



memoria anual



2003

SEGURO SOCIAL DE SALUD



 **EsSalud**
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

Memoria Anual 2003 del Seguro Social de Salud - EsSalud,
aprobada mediante Acuerdo de Consejo N° 29-10-ESSALUD 2004,
en la Decima Sesión Ordinaria del 2004.

Elaboración : Oficina Central de Planificación
Edición General : Gerencia de Relaciones Institucionales
Editor Responsable : César Nureña Pizarro
Diagramación y Diseño : Luis Carrera Fernández
Fotografía : Juan Carlos Dominguez

memoria anual

2003



SEGURO SOCIAL DE SALUD I N D I C E

PRESENTACION	:	4
		Consejo Directivo Alta Dirección Planeamiento Estratégico Objetivos Estratégicos	
CAPITULO I	:	GESTION DE ASEGURAMIENTO	13
		Población Asegurada Ingresos y Egresos	
CAPITULO II	:	GESTION DE PRESTACIONES	29
		Aspectos Generales Prestaciones de Salud Prestaciones Económicas Prestaciones Sociales	
CAPITULO III	:	SOPORTE A LA GESTION	49
		Recursos Humanos Recursos Físicos	
CAPITULO IV	:	EVALUACION DE LA GESTION INSTITUCIONAL	55
CAPITULO V	:	ESTADOS FINANCIEROS	63
		- Dictamen de los Auditores Independientes - Balance General Combinado - Estado de Operaciones Combinado	

Av. Domingo Cueto 120
Jesús María, Lima 11 - Perú
Telfs: 265-6000 - 265-7000
www.essalud.gob.pe

Presentación

Estimados amigos:

Tengo la satisfacción de presentar la Memoria Institucional del año 2003. Este documento tiene como finalidad presentar un informe sobre los principales resultados de la gestión de nuestra institución, a cargo de la cual me encuentro desde mediados del mes de marzo del 2003. Durante los dos primeros meses de ese año, me antecedió en la Presidencia Ejecutiva el Ing. César Felipe Gutierrez Peña.

Desde el inicio de nuestra gestión asumimos la responsabilidad de conducir a EsSalud hacia un cambio integral que le permitiera mejorar sustancial y prioritariamente, la calidad de atención de nuestros asegurados.

Encontramos un conjunto de problemas históricos y comunes a los sistemas e instituciones de seguridad social resumidos en una deficiente capacidad de atención ambulatoria, reflejada en largas y penosas colas y un inadecuado sistema de distribución de medicamentos e insumos. Además carencia de un eficiente sistema informático, alta proporción de equipos obsoletos, una gestión no coordinada entre la función aseguradora y la función prestadora, expresada en una organización burocratizada; rigidez en las leyes y desactualización de la normatividad vigente. Igualmente deudas del sector público y privado de años anteriores, un presupuesto desfinanciado, un conjunto de demandas laborales sin resolver y una falta de utilización de mecanismos e instrumentos de Reforma en Salud y Seguridad Social sugeridos para nuestra Institución.

Para cambiar en forma radical la situación descrita, hemos iniciado un proceso de reestructuración de la organización de nuestra Institución, que se evidencia a través de una nueva estructura orgánica y un nuevo reglamento de organización y funciones que presenta una separación y especialización de funciones claramente definidas como son las de Aseguramiento y Prestaciones; asimismo se simplifican los procesos administrativos y operativos y se actualizan las normas y reglamentos, todo esto dentro de un marco de austeridad institucional.

Se han adoptado medidas en el sistema de abastecimiento de medicinas y material médico que permiten mayor eficiencia y oportunidad, mejorando la cadena de distribución con una red de información, manejo adecuado de los stocks y comunicación oportuna de la disponibilidad de los recursos a los profesionales para la respectiva prescripción. En forma paralela, se han fortalecido los mecanismos de transparencia a través de la remisión oportuna de informes a los entes gubernamentales y mejora del portal web institucional.

Se debe mencionar que en este año se ha iniciado la atención progresiva de las demandas laborales postergadas, mediante un diálogo abierto, horizontal y transparente con todos los gremios sindicales y profesionales de la Institución, para que conozcan la real situación económico-financiera y contribuyan al logro de los objetivos institucionales.

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

En el capítulo de Soporte a la Gestión Institucional, se presenta lo correspondiente a recursos humanos

y recursos físicos que apoyan el desarrollo de los diversos tipos de seguros y la ejecución de las prestaciones que se brindan a los asegurados. Finalmente, en el capítulo de Evaluación de la Gestión Institucional, se incluye la evaluación del cumplimiento de los principales Objetivos Estratégicos institucionales.

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



José Luis Chirinos Chirinos
Presidente Ejecutivo

Consejo Directivo

Al 31 de Diciembre de 2003

José Luis Chirinos Chirinos

Presidente Ejecutivo
Representante del Estado



Alejandro Jiménez Morales

Representante del Estado



Alfredo Barredo Moyano

Representante del Estado
Ministerio de Salud



Francisco García Calderón

Representante de los
Empleadores -Gran Empresa



Enrique Gubbins Bovet

Representante de los
Empleadores -Mediana Empresa



Basilio Noa Pucllas

Representante de los Empleadores
Pequeña y Micro Empresa



Mario Roberto Huaman Rivera

Representante de los Trabajadores
Régimen Laboral Público



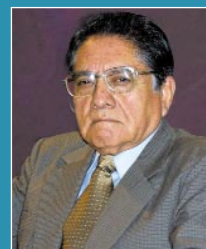
Jorge Reyes Sota

Representante de los Trabajadores
Régimen Laboral Privado



Fernando Pariona Campos

Representante de los Pensionistas



Alta Dirección

Al 31 de diciembre de 2003

José Luis Chirinos Chirinos
Presidente Ejecutivo

Carlos Sotelo Bambarén
Gerente General (e)

FUNCIONARIOS PRINCIPALES:

José A. Gerardo Velarde Salazar
Secretario General

Javier Angel Rosas Santillana
Jefe del Organo de Control Institucional

Humberto Zanelli Reyes
Gerente de División de Prestaciones

Pedro Muñoz-Nájar Rojas
Gerente de División de Aseguramiento

Aldo Lépori Cappelletti
Gerente de División de Administración y
Organización

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

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

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

Carlos Darcourt Huck
Presidente de la Defensoría del Asegurado

Percy Janampa Camino
Coordinador I

Juan Carlos Galfré García
Coordinador II

Ramón Yrigoyen Yrigoyen
Coordinador III

Miguel Guzmán Ascurra
Coordinador IV

Luis Aguilar Torres
Jefe de la Oficina de Defensa Nacional

Planeamiento Estratégico

2003 - 2007

El proceso de planificación institucional está orientado a lograr que los trabajadores conozcan, comprendan e interioricen la visión, misión y objetivos institucionales, así como la manera de lograrlos, para esto se planificarán productos y proyectos que aporten valor a la Institución, de manera tal que se contribuya a generar una cultura organizacional, que entienda claramente los beneficios de implantar las mega tendencias en salud y seguridad social en salud sugeridos por la Reforma en Salud y Seguridad Social, así como analizar el entorno interno y externo de forma tal que no se repitan los errores del pasado y más bien se tome como ejemplo los éxitos del presente para beneficio de nuestros asegurados y de nuestros trabajadores y por ende de la Institución. Por tal motivo, la importancia de realizar el proceso de planificación es que permite identificar las fortalezas y debilidades de la institución, ventajas y fuerzas competitivas, de modo tal que se establezca una visión comparti-

da y unificada de la Institución; por otro lado, sin una planeación no podría aplicarse un sistema de control que permita verificar que los productos y proyectos realizados se ajusten a las necesidades y objetivos institucionales.

El actual proceso de Planificación Institucional, se inició en la Institución a mediados del año 2002 y como consecuencia se aprobó el 2 de abril del 2003 el Plan Estratégico 2003-2007, a través del acuerdo del Consejo Directivo N° 33-13-ESSALUD-2003. El Plan Estratégico se desarrolló a través de un proceso participativo y contiene la Visión, Misión, Foda (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), Objetivos y Lineamientos Estratégicos Institucionales a ser desarrollados durante el periodo del 2003-2007, en forma complementaria se formulan y evalúan anualmente los planes tácticos de los órganos centrales y planes operativos de las Redes Asistenciales (Órganos Desconcentrados).

Lineamientos de Política General

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



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".

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".

Objetivos Estratégicos

Los objetivos estratégicos para el periodo 2003-2007:

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.

A continuación se presentan los lineamientos estratégicos agregados pertenecientes a cada uno de los objetivos estratégicos a ser trabajados durante el periodo 2003-2007:

Para el objetivo estratégico N° 1:

- Establecer Políticas de Salud basadas en evidencias.
- Diseñar e implantar un Plan de Salud 2003-2007, nacional y por regiones.
- Diseñar y ofrecer productos de seguro de salud acordes con las necesidades de los asegurados.

Para el objetivo estratégico N° 2:

- Rediseñar la oferta de servicios de salud: Redes Asistenciales.
- Establecer Programas de Calidad Hospitalaria.
- Incrementar la eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Para el objetivo estratégico N° 3:

- Establecer criterios de eficiencia en la gestión de recursos Económico-Financieros.
- Reorientar la composición del gasto asignando con criterios de equidad.
- Fortalecer la función de aseguramiento sobre la base de un adecuado sistema integrado de información.

Para el objetivo estratégico N°4:

- Consolidar la Separación de Funciones a Nivel Central y Organos Desconcentrados.
- Consolidar el plan de transparencia institucional.
- Implementar el proceso de descentralización: Redes Asistenciales

I. Gestión de Aseguramiento



I. Gestión de Aseguramiento

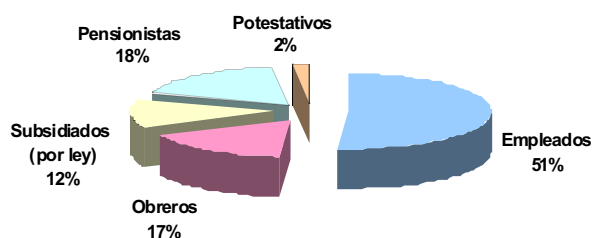
Composición de la población asegurada

La población asegurada estimada para el año 2003 es de 7'056,667 personas, es decir alrededor del 26% de los peruanos tienen acceso a los beneficios de la seguridad social en nuestro país. Por tal motivo, la importancia de nuestra participación en el sector de las entidades aseguradoras de salud, entre las que se encuentran el Seguro Integral de Salud (SIS-MINSA), las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las Fuerzas Armadas y Policiales, y las Aseguradoras Privadas; así también participamos en el sector de las entidades prestadoras de salud, entre los que se encuentran los Centros Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSA), las Fuerzas Armadas y Policiales, y los Centros y Clínicas Privadas.

En síntesis, EsSalud es una institución de seguridad social en salud que otorga una cobertura de seguro de salud (prestaciones de salud, económicas y sociales) a través de los centros asistenciales propios y en menor medida con la contratación de servicios privados. Asimismo, nos encontramos inmersos en el sistema nacional de salud, en el que las participaciones de los agentes son: EsSalud (26%), Minsa (59%), Privados (12%) y Fuerzas Armadas y Policiales (3%); éste sistema presenta características tales como el de estar fragmentado (diversos agentes participantes), poseer diversas tasas de contribución y/o aporte, falta de integración más activa, entre otros.

De acuerdo con el gráfico siguiente, se observa que la participación de los empleados y obreros (y sus derechohabientes) representan el 68% del total de asegurados, seguido del 18% de los pensionistas (D.L 19990, D.L 18846, D.L 20530, D.L. 20530-EsSalud, Sistema Privado de Pensiones-SPP), así como del 12% de otros seguros agrupados que denominamos seguros subsidia-

COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ASEGURADA 2003 (x Grupos de Asegurados)

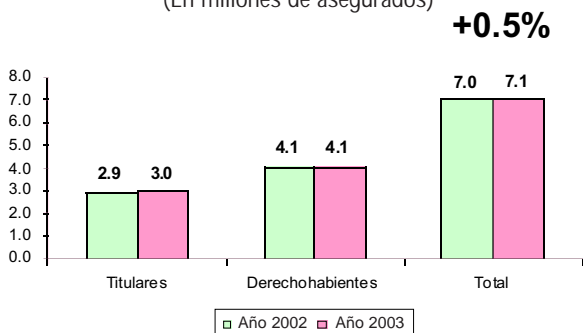


Fuente: GCSEG-GDA
 Elaboración: SGPE-GPC-OCPE

dos por ley, como son: Trabajador Portuario, Pescador y Procesador Artesanal Independiente, Trabajador del Hogar, Construcción Civil, Seguro Agrario, Facultativo Independiente, Continuación Facultativa, Ama de Casa, Chofer Profesional, Latencia, y finalmente el 2% de los asegurados potestativos, entre los que se encuentran: Seguro Potestativo Único, Seguro Independiente, EsSalud Personal y Familiar. Una parte de los asegurados posee adicionalmente el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) con nuestra Institución.

Si describimos la composición de la población asegurada de acuerdo con las definiciones dadas por ley, tenemos que la población asegurada regular representa el 77%, seguido de los pensionistas con el 17.7%, los regímenes especiales con el 2.1%, los seguros potestativos (seguro independiente, universitario, personal-familiar y potestativo único) con el 2.0% y la latencia con el 1.1%. Con respecto al crecimiento de la población asegurada con respecto al año anterior, se tiene que creció en 0.5%, tal como se observa en el gráfico siguiente:

POBLACIÓN ASEGURADA: 2002 - 2003
(En millones de asegurados)

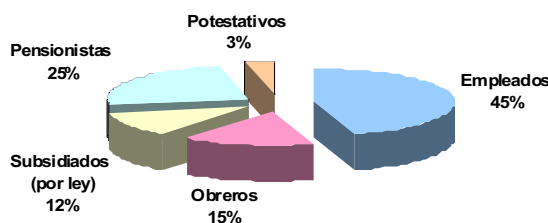


Fuente: GCSEG-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Con respecto a los asegurados titulares y/o que realizan el pago por el seguro de salud (aporte y/o contribución del empleador), estos ascienden a 2'995,432 que representa el 42.4% de la población asegurada; el 57.6% restante son asegurados derechohabientes (esposas e hijos menores de 18 años). Asimismo, es importante comentar que 233,160 personas de la población asegurada por nuestra Institución se encuentra

afiliada (a nivel de capa simple) con las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). A continuación se muestra un gráfico con la composición de los asegurados titulares:

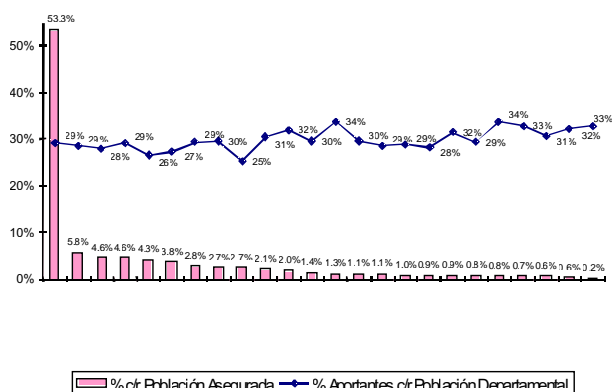
COMPOSICION DE LOS ASEGURADOS TITULARES 2003 (x grupos)



Fuente: GCSEG-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Con respecto a los asegurados titulares y su ubicación geográfica, se tiene por un lado que el departamento de Lima concentra a más de la mitad de la población asegurada, seguido por el departamento de Arequipa con un 6% de participación. Por otro lado, se tiene que, a pesar de las diversas proporciones de asegurados distribuidos a nivel nacional, el porcentaje de asegurados que aportan (titulares aportantes) se encuentra en forma homogénea y en promedio alrededor de un 30% de la población asegurada realiza el pago por seguro de salud (contribución y/o aporte), independientemente del departamento que se observe; y con esto se financia la cobertura del seguro de salud (prestaciones de salud, económicas y sociales) de sus derechohabientes (70% restante) y del propio asegurado titular (ver gráfico siguiente).

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN ASEGURADA
 Y POBLACIÓN APORTANTE 2003
 (A nivel nacional por departamentos)



Fuente: GCSEG-GDA
 Elaboración: SGPE-GPC-OCPE

Es importante señalar, que en cumplimiento de las leyes vigentes, brindamos atención a otros segmentos de población, tales como bomberos, héroes del cenepa y defensores de la patria, así como a los hijos mayores de 18 años incapacitados, sin ningún financiamiento adicional (o pago).

En los casi 70 años de existencia del Seguro Social obligatorio en el Perú (desde el Seguro Obrero), la condición de asegurado se atribuía a la persona aportante y no así a sus derechohabientes, ni se estipulaban una serie de tipos o modalidades de aseguramiento subsidiado; sin embargo, es a partir de mediados de los ochenta en que se comienza a incluir, por ejemplo, el beneficio a los derechohabientes (con el pago del titular), y durante la década del noventa en que se incorporan por ley afiliados bajo modali-

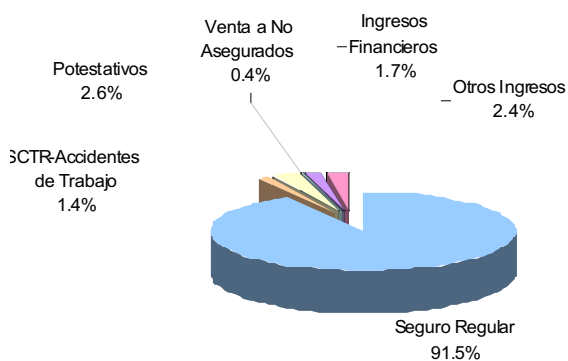
dades como el Seguro Agrario, Seguro del Pescador Artesanal Independiente y el de Aseguramiento Subsidiado (ya sea porque tienen una tasa de contribución menor al del asegurado regular o porque se utiliza como base de cálculo la remuneración mínima vital). A esto se le debe adicionar una importante merma en nuestra cartera de asegurados con la aparición de las Entidades Prestadoras de Salud, quienes han logrado afiliar a los empleadores privados pertenecientes a algún grupo económico afin (trabajadores con sueldo promedio más alto), y a la reducción a inicios de los años noventa en 30% del número de asegurados que pagan-titulares- (reducción del empleo formal por medidas económicas).

Situación de los ingresos y egresos

Ingresos Totales

Los ingresos institucionales para el año 2003, ascendieron a un monto de S/. 2,982'346,954 nuevos soles (valor nominal), de los cuales el 92% de los ingresos totales provienen del fondo del DL 26790 (fondo Salud), es decir con el fondo de los aportes y/o contribuciones de los asegurados regulares se financia en su mayor parte nuestra Institución. Con respecto al 1.7% de los ingresos financieros, estos provienen de los intereses y retornos por nuestro dinero e inversión colocado en el sistema financiero.

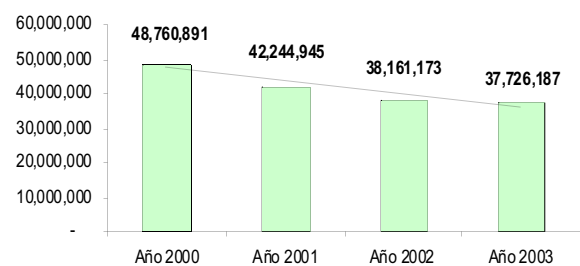
COMPOSICION DEL INGRESO TOTAL 2003



Fuente: OAG/GCF-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPCD

Los ingresos provenientes del fondo de salud han crecido en términos nominales en 7.1% con respecto al año 2002, por otro lado los ingresos financieros (provenientes de tesorería e inversiones financieras) han disminuido en 20.63% y los ingresos provenientes del seguro de accidentes de trabajo en -59.07%; asimismo se observa una disminución en los ingresos provenientes de los seguros potestativos (compuesto en su interior de: -10.41% seguro independiente, -23.96% seguro personal-familiar, y -99.03% seguro universitario). Con la creación del Seguro Potestativo Único se recaudó durante el presente año S/. 6.2 millones de nuevos soles. Se observa una disminución en los ingresos provenientes del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo, en forma continua en los últimos cuatro años, en éste mercado se encuentra EsSalud y las EPS (ver siguiente gráfico).

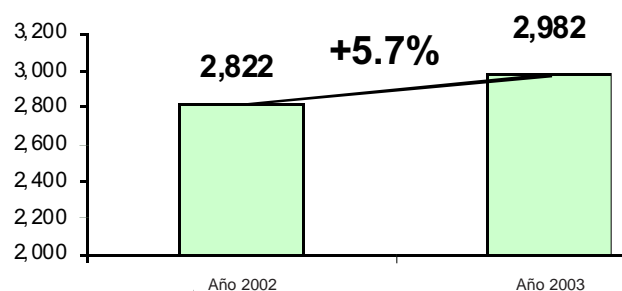
EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS POR SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO 2003 (S/. Valores nominales)



Fuente: OAG/GCF-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPCD

Por tanto, sobre la base de lo mencionado anteriormente en relación con el total de los ingresos se evidencia un incremento de 5.69% en términos nominales debido a la significativa participación que representa el fondo proveniente de los asegurados regulares (fondo de salud). Es válido mencionar que las fluctuaciones y/o variaciones de los ingresos provenientes de los asegurados regulares dependen mayoritariamente del comportamiento del sector laboral formal de la economía (trabajadores en planilla).

INGRESOS TOTALES 2002 - 2003 (En millones de S/.)



Fuente: OAG/GCF-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPCD

Al relacionar los diversos grupos de población asegurada con los aportes y/o contribuciones realizados durante el año 2003, se observa que existen diferencias significativas, por cuanto la relación entre el pago de un asegurado regular frente a un asegurado agrario es de 4.3 veces, con respecto a un asegurado potestativo único es de 3.25 veces y con respecto a un asegurado que posee el Seguro Personal Familiar es de 1.55 veces. A continuación se presenta un cuadro-resumen de las estimaciones de las contribuciones y/o aportes anuales realizados durante el año 2003:

Egresos Totales

Gastos de operación y gastos de capital

Los egresos institucionales para el año 2003, que están compuestos de los gastos de operación y de los gastos de capital (inversión), ascendieron a un monto de S/. 2,934,911,356 de nuevos soles (valor nominal, S/. 2,934.9 millones), sin embargo en éste gasto se incluye el gasto de pensiones y jubilación, es decir el gas-

DIFERENCIAS EN EL PAGO ANUAL (EN S/.) DE CONTRIBUCIONES Y APORTES CON RESPECTO AL SEGURO REGULAR

Tipo de Seguro	Características de la contribución y/o aporte	Contribución y/o Aporte Anual (S/.)
Seguro Regular	= 9% x remuneración	S/. 944
Seguro Agrario	= 4% x remuneración mínima vital (RMV = S/. 460) / Independiente = 4% x S/. 480	S/. 233
SCTR	= 0.53% - 1.84% (rango variable) / Independiente = 0.63% - 1.84% (rango variable) x (50% x UIT)	S/. 153
Seguro Potestativo Único	Rango variable en función de edad, número de derechohabientes. Desde S/. 41 - S/. 383 (No cubre Prestaciones Económicas y Sociales)	S/. 470 (promedio de los 2 tipos de seguros)
Seguro Independiente	Rango variable en función de edad, número de derechohabientes. Desde S/. 41 - S/. 383	
Seguro Personal-Familiar	Personal (Desde S/.9 - S/. 37) / Familiar (Desde S/. 31 - S/. 73)	S/. 641
Seguros Subsidiados	Amas de casa = 5% - 9% x RMV / Chofer Independiente = 9% x RMV / Facultativos = 9% x >= RMV / Pescadores = 9% x > = RMV / Trabajadores del Hogar = 9% x RMV	Parte del cálculo del Seguro Regular (Aprox. S/. 322 - S/. 579.6)
Pensionistas	= 4% x remuneración (pensión > ó < RMV)	Parte del cálculo del Seguro Regular (Aprox. S/. 322 - S/. 400)

Fuente: GCSEG-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPE

to total neto de pensiones es de S/. 2,604.1 millones (visto por el lado de los ingresos, la diferencia determina un nivel menor del ingreso disponible). Del total de gastos se tiene que el 99.5% de ellos se destinó a los gastos de operación (gasto en bienes, servicios, personal, tributos, prestaciones económicas, prestaciones sociales, pensiones y jubilación, otros gastos), y el 0.5% restante se destinó a los gastos de capital (proyectos de inversión e inversión en compra de equipos), es decir prácticamente con los ingresos totales sólo alcanza para financiar los gastos de operación (representa el 98.4% de los ingresos totales), más no para financiar los gastos de capital (inversiones) postergados desde años anteriores.

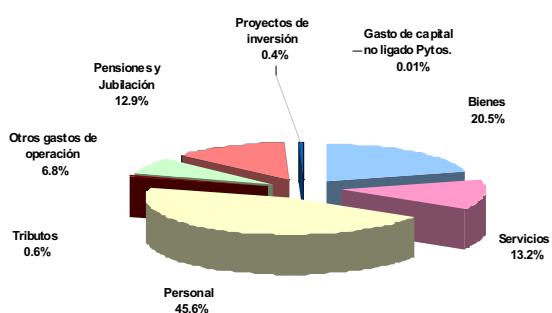
Del total de gastos de operación básicamente se financian las prestaciones de salud que demandan nuestros asegurados cuando hacen uso de su seguro de salud (cobertura del 100%, que incluye prestaciones extrainstitucionales en el exterior).

Con respecto al gasto de personal, sin considerar el gasto en pensiones y jubilaciones, se tiene que éste se ha incrementado en S/. 69.4 millones de nuevos soles, dado el crecimiento en las partidas de remuneración básica, bonificaciones, gratificaciones, asignaciones, CTS, seguridad - provisiones y uniformes. (Ver en la página siguiente cuadro-resumen con el detalle de los gastos de personal)

Con respecto al gasto en la partida de bienes (20.5% del egreso total), se tiene que ha disminuido en S/. 38.5 millones de nuevos soles el gasto destinado a bienes estratégicos, tales como medicinas, material médico, material de laboratorio y material radiológico. (Ver en la página siguiente).

El gasto operativo de los órganos desconcentrados asciende a S/. 2,115.92 millones de nuevos soles, de los cuales el departamento de Lima concentra el 51.9%, dado que con respecto al total de gastos operativos la GD Lima, HNERM, HNGAI, Centro de Hemodiálisis e INCOR representan el 21.0%, 16.8%, 10.1%, 2.4% y 1.6% respectivamente; seguido de los departamentos de Arequipa con el 7.4%, el departamento de Lambayeque con el 6.7% y el departamento de la Libertad con el 5.2%. Por tanto del total de gasto operativo se asigna un 71.3% en los cuatro departamentos mencionados (los que a su vez representan el 63% de la población asegurada).

COMPOSICION DEL EGRESO TOTAL 2003



Fuente: GCF-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPE

SITUACIÓN DEL GASTO DE PERSONAL 2002-2003

Partidas de Personal	Año 2002	Año 2003	Var %	Diferencia
Remuneración Básica	401,431,054	415,840,912	3.6%	14,409,858
Bonificaciones	439,404,988	456,118,179	3.8%	16,713,191
Gratificaciones	105,306,124	111,942,296	6.3%	6,636,172
Asignaciones	46,708,095	51,177,961	9.6%	4,469,866
Horas Extras	61,626,970	57,741,203	-6.3%	-3,885,767
CTS	40,574,341	45,144,018	11.3%	4,569,677
Seguridad y Previsión Social	87,362,533	92,472,701	5.8%	5,110,168
Dietas del Directorio	973,400	718,050	-26.2%	-255,350
Capacitación	2,377,608	1,648,389	-30.7%	-729,219
Refrigerio	1,722,784	1,694,087	-1.7%	-28,697
Uniformes	18,523,300	20,020,550	8.1%	1,497,250
SCTR	4,660,344	4,576,420	-1.8%	-83,924
Indemnizaciones	3,845,852	5,682,790	47.8%	1,836,938
Incentivos por Retiro Voluntario		2,004,013	100.0%	2,004,013
Canasta Navideña	6,988,037	6,343,587	-9.2%	-644,450
Otros	47,436,993	64,894,648	36.8%	17,457,655
Total	1,268,942,423	1,338,019,804	5.4%	69,077,381

Fuente: GCF-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

SITUACIÓN DEL GASTO EN BIENES ESTRATÉGICOS 2002-2003

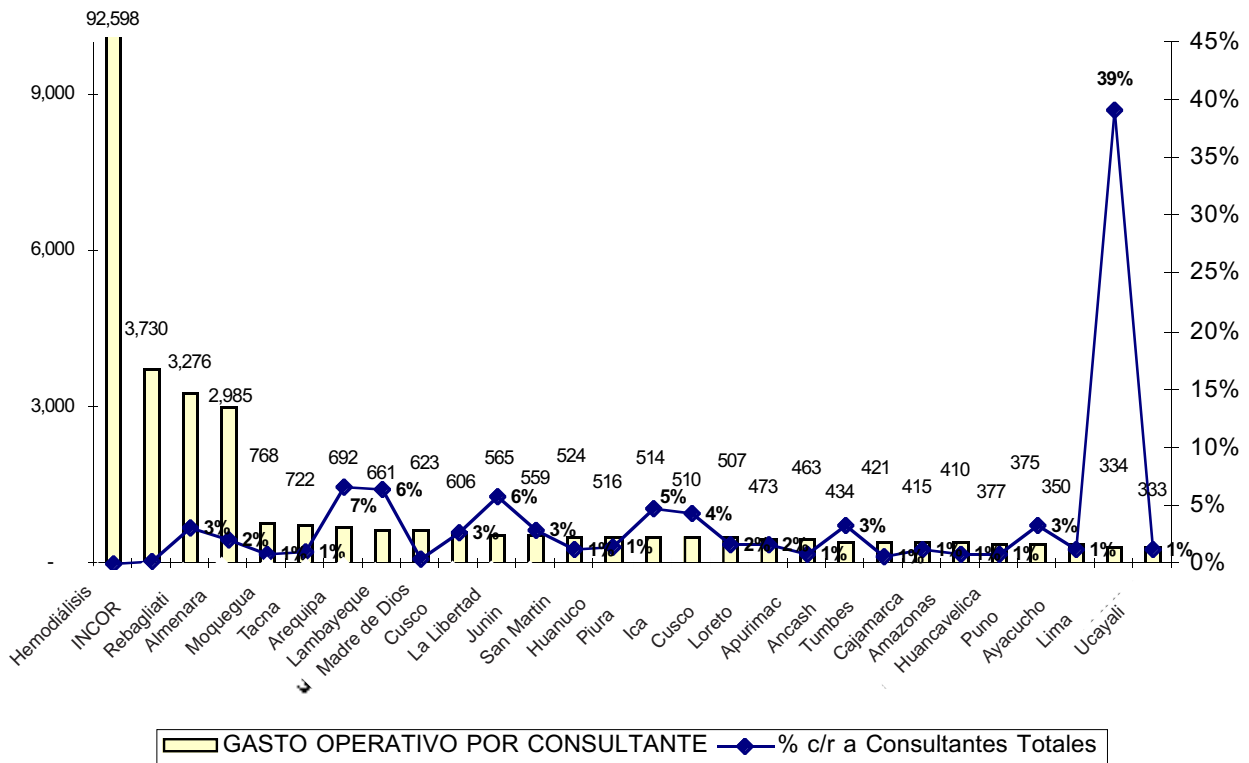
Bienes Estratégicos	Año 2002	Año 2003	Var %
Medicinas	344,402,975	328,453,626	-4.6%
Material Médico	169,727,850	151,252,355	-10.9%
Material Laboratorio	52,161,280	48,065,252	-7.9%
Material Radiológico	8,455,319	8,427,817	-0.3%
Total	574,747,423	536,199,049	-6.7%

Fuente: GCF-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

A continuación se presenta un gráfico que relaciona el gasto operativo por consultante en relación con el número de consultantes que son atendidos por los centros asistenciales (a

nivel departamental) y en los hospitales nacionales e institutos y centros especializados con respecto al total de consultantes durante el año 2003.

GASTO POR CONSULTANTE (S/.) vs DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CONSULTANTES TOTALES (%) – 2003 (A nivel nacional)



Fuente: GCF-GDA/SES
Elaboración: SGPE-GPC-OCPOD

Entonces, al relacionar los gastos operativos anuales asignados por asegurado que consulta al servicio de consulta externa (asegurado consultante) en cada uno de los departamentos a nivel nacional, se tiene que con el 30.9% del total de gasto operativo que sirve para financiar a HNERM, HNGAI, INCOR y Centro de Hemodiálisis (Gasto por consultante: S/. 3,276; S/. 2,985; S/. 3,730; S/. 92,598 respectivamente) se atiende al 5.6% del total de asegurados consultantes a nivel nacional, esto evidencia el alto costo que demanda financiar la atención especializada (hospitalaria) en nuestro país, más aún en un

contexto de cobertura de aseguramiento de 100% (incluye prestaciones extrainstitucionales en el exterior). Por otro lado, se tiene que para atender al 39.1% de los consultantes en los centros asistenciales del departamento de Lima (sin considerar hospitales nacionales, ni centros e institutos especializados), se destina el 21.0% del total del gasto operativo (Gasto por consultante: S/. 334). Si se considera al departamento de Lima como un todo (con hospitales nacionales e institutos especializados) se tiene un gasto por consultante de S/. 723 (para el 45% del total de consultantes).

Viabilidad Económico-Financiera

Al presentar la situación de los ingresos y egresos totales del presupuesto de la Institución correspondiente al año 2003, se observa que el nivel de ahorro-inversión (ingresos totales menos gastos de operación) es de S/. 60.9 millones de nuevos soles, de los cuales S/. 13.47 millones de soles (0.5% de los ingresos totales) ya han sido utilizados durante el año 2003 para gastos de capital (inversiones), y se ha generado un excedente presupuestal de S/. 47.44 millones de soles (1.6% de los ingresos totales).

Es decir con un nivel de ahorro-inversión del 2% de los ingresos totales, y por ende un nivel de siniestralidad financiera del orden del 98%, se tiene que financiar: 1) rubros de gasto de capital (inversión): proyectos de inversión (ampliaciones, remodelaciones, refacciones, nuevos) actuales y de años anteriores, compra de equipos por reposición, compra de equipos por obsoletos, equipos ligados a proyectos de inversión, déficit de equipos con tecnología actual, adquisición de equipos con tecnología de avanzada, proyectos referidos a sistemas de información (informáticos), productos y proyectos de planes táctico-operativos, entre otros; 2) rubros de gasto de operación: incrementos de remuneraciones, abastecimiento de bienes (medicinas, material médico, otros) y contratación de servicios, reducción de horas laborales por ley, mantenimiento de equipos, incrementos en el rubro

de pensiones y jubilación, entre otros. Dentro de este contexto y a pesar de no estar inmerso dentro del ámbito del FONAFE (MEF) (junio 2003), la política de la actual gestión ha sido mantener la dación de normas relacionadas con la austeridad del egreso institucional.

A continuación se presenta un gráfico que representa el resultado presupuestal, al ingreso total se le ha restado lo correspondiente al gasto destinado al financiamiento del pago de pensiones y jubilación, quedando como resultado el ingreso disponible (neto de pensiones y jubilación) el cual asciende a S/. 2.604.1 millones de nuevos soles (se observa una reducción del 14.5% por el efecto neto).



Fuente: GCF-GDA
 Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Un aspecto importante a resaltar, está referido a que a nivel país somos la única institución de seguros de salud que ofrece una cobertura de otorgamiento de prestaciones de salud del 100% (incluyendo prestaciones extrainstitucionales al ex-

terior), por tanto financiamos con la contribución y/o aporte variable de los asegurados, las prestaciones complejas como SIDA, Oncología, Diálisis, Hemofilia, Trasplantes, Cirugía Cardiovascular y Neuroquirúrgicas; sin la utilización de ningún mecanismo de aseguramiento para administrar de una forma eficiente el riesgo financiero y el riesgo de enfermarse (efecto-impacto en la siniestralidad), por cuanto la ley no considera las herramientas de seguros de salud como es el caso de las pre-existencias del que se afilia, co-pagos, deducibles, entre otros, como sí se contempla en otros países de similares características de América Latina y el Caribe.

Adicionalmente las tasa de contribución y/o

aporte son superiores al 9% (sin otorgar créditos a las aseguradoras privadas) así como el asumir 100% del financiamiento de las prestaciones económicas y sociales del asegurado en el país, independientemente de que éste pertenezca o no a alguna Entidad Prestadora de Salud (EPS), con lo cual en la práctica recibe una tasa de contribución efectiva alrededor del 6% (crédito a las EPS, seguros subsidiados (tasas menores al 9%).

A continuación se presenta un cuadro-resumen con la información de prestaciones de salud de alto costo, las mismas que presentan una tendencia creciente, esto se deduce al observar las variaciones porcentuales positivas en los 2 últimos años (ver cuadro siguiente).

NÚMERO DE PRESTACIONES DE SALUD DE ALTO COSTO (2001 - 2003)					
TIPO (CANTIDAD)	2001	2002	2003	Variación % 2002/2001	Variación % 2003/2002
N° Tratamientos de VIH-SIDA	9,957	11,078	17,162	11%	55%
N° Tratamientos de trasplante	8,976	7,507	8,088	-16%	8%
N° Tratamientos de TBC drogo resistente	5,212	5,665	5,402	9%	-5%
N° Tratamientos de paciente hemofílico	1,242	4,639	5,025	274%	8%
N° Tratamientos de paciente con insuficiencia renal crónica terminal	28,600	47,237	50,066	65%	6%
Quimioterapia (Sesiones)	23,972	34,256	39,435	43%	15%
Hemodiálisis (Sesiones)	412,941	456,660	504,561	11%	10%
Diálisis Peritoneal (N° tratamientos)	197,149	181,776	204,192	-8%	12%
N° Trasplantes	220	221	244	0.5%	10%

Fuente: SES
Elaboración: SGPE-GPC-OCPE

Esto se debe a la presencia de incentivos "perversos", dado que frente a un evento de salud de alto costo una persona busca asegurarse a nuestra Institución. Por lo general estas prestaciones de salud son financiadas a nivel mundial con la participación del Estado y el aporte directo del trabajador (gasto de bolsillo de la población), además forman parte de los problemas a resolver en el campo de la Salud Pública.

Es importante señalar que la situación económico-financiera en la que nos encontramos se debe a un comportamiento y/o evolución que ha ido experimentando nuestros ingresos en relación con nuestros egresos, por cuanto se tiene que nuestros ingresos a modo general:

1. Se redujeron luego del shock de los 90, como resultado de una contracción del 30% del empleo formal, por tanto se redujo el número de asegurados titulares (contribuyentes y/o aportantes).
2. La remuneración promedio por asegurado titular (trabajador) se redujo en términos reales y no hubo incremento en el nivel de las remuneraciones.
3. Un mayor número de segmentos poblacionales se incorporaron a los beneficios de la seguridad social pagando un porcentaje sólo de la remuneración mínima vital o una tasa de contribución menor al 9%

4. Se redujo nuestro nivel de ingresos por el traslado de asegurados de altas remuneraciones promedio (=25%(9%) x remuneración) hacia las Entidades Prestadoras de Salud (EPS's).
5. Nuestro ingreso disponible se contrajo por efecto neto del nivel de pensiones y jubilación (fallos del tribunal de garantías constitucionales / MEF), ingresos no recibidos por fiscalización de la recaudación (cobranzas: nivel de deuda pública-privada).
6. Por no poseer una estructura de costos hospitalarios, no se puede establecer con la debida precisión las tarifas a cobrar por el otorgamiento de prestaciones de salud, a través de la generación de ingresos por venta a no asegurados (nacionales y extranjeros).

Por el lado de los egresos (gastos de operación y de capital) se tiene a modo general:

1. Los gastos se incrementaron por el uso del seguro de salud (extensión de uso) por parte de los asegurados que antes no hacían uso (se contrajo el mercado de seguros privados).
2. Por incremento en los costos de los bienes y servicios en términos reales.
3. Por incremento en el nivel de oferta de centros asistenciales (proyectos de inversión) que ocasionó una demanda inducida (recordar que la salud es una demanda derivada).

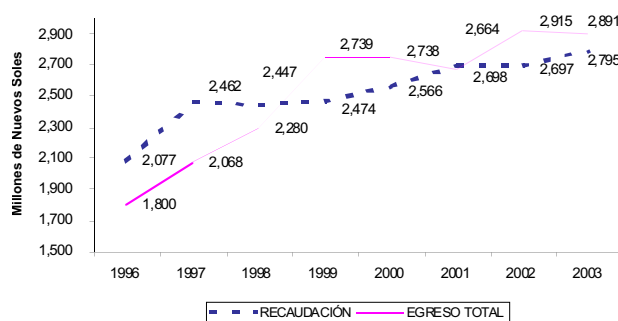
4. Por incremento en la adquisición de equipos ligados a proyectos de inversión, por incremento en el nivel de gasto de operación (bienes, servicios, personal) asociado al incremento de la oferta de centros asistenciales.
5. Por asumir un gasto no financiado y con tendencia creciente, proveniente de las pensiones y jubilaciones.
6. Por usar un mecanismo de pago que genera incentivos a los prestadores a elevar el nivel de prestaciones de salud otorgados, asociado a las "metas en salud" con tendencia creciente, con un enfoque recuperativo y de atención compleja que así lo establece, en vez de estar dirigidas éstas a lograr que proporcionalmente menos asegurados se enfermen en el tiempo.
7. Por mayores incentivos de los peruanos de afiliarse como asegurado regular frente a un evento de salud de alto costo (alta siniestralidad, selección adversa, riesgo moral), por ofrecer seguros de salud que no eran auto-sostenibles financieramente.
8. Por asumir el 100% de los gastos en prestaciones económicas y sociales (incluso de los asegurados que se trasladaron a las EPS's) y su incremento en el nivel.
9. Por no disponer de una base de datos actua-

lizada de nuestros asegurados se atienden asegurados que sin tener derecho vigente hacen uso del seguro de salud (filtraciones / suplantaciones / "free-rider").

10. Por falta de capacidad de gestión a nivel central y desconcentrados de años anteriores, tanto del personal administrativo como del asistencial.

Como resultado de lo dicho anteriormente en términos generales, se tiene que los ingresos reales provenientes de la recaudación de las contribuciones y/o aportes son inferiores en la actualidad al nivel del egreso total real actual (egresos de operación y de capital), esto se evidencia a partir del año 1998 en adelante (ver gráfico siguiente, en términos reales), vale decir nuestra capacidad de generar ahorro presente para inversión futura (ver el gasto de capital (inversión) y el resultado económico) es escaso o nulo.

EVOLUCION DE LA RECAUDACION
Y DE LOS EGRESOS TOTALES: 1996 - 2003
(A VALORES REALES: DIC.)

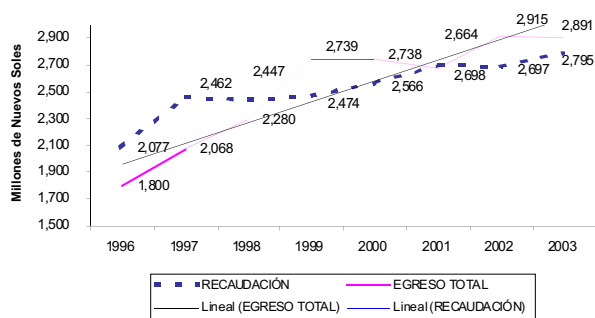


Fuente: OAG / GCF-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Al presentar las tendencias (ver gráfico siguiente) de los ingresos reales provenientes de la recaudación (contribuciones y aportes) y de los egresos totales reales (gastos de operación y de capital), se tiene que los gastos se encuentran por encima de los ingresos, vale decir nos encontramos en la actualidad en una situación económico-financiera con déficit operacional y por ende con una falta de capacidad de ahorro-inversión en el corto plazo. Esta situación ocasiona que se reduzcan los gastos operativos (bienes, y servicios) y se postergen los gastos de capital (inversiones), tales como la adquisición de equipos, remodelaciones y/o ampliaciones de la infraestructura.

Sobre la base de lo presentado en lo correspondiente a la Gestión de Aseguramiento, es necesario comentar que a pesar de los esfuerzos de nuestra Institución de controlar el gasto de forma tal que el nivel no sea superior al nivel de ingresos, o de tecnificar sus equipos de trabajo para una mejora de la eficiencia de la gestión; sin embargo se evidencia que nuestra Institución se encuentra atravesando una situación que requiere ser superada con la colaboración del Estado a través de la flexibilización y modernización del marco legal vigente.

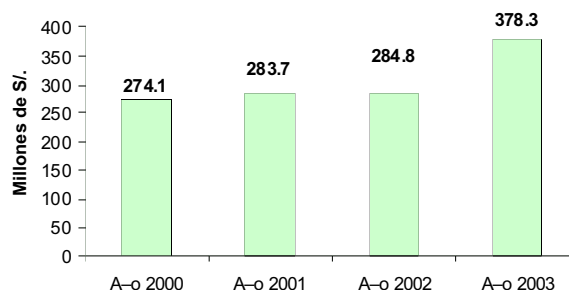
EVOLUCION DE LA RECAUDACION Y DE LOS EGRESOS TOTALES: 1996 - 2003 (A VALORES REALES: Dic. 2001=100)



Fuente: OAG / GCF-GDA
 Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

En la página siguiente se presenta un cuadro-resumen de la ejecución presupuestal de los ejercicios 2002 y 2003, que evidencia las variaciones en las diversas partidas de ingresos y egresos en términos nominales (a valores nominales o corrientes).

EVOLUCION DE LOS GASTOS POR PENSIONES Y JUBILACION - 2003 (En millones de S/.)



Fuente: GCF-GDA
 Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Así también se debe financiar en forma conjunta con el Estado o con las empresas y trabajadores las prestaciones de salud de alto costo (salud pública), los gastos de pensiones y jubilaciones; también se deben tratar los temas: pago de las deudas acumuladas, homogeneidad en el pago de la tasa de aporte y reducción del sobreuso de la cobertura del seguro de salud, así como por parte de los trabajadores con el planteamiento

RESÚMEN EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2002-2003
(A VALORES NOMINALES O CORRIENTES)

INGRESOS TOTALES	Año 2002	Año 2003	Variación %
Contribuciones y/o Aportes	2,726,154,758	2,896,148,593	6.24%
Venta a no asegurados	11,460,754	12,169,349	6.18%
Ingresos Financieros	48,581,054	38,558,760	-20.63%
Otros ingresos	35,592,383	35,470,253	-0.34%
Total Ingresos	2,821,788,949	2,982,346,955	5.69%
GASTOS DE OPERACIÓN	Año 2002	Año 2003	Variación %
Bienes	654,435,173	601,168,970	-8.14%
Servicios	371,815,933	387,763,986	4.29%
Personal	1,381,020,742	1,649,616,116	19.45%
Tributos	16,163,916	16,830,992	4.13%
Otros gastos de operación	222,263,190	199,391,271	-10.29%
Transferencias a la ONP	284,774,974	66,667,675	-76.59%
Total Gastos de Operación	2,930,473,928	2,921,439,010	-0.31%
GASTOS DE CAPITAL	Año 2002	Año 2003	Variación %
Proyectos de inversión	8,872,342	13,065,121	47.26%
Gasto de capital no ligado Pytos.	19,393,410	407,225	-97.90%
Total Gastos de Capital	28,265,752	13,472,346	-52.34%
Total Ingresos	2,821,788,949	2,982,346,955	5.69%
RESULTADO ECONÓMICO	-136,950,731	47,435,599	

Fuente: GCF-GDA
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

de demandas laborales financiables en el corto-largo plazo y una mejora de la gestión y rendimiento laboral, de forma tal que se pueda cumplir con los objetivos estratégicos de administrar los recur-

sos institucionales con eficiencia y transparencia asignándolos con equidad y oportunidad y el de mejorar la salud y la calidad de vida con un sistema de seguridad social centrado en el usuario.

II. Gestión de Prestaciones



II. Gestión de Prestaciones

Cuando los riesgos de salud (o riesgos de enfermarse) de los asegurados y sus derechohabientes (que son motivo del aseguramiento de su salud) se convierten en siniestros (enfermedades, discapacidades o defunciones) se dan las condiciones para que se genere demanda de atención y las prestaciones de servicios de salud. Asimismo, cuando sus necesidades de salud sobrepasan un determinado umbral de dolor o molestia o son detectadas en forma precoz (antes de que manifiesten síntomas) por acción de los profesionales de la salud, tales necesidades se convierten en demanda de atención que da origen a las prestaciones de salud del seguro.

Tanto desde el ángulo del interés de los pacientes por conservar su salud, su vida y la calidad de la misma, como por el de la Institución que asegura, previene y administra el fondo para gastarlo de una manera eficiente y equitativa, lo conveniente no es incentivar el uso de las prestaciones de salud para recuperar la salud perdida, sino, más bien, prevenir su pérdida y, con ella, el gasto asociado a estas atenciones de salud que podían haber sido evitadas mediante la prevención y control de los determinantes de la salud (los estilos de vida saludable, condiciones sanitarias y de vida adecuadas), con actividades de atención primaria de salud, como son la promoción y práctica de estilos de vida saludables: rutina diaria de ejercicios, ausencia de consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, evitar el sobrepeso y la obesidad, mantener una dieta saluda-

ble, evitar las conductas sexuales de riesgo, promover la atención pre-natal, desarrollar campañas masivas de inmunizaciones, entre las más importantes, que es la forma como proceden los seguros de salud públicos o privados, en los países que presentan una gestión exitosa del riesgo financiero y del riesgo de enfermarse.

Sobre la base de lo anterior, es válido comentar que en estos últimos años se ha confundido el concepto "Meta", por cuanto ha sido atribuido a un objetivo a alcanzar en términos de elevar el nivel de las prestaciones de salud recuperativas (dicho de otro modo, el incremento en el uso de la cobertura del seguro de salud –incremento de la llamada "producción"- que implica incurrir en costos y gastos significativos), asimismo se ha medido el resultado de una buena gestión de un centro asistencial a través del logro del 100% de las metas de prestaciones de salud (llamadas "metas de producción") predeterminadas al inicio del año, lo cual va totalmente en contra de lo que se plantea.

En la actualidad a nivel mundial respecto del funcionamiento de los sistemas de salud, incluso como consecuencia de esto se tiene que en los últimos años más del 50% de la población asegurada hace uso de su seguro de salud y la tendencia es creciente, cuando se observa que el indicador a nivel nacional es menor al 35% y en los países de América Latina y el Caribe se encuentra alrededor del 30%. Si a esto se le suma

el hecho de que el pago por las prestaciones de salud realizadas está en función solamente de la cantidad otorgada, entonces esto generará incentivos perversos para que los prestadores (centros asistenciales) otorguen prestaciones de salud recuperativas (y no preventivo-promocionales) al mayor número de asegurados. El concepto "Meta en Salud" debe estar atribuido al resultado final que es el de tener una menor probabilidad de que los asegurados se enferman en el tiempo (reducción del riesgo de enfermarse).

En una óptica de un seguro moderno, humano y eficiente, nuestra Institución se ha planteado, como el primer objetivo de su Plan Estratégico 2003-2007, aprobado por el Consejo Directivo en el mes de Abril del 2003, "Mejorar la salud y la calidad de vida de nuestros asegurados, con

un sistema de seguridad social centrado en el usuario"

Podemos tener una idea más concreta y medible sobre la salud y la magnitud de la pérdida de la salud y la vida de los asegurados (ver cuadro siguiente), que nos muestra los años de vida potencialmente perdidos (AVPPs) por los asegurados en el lapso entre 1998 y el I Semestre del 2003 por muertes prematuras debidas a enfermedades no transmisibles (ENTs), transmisibles (ETs) o causas externas de muerte (C Ext).

En el período mencionado se perdieron casi 1 millón y medio de años de vida por muertes prematuras debidas a enfermedades. Esta cifra establece el peso de las enfermedades -carga de morbilidad- en la población asegurada al deter-

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR LOS ASEGURADOS SEGÚN GRUPO DE ENFERMEDAD DESDE 1998 AL I SEMESTRE DEL 2003

Años	Total	%	Enfermedades No Transmisibles (ENTs)		Enfermedades Transmisibles (ETs)		Causas Externas (C Ext)	
				%		%		%
1998	280,496	100%	130,956	46.7%	132,114	47.1%	17,426	6.2%
1999	255,412	100%	127,297	49.8%	112,161	43.9%	15,954	6.2%
2000	275,156	100%	150,566	54.7%	112,839	41.0%	11,751	4.3%
2001	246,735	100%	133,392	54.1%	106,298	43.1%	7,045	2.9%
2002	261,111	100%	171,922	65.8%	80,068	30.7%	9,121	3.5%
2003 - I S	150,949	100%	99,075	65.6%	46,092	30.5%	5,782	3.8%

Fuente: OISI-GDP
Elaboración: SGPE-GPC-OCPE

minar los años de vida saludable perdidos. Las enfermedades no transmisibles (ENTs: cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes mellitus) contribuyeron con el 55.3% de esos años de vida perdidos, las Enfermedades Transmisibles (ETs: Neumonías, VIH-SIDA) con 40.1% y las causas externas de muerte (accidentes, homicidios) con el 4.6%

Por otra parte, si examinamos las tendencias de estas enfermedades a lo largo del período, (ver gráfico siguiente), observaremos que la proporción de ENTs se elevó en casi 20%, pues en 1998 contribuían con el 46.7% de los años de vida perdidos, mientras que al final del primer semestre del 2003 habían contribuido con el 65.6%. En la contraparte, los años de vida perdidos por enfermedades transmisibles disminuyeron en una proporción de más del 16% en el mismo lapso.

Estas tendencias son similares a las de todo el país y las del resto del mundo, donde las ENTs se han establecido como el grupo de enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en la población y que son responsables de la mayor proporción de las muertes y de la discapacidad. Son, por eso, muy importantes las estrategias establecidas en el Plan Estratégico 2003-2007 de nuestra Institución que promueven la elaboración de Guías Clínicas Basadas en Evidencias para las ENTs y ETs que produjeron la mayor proporción de AVPPs: Hipertensión Arterial, Car-

diopatía Isquémica, Neoplasias (cáncer de estómago, mama, próstata, entre otros), Neumonías, VIH-SIDA, Diabetes Mellitus, insuficiencia renal. Asimismo, en base a estudios realizados por nuestra Institución, se han establecido estas patologías como prioridades sanitarias a nivel global, a las cuales se han incorporado la mortalidad materna y perinatal, las cuales guardan concordancia con las políticas nacionales aprobadas por el Ministerio de Salud ("Políticas de Salud 2002-2012"). A continuación se presentan las Prioridades Sanitarias de EsSalud, correspondientes al período 2003-2007, y son:

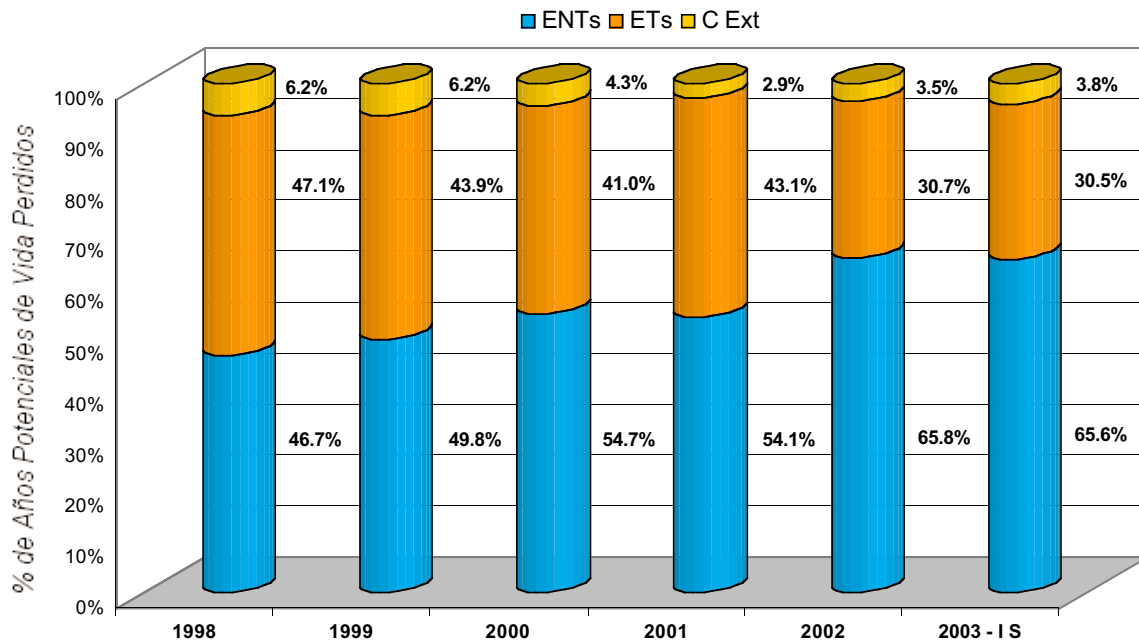
1. Mortalidad Materna
2. Afecciones Perinatales y Malformaciones Congénitas
3. Neoplasias Malignas
4. Enfermedades Cardiovasculares
5. Causas Externas
6. Virus de la Inmunodeficiencia Humana y SIDA
7. Neumonía
8. Insuficiencia Renal Crónica Terminal
9. IRA - EDA
10. Resto de enfermedades del Aparato Digestivo

La determinación de los años de vida saludable que han perdido los asegurados fue entonces un elemento central al establecer prioridades entre las distintas patologías que atacan a los asegurados y al momento de planificar y organizar

nuestras prestaciones preventivas, promocionales, recuperativas y rehabilitadoras. A principios del año 2003, como mencionamos anteriormente, nuestra Institución aprobó su Plan Estratégico Multianual y su Plan Anual 2003 y atravesó un profundo proceso de reingeniería y desburocratización, para modernizar el seguro de salud y avanzar en el proceso de reforma en salud y

seguridad social, procesos que ambos planes promueven, como instrumentos de gestión y que responden a la necesidad de proteger a los asegurados frente a las contingencias que amenazan su vida y su salud (como es el caso del control de las ENTs) y a la vez priorizar sus acciones para enfocarse en las más efectivas y eficientes.

PORCENTAJE DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR ASEGURADOS SEGÚN GRUPOS DE ENFERMEDADES ENTRE 1998 Y EL I SEMESTRE 2003



Fuente: OISI-GDP
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

Por otro lado, adicionalmente a las prestaciones de salud, la Institución brinda prestaciones en dinero llamadas prestaciones económicas, tales como: subsidios por enfermedad, muerte, maternidad y lactancia; pensiones de jubilación y cesantía, viudez y orfandad, asimismo otorga prestaciones sociales, enfocadas en el adulto mayor y en la rehabilitación profesional. Es válido comentar que nuestra Institución por ley está obligada a financiar las prestaciones económicas y sociales de todos los asegurados del país independientemente de que el asegurado pertenezca a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), sin disponer de un financiamiento adicional.

I. Prestaciones de Salud

Para responder a los riesgos y necesidades de salud de la población asegurada, así como a su demanda de atención, nuestra Institución otorga diversos tipos de prestaciones. Las prestaciones de salud otorgadas a los asegurados principalmente por su oferta regular (ver gráfico siguiente) –servicios de prevención y promoción de la salud, consultas, hospitalizaciones, atenciones de emergencia, operaciones, procedimientos, análisis de laboratorio y exámenes radiológicos– originaron en el año 2003 más del 90% de las actividades de nuestra Institución (y por ende de sus gastos); las prestaciones económicas el 7% y las prestaciones sociales el 0.5%

Las prestaciones de salud se han comportado en el año 2003 como sigue:

Consulta Externa

Las actividades asistenciales más numerosas y, por lo tanto, las que nos interrelacionan con el mayor número de asegurados han seguido siendo en el 2003, tal como en años previos, las consulta externa. En el año 2003, se realizaron en toda nuestra red asistencial un total de 13 millones 113 mil 411 consultas para atender a casi 3 millones y medio (3'432,743) de asegurados usuarios (consultantes).

Por otra parte, la consulta externa es la principal puerta de entrada de los asegurados al sistema de salud de la Institución, al igual que la emergencia, que tiene alrededor de un 20% de la demanda de la primera. Sin embargo, los gastos que ambas demandan no se comparan con aquellos de la hospitalización, cuidados críticos e intervenciones quirúrgicas, particularmente en el nivel especializado de la institución.

Asimismo, la mayoría de las patologías por las cuales acuden los asegurados a la consulta, son de capa simple, resolviéndose en esta área. Sólo 1 de cada 40 consultas dan lugar luego al internamiento del paciente en un hos-

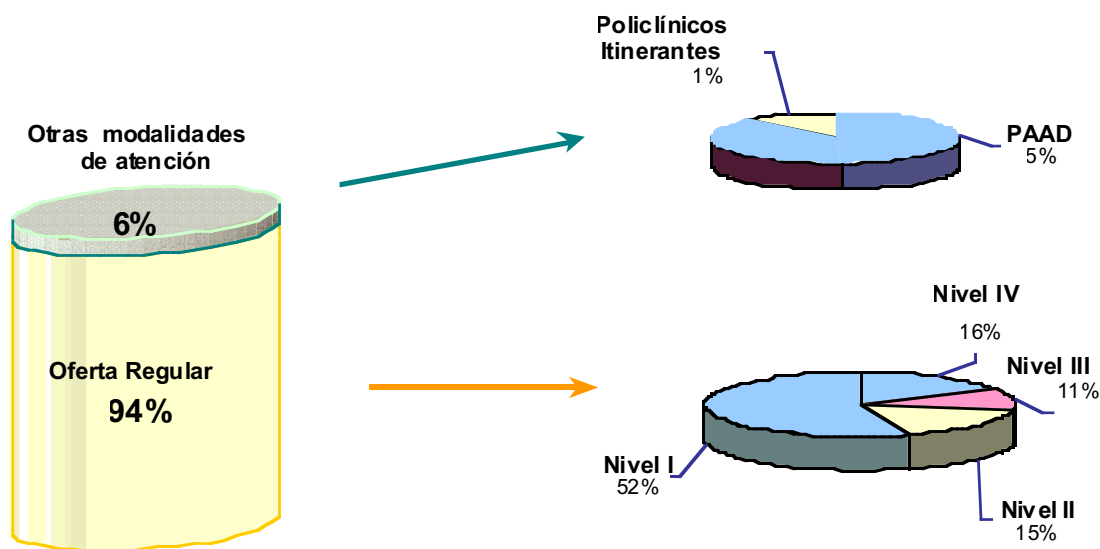
pital, sea por la gravedad del compromiso de la salud del paciente, así como por la complejidad de la patología que lo obliga a demandar servicios de consulta y a requerir de estudios especializados para su diagnóstico más preciso o definitivo. De ahí también que la mortalidad sea un hecho extraordinariamente raro en la consulta externa.

Composición de la Consulta Externa

En cuanto a la estructura de las consultas, podemos observar dos modalidades de atención de muy diferentes dimensiones:

La Oferta Regular, que se brinda en los hospitales, clínicas, centros médicos y postas de las redes asistenciales en todo el país y que atiende al 94% de las consultas del sistema.

COMPOSICIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA – 2003
(Por tipo de oferta y niveles de resolución)



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

A su vez, la oferta regular se subdivide en cuatro bloques menores, correspondientes a los niveles de atención del sistema prestacional. El primer nivel de atención absorbe el 52% de las consultas y el nivel II el 15%, sumando entre ambos 2/3 partes de las consultas institucionales (67%), mayoritariamente por patologías de capa simple. Mientras que los niveles III y IV responden por el tercio restante, teniendo a su cargo las atenciones de capa compleja, fundamentalmente, teniendo además un reciclaje mayor de pacientes que los niveles I y II, por lo que atienden, proporcionalmente, a un menor número de pacientes. Es válido comentar que el 80% de las consultas externas deberían ser resueltas en el primer nivel de atención.

Las Otras Modalidades de Atención que, en conjunto, produjeron el 6% de las consultas: el PAAD (Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada), que contribuyó con el 5% del total de consultas), los Policlínicos Itinerantes y Medicina Complementaria, que absorbieron apenas el 1% y el 0.03% de las consultas del sistema, respectivamente.

En relación al nivel de las prestaciones de salud comparativa en los últimos cuatro años en la consulta externa total de nuestra Institución hubo un decrecimiento progresivo desde el año 2000, a razón de casi dos millones y medio (2'425,860) de consultas menos en el año 2003, acumulándose una merma de 13.3% en las con-

sultas entre el 2000 y el 2003 (4.10% entre el 2000 y 2001, 2.6% entre el 2001 y el 2002 y 6.6% entre el 2002 y 2003).

Esta tendencia decreciente ha sido más marcada en las Otras Modalidades de Atención, que en la Oferta Regular. Así entre el 2000 y el 2003 hubo una disminución del 59.27% en las consultas de las Otras Modalidades de Atención. Entre el 2000 y el 2001 hubo un descenso del 21.16% de consultas, entre el 2001 y el 2002 se produjo una disminución del 3.65% y entre el 2002 y el 2003 hubo una disminución del 34.46% de las consultas.

En cuanto a los consultantes, en el 2003, hubo una disminución del 6.06% respecto al año previo. Esto puede atribuirse, básicamente, a la caída de la extensión de uso de los servicios de consulta externa por parte de los asegurados, que descendió de 53.7% a 49.5% entre el 2000 y el 2001, de 49.5% a 47.7% del 2001 al 2002 y aumentó 1 punto, de 47.7% a 48.7% del 2002 al 2003, manteniéndose más bajo que el 2000 y el 2001.

El rendimiento hora médico (promedio de consultas por hora médico ejecutada) y la concentración en consulta (promedio de veces que un asegurado acude a la consulta en el año) se mantuvieron casi invariables en esos años: un rendimiento de 4.8 en el 2000, 4.6 en el 2001, 4.7 en los años 2002 y 2003; y una concentración del 4.1% en el 2000, 4.2 en los años 2001 y 2002. Incluso fue 3.8% en 2003.

**ESSALUD: OFERTA REGULAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN
 EN CONSULTA EXTERNA DEL 2002 Y 2003**

TIPO DE OFERTA EN CONSULTA EXTERNA	2002	2003	Variación %	% 2003
OFERTA REG + OTRAS MOD DE AT + PADOMI (visitas domiciliarias)	15 496 315	14 480 324	-7%	
OFERTA REGULAR + OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN	15 166 208	14 160 853	-6.63%	100%
OFERTA REGULAR	14 540 356	13 319 303	-8.4%	94%
CENTROS (H.NAC-POSTAS) 1/	14 161 044	13 053 394	-8%	92%
UBAAM LIMA	49 847	42 890	-14%	0.3%
UBAAM PROVINCIAS	13 443	7 721	-43%	0.1%
APOYO DESCENTRALIZADO	232 450	125 318	-46%	1%
IPO	16 396	17 740	8%	0.1%
INCOR	32 970	30 703	-7%	0.2%
MEDICINA COMPLEMENTARIA	32 603	39 694	22%	0.3%
CENTRO HEMODIALISIS	1 603	1 843	15%	0.01%
OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN	625 852	841 550	34.46%	6%
POLICLINICOS ITINERANTES	105 739	85 550	-19%	1%
H CAMPAÑA	82 716	4 239	-95%	0.03%
PAAD	421 973	746 269	77%	5%
ESPECIALIDADES	15 424	5 492	-64%	0%
PADOMI (VISITA DOMICILIARIA)	330 107	319 471		

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

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

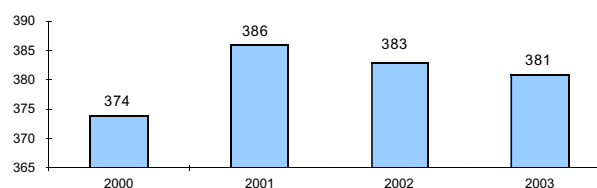
Lo mismo puede afirmarse respecto al descenso de las prestaciones entre el 2000 y 2001, pues si bien hubo un incremento discreto de la concentración, de 4.1 en el 2000 a 4.2 en el 2001, que explicaría una parte del descenso en las consultas y el rendimiento hora médico bajó de 4.8 en el 2000 a 4.6 en el 2001, que respondería por una proporción menor del descenso en las prestaciones, la disminución en un 4.2% de la extensión de uso entre el 2000 y el 2001 tiene mayor influencia en el descenso global de las prestaciones, debido al gran número de asegurados y sus dependientes que acuden a la consulta externa de la institución. Sin embargo, en el 2003, las consultas disminuyeron en un 6.63%, pero los consultantes disminuyeron sólo en 6.05%, por lo tanto, se deduce que la concentración disminuyó en forma importante

Hospitalización

Las áreas de internamiento de pacientes son las de mayor importancia en cada hospital, así como en todo el sistema de salud del seguro, tanto por la gravedad de los pacientes que son hospitalizados, diagnosticados (utilizando recursos tecnológicos más sofisticados que en la consulta) y recuperados en ellas, como por los enormes recursos invertidos para su funcionamiento: entre un 50 a 60% de los gastos de un hospital, con un mayor porcentaje en función a la mayor complejidad de las patologías atendidas.

Este aspecto habitualmente no es apreciado en su debida dimensión en una primera aproximación a los servicios de salud, pues la enorme cantidad de consultas (13 millones y medio, frente a algo más de 380 mil hospitalizaciones en el mismo año, es decir, una relación de 35 a 1) captan, de primera intención, la atención del observador.

EGRESOS HOSPITALARIOS
 2000-2003 (EN MILES)



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

Por otra parte, más del 60% de los pacientes que son hospitalizados son luego intervenidos quirúrgicamente y, en los hospitales III, IV y nacionales (donde están instaladas el 70% de las camas hospitalarias), entre un 5 y 10% de los pacientes internados ingresan en algún momento de su permanencia en el hospital a las áreas de cuidados críticos (Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades de Cuidados Intermedios), ambas áreas de muy alto costo.

El nivel de las prestaciones de salud de los servicios de hospitalización de nuestra Institución

PRINCIPALES INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Indicadores hospitalarios / Años	2000	2001	2002	2,003
Egresos Hospitalarios	374,183	386,335	382,743	381,530
Variación	-	3.18%	-0.93%	-0.32%
Promedio de días estancia	5.51	5.65	5.72	5.76
Rendimiento cama anual	57.1	58.4	57.3	56.4
Porcentaje de ocupación	86.6%	85.9%	85.5%	85.5%
Intervalo de Sustitución	0.854	0.879	0.917	0.924

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

está medida a través del número de egresos hospitalarios (la suma de las altas hospitalarias por indicación médica más las defunciones hospitalarias) se ha mantenido prácticamente estable durante los años 2000 al 2003, mostrando muy discretas variaciones. Así, en el año 2001 tuvo un incremento de 3.15% respecto al año previo, en el 2002 disminuyó en menos de 1% (exactamente 0.93%) respecto al 2001 y en el 2003 disminuyó 0.32% respecto al 2002.

Estas variaciones en la prestación se explican en función a la interacción de diferentes variables como disponibilidad del recurso cama o la edad o el tipo de pacientes hospitalizados, que puede alargarse (Ej. fractura de fémur) o acortarse (Ej. parto no complicado) del paciente.

En general, los factores más importantes suelen ser: Los recursos disponibles, principalmente el recurso cama hospitalaria disponible, el tipo de pacientes que se internan (las enfermedades que

tienen, su edad), los procesos internos de trabajo, el promedio de días que los pacientes permanecieron hospitalizados en el año.

Podemos observar la interacción de varios factores examinando sus relaciones con el rendimiento cama tuvo un discreto descenso de 0.7% del 2000 al 2003. El porcentaje de camas que estuvieron ocupadas por pacientes a lo largo del año (porcentaje de ocupación) disminuyó en 1.1% del 2000 al 2003. El promedio de días entre el alta de un paciente y el del ingreso de uno nuevo o intervalo de sustitución, aumentó de 0.854 a 0.924 del 2000 al 2003.

De este modo, observamos (ver cuadro anterior) que, si bien hubo un incremento de 93 camas disponibles en el 2003 en relación al 2002 (y en el 2002 hubo un incremento de 60 camas respecto al 2001 y en el 2001 hubo un incremento de 62 camas respecto al 2000), también aumentó el promedio de días de permanencia de los

pacientes (de 5.51 a 5.76 días) y el intervalo de sustitución (de 0.854 a 0.924 días). Consecuentemente, el rendimiento cama anual disminuyó de 57.1 egresos/cama a 56.4 y el porcentaje de camas ocupadas disminuyó de 86.6% a 85.5%.

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

Intervenciones Quirúrgicas

Las intervenciones quirúrgicas, vistas en forma global, mostraron una disminución del 3.0% en el año 2003 respecto al año 2002.

En el análisis se observa que de acuerdo al Tipo de Cirugías practicadas, tenemos que las Cirugías Mayores disminuyeron 3.6% en el 2003 respecto al 2002. Asimismo, las Cirugías Menores disminuyen 1.2%, pero se incrementan (en proporción) a 25.4% del total respecto al 2002 que fue 25%, mientras que las Cirugías Mayores disminuyen apenas 0.4%, a 74.6% del total, con respecto al 2002 que fue 75%.

Según Niveles de Complejidad, la Cirugía Mayor de Alta Complejidad muestra un incremento de 5.1% respecto a la Cirugías Mayores de Mediana y Baja Complejidad (-5.0% y -3.9% respectivamente), mientras que la Cirugía Menor de Alto Requerimiento disminuye notablemente (-2.8%) casi exclusivamente a expensas de la Cirugía de Bajo Requerimiento (con 12.4% de ascenso en su nivel de prestaciones).

NÚMERO DE CIRUGÍAS 2002-2003					
Tipo de Cirugía	2002	%	2003	%	Variación
Total	248,980	100.00%	241,435	100.00%	-3.0%
Cirugía Mayor	186,836	75.0%	180,041	74.6%	-3.6%
Cirugía Menor	62,144	25.0%	61,394	25.4%	-1.2%

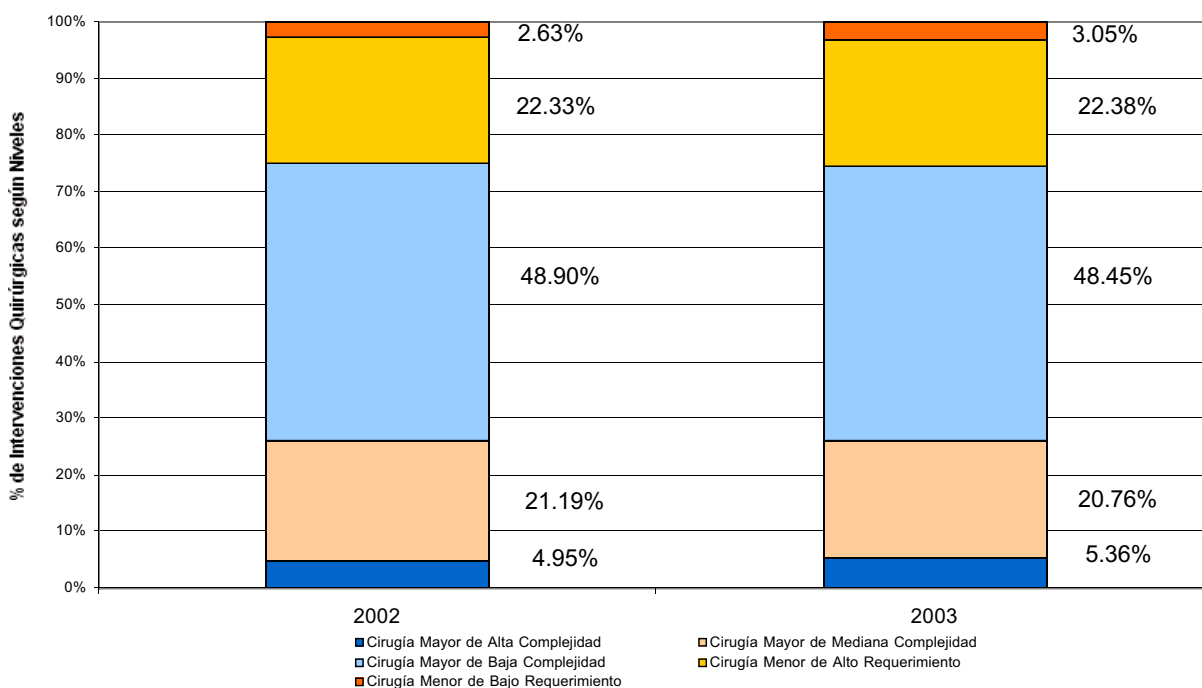
Fuente: SGIG-GPC-OCPD
Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

COMPOSICIÓN DE LAS CIRUGÍAS 2002-2003

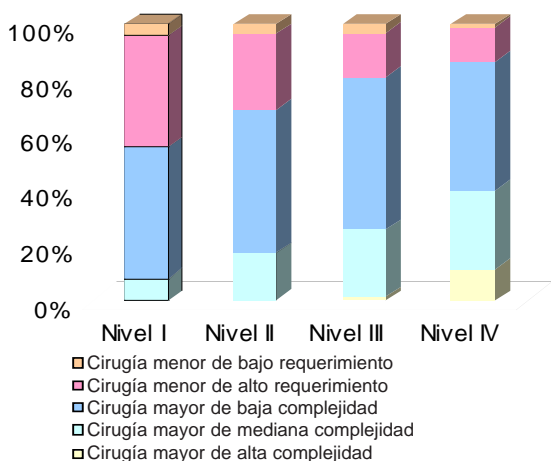
Niveles de Complejidad	2002	%	2003	%	Variación
Total	248,980	100.00%	241,435	100.00%	-3.0%
Cirugía Mayor de Alta Complejidad	12,319	4.95%	12,950	5.36%	5.1%
Cirugía Mayor de Mediana Complejidad	52,760	21.19%	50,127	20.76%	-5.0%
Cirugía Mayor de Baja Complejidad	121,757	48.90%	116,964	48.45%	-3.9%
Cirugía Menor de Alto Requerimiento	55,593	22.33%	54,030	22.38%	-2.8%
Cirugía Menor de Bajo Requerimiento	6,551	2.63%	7,364	3.05%	12.4%

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

TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS SEGUN NIVELES



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



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

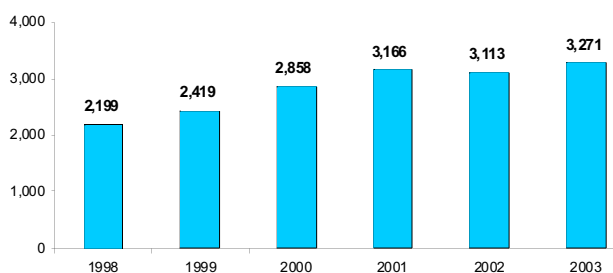
En cuanto a su estructura según niveles de complejidad, en cada año las Cirugías Mayores de Baja Complejidad continuaron siendo las de mayor magnitud (48.45% del total en el 2003 y 48.90% en el 2002), seguidas, en ambos años, por las de Cirugía Menor de Alto Requerimiento (22.38% en el 2003 y 22.33% en el 2002) y las Cirugías Mayores de Mediana Complejidad (20.75% y 21.19% en el 2003 y 2002 respectivamente). Debe anotarse que si bien el aumento de las Cirugías Mayores fue discreto entre el 2002 (4.95%) y el 2003 (5.36%), éste significó un incremento de 7.65% en su categoría, lo que debe destacarse por la complejidad, sofisticación y por el alto costo de estas operaciones.

Emergencia

En el año 2003 se produjeron 3'271,225 atenciones de emergencia, lo cual significó un incremento en la prestación de 5.1% respecto al año 2002. Por otro lado, como mencionamos en nuestro comentario a los Servicios de Consulta Externa, la Emergencia es la segunda puerta de entrada de los pacientes a los Servicios Hospitalarios, Centro Quirúrgico y Unidades de Cuidados Críticos.

En términos generales, las Atenciones de Emergencia no deberían sobrepasar el 10% de atenciones de la consulta externa. En el 2003 tales atenciones equivalen al 24.9% de la Consulta Externa, es decir, más del doble de lo aceptable según las normas institucionales. Es probable que esta cifra se relacione a la marcada disminución de la consulta externa, que ya señalamos en el rubro correspondiente, pues estas dos actividades han mostrado tener una correlación de 0.9. También debe tomarse en cuenta que hay mayor facilidad en el acceso a emergencia que a la consulta externa.

ATENCIÓNES DE EMERGENCIA
 1998-2003 (EN MILES)

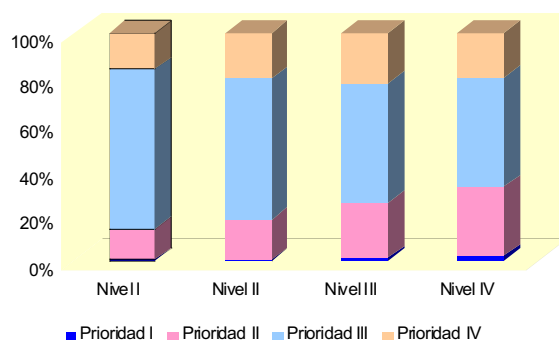


Fuente: SGIG-GPC-OCPD
 Elaboración: SGPE-GPC-OCPD

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

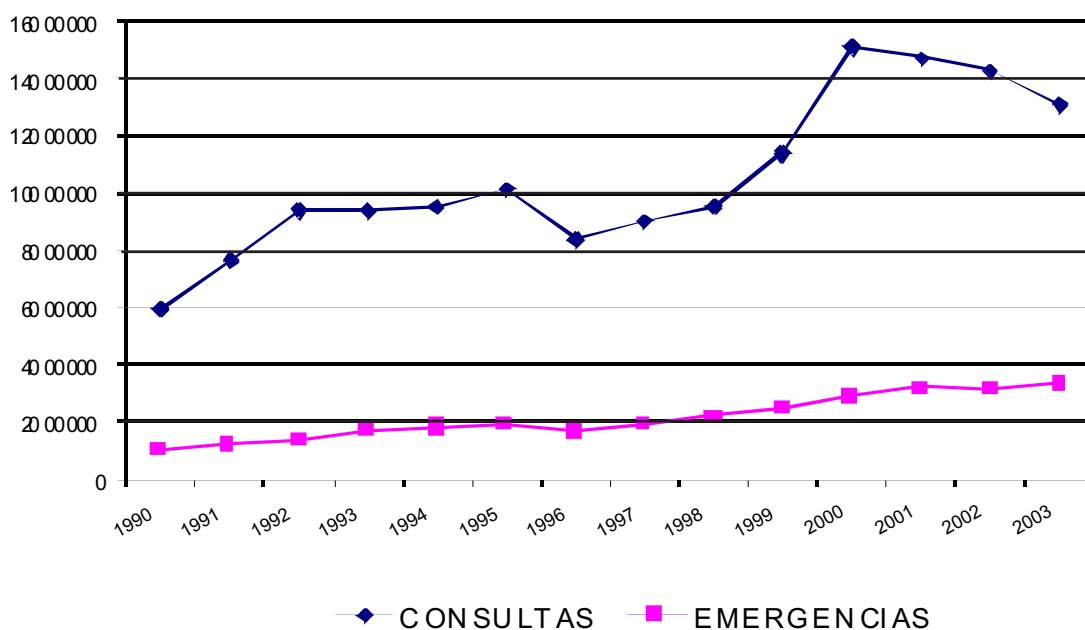
Por otra parte, en cuanto a Prioridades de Atención en Emergencia, las Prioridades III y IV acumulan el 78.73% del total, correspondiendo 60.05% a la Prioridad III y 18.68% a la IV.

ATENCIONES DE EMERGENCIA
1998-2003 (EN MILES)



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

CORRELACIÓN ENTRE ATENCIONES DE EMERGENCIA
Y CONSULTAS EXTERNAS (1990-2003)



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

II. Prestaciones Económicas

La Seguridad Social ha establecido que las prestaciones económicas son uno de los componentes principales para contribuir a la protección de sus asegurados ante determinadas contingencias.

En un caso pueden constituir un pago continuado, por lo general durante todo el tiempo que dura la contingencia, como es el caso, de las prestaciones económicas que se otorgan por enfermedad o accidente, en la que el Seguro Social paga al asegurado incapacitado para el trabajo, en sustitución de su empleador, un monto equivalente a su remuneración. Se aplica similar criterio para el descanso necesario y conveniente en los casos de maternidad de la trabajadora gestante.

También pueden ser un pago único en el caso de la prestación por sepelio, en que se entrega una suma al beneficiario que ha cubierto los gastos funerarios del asegurado, o en el caso del subsidio por lactancia que se otorga para contribuir al cuidado del recién nacido.

Evolución del gasto en prestaciones económicas: Se presenta en metas y montos las prestaciones económicas otorgadas en los años 1997 al 2003.

A partir del mes de Octubre del año 2000 el pago de las prestaciones económicas fueron diferidas por restricciones presupuestales. Las solicitudes de prestaciones económicas de las tres últimas semanas del mes de Diciembre del año 2000 se procesaron en el año 2001, asimismo, las solicitudes recepcionadas en los últimos meses del año 2001 se procesaron y pagaron en el año 2002, es por ello la gran diferencia observada en la ejecución de los gastos de prestaciones económicas en los años 2001 y 2002. En el año 2002 y 2003 no se tuvo problemas de restricción presupuestal, el proceso y pago se cumplió en forma oportuna.

En el caso de los subsidios por incapacidad temporal y maternidad, el incremento en el monto se debe básicamente al efecto del aumento de las remuneraciones de los asegurados.

En el caso del subsidio por lactancia, se observa una disminución en el año 1997, cuando entra en vigencia la Ley N° 26790, que sólo considera pagar este subsidio a los hijos de aseguradas, y no de asegurados varones, hecho que es corregido en enero de 1998 cuando se expide el Decreto Supremo N° 001-98-SA. Asimismo, tuvo un efecto importante el incremento de la Remuneración Mínima Vital que fue el factor de indexación para determinar el monto de esta presta-

**EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIONES ECONÓMICAS
(1999-2003)**

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

(*) Incluye las contingencias por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del D.L. 18846
 Fuente: SGPECO-GPEyS-GDP
 Elaboración: SGPE-GPC-OCPCD

ción, la que pasa de S/. 215.00 en 1997 a S/. 410.00 en el 2003, representando un 90.7%. Mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 66-27 de fecha 13.09.2003 se estableció un monto fijo, evitando que posteriores aumentos de la RMV que apruebe el Gobierno, influyan en el aumento del pago de esta prestación.

Para la prestación por sepelio, el incremento importante se presenta entre los años 97 y 98, por efecto del incremento de la Remuneración Mínima Vital que en esa fecha era también el factor

de indexación para esta prestación. Con acuerdo de Consejo Directivo N 26-5-IPSS-98 de fecha 26.02.1998 se determinó un monto fijo para el pago de la prestación por sepelio de S/ 2,070 nuevos soles el cual será variado solo por acuerdo de Consejo Directivo.

Impacto en el presupuesto institucional: A continuación se presenta un cuadro con el gasto en prestaciones económicas y su relación con el presupuesto de ingresos institucional y con los gastos operativos.

**PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SU RELACIÓN CON LOS INGRESOS
Y GASTOS OPERATIVOS INSTITUCIONALES**

Años	Ingresos Fondo de Salud	Gastos de Operación	SUBSIDIOS	SUB/ING	SUB/GAST
1999	2,280	2,409	168	7.40%	7.00%
2000	2,458	2,554	192	7.80%	7.50%
2001	2,448	2,463	195	7.37%	8.60%
2002	2,562	2,930	228	8.90%	7.78%
2003	2,742	2,921	223	8.13%	7.63%

Montos en Millones de Nuevos Soles

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

Las prestaciones económicas representan un rubro importante de incremento en el gasto institucional, habiéndose previsto que puede alcanzar el 8.6% en el presente año. Es válido recordar que esta obligación es asumida en su totalidad por nuestra Institución y no así por las EPS.

III. Prestaciones Sociales

Las prestaciones sociales ofrecidas por Essalud consisten en un conjunto de actividades dirigidas al adulto mayor y a las personas con discapacidad con la finalidad de mejorar su calidad de vida a través de la integración familiar, integración social, actividades de bienestar y salud, prestación y terapia ocupacional y promoción cultural y recreativa. Estas actividades fueron asumidas a partir de inicios de la década del noventa, cuando se separan los regímenes de seguros de salud con el pensionario, actualmente-

se financian íntegramente con el fondo de salud (ley 26790) y no así por las EPS's o AFP's.

Rehabilitación Profesional

En los centros de Rehabilitación Profesional (4 CERP) y los Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional (4 MBRP), UBARP (17), se capacita a las personas con discapacidad para su reinserción al mercado laboral, y ha beneficiado a 2190 y 344 usuarios respectivamente en el año 2003.

PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SU RELACIÓN CON LOS INGRESOS Y GASTOS OPERATIVOS INSTITUCIONALES

UNIDADES OPERATIVAS	NÚMERO DE PARTICIPANTES		VARIACIÓN %
	2002	2003	
Centros especializados de Rehabilitación Profesional	2160	2190	1%
Módulos básicos de Rehabilitación Profesional	206	344	67%
Ayudas Biomecánicas	201	80	-40%
Programas Complementarios	1649	1988	20%

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

PRESTACIONES SOCIALES Y SU RELACIÓN CON LOS INGRESOS Y GASTOS OPERATIVOS INSTITUCIONALES EN EL 2003

Años	Ingresos Fondo de Salud	Gastos de Operación	Gasto P.Sociales	P.Sociales Ingresos	P.Sociales Gastos
2003	2,742	2,921	16	0.58%	0.55%

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

Bienestar y Promoción Social del Adulto Mayor

EsSalud cuenta con 108 CAMs, con 132,959 participantes y 139 Círculos del adulto mayor con 14,809 usuarios, a los cuales se les proporciona atenciones a fin de satisfacer necesidades sociales.

Impacto en el presupuesto institucional: A continuación se presenta un cuadro con el gasto en prestaciones sociales y su relación con el presupuesto de ingresos institucional y con los gastos operativos.

Las prestaciones sociales representan el 0.55% del gasto institucional.

III. Soporte a la Gestión



III. Soporte a la Gestión

Recursos Humanos

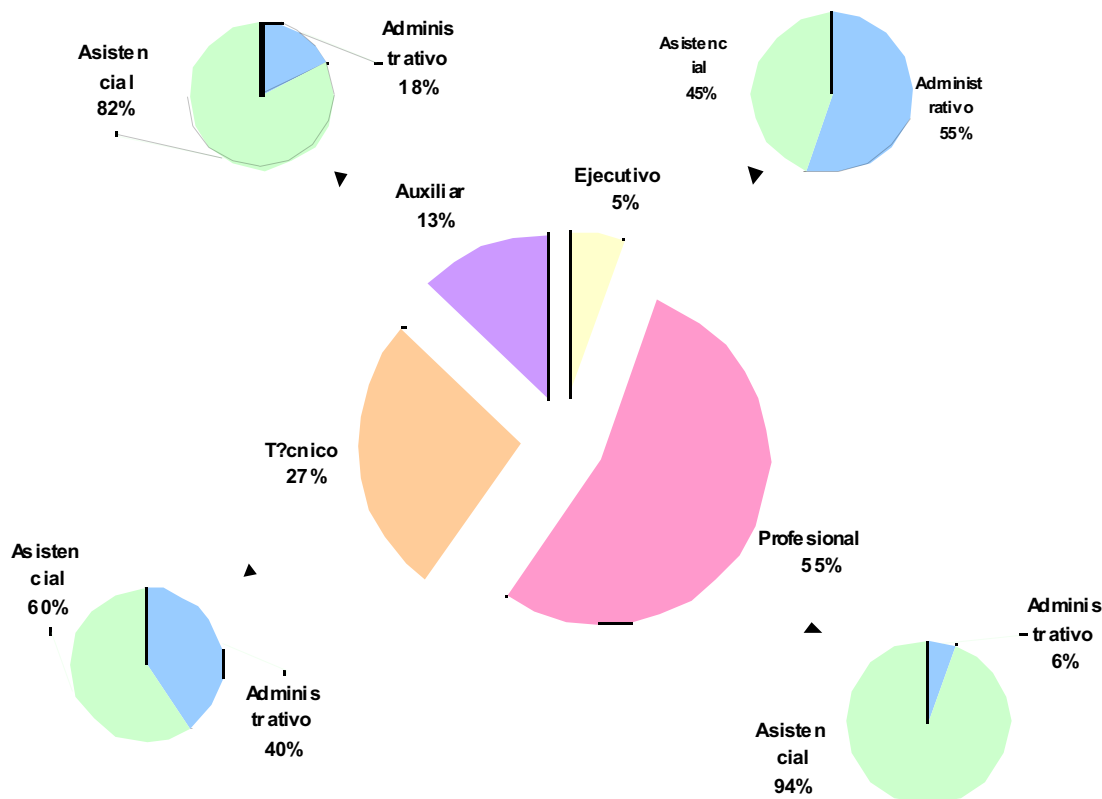
Composición del Recurso Humano:

Sobre la base de lo observado en el gráfico siguiente, respecto de la composición del recurso humano, se tiene que el grupo de técnicos-auxiliares asistenciales totales representa el 26.86% del total de trabajadores a nivel

nacional; y el grupo de los técnicos-auxiliares administrativos representa el 13.14%. Es decir el grupo de técnicos-auxiliares totales (administrativos y asistenciales) representa el 40% del total de trabajadores a nivel nacional.

Asimismo, en esta figura constatamos que el principal componente de los recursos humanos

COMPOSICION DEL RECURSO HUMANO 2003



Fuente: GCRH
 Elaboración: GPC-OCPD

en nuestra Institución en el año 2003 fue el de profesionales (55% del total), integrado por profesionales asistenciales (51.7% del total) y por profesionales administrativos (3.3% del total); y finalmente se encuentra el personal ejecutivo, que representa el 5% del total. Hay que indicar que, a diferencia de lo observado entre los componentes del ámbito operativo, entre los ejecutivos predominó el grupo administrativo, que constituyó el 55% de los ejecutivos (2.75% del total), mientras que el grupo asistencial es del 45% restante (2.25% del total).

Cabe mencionar que el proceso de racionalización ha estado direccionado principalmente

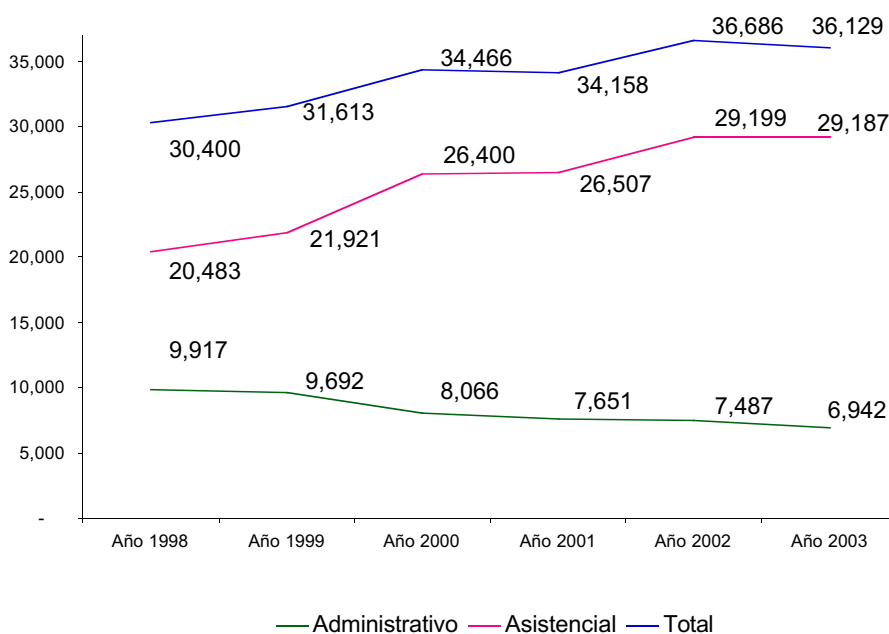
al grupo de trabajadores técnico-auxiliares administrativos y a los ejecutivos administrativos, sin embargo se evidencia que la proporción actual sigue siendo significativa.

Evolución del Recurso Humano 1998-2003:

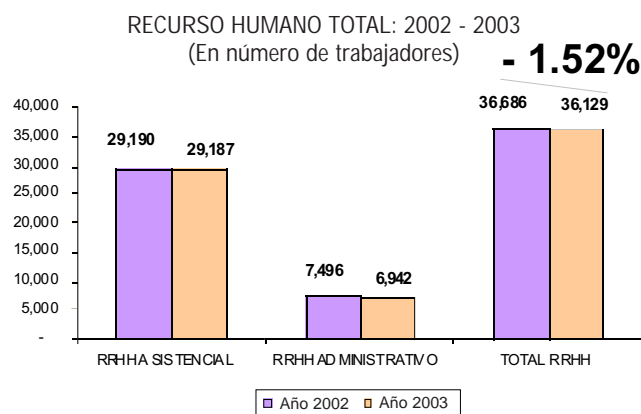
De la gráfica siguiente se desprende que la evolución creciente del recurso humano se debe principalmente al crecimiento del personal asistencial a pesar de la tendencia decreciente del personal administrativo.

Dado que el personal asistencial representa el 81% del total de trabajadores, la disminución

EVOLUCION DEL RECURSO HUMANO (1998-2003)



de 7.39% del número de trabajadores administrativos se ve compensada con la disminución de sólo 0.01% del personal asistencial, obteniéndose una reducción global de 1.52%.



Fuente: GCRH
 Elaboración: GPC-OCPD

RECURSOS HUMANOS 2002-2003

	Año 2002	Año 2003	Var %
RRHH ASISTENCIAL			
Ejecutivo (E5-E6)	861	848	-1.5%
Médicos	7,194	7,085	-1.5%
Enfermeras	7,334	7,297	-0.5%
Odontólogos	520	512	-1.5%
Químico-Farmacéutico	273	270	-1.1%
Obstetrices	966	973	0.7%
Otros Prof. Salud	2,505	2,493	-0.5%
Técnicos	5,915	5,889	-0.4%
Auxiliares	3,622	3,820	5.5%
Total	29,190	29,187	-0.01%
RRHH ADMINISTRATIVO	7,496	6,942	-7.39%
TOTAL RRHH	36,686	36,129	-1.52%

Fuente: GCRH
 Elaboración: GPC-OCPD

Recursos Físicos

Recursos físicos destinados a las prestaciones de salud:

Los recursos físicos, es decir, las instalaciones o infraestructura sanitarias (hospitales, clínicas, postas) y el equipamiento biomédico de la institución para la atención médica, estuvo constituida en el año 2003 por 329 centros asistenciales, distribuidos de la siguiente manera, según nivel de atención (ver cuadro)

Esta red de centros asistenciales permite a EsSalud brindar servicios a nivel nacional y en todos los niveles de complejidad.

Al observar la evolución del número de centros asistenciales en los últimos años, se nota que los centros de mayor nivel han crecido más en relación con los de menor nivel.

Contrataciones y Adquisiciones 2002-2003:

Asimismo, se han realizado contrataciones y adquisiciones durante el presente año, en mayor medida a través de licitaciones públicas y concursos públicos, los cuales se incrementaron en 23.4% y 62.5% respectivamente, respecto del año anterior; así como la reducción de las contrataciones y adquisiciones de menor cuantía en 27.5%. A continuación se detalla un cuadro-resumen con las partidas correspondientes al año 2002-2003 (ver cuadro en la pagina siguiente).

INFRAESTRUCTURA ASISTENCIAL - 2003

Tipo de Centro Asistencial	Número	Participación (%)
Posta Médica	178	54%
Centro Médico	39	12%
Policlínico	31	9%
Hospital I	38	12%
Hospital II	22	7%
Hospital III	9	3%
Hospital IV	8	2%
Institutos / Centros	4	1%
TOTAL	329	100%

NOTA: Sólo incluye oferta propia, no incluye oferta de otras modalidades de atención

Fuente: SES
Elaboración: GPC-OCPD

CONTRATACIONES Y ADQUISICIONES 2002-2003

	Año 2002	Año 2003	Var %
Licitación Pública	282,524,480	348,769,942	23.4%
* Nacional	47,531,469	59,506,098	25.2%
* Internacional	41,457,790	47,374,819	14.3%
* Licitación Pública (Medicamentos)	193,535,221	241,889,025	25.0%
Concurso Público	56,146,923	91,252,291	62.5%
* Nacional	56,146,923	91,252,291	62.5%
* Internacional			
Adjudicación Directa	89,989,862	69,617,195	-22.6%
* Pública	47,363,591	28,545,741	-39.7%
* Selectiva	42,626,271	41,071,454	-3.6%
Menor Cuantía	397,251,945	287,910,012	-27.5%
* Adquisición de bienes y contrataciones de servicios	312,956,245	248,698,765	-20.5%
* Consultoría y ejecución de obras	45,020		-100.0%
* Adquisiciones y contrataciones por exoneración de procesos	84,250,680	39,211,247	-53.5%
Total	825,913,210	797,549,440	-3.4%

Fuente: GCA-GDAO
Elaboración: GPC-OCPD

IV. Evaluación de la Gestión Institucional



IV. Evaluación de la Gestión Institucional

En el año 2003, la Institución tomó la decisión de realizar un cambio profundo del modo en que estaba actuando, por cuanto definió estrategias dentro de una visión de largo plazo (Plan Estratégico 2003-2007) e inició el rediseño de la estructura organizacional (unidades estratégicas y funciones), lo que constituye no sólo una innovación, sino una transformación fundamental.

Para emprender un proceso de transformación es importante entender en qué etapa del ciclo de vida se encuentra la Institución. EsSalud está en una etapa de transformación por cuanto se encuentra adoptando medidas respecto de la administración del gasto institucional en relación con sus ingresos, la forma de organización que haga viable las estrategias, las mejoras en la satisfacción de los asegurados, y el financiamiento y factibilidad de los gastos e inversiones en el tiempo. Este tipo de transformaciones se da como consecuencia de que la Institución pretende revitalizarse y salir adelante frente a los temas de financiamiento y gestión que presenta. En este tipo de transformaciones nuestra Institución continúa en el mismo sub sector de seguridad social en salud, y toma la decisión de centrar su atención en rediseñar la estructura organizacional que aumentará su capacidad y generará las condiciones para funcionar de una forma eficaz y eficiente, en beneficio de los más de 7 millones de asegurados. De hecho continuará actuando en el mercado (de seguros y de salud), pero tiene que aprender a actuar de un modo diferente.

Para este proceso de transformación, es necesario que todos los trabajadores de EsSalud recuerden que para el logro de los resultados es indispensable su participación, ya sea desde un punto de vista individual, grupal y organizacional (suma de grupos), es decir se debe utilizar la inteligencia de todos los trabajadores para que el proceso sea lo más efectivo posible.

La Evaluación de la Gestión Institucional se ha realizado sobre la base de la Evaluación del Plan Táctico Institucional del año 2003 y se presenta agrupada acorde con los Objetivos Estratégicos Institucionales.



Objetivo N° 1

Mejorar la salud y la calidad de vida de nuestros asegurados con un sistema de seguridad social centrado en el usuario.

Gestión de Aseguramiento

- Se desarrolló el perfil del nuevo Seguro Potestativo Unico aprobándose en el Consejo Directivo un cronograma de implementación para 2004.
- Se efectuó la revisión de los requisitos para el acogimiento del Seguro Agrario.

- Se concluyó con la revisión de la oferta Móvil de EsSalud correspondiente a Policlínicos Itinerantes.
- Se amplió la vigencia de los Seguros de Régimenes Especiales.

Gestión de Prestaciones

- Se concluyó con los modelos de los Sistemas de Vigilancia de Salud Pública y de Inteligencia Sanitaria para implementarse el 2004.
- Se realizó el "Encuentro Nacional de Calidad y Gestión" con la participación de los responsables de las Oficinas de Garantía de Calidad, Directores de Centros Asistenciales y funcionarios de la sede central (GDP).

- Se diseñó el paquete de intervenciones de salud por prioridades sanitarias.

Gestión Institucional

- Reconocimiento del cargo de Auxiliar Asistencial a un total de 240 trabajadores a nivel nacional.
- Proyecto SIADA: Se realizó el modelamiento y la creación de Base de Datos, desarrollo y procedimientos de migración, y migración de aseguramiento.
- Se desarrollaron los módulos de Filiación y de Acreditación.
- La estandarización de los programas de Gestión Hospitalaria llegó al 70%.

Objetivo N°2

Otorgar prestaciones integrales orientado a la Atención Primaria, con equidad, calidad y eficiencia.

Gestión en Prestaciones

- Control de la utilización de los recursos médicos implantados en algunos centros asistenciales seleccionados.
- Se concluyó la propuesta de recategorización de los centros asistenciales.

- Revisión y modificación de procesos de Abastecimiento y Distribución de Medicamentos en los centros asistenciales a nivel nacional.
- Participación en la elaboración de la Directiva para la formulación, ejecución seguimiento y evaluación del Plan Multianual de Inversiones así como en la definición de los criterios de evaluación y priorización de proyectos de inversión.
- Seguimiento, monitoreo y control de colas, diferimientos de citas, diferimientos de cirugías, congestión en salas de emergencia, desabastecimiento de medicamentos y material médico.
- La Gerencia de División de Prestaciones implementó la estrategia denominada "Cola Cero", para mejorar el acceso a los servicios ambulatorios, el mismo que posee entre sus principales actividades la adecuación y optimización de la oferta, así como el monitoreo continuo y permanente de las colas, iniciándose en junio del 2003 en los centros asistenciales de Lima.
- Se ha iniciado la implementación del proyecto sobre modelo de atención integral (piloto: policlínico Ventanilla) y por ende el desarrollo de la atención primaria a nivel distrital.

Gestión Institucional

- En el Programa de Capacitación Externa para profesionales de la salud, se ejecutaron 98 actividades.
- Se elaboraron los Lineamientos para la formulación del Plan Institucional de Capacitación 2004.
- Se formuló el instructivo para la formulación del Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones y se elaboró el proyecto de PACC-2004.
- Se formuló el Plan Anual de Mantenimiento de Infraestructura y Equipo Biomédico y Electromecánico 2004.
- Se ejecutó el Inventario Físico en los Almacenes Centrales.
- Implementación de la estación de trabajo SAP en centros asistenciales.
- Se implantó el modulo de Citas por Teléfono en forma centralizada para Lima Metropolitana.
- La Defensoría del Asegurado registró y atendió un total de 1,050 quejas y reclamos en el año 2003.

Objetivo N°3

Administrar los recursos institucionales con eficiencia y transparencia asignándolos con equidad y oportunidad.

Gestión en Prestaciones

- Análisis y difusión social de la situación financiera institucional interna y externa: Transparencia, Viabilidad Financiera, Pensiones, Cobranzas Coactivas.
- Revisión y actualización de la Base de Datos de Asegurados para evitar las filtraciones y suplantaciones.
- Política de austeridad y racionalización del gasto en función de prioridades y necesidades en salud.
- Se concluyó con la remisión del saldo de cuentas por cobrar a la SUNAT quedando pendiente lo correspondiente a multas y fraccionamiento el cual se concluirá en Febrero del 2004.
- Se concluyó con el Reglamento de Inversiones Financieras de EsSalud y fue elevado para su aprobación, esto permitirá superar las restricciones dadas por la normatividad externa y aprovechar las oportunidades del mercado.

Gestión Institucional

- Se elaboró el nuevo esquema (propuesta de diseño) de Cuentas Individuales de asegurados.
- Se elaboraron las Bases Técnicas del Proyecto Outsourcing de Informática.
- Se negoció el Convenio con la RENIEC para validar datos personales en la inscripción de los asegurados potestativos.
- Se elaboró la Directiva del Plan Multianual de Inversiones y se elaboraron las propuestas de Plan para 2003-2007 y para el año 2004.
- Se realizó la programación de recursos humanos en formación y SERUMS.
- Se ejecutaron 71 cursos de prevención, preparación y respuesta frente a desastres, conflictos y emergencias en Lima y 17 en provincias con 1,350 participantes capacitados.
- Se diseñó el Plan de Operaciones del Hospital de Campaña.
- Se culminó la elaboración del Plan de Operaciones de Defensa Civil.

Objetivo N° 4

mejorar la gestión y organización institucional introduciendo por consenso elementos de Reforma en Salud.

Gestión de Aseguramiento

- Se continuó con la difusión de información al asegurado sobre sus derechos y obligaciones a través de la página web de EsSalud.

Gestión Institucional

- Aprobación del Cuadro de asignación de personal correspondiente a los años 2001, 2002 y 2003.
- Cumplimiento del Acta de Compromiso del 23.10.2003 suscrita entre EsSalud y la Federación CUT de Trabajadores de EsSalud.
- Se culminó el Plan Piloto de Acciones Disuasivas en Lima para eliminar riesgos en el sistema de Gestión Hospitalaria.
- Se elaboró el proyecto de ROF para las áreas de Informática de los OODD.
- Elaboración del Plan Táctico Institucional.
- Elaboración de la Directiva de Formulación y evaluación de los Planes Táctico y Operativos 2004 de la Institución.
- Se realizó la conducción del proceso de elaboración del Plan Táctico Institucional 2004 y se presentó un preliminar en el mes de Diciembre.
- Se suscribieron convenios de Intercambio de prestaciones con el MINSA en 7 Departamentos.
- Se elaboró e implantó la propuesta de rediseño organizacional de la sede Central, los ROF de los Organos Centrales y el CAP de la sede Central.
- Se elaboró e implantó la propuesta de rediseño organizacional de los Órganos Desconcentrados, sobre la base de la creación de las Redes Asistenciales.
- Se realizó el Informe de supervisión de la transparencia de los procesos de diseño, validación y ejecución de la Encuesta de Satisfacción del Asegurado.
- Se difundió el proyecto de Código de Etica Institucional en la institución y en los organismos públicos y privados.



Caipo y Asociados

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

Apartado 14-003
Lima 14, Perú

Teléfono: 51(1) 611-3000

Fax: 51(1) 421-6943

Web: www.pe.kpmg.com

DICTAMEN DE LOS AUDITORES INDEPENDIENTES

Al Consejo Directivo del
Seguro Social de Salud - ESSALUD:

1. Hemos auditado los balances generales combinados adjuntos del Seguro Social de Salud - ESSALUD (en adelante la Institución) al 31 de diciembre de 2003 y 2002, y los correspondientes estados combinados de operaciones, de cambios en el patrimonio neto y de flujos de efectivo por los años terminados en esas fechas. La preparación de dichos estados financieros combinados es responsabilidad de la gerencia de la Institución. Nuestra responsabilidad es emitir una opinión sobre estos estados financieros combinados con base en las auditorías que efectuamos.
2. Excepto por los asuntos descritos en los párrafos 3 y 4 siguientes, nuestras auditorías fueron realizadas de acuerdo con normas de auditoría generalmente aceptadas en el Perú. Estas normas requieren que planifiquemos y realicemos la auditoría para obtener una seguridad razonable acerca de si los estados financieros están libres de errores significativos. Una auditoría incluye examinar, sobre una base selectiva, la evidencia que respalda los montos y las revelaciones en los estados financieros. Una auditoría incluye evaluar tanto los principios de contabilidad utilizados y las estimaciones significativas hechas por la gerencia, como la presentación en conjunto de los estados financieros. Consideramos que nuestras auditorías constituyen una base razonable para nuestra opinión.
3. Nuestras auditorías sobre los estados financieros combinados adjuntos tuvieron las limitaciones siguientes:
 - a. No observamos el inventario físico de existencias al 31 de diciembre de 2002, debido a que fuimos contratados por la Institución con posterioridad a dicha fecha, no habiendo sido posible satisfacernos de la razonabilidad del saldo de la cuenta existencias al 31 de diciembre de 2002 por S/. 158.1 millones y de su incidencia en los resultados de los años 2003 y 2002 por los consumos relacionados, mediante la aplicación de otros procedimientos de auditoría.
 - b. No fue posible validar los saldos de aportaciones diferidas - SUNAT por S/. 134.8 millones (monto neto de provisión para cuentas de cobranza dudosa por S/. 525 millones) y S/. 770.9 millones al 31 de diciembre de 2003 y 2002, respectivamente, presentados en aportaciones por cobrar a largo plazo y su contrapartida en ingresos diferidos, debido a que en algunos casos no se obtuvieron respuestas a las solicitudes de confirmación de saldos enviadas a los contribuyentes y, en otros, porque las respuestas recibidas establecieron diferencias que no pudieron ser conciliadas. Los registros contables de la Institución no permiten la aplicación de otros procedimientos de auditoría para comprobar la existencia y exactitud de dichas aportaciones.
 - c. Los valores en libros de inmuebles, maquinaria y equipo por S/.1,597.7 millones y S/.1,701.2 millones al 31 de diciembre de 2003 y 2002, respectivamente, no se encuentran respaldados con información reciente sobre los valores de mercado. La Institución sólo cuenta con las tasaciones efectuadas por CONATA a diciembre de 1994.
 - d. Según se explica en las notas 2(o) y 17 a los estados financieros combinados, al 31 de diciembre de 2002, el tratamiento contable de las obligaciones previsionales considerado por la Institución fue como sigue: (i) para el régimen pensionario del Decreto Ley N° 20530 la Institución aplicó lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 043-2003-EF y en la Resolución de Contaduría N° 159-2003-EF/93.01, registrando una provisión con cargo a los resultados del año por S/. 261.6 millones (S/. 256.5 millones en cifras históricas) y manteniendo en cuentas de orden un importe de S/. 2,952.8 millones (S/. 2,894.9 millones en cifras históricas), montos determinados a



partir del cálculo actuarial efectuado por la Institución que estableció una obligación previsional por S/. 3,214.4 millones (S/. 3,151.4 millones en cifras históricas); y (ii) para el régimen pensionario del Decreto Ley N° 18846 la Institución mantuvo en cuentas de orden los saldos por transferir a la Oficina de Normalización Previsional – ONP, los cuales según registros de la Institución ascendían a S/. 530.7 millones (S/. 520.3 millones en cifras históricas). Al 31 de diciembre de 2003 la Institución ha efectuado una revisión de los aspectos técnicos, legales, financieros y contables de las obligaciones previsionales de los regímenes pensionarios de los Decretos Leyes N° 20530 y N° 18846; como resultado de dicha revisión la Institución ha adoptado una posición diferente a la asumida al 31 de diciembre de 2002 y ha considerado que su responsabilidad máxima por las obligaciones previsionales de dichos regímenes pensionarios se limita a los montos establecidos en el Decreto de Urgencia N° 067-98, por S/. 2,204.4 millones y S/. 607.1 millones, respectivamente, a los cuales deberá deducírseles los pagos y transferencias efectuados desde enero de 1999 hasta diciembre de 2003 por S/. 1,242.8 millones y S/. 280.5 millones, respectivamente, quedando al 31 de diciembre de 2003, saldos por pagar por obligaciones previsionales por S/. 961.6 millones y S/. 326.6 millones, respectivamente. Esta posición se encuentra respaldada por la opinión profesional de dos asesores legales externos y ha sido aprobada por el Consejo Directivo de la Institución el 15 de abril de 2004. Con base en esta posición institucional el tratamiento contable de las obligaciones previsionales al 31 de diciembre de 2003 por dichos regímenes pensionarios ha sido como sigue: (i) para el régimen pensionario del Decreto Ley N° 20530 la Institución ha registrado una provisión con cargo a gastos extraordinarios por obligaciones previsionales por S/. 961.6 millones (S/. 311.6 millones y S/. 650.0 millones, a corto y largo plazo, respectivamente), en adición, ha registrado la reversión de la provisión efectuada en el año 2002 por S/. 261.6 millones (S/. 256.5 millones en cifras históricas) con crédito a ingreso extraordinario por obligación previsional; y (ii) por el régimen pensionario del Decreto Ley N° 18846 la Institución ha registrado una provisión con cargo a gastos extraordinarios por obligaciones previsionales por S/. 326.6 millones (S/. 66.7 millones y S/. 259.9 millones, a corto y largo plazo, respectivamente).

Con fecha 5 de abril de 2004 la Institución ha comunicado al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) su posición adoptada, en relación con las obligaciones previsionales de los Decretos Leyes N° 20530 y N° 18846, y los aspectos principales que sustentan la misma. Entre otros, los aspectos hacen mención al principio de intangibilidad de los recursos de la seguridad social y la plena vigencia del Decreto de Urgencia N° 067-98, así como la inaplicabilidad, para propósitos contables, de las disposiciones contenidas en el Decreto Supremo N° 043-2003-EF publicado el 28 de marzo de 2003 y la Resolución de Contaduría N° 159-2003-EF/93.10 publicada el 12 de marzo de 2003, porque colisionan con el Decreto de Urgencia N° 067-98 y las Leyes N°s 26790, 27056 y 28006 (ver nota 1 a los estados financieros combinados). A la fecha de este informe, no tenemos evidencia de que el MEF se haya pronunciado respecto a lo comunicado por la Institución. Esta situación podría derivar en el inicio de una controversia entre la mencionada entidad y la Institución, en cuanto a la definición del marco legal aplicable a esta última, en relación con las obligaciones previsionales de ambos regímenes pensionarios, así como respecto de los montos y responsabilidades que pudieran corresponderle a las partes, a partir de la fecha en la que la Institución complete el pago de las obligaciones previsionales reconocidas y registradas en su balance general combinado al 31 de diciembre de 2003. La determinación final de dichos asuntos podría requerir interpretaciones y acciones de orden jurídico, las cuales excederían el ámbito de la Institución en cuanto a su viabilidad y a los plazos necesarios para su resolución.

En consecuencia, a la fecha, no nos es posible determinar el efecto de los asuntos mencionados en los párrafos del 3a. al 3d. anteriores, sobre la situación financiera de la Institución al 31 de diciembre de 2003 y 2002, en los resultados de sus operaciones y en sus flujos de efectivo por los años terminados en esas fechas.

4. Como se explica en las notas 2(o) y 17 a los estados financieros combinados, al 31 de diciembre de 2003 éstos reflejan una posición diferente de aquella considerada al 31 de diciembre de 2002 para el tratamiento contable de las obligaciones previsionales de la Institución. Este asunto ha representado una limitación al alcance de la auditoría de los estados financieros combinados al 31 de diciembre de 2003, la cual se describe en el párrafo 3d. anterior; debido a que la información disponible a la fecha de este informe no nos permite determinar el efecto de dicha limitación sobre los estados financieros combinados al 31 de diciembre de 2002, nuestra opinión actual sobre estos estados financieros considera esta limitación.
5. En nuestra opinión, excepto por el efecto de los ajustes sobre los estados financieros combinados que pudieran haberse requerido, de haber sido posible satisfacernos respecto del monto de los activos y pasivos descritos en los párrafos 3 y 4 anteriores, los estados financieros combinados antes mencionados presentan razonablemente, en todos sus aspectos significativos, la situación financiera del Seguro Social de Salud - ESSALUD al 31 de diciembre de 2003 y 2002, los resultados de sus operaciones y sus flujos de efectivo por los años terminados en esas fechas, de conformidad con principios de contabilidad generalmente aceptados en el Perú y disposiciones legales vigentes (ver nota 2 a los estados financieros combinados).
6. Según se explica en la nota 10 a los estados financieros combinados, al 31 de diciembre de 2003 la gerencia de la Institución efectuó un análisis y evaluación detallada sobre la recuperabilidad de las aportaciones por cobrar a largo plazo presentadas en el balance general combinado y que tienen su contrapartida en la cuenta ingresos diferidos. Con base en el resultado de dicho procedimiento se registró una provisión para cuentas de cobranza dudosa por S/. 1,078.8 millones con cargo a la cuenta ingresos diferidos. Dicho registro no tuvo efecto en el patrimonio de la Institución.
7. Al 31 de diciembre de 2003 el saldo de obligaciones previsionales del régimen pensionario del Decreto Ley N° 18846 pendiente por transferir a la ONP y que ha sido reconocido y registrado por la Institución en su balance general combinado, asciende a S/. 326.6 millones. Sin embargo, según estado de cuenta de la ONP al 31 de diciembre de 2003, la Institución adeuda S/. 532.9 millones, importe que incluye intereses por S/. 139.4 millones y gastos administrativos por S/. 4.1 millones, los cuales desconoce la Institución. El convenio para dicho régimen suscrito entre las partes el 11 de agosto de 1999 no estipula que la Institución esté obligada a pagar intereses y gastos administrativos a la ONP, sin embargo, establece que, en caso de divergencia, las partes buscarán resolverla dentro de las reglas de buena fé. Asimismo, la Institución no cuenta con un cálculo actuarial al 31 de diciembre de 2003 por este régimen pensionario.
8. Como se menciona en la nota 22 a los estados financieros combinados, la Institución conjuntamente con la ONP, mantiene tres procesos judiciales sobre Acción de Cumplimiento interpuestos por la Asociación Nacional de ex-Servidores del IPSS (ASEIPSS) con relación al pago de las pensiones de cesantía nivelables. Dichos procesos se tramitan ante diversas instancias del Poder Judicial. A la fecha de este informe, el resultado final de dichos procesos no puede ser determinado y los estados financieros combinados al 31 de diciembre de 2003 y 2002 no incluyen provisión alguna en relación a cualquier obligación que pudiera resultar de los mismos.
9. Según se explica en mayor detalle en las notas 31a. y 31b. a los estados financieros combinados, el cálculo actuarial de la Institución al 31 de diciembre de 2003 por el régimen pensionario del Decreto Ley N° 20530 determinó una reserva actuarial total por S/. 4,812.7 millones, monto que incluye reserva pensionaria por S/. 2,943.2 millones, reserva no pensionaria por S/. 548.7 millones y reserva para contingencias por S/. 1,320.8 millones. La tasa de interés técnico utilizada fue 6.5% anual y los períodos medio y de servicio activo establecidos fueron de 19 y 15 años, respectivamente. Dicho cálculo actuarial, efectuado por un profesional independiente contratado para tal efecto por la Institución, fue remitido el 4 de marzo de 2004 a la ONP para su verificación, según lo dispuesto en el Decreto Supremo

N° 043-2003-EF. En opinión de la gerencia y con base en la posición recientemente adoptada, dicho cálculo actuarial no tiene efectos contables para la Institución. Con fecha 26 de marzo de 2004 la ONP remitió a la Institución el Informe del Cálculo de la Reserva Actuarial, Período Medio y Período de Servicio Activo de la Institución, el cual determinó una reserva actuarial total por S/. 7,358.3 millones, monto que incluye reserva pensionaria por S/. 4,390.1 millones, reserva no pensionaria por S/. 969.4 millones y reserva para contingencias por S/. 1,998.8 millones. La tasa de interés técnico utilizada fue 4% anual y los períodos medio y de servicio activo establecidos fueron de 20 y 3 años, respectivamente. A la fecha de este informe, la Institución no ha efectuado la conciliación de las diferencias entre los montos incluidos en el informe de la ONP y aquellos determinados en su cálculo actuarial. Cualquier ajuste al monto de la reserva actuarial se efectuará en el año en que la conciliación y las disposiciones sobre los resultados de la misma finalmente se concluyan.

10. En los años 2003 y 2002, los estados de operaciones combinados muestran un déficit del año después de partidas extraordinarias de ejercicios anteriores por S/. 1,181.1 millones y S/. 284.8 millones, y los estados de flujos de efectivo combinados muestran un flujo de efectivo negativo por actividades de operación por S/. 1.4 millón y S/. 58.6 millones, respectivamente. En este sentido, la Institución deberá implementar las medidas y estrategias orientadas a lograr que las operaciones futuras generen superávit y flujos de efectivo positivos por actividades de operación, que permitan disponer de la liquidez suficiente para atender las actividades de inversión y de financiamiento, así como para hacer frente a sus obligaciones previsionales.

Mayo 7, 2004

Refrendado por:

Caipo y Asociados



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

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Balances Generales Combinados

31 de diciembre de 2003 y 2002

(Expresados en miles de nuevos soles constantes al 31 de diciembre de 2003)

<u>Activo</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>	<u>Pasivo y Patrimonio Neto</u>	<u>2003</u>	<u>2002</u>
Activo corriente:			Pasivo corriente:		
Caja y bancos (nota 4)	730,400	926,229	Cuentas por pagar comerciales (nota 15)	102,137	128,533
Valores negociables (nota 5)	326,937	221,698	Otras cuentas por pagar (nota 16)	397,830	339,208
Aportaciones por cobrar, neto (nota 6)	345,488	339,115	Parte corriente de la provisión por obligaciones previsionales D.L. 20530 y D.L. 18846 (nota 17)	378,264	-
Otras cuentas por cobrar, neto (nota 7)	17,089	31,075			
Existencias, neto (nota 8)	170,648	158,051	Total pasivo corriente	878,231	467,741
Gastos pagados por anticipado (nota 9)	3,688	6,374			
	-----	-----	Provisión por obligaciones previsionales - D. L. 20530 y D.L. 18846 (nota 17)	909,860	261,609
Total activo corriente	1,594,250	1,682,542	Provisión para beneficios sociales (nota 18)	10,328	8,778
	-----	-----	Ingresos diferidos (nota 10 y 19)	336,498	1,401,345
Aportaciones por cobrar - largo plazo	1,797,531	1,779,037			
Provisión para cuentas de cobranza dudosa	(1,399,866)	(318,309)	Total pasivo	2,134,917	2,139,473
	-----	-----			
Aportaciones por cobrar - largo plazo, neto (nota 10)	397,665	1,460,728	Provisión para contingencias (nota 20)	18,257	5,856
	-----	-----			
Cuenta por cobrar al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) DU-O67-98 (nota 11)	289,146	286,294	Patrimonio neto (nota 21):		
	-----	-----	Capital adicional	6,983	6,899
Inversiones permanentes, neto (nota 12)	221,674	142,082	Excedente de revaluación	645,279	645,279
	-----	-----	Reservas	867,479	872,963
Inmuebles, maquinaria y equipo, neto (nota 13)	1,597,683	1,701,163	Resultados acumulados	1,619,887	1,899,163
	-----	-----	Déficit del año después de partidas extraordinarias	(1,181,117)	(284,760)
Activos intangibles, neto (nota 14)	11,267	12,064			
	-----	-----	Total patrimonio neto	1,958,511	3,139,544
Total activo	4,111,685	5,284,873			
	=====	=====	Contingencias (nota 22)		
			Total pasivo y patrimonio neto	4,111,685	5,284,873
				=====	=====
Cuentas de orden deudoras (nota 23)	3,398,741	5,389,948	Cuentas de orden acreedoras (nota 23)	3,398,741	5,389,948
	=====	=====		=====	=====

Véanse las notas que se acompañan a los estados financieros combinados

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Estados de Operaciones Combinados

Años terminados el 31 de diciembre de 2003 y 2002

(Expresados en miles de nuevos soles constantes al 31 de diciembre de 2003)

	<u>2003</u>	<u>2002</u>
Ingresos por aportaciones y seguros (nota 24)	2,959,816	2,923,009
Costos y gastos de administración (nota 25)	(3,177,077)	(3,370,222)
Déficit de operación	(217,261)	(447,213)
Otros ingresos (gastos) (nota 26):		
Ingresos financieros (nota 26.1)	61,202	121,909
Otros ingresos (nota 26.2)	97,252	88,707
Gastos financieros (nota 26.3)	(354)	(1,706)
Otros gastos (nota 26.4)	(57,366)	(37,240)
Resultado por exposición a la inflación (nota 26.5)	(38,075)	(9,217)
Total otros ingresos, neto	62,659	162,453
Déficit del año antes de partidas extraordinarias de ejercicios anteriores	(154,602)	(284,760)
Partidas extraordinarias de ejercicios anteriores (nota 27):		
Ingreso extraordinario por obligación previsional	261,609	-
Gastos extraordinarios por obligaciones previsionales Decreto de Urgencia N° 067 año 1998	(1,288,124)	-
Total partidas extraordinarias de ejercicios anteriores, neto	(1,026,515)	-
Déficit del año después de partidas extraordinarias de ejercicios anteriores	<u>(1,181,117)</u>	<u>(284,760)</u>

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



SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Estados Combinados de Cambios en el Patrimonio Neto

Años terminados el 31 de diciembre de 2003 y 2002

(Expresados en miles de nuevos soles constantes al 31 de diciembre de 2003)

	Capital adicional (nota 21a.)	Excedente de revaluación (nota 21b.)	Reservas (nota 21c.)	Resultados acumulados		Total patrimonio neto	
				Superávit acumulado	(Déficit) superávit del año		
Saldos al 31 de diciembre de 2001	6,499	645,279	883,468	1,683,766	13,208	1,696,974	3,232,220
Traslado a superávit acumulado	-	-	-	13,208	(13,208)	-	-
Transferencia y a reserva	-	-	(10,505)	10,505	-	10,505	-
Donaciones	400	-	-	-	-	-	400
Deuda del MEF D.U. N° 067-98 (nota 11)	-	-	-	214,683	-	214,683	214,683
Otras disminuciones de partidas patrimoniales, neto	-	-	-	(22,999)	-	(22,999)	(22,999)
Déficit del año después de partidas extraordinarias de ejercicios anteriores	-	-	-	-	(284,760)	(284,760)	(284,760)
Saldos al 31 de diciembre de 2002	6,899	645,279	872,963	1,899,163	(284,760)	1,614,403	3,139,544
Traslado a superávit acumulado	-	-	-	(284,760)	284,760	-	-
Transferencia a reserva	-	-	(5,484)	5,484	-	5,484	-
Donaciones	84	-	-	-	-	-	84
Déficit del año después de partidas extraordinarias de ejercicios anteriores	-	-	-	-	(1,181,117)	(1,181,117)	(1,181,117)
Saldos al 31 de diciembre de 2003	6,983	645,279	867,479	1,619,887	(1,181,117)	438,770	1,958,511

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

SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Estados de Flujos de Efectivo Combinados

Años terminados el 31 de diciembre de 2003 y 2002

(Expresados en miles de nuevos soles constantes al 31 de diciembre de 2003)

	<u>2003</u>	<u>2002</u>
Actividades de operación:		
Cobranza de aportaciones y otros ingresos operacionales	2,959,166	2,803,300
Cobranza de intereses y dividendos recibidos	42,750	121,909
Otros cobros de efectivo relativos a la actividad	52,909	43,287
Pagos a proveedores de bienes y servicios	(647,659)	(644,579)
Pagos de remuneraciones y beneficios sociales	(1,388,902)	(1,333,848)
Pagos de prestaciones económicas	(211,926)	(203,562)
Pensiones D.L. N° 20530-D.U. N° 067-98	(311,595)	(340,231)
Pensiones D.L. N° 18846-D.U. N° 067-98	(66,668)	(64,559)
Pagos de tributos	(23,981)	(12,128)
Otros pagos de efectivo relativos a la actividad	(405,440)	(428,155)
	-----	-----
Efectivo y equivalente de efectivo neto utilizado en las actividades de operación	(1,346)	(58,566)
	-----	-----
Actividades de inversión:		
Cobranza de venta de valores e inversiones permanentes	5,232	41,944
Menos:		
Pagos por compra de valores e inversiones permanentes	(79,252)	(31,512)
Pagos por compra de inmuebles, maquinaria y equipo	(13,842)	(24,149)
Pagos por compra de activos intangibles	(1,382)	(1,204)
Otros pagos de efectivo relativos a la actividad	-	(23,866)
	-----	-----
Efectivo y equivalente de efectivo neto utilizado en las actividades de inversión	(89,244)	(38,787)
	-----	-----
Actividades de financiamiento:		
Pagos de efectivo relativos a la actividad	-	(1,112)
	-----	-----
Efectivo y equivalente de efectivo neto utilizado en las actividades de financiamiento	-	(1,112)
	-----	-----
Disminución del efectivo y equivalente de efectivo	(90,590)	(98,465)
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al inicio del año	1,147,927	1,246,392
	-----	-----
Saldo de efectivo y equivalente de efectivo al final del año	<u>1,057,337</u>	<u>1,147,927</u>

(Continúa)



SEGURO SOCIAL DE SALUD - EsSALUD

Estados de Flujos de Efectivo Combinados (Continuación)

La conciliación entre el déficit del año después de partidas extraordinarias de ejercicios anteriores y el efectivo neto utilizado en las actividades de operación, es como sigue:

	<u>2003</u>	<u>2002</u>
Déficit del año después de partidas extraordinarias de ejercicios anteriores	(1,181,117)	(284,760)
Ajustes al déficit del año después de partidas extraordinarias de ejercicios anteriores:		
Depreciación del año	110,710	117,049
Amortización del año	2,179	2,027
Provisión para cuentas de cobranza dudosa por aportaciones por cobrar a corto plazo	10,523	4,929
Provisión para desvalorización de existencias	201	426
Provisión por fluctuación de valores	2,438	371
Provisión para contingencias	12,401	1,191
Provisión para beneficios sociales	1,556	9
Gasto extraordinario por obligaciones previsionales D.L. N° 20530 (notas 17 y 27)	961,543	-
Gasto extraordinario por obligaciones previsionales D.L. N° 18846 (notas 17 y 27)	326,581	-
(Ingreso extraordinario por reversión de provisión) provisión por obligaciones previsionales - D.L. N° 20530-D.S. N° 043-2003-EF (notas 17 y 27)	(261,609)	261,909
Provisión para cuentas de cobranza dudosa de otras cuentas por cobrar	15,374	-
Provisión para cuentas de cobranza dudosa por aportaciones por cobrar a largo plazo	2,731	-
Recupero de provisión por aportaciones por cobrar a largo plazo	(7,263)	8,933
Recupero de provisión para cobranza dudosa de otras cuentas por cobrar, neto	(14,522)	-
Recupero de provisión para desvalorización de existencias	(1,502)	(16,893)
Ajuste en inmuebles, maquinaria y equipo, neto	-	544
Recupero de provisión para fluctuación de valores	(24,284)	(3,146)
Otras provisiones, neto	48,428	(5,910)
Variaciones netas en activo y pasivo:		
Aumento de aportaciones por cobrar	(3,021)	(119,709)
Disminución (aumento) de otras cuentas por cobrar	16,210	(45,422)
Aumento de existencias	(11,296)	(12,537)
Disminución de gastos pagados por anticipado	2,686	5,181
(Disminución) aumento de cuentas por pagar comerciales	(26,396)	26,897
Aumento de otras cuentas por pagar	16,103	345
Efectivo y equivalente de efectivo utilizado en las actividades de operación	<u>(1,346)</u>	<u>(58,566)</u>

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

