



**ACTA  
CONSEJO DIRECTIVO  
PRIMERA SESIÓN ORDINARIA  
Lima, 10 de Enero de 2012**

En la ciudad de Lima, siendo las nueve de la mañana del día diez de enero del año 2012, se reunió el Consejo Directivo del Seguro Social de Salud – EsSalud, en la sede central, sito en Jr. Domingo Cueto N° 120, 3er piso, Jesús María, bajo la Presidencia del doctor **Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra**, con la asistencia de los señores Consejeros: **Enrique Jacoby Martínez, Antonio Gonzalo Garland Iturralde, Pablo Manuel José Moreyra Almenara, Eduardo Iriarte Jiménez, Carmela Asunción Sifuentes de Holguín, Guillermo Onofre Flores y Jorge Alberto Cristóbal Párraga.**

Asimismo, participaron el Gerente General, señor Pedro Francke Ballve y la Secretaria General, señora Sylvia Elizabeth Cáceres Pizarro.

Como invitados, asistieron los señores Armando Mendoza Nava, Gerente Central de Finanzas; Gastón Remy Llacsá, Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica; Rino García Carbone, Gerente Central de Prestaciones de Salud; Hernán Ramos Romero, Gerente Central de Aseguramiento; Marcial Matheus Cabrera, Gerente Central de Prestaciones Económicas y Sociales; Ángel Noriega Mendoza, Gerente Central de Gestión de las Personas; Vitilio Calonge García, Gerente Central de Logística; Luis García Corcuera, Defensor del Asegurado; Leonardo Rubio, Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo; Jorge Suárez Galdós, Jefe de la Oficina de Defensa Nacional; Marco Martínez Zamora, Jefe de la Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión; y Edgardo Cruzado Silverii, Asesor de la Gerencia General.

**I. LECTURA Y APROBACION DE LAS ACTAS CORRESPONDIENTES A LA VIGÉSIMA SESIÓN ORDINARIA Y VIGÉSIMA PRIMERA SESIÓN EXTRAORDINARIA 2011 DEL CONSEJO DIRECTIVO**

Con el acuerdo unánime de los señores miembros del Consejo Directivo, el Dr. Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra dio por aprobadas las actas del Consejo Directivo correspondientes a las sesiones del 06 y 21 de diciembre de 2011.

**II. ORDEN DEL DÍA**

**1. Aprobación de Plan Operativo Institucional 2012.**

El Dr. Leonardo Rubio, Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo presentó el Plan Operativo Institucional 2012, señalando como antecedente de su elaboración la Directiva de Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo y el Presupuesto de las Empresas bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), aprobada por Acuerdo de Directorio N° 001-2010/014-FONAFE.

En este sentido, presentó los aspectos generales de la institución que dan el marco para el desarrollo del plan, como son la visión y misión de EsSalud precisando que la presentación tiene carácter preliminar en el marco del proceso de aprobación como parte del Plan Estratégico que se viene formulando desde la Oficina de Planificación y Desarrollo.

En ese contexto, mencionó que la visión de EsSalud es "ser una institución que contribuya a lograr un sistema nacional de salud y seguridad social y a fortalecer las políticas de protección social en el país, brindando una atención integral y oportuna a los asegurados, garantizando la sostenibilidad financiera del Seguro Social a través de una gestión transparente, eficiente y comprometida" y su misión es "ser una institución de seguridad social de salud que brinda una atención integral con calidad, oportunidad y eficiencia para garantizar el bienestar y acceso a las prestaciones de salud, económicas y sociales a los asegurados".

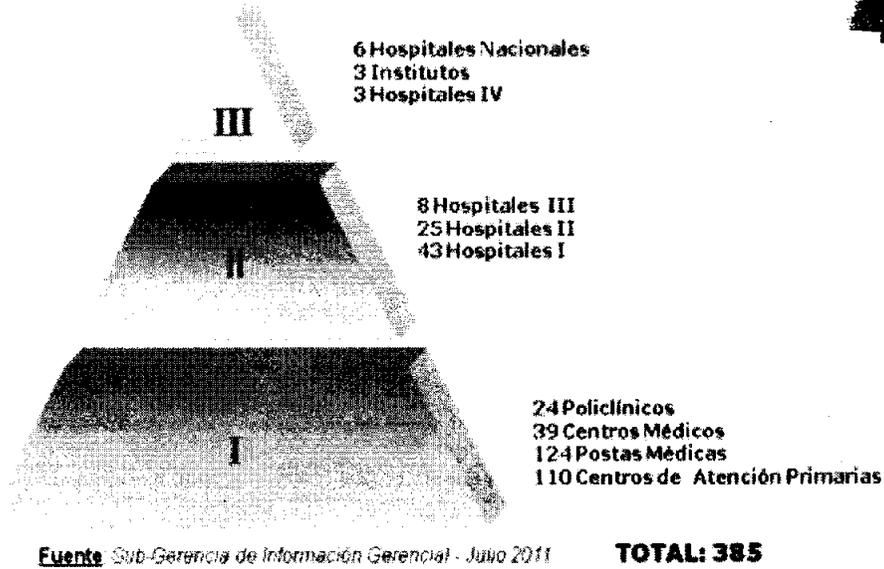
Respecto a los objetivos estratégicos planteados por la actual gestión, señaló lo siguiente:

- Objetivo 1: La atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados. Con ese propósito, se cambiará el modelo de atención, con énfasis en los aspectos preventivo promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Objetivo 2: En cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud, con el estudio financiero actuarial que se desarrolla con el apoyo técnico de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Objetivo 3: En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la OIT, se desarrollarán las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informales, así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales, responsabilidad social compartida por empresas y trabajadores.
- Objetivo 4: En consonancia con la actual política del Estado y con el compromiso institucional en la lucha contra la corrupción, se implementará una gestión transparente, basada en el mérito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.

Con relación a la dotación del personal, el Dr. Rubio presentó la evolución del personal en la institución desde el año 2007 hasta el año 2011, destacando que el ratio entre el personal asistencial y el administrativo para el año 2011 es de 4.20, en concordancia con los estándares internacionales vigentes.

Personal según función	2007	2008	2009	2010	2011*
Total personal	36,734	39,207	40,312	40,840	40,527
Personal Asistencial	29,905	32,041	32,863	33,072	32,737
Personal Administrativo	6,829	7,166	7,449	7,768	7,790
<b>Ratio personal Asistencial vs. Administrativo</b>	<b>4.38</b>	<b>4.47</b>	<b>4.41</b>	<b>4.26</b>	<b>4.20</b>

En cuanto al área de influencia de la institución, mencionó que a nivel nacional cuenta con 385 centros asistenciales, representando el mayor porcentaje los centros de menor complejidad y menor especialización en los que se atiende a aproximadamente un 80% de la población. Asimismo, indicó que los hospitales con niveles de complejidad de tipo 1 al 3, representan el segundo grupo del total de establecimientos. Finalmente, señaló que en el tercer nivel se encuentran los 3 hospitales tipo 4, los institutos y los 6 hospitales nacionales que son hospitales que están por encima de las 100 camas y tienen una tecnología de punta para la atención de las especialidades médicas.



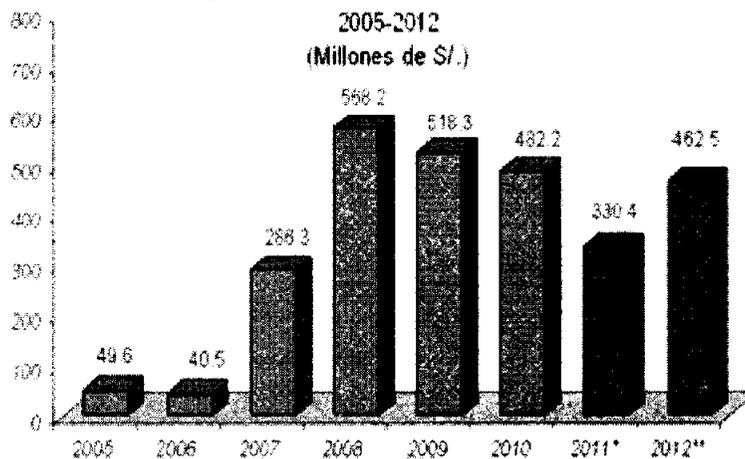
En relación a la evolución de la población asegurada desde el 2005 al 2012, el Dr. Rubio mencionó que se espera un total de 9,3 millones de asegurados para el final del año 2012.



\*Población Asegurada 2012 Estimada

Respecto a la evolución de las inversiones desde el año 2005, señaló que en los años 2011 y 2012, las inversiones se redujeron debido al recorte de ingresos de EsSalud. Pese a ello, los ajustes realizados por la Gerencia de Finanzas, permitirán que para el 2012 se tenga un periodo de superávit luego de 2 a 3 años deficitarios.

### Evolución de las Inversiones



(\*) Estimación 2011

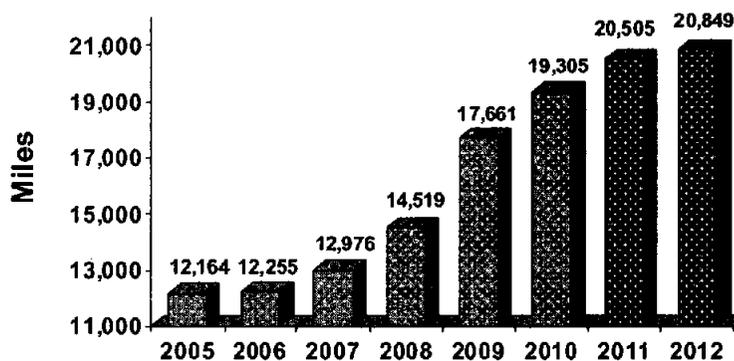
(\*\*) Proyección al 2012

En relación a las líneas de negocio en EsSalud, mencionó los tres tipos de prestaciones que ofrece la institución:

- Prestaciones de Salud: Prestaciones otorgadas a los asegurados principalmente por su oferta regular (servicios de promoción y prevención de la salud, consultas hospitalizaciones, atenciones de emergencia, operaciones procedimientos análisis de laboratorio y exámenes radiológicos) y también por su oferta flexible.
- Prestaciones Económicas: Subsidio por Incapacidad Temporal para el Trabajo, Subsidio por Maternidad, Prestación por Sepelio y Subsidio por Lactancia.
- Prestaciones Sociales: Actividades dirigidas al adulto mayor y a las personas con discapacidad con la finalidad de mejorar la 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.

A continuación, el Dr. Rubio precisó que para el caso de las consultas externas se había previsto un incremento de 15%, pero dicha cifra ha tenido que reducirse al 8% en razón de la reducción del presupuesto.

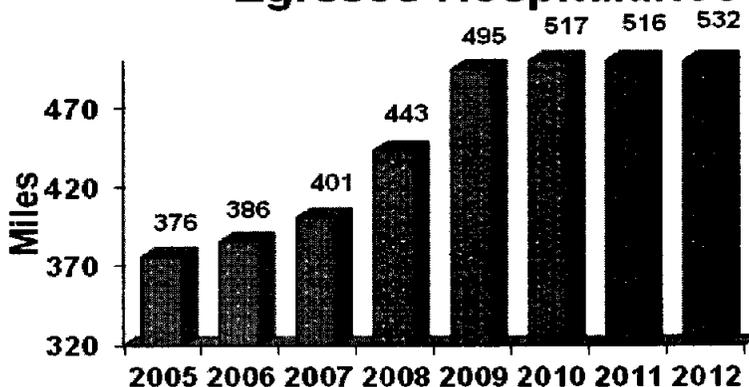
### Consultas Externas



En relación a los egresos hospitalarios, mencionó que en el año 2005 eran del orden de 376 mil pacientes, habiéndose proyectado tener 532 mil altas para el 2012. Al respecto precisó que esta meta guarda correspondencia con el recorte realizado, ya que en el mes de octubre de 2011, cuando se formuló el plan operativo se había previsto tener 541 mil altas hospitalarias.

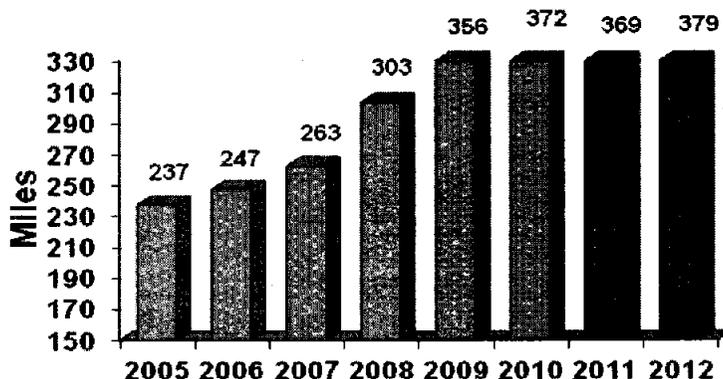


### Egresos Hospitalarios



Respecto a las intervenciones quirúrgicas indicó que en el mes de octubre de 2011, cuando se formuló el plan operativo se había previsto realizar 385 mil intervenciones quirúrgicas, pero dado el contexto de reducción presupuestal, esta meta se ha reducido a 379 mil.

### Intervenciones Quirúrgicas



En relación a las prestaciones económicas, señaló que para el año 2005 las prestaciones económicas representaron un egreso de 283.19 millones de soles y que a la fecha representan aproximadamente 457.97 millones de soles.

### Total de Prestaciones Económicas

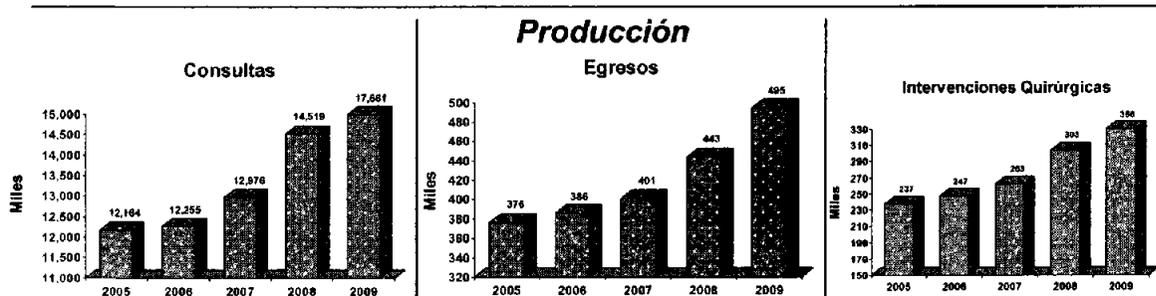


(\*) Estimación 2011

(\*\*) Proyección al 2012

Respecto a los principales logros obtenidos por EsSalud durante el año 2010, señaló que a nivel de la "Producción Asistencial", EsSalud ha desarrollado un gran esfuerzo en incrementar tanto el número de las principales prestaciones realizadas, como el número de prestaciones realizadas por unidad de recurso disponible. En el caso de las Consultas Externas en el periodo 2007-2010, se ha incrementado en un 48% el número total de prestaciones. De manera similar en el caso de las Intervenciones Quirúrgicas, en el

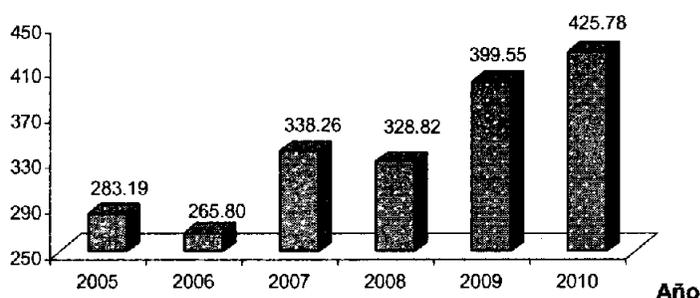
mismo periodo se han incrementado en un 29%. En el caso de los Egresos Hospitalarios, se han incrementado en un 29% en dicho periodo, a partir del uso más eficiente de la infraestructura ya existente. A continuación se detalla la evolución de las consultas, egresos e intervenciones quirúrgicas en el periodo 2005 al 2010.



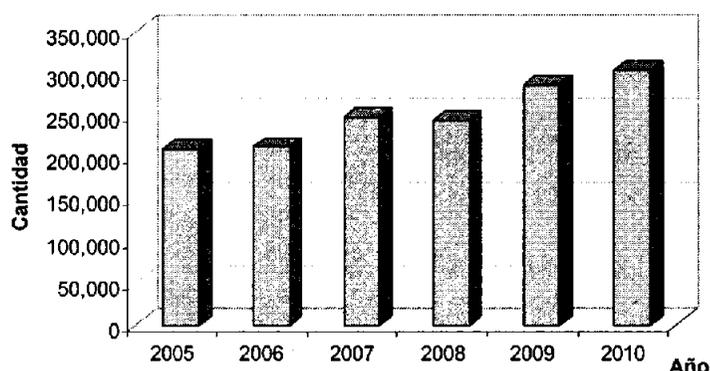
En cuanto a las "Prestaciones Económicas" señaló que en el año 2010, se otorgaron Prestaciones Económicas por un monto ascendente a S/. 425'782,926, que corresponde a un total de 302,729 solicitudes procesadas, lo que significó un incremento del 6% (16,697 solicitudes más) por un mayor monto de S/. 26'233,567 millones (7%), con relación al año 2009.

Entre los subsidios otorgados, destacan los de Incapacidad Temporal y Maternidad por un monto de S/. 143'188,523 que representó un 34% del total de subsidios y por S/. 130'330,020 que significó un 31% respectivamente.

**Total de Prestaciones Económicas**  
Millones de Nuevos Soles



**Evolución expedientes**

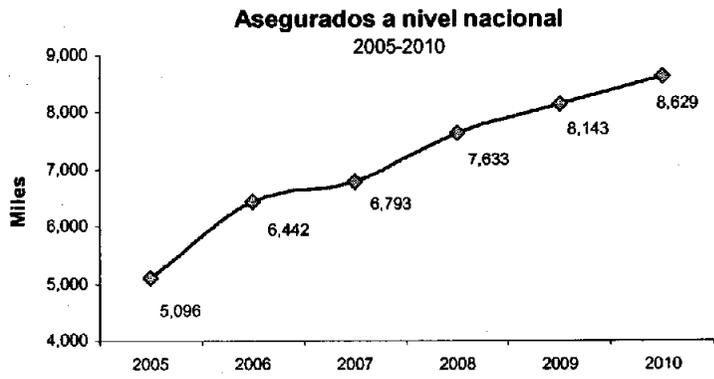


Respecto a las evolución y composición de la población asegurada, indicó que al cierre del ejercicio 2010 EsSalud da cobertura más de 8.6 millones de asegurados, los cuales se determinan en función de las declaraciones de los empleadores a SUNAT. Respecto al año 2009 la población de asegurados creció en 6%. Se aprecia un aumento de 6.3% de los regulares, una disminución de 0.2% de los agrarios y un aumento de 22.5%, de los asegurados potestativos. Esto último, debido a los siguientes factores:

- El relanzamiento del nuevo seguro independiente en el marco del aseguramiento universal sobre la cobertura del PEAS.
- A través del convenio RENIEC de menores, permitió la identificación y afiliados de hijos menores de los asegurados independientes.
- Se realizó una afiliación colectiva a través de convocatorias a los gremios, sindicatos, colegios profesionales como: abogados, ingenieros independientes que no tienen cobertura. se busco impulsar el incremento de nuevos afiliados.



- Se suscribieron convenios con canales de pago tarjeta visa para brindar a los nuevos afiliados, Convenio Interbank, Continental y Nación.
- Se implementaron pequeños módulos en los Centros Comerciales: Mega Plaza. Santa Anita, Gamarra, Minka y otros puntos de afluencia masiva de público para impulsar la venta del seguro independiente.



En relación a los principales logros estimados a obtener el año 2011 y en el año 2012, señaló para la "Producción Asistencial", que EsSalud ha desarrollado un gran esfuerzo en incrementar sustancialmente, tanto el número de las principales prestaciones realizadas, como el número de prestaciones realizadas por unidad de recurso disponible. En relación al 2010 se ha previsto para el 2012 un incremento de las Consultas Externas del orden del 10%, en Egresos Hospitalarios de 5% y en Intervenciones Quirúrgicas del orden de 4%.



Luego de ello, el Dr. Rubio presentó las metas e indicadores planteados a nivel operativo, conforme a las directivas del FONAFE y en el marco de los objetivos estratégicos comprometidos por la institución:

N°	INDICADOR / VALOR	TIPO INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALORES EJECUCIÓN		META ESTIMADA 2011	META PREVISTA 2012
				2009	2010		
<b>RELACIONADOS A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>							
1	PRODUCTIVIDAD DE CONSULTORIOS	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	INDICADOR CONSULTAS / CONSULTORIOS FÍSICOS	8.762,2	8.622,3	8.872,3	9.196,4
2	PRODUCTIVIDAD DE SALAS QUIRÚRGICAS	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	INDICADOR CIRUGÍA / SALAS DE OPERACIÓN	1.617,2	1.610,2	1.605,8	1.648,6
3	PRODUCTIVIDAD DE CAMAS	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	INDICADOR EGRESOS / CAMAS HOSPITALARIAS	69,5	68,8	68,6	71,0
4	MAMOGRAFÍAS PREVENTIVAS 40 A 65 AÑOS	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	MAMOGRAFÍAS INFORMADAS		107.627	174.261	191.687
5	MUESTRAS PROCESADAS X PAP CERVIX UTERINO	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	PAP INFORMADOS		236.963	329.484	384.648
6	INCREMENTO DE POBLACIÓN DE ASEGURADOS APORTANTES	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	NÚMERO DE ASEGURADOS APORTANTES	4.673.544	4.702.945	4.888.266	5.201.669

Entorno a los programas de producción, mencionó que ha habido una reducción con relación a lo que se había previsto en el mes de octubre en que se formuló el Presupuesto y Plan Operativo para FONAFE. En ese sentido, precisó que originalmente se contempló un incremento de 10%, 5% y 4% para las consultas, pacientes día y cirugías, respectivamente. Sin embargo, dados los ajustes presupuestales el nivel de incremento se ha tenido que definir en 8%, 3% y 2%.

N°	INDICADOR / VALOR	TIPO INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALORES EJECUCIÓN		META ESTIMADA 2011	META PREVISTA 2012 (Ene 2012)
				2009	2010		
1	CONSULTAS	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	ATENCIÓNES	17.661.035	19.305.367	20.505.045	20.849.796
2	PACIENTE DÍA	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	PACIENTE DÍA	2.343.531	2.454.985	2.510.812	2.504.084
3	CIRUGÍAS	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	INTERVENCIONES QX	355.792	371.964	368.677	379.402

**Presupuesto del Programa de Producción  
(En Nuevos Soles)**

N°	INDICADOR / VALOR	TIPO INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META ESTIMADA 2011 (S/.)	META PREVISTA 2012 (S/.)
1	CONSULTAS	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	ATENCIÓNES	679.853.136	716.823.187
2	PACIENTE DÍA	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	PACIENTE DÍA	677.424.232	585.955.656
3	CIRUGÍAS	CI-CONTINUO DE INCREMENTO	INTERVENCIONES QX	515.949.764	498.129.070

A continuación, el Dr. Rubio presentó la variación de los montos presupuestales presentados en octubre 2011 y enero 2012, con relación a las prestaciones para consultas, pacientes día (hospitalizaciones) y cirugías.



Prestaciones	Presupuesto 2012 (Octubre 2011)	Presupuesto 2012 (Enero 2012)	Variación
Consultas	729'983,638	716'823,187	-1.8 %
Paciente Día	610'959,373	585'955,656	-4.1%
Cirugías	525'543,168	498'129,070	-5.2 %

En ese sentido, mencionó que la reformulación presupuestal planteada por el FONAFE produciría en el año 2012 una disminución de 391 mil consultas externas, 9 mil hospitalizaciones y 7 mil operaciones, provocando un incremento en el periodo de diferimiento de citas para consulta y generando una mayor espera de los asegurados para ser hospitalizados o intervenidos quirúrgicamente, con la insatisfacción consiguiente.

Finalmente, el Dr. Rubio indicó que la información presentada a nivel de las metas de producción que han sido consideradas en la exposición se han basado en la tarifa vigente para el año 2011, no obstante precisó que los referidos montos se actualizarían al aprobarse las nuevas tarifas del año 2012, lo que obligará a disminuir aún más las metas de producción previstas para el ejercicio 2012.

El señor Consejero Pablo Moreyra manifestó su preocupación por la información presentada y solicitó información con relación a indicadores relacionados al número de camas por asegurado, número de personal asistencial por asegurado, número de médicos por asegurado, los que se presume deben estar disminuyendo dada la situación de la institución. Asimismo, destacó el incremento en el número de consultas externas presentado por el Dr. Rubio, cifra que ha pasado de 12 millones en el 2005 a 20 millones en el 2011 debido al crecimiento de la población asegurada, la cual se va a perjudicar por la reducción del número de consultas. En tal sentido, reiteró su preocupación por la disposición del FONAFE respecto al presupuesto institucional que está impidiendo que EsSalud atienda mejor a sus asegurados. Finalmente, ratificó su desacuerdo con la decisión del FONAFE respecto al presupuesto de EsSalud, la que consideró inaceptable por tratar a EsSalud como una empresa que genera productos y servicios comerciales, y no que brinda servicios a personas en el campo de la salud.

Por su parte, la señora Consejera Carmela Sifuentes señaló su preocupación por los datos presentados, más aun considerando las reducciones y ajustes a nivel de la atención de los asegurados, y al igual que el Consejero Moreyra solicitó información sobre indicadores de la atención en emergencia. En ese sentido, manifestó que por motivos de salud, tuvo que ser atendida en el Seguro Social constatando la necesidad de incrementar el presupuesto destinado a la atención de los asegurados y la falta de conocimiento del organigrama de la institución, por parte del personal de salud.

Asimismo, el señor Consejero Gonzalo Garland solicitó se busque una solución inmediata frente a la preocupante información presentada. En tal sentido, destacó que dado el incremento de la población asegurada desde el año 2005, se evidencia la necesidad de mejorar la oferta de servicios con infraestructura, equipos y los recursos necesarios, situación que se irá agudizando con el paso de los años. No obstante, manifestó que si bien la misión de EsSalud es atender a la población asegurada, no se cuenta con los recursos para ello y más bien existen brechas significativas que deberían ser objeto de una presentación más detallada por parte del Dr. Rubio para una siguiente oportunidad.

En ese sentido, recordó que además de las consecuencias negativas por las restricciones presupuestales dispuestas por el FONAFE, se mantiene el problema de los 1500 millones de nuevos soles que se han reducido del presupuesto institucional, en razón de las medidas dispuestas por el Congreso de la República respecto a las asignaciones complementarias y gratificaciones. Asimismo, manifestó su preocupación por el crecimiento inmediato de la fuerza laboral que necesita tener acceso a los hospitales de EsSalud en todo el Perú y que no podrá acceder al servicio mínimo que requiere dada la preocupante situación del presupuesto institucional.

Por su parte el señor Consejero Eduardo Iriarte se sumó a la preocupación manifestada por los señores Consejeros, señalando que sería irresponsable por parte del Consejo Directivo de EsSalud aprobar un plan operativo institucional con los recursos que el FONAFE ha aprobado y sugirió se considere la posibilidad de declararse en rebeldía

frente a esta situación y apoyar la aprobación del Decreto Supremo que busca la autonomía de EsSalud del ámbito del FONAFE.

Al respecto, el señor Consejero Jorge Cristóbal mencionó que EsSalud es víctima del control económico y financiero del FONAFE y coincidió en que el Consejo debe protestar ya que el servicio de EsSalud está prácticamente recortado en cuanto a la atención e infraestructura porque, con el referido presupuesto, no se podrá cumplir con los objetivos y metas institucionales. En ese sentido, destacó la necesidad de que EsSalud recobre su autonomía y que a su vez la institución implemente las medidas de urgencia requeridas para tener un manejo económico adecuado.

Asimismo, manifestó su conformidad con la propuesta de declararse en rebeldía, exigiendo la autonomía de EsSalud y rechazando la disposición del FONAFE, ya que el objetivo de la institución es brindar servicios de salud, lo que debe llevar a implementar todas las acciones necesarias para su logro. Asimismo, sugirió que antes de evaluar el tema de las inversiones privadas habría que utilizar y manejar correctamente los recursos propios, en el marco de la lucha contra la corrupción.

También el señor Consejero Guillermo Onofre manifestó su conformidad con lo señalado por los señores Consejeros, pero recordó que hay una carta de respuesta del FONAFE que señala que no es procedente la solicitud de reconsideración del presupuesto planteada por EsSalud. Asimismo, solicitó el apoyo del Dr. Enrique Jacoby, Viceministro de Salud, para poder llevar esta problemática ante el Consejo de Ministros.

Por su parte, el señor Consejero Enrique Jacoby se sumó a la posición de buscar canales alternativos ante la respuesta del FONAFE. Al respecto, manifestó que concuerda con la propuesta de llevar esta opinión al Consejo de Ministros, haciendo notar la gravedad de la situación. Asimismo, destacó que existen otras opciones, como la legislativa, a través de la Comisión de Salud del Congreso, que tal vez no han sido exploradas, y finalmente propuso considerar la ventilación del tema ante la opinión pública.

Por su parte, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra, recordó que la actual gestión encontró una institución en situación de crisis con más de 450 millones de nuevos soles de déficit, llegando inclusive a haber tomado parte de las reservas técnicas por las necesidades presupuestales, con la aprobación del Consejo Directivo. Asimismo, destacó que EsSalud se encuentra siendo objeto de una auditoría en curso, con un resultado de la evaluación de la gestión anterior que señalaba la abstención de opinión dadas las graves irregularidades contables. En ese sentido, mencionó que la referida situación se vio agravada por los problemas éticos y morales, el recorte de los fondos por 720 millones de nuevos soles en las remuneraciones de julio y diciembre y por los 174 millones adicionales que ha impuesto como ajuste el FONAFE.

Respecto a la presentación hecha ante el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y los datos solicitados por los Consejeros respecto a los índices de camas hospitalarias, los médicos, enfermeras, etc. señaló que toda la información es parte de la carpeta de la sesión en curso, en donde se presenta de manera más extensa la información expuesta por el Dr. Rubio respecto al Plan Operativo.

Asimismo, indicó existe un Código de Ética para el funcionario público y que además la actual gestión viene trabajando un documento similar para EsSalud, el cual se encuentra en fase de validación y aprobación por parte de los funcionarios y trabajadores de la institución. Además, destacó la creación del Comité de Buen Trato y el Programa correspondiente. Respecto a la preocupación sobre las brechas presentadas, indicó que efectivamente en la institución faltan aproximadamente seis mil profesionales de la salud, lo que se viene coordinando con las Facultades de Medicina a fin de focalizar de manera más efectiva la formación de profesionales de la salud.

En relación al FONAFE, señaló que los señores Consejeros tienen el documento de respuesta del FONAFE que señala que si bien no pueden atender el pedido de EsSalud, existen un conjunto de mecanismos para modificar hasta en tres oportunidades el presupuesto de EsSalud durante el año 2012, lo que permitiría hacer los ajustes requeridos con las necesidades de la institución.

Además, recordó que en abril del 2012 se ha previsto la culminación del estudio financiero actuarial desarrollado con la Organización Internacional del Trabajo, cuya información será de gran utilidad para la institución. En ese sentido, mencionó que a nivel



latinoamericano, el promedio de la aportación para la salud de los trabajadores es del 12% a 12.5%, sin embargo EsSalud trabaja con un aporte del 9% hace 26 años. Al respecto, destacó que en el año 2006 existían 6 millones de asegurados y en el año 2011 se cuenta con 9 millones de asegurados, a pesar de que el aporte sigue siendo el mismo. En ese sentido, indicó que si bien es un reclamo justo el de la opinión pública que demanda mejores servicios, para atenderlos se necesita incrementar los recursos ya que ninguna institución del Seguro Social del mundo funciona en base a la información de un estudio financiero actuarial desfasado, más aun considerando que la Ley dispone que el referido estudio debe hacerse cada 2 años.

Respecto al plan estratégico, indicó que en una próxima sesión del Consejo Directivo, el Dr. Rubio presentaría el plan estratégico considerando la demanda y oferta a nivel nacional y las perspectivas estratégicas para atender las brechas institucionales.

También precisó que la visión de la institución está alineada con el enfoque del actual gobierno, expresado por el Presidente de la República. En ese sentido, indicó que la asociación público privada no debe ser considerada buena o mala por sí misma, ya que su utilidad depende de los términos de referencia. Por tanto, recordó que el Presidente ha saludado las asociaciones público privadas que sirvan para el desarrollo de la salud pública y de todos los sectores del país, en la medida que éstas tengan un nivel de sostenibilidad y racionalidad entre los ingresos y egresos, y que las necesidades de las empresas y de los servicios para la población se atiendan en el marco de un equilibrio aceptable para el área de desarrollo, como es el caso de SALOG, que será objeto de la sección de informes de la sesión.

En cuanto al tema de la aprobación del presupuesto operativo, precisó que EsSalud debe sujetarse al marco normativo vigente por lo que la institución no puede funcionar sin la aprobación del presupuesto. Asimismo, enfatizó que está claro que se debe hacer explícita la preocupación del Consejo Directivo respecto al tema, para lo cual se han remitido las comunicaciones correspondientes al Presidente de la República y a los Ministros de Estado involucrados. En el caso del Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, precisó que se ha compartido ya la preocupación por el tema y que está en curso una reunión con el Presidente de la República, con el Presidente del Consejo de Ministros, con el Ministro de Economía y Finanzas y con las instancias pertinentes del Congreso de la República, como son la Comisión de Salud, la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, y la Comisión de Fiscalización.

Respecto al proyecto de Decreto Supremo "Reglamentación de la Ley N° 28006, Ley que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social y restituye la autonomía administrativa, económica, financiera y presupuestal de ESSALUD", informó que se ha puesto en manos del señor Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, sector al cual está adscrito EsSalud el referido proyecto. En ese sentido, indicó que en primera instancia la impresión del señor Ministro frente al referido proyecto ha sido favorable. También indicó que es preocupante el tema del incremento de los trabajadores, aunque se debe hacer un análisis del ratio entre el personal y los asegurados ya que EsSalud se encuentra todavía por debajo del ratio internacional, con un evidente déficit de personal. Asimismo, mencionó que el tema de los sueldos se ha conversado con la Gerencia Central de Gestión de las Personas para evaluar mecanismos para incentivar a los especialistas a ir al interior del país, considerando las limitaciones que tiene el régimen de contratación administrativa de servicios.

Informó que se tiene listo el proyecto de comunicado para exponer el tema ante la opinión pública, pero solicitó que sea tratado con cautela para no dar la equivocada impresión de que EsSalud está en rebeldía frente al Gobierno.

Finalmente, agradeció las gestiones a realizar por parte del Dr. Enrique Jacoby como Viceministro de Salud para las coordinaciones que se tengan que hacer ante el Consejo de Ministros y ante la Comisión de Salud del Congreso de la República.

El Eco. Pedro Francke, Gerente General de EsSalud mencionó que efectivamente se ha solicitado la reconsideración del presupuesto al FONAFE tal como lo dispuso el Consejo Directivo. Sin embargo, la respuesta del FONAFE señala que no hay lugar a reconsideración pero es posible ampliar el presupuesto en los próximos meses. En ese sentido, precisó que legalmente correspondería a EsSalud hacer una propuesta de presupuesto desagregado ajustado y de plan operativo, en correspondencia con el ajuste de los 134 millones de nuevos soles dispuesto por el FONAFE.

Sin perjuicio de ello, destacó la necesidad de llevar a cabo iniciativas políticas y legislativas para lo cual indicó la importancia de contar con el apoyo de las altas autoridades del Gobierno, como es el caso del Viceministro de Salud.

El señor Consejero Eduardo Iriarte consultó si se podría postergar la aprobación del presupuesto y plan operativo, a fin de esperar la emisión del Decreto Supremo.

Al respecto el Dr. Gastón Remy, Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica, indicó que dado que EsSalud pertenece al ámbito del FONAFE y en sus directivas se establece que existe obligación legal por parte del Consejo Directivo de aprobar el presupuesto institucional desagregado y el plan operativo, se requiere que se tome el acuerdo correspondiente para que la institución continúe con sus actividades operativas, razón por la cual no aprobar el presupuesto y plan operativo podría paralizar los procesos de contrataciones, adquisiciones y otros, con el impacto consiguiente en la operatividad de la institución.

Asimismo, el Eco. Armando Mendoza, Gerente Central de Finanzas, agregó que estando adscrita al FONAFE, EsSalud debe remitir periódicamente informes sobre la evolución presupuestal financiera, lo que no se podría hacer si no se aprueba el presupuesto desagregado, con lo que la institución no estaría registrada en la base datos del FONAFE lo cual tendría implicancias negativas en términos de transparencia.

Por su parte, el señor Consejero Gonzalo Garland indicó que si es imprescindible aprobar el presupuesto desagregado y plan operativo, se debería tomar el acuerdo pero con la protesta del caso. Asimismo, se sumó al pedido del Consejero Iriarte respecto a reunirse semanalmente dada la situación de emergencia de EsSalud, para lo cual se debería solicitar al FONAFE que no limite a dos las sesiones remuneradas del Consejo Directivo.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra mencionó que se ha registrado el rechazo al recorte presupuestal realizado por el FONAFE y la correspondiente aprobación del presupuesto y plan operativo, en cumplimiento con la normatividad vigente.

A continuación, el Dr. Vidal sometió a la consideración de los señores miembros del Consejo Directivo la aprobación del plan operativo 2012, siendo aprobado por unanimidad por los señores Consejeros con las aclaraciones y reservas del caso que han sido registradas en el acta.

#### **ACUERDO N° 1-1-ESSALUD-2012**

#### **VISTOS:**

La Carta N° 062-OCPD-EsSalud-2012 de fecha 06 de enero de 2012 de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo que contiene la propuesta para la aprobación del Plan Operativo 2012 y el informe Técnico N° 001-GPC-OCPD-ESSALUD-2012, y;

#### **CONSIDERANDO:**

Que, de conformidad con el numeral 1.1.3 de la Directiva de Gestión y Proceso Presupuestario de las empresas bajo el ámbito del FONAFE, aprobada por Acuerdo de Directorio N°003-2005/018-FONAFE, los objetivos de los planes operativos deberán relacionarse con los objetivos estratégicos de las empresas.

Que, en Acuerdo de Directorio N°001-2010/014-FONAFE se aprobó la Directiva de Formulación del Plan Operativo y Presupuesto de las Empresas bajo el ámbito de FONAFE;

Que, en mérito de las consideraciones expuestas, la Oficina Central de Planificación y Desarrollo ha elaborado el Plan Operativo Año 2012;

Que, el Plan Operativo Institucional 2012 propuesto, es un documento de gestión que permitirá armonizar y dar continuidad a las acciones institucionales durante el ejercicio 2012, posibilitando el desarrollo de un conjunto de acciones operativas y de gestión estratégica;



Que, de conformidad a lo establecido en el Oficio N° 1242-201/DE-FONAFE del 13 de Diciembre de 2011, EsSalud debe proceder a aprobar el Plan Operativo Año 2012, de acuerdo a lo establecido en la "Directiva de Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo y Presupuesto de las Empresas bajo el ámbito del FONAFE" aplicable para el año 2012;

En uso de las atribuciones conferidas, por unanimidad, el Consejo Directivo;

**ACORDÓ:**

1. **APROBAR** el Plan Operativo Año 2012, cuyo Informe Técnico forma parte del presente acuerdo.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central remita el Plan Operativo Año 2012 al Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE)
3. **EXONERAR** el presente acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta correspondiente, para que entre en inmediata ejecución.

**PLAN OPERATIVO 2012**

**Plan Estratégico 2012-2016**

Sobre la base de los resultados del diagnóstico situacional del Seguro Social, se viene culminando con el Plan Estratégico 2012-2016, a continuación se detalla los objetivos estratégicos preliminares, los mismos que se actualizarán cuando se apruebe el Plan Estratégico 2012-2016.

**Objetivos Estratégicos**

En el marco de los lineamientos de política expresados se propone que EsSalud deberá enmarcar su accionar en cuatro objetivos estratégicos

1. La atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad;
2. En el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados. Con ese propósito, cambiaremos el modelo de atención, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS.
3. En cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad de la seguridad social en salud, ampliando la base contributiva y tributaria.
4. En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informarles, así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales, responsabilidad social compartida de empresas y trabajadores.
5. En consonancia con la actual política del Estado y con nuestro compromiso en la Lucha contra la corrupción, implementaremos una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.

**Relación entre los objetivos del Plan Estratégico de EsSalud, de FONAFE y del Sector.**

CUADRO N°1

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE ESSALUD ALINEADOS A LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE FONAFE Y EL SECTOR TRABAJO

OBJETIVOS DE ESSALUD	DESCRIPCIÓN	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	
		FONAFE	SECTOR
OBJETIVO ESTRATÉGICO 1	La atención integral a los asegurados con los mas altos estándares de calidad; En el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados. Con ese propósito, cambiaremos el modelo de atención, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS.	A	1
Objetivo Específico 1			
Objetivo Específico 2			
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2	En cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad de la seguridad social en salud, ampliando la base contributiva y tributaria.	A	1
Objetivo Específico 1			
Objetivo Específico 2			
OBJETIVO ESTRATÉGICO 3	3.-En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informarles, así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales, responsabilidad social compartida de empresas y trabajadores.	B	2
Objetivo Específico 1			
Objetivo Específico 2			
OBJETIVO ESTRATÉGICO 4	En consonancia con la actual política del Estado y con nuestro compromiso en la Lucha contra la corrupción, implementaremos una gestión transparente basada en el merito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.	E	3
Objetivo Específico 1			
Objetivo Específico 2			

CUADRO N°2

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE FONAFE

LITERAL	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS FONAFE
A	Generar valor mediante la gestión eficiente d las empresas del Holding y Encargos
B	Fortalecer la Actividad Empresarial del estado
C	Fortalecer la Imagen de la Corporación FONAFE
D	Reforzar los valores. La comunicación el desarrollo del personal
E	Promover la transparencia en la gestión de las empresas del Holding y Encargos

CUADRO N°3

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SECTOR TRABAJO

NUMERAL	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL SECTOR TRABAJO
1	Promover el empleo digno y productivo, el desarrollo de com ´petencias laborales, la inserción en el mercado de trabajo en un marco de igualdad de oportunidades especialmente para los grupos vulnerables de la población
2	Fomentar un sistema democrático de las relaciones laborales
3	Reforma y modernización de la gestión institucional



**Plan Operativo-Formato 1P (Directiva de Formulación del Plan Operativo y Presupuesto de las empresas bajo en ámbito de FONAFE).**

El Plan Operativo se basa en la visión de la empresa orientada en ser una institución que contribuya a lograr un sistema nacional de salud integrado y a fortalecer las políticas de protección social en el país, en el contexto de la misión de ESSALUD que consiste en ser una institución de seguridad social de salud que brinda una atención integral con calidad, oportunidad y eficiencia para garantizar el bienestar y acceso a las prestaciones de salud, económicas y sociales de los asegurados.

De acuerdo a ello, se plantea dentro del marco del Objetivo Estratégico N° 1, los indicadores de la productividad de los consultorios, salas quirúrgicas y camas de hospitalización, así como el cumplimiento de la mejora de la salud orientada a prioridades sanitarias con la implementación de los indicadores de mamografías preventivas de 40 a 65 años y las muestras procesadas por PAP Cérvix Uterino.

Asimismo, dentro del Objetivo Estratégico N° 3, se propone el indicador referido a la ampliación de la cobertura de aseguramiento a través del incremento de la población de asegurados aportantes como indicador de medida.

Respecto al programa de producción se han considerado los principales productos sanitarios de nuestra red asistencial: Atenciones de Consulta Externa, Paciente-día de Hospitalización e Intervenciones Quirúrgicas.

**Objetivos del Plan Operativo 2012**

- 1.- La atención integral a los asegurados con los mas altos estándares de calidad; en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados. Con ese propósito, cambiaremos el modelo de atención, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS.
- 2.- En cumplimiento del mandato de la ley, garantizar la sostenibilidad de la seguridad social en salud, ampliando la base contributiva y tributaria.
- 3.- En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo – OIT, desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos pertinentes para incluir a los trabajadores independientes e informarles, así como también, incorporar al conjunto de los asalariados formales, responsabilidad social compartida de empresas y trabajadores.
- 4.- En consonancia con la actual política del Estado y con nuestro compromiso en la Lucha contra la corrupción, implementaremos una gestión transparente basada en el merito y la capacidad de los equipos de gestión y trabajadores de salud.

**Indicadores del Plan Operativo 2012**

**1. Productividad de Consultorios (PC)**

Mide la relación entre el número de Consultas Externas y la Cantidad de consultorios Físicos. Este indicador describe la intensidad de uso de la planta física disponible a nivel de la oferta ambulatoria.

**Fórmula**

NÚMERO DE CONSULTAS

PC =

NÚMERO DE CONSUTORIOS

FÍSICOS

De acuerdo a lo programado al tercer trimestre se esperaba un rendimiento de 6,700 consultas externas por unidad física, estimándose que en el periodo el indicador es 6,665, lo que implica una ligera disminución (-0.5%) respecto a los programado, lo cual se explica por una disminución de la demanda por actividades laborales estacionales.

## 2. Productividad de Salas Quirúrgicas (SQ)

Mide la relación entre el número de Operaciones Quirúrgicas de todos los niveles de complejidad y la cantidad de salas de operaciones. Este indicador describe la intensidad de uso de la planta física disponible a nivel de la oferta quirúrgica.

### Fórmula

NUMERO DE OPERACIONES QUIRURGICAS

SQ =

NUMERO DE SALAS DE OPERACIONES

Se ha verificado una disminución en el indicador. Al tercer trimestre se había considerado un rendimiento de 1300 operaciones quirúrgicas por sala disponible, habiéndose obtenido una cifra de 1,253, lo que implica disminución de un -3.6%. Ello se explica respecto a lo programado, por la baja demanda por actividades laborales estacionales, las cuales inciden en la programación de cirugías electivas.

## 3. Productividad de Camas Hospitalarias (PCAMA)

Mide la relación entre el número de Egresos Hospitalarios de todos los niveles de complejidad y la cantidad de camas hospitalarias. Este indicador describe la intensidad de uso de la planta física disponible a nivel de la oferta hospitalaria.

### Fórmula

NUMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

SQ =

NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS

La cifra prevista para el tercer trimestre de este año es de 53 egresos por cama, sin embargo se ha alcanzado una cifra de 51, lo que implica una disminución de un 3.4 % respecto a lo previsto. Ello se explica respecto a lo programado, por la disminución de la demanda por actividades laborales estacionales y por oscilaciones en la demanda de servicios quirúrgicos tienden a disminuir el número de egresos hospitalarios.

## 4. Mamografías Preventivas de 40 a 65 años

Este indicador se basa en el número de Mamografías Preventivas realizadas en mujeres de 49 a 65 años y nos permite ver el grado de ejecución de actividades de detección temprana de Cáncer de Mama, las cuales tiene un impacto directo de la salud de este grupo de población.

Para el tercer trimestre del 2011 se había previsto realizar 148,619 mamografías informadas, habiéndose realizado un total de 130,696. Lo que implica una disminución del 12.06%. Ello se explica, dado que en el primer nivel de atención, donde se ofrece estos servicios existe una fuerte contracción de la demanda en el periodo.

## 5. Muestra Procesadas para PAP Cérvico-Uterino

Este indicador se basa en el número de Muestras para Exámenes de Papanicolau (PAP) informadas realizadas en mujeres aseguradas y nos permite el grado de ejecución de actividades de detección temprana de Cáncer de Cérvix Uterino, las cuales tienen un impacto directo en la salud de este grupo poblacional.

Para el tercer trimestre del 2011 se había previsto realizar 306,004 muestras de PAP informadas, habiéndose realizado un total de 269,613. Lo que implica una disminución de un 11.89%. Ello se explica, dado que en el primer nivel de atención, donde se ofrecen estos servicios existe una fuerte contracción de la demanda en el periodo.

## 6. Incremento de la población de asegurados aportantes.

Este indicador representa el incremento de la cantidad de población peruana que se incorpora a la Seguridad Social en calidad de titulares, los cuales aportan a su vez una contribución a ESSALUD. la cifra de asegurados aportantes estimada como meta al tercer trimestre del 2011 es de 4'946,886 asegurados. En ese sentido la estimación de la población asegurada al mes del año en curso muestran un total de 4'976,256, lo que implica que se ha superado la meta estimada en 0.59% lo cual muestra de las acciones previstas para la expansión de la cobertura de aseguramiento en un contexto del mantenimiento del crecimiento de la actividad económica.



Indicadores y metas del Plan Operativo

El comportamiento histórico del Plan Operativo de ESSALUD, medido a través de los principales indicadores ejecutados en los años 2009 - 2010 y las metas estimadas para los años 2011 - 2012, es la siguiente:

N°	INDICADOR / VALOR	TIPO INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALORES EJECUCION		META ESTIMADA 2011	META PREVISTA 2012
				2009	2010		
<b>RELACIONADOS A LOS OBJETIVOS ESTRATEGICOS:</b>							
1	PRODUCTIVIDAD DE CONSULTORIOS	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	INDICADOR CONSULTAS / CONSULTORIOS FISICOS	8,767.2	8,622.3	8,872.3	9,196.4
2	PRODUCTIVIDAD DE SALAS QUIRURGICAS	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	INDICADOR CIRUGIA / SALAS DE OPERACIÓN	1,617.2	1,610.2	1,605.8	1,648.6
3	PRODUCTIVIDAD DE CAMAS	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	INDICADOR EGRESOS / CAMAS HOSPITALAR.	69.5	68.8	68.6	71.0
4	MAMOGRAFIAS PREVENTIVAS 40 A 65 AÑOS	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	MAMOGRAFIAS INFORMADAS		107,627	174,261	191,687
5	MUESTRAS PROCESADAS X PAP CERVIX UTERINO	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	PAP INFORMADOS		236,963	359,484	384,648
6	INCREMENTO DE POBLACION DE ASEGURADOS APORTANTES	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	NUMERO DE ASEGURADOS APORTANTES	4,673,544	4,702,945	4,888,266	5,201,669
<b>RELACIONADOS A LA CANTIDAD DEL PROGRAMA DE PRODUCCION</b>							
1	CONSULTAS	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	ATENCIONES	17,661,035	19,305,367	20,505,045	20,849,796
2	PACIENTE DIA	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	PACIENTE DIA	2,343,531	2,454,985	2,510,812	2,504,084
3	CIRUGIAS	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	INTERVENCIONES QX	355,792	371,964	368,677	379,402
<b>RELACIONADOS A LOS MONTOS DE PRESUPUESTO DEL PROGRAMA DE PRODUCCION</b>							
1	CONSULTAS	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	ATENCIONES			679,853,136	716,823,187
2	PACIENTE DIA	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	PACIENTE DIA			677,424,232	585,955,656
3	CIRUGIAS	CI - CONTINUO DE INCREMENTO	INTERVENCIONES QX			515,949,764	498,129,070

Variación de montos presupuestales presentados en Enero2012/Oct2011

Prestación	Presupuesto 2012 (Octubre 2011)	Presupuesto 2012 (Enero 2012)	Variación
Consultas	729,983,638	716,823,187	-1.80%
Paciente Día	610,959,373	585,955,656	-4.09%
Cirugías	525,543,168	498,129,070	-5.22%

DEMONIACION SOCIAL DE LA EMPRESA:

SITUACION DEL PLAN ESTRATEGICO	HORIZONTE DEL PLAN ESTRATEGICO		VISION DE LA EMPRESA SER UNA INSTITUCION QUE CONTRIBUYA A LOGRAR UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD INTEGRADO Y FORTALECER LAS POLITICAS DE PROTECCION SOCIAL EN EL PAIS BRINDANDO UNA ATENCION INTEGRAL Y ESPECIALIZADA A LOS ASSEGURADOS, GARANTIZANDO LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SEGURO SOCIAL A TRAVES DE UNA GESTION FINANCIERAMENTE EFICIENTE Y COMPROMETIDA.
EN PROCESO DE MODIFICACION CULMINADO EN PROCESO DE ELABORACION NO CUENTA CON PLAN ESTRATEGICO	DE A	2012 2016	

MISSION DE LA EMPRESA  
SOMOS UNA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD QUE BRINDA ATENCION INTEGRAL CON CALIDAD, OPORTUNIDAD Y EFICIENCIA PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR Y ACCESO A LAS PRESTACIONES DE SALUD ECONOMICAS Y SOCIALES A LOS ASSEGURADOS.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS	OBJETIVO ESPECIFICO DEL PLAN OPERATIVO	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	VALORES		VALORES AÑO 2012			
				AÑO 2011	AÑO 2012	AL I TRIM.	AL II TRIM.	AL III TRIM.	AL IV TRIM.
1 OBJETIVO ESTRATEGICO 1 La atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados. Con ese propósito, cambiamos el modo de atención, con énfasis en los aspectos preventivo - promotores, contando para ello con la Organización Parahandera de la Salud - OPSIONS	1 La atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados. Con ese propósito, cambiamos el modo de atención, con énfasis en los aspectos preventivo - promotores, contando para ello con la Organización Parahandera de la Salud - OPSIONS	PRODUCTIVIDAD DE CONSULTORIOS	INDICADOR CONSULTORIOS FIGOS	6.872,3	9.159,4	2.259,1	4.598,2	6.872,3	9.159,4
		PRODUCTIVIDAD DE SALAS QUIRÓFANOS	INDICADOR QUIRUF/SALAS DE OPERACION	1.805,8	1.545,8	412,2	324,3	1.298,5	1.348,3
2 OBJETIVO ESTRATEGICO 2 La atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados. Con ese propósito, cambiamos el modo de atención, con énfasis en los aspectos preventivo - promotores, contando para ello con la Organización Parahandera de la Salud - OPSIONS	2 La atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados. Con ese propósito, cambiamos el modo de atención, con énfasis en los aspectos preventivo - promotores, contando para ello con la Organización Parahandera de la Salud - OPSIONS	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	INDICADOR ENFERMEDADES	174.251,0	191.687,0	47.322,0	95.844,0	143.755,0	151.637,0
		MUESTRAS PROCESADAS X PAP CERVIK UTERINO	PAP INFORMADOS	359.484,0	354.848,0	92.162,0	192.324,0	228.486,0	354.848,0
3 OBJETIVO ESTRATEGICO 3 En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos permitidos para incluir a los trabajadores prescristos e informales, así como también incorporar al conjunto de los asegurados formales, respaldados social, compatibilidad de empresas y trabajadores	3 En cumplimiento de las políticas del Gobierno y de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo - OIT, desarrollaremos las acciones necesarias para extender la cobertura de la seguridad social, buscando los mecanismos técnicos permitidos para incluir a los trabajadores prescristos e informales, así como también incorporar al conjunto de los asegurados formales, respaldados social, compatibilidad de empresas y trabajadores	INCREMENTO DE LA FOBLACION DE ASSEGUADOS	NUMERO DE ASSEGUADOS ADOPTAENTES	4.882.268,0	5.201.658,0	4.555.817,0	5.044.982,0	5.123.319,0	5.201.658,0

PROGRAMA DE PRODUCCION SERVICIOS	UNIDAD DE MEDIDA	EN VOLUMEN Y/O CANTIDADES FISICAS				EN NUEVOS SOLES				
		2010 (REAL)	2011 (ESTIMADO)	2012 (ESTIMADO)	TRIM.	TRIM.	TRIM.	TRIM.	ANUAL	ANUAL
1 CONSULTAS	ATENCIÓNES	19.335.357	20.530.045	20.349.198	5.337.942	4.508.955	5.337.942	4.508.955	20.498.796	200.710.476
2 PACIENTE DIA	PACIENTE DIA	2.454.985	2.810.812	2.594.884	701.143	550.353	701.143	550.353	2.594.034	184.357.538
3 CIRUJIAS	INTERVENCIÓNES OX	371.944	368.877	375.402	104.232	83.439	104.232	83.439	375.402	135.475.913

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



## 2. Aprobación del Presupuesto desagregado 2012

El Eco. Armando Mendoza, Gerente Central de Finanzas, presentó el presupuesto desagregado 2012, retomando lo señalado en la presentación anterior respecto a la difícil situación económica presupuestal, debido a los factores estructurales y coyunturales, tales como el tema del retraso en la actualización de la tasa de aportaciones vinculado al informe del estudio financiero y actuarial, y la restricción de los ingresos que antes se tenía por las gratificaciones, así como el ajuste de los 134 millones de nuevos soles aplicado por FONAFE, lo que tendrá un impacto sobre el plan operativo, la extensión de cobertura, la cantidad de atenciones, etc.

Asimismo, mencionó también que legalmente EsSalud está obligado a aprobar su presupuesto desagregado y plan operativo dado que no puede detener sus actividades, pero se tiene la posibilidad de hacer modificaciones a lo largo del año, lo que permite un diálogo al final del primer trimestre del año ya con resultados de la evolución real de los ingresos y egresos, para presentar ante el FONAFE una modificación del presupuesto que dedique mayores recursos a las áreas críticas.

En ese sentido, presentó la situación del presupuesto inicial de apertura 2012 comparándolo con el presupuesto inicial modificado del 2011. Al respecto, precisó que una de las prioridades de la modificación presupuestal es garantizar el funcionamiento al nivel del cierre del 2011, lo que no implica que se pueda cubrir la demanda en su totalidad por el crecimiento natural de la población de asegurados. Sin embargo, se ha procurado que para el presupuesto inicial 2012 se cubran los mismos rubros que estaban cubiertos en el presupuesto con el que se cerró el 2011 de tal manera que se cuenta con esa línea de base y a partir de eso se espera procurar algunas mejoras parciales en algunos rubros críticos.

Para ello, precisó que en el tema de gastos de capital hay un incremento sustancial del 45%, pero a pesar de este incremento, los requerimientos iniciales presentados ascendían a 700 millones y éstos fueron reajustados porque la perspectiva sobre la cual se trabajó el presupuesto del 2012 fue asegurar la operatividad de EsSalud. Sin embargo cuando se presentó esa propuesta a FONAFE, éste dispuso no tocar los gastos de capital, por lo que redujeron los 134 millones en el rubro de egresos a fin de poder mostrar un saldo operativo, es decir un saldo final positivo, dada su percepción de EsSalud como una empresa comercial que debe tener ganancias.

### PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA - 2012 (En Millones de Nuevos Soles)

CONCEPTOS	PIM II 2011	PIA 2012 FONAFE	VARIACION	
			EN S/.	EN %
<b>1. INGRESOS</b>	<b>6,308</b>	<b>6,706</b>	<b>398</b>	<b>6%</b>
1.1 Aportaciones	6,157	6,556	399	6%
1.2 Otros Ingresos	151	150	(0)	0%
<b>2. EGRESOS</b>	<b>5,766</b>	<b>5,947</b>	<b>181</b>	<b>3%</b>
2.1 Gastos de Personal	3,125	3,199	74	2%
- Personal Activo	2,687	2,752	65	2%
- Personal Cesante ( Pens. D.L. 20530)	438	447	9	2%
2.2 Compra de Bienes	1,162	1,209	47	4%
2.3 Servicios Prestados por Terceros	1,031	1,051	19	2%
2.4 Tributos	3	3	0	5%
2.5 Gastos Diversos de Gestión	445	485	40	9%
- Prestaciones Económicas (Subsidios)	421	458	37	9%
- Otros Gastos Diversos de Gestión	25	27	3	12%
<b>RESULTADO DE OPERACIÓN</b>	<b>542</b>	<b>760</b>	<b>218</b>	<b>40%</b>
<b>3. GASTOS DE CAPITAL</b>	<b>338</b>	<b>492</b>	<b>154</b>	<b>45%</b>
<b>4. TRANSFERENCIAS ONP (Pens. D.L. 18845)</b>	<b>124</b>	<b>133</b>	<b>9</b>	<b>7%</b>
<b>RESULTADO ECONOMICO</b>	<b>79</b>	<b>134</b>	<b>55</b>	<b>69%</b>
<b>5. FINANCIAMIENTO NETO</b>	<b>(53)</b>	<b>-</b>	<b>53</b>	<b>-100%</b>
Desembolso				
Servicio de la deuda	(53)		53	-100%
<b>6. RESULTADO DE EJERC. ANTERIORES (*)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>SALDO FINAL</b>	<b>27</b>	<b>134</b>	<b>108</b>	<b>407%</b>

Respecto a la evolución de los rubros específicos de gasto a partir de la base del presupuesto inicial del 2011 y el presupuesto inicial del 2012 destacó que pese a la reducción del FONAFE, se ha reservado dinero para incrementar en 8% el rubro de sueldos y salarios en el componente de sueldo básico, sin embargo en el rubro de horas extras habrá una reducción de 14% y en el rubro otros habrá una reducción del 12% debido a las restricciones que FONAFE ha puesto en esa categoría. No obstante se cuenta con recursos para la contratación de personal vía el régimen denominado contratación administrativa de servicios (CAS), lo cual permitiría paliar la reducción que se está dando en horas extras y en guardias hospitalarias, justamente por el recorte de los 134 millones de nuevos soles impuesto el FONAFE.

**GASTO DE PERSONAL 2012**  
(En Millones de Nuevos Soles)

CONCEPTOS	PIM II 2011	PIA 2012 FONAFE (2)	VARIACION	
			EN S/.	EN %
<b>SUELDOS Y SALARIOS</b>	<b>2.260</b>	<b>2.313</b>	<b>52</b>	<b>2%</b>
- Básica	812	874	61	8%
- Bonificaciones	793	801	8	1%
- Gratificaciones	244	255	11	5%
- Asignaciones	105	116	11	10%
- Horas Extras	157	135	(22)	-14%
- Otros 1/	149 (1)	131	(17)	-12%
<b>C.T.S.</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>
<b>SEGURIDAD Y PREVISION SOCIAL</b>	<b>150</b>	<b>156</b>	<b>7</b>	<b>4%</b>
<b>DIETAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>(0)</b>	<b>-1%</b>
<b>CAPACITACION</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>46%</b>
<b>OTROS GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>176</b>	<b>176</b>	<b>(0)</b>	<b>0%</b>
- Refrigerio	1	1	(0)	0%
- Uniformes	44	45	1	3%
- SCTR	11	12	1	5%
- Indemnización por Cese de Rel. Laboral	1	0	(1)	-90%
- Canasta Navideña	7	8	0	3%
- Bono por Productividad	112	110	(2)	-1%
<b>TOTAL</b>	<b>2.687</b>	<b>2.752</b>	<b>65</b>	<b>2%</b>

(1) Inactivo. Sepelio y pago de venegados del año 2010 del Bono de Productividad de Nov. y Dic. por S/24 Millones.)

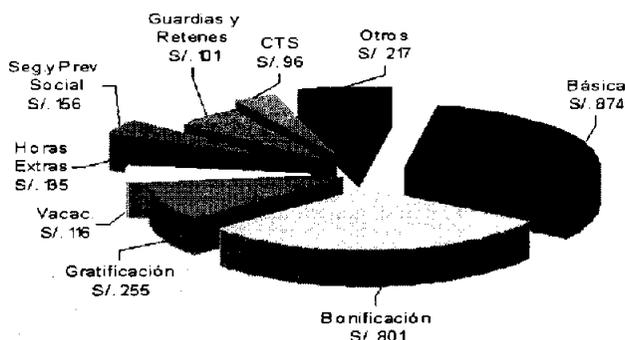
Respecto a la bonificación, gratificación, vacaciones, horas extras, etc. precisó que éstas constituyen el grueso de la estructura del gasto de personal, en tanto que la remuneración básica constituye el 30% del gasto total, lo que refleja el retraso que hay en la actualización y el sinceramiento de las remuneraciones de los trabajadores de las instituciones. En relación a este tema, precisó que hay iniciativas de la Presidencia Ejecutiva que se vienen impulsando para sincerar las remuneraciones de los trabajadores de tal manera que se actualicen a los niveles del mercado en la medida de lo posible y siempre que la situación financiera lo permita.

Al respecto la señora Consejera, Carmela Sifuentes, solicitó se explique con mayor detalle el tema de la indemnización por cese de prestaciones laborales.

En respuesta, el Eco. Armando Mendoza mencionó que en este rubro se cuenta con 100 mil nuevos soles y representa el 0.1% de la reducción hecha por FONAFE, el cual también ha puesto este monto como tope máximo.



**ESTRUCTURA DEL GASTO DE PERSONAL (ACTIVOS) 2012**  
(En Millones de Nuevos Soles)



**OTROS**  
- Uniformes, Dietas, Capacitación  
- Indemn. Cese Relac. Laboral  
- Refrigerio, Sepelio (D.L.276)  
- Bono de Productividad  
- Otras Remun. (Devengados)  
- SCTR

**Año 2012 = S/. 2,752**  
**PIM II 2011 = S/. 2,687**

Continuando con la exposición, señaló que en el rubro de compra de bienes, se ha intentado dedicar algunos montos a temas críticos como es el caso de medicinas, en dónde se está incrementando un 5% con respecto al presupuesto modificado del 2011, de la misma manera se ha dado un incremento en ropa hospitalaria, mientras que en otros rubros no han habido movimientos, dadas las restricciones presupuestales, por lo que siguen como se cerró en el 2011.

**GASTO DE PERSONAL 2012**  
(En Millones de Nuevos Soles)

CONCEPTOS	PIM II 2011	PIA 2012 FONAFE (2)	VARIACION	
			EN S/.	EN %
<b>SUELDOS Y SALARIOS</b>	<b>2.260</b>	<b>2.313</b>	<b>52</b>	<b>2%</b>
- Básica	812	874	61	8%
- Bonificaciones	793	801	8	1%
- Gratificaciones	244	255	11	5%
- Asignaciones	105	116	11	10%
- Horas Extras	157	135	(22)	-14%
- Otros 1/	149	131	(17)	-12%
<b>C.T.S.</b>	<b>93</b>	<b>98</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>
<b>SEGURIDAD Y PREVISION SOCIAL</b>	<b>150</b>	<b>156</b>	<b>7</b>	<b>4%</b>
<b>DIETAS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>(0)</b>	<b>-1%</b>
<b>CAPACITACION</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>48%</b>
<b>OTROS GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>176</b>	<b>176</b>	<b>(0)</b>	<b>0%</b>
- Refrigerio	1	1	(0)	0%
- Uniformes	44	45	1	3%
- SCTR	11	12	1	5%
- Indemnización por Cese de Rel. Laboral	1	0	(1)	-90%
- Canasta Navideña	7	8	0	3%
- Bono por Productividad	112	110	(2)	-1%
<b>TOTAL</b>	<b>2.687</b>	<b>2.752</b>	<b>65</b>	<b>2%</b>

(1 Incluye Sepelio y pago devengados del año 2010 del Bono de Productividad de Nov. y Dic. por S/.24 Millones.)

Respecto a la estructura de compra de bienes, indicó que los rubros que corresponden a materiales estratégicos como es el caso de medicamentos, material médico, laboratorio, radiológico, constituyen casi el 90% de las compras totales. Asimismo, señaló que se ha buscado mantener los mismos niveles de compra de los recursos dedicados en el 2011 y en el caso de medicamentos incrementarlos por un margen del 5%.

Al respecto el señor Consejero Gonzalo Garland manifestó su preocupación por la falta de la compra de material médico, laboratorio, radiológico, necesarios para atender el incremento de los pacientes.

En ese sentido, el Eco. Mendoza manifestó su acuerdo con la opinión del Consejero Garland y reiteró que no se trata de una situación deseable pero que lamentablemente se debe trabajar dentro de los parámetros que ha impuesto FONAFE, el cual no entiende la naturaleza de EsSalud como entidad prestadora de servicios de salud que tiene una obligación con sus asegurados, por lo cual se ha procurado priorizar aquellos rubros en situación difícil o crítica. Adicionalmente, señaló que se ha tratado de mantener los

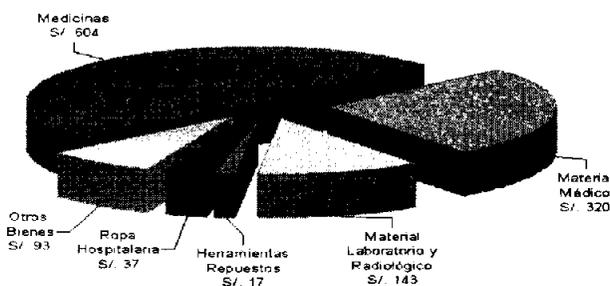
mismos montos en material médico, laboratorio, radiológico con respecto al 2011, considerando los esfuerzos que desde el área de logística o de prestaciones de salud se están llevando a cabo para el mejor uso de los recursos de la institución.

Por su parte el Ing. Vitilio Calonge señaló que se puede mantener el mismo presupuesto sin reducir los volúmenes de las compras corporativas, ya que existen mecanismos para incrementar la eficiencia de las compras.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra mencionó que en temas de salud pública y seguridad social el fin de mejorar la atención de los pacientes también pasa por el modelo de atención, es decir, no todo significa hacer más hospitales, mejorar la tecnología, incrementar la compra de medicamentos, el tema pasa también por aplicar una política de prevención y promoción de la salud, de modo que no todo paciente hipertenso o diabético llegue a una hemodiálisis que va a significar un costo alto e insostenible para cualquier institución incluso del primer mundo. Por ello, destacó la importancia de dar a esos pacientes un control desde el inicio de la enfermedad, los permitiría reducir los costos y las complicaciones consecuentes.

El Eco. Mendoza, señaló que los esfuerzos por racionalizar y hacer más transparentes los mecanismos de compras son parte de las políticas de transparencia y eficiencia de la nueva gestión.

#### ESTRUCTURA DE COMPRA DE BIENES 2012 (En Millones de Nuevos Soles)



OTROS BIENES  
Alimentos para pacientes  
Materiales de Limpieza (Bolsas de agua)  
Impresoras y Scales  
Etcétera  
Etcétera

Año 2012 = S/. 1.209  
PIM II 2011 = S/. 1.162

Continuando con la exposición, presentó el tercer gran rubro de gastos correspondientes a servicios prestados por terceros, destacando los servicios contratados de EsSalud y su incremento en un 5% según lo estimado para el 2012.

Asimismo, indicó que se ha tratado de incrementar levemente los recursos destinados a vigilancia y limpieza, la comisión de recaudación que corresponde a la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria - SUNAT, la cual está establecida a través de un convenio y el monto por mantenimiento y reparación. Los otros rubros se mantienen casi estables. También señaló que se han reducido rubros como publicidad y publicaciones en respuesta a la decisión del Consejo Directivo y de la misma manera se han hecho ajustes en otros servicios de terceros como mensajería, viáticos, etc.



**SERVICIOS PRESTADOS POR TERCEROS 2012**

CONCEPTOS	PIA II	PIA 2012	VARIACION	
	2011	FONAFE	EN S/.	EN %
Servicios Contratados de Salud	248	260	12	5%
Servicio de Vigilancia y Limpieza	201	206	5	3%
Comisión de Recaudación	87	91	4	5%
Mantenimiento y Reparación	84	86	2	3%
Transportes y Fletes	70	70	-	0%
Serv. de Alimentación y Lavandería	69	69	-	0%
Servicios Públicos	65	65	-	0%
APP Almacenes	26	26	-	0%
Honorarios Profesionales	19	19	-	2%
Alquileres	12	13	1	6%
Publicidad y Publicaciones	10	7	(3)	-30%
Otros Servicios de Terceros (*)	141	138	(3)	-2%
<b>TOTAL</b>	<b>1.031</b>	<b>1.051</b>	<b>19</b>	<b>2%</b>

\* Incluye: Compras de Materiales, Viáticos, Control de Inventario, Compras de OMS y OMA, Caja Oficial, Impresiones, Fotocopado, Audiciones y Notarías, Trámites Municipales, Atención a los E. Atados, Servicios de Asistencia Médica, Compras OMS, Médicos de Atención al Asegurado, entre otros.

La señora Consejera Carmela Sifuentes solicitó información con relación a los servicios contratados para el área de salud, aparte de la hemodiálisis, y sobre los servicios de vigilancia y limpieza.

El Eco. Mendoza señaló que lo planteado por los Consejeros será tomado en consideración en la propuesta de modificatoria del presupuesto que se presentará en Marzo. Asimismo, respecto a los servicios contratados por EsSalud, mencionó que además de la hemodiálisis están considerados los servicios de resonancia magnética y otros servicios que no se pueden atender con la capacidad de planta actual y conforme se pueda ampliar la capacidad de planta se van a ir reduciendo estos servicios contratados, lo que debe hacerse con mucho cuidado dada su alta sensibilidad y la necesidad de asegurar que se siga atendiendo con calidad a la población.

En ese sentido, el Dr. Hernán Ramos, Gerente Central de Aseguramiento, mencionó que el monto fue establecido por la Ley 29135, que estableció que la tasa que debe pagar el Seguro Social de Salud – EsSalud por las 5 funciones que cumple la SUNAT que son la afiliación, acreditación, fiscalización, recaudación y cobranza morosa, equivale al 1.4% de la recaudación bruta que se realiza, entonces conforme aumenta la recaudación en números reales también va a aumentar la tasa que se paga.

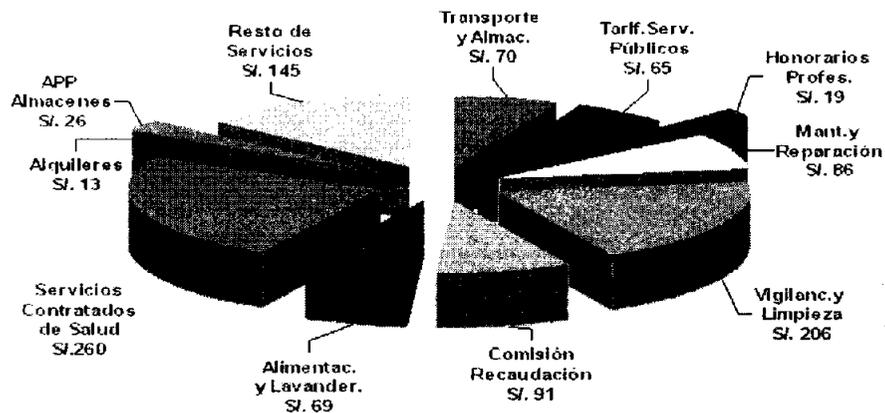
Siguiendo con la exposición, el Eco. Armando Mendoza señaló el detalle de los servicios prestados por terceros.

*(Handwritten signatures and initials on the left margin)*

*(Handwritten signatures and initials on the right margin)*

## ESTRUCTURA SERVICIOS PRESTADOS POR TERCEROS 2012

(En Millones de Nuevos Soles)



**RESTO DE SERVICIOS**

- Publicidad y Publicaciones
- Seguros, Viáticos
- Serv. de Mensajería
- Atenciones en el Exterio
- Impresiones, Fotocopiado
- Módulos de Atención al Aseg.

**Año 2012 = S/. 1,051**  
**PIM II 2011 = S/. 1,031**

También presentó los gastos de gestión que corresponden a los rubros de prestaciones económicas o subsidios sociales económicos que se brinda a los asegurados, así como otros gastos diversos que corresponden a seguros y viáticos. Al respecto, destacó que las prestaciones económicas y de subsidios están registrando un crecimiento significativo estimado en 9%, siendo obligaciones legales ineludibles y cuya legitimidad social es indudable, pero que implican una carga sustancial para la entidad que representa 458 millones de nuevos soles por conceptos como incapacidad temporal, maternidad, lactancia, sepelio, además de los rubros de otros gastos diversos de gestión como es el pago de seguros y viáticos directamente vinculado a lo que se tiene en términos de oferta flexible.

## GASTOS DIVERSOS DE GESTION - 2012

(En Millones de Nuevos Soles)

TIPO DE SUBSIDIOS	PIM II 2011	PIA 2012 FONAFE	VARIACION	
			EN S/.	EN %
<b>PRESTAC.ECONICAS (SUBSIDIOS)</b>	<b>421</b>	<b>458</b>	<b>37</b>	<b>9%</b>
INCAPACIDAD TEMPORAL	137	153	16	12%
MATERNIDAD	130	135	5	3%
LACTANCIA	107	119	11	11%
SEPELIO	46	51	6	12%
<b>OTROS GASTOS DIV.DE GESTION</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>3</b>	<b>12%</b>
SEGUROS	14	16	2	16%
VIATICOS	11	11	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>445</b>	<b>485</b>	<b>40</b>	<b>9%</b>

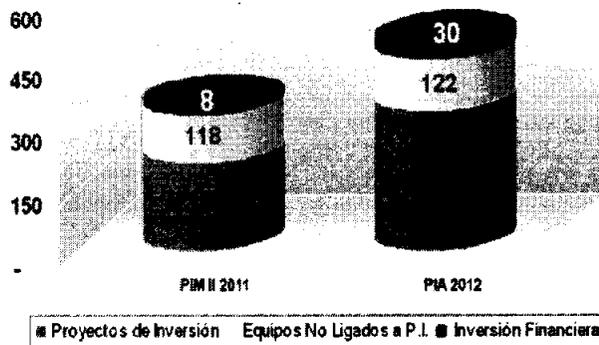
Finalmente, señaló que en el rubro de gastos de capital hay un incremento en los 3 rubros que la componen: proyectos de inversión, equipos no ligados a proyectos de inversión e inversión financiera que incluye la reserva técnica.



**PRESUPUESTO DE GASTO DE CAPITAL**  
(En Millones de Nuevos Soles)

CONCEPTOS	PIM II 2011	PIA 2012 FONAFE	VARIACION	
			EN S/.	EN %
<b>1. INVERSION FINANCIERA</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>270%</b>	<b>270%</b>
<b>2. INVERSION REAL</b>	<b>330</b>	<b>463</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>
<b>2.1 PROYECTOS DE INVERSION</b>	<b>212</b>	<b>340</b>	<b>60%</b>	<b>60%</b>
- Estudios	8	3	-61%	-61%
- Obras, Terrenos	171	229	34%	34%
- Equipos Ligados a Proyectos	33	108	229%	229%
<b>2.2 BIENES NO LIGADOS A P.I.</b>	<b>118</b>	<b>122</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>
- Equipos Hospitalarios	104	112	8%	8%
- Equipo Informáticos	8	8	0%	0%
- Equipo Administrativos	2	2	33%	33%
- Bienes de Capital Diversos	5	-	-100%	-100%
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>492</b>	<b>45%</b>	<b>45%</b>

**GASTOS DE CAPITAL 2012**  
(En Millones de Nuevos Soles)



Año 2012 = S/. 492  
PIM II 2011 = S/. 338

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra precisó que existe una brecha informática de 10 años en la institución, lo que impide implementar una serie de procesos, inclusive en temas de control interno y lucha contra la corrupción. En ese sentido, señaló que EsSalud requeriría una inversión de 300 millones de dólares para ponerse al día en temas informáticos y así poder encauzar los procesos institucionales.

Al respecto el señor Consejero, Gonzalo Garland consultó si se ha previsto algo en caso de eventos de catástrofes.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra mencionó que la reserva técnica sirve para atender los gastos de emergencia que tienen que ser aprobados por el Consejo Directivo en casos estrictamente necesarios.

El Eco. Mendoza señaló que para el caso de las reservas técnicas en el presupuesto 2012 inicialmente se ha considerado 30 millones de nuevos soles en el rubro de inversión financiera lo que responde a la voluntad de empezar la devolución de la reserva técnica que fue tomada por un tema de restricciones presupuestales entre finales del 2010 y comienzos del 2011. Y sobre la necesidad de tener recursos para encarar situaciones de emergencia, precisó que son las reservas técnicas las que cubren estas emergencias y

además para fortalecer la capacidad de respuesta de la institución se viene equipando el área de oferta flexible.

Al respecto el señor Consejero Eduardo Iriarte preguntó si el criterio del FONAFE para aumentar los gastos de capital está relacionado a la percepción que se tiene de un exceso de personal administrativo en la institución.

El Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra mencionó que EsSalud ha informado el tema del ratio del personal asistencial, personal administrativo y los asegurados, así que FONAFE tiene conocimiento de esta situación y en conclusión se sabe que se tiene déficit de personal. Asimismo, precisó que en diciembre del 2011 se han asignado 30 millones para devolver la reserva técnica, las que de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo deben ser del orden del 30% del ingreso presupuestal aproximadamente.

El Eco. Mendoza mencionó que fue en el presupuesto 2010 dónde se sintió el mayor impacto de la reducción de los ingresos de EsSalud, enfrentando una situación presupuestal financiera difícil que llevó a tomar recursos de la reserva técnica. Otra medida que se adoptó fue un préstamo de corto plazo con el Banco de la Nación por 148 millones de nuevos oles, el cual se pagó pero quedó un saldo de 52 millones de nuevos soles para amortizar más un 1 millón de nuevos soles por intereses, lo que se ha concluido de pagar en el 2011, por lo que para el presupuesto del 2012 no se ha considerando ningún rubro de ingresos por financiamiento neto, es decir, pese a las dificultades económicas que enfrenta la institución, para el 2012 se ha planteado trabajar con recursos propios y en la medida de lo posible empezar a devolver la reserva técnica.

#### FINANCIAMIENTO NETO

(En Millones de Nuevos Soles)

CONCEPTOS	EJECUCION 2009	EJECUCION 2010	PIM II 2011	PIA 2012	VAR. %
DESEMBOLSOS	-	148	-	-	-
SERVICIO DE LA DEUDA	-	(99)	(53)	-	-100%
- Amortización	-	(96)	(52)	-	-100%
- Intereses	-	(3)	(1)	-	-100%
<b>FINANCIAMIENTO BANCARIO NETO</b>	-	<b>49</b>	<b>(53)</b>	-	<b>-100%</b>

A continuación, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra sometió a la consideración de los señores miembros del Consejo Directivo la aprobación del presupuesto desagregado 2012, siendo aprobado por unanimidad por los señores Consejeros con las aclaraciones y reservas del caso que han sido tomadas en el acta.

#### ACUERDO N° 2-1-ESSALUD-2012

#### VISTAS:

La Carta N° 121-GCF-OGA-ESSALUD-2012 de fecha 06 de Enero del 2012 de la Gerencia Central de Finanzas mediante la cual eleva el Presupuesto Consolidado Inicial del Seguro Social de Salud – EsSalud para el Ejercicio Presupuestal 2012 aprobado por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado, y;

#### CONSIDERANDO:

Que, en la Quincuagésima Quinta Disposición Complementaria y Final de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011, publicada en el Diario Oficial el Peruano el 09 de diciembre de 2010, se estableció que el



Seguro Social de Salud - EsSalud, a partir de la vigencia de la presente Ley, incorpora al ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de las Actividades Empresariales del Estado (FONAFE), quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por el FONAFE;

Que, mediante Acuerdo de Directorio N° 003-2011/029-FONAFE, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" del 11 de diciembre del 2011, se aprobó el Presupuesto Consolidado Inicial del Seguro Social de Salud - EsSalud correspondiente al Año 2012;

Que, mediante Oficio N° 1242-2011/DE-FONAFE de fecha 13 de Diciembre del 2011 se hace de conocimiento de EsSalud que su Presupuesto para el año 2012 ha sido aprobado mediante Acuerdo de Directorio N° 003-2011/029-FONAFE;

De conformidad a lo establecido en la comunicación citada en el párrafo anterior, EsSalud debe proceder a aprobar el Presupuesto desagregado para el año 2012 adecuado al Presupuesto aprobado por FONAFE, de acuerdo a lo establecido, en la Directiva de Programación, Formulación y Aprobación del Plan Operativo y Presupuesto de las Empresas bajo del ámbito del FONAFE para el año 2012.

En mérito a lo expuesto y de acuerdo con las atribuciones conferidas, por unanimidad, el Consejo Directivo;

**ACORDÓ:**

1. **APROBAR** el Presupuesto Desagregado del Seguro Social de Salud - EsSalud correspondiente al año 2012, conforme a la siguiente estructura y en Nuevos Soles:

PARTIDAS Y RUBROS	IMPORTES
<b>1. INGRESOS</b>	<b>6,706,429,411</b>
1.1 Venta de Bienes	
1.2 Venta de Servicios	6,572,130,489
1.3 Ingresos Financieros	59,541,601
1.4 Ingresos por Participaciones o Dividendos	2,152,173
1.6 Otros	72,605,148
<b>2. EGRESOS</b>	<b>5,946,974,578</b>
<b>2.1 Compra de bienes</b>	<b>1,209,219,795</b>
2.1.1 Insumos y suministros	1,074,782,855
2.1.2 Combustibles y lubricantes	29,514,117
2.1.3 Otros	104,922,823
<b>2.2. Gastos de personal (GIP)</b>	<b>3,198,743,105</b>
2.2.1 Sueldos y Salarios (GIP)	2,312,729,554
2.2.1.1 Básica (GIP)	873,688,807
2.2.1.2 Bonificaciones (GIP)	800,917,636
2.2.1.3 Gratificaciones (GIP)	255,363,965
2.2.1.4 Asignaciones (GIP)	116,013,986
2.2.1.5 Horas Extras (GIP)	135,305,171
2.2.1.6 Otros (GIP)	131,439,989
2.2.2. Compensación por Tiempo de Servicios (GIP)	96,473,638
2.2.3. Seguridad y Previsión Social (GIP)	156,292,300
2.2.4. Dietas del directorio (GIP)	281,216
2.2.5. Capacitación (GIP)	10,200,000
2.2.6. Jubilaciones y Pensiones (GIP)	446,873,875
2.2.7. Otros Gastos de Personal (GIP)	175,892,522
2.2.7.1 Refrigerio (GIP)	1,431,648
2.2.7.2 Uniformes (GIP)	44,711,700
2.2.7.3 Asistencia Médica (GIP)	-
2.2.7.4 Seguro Complementario de Alto Riesgo (GIP)	11,654,579
2.2.7.5 Pago de Indemnizac.por Cese de Relac.Laboral(GIP)	100,000
2.2.7.6 Incentivos por Retiro Voluntario (GIP)	-
2.2.7.7 Celebraciones (GIP)	7,704,300
2.2.7.8 Bono de Productividad (GIP)	110,290,295
2.2.7.9 Otros (GIP)	-
<b>2.3 Servicios prestados por terceros</b>	<b>1,050,802,596</b>
2.3.1 Transporte y almacenamiento	70,094,383
2.3.2 Tarifas de servicios públicos	65,044,921
2.3.3 Honorarios profesionales (GIP)	19,093,556
2.3.3.1 Auditorías (GIP)	1,570,000
2.3.3.2 Consultorias (GIP)	4,699,316
2.3.3.3 Asesorías (GIP)	-
2.3.3.4 Otros servicios no personales (GIP)	12,824,240
2.3.4 Mantenimiento y reparación	86,271,377
2.3.5 Alquileres	12,780,747
2.3.6 Serv.de vigilancia, guardiania y limp. (GIP)	206,039,572
2.3.6.1 Vigilancia (GIP)	108,857,481
2.3.6.3 Limpieza (GIP)	97,182,091
2.3.7 Publicidad y publicaciones	7,118,279
2.3.8 Otros	584,359,761
2.3.8.1 Servicio de mensajería y correspondencia (GIP)	1,420,181
2.3.8.3 Otros relacionados a GIP (GIP)	40,617,362
2.3.8.4 Otros no relacionados a GIP	542,322,218

Handwritten signatures and initials on the left margin, including a large signature at the top and several smaller ones below it.

Handwritten initials or signatures on the right margin.

Handwritten signature at the bottom left of the page.



2.4. Tributos	2,810,766
2.4.2 Otros impuestos y contribuciones	870,999
2.5. Gastos diversos de Gestión	485,967,944
2.5.1. Seguros	18,223,648
2.5.2. Viáticos (GIP)	11,206,724
2.5.4 Otros	457,967,944
2.6. Gastos financieros	-
2.7. Egresos extraordinarios	-
2.8 Otros	-
<b>RESULTADO DE OPERACIÓN</b>	<b>759,454,833</b>
3. GASTOS DE CAPITAL	492,150,745
3.1. Presupuesto de Inversiones - FBK	462,565,329
3.1.1 Proyectos de inversión	340,334,617
3.1.2 Gastos de capital no ligados a proyectos de Inversión	122,230,712
3.2. Inversión financiera	29,585,416
4. INGRESOS DE CAPITAL	-
5. TRANSFERENCIAS NETAS	(133,160,689)
5.2 Egresos por Transferencias (ONP)	133,160,689
<b>RESULTADO ECONOMICO</b>	<b>134,143,399</b>
6. FINANCIAMIENTO NETO	-
RESULTADO DE EJERCICIOS ANTERIORES	-
<b>SALDO FINAL</b>	<b>134,143,399</b>
GIP - TOTAL	3,477,120,500

2. **ENCARGAR a la Gerencia General, la remisión del Presupuesto para el año 2012 e informe pertinente al FONAFE, de acuerdo a las adecuaciones, especificaciones y plazos establecidos en la Directiva de Programación, Formulación y Aprobación de las Empresas bajo el ámbito de FONAFE. Asimismo, la Gerencia General Desagregará el Presupuesto aprobado para EsSalud correspondiente al Ejercicio 2012 por Fondos y Dependencias.**
3. **EXONERAR el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta para su inmediata ejecución.**
3. **Delegación de facultades del Consejo Directivo para el año 2012: i) Autorización de requerimientos de recursos humanos bajo la modalidad de contratación administrativa de servicios, ii) Normatividad interna que regula negociaciones colectivas con gremios de la Institución.**
  - i) **Autorización de requerimientos de recursos humanos bajo la modalidad de contratación administrativa de servicios.**

El Dr. Ángel Noriega, Gerente Central de Gestión de las Personas informó que mediante Decreto Supremo N° 249-2011-EF se aprobaron medidas de austeridad, racionalidad, disciplina en el gasto público y de ingresos de personal a aplicarse durante el Año Fiscal 2012 para las empresas y entidades bajo el ámbito de FONAFE. Asimismo, en el Anexo del Decreto Supremo N° 249-2011-EF publicado con fecha 30 de diciembre de 2011, el Ministerio de Economía y Finanzas emitió disposiciones de austeridad, disciplina y calidad de gasto público y de ingresos de personal aplicables a EsSalud, en materia de ingreso de personal.

En resumen, indicó que el D.S. 249-2011-EF menciona que la planilla no puede modificarse y que el número de trabajadores de EsSalud no puede aumentar, siendo la única forma de contrato en los casos de cese o suplencia. Asimismo, indicó que en el caso de existir nuevas actividades y exigencias laborales se permite la contratación bajo la modalidad de contratación administrativa de servicios – CAS.

En ese sentido, precisó que el referido Decreto Supremo menciona que es el Consejo Directivo la instancia que tiene la facultad de aprobar las contrataciones CAS. Sin embargo, dado el alto flujo de pedidos que tiene el tema se propone que esta facultad se delegue en la Gerencia Central de Gestión de las Personas, la que se encargaría de todo el proceso de evaluación, selección y contratación, elevando informes mensuales al Consejo Directivo y al FONAFE.

Asimismo, precisó que el proyecto de acuerdo considera que sea la Gerencia General quien disponga las modificaciones a la actual escala tarifaria previniendo exoneraciones que pudieran darse para esos casos.

Finalmente, mencionó que actualmente se tienen 4949 trabajadores CAS, dado que de acuerdo a la norma es la única forma de aumentar personal. Sin embargo, precisó que es intención de la actual gestión controlar y coordinar muy estrechamente con los directores de las distintas Redes para impedir que haya un crecimiento desmesurado de este grupo.

Al respecto, la señora Consejera Carmela Sifuentes solicitó información respecto al potencial humano señalando que cuenta con un documento de Jaén dónde muchos de los profesionales han sido desplazados y hay algunos con casos de suplencias, por lo que pidió que se haga una evaluación de las redes a fin de que se puedan cubrir las brechas existentes y se eviten situaciones de contar con hospitales sin personal médico asistencial suficiente.

En ese sentido, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra indicó que el Dr. Noriega hará llegar la información requerida a los miembros del Consejo Directivo.

De igual forma el señor Consejero Gonzalo Garland mencionó que se percibe un exceso de personal administrativo y falta de personal profesional, por lo que sugirió se disminuya el número del personal administrativo y éste sea reemplazado por personal asistencial.

Al respecto, el Dr. Ángel Noriega precisó que en la actualidad el ratio es 4 trabajadores asistenciales por un administrativo, lo que se corresponde con ratios internacionales. No obstante precisó que cuando se tenga tecnología de punta en los sistemas informáticos se podrá hacer efectiva la reducción de la carga del personal administrativo.

A continuación, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra sometió a la consideración de los señores miembros del Consejo Directivo la delegación de funciones para la autorización de requerimientos de recursos humanos bajo la modalidad de contratación administrativa de servicios, siendo aprobado por unanimidad por los señores Consejeros.

#### **ACUERDO N° 3-1-ESSALUD-2012**

#### **VISTOS:**

**El Anexo del Decreto Supremo N° 249-2011-EF, Disposiciones de Austeridad, Disciplina y Calidad de Gasto Público y de Ingresos de Personal aplicables a EsSalud, la Carta N° 97-GCGP-OGA-ESSALUD-2012 de la Gerencia Central de Gestión de las Personas mediante la cual se remite la propuesta sobre delegación de facultades, la Carta N° 107-OCAJ-ESSALUD-2012 de la Oficina Central de Asesoría Jurídica, y;**

#### **CONSIDERANDO:**

**Que, mediante la Quincuagésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011, se establece que a partir de la vigencia de dicha Ley se incorporó a EsSalud bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por FONAFE;**

**Que, la Primera Disposición Complementaria Transitoria de la Ley N° 29812, Ley de Presupuesto para el Sector Público para el Año Fiscal 2012, establece que las entidades públicas aprueban disposiciones de austeridad, disciplina y calidad en el gasto público y de ingresos de personal; y que en el caso de las empresas y entidades bajo el ámbito del FONAFE, éstas se aprueban mediante Decreto Supremo refrendado por el Ministerio de Economía y Finanzas;**

**Que, mediante Decreto Supremo N° 249-2011-EF se aprobaron medidas de austeridad, racionalidad, disciplina en el gasto público y de ingresos de personal a**



**NP**  
**NOTARIA PARRAGA**

**LUIS ROY PARRAGA CORDERO**  
NOTARIO DE LIMA

CESAR VALLEJO 201 - LINCE  
CENTRAL TELEFONICA: 4214848

En la ciudad de Lima, distrito de Lince, a los veintiséis (26) días del mes de enero del año dos mil doce (2012), yo Luis Roy Parraga Cordero, Abogado - Notario Publico de Lima, de conformidad a lo establecido por el artículo N° 113 de la Ley del Notariado, decreto legislativo N° 1049 y Resolución N° 234-2006/SUNAT, a solicitud de **Sylvia Elizabeth Cáceres Pizarro**, con D.N.I. N° **43057649**, Secretario General de **ESSALUD** según resolución de presidencia ejecutiva N° 877-PE-ESSALUD-211, legalizo la apertura del presente libro denominado: **Actas del Consejo Directivo N° 09**, correspondiente a **ESSALUD**, con R.U.C. N° **20131257750**, el mismo que consta de **500 Hojas Sueltas**, estampando mi sello notarial en cada uno de ellos y registrándolo bajo el N° **10771-2012** en mi registro cronológico de legalización de apertura de libros y/u hojas sueltas, correspondientes al presente año.

Se deja constancia que, conforme lo establece el artículo 115° de la Ley del Notariado, decreto legislativo N° 1049 y Resolución N° 234-2006/SUNAT, se tuvo a la vista el libro: **Actas del Consejo Directivo N° 08** correspondiente a **ESSALUD** legalizado el 03 de junio del 2010, con el N° **6814-2010** ante el Notario de Lima, Dr. Luis Roy Parraga Cordero, el mismo que consta de 400 Hojas Sueltas, habiéndose anulado su último folio por no ser utilizado. Doy fe.



*Luis Roy Parraga Cordero*  
**NOTARIO DE LIMA**





aplicarse durante el Año Fiscal 2012 para las empresas y entidades bajo el ámbito de FONAFE;

Que, en el Anexo del Decreto Supremo N° 249-2011-EF publicado con fecha 30 de diciembre de 2011, el Ministerio de Economía y Finanzas emitió disposiciones de austeridad, disciplina y calidad de gasto público y de ingresos de personal aplicables a EsSalud, en materia de ingreso de personal, y otro;

Que, el citado Anexo en el extremo referido a materia de ingreso de personal, estableció la suspensión de la contratación de nuevo personal de EsSalud, señalando como excepciones a dicha suspensión los numerales 1 y 2 referidos a que: 1) Dicha suspensión no incluye las contrataciones para el reemplazo por cese de personal o para la suplencia temporal del trabajador, siempre y cuando se cuente con plaza presupuestada y vacante; y 2). Asimismo, para el caso de contrataciones requeridas por EsSalud para atender nuevas funciones o incrementos de actividad o del nivel de producción, así como aquellas para atender servicios específicos de duración determinada, dicha entidad deberá realizarlas vía Contrato de Administración de Servicios - CAS;

Que, asimismo, en el numeral 2 del mencionado punto sobre materia de ingreso de personal, se establece que para los casos antes mencionados, las referidas contrataciones deberán ser aprobadas por Acuerdo de Consejo Directivo de EsSalud bajo su responsabilidad;

Que, en la propuesta remitida se sustenta la necesidad de delegar facultades a la Gerencia Central de Gestión de las Personas en la Sede Central, y a los Gerentes o Directores de las Redes Asistenciales, Institutos y Centros Especializados, a fin de que los requerimientos de personal a nivel nacional se efectivicen en la oportunidad requerida y se viabilice su aprobación, por la gran demanda asistencial de cubrir dicha necesidad, toda vez que los servicios que brinda la Institución son considerados como servicios públicos esenciales;

En mérito a lo expuesto y de acuerdo con las atribuciones conferidas, el Consejo Directivo, por unanimidad;

**ACORDÓ:**

1. **DELEGAR** en la Gerencia Central de Gestión de las Personas de la Sede Central, y en los Gerentes o Directores de las Redes Asistenciales, Institutos y Centros Especializados en el ámbito de su competencia, el ejercicio de las facultades establecidas en el numeral 2 del Anexo del Decreto Supremo N° 249-2011-EF, Disposiciones de Austeridad, Disciplina y Calidad de Gasto Público y de Ingresos de Personal aplicables a EsSalud, relacionadas a la contratación de personal por reemplazo y suplencia, siempre y cuando se cuente con plazas presupuestadas y vacantes; así como las contrataciones bajo la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios (CAS), de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de cada unidad de servicios.
2. **DISPONER** que el Gerente Central de Gestión de las Personas en la Sede Central, y los Gerentes o Directores de Redes Asistenciales, Institutos y Centros Especializados en el ámbito de su competencia, informen en forma mensual al Consejo Directivo la relación de los contratos aprobados, para su posterior informe al FONAFE.
3. **DISPONER** que toda contratación que contravenga los alcances de la delegación efectuada, estará sujeta a las acciones legales pertinentes, sin perjuicio de la determinación de responsabilidades a que hubiere lugar.
4. **DISPONER** que la Gerencia General apruebe las modificaciones a la escala tarifaria vigente, apruebe las exoneraciones respectivas y establezca la política de evaluación de los Contratos Administrativos de Servicios vigentes.
5. **EXONERAR** el presente acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta para que entre en inmediata ejecución.

ii) **Normatividad interna que regula negociaciones colectivas con gremios de la Institución.**

Con el mismo antecedente del Decreto Supremo N° 249-2011-EF, señalado en el numeral previo, el Dr. Ángel Noriega, mencionó que el Consejo Directivo tiene la responsabilidad directa respecto al tema de las negociaciones colectivas. En ese sentido, señaló que dado que el Consejo Directivo no cuenta con el tiempo requerido para evaluar todos los pliegos, se solicita que la Gerencia General sea autorizada para disponer la conformación e implementación de la comisión negociadora. Esta comisión estará integrada por las siguientes áreas: Gerencia Central de Gestión de las Personas, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Central de Finanzas, Oficina Central de Asesoría Jurídica y trabajará de manera conjunta con la Gerencia General quien dispondrá en coordinación muy estrecha con la Gerencia Central de Gestión de las Personas, respecto a los procedimientos internos para la negociación colectiva.

Precisó que esta autorización implicará una comunicación continua con el FONAFE y el Consejo Directivo de EsSalud, así como la autorización previa del Presidente Ejecutivo para la visación de cualquier acta colectiva.

Al respecto la señora Consejera Carmela Sifuentes solicitó que el acuerdo sea explícito respecto al informe al Consejo Directivo sobre las negociaciones colectivas.

En tal sentido, el Eco. Pedro Francke Gerente General mencionó que en el anexo hay 3 párrafos respecto al Consejo Directivo, de modo que la propuesta final debe ser aprobada por el Consejo Directivo, lo mismo en el caso de sometimiento y arbitraje de la propuesta final. Por último, mencionó que se establece que el Gerente General, bajo responsabilidad, deberá evaluar el informe de la comisión evaluadora y el resultado deberá ser puesto en conocimiento del Consejo Directivo y del FONAFE.

A continuación, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra sometió a la consideración de los señores miembros del Consejo Directivo la autorización Normatividad interna que regula negociaciones colectivas con gremios de la Institución, siendo aprobado por unanimidad por los señores Consejeros.

**ACUERDO N° 4-1-ESSALUD-2012**

**VISTOS:**

El Anexo del Decreto Supremo N° 249-2011-EF, Disposiciones de Austeridad, Disciplina y Calidad de Gasto Público y de Ingresos de Personal aplicables a EsSalud, la Carta N° 97-GCGP-OGA-ESSALUD-2012 de la Gerencia Central de Gestión de las Personas, la Carta N° 100-OCAJ-ESSALUD-2012 de la Oficina Central de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante la Quincuagésima Quinta Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011, se establece que a partir de la vigencia de dicha Ley se incorporó a EsSalud bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE), quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por FONAFE;

Que, la Primera Disposición Complementaria Transitoria de la Ley N° 29812, Ley de Presupuesto para el Sector Público para el Año Fiscal 2012, establece que las entidades públicas aprueban disposiciones de austeridad, disciplina y calidad en el gasto público y de ingresos de personal; y que en el caso de las empresas y entidades bajo el ámbito del FONAFE, éstas se aprueban mediante Decreto Supremo refrendado por el Ministerio de Economía y Finanzas;



Que, mediante Decreto Supremo N° 249-2011-EF se aprobaron medidas de austeridad, racionalidad, disciplina en el gasto público y de ingresos de personal a aplicarse durante el Año Fiscal 2012 para las empresas y entidades bajo el ámbito de FONAFE;

Que, en el Anexo del Decreto Supremo N° 249-2011-EF publicado con fecha 30 de diciembre de 2011, el Ministerio de Economía y Finanzas emitió disposiciones de austeridad, disciplina y calidad de gasto público y de ingresos de personal aplicables a EsSalud, en materia de arbitraje laboral, y otro;

Que, en el numeral 2 del citado Anexo se dispuso que en materia de arbitraje laboral, el Consejo Directivo o Gerencia General de EsSalud deberá nombrar mediante el documento correspondiente a los trabajadores o funcionarios que serán integrantes de la Comisión Negociadora, debiendo tomar en consideración pautas señaladas en el citado Anexo;

Que, asimismo, se dispuso que la Entidad debe indicar los parámetros y estrategias generales de negociación debiendo observar el marco legal vigente; y que el Gerente General luego de evaluar el informe final sobre la conclusión de la negociación colectiva elaborado por la Comisión Negociadora, debe poner en conocimiento de FONAFE, el resultado de dicha evaluación, así como las medidas adoptadas en cumplimiento de los lineamientos establecidos en el mencionado Anexo;

Que, a efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por el Anexo del Decreto Supremo N° 248-2011-EF, resulta necesario autorizar al Gerente General a fin de que disponga la conformación de la Comisión Negociadora de la Institución; así como los parámetros y estrategia general a seguir en el marco de la negociación colectiva; y ponga en conocimiento de FONAFE, una vez concluidas las negociaciones colectivas, el resultado de las mismas;

Que, asimismo, resulta necesario autorizar al Presidente Ejecutivo para que mediante Resolución apruebe las Actas de Compromiso que se suscriban con los gremios de la Institución con los cuales se lleve a cabo la negociación colectiva;

En uso de las atribuciones conferidas, por unanimidad, el Consejo Directivo

**ACORDÓ:**

1. **AUTORIZAR** a la Gerencia General para que disponga la conformación de la Comisión Negociadora que se encargará de llevar a cabo las negociaciones colectivas hasta la suscripción, de ser el caso, de las correspondientes Actas de Compromiso con los distintos gremios sindicales de la Institución, de conformidad a lo establecido en el Anexo - Decreto Supremo N° 249-2011-EF, Disposiciones de Austeridad, Disciplina y Calidad de Gasto Público y de Ingresos de Personal aplicables a ESSALUD.
2. **AUTORIZAR** a la Gerencia General para que disponga el procedimiento interno a seguir para efectos de las negociaciones colectivas que se lleven a cabo con los gremios de la Institución, que incluye los parámetros y estrategias generales de negociación debiendo observar el marco legal vigente.
3. **AUTORIZAR** a la Gerencia General para que, luego de evaluar el informe final sobre la conclusión de la negociación colectiva elaborado por la Comisión Negociadora, ponga en conocimiento del Consejo Directivo de EsSalud y del FONAFE, el resultado de dicha evaluación.
4. **AUTORIZAR** al Presidente Ejecutivo para que mediante Resolución apruebe las Actas de Compromiso que se suscriban con los gremios de la Institución con los cuales se lleve a cabo la negociación colectiva.
5. **Exonerar** el presente acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta para que entre en inmediata ejecución.

### III. INFORMES

#### 1. Presentación de SALOG

El Sr. Rogerio Marcondes, Gerente General de SALOG, señaló que el objetivo de esta organización es lograr que EsSalud brinde el mejor servicio de atención a los asegurados, poniendo a disposición las medicinas y todos los demás productos involucrados en la cadena logística, trabajando de manera conjunta con EsSalud.

La misión de SALOG es garantizar, mediante los mejores estándares de calidad y seguridad existentes, el suministro de medicinas y material médico de manera óptima, permanente y oportuna para los asegurados de EsSalud. La visión de SALOG es lograr que EsSalud sea la institución referente en América Latina en servicios de suministro de medicinas y material médico al servicio del asegurado y en procesos logísticos.

En ese sentido, explicó que EsSalud se encarga de la planificación del proceso y SALOG interviene en el proceso de compras, por lo que la información, responsabilidades por compras y planificación sigue siendo de EsSalud. En consecuencia, SALOG se encarga de los procesos de almacenamiento, distribución y entrega, es decir del ciclo logístico.

Precisó que para el proceso de implementación, el proceso de base de datos y análisis de información se ha desarrollado un sistema que ya se está implementado con los sistemas hospitalarios de EsSalud y que constituye un avance importante a nivel de América Latina para EsSalud.

Al respecto el señor Consejero Eduardo Iriarte consultó cómo se alineaban estos procesos con la normativa que EsSalud debe cumplir para las compras de insumos y medicamentos.

Al respecto, el Sr. Rogerio Marcondes mencionó que para cumplir con la normatividad vigente se lleva a cabo un trabajo en conjunto entre SALOG y EsSalud, lo que permite la planificación correcta de éstos.

Asimismo, mencionó que se tienen 4 pilares de desarrollo: desarrollo del talento humano, de calidad, de gestión de logística hospitalaria y gestión de logística de operaciones. Además, se cuenta con indicadores para medir el avance a nivel de contratos, indicadores de confiabilidad de stock, entrega de material, cobertura de integra, tiempo de espera en colas, entre otros.

En ese sentido, destacó que se ha conseguido llegar a un nivel óptimo con las entregas en el tiempo programado y en el caso de las medicinas se ha producido un ahorro de más de 44 millones de dólares y en el vencimiento ha habido más de un millón de dólares de ahorro.

De otro lado, el señor Marcondes indicó que los sistemas públicos de América Latina se pierde por mermas y otros hasta un 20% a 25% del presupuesto todos los años, en cambio con el actual proyecto de logística se están generando ahorros porque las medicinas están bien cuidadas y llegan oportunamente al paciente.

Finalmente, el Dr. Álvaro Vidal, mencionó que el contrato con SALOG se firmó en marzo del 2010, luego hubo una suspensión de 3 meses y se empezó a trabajar en junio del 2010; el plazo era de 18 meses, el mismo que se ha cumplido a la fecha.

#### 2. Informe del Presidente Ejecutivo y funcionarios de EsSalud al Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo sobre la situación financiera del Seguro Social de Salud – EsSalud, en el marco de la aprobación del Presupuesto 2012 de EsSalud, por parte de FONAFE

El Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra, Presidente Ejecutivo de EsSalud, informó que en cumplimiento del acuerdo del Consejo Directivo de EsSalud se cursó una comunicación al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo solicitando una reunión para presentar la



preocupación institucional por el recorte del presupuesto de operaciones de EsSalud de parte de FONAFE.

Indicó que el 29 de diciembre el Dr. José Villena Petrosino, Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, recibió a la delegación de altos funcionarios de la institución compuesta por el Gerente General (e), Secretaria General, Gerente Central de Finanzas, Jefe de la Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión, Gerente Central de Aseguramiento y el Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica. La delegación estuvo encabezada por el suscrito, en su calidad de Presidente Ejecutivo de EsSalud.

En la primera parte de la exposición se presentó la situación de la institución desde su mandato legal, la disponibilidad de recursos (infraestructura y recursos humanos), un diagnóstico general del incremento sustancial en la producción en cuanto a consultas externas, egresos hospitalarios, cirugías y sesiones de diálisis. Asimismo, se mostraron los indicadores que revelan la gestión financiera deficiente recibida por la actual administración y el impacto de la ley de exoneraciones sobre las gratificaciones, como la presión del pago de los pensionistas de los regímenes 18846 y 20530. Luego, antes de la exposición de los temas específicos a cargo de los gerentes, el Presidente de EsSalud presentó la orientación de la nueva gestión de la institución y las acciones que se vienen adoptando en favor de los asegurados.

En una segunda parte Marco Martínez Zamora, Jefe de la Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión, desarrolló el tema de las cuatro Asociaciones Público Privadas (APP's) con las que se tienen contratos vigentes (firmados a los largo del 2010): Salud y Logística – SALOG, Hospital Villamaría, Hospital Callao y Consorcio Treca. La principal preocupación planteada al Ministro, se relacionó con la presión financiera que representa el funcionamiento del conjunto de contratos para las finanzas de EsSalud a partir del año 2014, entre S/500 y S/ 600 millones anuales.

La tercera parte, a cargo de Armando Mendoza Nava, Gerente Central de Finanzas, desarrolló el impacto de la modificación del presupuesto 2011 de parte de FONAFE. Se presentó el recorte de recursos en un análisis comparado entre la propuesta de EsSalud (aprobada por el Consejo Directivo en Octubre de 2011) y el presupuesto definido por FONAFE, así como el ajuste que esta medida representa para el funcionamiento de los servicios de los Centros Asistenciales de la institución.

Finalmente, Gaston Remy Llacsá, Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica, presentó el Proyecto de Decreto Supremo que reglamenta la Ley 28006, en referencia a la autonomía de EsSalud en cuanto a los aspectos técnicos, administrativos, financieros y presupuestales. En este punto, el Dr. Vidal resaltó que el Proyecto ha sido remitido ya al Despacho del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

Sobre las conclusiones de la reunión, el Dr. Vidal mencionó que el Dr. Jorge Villena, Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo, manifestó su satisfacción por la presentación del Presidente Ejecutivo y del equipo técnico de EsSalud, resaltando su atención sobre los siguientes temas:

- **En relación al impacto de la formalización del personal de la institución contratados bajo la modalidad de CAS.** En total son 4,995 trabajadores que se concentran en el área asistencial. La institución debe considerar un análisis de la implicancia de formalizar a los trabajadores CAS en modalidad de contrato por planilla, bajo un sistema de reconocimiento de todos los beneficios en las remuneraciones correspondientes, ante dicha preocupación se explicó que las remuneraciones CAS actuales en EsSalud consideran en la misma todos los costos laborales de un trabajador bajo otra modalidad de contrato.
- **Respecto a la relevancia del incremento del salario mínimos sobre los ingresos y gastos de EsSalud.** El Sr. Ministro manifestó su atención al incremento salarial que tiene programado el gobierno y su relevancia en las finanzas de la institución, indagando respecto a la necesidad de explorar estudios económicos que reflejen el impacto del mismo. Asimismo, felicitó la elaboración del estudio financiero y actuarial que se viene ejecutando, considerando que el mismo debe permitir un ordenamiento de las finanzas de la institución.

- **Respecto a la viabilidad técnica de las / sociaciones Público Privadas en la operación de los servicios de salud.** El Ministro planteó que las APP's sean evaluadas, en sus componentes económicos así como en las responsabilidades de las partes (en particular de las obligaciones de los operadores en relación a la calidad del servicio que deben brindar). El Ministro sugirió comunicarse con el área del Ministerio de Economía y Finanzas encargada de inversiones en salud para analizar los contratos de APP's al detalle.
- **Respecto al tema de FONAFE.** El Ministro solicitó al asesor jurídico del Ministerio, presente en la reunión, una evaluación del Proyecto de Ley presentado por el Consejo Directivo de EsSalud para canalizarlo a las instancias correspondientes. Asimismo, expresó su preocupación por el recorte del presupuesto de EsSalud para el periodo 2012, planteando la posibilidad de facilitar una reunión de coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas, FONAFE y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo para el mes de enero. Para esto se vienen realizando las coordinaciones con el Ministerio para interponer sus buenos oficios y concretar la reunión sugerida.

### 3. Informe sobre lineamientos para la asignación de fondos presupuestales en la modalidad de pago por productividad para prestaciones asistenciales.

El Eco. Pedro Francke - Gerente General informó que mediante Acuerdo de Consejo Directivo N°9-4 ESSALUD-2008, se aprobó los mecanismos de asignación de fondos presupuestales para las prestaciones asistenciales del Seguro Social de Salud. Sobre este acuerdo, la Directiva 019 de Gerencia General incluyó una diversidad de mecanismos de pago, adicionales al sistema remunerativo básico:

- Bono de productividad (Aseguramiento, Asistencial, Defensoría, etc.)
- RPCT.
- Pago por daño resuelto
- Bono de Ahorro - Incor.

Precisó que los resultados de la implementación de estos mecanismos han incluido:

- Profesionales con sueldos bajos y al mismo tiempo unos pocos ganando sobre los S/. 20 mil mensual.
- Sistema de incentivos caótico, sin articulación.
- Refuerzo al modelo hospitalocéntrico.
- Pago por productividad refuerza demanda por horas extras.
- Necesidad de poner orden y fijar las prioridades claras.

Señaló que los problemas actuales con los bonos son:

- El Bono se estableció a partir del año 2008 como un incentivo a la productividad y se incorporó el concepto de mejoramiento de la gestión aplicable a las sedes administrativas. En lo esencial su calificación se basó en el cumplimiento de un conjunto muy amplio de indicadores (27).
- Énfasis en el incremento de la producción histórica (sobre el 10%). Propició un incremento desordenado de atenciones y gastos. También la demanda excesiva de horas extras para estar en condiciones de cumplir las metas.
- Se percibe como un "derecho adquirido" y forma parte de expectativas salariales. Tal como funciona actualmente no constituye un estímulo efectivo al incremento de la productividad y al mejoramiento de la gestión
- En su integridad se refiere a una calificación por establecimientos sin tomar en cuenta lo que sucede en la Institución en su conjunto o en la red a la que pertenecen.
- No ha existido un análisis o evaluación sistemática de los resultados del bono, del cual se desprenda la posibilidad de ir introduciendo medidas correctivas o afinamientos periódicos.

En ese sentido, indicó que se ha planteado una nueva propuesta considerando lo siguiente:

- Las metas para el pago por productividad se evalúan mensualmente, y de acuerdo a las mismas si corresponde.



- Cada tres meses se realiza, a nivel central y de cada red, un análisis detallado de los avances en las metas y los problemas que dificultan su cumplimiento. Dependiendo del análisis, se pueden efectuar ajustes.
- La presente directiva es de obligatorio cumplimiento a partir del 1° de Enero de 2012.
- Los indicadores y metas se aplican en tres ámbitos: nacional, red y de establecimiento de salud.
- A nivel de establecimiento se clasifican en: hospitales con población adscrita, hospitales sin población adscrita y centros del primer nivel de atención.

Respecto a los indicadores en la parte asistencial, mencionó los siguientes aspectos:

- La calificación de cada indicador se realiza según niveles de cumplimiento (0%, 70%, 80%, 90% y 100%)
  - El peso relativo considerado para la calificación de cada unidad de evaluación es el siguiente:
    - A nivel nacional 10%
    - A nivel de red 40%
    - A nivel de establecimiento 50%
- Total 100%

NIVEL	INDICADOR	Hospitales sin población adscrita	Hospitales con población adscrita	Primer nivel de atención
NACIONAL (10%)	1. Sostenibilidad Corporativa		10%	
	2. Porcentaje de cesárea		10%	
	3. Calidad de información		10%	
RED (40%)	4. Tamizaje de cáncer de cuello uterino		10%	
	5. Tasa de emergencia por DM e HTA		10%	
	6. Productividad de salas qx	25%	16%	
ESTABLEC MIENTO (50%)	7. Productividad de camas hospitalarias	25%	16%	
	8. Extensión de uso		18%	25%
	9. Vacuna Pentavalente			25%
	TOTAL	100%	100%	100%

Finalmente, el Eco. Pedro Francke señaló que en el próximo año se irá incrementando gradualmente las metas. Aclaró que se ha hecho una simulación para que los trabajadores ganen más o menos lo mismo que en promedio, pero en la medida que se logren estas metas que significan ahorro para la institución, porque si se baja la meta de porcentajes de cesáreas la institución ahorra dinero, si se bajan las emergencias por hipertensión y diabetes la institución ahorra dinero, y con esos ahorros se puede ir aumentando la posibilidad de ir pagando de acuerdo a los indicadores.

#### 4. Avances en materia de Medicina Complementaria

El Dr. Rino García – Gerente Central de Prestaciones de Salud informó que el tema de medicina complementaria ha venido desarrollándose desde 1992, cuando se creó el instituto de medicina tradicional cuya función era investigar sobre métodos tradicionales que sean útiles en el cuidado de la salud. Mencionó que ese instituto logró tener 2 premios Kent por investigación en medicina tradicional y un premio a la excelencia en la institución. Está ubicado en la selva y está dedicado a la investigación.

Respecto a sus logros, destacó que tiene productos como Omega 3 a base al Sacha Inchi, ha comprobado una reducción costo eficiente con el uso de técnicas tradicionales que han merecido que algunos pacientes crónicos disminuyan la cantidad de medicamentos que tomaban para sus dolencias hasta en un 60%.

Precisó que se inició con 2 mil pacientes en el año 1998 a la fecha ya se tiene 250 mil pacientes. Los policlínicos y hospitales tienen una unidad de medicina complementaria dónde se aplican estos métodos e inclusive se practica el enfoque de interculturalidad. A

continuación, el Dr. Rino García cedió la palabra a la Dra. Amelia Villar, Directora de Medicina Complementaria, área que es parte de la Gerencia de Atención Primaria.

Al respecto, la Dra. Amelia Villar destacó la importancia de tener en claro la definición de medicina tradicional y medicina complementaria empleadas por la institución. En ese sentido, mencionó que la Organización Mundial de la Salud – OMS define a la medicina tradicional como aquel paraguas que va a acumular de conocimientos, habilidades y prácticas que están basadas en mitologías y creencia que se van arrastrando de generación en generación. Cuando este conocimiento tradicional logra expandirse se convierte en medicina complementaria cuando junto con la medicina convencional se van a ir usando estos métodos. En EsSalud dada la necesidad de contar con evidencias para emplear técnicas en los pacientes, se aplica la medicina complementaria.

Indicó que esta medicina está normada a nivel mundial por la OMS, la cual tiene una Dirección de Medicina Tradicional, la que comenzó a instar a los países miembros para usar estos métodos desde 1978. Además en el 2002 la OMS publicó la norma mundial de su estrategia frente a estas medicinas tradicionales para los países miembros. En este sentido, indicó que se hizo un estudio de costo efectividad del cual participó el Seguro Social de Salud, para genera evidencias de la necesidad de que los países miembros adopten estos métodos como una estrategia costo efectiva. Además, mencionó al Convenio 169, que insta a los países a utilizar su medicina tradicional.

A nivel nacional, se cuenta con la Ley General de Salud No. 26842, que en su título preliminar señala que la promoción de la medicina tradicional debe ser de interés y atención preferente del Estado. El Ministerio de Salud creó en el 2002 el Instituto Nacional de Medicina Tradicional, que luego se convirtió en el Centro de Salud Intercultural, con dos direcciones, la Dirección de Medicina Complementaria y la Dirección de Medicina Tradicional.

La Dra. Villar precisó que en EsSalud se tiene una organización funcional, la Dirección de Medicina Complementaria bajo la Dirección del Dr. Rino García, como Gerente Central de Prestaciones de Salud y del Dr. Rosales, como Gerente de Prestaciones Primarias de Salud. Esta dirección tiene como actividades la producción, capacitación, organización y prestación de salud a la población asegurada, bajo un enfoque de interculturalidad. Asimismo, cuenta con un centro de información y tiene a su cargo el Instituto de Medicina Tradicional.

A nivel de la medicina complementaria indicó que están organizados en los diferentes niveles de atención. En el primer nivel de atención se cuenta con un equipo mínimo que tiene como finalidad trabajar con la población a nivel de estímulos de estilos de vida saludable con enfoque de interculturalidad. En el segundo nivel se cuenta con un equipo mucho más completo, hay médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas, químico farmacéuticos. Además, se trabaja en los aspectos de capacitación, se tienen residentes de medicina familiar haciendo pasantías en los centros de medicina complementaria y se usan métodos como acupuntura, medicina natural (plantas medicinas, arcillas medicinales, fuentes termales).

Actualmente a nivel de todo país se tienen 25 centros de atención de medicina complementaria. Hay una unidad de cuidados paliativos en el Hospital Rebagliati, sólo 3 redes asistenciales no tienen instalada la unidad de medicina complementaria: Tumbes, Amazonas y San Martín, porque tenían una infraestructura bastante limitada.

Los resultados obtenidos con la medicina complementaria van de la mano con la carga de enfermedad que tiene la institución, es decir, las enfermedades osteoarticulares, reumáticas, neuropsiquiatrias (ansiedad, depresión), obesidad exógena o problemas de hipertensión arterial. Se han visto 150 mil pacientes logrando disminuir el consumo de medicamentos con una satisfacción del usuario que llega a superar el 80%.

Además, indicó que se han desarrollado una serie de investigaciones sobre las propiedades de la maca, la uña de gato, el uso de las arcillas medicinales para problemas inflamatorios, entre otros. En la institución se hizo un estudio de costo efectividad en el año 2000 a cargo de la OMS evidenciándose que la medicina complementaria era más costo efectiva entre un 56% a 63% que la medicina convencional. Las enfermedades que fueron estudiadas incluyeron las enfermedades de ansiedad, depresión y cardiovasculares. Por lo tanto, en estos años se ha logrado ahorrar hasta 26 millones de soles a la institución.



Entre los nudos críticos que se tienen, señaló la cobertura, la falta de sensibilización a los profesionales médicos, el difícil acceso a los centros de atención en medicina complementaria, falta de infraestructura y equipamiento y la estructura orgánica.

Finalmente, mencionó que se está tratando de trabajar en la sensibilización del personal médico para que se practique una medicina humanizada que tenga enfoque intercultural y que además sea eficiente en gastos.

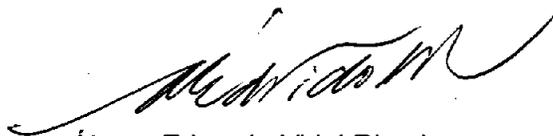
Al respecto el Dr. Álvaro Vidal mencionó que esta gestión dará todo el respaldo requerido por la medicina complementaria, de acuerdo a lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud a fin de promover un dialogo fecundo entre la medicina occidental y la medicina complementaria.

#### IV. PEDIDOS

El señor Consejero Eduardo Iriarte mencionó que ha entregado un proyecto de carta a la Dra. Sylvia Cáceres, Secretario General, respecto a su pedido para incrementar el número de sesiones remuneradas del Consejo Directivo.

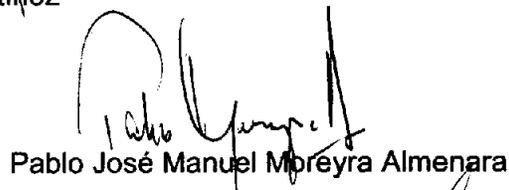
Al respecto el Dr. Álvaro Vidal mencionó que se tomará en cuenta su pedido y se le dará el trámite correspondiente.

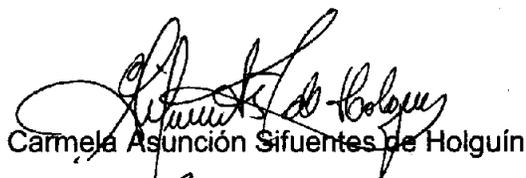
Siendo la una y veinte de la tarde y no habiendo otro asunto que tratar, se levantó la sesión.

  
Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra

  
Enrique Jacoby Martínez

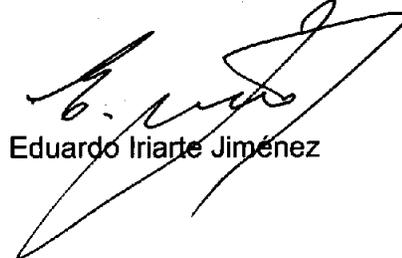
  
Antonio Gonzalo Garland Iturralde

  
Pablo José Manuel Moreyra Almenara

  
Carmela Asunción Sifuentes de Holguín

  
Guillermo Onofre Flores

  
Jorge Alberto Cristóbal Párraga

  
Eduardo Iriarte Jiménez



SYLVIA CACERES PIZARRO  
SECRETARIA GENERAL  
ESSALUD