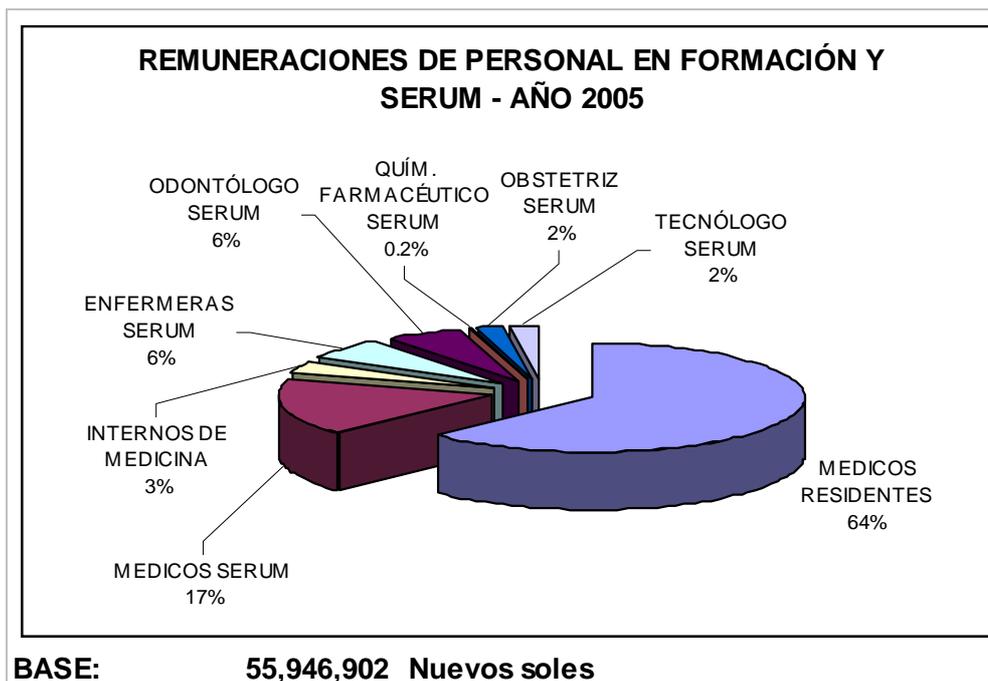
FORMACIÓN Y SERUM

El número de plazas aprobadas de personal en formación y serum no ha variado significativamente en los últimos 3 años. La reducción del número de médicos

residentes para el año 2005 disminuyó por cambios en la acreditación por parte del CONAREME¹⁷.



El gasto en remuneraciones del personal en formación y serum en el año 2005 ascendió a S/. 55.9 millones. Las actividades de formación además generan gastos en bienes y servicios.



¹⁷ Consejo Nacional de Residencia Médica

RECURSOS FISICOS

OFERTA PROPIA

La infraestructura asistencial por tipo de establecimiento, que son parte de los recursos físicos de la institución se encuentra divididas por niveles o categorías, es decir: Institutos, Hospitales, Policlínicos, Centros Médicos, Postas, durante el año 2005 sumaron un total de 326 establecimientos y estuvo distribuida de la siguiente manera:

INFRAESTRUCTURA ASISTENCIAL - 2005

Tipo de Centro Asistencial	N°	%	Consultorios Físicos	Camas
Posta Médica	178	1	215	11
Centro Médico	37	0	115	92
Policlínico	30	0	305	147
Hospital I	38	0	297	775
Hospital II	22	0	343	1,141
Hospital III	9	0	248	1,076
Hospital IV y N	8	0	449	3,494
Institutos / Centros	4	0	13	30
TOTAL	326	1	1,985	6,766

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

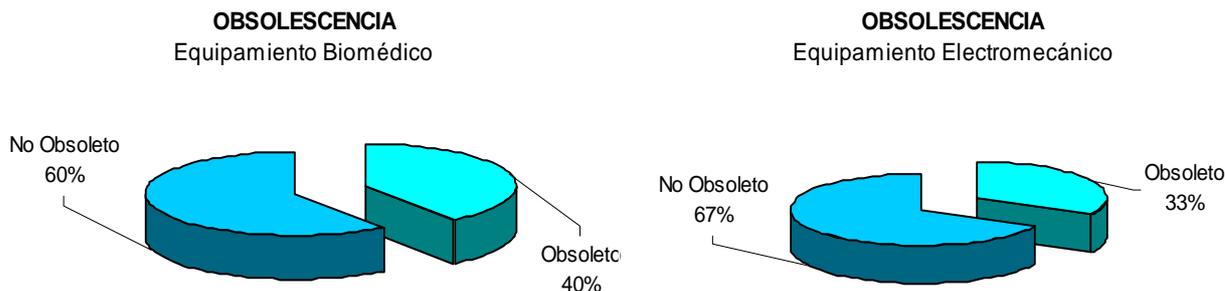
Esta red de centros asistenciales propia permite a nuestra Institución brindar a sus asegurados servicios asistenciales en el ámbito nacional y en todos los niveles de complejidad.

EQUIPAMIENTO

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

Según el “Diagnóstico y Evaluación de Tecnologías del Equipamiento Hospitalario en EsSalud “ realizado por la Gerencia de Planeamiento y Evaluación de Inversiones, el año 2005, la Institución presentaba un grado de obsolescencia¹⁸ a nivel Equipo Biomédico del 40 % y de Equipo Electromecánico del 33%.

¹⁸ Para considerar si un equipo es obsoleto o no, se compara su antigüedad con la vida útil estimada del mismo; si dicha antigüedad es mayor el equipo es obsoleto.



Fuente: GPEI -OCPD
Elaboración: GPC-OCPD

COMPRA DE EQUIPOS

Con el resultado de este diagnóstico, la institución decidió la adquisición centralizada de Equipamiento Biomédico durante el año 2005, finalizando el periodo con una inversión total de US\$ 10'859,700.53.

Se compró un total de 1,229 Equipos, beneficiando a los establecimientos de Salud a nivel nacional.

De acuerdo con los lineamientos institucionales se priorizó las áreas para la asignación de equipos, así, el 43.9% de la inversión (\$ 4'767,157.38) se designó a los Equipos para Cuidados Críticos, 10.21% (\$ 1'108,629.30) a los de Sala de Operaciones, 16.44% (\$ 1'785,181.00) a los del área Materno Infantil, y 23.58% (\$ 2'561,084.27) a los equipos de Diagnóstico por Imágenes.

CONTRATACIONES Y ADQUISICIONES 2004-2005

La Institución durante el año 2005 ha realizado diversas contrataciones y adquisiciones, las cuales, comparadas con el año anterior, presentan un aumento de Licitaciones Públicas y Concursos Públicos en un 20% en conjunto y en -44% y 1,940% respectivamente. Mientras que se observa un aumento del 34.2 % en las Adjudicaciones Directas, así como una disminución en las Adquisiciones de Menor Cuantía en un 84%.

Cabe mencionar que las compras institucionales deberán orientarse hacia una forma de adquisición por licitación y/o concurso público y de manera centralizada (conjunta), de modo tal que se aprovechen los retornos a escala (mejores precios), así como ejercer nuestro poder de negociación frente a los proveedores.

CONTRATACIONES Y ADQUISICIONES

(En millones de Nuevos Soles)

	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005
Licitación Pública - Concurso Público	152	339	440	259	312
Licitación Pública	108	283	349	251	140
* Nacional	105	48	60	21	8
* Internacional	3	41	47	23	118
* Licitación Pública (Medicamentos)		194	242	207	14
Concurso Público	45	56	91	8	172
* Nacional	45	56	91	8	172
* Internacional					
Adjudicación Directa	107	90	70	93	125
* Pública	23	47	29	34	53
* Selectiva	84	43	41	60	73
Menor Cuantía	217	397	288	482	77
* Adquisición de bienes y contrataciones de servicios	206	313	249	389	44
* Consultoría y ejecución de obras		0.05			0.01
* Adquisiciones y contrataciones por exoneración de procesos	11	84	39	92	33
Total	477	826	798	834	515

Fuente: GCA-GDAO

VI. ESTADOS FINANCIEROS AUDITADOS

DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

A los señores miembros del Consejo Directivo

SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

1. Hemos efectuado una auditoría al balance general combinado del **SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD**, al 31 de diciembre de 2005, y a los correspondientes estados combinados de operaciones, de cambios en el patrimonio y de flujos de efectivo por el año terminado en dicha fecha. La preparación de dichos estados financieros combinados es responsabilidad de la Gerencia General del **SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD**. Nuestra responsabilidad consiste en emitir una opinión sobre los mismos en base a la auditoría que efectuamos. Anteriormente, auditamos e informamos sobre los estados financieros del ejercicio anterior, emitiendo una opinión con salvedades con fecha 28 de marzo de 2005. Dichos estados financieros, son incluidos en el presente informe, solo para propósitos comparativos.
2. Nuestro examen fue realizado de acuerdo con normas de auditoría generalmente aceptadas y normas de auditoría gubernamental emitidas por la Contraloría General de la República, excepto por lo mencionado en el párrafo siguiente. Tales normas requieren que planifiquemos y realicemos la auditoría con la finalidad de obtener seguridad razonable que los estados financieros no contengan errores importantes. Una auditoría comprende el examen basado en comprobaciones selectivas de evidencias que respaldan los importes y las divulgaciones incluidas en los estados financieros. Una auditoría también comprende una evaluación de los principios de contabilidad aplicados y de las estimaciones significativas efectuadas por la Gerencia de la Institución, así como una evaluación de la presentación general de los estados financieros. Consideramos que nuestra auditoría constituye una base razonable para fundamentar nuestra opinión.
3. El alcance de nuestra auditoría estuvo sujeto a las siguientes limitaciones :
 - a. Tal como se explica con mayor detalle en la Nota 3 a los estados financieros combinados, la Institución mantiene vigente el acuerdo unánime N° 247-7-EsSALUD-2004 de fecha 15 de abril de 2004, adoptado por el Consejo Directivo; en relación con las obligaciones previsionales establecidas por los Decretos Leyes N° 20530 y N° 18846; en el sentido de que solo le corresponde asumir como responsabilidad máxima, hasta el monto original que para dichos regímenes pensionarios estableció el Decreto de Urgencia N° 067-98 del 15 de enero de 1999 (S/. 2,204.4 millones para el régimen del Decreto Ley N° 20530 y S/. 607.1 millones para el régimen del Decreto Ley N° 18846, los cuales, deducidos los pagos y transferencias efectuados hasta el 31 de diciembre de 2005, genera a la fecha de estos estados financieros, un saldo por pagar de S/. 176.3 millones y S/. 151.8 millones, respectivamente). Posición que fue comunicada al Ministerio de Economía y Finanzas y sobre la cual se ha interpuesto una acción de amparo ante la autoridad judicial; donde entre otros, se hace mención a los principios de intangibilidad de los recursos de la seguridad social.

- Sobre esta posición adoptada por la Institución, que podría requerir interpretaciones y otras acciones de orden jurídico, en relación con los niveles de responsabilidad que debería corresponder a cada una de las partes, en la atención de los regímenes pensionarios antes mencionados, a partir de la fecha en que el Fondo Salud complete el pago del saldo de las obligaciones previsionales reconocidas en su Balance General al 31 de diciembre de 2005, y dando concordancia a lo establecido en el Decreto Urgencia N° 030-2005 que se expone en la Nota 31 a), somos de la consideración que a la fecha de nuestro dictamen, no es posible determinar el efecto futuro de estos importantes eventos económico – legales, sobre la situación financiera, los resultados de operaciones y los flujos de efectivo de la Institución al 31 de diciembre de 2005, así como su viabilidad futura para continuar bajo el principio de empresa en marcha.
- b. Como parte de las acciones continuas que se vienen realizando orientadas a fortalecer el control sobre los activos fijos a la fecha de estos estados financieros, y tal como se expone en la Nota 31 b), la Institución viene siendo sujeta de un proceso de tasación técnica de su margen inmobiliario. La cual de conformidad con el contrato suscrito para tal efecto, que debería concluirse en marzo de 2006, permitirá conocer el valor de mercado reciente de los bienes principales que el rubro inmuebles, maquinaria y equipo comprende. La imposibilidad de contar con resultados definitivos de este proceso, que podría derivar en ajustes y regularizaciones al saldo neto del activo fijo que al 31 de diciembre de 2005 asciende a S/. 1,516.3 millones, constituyó una limitación en la aplicación de nuestros procedimientos de auditoría relacionados con la adecuada valuación de los saldos de este rubro, a la fecha de los estados financieros que aquí se adjuntan.
 - c. No nos fue posible satisfacernos de la razonabilidad del saldo del rubro Aportaciones por Cobrar a Largo Plazo y su correspondiente contrapartida Ingresos Diferidos, que asciende a S/. 104.4 millones (neto de evaluación de la cobrabilidad); debido a la limitación que tiene la Institución (en el entorno de las facultades que por Ley le fueron conferidas a la SUNAT en relación con las aportaciones de EsSALUD) para el acceso y control de la documentación fuente de las aportaciones que contribuyen a generar el saldo de esta cuenta. Esta situación, que constituyó una limitación en el alcance de nuestro examen, no nos permitió establecer el posible efecto sobre la situación financiera, los resultados de operaciones y los flujos de efectivo, que pudiera haberse derivado de la aplicación de nuestros procedimientos de auditoría sobre la documentación antes mencionada.
4. En nuestra opinión, dando consideración al efecto de los ajustes que pudieran derivarse de las situaciones expuestas en el tercer párrafo, los estados financieros combinados que se acompañan, presentan razonablemente en todos sus aspectos de importancia, la situación financiera del **SEGURO SOCIAL DE SALUD – EsSALUD**, al 31 de diciembre de 2005, así como los resultados de sus operaciones y sus flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha, de conformidad con principios de contabilidad aplicables a la contabilidad gubernamental en el Perú, que tienen su base en los principios de contabilidad generalmente aceptados.



B K R

Noles Monteblanco & Asoc. S.C.

AUDITORES Y CONSULTORES DE NEGOCIOS

5. El saldo de obligaciones previsionales del régimen pensionario amparado por Decreto Ley N° 18846 que muestran los estados financieros combinados, y que está pendiente de transferir a la Oficina de Normalización Previsional (ONP), asciende a S/. 151.9 millones al 31 de diciembre de 2005. No obstante, según información de la ONP a dicha fecha, el Fondo Salud, adeuda S/. 393.5 millones. Importe que incluye intereses y gastos administrativos hasta por S/. 7.0 millones, los cuales son desconocidos por la Institución. El convenio suscrito para dicho régimen el 4 de agosto de 1999, no estipula que la Institución esté obligada a pagar intereses y asumir gastos administrativos de la ONP. No obstante, establece que en caso de divergencias, las partes buscarán resolverlas dentro de las reglas de buena fé.
6. Tal como se detalla en la Nota 19 que se acompaña a los estados financieros combinados, y que forma parte integrante de los mismos; la Institución, conjuntamente con la Oficina de Normalización Previsional (ONP), mantiene tres procesos judiciales sobre Acción de Cumplimiento, interpuestos por la Asociación Nacional de Ex-Servidores del IPSS (ASEIPSS), por concepto de pago de pensiones de cesantía nivelables, los cuales se vienen tramitando ante diferentes instancias en el poder judicial. Al 31 de diciembre de 2005, los estados financieros incluyen una provisión de 32.9 millones. Sin embargo existe incertidumbre respecto del monto de la obligación que pudiera resultar de dichos procesos, sobre los cuales no es posible determinar la posición final, así como el monto definitivo que pudiera afectar a los estados financieros de la Institución..

Lima, Perú
17 de marzo de 2006

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

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

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



SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

BALANCES GENERALES COMBINADOS

AL 31 DE DICIEMBRE DE 2005 Y 2004

(En Miles de Nuevos Soles)

<u>ACTIVOS</u>	<u>2 0 0 5</u>	<u>2 0 0 4</u>	<u>PASIVOS Y PATRIMONIO</u>	<u>2 0 0 5</u>	<u>2 0 0 4</u>
Activos corrientes:			Pasivos Corrientes:		
Caja y bancos (Nota 4)	246 452	440 492	Cuentas por pagar comerciales (Nota 15)	97 054	123 572
Valores negociables (Nota 5)	215 722	309 076	Otras cuentas por pagar (Nota 16)	517 783	474 677
Aportaciones por cobrar a corto plazo (Nota 6)	441 758	362 023	Provisión para obligaciones previsionales D.L. 20530 y D.L. 18846 (Nota 17)	282 076	458 484
Otras cuentas por cobrar (Nota 7)	25 502	13 712			
Existencias (Nota 8)	150 770	179 112			
Gastos pagados por anticipado (Nota 9)	4 295	3 552			
Total de activos corrientes	1 084 499	1 307 967	Total de pasivos corrientes	896 913	1 056 733
Aportaciones por cobrar a largo plazo (Nota 10)	230 921	550 070	Provisión para obligaciones previsionales D.L. 20530 y D.L. 18846 (Nota 17)	46 134	384 179
Cuenta por cobrar al Ministerio de Economía y Finanzas MEF D.U.-067 (Nota 11)	-.-	286 531	Provisión para beneficios sociales (Nota 18)	11 049	10 406
Inversiones permanentes (Nota 12)	629 195	560 889	Ingresos diferidos (Nota 10)	230 921	487 288
Inmuebles, maquinaria y equipo, neto (Nota 13)	1 516 374	1 587 756	Provisión para contingencias (Nota 19)	32 912	32 559
Activos intangibles (Nota 14)	8 145	10 327	Total de pasivos	1 217 929	1 971 165
TOTAL DE ACTIVOS	3 469 134	4 303 540	Patrimonio :		
			Capital adicional	7 538	7 407
			Excedente de revaluación (Nota 20)	676 898	676 898
			Reservas (Nota 21)	926 010	912 614
			Resultados acumulados	640 759	735 456
			Total de patrimonio	2 251 205	2 332 375
			TOTAL DE PASIVOS Y PATRIMONIO	3 469 134	4 303 540
Cuentas de orden (Nota 22)	717 727	1 909 480	Cuentas de orden (Nota 22)	717 727	1 909 480

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



SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

ESTADOS DE OPERACIONES COMBINADOS

POR LOS AÑOS TERMINADOS EL 31 DE DICIEMBRE DE 2005 Y 2004

(En Miles de Nuevos Soles)

	<u>2005</u>	<u>2004</u>
INGRESOS		
Ingresos por aportaciones, seguros y otros (Nota 23)	3 399 053	3 184 259
GASTOS		
Gastos de administración (Nota 24)	(3 503 423)	(2 996 846)
Superávit (Déficit) de operación	<u>(104 370)</u>	<u>187 413</u>
OTROS INGRESOS (GASTOS)		
Ingresos financieros (Nota 25)	56 305	67 975
Otros ingresos (Nota 26)	120 393	88 494
Egresos financieros	(45)	(472)
Otros gastos	(43 523)	(30 486)
Diferencia de cambio	10 100	--
Total de otros ingresos y gastos	<u>38 860</u>	<u>312 924</u>
Resultado por exposición a la inflación	--	(35 109)
SUPERÁVIT DEL EJERCICIO	<u><u>38 860</u></u>	<u><u>277 815</u></u>

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



SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

ESTADOS DE CAMBIOS EN EL PATRIMONIO COMBINADOS

POR LOS AÑOS TERMINADOS EL 31 DE DICIEMBRE DE 2005 Y 2004

(En Miles de Nuevos Soles)

	<u>CAPITAL ADICIONAL</u>	<u>EXCEDENTE DE REVALUACIÓN</u>	<u>RESERVAS</u>	<u>RESULTADOS ACUMULADOS</u>	<u>TOTAL PATRIMONIO</u>
Saldos al 31 de diciembre de 2003	7 325	676 898	909 986	460 269	2 054 478
Transferencias	--	--	2 628	(2 628)	--
Donaciones	82	--	--	--	82
Superávit del ejercicio, 2004	--	--	--	277 815	277 815
Saldos al 31 de diciembre de 2004	7 407	676 898	912 614	735 456	2 332 375
Transferencias	--	--	13 396	(13 396)	--
Donaciones	131	--	--	--	131
Ajustes de ejercicios anteriores				(120 161)	(120 161)
Superávit del ejercicio, 2005	--	--	--	38 860	38 860
Saldos al 31 de diciembre de 2005	7 538	676 898	926 010	640 759	2 251 205

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



SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

ESTADOS DE FLUJOS DE EFECTIVO COMBINADOS

POR LOS AÑOS TERMINADOS EL 31 DE DICIEMBRE DE 2005 Y 2004

(En Miles de Nuevos Soles)

	<u>2 0 0 5</u>	<u>2 0 0 4</u>
ACTIVIDADES DE OPERACIÓN:		
Cobranza de venta de bienes y servicios e ingresos operacionales	3 308 305	3 215 676
Cobranza de intereses y dividendos recibidos	56 305	55 117
Otros cobros de efectivo relativos a la actividad	64 502	54 801
Menos:		
Pago a proveedores de bienes y servicios	(626 609)	(585 592)
Pagos de remuneraciones y beneficios sociales	(1 730 105)	(1 482 767)
Pagos de tributos	(2 811)	(15 326)
Otros pagos de efectivo relativos a la actividad	(1 251 688)	(1 198 560)
Efectivo y equivalente de efectivo proveniente de (utilizado en) actividades de operación	<u>(182 101)</u>	<u>43 349</u>
ACTIVIDADES DE INVERSIÓN:		
Cobranza de venta de inmuebles, maquinaria y equipo	339	1624
Otros cobros relativos a la actividad	10	--
Pagos por compra de valores e inversiones permanentes	(60 074)	(381 435)
Pagos por compra de inmuebles, maquinaria y equipo	(45 568)	(22 350)
Pagos por compra de activos intangibles	--	(767)
Efectivo y equivalente de efectivo utilizado en actividades de inversión	<u>(105 293)</u>	<u>(402 928)</u>
Disminución del efectivo y equivalente de efectivo	<u>(287 394)</u>	<u>(359 579)</u>
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al inicio del año	749 568	1 109 147
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al final del año	<u><u>462 174</u></u>	<u><u>749 568</u></u>

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



	<u>2005</u>	<u>2004</u>
RECONCILIACIÓN DEL RESULTADO NETO CON EL EFECTIVO Y EQUIVALENTE DE EFECTIVO PROVENIENTE DE (UTILIZADO EN) ACTIVIDADES DE OPERACIÓN:		
Superávit del ejercicio	38 860	277 815
Ajustes al resultado de operación según balance		
Depreciación y amortización	113 807	114 464
Provisión para beneficios sociales	919	101
Provisiones diversas	256 852	91 418
Otros	(11 764)	28 958
Cargos y abonos por cambios netos en el activo y pasivo :		
(Aumento) Disminución de cuentas por cobrar comerciales	(90 749)	31 417
(Aumento) Disminución de otras cuentas por cobrar	(5 760)	(6 377)
(Aumento) Disminución de existencias	27 809	(1 341)
(Aumento) Disminución de gastos pagados por anticipado	(743)	317
Aumento (Disminución) de porción corriente de deuda a largo plazo	(176 407)	61 684
Aumento (Disminución) de cuentas por pagar comerciales	(26 517)	16 429
Aumento (Disminución) de deuda a largo plazo	(338 045)	(570 264)
Aumento (Disminución) de otras cuentas por pagar	29 637	(1 272)
Efectivo y equivalente de efectivo proveniente de (utilizado en) actividades de operación	(182 101)	43 349

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

