



**ACTA
CONSEJO DIRECTIVO
SÉPTIMA SESIÓN ORDINARIA
Lima, 03 de abril de 2012**

En la ciudad de Lima, siendo las ocho y treinta de la mañana del día tres de abril 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, distrito de Jesús María, bajo la Presidencia del doctor **Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra**, con la asistencia de los señores Consejeros: **Harry John Hawkins Mederos, 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 (e), señor José Gabriel Somocurcio y la Secretaria General, señora Sylvia Elizabeth Cáceres Pizarro.

Como invitados, Martha Acosta, Abdón Salazar Morán y César Carlín Chavarri, Asesores de la Presidencia Ejecutiva; Armando Mendoza Nava, Gerente Central de Finanzas; Mario Atarama, Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica; César Razuri, Gerente Central de Aseguramiento (e); Marcial Matheus Cabrera, Gerente Central de Prestaciones Económicas y Sociales; Luis García Corcuera, Defensor del Asegurado; Javier Boyer Merino, Jefe de la Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión; Leonardo Rubio, Jefe de la Oficina de Planificación y Desarrollo; Gabriela Niño de Guzman, Gerente Central de Infraestructura; Gustavo Céspedes, Jefe de la Oficina General de Administración; Ing. Marcelino Villaverde, Jefe de la Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones; y Ángel Noriega, Gerente Central de Gestión de las Personas.

I. Lectura y aprobación del Actas del Consejo Directivo de la sesión del 28 de marzo

La Dra. Sylvia Cáceres Pizarro, Secretaria General, sometió a aprobación el acta de la sesión del 28 de marzo. Considerando que algunos Consejeros no habían tenido ocasión para revisarlas se aprobó conceder un plazo de 48 horas para el envío de correcciones y sugerencias por parte de los miembros del Consejo Directivo. En tal sentido, se acordó que de no recibirse comentario alguno en el plazo indicado, el Acta del Consejo Directivo de la sesión del 28 de marzo se daría por aprobada.

II. INFORMES Y PEDIDOS

1. Necesidades de Infraestructura 2012

El Dr. Leonardo Rubio, Jefe de la Oficina Central de Planeamiento y Desarrollo, informó de la metodología para identificar y priorizar las necesidades de inversión en EsSalud. En ese sentido, explicó el marco de referencia para la Identificación de necesidades de inversión, el cual maneja un conjunto estándares como equivalencias de categorías del sector salud, rangos de población asignada para cada categoría de centro asistencial y por nivel de atención, según la normatividad vigente y finalmente, la población asegurada por provincia y distritos de la Red Asistencial.

Precisó que se comparan los niveles de atención, niveles de complejidad, la categoría establecida por la normatividad del Ministerio de Salud como ente rector, conforme se señala a continuación:

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍAS	MINSA	ESSALUD
Primer Nivel de Atención	1er Nivel de Complejidad	I - 1	Puesto de Salud	
	2° Nivel de Complejidad	I - 2	Puesto de Salud con Médico	Posta Médica (CAP I)
	3° Nivel de Complejidad	I - 3	Centro de Salud sin internamiento	Centro Médico (CAP II)
	4° Nivel de Complejidad	I - 4	Centro de Salud con internamiento	Policlinico (CAP III)
Segundo Nivel de Atención	5° Nivel de Complejidad	II - 1	Hospital I	Hospital I
	6° Nivel de Complejidad	II - 2	Hospital II	Hospital II
Tercer Nivel de Atención	7° Nivel de Complejidad	III - 1	Hospital III	Hospital III y IV
	8° Nivel de Complejidad	III - 2	Instituto Especializado	Instituto

Presentó información sobre los rangos de población asignada para cada categoría de Centro Asistencial y por nivel de atención, según la normatividad vigente. Señaló que con dichos parámetros se establecen los niveles de atención, de acuerdo a la población y a la zona:

NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORIA	POBLACION EN AMBITO URBANO	POBLACION EN AMBITO RURAL
III	HIV	> 400,000	> 200,000
	HIII	150,000 - 399,999	75,000 - 199,999
II	HII	50,000 - 149,999	25,000 - 74,999
	HI	25,000 - 49,999	12,500 - 24,999
I	POL ⁽¹⁾	> 25,000	> 12,500
	CM ⁽¹⁾	5,000 - 24,999	2,500 - 12,499
	PM ⁽¹⁾	2,000 - 4,999	1,000 - 2,499

(1) "Definición, Características y Funciones de los Centros Asistenciales del Primer Nivel de Salud"

En ese sentido, luego de la identificación de la necesidad de inversión y teniendo en cuenta la población asegurada, distribuida por provincias y distritos del ámbito de responsabilidad de la Red Asistencial, se identifica las necesidades de inversión en cada nivel de atención. A continuación, presentó el siguiente ejemplo:

Población Asegurada por Provincias de la Red Asistencial Huancavelica - Junio 2011

PROVINCIA	POBLACIÓN TOTAL
Huancavelica	37,868
Acobamba	3,360
Castrovirreyna	2,545
Churcampa	2,823
Huaylara	2,955
Angaraes	14,140
Pampas	6,856

NIVEL DE ATENCIÓN	CATEGORIA	POBLACION EN AMBITO URBANO	POBLACION EN AMBITO RURAL
III	HIV	> 400,000	> 200,000
	HIII	150,000 - 399,999	75,000 - 199,999
II	HII	50,000 - 149,999	25,000 - 74,999
	HI	25,000 - 49,999	12,500 - 24,999
I	POL ⁽¹⁾	> 25,000	> 12,500
	CM ⁽¹⁾	5,000 - 24,999	2,500 - 12,499
	PM ⁽¹⁾	2,000 - 4,999	1,000 - 2,499

(1) "Definición, Características y Funciones de los Centros Asistenciales del Primer Nivel de Salud"

Identificación de establecimientos requeridos para el Tercer y Segundo Nivel de Atención de la Red Asistencial Huancavelica - Junio 2011

PROVINCIA	POBLACIÓN TOTAL	REQUERIMIENTO
Huancavelica	37,868	H. I
Acobamba	3,360	---
Castrovirreyna	2,545	---
Churcampa	2,823	---
Huaylara	2,955	---
Angaraes (Rural)	14,140	H. I
Pampas	6,856	----

A modo de ejemplo, presentó la determinación de las necesidades de inversión de la Red Asistencial Huancavelica, en el marco de la organización territorial, así como el procedimiento para determinar la población asegurada según niveles de atención en la Provincia de Acobamba, Departamento de Huancavelica.



Poblacion Asegurada por Distrito y Nivel de Atencion de la Provincia de Acobamba - Red Asistencial Huancavelica - Junio 2011

PROVINCIA	DISTRITOS	POBLAC. ASEG.	NIVEL	DEMAND. POTENC.
A C O B A M B A	ACOBAMBA	1,877	III (10%)	188
			II (20%)	375
			I (70%)	1,314
	ANDABAMBA	117	III (10%)	12
			II (20%)	23
			I (70%)	82
	ANTA	132	III (10%)	13
			II (20%)	26
			I (70%)	93
	CAJA	137	III (10%)	14
			II (20%)	27
			I (70%)	96
	MARCAS	84	III (10%)	8
			II (20%)	17
			I (70%)	59
	PAUCARA	605	III (10%)	61
			II (20%)	121
			I (70%)	423
	POMACOCCHA	239	III (10%)	24
			II (20%)	48
			I (70%)	167
	ROSARIO	169	III (10%)	17
			II (20%)	34
			I (70%)	118
	TOTAL PROVINCIA	3,360	III (10%)	337
			II (20%)	671
			I (70%)	2,352
TOTAL				3,360

NIVEL DE ATENCION	CATEGORIA	POBLACION EN AMBITO URBANO	POBLACION EN AMBITO RURAL
III	HIV	> 400 000	> 200 000
	HIH	150 000 - 399 999	75 000 - 199 999
II	HIJ	50 000 - 149 999	25 000 - 74 999
	HI	25 000 - 49 999	12 500 - 24 999
I	POL ⁽¹⁾	> 25 000	> 12 500
	CI ⁽¹⁾	5 000 - 24 999	2 500 - 12 499
	PM ⁽¹⁾	2 000 - 4 999	1 000 - 2 499

(1) Definición, Características y Funciones de los Centros Asistenciales del Primer Nivel de Salud



PROV.	DISTRITOS	DEMANDA POTENCIAL I NIVEL	REQUERIMIENTO
A C O B A M B A	ACOBAMBA	1,314	PM
	ANDABAMBA	82	---
	ANTA	93	---
	CAJA	96	---
	MARCAS	59	---
	PAUCARA	423	---
	POMACOCCHA	167	---
	ROSARIO	118	---
	TOTAL		2,352

Handwritten signatures and initials on the left side of the first table.

Handwritten signature on the left side of the second table.

Handwritten signatures and initials on the left side of the third table.

Entonces, indicó que si se hace una comparación entre la población asegurada, con el conjunto de rangos según la normativa institucional y se aplican los criterios señalados se puede establecer cuantos centros asistenciales se necesitan tener de acuerdo a cada Red Asistencial.

Por consiguiente, mencionó que para la determinación de la brecha (requerimiento vs. oferta actual) y definición del tipo de intervención, se identifica los requerimientos de cada Red Asistencial, se compara con la oferta actual (teniendo en cuenta propiedad, antigüedad y estado actual de la infraestructura), determinándose así la brecha. Esta brecha considera la organización territorial, área de influencia, vías de acceso y agregación de demanda potencial de la población asegurada lo que define el tipo de intervención a realizar, bajo las siguientes modalidades:

- Creación: Orientado a dotar de servicios de salud en áreas donde no existe.
- Mejoramiento: Orientado a mejorar uno o más factores relacionados con la calidad de la prestación de los servicios de salud, Incluye la adaptación o adecuación a normas o estándares establecidos por el sector.
- Recuperación: Orientado a recuperar la capacidad de prestación de servicios de salud que había sido afectada por desastres naturales u otras causas.

Al respecto, la señora Consejera Carmela Sifuentes mencionó que, en el marco de su visita a Cajamarca, ha visto la necesidad de re-categorizar y reordenar los establecimientos de dicha Red Asistencial. En tal sentido, puso como ejemplo el caso del Hospital de Jaén que no tiene el apoyo de la Red Asistencial Lambayeque y tal vez se podría hacer que pase a la Red Asistencial Cajamarca.

En respuesta, el Dr. Leonardo Rubio indicó que la categorización la hace el Ministerio de Salud como ente rector. Cada categoría está en relación a la unidad prestadora y de servicios de salud, lo que determina que categoría se le asigna.

De otra parte, el señor Consejero Gonzalo Garland consultó la fecha de los datos estadísticos de la población, porque en algunas ocasiones se presentan datos muy antiguos. Por ello solicitó se considere a la población actual y a la población de los próximos años para tener cálculos adecuados y no basados en datos muy antiguos.

El Dr. Leonardo Rubio indicó que desde el año 2005 se realizó una revisión de expedientes de base de datos, que se ha ido completando en forma progresiva con datos de la RENIEC.

El señor Consejero Jorge Cristóbal señaló que si bien las inversiones están previstas de acuerdo a las necesidades, habría que considerar si están previstas las refacciones o reconstrucciones de muchos de los hospitales que tienen más de 40 años.

El señor Consejero Gonzalo Garland señaló que si bien el crecimiento demográfico está muy bien explicado para tener en cuenta la necesidad de la infraestructura, hay que considerar que hay otras causas que incrementan el número de pacientes, ya que en cualquier momento puede salir algún dispositivo que incremente en un 10% o 15% el número de pacientes.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal informó que se está realizando un estudio que permitirá ver cuáles son las brechas que tiene EsSalud en todas las regiones, en recursos humanos, en infraestructura y equipamiento, considerando la proyección histórica.

En respuesta, el Dr. Leonardo Rubio indicó que el criterio principal es el de la población asegurada y las demandas que EsSalud tiene. Luego se considera la oferta que tiene versus las condiciones existentes. En casos especiales puede haber desastres naturales o epidemias. Asimismo, se considera también la transición demográfica, la que no solamente se refiere al crecimiento de la población sino la conversión de las poblaciones rurales a poblaciones urbanas. Además, destacó el tema de la transición de las enfermedades infecciosas, a las no infecciosas o no transmisibles y a los accidentes.

El Dr. Leonardo Rubio precisó que para la priorización de la cartera de proyectos de inversión existe una serie de criterios para determinar cuál debe atenderse más urgentemente:



MATRIZ PONDERADA DE CRITERIOS DE PRIORIZACION

PROPIEDAD	EsSalud	Convenio	Aquilado/ No Existe
	1	2	3
ANTIGÜEDAD	De 0 a 10	De 10 a 20	Más de 15
	1	2	3
ACCESIBILIDAD	Hosp. Base/ Menos 1	De 1 -3	Más de 3
	1	2	3
PRESIÓN SOCIAL	No		Si
	1		3
NIVEL DE ATENCIÓN	III	II	I
	1	2	3
POBLACIÓN ASEGURADA	< 25,000	25,001 - 149,999	> 150,000
	1	2	3
Consul. Fís. x 1,000 aseg.	>0.8	0.41-0.8	0-0.4
	1	2	3
Camas x 1,000 aseg.	>1.0	0.51-1.0	0-0.5
	1	2	3
FUNCIONABILIDAD	Buena	Regular	Mala
	1	2	3

TABLA DE PUNTAJES DE PRIORIZACION DE NECESIDADES - RED HUANCVELICA

PROVINCIAS	NECESIDADES DE INVERSION	POBLACIÓN ASEGURADA	CONDICIONES DE LA OFERTA FISICA		ACCESIBILIDAD O GEOGRÁFICA (Tiempo en horas a cabecera de Pto)	PRESIÓN SOCIAL	NIVEL DE ATENCIÓN	DISPONIBILIDAD CONSULTORIOS FISICOS	DISPONIBILIDAD CAMAS	FUNCIONABILIDAD	TOTAL
			ANTIGÜEDAD	CONDICIÓN PROPIEDAD							
ANCASH	Creación del CAS Lircay	1	2	3	3	1	3	3	3	1	20
CASTROVIREYNA	Recuperación PM Castrovireyna	1	3	1	3	1	3	3	3	2	20
CHURCAMP	Creación CAS Churcampa	1	3	3	3	1	3	1	3	3	21
HUAYARA	Creación CAS Huayara	1	2	3	3	1	3	1	3	3	20
PAMPAS	Creación CAS Pampas	1	3	3	2	1	3	2	3	3	21

Matriz de Priorizacion de Proyectos de Inversion de la Red Asistencial Huancavelica

PROVINCIA	NIVEL	PROYECTO	POBLACIÓN ASEGURADA	CONDICIÓN PROPIEDAD	ACCESIBILIDAD O GEOGRÁFICA	PRESIÓN SOCIAL	NIVEL DE ATENCIÓN	DISPONIBILIDAD CONSULTORIOS FISICOS	DISPONIBILIDAD CAMAS	FUNCIONABILIDAD	TOTAL
HUANCVELICA	1	Creación del CAS Lircay	14 140	X	0.1	0.3	10	Aquilado	3.00	X	X
	2	Recuperación PM Castrovireyna	2 545	X	0.4	0.0	29	ESSALUD	3.00	X	X
	3	Creación CAS Churcampa	895	X	1.1	0.3	29	Aquilado	4.00	X	X
	4	Creación CAS Huayara	648	X	1.2	0.3	16	Aquilado	5.00	X	X
	5	Creación CAS Pampas	2 203	X	0.5	0.0	10	Aquilado	2.00	X	X

Mencionó además que hay 252 proyectos pendientes, 203 en el primer nivel, 42 en el segundo nivel y 5 en el tercer nivel. En relación a los márgenes de inversión, señaló que son amplios y por ello hay rangos. Para el nivel 1 habrá una inversión de 5 a 10 millones por cada establecimiento, para el nivel 2 hay un rango de inversión de 10 a 50 millones y los de nivel 3 tienen un rango de inversión de 140 y 180 millones.

Por su parte, el señor Consejero Eduardo Iriarte recordó que el Hospital Angamos necesita equipamiento e infraestructura.

En respuesta, el Dr. Leonardo Rubio indicó que hay una lista que se ha entregado a los asistentes, en la cual se presenta a los primeros 24 centros a crearse, siendo uno de ellos el

Hospital Angamos, que ya pasó de categoría 2 a categoría 3. Asimismo, mencionó que se está priorizando las construcciones de los siguientes centros: Hospital III Piura, Hospital II en Talara, CAS nivel III en Chimbote, CAS en Calca, Sala de Recuperación del Sala de Hospital I en Moche, Sala de Recuperación del Hospital I en Florencia de Mora, entre otros.

Luego, presentó los proyectos de inversión pública menor priorizados por las Redes Asistenciales para el año 2012, precisando que son proyectos de montos que llegan a un millón doscientos mil soles y que solucionan problemas concretos sin ser necesariamente muy costosos.

1	Construcción del Almacén Central de la Red Asistencial Amazonas en Chachapoyas	Amazonas
2	Construcción del Módulo de Emergencia Hospital I El Buen Samaritano Bagua Grande.	
3	Ampliación de la Consulta Externa del Hospital III Chimbote	Ancash
4	Construcción de Módulos de Consulta Externa del Centro Médico de Huari	
5	Ampliación CAP II Chalhuanca	Apurímac
6	Ampliación CAP I Chuquibambilla	
7	Ampliación de la oferta de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo	Arequipa
8		
9	Construcción de módulo de Consulta Externa del CAP II Huanta	Ayacucho
10	Construcción de módulo de Consulta Externa de la Posta Médica Huancapi	
11	Implementación del Centro de Procedimientos Médico-Quirúrgicos Ambulatorios en el local anexo de Consulta Externa del Hospital II Cajamarca	Cajamarca
12	Construcción del Banco de Sangre Referencial de la Red Asistencial Cajamarca	
13	Mejoramiento de la infraestructura del Servicio de Consultorios Externos del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco	Cusco
14	Mejoramiento del Sistema de Incineración del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco	
15		Huancavelica
16	Mejora de la capacidad de atención de la Unidad de Vigilancia Intensiva - Emergencia del Hospital II Huancavelica	
17	Acondicionamiento de los ambientes y equipamiento del Servicio de Neonatología y Gineco Obstetricia del Hospital II Huánuco de la Red Asistencial Huánuco	Huánuco
18	Ampliación y equipamiento de la Posta Médica Aucayacu	
19	Nuevo CAP II La Tinguíña - ICA	Ica
20	Remodelación del CAP II Nasca	
21	Ampliación del Hospital I Río Negro, Satipo (Hospitalización, Salas de Operaciones y de partos, UCI, Emergencia)	Junín
22	Infraestructura nueva para el Servicio de Medicina Complementaria en Huancayo	
23	Mejoramiento del Servicio de Hospitalización y Emergencia del Hospital I Moche de la Red Asistencial La Libertad	La Libertad
24	Mejoramiento del Servicio de Ayuda al Diagnóstico del Hospital I Pacasmayo de la Red Asistencial La Libertad	

HH



25	Ampliación del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo	Lambayeque
26	Ampliación del Centro Médico Cutervo	Lambayeque
27	[REDACTED]	Lima-Almenara
28	[REDACTED]	Lima-Almenara
29	[REDACTED]	Lima-Almenara
30	Mejoramiento y ampliación de la Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Policlínico Chíncha de la Red Asistencial Rebagliati del distrito de Lima, provincia de Lima, departamento de Lima	Lima-Rebagliati
31	Ampliación y mejoramiento del Servicio de Emergencia del Hospital II Gustavo Lanatta Luján - RAS - Huacho - Huaura - Lima - ESSALUD	Lima-Sabogal
32	Fortalecimiento de la Unidad de TBC en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren - RAS - Bellavista - Callao - ESSALUD	Lima-Sabogal
33	Nuevo Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital III Iquitos	Loreto
34	Ampliación y Remodelación de la Unidad de cuidados Críticos e Intermedios del Hospital III Iquitos	Loreto
35	Construcción de UBAP en terreno de ESSALUD en la Plaza de Armas de Puerto Maldonado, Red Asistencial Madre de Dios	Madre de Dios
36	Construcción de Laboratorio Clínico del Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta de la Red Asistencial Madre de Dios, provincia de Tambopata, departamento de Madre de Dios	Madre de Dios
37	Reubicación y ampliación de ambientes administrativos del Hospital II Moquegua de la Red Asistencial Moquegua - ESSALUD - Distrito Moquegua, Provincia de Mariscal Nieto, Departamento de Moquegua	Moquegua
38	Mejoramiento de la capacidad de almacenamiento, logística y archivamiento del Hospital II Moquegua de la Red Asistencial Moquegua - ESSALUD - Distrito Moquegua, Provincia de Mariscal Nieto, Departamento de Moquegua	Moquegua
39	Ampliación y mejoramiento de la infraestructura del Hospital I Oxapampa	Pasco
40	Ampliación y mejoramiento de la infraestructura del Centro Médico San Juan	Pasco
41	Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva de la Posta Médica de Órganos	Piura
42	Mejoramiento de la Capacidad Resolutiva de la Posta Médica de Morropón	Piura
43	Ampliación del Servicio de Laboratorio, Banco de Sangre y Anatomía Patológica del Hospital III Juliaca	Juliaca
44	Ampliación y remodelación de la Posta Médica Huancane para CAP II	Juliaca
45	Remodelación y ampliación del Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Base III Puno	Puno
46	Remodelación y ampliación del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Base III Puno	Puno

El Dr. Álvaro Vidal agradeció la presentación realizada por el Dr. Leonardo Rubio e indicó que el tema de infraestructura ha sido materia de preocupación desde el primer día de la actual gestión.

Al respecto, el señor Consejero Gonzalo Garland mencionó que hay interés en la Cámara de Comercio por el tema.

El Dr. Leonardo Rubio mencionó el caso de Arequipa, donde el Dr. Rino García, Gerente Central de Prestaciones de Salud junto con el Gerente de dicha Red han iniciado coordinaciones con el sector minero y el Gobierno Regional para gestionar la obtención de fondos diversos.

El señor Consejero Harry Hawkins solicitó que cuando se haga la modificación presupuestaria se expliquen cuáles son los proyectos de inversión, porque hay un pago que hay que hacer por los contratos de las Asociaciones Público Privadas y se debe considerar también el tema de los gastos de mantenimiento.

El señor Consejero Jorge Cristóbal sugirió que estos proyectos de inversión sean difundidos toda vez que constituyen una solución parcial de las brechas de infraestructura y lamentablemente la opinión pública cree que no se hace nada cuando más bien se está trabajando en silencio sin propaganda.

El Dr. Álvaro Vidal mencionó que se considerará la sugerencia del señor Consejero Cristóbal e indicó que el Seguro Social atiende al año 24 millones de consultas externas, de las cuales 4 millones son emergencias, más de medio millón son intervenciones quirúrgicas y así se realizan miles de intervenciones en beneficio de la salud de los asegurados.

2. Informe sobre las acciones implementadas por el Comité de Saneamiento Contable

El Eco. Gustavo Céspedes, Jefe de la Oficina General de Administración, informó de la normativa aprobada por el Ministerio de Economía y Finanzas que determina el manejo de las cuentas contables nacionales. Señaló que mediante Ley N° 29608 se aprueba la Cuenta General de la República del Ejercicio Fiscal 2009 que dispone en su artículo 3° "Acciones de Saneamiento de la Información Contable del Sector Público" que deberán cumplir todas las entidades bajo el ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado - FONAFE.

En ese sentido, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 488-PE-ESSALUD-2011 se conformó el Comité de Saneamiento Contable en EsSalud, el cual está integrado por el Jefe de la Oficina General de Administración quien lo preside, Gerente de Contabilidad, miembro, Gerente de Logística, miembro, Gerente de Tesorería – miembro, Jefe de la Oficina de Control Institucional en calidad de veedor

Así mismo, se recibió el Oficio N° 878-2011/DE-FONAFE, que comunica que los titulares y los miembros del comité son responsables del saneamiento contable de acuerdo a su normativa. Además, se tiene la Ley N° 29812, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2012, que en su Cuadragésima Primera Disposición Transitoria establece el plazo de 180 días para la presentación del primer avance del Proceso de Saneamiento Contable, siendo el Informe final el segundo semestre del año 2012.

Bajo este marco, las acciones de saneamiento consisten en que las entidades realicen las gestiones administrativas necesarias con el objeto de depurar la información contable, de manera que los estados financieros expresen en forma fidedigna la realidad económica, financiera y patrimonial. Para ello, se tiene como elementos de base los Informes de Auditoría. Ello implica establecer la existencia real de bienes, derechos y obligaciones que afectan el patrimonio público y reunir la información y documentación suficiente y pertinente que acredite la realidad y existencia de las operaciones para proceder al establecimiento de los saldos de las cuentas objeto de depuración.

Por consiguiente, para el proceso de saneamiento contable se emitió la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 1076-PE-ESSALUD-2011, disponiendo la conformación de los Comités de Saneamiento Contable en cada uno de los Órganos Desconcentrados. Luego, con Carta Circular N° 096-GCF-OGA-ESSALUD-2011, se solicitó oficialmente a los Órganos Desconcentrados tomar las acciones pertinentes.

Con Informe N° 007-GC-GCF-OGA-ESSALUD-2012, se comunicó el Plan de Emergencia del Proceso de Saneamiento Contable-ESSALUD-2012, obteniendo como resultado que de las 31 Redes Asistenciales, sólo 2, Loreto y Tarapoto, remitieron la información, la misma que no reúne los requisitos para sustentar el castigo contable del saneamiento contable que exige la norma. Esta es una deficiencia organizativa que estamos superando con un plan de emergencia para poder involucrarlos.

Mencionó además el alcance de los rubros en los estados financieros. Sobre la base de los Estados Financieros auditados al 31.12.11 se aplicó el Manual de Procedimientos para las acciones de Saneamiento Contable aprobado según Resolución Directoral N° 014-2011-EF/51.01, obteniendo la siguiente situación:



<u>Para Castigo Contable</u>	<u>Sede Central</u>	<u>RAS</u>
Caja y Bancos evaluación	S/. 452,803	En proceso de
Cuentas por Cobrar evaluación	En proceso de evaluación	En proceso de
Existencias evaluación	En proceso de evaluación	En proceso de
Cuentas por Pagar evaluación	En proceso de evaluación	En proceso de

DETALLE DE LAS PARTIDAS DE CAJA Y BANCOS A SER CASTIGADAS EN EL 2012

BANCO	NRO. CTA. CTE.	DEMONIACION	AÑO	DESCRIPCION DE LA CATEGORIA	IMPORTE
SCOTIABANK EX BANCO WESE	0003035425	ESSALUD INVERSIONES	1994/1995/1998	CARGO EN BANCOS NO REGISTRADO EN LIBROS	S/. -115,070.24
	0003035425	ESSALUD INVERSIONES	1993	ABONO EN BANCOS NO REGISTRADO EN LIBROS	S/. 925.95
	IMPORTE NETO SCOTIABANK (1)				S/. -114,144.29
CONTINENTAL BBVA	066168010000967	SEGURO SOCIAL	1993/1994/1997	CARGO EN BANCOS NO REGISTRADO EN LIBROS	S/. -1,587.26
	066168010000967	SEGURO SOCIAL	1993/1994	ABONO EN BANCOS NO REGISTRADO EN LIBROS	S/. 2,453.87
	IMPORTE NETO BBVA(2)				S/. 866.61
CONTINENTAL BBVA	066165010000916	SEGURO SOCIAL	1993/1994/1997	CARGO EN BANCOS NO REGISTRADO EN LIBROS	S/. -418,279.74
	066165010000916	SEGURO SOCIAL	1993/1994/1997	ABONO EN BANCOS NO REGISTRADO EN LIBROS	S/. 78,754.15
	IMPORTE NETO BBVA(3)				S/. -339,525.59
RESUMEN					
CARGO EN BANCOS NO REGISTRADO EN LIBROS					S/. -534,937.24
ABONO EN BANCOS NO REGISTRADO EN LIBROS					S/. 82,133.97
IMPORTE NETO EN CAJA Y BANCOS (1) + (2) + (3)					S/. -452,803.27

Se mostraron partidas de años anteriores, ya que cada vez que entraba una nueva gestión, las áreas de Contabilidad y Tesorería cerraban las cuentas y abrían nuevas para la gestión entrante, pero no depuraban las antiguas. Actualmente dichas cuentas ya están depuradas y están lista para ser alcanzadas en su momento al Directorio para que se proceda a castigar la cuenta y luego elevarlas al Congreso.

Respecto a las CUENTAS POR COBRAR, indicó que queda pendiente:

- ✓ Los derechos de cobranza de las entidades que por convenio son administradas por otras entidades a las cuales se requerirá la información necesaria para efectuar las acciones de saneamiento.
- ✓ Derechos existentes y cuya cobranza no es posible por el proceso coactivo.
- ✓ Derechos respecto de los cuales no es posible ejercer su cobro por las causales establecidas en el Instructivo N° 3, numeral 5.2 Determinación del Castigo Directo.
- ✓ Derechos que carecen de documentos de soporte idóneos, a través de los cuales no se puedan ejercer procedimientos de cobranza.
- ✓ Derechos por los cuales no haya sido legalmente posible imputarle a alguna persona natural o jurídica el importe por la no ejecución de dichos derechos.
- ✓ Derechos cuya realización no es posible mediante los procesos judiciales o coactivos.
- ✓ Derechos con causal de extinción según la normatividad legal y contable vigente.
- ✓ Aquellos que no se cuenta con la documentación probatoria que los sustente.

Respecto a las CUENTAS POR PAGAR, indicó que queda pendiente:

- ✓ Solicitar a los proveedores y acreedores la conformidad del respectivo saldo de las cuentas así como la documentación que acredite la conformidad de los bienes o servicios recibidos por la entidad y demás documentos, de ser pertinentes.
- ✓ Obligaciones por cifras menores a una UIT, cuyo acreedor no haya sido ubicado, solo requerirá la opinión del Comité de Saneamiento para su depuración.
- ✓ Obligaciones por cifras mayores a una UIT deberán sustentarse con un informe de la Oficina de Asesoría Jurídica o Procuraduría Pública.
- ✓ Se remitirá el expediente a la Comisión de Saneamiento para su posible depuración recomendando su registro en Cuentas de Orden.
- ✓ Asimismo, se requerirá opinión de Asesoría Jurídica o Procuraduría Pública para las deudas tributarias, previsional y laboral, en el caso de las acotaciones, autoliquidaciones y demandas por dichos conceptos.

Respecto a las acciones ejecutadas por la Gerencia de Tesorería, indicó lo siguiente:

- Mediante Carta N° 1562-GT-GCF-OGA-ESSALUD-2011, la Gerencia de Tesorería remitió al Comité de Saneamiento Contable los documentos que sustentaban las acciones realizadas para sanear las partidas contables pendientes de conciliación, incluyendo comunicaciones a las diversas entidades bancarias, así como al Archivo Central y a la Gerencia de Contabilidad, a fin de obtener los sustentos necesarios para la depuración de las mismas, algunas de las cuales datan incluso del año 1992. Preciso que la Gerencia de Tesorería recomendó que se ponga en consideración del Consejo Directivo la posibilidad de autorizar el castigo de dichas partidas, toda vez que se agotaron las acciones administrativas.
- Mediante Resolución N° 134-PE-ESSALUD-2012 de 06.02.12, se designó al nuevo Gerente de Tesorería, quien dispuso la revisión de las recomendaciones contenidas en la Carta N° 1562-GT-GCF-OGA-ESSALUD-2011 y sus respectivos antecedentes. Como resultado de la citada revisión se ratificaron las recomendaciones indicadas en la citada carta del mes de noviembre 2011. Esta información ya está pasando a la Oficina Central de Asesoría Jurídica para la validación legal y preparación del informe final que será remitido al Consejo Directivo para hacer el primer castigo contable.
- De otra parte, la Gerencia de Contabilidad ha emitido un informe orientado a la preparación a los Términos de Referencia para la contratación de un Especialista en el tema de Saneamiento Contable, a fin de contar con un diagnóstico situacional de la información financiera pertinente a nivel nacional.
- En ese sentido, con relación a la limitación formulada en el Dictamen de los Estados Financieros 2011 referida a la falta de inventarios actualizados de Activo Fijo, la Institución viene efectuando las acciones correspondientes, a fin de que se realice la toma de inventario de Bienes Inmuebles, para lo cual se remitió la Carta N° 1160-GCF-OGA-ESSALUD-2012, sobre las acciones adoptadas en torno a la formulación de los términos de referencia para la toma de Inventarios Físico, Tasación y Análisis Contable de los Bienes Inmuebles-EsSalud.
- Con carta Circular N°13-GC-GCF-OGA-ESSALUD-2012 se ha dispuesto la ejecución de la capacitación del personal involucrado en el proceso de saneamiento contable, dado que a la fecha se recepcionó información inconsistente que no se ajusta al tema de saneamiento.
- En ese sentido, se ha programando la ejecución de una capacitación de 2 días en abril respecto al tema del Proceso de Saneamiento Contable a nivel Central, así como la integración de las Redes Asistenciales contando con la participación de los Presidentes de los Comités de Saneamiento Contable y un miembro operativo de los Órganos Desconcentrados. Para ello, se ha conformado el Subcomité y el Equipo de trabajo de la Gerencia de Contabilidad (Integrado por 3 miembros): Sr. José Miranda, Sr. Felipe Curotto y Sr. Enrique Villa, y se ha elaborado el Cronograma de Actividades para su ejecución durante los Meses de Abril, Mayo y Junio 2012, considerando el replanteamiento del Plan de trabajo de acuerdo al Plan de Emergencia. Así mismo, se presentó el cronograma de actividades del mes de abril:



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE SANEAMIENTO CONTABLE

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	MES DE ABRIL 2012																														AREAS RESPONSABLES	
	21 DIAS																															
	LLUN	MAR	MIE	JUE	VE	LLUN	MAR	MIE	JUE	VE	LU	MA	MIE	JUE	VE	LLUN	MAR	MIE	JUE	VE	LLUN	MAR	MIE	JUE	VE	LLUN	MAR	MIE	JUE	VE		LLUN
Reestructuración del Plan y Programa, elaborar el proyecto de comunicación de Gerencia General la que contendrá el instructivo así como el proyecto de acta de la Constatación en las 31 Redes Asistenciales																																GERENCIA DE CONTABILIDAD GERENCIA DE TESORERIA GERENCIA DE LOGISTICA
Ejecución de una Capacitación de 2 días: TEMA: Proceso de Saneamiento Contable a nivel Central así como la integración de las Redes Asistenciales contando con la participación de los Presidentes de los Comités S.C. y un miembro operativo de los Organos Desconcentrados																																GERENCIA DE CONTABILIDAD GERENCIA DE TESORERIA GERENCIA DE LOGISTICA
Recepción de la información en forma digitalizada de todos los casos para la incorporación del Proceso de Saneamiento Contable en las REDES ASISTENCIALES y por CENTROS ASISTENCIALES, así como Instituto y Centros Especializados																																COMISION DE CONSTATAcion
Reunión Permanente de los responsables de la Comisión de Constatación en las Redes Asistenciales, Instituto y Centros Especializados (2hrs día 3 a 5)																																COMISION DE CONSTATAcion
Emisión y Remisión por parte de la OFICINA DE ADMINISTRACIÓN el DIAGNOSTICO SITUACIONAL de las Redes Asistenciales así como de Instituto y Centros Especializados de la Resolución conformando las Sub Comisiones del Proceso de Saneamiento Contable en ESSALUD en las Redes, CAS, Centro e Instituto Especializados de Lima - Callao y en Sede Central, y Organos Deconcentrados																																GERENCIA DE LA RED ASISTENCIAL Y COMISION DE SANEAMIENTO

Finalmente, mencionó que no tiene información precisa sobre el monto a "castigar" porque está en revisión, pero ello va a permitir tener, para fin de año, estados financieros más reales y transparentes, lo que será un proceso medular para cualquier auditoría que se pueda hacer en adelante.

El señor Consejero Pablo Moreyra preguntó cuándo van a estar los estados financieros 2011, auditados por KPMG y además solicitó que se vaya pensando en la auditoría del período 2012 - 2013, ya que KPMG está contratado para el período 2010 - 2011 y no se debería perder la continuidad.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal mencionó que se ha previsto tener en el transcurso del día una reunión con el nuevo Jefe de la Oficina de Control Interno - OCI, en la cual se planteará el tema de la auditoría para el año 2012-2013.

Por su parte, el Eco. Gustavo Céspedes mencionó que están cumpliendo con remitir todos los documentos solicitados por KPMG, destacando que ha sido una cantidad significativa de requerimientos, los cuales han sido atendidos casi al 90%. Señaló que los estados financieros en todas sus versiones y formatos ya fueron entregados el 21 de marzo conforme a los requerimientos del Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República. El informe final debería ser entregado los primeros días de mayo a la sociedad auditora, pero se ha pedido una ampliación para resolver ese tema.

El señor Consejero Pablo Moreyra señaló que lo que se suele hacer en las empresas es rotar al auditor responsable dentro de la sociedad auditora y no cambiar de empresa para asegurar la continuidad. Además, mencionó que EsSalud no guarda los criterios de una empresa pública, ya que no es una empresa con capital del Estado y no recibe recursos del tesoro público, por ello no puede regirse por los mismos criterios de una empresa pública.

El Eco. Gustavo Céspedes mencionó que la disposición del Ministerio Economía y Finanzas alcanza a todas las entidades del sector público.

Por su parte, el Dr. Álvaro Vidal indicó que serán recogidas las observaciones del señor Consejero Pablo Moreyra en la reunión que se tendrá con el Jefe de la OCI. Además mencionó que el día previo, en reunión con la Comisión de Seguimiento Presupuestal del Congreso de la República, se ha informado del pago total del préstamo del Banco de la Nación y la reposición de la reserva técnica.

El señor Consejero Harry Hawkins mencionó que si bien respecto a los estados financieros 2010 KPMG no pudo opinar porque no tenía información, para el año 2011 no se debería tener el mismo problema.

El Eco. Gustavo Céspedes indicó que se están cumpliendo los requerimientos y todas las recomendaciones hechas por la sociedad auditora. Preciso que lamentablemente no se ha podido superar el tema del inventario y la tasación de los inmuebles. Asimismo, señaló que, conforme al marco normativo vigente, se debe informar del proceso a la OCI quienes tienen un veedor en la comisión.

El señor Consejero Jorge Cristóbal mencionó que contar con un sistema contable saneado constituye parte de la política de transparencia que identifica a esta gestión, pero resulta que de las 31 redes asistenciales, sólo 2 han respondido, esto significa que no hay interés en el saneamiento contable de nuestra institución, que se hará con los que no han cumplido, es tiempo de pensar en medidas disciplinarias.

El Eco. Gustavo Céspedes indicó que la gestión anterior no instaló la comisión de saneamiento en las regiones, éstas recién han sido instaladas con la gestión del Dr. Álvaro Vidal después de casi un año, por lo que ha habido un gran atraso. En ese sentido, señaló que se tiene los meses de abril, mayo y junio como tarea para poder contar con el 50% de las redes capacitadas y que entreguen sus cuentas subsanadas.

El Dr. Álvaro Vidal mencionó que una de las brechas que encontró la actual gestión fue el tema del saneamiento contable, lo que ha sido objeto de atención prioritaria desde su llegada. Así mismo solicitó al Eco. Gustavo Céspedes fijar como plazo el mes de junio para contar con el 100% de cuentas subsanadas en las Redes Asistenciales.

Respecto a la gestión anterior, el señor Consejero Pablo Moreyra recordó que no hubo voluntad política. En tal sentido, mencionó que cuando ingresó al Consejo Directivo pidió los flujos de caja de la institución ya que casi nadie había visto dicha información en el Consejo Directivo, y solicitó una auditoría internacional. Finalmente, felicitó la voluntad del actual Gobierno para limpiar las cuentas y pidió que se dé mayor cantidad de recursos al área contable a fin de terminar de regularizar las cuentas lo más pronto posible.

3. Plan para la implementación de la Historia Clínica Digital

El Ing. Marcelino Villaverde, Jefe de la Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (OCTIC), informó como antecedente la Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de Salud N° 022-MINSA/DGSP- V.02, la Resolución Ministerial N° 576-2011/MINSA del 23 de julio de 2011 que aprueba la Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la Historia Clínica Electrónica, la Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales, la Resolución Ministerial del 26 de mayo de 2008 que aprueba la Norma Técnica N° 067-MINSA/DGSP-V.01 de Salud en Telesalud, la Ley N° 29733 Ley de protección de datos personales, el Decreto Supremo N° 083-2011-PCM del 21 de octubre de 2011 que crea la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE.

Mencionó que además de las regulaciones del Ministerio de Salud, como ente rector en salud, se siguen las disposiciones del Ministerio de Justicia respecto a la emisión de firmas y certificados digitales y de la Oficina Nacional de Gobierno Electrónico en cuanto al uso de una información en una plataforma de interoperatividad entre entidades.

Informó que en la Norma técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud N° 022-MINSA/DGSP- V.02 se hace referencia al Comité de Historia Clínica, que es un comité del Cuerpo Médico de los Establecimientos de Salud del II y III nivel de atención y de las Direcciones de Salud en el caso de establecimientos de salud de primer nivel, que tienen la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la Historia Clínica así como el cumplimiento de todas las disposiciones incluidas en la referida norma.

Esta norma brinda una serie de formatos que se deben contemplar para el registro de la historia clínica electrónica.



FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Formatos						
	Etapas de Vida				Tipo de Prestación		
	Consulta Externa				Consulta Externa	Hospitalización	Emergencia
Primer Nivel:	Niño	Adolescente	Adulto	Adulto Mayor			
I 1	x	x	x	x			
I 2	x	x	x	x			x
I 3	x	x	x	x			x
I 4	x	x	x	x		x	x
Segundo Nivel:							
II 1					x	x	x
II 2					x	x	x
Tercer Nivel:							
III 1					x	x	x
III 2					x	x	x

En la Resolución Ministerial N° 576-2011/MINSA – Directiva Administrativa N° 183-MINSA-OGEI V.01 se define la Historia Clínica Electrónica – HCE cuyo registro unificado y personal, multimedia, se encuentra contenido en una base de datos electrónica, registrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante cuyo almacenamiento, actualización y uso se efectúa en condiciones estrictas de seguridad, integridad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso. Toda acción de registro en la Historia Clínica Electrónica debe darse únicamente como consecuencia de la prestación de una atención asistencial al usuario de salud y consignar los datos necesarios para una posterior auditoría informática.

La Historia Clínica Electrónica deberá contar con una estructura que separe los datos de identificación del titular de los datos correspondientes a sus atenciones, pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de la prestación de una atención asistencial al titular de la Historia Clínica Electrónica.

Ningún dato registrado en la Historia Clínica Electrónica podrá ser eliminado, y de ser necesaria su corrección, ésta deberá realizarse como un nuevo registro, sin eliminar el que se pretende corregir, e indicando el motivo de tal corrección.

La Historia Clínica Electrónica debe contar además, con las siguientes características:

- Estructura e identificación estandarizada de datos.
- Recursos para garantizar la confidencialidad de la información.
- Autenticidad, integridad y conservación indefinida de los datos.
- Sistema de copias de resguardo (seguridad de la información).
- Recuperabilidad e inviolabilidad de los datos.
- Soporte para el uso de firmas digitales.

Estándares de Interoperabilidad

Se adopta el estándar de interoperabilidad en salud HL7 (Health Level Seven) para su uso en los procesos de intercambio electrónico de datos clínicos y datos administrativos de uso en la atención y cuidados de la salud de las personas.

Se adopta el estándar DICOM (Digital Imaging and Communication in Medicine) para su uso en los procesos de intercambio de imágenes médicas.

Se adopta el estándar XML (eXtensible Markup Language), para su uso en los procesos de intercambio electrónico de datos clínicos y datos administrativos de uso en la atención y cuidados de la salud de las personas.

Mencionó que se ha hecho un análisis situacional de las tecnologías de información de EsSalud destacando los grandes montos destinados a lo largo de estos años, en el tema, pero que no han logrado posiciona a EsSalud en el campo de la tecnología de información.

Título	FI	FF	Monto total	Área Solicito
Servicio de Outsourcing de la Plataforma Tecnológica y Administración de Imágenes Medicas	12/30/2009	2/8/2010	\$12'776,912.38	Oficina Central de Organización e Informática
Sistema de Gestión de Atención al Asegurado para Centros Asistenciales de EsSalud	12/14/2007	No concluido	US\$ 22,928,451.11 (Equipamiento) S/. 88,967,430.00 (Gasto de Personal) S/. 1,681,500.00 (Sabogal y Arequipa) S/. 1,800,000.00 (Lambayeque y La Libertad)	Oficina Central de Organización e Informática
Sistema de gestión de servicios de salud	09/2006	01/03/2009 (Implementación piloto)	S/. 1,280,000.00 (Almenara) S/. 1,299,996.00 (Rebagliati) S/. 1,710,000.00 (Junín y Piura) S/. 426,363.64 (Mantenimiento del SGSSWEB)	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Reemplazo del sistema eléctrico, cableado estructurado, aire acondicionado, detección y extinción de incendios y seguridad del centro de computo de la sede central	4/22/2010	9/28/2010	S/. 3,465,616.37 (Sistema eléctrico y cableado estructurado) S/. 101,200.00 (Mantenimiento preventivo centro de computo)	EsSalud ex OCOI- Gerencia de Produccion

Título	FI	FF	Monto total	Área Solicito
Sistema de prestaciones económicas en web	1/2/2009	12/18/2009	S/. 1,469,686.16	Gerencia de Prestaciones Económicas
Sistema integrado de prestaciones sociales	6/9/2010	No Concluido	S/. 145,980.00 ciento cuarenta y cinco mil novecientos ochenta y 00/100 nuevos soles incluido IGV	Gerencia Central de Prestaciones Economicas y Sociales
Sistema de administración documentaria	9/9/2008	1/15/2009	S/. 82,000.00 ochenta y dos mil y 00/100 nuevos soles incluido IGV	Gerencia General
Gestión de procesos de negocios	2/18/2010	No Concluido	US \$ 532,900.00 quinientos treinta y dos mil y novecientos 00/100 dólares americanos, incluido IGV	Oficina Central de Organización e Informática
Servicio de gestión del desempeño por indicadores diseño Y automatización del modelo de gestión basado en la metodología BSC	1/12/2010	4/3/2010	US \$ 139,00.00 ciento treinta y nueve mil y 00/100 dólares americanos, incluido IGV	Oficina Central de Organización e Informática

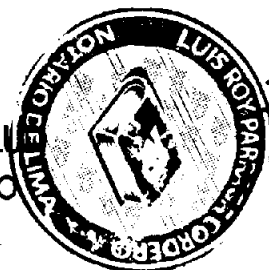
Dadas las observaciones a varios de los servicios prestados para el área, el Ing. Marcelino Villaverde informó que se intentó detener los pagos correspondientes y pedir un mayor sustento, pero lamentablemente no ha sido posible por contarse ya con la autorización del mismo.

Al respecto, el señor Consejero Harry Hawkins solicitó que la OCTIC brinde un informe de aquellas empresas que han dado este servicio para no volver a contratarlas y ver si se puede hacer algún reclamo.

De otro lado, el Ing. Marcelino Villaverde señaló que se ha identificado que tenemos sistemas de información diversos que almacenan información aislada del paciente y no permiten implementar fácilmente la historia clínica electrónica, por lo que se va a tener que desarrollar el proyecto en fases: analizar la posibilidad de integrar toda la información dentro de un solo esquema para que la información de un paciente sea almacenada en el sistema electrónico, lograr la integridad de la información del paciente, uso por parte del médico y aplicación de la firma digital.

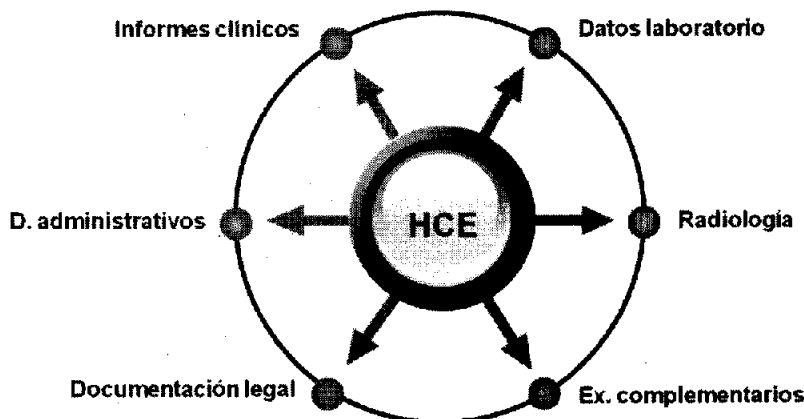
Destacó que EsSalud tiene procesos manuales que acarrear problemas de múltiples modelos de registros médicos, existencia de múltiples archivos físicos, y fragmentación y duplicación de la información asistencial.

Señaló que se ha planteado una reingeniería integral de la OCTIC para responder a los requerimientos de las áreas usuarias de EsSalud, las Redes Asistenciales y los Asegurados a nivel nacional, desarrollando herramientas que permitan lograr la inclusión social en los servicios de salud. Así mismo, informó que se desarrollará un taller internacional sobre "Tecnologías de la información como herramienta de la salud e inclusión social" los días 12, 13

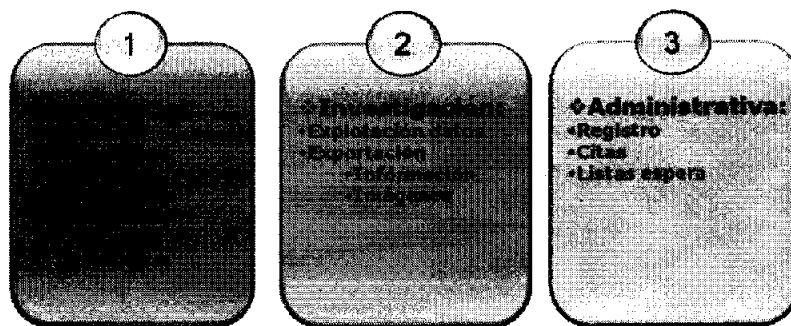


y 14 de abril del 2012 en el que estarán participando expositores de la Fundación GETULIO VARGAS, Fundación BICA, el proyecto ANGEL de Argentina, La Junta de Andalucía de España, CNTI de Venezuela, GNU Health, con la finalidad de aprender las mejores prácticas y visualizar las soluciones que otros países han implementado con éxito.

A continuación, señaló que la Historia Clínica Electrónica debe cumplir 6 aspectos:



Mencionó lo que se podía lograr luego de la implementación de la Historia Clínica Electrónica:



Contar con dicha información va a permitir tener las historias clínicas de los pacientes en un solo almacén de datos, adecuado el registro de la actividad médica y cualquier otro parámetro cualitativo que se considere pertinente evaluar.

Además, precisó que el procesamiento de información clínica permitirá el mejor uso de los datos, estudio de imágenes y transferencia de información. Señaló que se ha previsto también la firma del Convenio de Cooperación entre EsSalud y la Oficina Nacional de Gobierno Electrónico para implementar un proyecto de conectividad entre las redes asistenciales de Lima para mejorar la infraestructura de telecomunicaciones propia de EsSalud y proveer mayor capacidad de conectividad para los servicios de transmisión de imágenes médicas y video (Telesalud), así como ahorrar en el pago de servicios de transmisión de datos a terceras empresas.

Adicionalmente, indicó que se ha coordinado con el Fondo de Inversión de Telecomunicaciones - FITEC otro proyecto de conectividad nacional para aquellos lugares donde no lleguen las empresas comerciales de telecomunicaciones, promoviendo así la inclusión social en los servicios de salud en zonas de difícil acceso (servicios satelitales).

Informó también que se ha procedido a rediseñar el DATACENTER de la sede central ya que casi la mitad de la información institucional se encuentra dentro de un proveedor de servicios que si bien no necesariamente está mal, podría poner en riesgo la información ya que sería más adecuada que la información de los actos médicos la tenga EsSalud y no un tercero. Asimismo, destacó que se ha previsto implementar el Datacenter de Contingencia, para asegurar la información ante desastres y formar parte del gran Proyecto del Datacenter del Estado Peruano promovido por la PCM, en integración con otras Entidades (Banco de la Nación, RENIEC, SUNAT, SEDAPAL, etc.)

Al respecto, el señor Consejero Enrique Jacoby señaló que el Ministerio de Salud tiene un gran interés en el desarrollo de la historia clínica electrónica y felicita la iniciativa de EsSalud en el

tema ya que el principal beneficiario será el paciente. Asimismo, destacó que esta experiencia posibilita la oportunidad de un intercambio institucional con las clínicas y el MINSA.

En respuesta, el Ing. Villaverde mencionó que precisamente el evento internacional que están realizando permitirá que las diferentes áreas usuarias tomen conocimiento de las experiencias en el área en otros países.

Por su parte, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra señaló que la Seguridad Social no solo tiene principios muy sólidos como la universalidad y la solidaridad entre otros, sino que también comparte la iniciativa de contar con una historia clínica universal a nivel nacional, que funcione con el Documento Nacional de Identidad - DNI.

El señor Consejero Gonzalo Garland destacó lo trabajado en el tema de la historia clínica única en beneficio de todos los pacientes y asegurados.

Al respecto, el Dr. Vidal mencionó que en su visita a Cartagena de Indias se presentó también información sobre los avances en la seguridad social y el tema de la historia electrónica, evidenciándose un gran avance en dicho campo. Finalmente, agradeció la presentación realizada por el Ing. Marcelino Villaverde.

4. Informe sobre los cobros indebidos de Compensación por Tiempo de Servicios por parte de trabajadores del Seguro Social de Salud - EsSalud y acciones a ser adoptadas

Dr. Ángel Noriega, Gerente Central de Gestión de las Personas, informó del caso de 540 trabajadores que cobraron indebidamente la Compensación por Tiempo de Servicios - CTS. Señaló que el tema se ha revisado desde el punto de vista legal, incluyendo reuniones con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, y luego de un análisis profundo se ha acordado continuar con el proceso legal correspondiente.

Respecto a las sanciones, señaló que se ha considerado el despido para aquellos trabajadores a los que se les compruebe el delito y que estén incluidos dentro de una mafia o que hayan patrocinado directamente la falsificación de los documentos para el cobro indebido. Preciso que se han recibido las cartas de descargo de los trabajadores, quienes ya recibieron su carta de preaviso para empezar a aplicar las sanciones correspondientes.

Además, señaló que se podría aplicar una suspensión de no menos de 3 meses a aquellos trabajadores que hicieron el cobro indebido de la CTS, dicha sanción podría aumentar en meses, dependiendo de la gravedad de la colusión con el tema, ya que hay casos en los que los trabajadores tienen antecedentes laborales inadecuados.

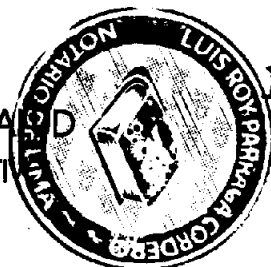
Al respecto, el Dr. Alvaro Vidal mencionó que inmediatamente se tomó conocimiento del tema, se sacó un comunicado sobre el mismo. Asimismo, agradeció la asesoría del Ministro de Trabajo y sus funcionarios quienes han recomendado que los hechos sean sancionados estudiando cada caso conforme al derecho laboral nacional.

El señor Consejero Eduardo Iriarte recordó que en la sesión sugirió que una institución como EsSalud no debe tener autorizaciones ante el banco con la firma de una sola persona a fin de evitar este problema de falsificación.

Al respecto, el Dr. Ángel Noriega mencionó que las Redes tienen autonomía en el tema de recursos humanos. Sin embargo, se ha estrechado la relación con el Banco Continental para ver el tema de las firmas y publicar la relación de ceses mes a mes para que los bancos.

Por su parte, el Dr. Mario Atarama mencionó que no es sencillo separar a los referidos trabajadores de sus funciones dado que ellos señalan que no fueron ellos quienes elaboraron las cartas y aducen además que no conocían el contenido de la misma y tampoco fueron presentados al banco por ellos, por lo que el tema está dentro del universo probatorio y podría ser el caso de ser una carta con contenido falso, por lo que no se puede asumir que el trabajador ha cesado.

El Dr. Álvaro Vidal señaló que el tema ha sido examinado en todos los aspectos, penal, laboral, legal, psicológico, ético, y del principio de razonabilidad. Luego de lo cual se ha llegado a las recomendaciones presentadas por el Dr. Noriega.



El señor Consejero Jorge Cristobal manifestó que si bien la actual gestión ha heredado la corrupción institucionalizada, la gran tarea es luchar frontalmente contra ello. Por ello, felicitó la voluntad de la actual gestión de no apoyar actos de corrupción.

El señor Consejero Guillermo Onofre mencionó que el tema ha trascendido al Consejo Nacional de Trabajo y en su última sesión se señaló que los despidos eran del orden de los 5 mil trabajadores, por lo que cumplió con presentar un breve informe del tema real aclarando los datos en base a lo señalado en la sesión previa del Consejo Directivo de EsSalud.

La señora Consejera Carmela Sifuentes reiteró que no se debe permitir la corrupción y se deben aplicar las leyes determinando las responsabilidades. En tal sentido, indicó que se debería investigar también al banco porque se tomó conocimiento que en la puerta de las oficinas bancarias se localizaban las personas que cobraban el 20% de la CTS. Finalmente, ratificó la autonomía de la CGTP, señalando que con un grupo que promueve el cambio, pero cuando tiene que hacerse algún tipo de investigación o sanción, se hace prevalecer dicho principio.

El señor Consejero Harry Hawkins mencionó que el tema fue tocado en la reunión del Consejo Nacional del Trabajo y a solicitud del Ministro de Trabajo, se ha invitado a una presentación sobre el tema al Presidente de EsSalud.

El Dr. Mario Atarama indicó que como consecuencia del proceso judicial que sigue su curso, si el Poder Judicial determina una sanción penal, los trabajadores tendrán que ser despedidos como consecuencia de ello.

Finalmente, el Dr. Álvaro Vidal indicó que la Gerencia Central de Gestión de las Personas tomará en cuenta todas las recomendaciones señaladas por los señores Consejeros y reiteró que se ha actuado bajo el principio de razonabilidad jurídica que nos da una interpretación integral de todos los factores.

5. Otros Informes y Pedidos

El Dr. Álvaro Vidal informó que fue invitado a la Comisión de Presupuesto del Congreso de la República para hacer una presentación entorno al pago de la deuda al Banco de la Nación y la deuda por la reserva técnica.

El señor Consejero Harry Hawkins mencionó que ha ingresado al Ministerio de Trabajo un reclamo sobre el acuerdo del Consejo Directivo N° 46-6-EsSalud-2001 donde se establecen beneficios a determinados consejeros y solicitó se presente un informe sobre la validez legal del mismo.

El señor Consejero Jorge Cristóbal solicitó se atienda al señor Blas Valverde que ha pedido una entrevista para tratar el tema de su nivelación de pensión.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal mencionó que él recibió al señor Blas Valverde y lo puso en contacto con el Asesor Jurídico y con la Secretaria General, quienes lo han recibido hasta en tres oportunidades. Preciso que su tema es inviable ya que lamentablemente no se puede obviar la parte legal y aunque hay una buena voluntad para atender el problema de las personas, ello requiere de manera indispensable contar con el respaldo legal correspondiente.

Al respecto, el Dr. Mario Atarama señaló que el problema del señor Valverde es que inició un trámite administrativo en la red y dicho trámite concluyó porque no levantó una observación de su recurso de apelación y eso es un caso cerrado que no se puede reabrir, lo que ha sido puesto en su conocimiento.

En ese sentido, la señora Consejera Carmela Sifuentes solicita que se haga un informe por escrito de lo indicado por el Dr. Atarama.

Finalmente, el Dr. Vidal Rivadeneyra indica que se hará llegar el informe respectivo.

Siendo las doce del mediodía y no habiendo otro asunto que tratar, se levantó la sesión.

Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra

Harry John Hawkins Mederos

Antonio Gonzalo Garland Iturralde

Carmela Asunción Sifuentes de Holguín

Jorge Alberto Cristóbal Párraga

Enrique Jacoby Martínez

Pablo José Manuel Moreyra Almenara

Guillermo Onofre Flores

Eduardo Iriarte Jiménez

Sylvia Caceres Pizarro
SECRETARIA GENERAL
ESSALUD