

**ACTA
CONSEJO DIRECTIVO
DÉCIMA CUARTA SESIÓN ORDINARIA
Lima, 24 de julio de 2012**

En la ciudad de Lima, siendo las ocho y treinta de la mañana del día veinticuatro de julio 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: **Antonio Gonzalo Garland Iturralde, Eduardo Francisco Iriarte Jiménez, Guillermo Onofre Flores, Harry John Hawkins Mederos, Jorge Alberto Cristóbal Párraga, Oscar Alarcón Delgado, Pablo Manuel José Moreyra Almenara y Percy Minaya León.**

Asimismo, participaron el Gerente General, señor José Gabriel Somocurcio y la Secretaria General, señora Sylvia Cáceres Pizarro.

Como invitados, participaron Abdón Salazar Morán, Jefe del Gabinete de Asesoramiento de la Presidencia Ejecutiva, Felícita Alvarado Flores, Jefa de la Oficina de Relaciones Institucionales; Gustavo Céspedes Garay, Jefe de la Oficina General de Administración y Gerente Central de Gestión de las Personas (e); Hernan Eduardo Pena, Gerente Central de Aseguramiento; Jaime Johnson, Asesor de la Gerencia General; Laura Luna Torres, Gerente Central de Logística; Leonardo Rubio Bazán, Jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo y Gerente Central de Infraestructura (e); Leslie Zevallos Quinteros, Asesora de la Presidencia Ejecutiva; Marcial Matheus Cabrera, Gerente Central de Prestaciones Económicas y Sociales; María Maraví Ticse, Gerente Central de Finanzas; Mario Atarama Cordero, Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica; Martha Acosta Zárate, Asesora de la Presidencia Ejecutiva; y Rino García Carbone, Gerente Central de Prestaciones de Salud.

El Dr. Álvaro Vidal, Presidente Ejecutivo de EsSalud, saludó al señor Consejero Eduardo Iriarte, quien se reincorporó a las reuniones del Consejo Directivo luego de haber estado internado en el Hospital Eduardo Rebagliati Martins por problemas de salud.

El señor Consejero Eduardo Iriarte expresó su reconocimiento al Dr. Álvaro Vidal y al Dr. Jorge Rojas Ríos, Gerente de la Red Asistencial Rebagliati, por el excelente servicio prestado por la institución. Asimismo, agradeció las muestras de apoyo expresadas por el Gerente General, los señores miembros del Consejo Directivo y demás funcionarios.

De igual modo, el Dr. Álvaro Vidal saludó a la Dra. Sylvia Cáceres Pizarro, Secretaria General, saludando su reincorporación a la institución, luego de haber estado de licencia por motivos de salud.

I. LECTURA Y APROBACIÓN DE LAS ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Se sometió a aprobación de los señores miembros del Consejo Directivo el Acta de la Décimo Tercera Sesión Ordinaria, llevada a cabo el 10 de julio de 2012, la cual fue aprobada por unanimidad por los señores Consejeros.

II. ORDEN DEL DÍA

1. Convenio marco de cooperación interinstitucional entre la Municipalidad Metropolitana de Lima y el Seguro Social de Salud EsSalud

La Dra. Sylvia Cáceres, Secretaria General, presentó al Eco. Hernán Eduardo Pena, designado como Gerente Central de Aseguramiento. Refirió que el Sr. Hernán Pena es



un especialista en seguridad social, con experiencia en el diseño, la evaluación y la supervisión de políticas públicas, que ha brindado asistencia técnica para la implementación de reformas en la organización de programas de la seguridad social y ha participado en el desarrollo de estrategias para la toma de decisiones políticas, gestión de mando y mejoras sistémicas de organizaciones públicas. Asimismo, señaló que tiene experiencia en temas en evaluación financiera y actuarial de programas de seguridad social así como en procesos de negociación con organismos internacionales para préstamos asistencia técnica y capacitación. Finalmente, señaló que el Sr. Pena ha participado en programas y proyectos de fortalecimiento institucional así como en la elaboración de estudios de investigación de distintas problemáticas sociales.

Luego de la presentación, cedió la palabra al Eco. Hernán Pena, quien presentó al Consejo Directivo la propuesta del Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad Metropolitana de Lima –MML y el Seguro Social de Salud – EsSalud.

Al respecto, señaló como antecedentes, la firma del Convenio Marco entre EsSalud y la Asociación de Municipalidades del Perú – AMPE, el 04 de marzo del 2012 y la aprobación del Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012 del 31 de mayo de 2012. Además, indicó que la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, en su artículo N° 77 sobre “Medios de colaboración interinstitucional”, define a los Convenios como una herramienta legal para formalizar la cooperación entre entidades públicas.

Así mismo, mencionó que con fecha 02 de marzo de 2012, EsSalud y la Municipalidad Metropolitana de Lima expresaron su intención de establecer programas de acción conjunta en torno a un Plan Regional de Salud.

Posteriormente, mediante Acuerdo de Concejo N° 1282 del 13 de julio de 2012, la Municipalidad Metropolitana de Lima, aprueba la celebración de un Convenio de Cooperación Interinstitucional con EsSalud. Mediante Memorando N° 1491-2012-MML/SGC del 19 de julio 2012, la Secretaría General del Concejo de la Municipalidad Metropolitana de Lima remite la propuesta de Convenio Marco a EsSalud.

En tal sentido, mencionó que el objetivo del Convenio es desarrollar mecanismos e instrumentos de mutua colaboración y beneficio para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a promover el bienestar de la población de Lima Metropolitana, a través de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como mejorar el acceso, oportunidad y calidad de servicios de recuperación de la salud de las personas aseguradas.

Así mismo, indicó que el Convenio tiene los siguientes objetivos estratégicos:

- Colaborar en la formulación del Plan Concertado de Salud de Lima Metropolitana, así como en el fortalecimiento del Sistema de Salud de Lima Metropolitana.
- Propiciar la incorporación o el fortalecimiento de la participación de otros actores claves en la construcción del Plan Concertado de Salud de Lima Metropolitana.
- Fortalecer la organización vecinal y la formulación e implementación de Planes de Salud a nivel local y comunitario.

Destacó que dichos objetivos se alinean con el segundo objetivo del plan estratégico institucional, relacionado a brindar atención integral de los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados, mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales.

También señaló que el Convenio postula una alianza estratégica con la Municipalidad Metropolitana de Lima y es de particular importancia debido a que el 38.7% de la



población asegurada de EsSalud está adscrita a las redes asistenciales en Lima Metropolitana.



En cuanto al fundamento técnico, la Gerencia Central de Finanzas, mediante Carta N°2552-GCF-OGA-ESSALUD-2012, se pronunció favorablemente a la suscripción del Convenio Marco porque no irroga gastos a la institución, señalando que de ser necesaria la ejecución de Convenios Específicos que impliquen la necesidad de financiamiento, las partes deberán establecerlo de forma expresa para cada caso, considerando que los requerimientos respondan al beneficio de las poblaciones a las que representan y dentro de la normatividad presupuestal vigente en el momento, sometiéndolos, de ser el caso, a las instancias de aprobación pertinentes, lo que está consignado en la cláusula sexta del Convenio.



Además, la Oficina Central de Asesoría Jurídica, mediante Carta N°2392-OCAJ-ESSALUD-2012, señaló que no existe impedimento legal de la Institución para suscribir el Convenio Marco con la Municipalidad Metropolitana de Lima.



De igual forma, indicó que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Gerencia Central de Aseguramiento emitieron las respectivas opiniones favorables.



En conclusión, mencionó que la suscripción del Convenio Marco promueve el proceso de intercambio de prestaciones de salud en materia de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, la recuperación y la rehabilitación de la salud, en el contexto del fortalecimiento de las redes asistenciales y la organización de la estrategia de atención primaria de salud integral.



Por lo tanto, manifestó que la Gerencia Central de Aseguramiento somete a aprobación el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad Metropolitana de Lima y EsSalud.

A continuación, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra mencionó que en entrevista sostenida con la señora Alcaldesa Susana Villarán, expresó el interés de coordinar activamente diversas actividades. Indicó también que más del 40% de los asegurados a nivel nacional residen en Lima, motivo por el cual es de suma importancia la firma del Convenio a fin de armonizar los esfuerzos realizados por la Municipalidad Metropolitana de Lima y EsSalud, desde el punto de vista preventivo, promocional y en todos los aspectos relativos a servicios de salud.

El señor Consejero Eduardo Iriarte expresó su acuerdo con la suscripción del Convenio dada la importancia del mismo para EsSalud.



Por su parte, el señor Consejero Oscar Alarcón manifestó su conformidad con la firma del Convenio, destacando el alineamiento de sus fines con los objetivos estratégicos de la institución.

Asimismo, el señor Consejero Jorge Cristóbal, expresó su apoyo a la suscripción del convenio.



El señor Consejero Guillermo Onofre también manifestó su apoyo y destacó el establecimiento de una alianza estratégica para promover la recuperación de las deudas de las municipalidades, lo que constituye una limitación para EsSalud.

El señor Consejero Gonzalo Garland también apoyó la suscripción del Convenio y solicitó se coordine esfuerzos para apoyar con las necesidades de infraestructura y equipamiento de EsSalud.



A continuación, el señor Consejero Percy Minaya felicitó la iniciativa y destacó como beneficio del Convenio la organización y articulación de los servicios de salud con el liderazgo de la seguridad social.

SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Finalmente, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra sometió a la aprobación de los señores Consejeros el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad Metropolitana de Lima y el Seguro Social de Salud - EsSalud, el cual fue aprobado por unanimidad.

ACUERDO N° 30-14-ESSALUD-2012

VISTAS:

La Carta N° 2392-OCAJ-ESSALUD-2012 de fecha 20 de julio de 2012, de la Oficina Central de Asesoría Jurídica; la Carta N° 6083-GCPS-ESSALUD-2012 de fecha 20 de julio de 2012, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; la Carta N° 1017-GCAS-ESSALUD-2012 de fecha 20 de julio de 2012, de la Gerencia Central de Aseguramiento; y la Carta N° 2552-GCF-OGA-ESSALUD-2012 de fecha 20 de julio de 2012, de la Gerencia Central de Finanzas, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo establecido en la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el inciso i) del artículo 8° de la Ley N° 27056, establece que es competencia del Presidente Ejecutivo de EsSalud, celebrar Convenios de Cooperación Técnica o de cualquier otra índole, con entidades nacionales o extranjeras; previa autorización del Consejo Directivo;

Que, la propuesta de Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional con la Municipalidad Metropolitana de Lima tiene por objeto establecer el marco de relaciones entre la referida Municipalidad y EsSalud, con la finalidad de desarrollar mecanismos e instrumentos de mutua colaboración y beneficio para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a promover el bienestar de la población de Lima Metropolitana, a través de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como, de mejorar el acceso, oportunidad y calidad de servicios de recuperación de la salud de las personas aseguradas;

Que, mediante Cartas Nros. 6083-GCPS-ESSALUD-2012, 1017-GCAS-ESSALUD-2012 y 2552-GCF-OGA-ESSALUD-2012, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Aseguramiento, y la Gerencia Central de Finanzas, respectivamente, emitieron sus opiniones favorables respecto a la suscripción del proyecto de Convenio Marco mencionado precedentemente;

Que, con Carta N° 2392-OCAJ-ESSALUD-2012, la Oficina Central de Asesoría Jurídica emitió opinión respecto a la procedencia legal de la suscripción del proyecto de Convenio antes mencionado;

En virtud a las facultades conferidas, por unanimidad, el Consejo Directivo;

ACORDÓ:

1. **APROBAR** el texto del Convenio Marco de Cooperación entre el Seguro Social de Salud - EsSalud, y la Municipalidad Metropolitana de Lima.
2. **AUTORIZAR** al Presidente Ejecutivo a suscribir el Convenio al que se hace mención en el numeral precedente.
3. **EXONERAR** el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del Acta, para que entre en inmediata ejecución.



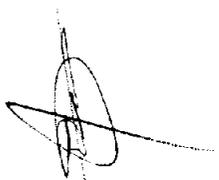
CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA Y EL SEGURO SOCIAL DE SALUD



Conste por el presente documento, el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional que celebran, de una parte, la Municipalidad Metropolitana de Lima, con Registro Único de Contribuyente N° 20131380951, con domicilio en Jr. De la Unión N° 300 – Cercado de Lima, provincia y departamento de Lima, debidamente representada por su Alcaldesa, señora Susana María del Carmen Villarán de La Puente, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 08051943, a quien en adelante se denominará la **MUNICIPALIDAD**; y, por la otra parte, el Seguro Social de Salud, con Registro Único de Contribuyente N° 20131257750, con domicilio en Jr. Domingo Cueto N° 120, distrito de Jesús María, provincia y departamento de Lima, debidamente representado por su Presidente Ejecutivo, señor Alvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 08643009, a quien en adelante se denominará **ESSALUD**; en los términos y condiciones siguientes:



CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES

- 
- 
- 
- 
- 1.1 La **MUNICIPALIDAD** es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia municipal y regional, constituyendo dos Pliegos Presupuestales para su administración económica y financiera. La capital de la República es sede de la MML, la que ejerce jurisdicción exclusiva sobre la provincia de Lima en materias municipales y regionales, conforme a lo previsto en la Constitución Política del Perú, la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, y la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
 - 1.2 **ESSALUD** es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social con personería jurídica de derecho público interno, adscrita al sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.
 - 1.3 La Ley Orgánica de Municipalidades, en los artículos VII y VIII de su Título Preliminar, señala que las relaciones entre los tres niveles de gobierno deben ser de cooperación y coordinación, sobre la base del principio de subsidiariedad, y que las competencias y funciones específicas municipales se cumplen en armonía con las políticas y planes nacionales, regionales y locales de desarrollo.
 - 1.4 La **MUNICIPALIDAD** y **ESSALUD** mantienen el interés común de construir el cambio de paradigma en la atención de la salud en una Lima para todos bajo el concepto de salud como bienestar y no sólo la ausencia de enfermedad. La **MUNICIPALIDAD** promueve un sistema que privilegia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad así como el uso racional de los recursos que se destinan a la curación, frente a un sistema que actualmente se orienta mayormente su acción a la curación de la enfermedad.

CLÁUSULA SEGUNDA.- BASE LEGAL

- 
- 2.1 Constitución Política del Perú.
 - 2.2 Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
 - 2.3 Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
 - 2.4 Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
 - 2.5 Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.



- 2.6 Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias.
- 2.7 Directiva N° 003-2010-MML-GP "Procedimientos para la Gestión de Convenios en la Municipalidad Metropolitana de Lima", aprobada por Resolución de Alcaldía N° 278, de fecha 12 de octubre de 2010 y modificada por Resolución de Alcaldía N° 426, de fecha 17 de noviembre de 2011.

CLÁUSULA TERCERA.- DEL OBJETO

El objeto del presente Convenio es establecer el marco de relaciones entre la **MUNICIPALIDAD** y **ESSALUD**, con la finalidad de desarrollar mecanismos e instrumentos de mutua colaboración y beneficio para la ejecución de diversos proyectos y programas, destinados a promover el bienestar de la población de Lima Metropolitana, a través de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como, de mejorar el acceso, oportunidad y calidad de servicios de recuperación de la salud de las personas aseguradas.

CLÁUSULA CUARTA.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Con sustento en el objeto de este Convenio Marco, las partes de mutuo acuerdo establecen los siguientes objetivos específicos:

- 4.1 Colaborar en la formulación del Plan Concertado de Salud de Lima Metropolitana, así como en el fortalecimiento del sistema de salud de Lima Metropolitana, con un enfoque de promoción y determinantes de la salud, con la finalidad de disminuir la inequidad y mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población, ello en el marco del ejercicio del derecho humano a la salud y la seguridad social universal.
- 4.2 Propiciar la incorporación o el fortalecimiento de la participación de otros actores claves en la construcción de Plan Concertado de Salud de Lima Metropolitana.
- 4.3 Fortalecer la organización vecinal y la formulación e implementación de planes de salud a nivel local y comunitario.
- 4.4 Revisar periódicamente los resultados y el impacto del presente Convenio Marco, con la finalidad de realizar ajustes en las estrategias y actividades correspondientes.

CLÁUSULA QUINTA.- COMPROMISOS DE LAS PARTES

5.1 La **MUNICIPALIDAD** se compromete a lo siguiente:

- 5.1.1 Desarrollar actividades de educación en salud para fortalecer la capacidad de respuesta de las personas y de las organizaciones para el cuidado de su salud.
- 5.1.2 Promover la participación de los gobiernos locales distritales y actores sociales clave, tales como **ESSALUD**, en el Plan Concertado de Salud de Lima Metropolitana.
- 5.1.3 Promover campañas de prevención y promoción de la salud en el ámbito de Lima Metropolitana y articular la organización de un plan metropolitano de salud y seguridad.
- 5.1.4 Elaborar planes y proyectos consistentes con el Plan de Desarrollo Concertado de Lima Metropolitana que incluyan la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la recuperación y rehabilitación de la salud.

5.2 **ESSALUD**, por su parte, se compromete a lo siguiente:

- 5.2.1 Desarrollar acciones conducentes a contribuir al fortalecimiento del sistema metropolitano de salud dentro del marco de la seguridad social universal.



5.2.2 Promover el proceso de intercambio de prestaciones de salud en el marco del fortalecimiento de las redes asistenciales y la organización de la estrategia de atención primaria de salud integral.

5.2.3 Participar activamente en el diseño e implementación en el ámbito de Lima Metropolitana de programas intersectoriales e interculturales de salud, basados en el enfoque de los determinantes de la salud y del ejercicio del derecho humano a la salud y la seguridad social universal.



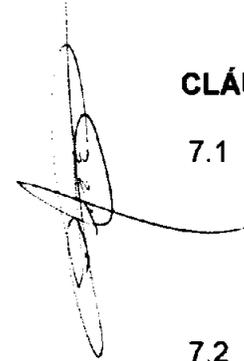
CLÁUSULA SEXTA.- FINANCIAMIENTO

6.1 La suscripción del Convenio Marco no acarrea gastos a ninguna de las partes, ni ocasiona requerimientos financieros para su suscripción.



6.2 En caso que la ejecución de Convenios Especificos implique la necesidad de financiamiento, las partes deberán establecerlo de forma expresa para cada caso, considerando que los requerimientos respondan al beneficio de las poblaciones a las que representan y dentro de la normatividad presupuestal vigente en aquel momento, sometiéndolos, de ser el caso, a las instancias de aprobación pertinentes.

CLÁUSULA SETIMA.- DESIGNACIÓN DE COORDINADORES



7.1 Con el propósito de facilitar el cumplimiento del Convenio Marco, las partes acuerdan designar a los coordinadores institucionales como responsables encargados de representarlos técnicamente, quedando a cargo de las coordinaciones operativas y de las acciones de seguimiento y supervisión de la ejecución del presente Convenio Marco.

7.2 Los coordinadores institucionales designados son:

- 
- a) Por la **MUNICIPALIDAD**: La Gerente de Desarrollo Social
 - b) Por **ESSALUD**: El responsable de la Gerencia de Prestaciones de Salud

CLÁUSULA OCTAVA.- DURACIÓN DEL CONVENIO



El presente convenio entrará en vigencia en la fecha de su suscripción y tendrá una duración de tres (03) años, considerándose prorrogado automáticamente al término de su vigencia inicial, salvo que alguna de las partes manifieste su voluntad en contrario, lo que deberá comunicar por escrito a la otra parte con treinta (30) días calendario de anticipación.

CLÁUSULA NOVENA.- LIBRE ADHESIÓN Y SEPARACIÓN



9.1 De conformidad a lo establecido en el artículo 77°, numeral 77.3, de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, las partes suscriben el presente Convenio Marco de manera libre y acorde con sus competencias.

9.2 Cualquiera de las partes pueden dar por concluido el Convenio Marco sin expresión de causa, previa notificación anticipada de treinta (30) días hábiles, sin perjuicio de culminar las actividades y obligaciones que se encuentren en ejecución.

CLÁUSULA DÉCIMA.- MODIFICACIÓN Y RESOLUCIÓN



10.1 Las modificaciones o ampliaciones del presente Convenio Marco se efectuarán previo acuerdo entre las partes, mediante la suscripción de las respectivas adendas, pasando a constituir parte del mismo.

III. INFORMES

1. Acuerdos de Gestión 2012-2016 entre la Presidencia Ejecutiva y las Redes Asistenciales

El Dr. Jaime Johnson, Asesor de la Gerencia General, informó que los acuerdos de gestión se dan en un contexto de transición epidemiológica, que incluye:

- Disminución de infecciosas y transmisibles
- Disminución de mortalidad materna e infantil
- Aumento de enfermedades crónico degenerativas
- Aumento de demanda de servicios por la 3era Edad
- Uso más intensivo de servicios por este grupo etario

Asimismo, informó que los acuerdos de gestión tienen una vigencia de 4 años, lo que permitirá tener un mejor enfoque y destacó la importancia de incrementar el gasto en salud, presentando los siguientes casos:

PROPORCIÓN DEL GASTO EN SALUD CON RELACIÓN AL PBI					
Argentina	9.5	Colombia	6.4	Honduras	6.0
Bolivia	4.8	Cuba	11.8	Nicaragua	9.6
Brasil	9.0	Costa Rica	10.5	Perú	4.6
Canadá	10.9	Ecuador	6.1	Uruguay	7.4
Chile	8.2	Haití	6.1	Venezuela	6.0

Gasto Público en Salud como Porcentaje del PBI					
Argentina	5.3	Cuba	10.5	Méjico	6.5
Bolivia	-	Costa Rica	5.8	Nicaragua	3.7
Brasil	5.0	Ecuador	-	Perú	1.2
Chile	3.7	Haití	-	Trin. Tobag	3.4
Colombia	1.9	Honduras	3.1	Uruguay	4.5

A continuación, indicó los hallazgos:

- Se produce una elevada cantidad de prestaciones simples e intermedias a un costo de alta complejidad.
- Se generan barreras de acceso para los casos que requieren acceder a la alta complejidad (Hospitales de Referencia).
- Se sobrecarga los servicios de emergencia
- El Hospital cabeza de red asume una parte importante de las prestaciones de la red, por lo que incrementa sus costos y procesos de operación generándose una tendencia sostenida que impacta sobre el conjunto de la red. Se genera diferimiento de citas y embalse quirúrgico
- Se requiere integrar los procesos de atención de enfermedades y que sean oportunas

En tal sentido, propuso las siguientes acciones para abordar dichos problemas:

- Destacar la necesidad de afianzar la atención primaria de salud con enfoque orientado a la prevención y la promoción, opuesto al centrado en la atención y



curación y a sus sesgos conexos, como la excesiva especialización y la fragmentación de los servicios.

- Adoptar el enfoque de los derechos humanos, reducir y eliminar las inequidades en materia de acceso a los servicios integrales de salud.
- Mejorar el desempeño general del sistema en particular del planeamiento y gestión de la sede central y del aparato prestacional

De otra parte, destacó la necesidad de medir el desempeño. Preciso que en la empresa privada el desempeño se mide por el valor privado (las ganancias, es decir, generar dinero para los accionistas). Sin embargo, la medición del desempeño en el sector público es más ambigua y compleja pues consiste en crear valor público (lo que aprecia y valora el ciudadano). Enfatizó, que la salud de la población mejora cuando el desempeño del sistema de salud mejora

Respecto a los determinantes del desempeño de un sistema de salud, mencionó:

- Definición clara de la política de salud
- Organización coherente
- Adecuado marco regulatorio
- Financiamiento acorde con necesidades
- Instituciones y personas. Cuanto mejor sea el desempeño de las personas mejor será el desempeño de las instituciones y del sistema

Así mismo, indicó que el propósito de los Acuerdos de Gestión es mejorar el desempeño de las Redes Asistenciales y los Centros Asistenciales de Salud adecuando la organización, los procesos y motivando el buen desempeño, haciendo más y mejor con el mismo nivel de recursos y contribuir a mejorar el desempeño del sistema.

Preciso que éstos son una herramienta de gestión multipropósito, que ayudan a ejercer la rectoría institucional, concertar el cambio de mediano y largo plazo, implantar la cultura de la medición, prioriza la información orientada a evaluar el desempeño, motivar mediante el otorgamiento de incentivos.

Entre los objetivos generales, mencionó:

- Lograr los Objetivos Estratégicos institucionales.
- Implementar los prioridades institucionales
- Facilitar el adecuado seguimiento y evaluación de resultados.
- Asignar incentivos al desempeño con eficiencia y transparencia.
- Acordar metas y establecer expectativas claras y medibles.
- Instrumentar el cambio modernizador de la Seguridad Social en Salud

Por consiguiente, destacó que los Acuerdos de Gestión buscan:

- Ampliar y fortalecer el primer nivel de atención y la promoción de salud y prevención oportuna de enfermedades.
- Elevar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y de los hospitales del nivel intermedio en las Redes Asistenciales (círculos de contención de la demanda).
- Integrar los procesos en el tratamiento de las enfermedades crónicas que partiendo de la detección precoz en el primer nivel de atención, continúe según el estadio de la enfermedad con el tratamiento hasta el nivel de mayor complejidad.

A continuación, presentó las prioridades sanitarias y prioridades de gestión:

1.- PRIORIDADES SANITARIAS

- Cáncer de Mama
- Cáncer de Cuello Uterino
- Síndrome Metabólico

- Enfermedad Renal Crónica

2.- PRIORIDADES DE GESTION

- Gestión de Procesos de Atención en Consulta Externa
- Gestión de Procesos de Atención de Emergencias y Urgencias Medicas
- Gestión de Procesos de Atención Hospitalaria
- Gestión de Procesos de Atención Quirúrgica
- Gestión de Productos Farmacéuticos, Insumos y Drogas
- Gestión de la Salud Ocupacional

Resaltó que los Acuerdos de Gestión constituyen un compromiso institucional para ampliar la cobertura de los servicios a los asegurados, reducir el tiempo de espera para las citas de consulta externa y de cirugía, mejorar la atención en los servicios de emergencia y hospitalización, y asegurar la sostenibilidad financiera de la Institución.

En ese sentido, indicó que a mediano plazo se debe medir lo siguiente:

- Número de establecimientos del primer nivel con adecuada dotación de personal, equipos y niveles de resolutivez adecuada para que produzca la mayor número de prestaciones.
- Proporción de acciones de atención primaria en el primer nivel de atención que muestren cambio en la cultura institucional
- Disminución del índice de dependencia de la población y de influencia de los hospitales de alta complejidad.
- Aumentar el índice de dependencia e influencia de los establecimientos intermedios.
- Descarga en los servicios de emergencia

En términos generales, los compromisos de la Sede Central son los siguientes:

- Desarrollar el marco normativo para la implementación de los planes de intervención de las prioridades seleccionadas.
- Actualización de protocolos estandarizados.
- Actualización de las Guías para la gestión de procesos prestacionales.
- Normar los arreglos institucionales para el adecuado funcionamiento de los compromisos del Acuerdo de Gestión.
- Mejorar y extender el Sistema de Información haciéndolo funcional a las necesidades del Acuerdo de Gestión.
- Reorientar recursos del presupuesto para mejorar la infraestructura, equipamiento y dotación de recursos humanos dando preferencia al primer nivel de atención.
- Orientar la política de capacitación al personal asistencial de Atención Primaria y el Primer Nivel de Atención.

De otra parte, los compromisos de las Redes Asistenciales son los siguientes:

- Reducción del empleo de procedimientos especiales con equipos de alta tecnología recurso diagnóstico de última instancia.
- Cumplir con la fase preparatoria determinando los obstáculos y requisitos para implementar las prioridades sanitarias y de gestión.
- Uso racional de medicamento.
- Implantación de los sistemas de registro y de información *ad hoc* para cada prioridad sanitaria.
- Reducción de listas de espera en consulta externa y cirugía.
- Instalación de proceso de atención integral e integrada.
- Aumentar la detección precoz de enfermedades crónicas y el tratamiento oportuno con enfoque de caso resuelto.

Al término de la exposición hizo uso de la palabra el señor Consejero Harry Hawkins, quien señaló que estos acuerdos son muy beneficiosos y van a permitir un trabajo



alineado a los objetivos de la gestión. También mencionó que la presentación señala una evaluación trimestral de dichos Acuerdos por lo que solicitó que ésta sea establecida con plazos definidos e incluya los informes correspondientes de manera oportuna a los miembros del Consejo Directivo.

Por su parte, el Dr. Álvaro Vidal destacó que desde el inicio de su gestión planteó la necesidad de contar con objetivos estratégicos, un plan estratégico y acuerdos de gestión. Mencionó que cuando fue Ministro de Salud estableció las reuniones de gestión con todos los directores, lo que permitió llegar a muchos acuerdos con metas, indicadores y plazos concretos para su ejecución.

Además, agregó que en EsSalud se ha creado la sala situacional, la misma que refleja la situación de la salud en cada una de las redes, y se ha propuesto tener esta información computarizada para que pueda estar accesible a los miembros del Consejo Directivo.

Asimismo, se ha establecido el Gabinete de Crisis que se reúne periódicamente para revisar diversos temas y se está evaluando la posibilidad de que EsSalud cuente con una oficina de ciencia, investigación, tecnología y evaluación.

El señor Consejero Pablo Moreyra felicitó la iniciativa de contar con indicadores de gestión, destacando la importancia de lograr que el asegurado vaya a la red primaria y no directamente a un establecimiento de alta complejidad.

El señor Consejero Gonzalo Garland felicitó la presentación y recalcó la necesidad de promover el primer nivel de atención para que los asegurados no vayan a lugares que no les corresponde. Indicó que ésta es una de las causas de la congestión en las salas de emergencia. También señaló que ha tomado conocimiento de que la Red Asistencial Rebagliati tiene tres Acuerdos de Gestión con las Clínicas Montefiori, San Juan de Dios e Inca y precisó que espera que estos instrumentos permitan mejorar la atención en el caso de emergencias.

El señor Consejero Eduardo Iriarte se sumó a las felicitaciones e indicó que se puede apreciar un diagnóstico claro y objetivos estratégicos. Así mismo sugirió incluir en los Acuerdos las clasificaciones que se les da a los centros hospitalarios, destacando el caso del Hospital Angamos al cual se le ha dado categoría nivel tres cuando no cumple con los requerimientos para dicha categoría. Enfatizó que él ha sido miembro del Consejo Directivo en años anteriores y no había visto la dedicación al trabajo mostrada por el Dr. Álvaro Vidal en la actual gestión.

El Dr. Álvaro Vidal agradeció, a nombre de la institución, el reconocimiento expresado por los Consejeros. Indicó que se está trabajando en el tema de las categorizaciones y también en el de las macrorregiones para articular la institución al proceso de descentralización.

Al respecto, el señor Consejero Eduardo Iriarte destacó la necesidad de contar con los resultados del Estudio Actuarial.

El Dr. Álvaro Vidal indicó que el resultado del Estudio Actuarial estará para fines del mes de agosto.

El señor Consejero Guillermo Onofre solicitó el informe periódico del avance y evaluación de los Acuerdos de Gestión ante el Consejo Directivo.

En respuesta, el Dr. Álvaro Vidal señaló que se informará periódicamente de los avances en la implementación de los Acuerdos de Gestión al Consejo Directivo.

El señor Consejero Jorge Cristóbal Párraga mencionó que la solución al problema de la salud requiere de un incremento en el presupuesto ya que se debería apuntar hacia una salud como derecho en el marco de la seguridad social. Así mismo, consultó cómo se trabajará en los procesos de integración de la seguridad social. Finalmente, solicitó que se



haga un permanente seguimiento a la implementación de las medidas que se están cumpliendo en el marco del trabajo armonizado con todas las redes asistenciales, ya que en las visitas de campo a las redes se ha podido observar que muchas funcionan por su cuenta y no trabajan de manera alineada a los objetivos estratégicos.



En respuesta, el Dr. Jaime Johnson indicó que uno de los problemas es que hay protocolos que no siguen la atención de la enfermedad en todo su curso, señalando el caso de los médicos que atienden temas de cáncer dentro del primer nivel de atención y que no cuentan con manuales que les permitan tener claro el proceso que debe seguir el paciente hasta la resolución de su enfermedad. En ese sentido, señaló que se busca que desde la detección precoz, que es el mejor momento para tratar la enfermedad, la persona entre dentro de una línea de atención que le permita resolver su enfermedad, considerando que si el diagnóstico es tardío es muy poco lo que se puede hacer y se incrementa el gasto en la institución.



2. Informe sobre rotación de personal en las Gerencias Centrales de EsSalud



El Ing. Nilton Benedetti, Sub Gerente de Administración de Personal, informó que la rotación indica las veces en que un cargo ha sido ocupado, en un determinado periodo de tiempo. Cuando la rotación es alta en un determinado conjunto de cargos o puestos puede significar una inestabilidad por falta de continuidad en la gestión y cuando la rotación es baja puede significar una continuidad dentro de la gestión con el riesgo de que la rutina vaya invadiendo este concepto.



Por lo tanto, indicó que se recomienda es que en los cargos de niveles de dirección se encuentre el equilibrio perfecto entre la continuidad y la innovación permanente, con un enfoque de largo plazo. A continuación, mostró la rotación de los cargos de Gerente Central y Jefe de Oficina Central durante el periodo de Enero 2011 a Julio 2012:



ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



ALTAS Y BAJAS DE GERENCIAS CENTRALES Y JEFES DE OFICINA CENTRAL

Nº	Área	Nombre s	Cargo	Nivel	Situación	FECHA INICIO	FECHA DE TERMINO
1	OFICINA DE CONTROL INSTITUCIONAL	CESAR ALVAREZ MANUEL GERONIMO	JEFE DE OFICINA I	E	DESARDO	23-09-2011	18-03-2012
	OFICINA DE CONTROL INSTITUCIONAL	DAZ LUAMIAN HERNAN MARTIN	JEFE DE OFICINA I	E	ACTIVO	19-03-2012	ACTUAL
2	SECRETARIA GENERAL	SACRES PIZARRO SYLVIA ELIZABETH	SECRETARIA GENERAL	E	ACTIVO	12-10-2011	ACTUAL
3	OFICINA DE RELACIONES INSTITUCIONALES	ROEDER CARBO ESTELA AURORA	JEFE DE OFICINA I	E	DESARDO	26-01-2012	18-03-2012
	OFICINA DE RELACIONES INSTITUCIONALES	PORTOCARRERO ALAIZA JUAN CARLOS	JEFE DE OFICINA I	E	DESARDO	19-03-2012	09-08-2012
	OFICINA DE RELACIONES INSTITUCIONALES	ALVARADO FLORES FELICITA	JEFE DE OFICINA I	E	ACTIVO	04-08-2012	ACTUAL
4	DEFENSORIA DE ASESURADO	GARCIA DORCERA LUIS VICENTE	DEFENSOR DE ASESURADO	E	DESARDO	15-08-2011	19-01-2012
	DEFENSORIA DE ASESURADO	JAVADO DE LA FLOR GARCERA DEL CARMEN	DEFENSOR DE ASESURADO	E	DESARDO	23-01-2012	26-01-2012
	DEFENSORIA DE ASESURADO	GARCIA DORCERA LUIS VICENTE	DEFENSOR DE ASESURADO	E	ACTIVO	27-01-2012	ACTUAL
5	OFICINA DE COORDINACION TECNICA	SOMOCURDO VILCHEZ JOSE GABRIEL	JEFE DE OFICINA I	E	OCUPA CARGO GG	11-08-2011	29-03-2012
	OFICINA DE COORDINACION TECNICA	CARLA CHAVARRI CESAR EDUARDO	JEFE DE OFICINA I	E	ACTIVO	30-03-2012	ACTUAL
6	OFICINA CENTRAL DE ASESORIA JURIDICA	REMY LACSA GASTON ROGER	JEFE DE OFICINA I	E	DESARDO	28-08-2011	22-01-2012
	OFICINA CENTRAL DE ASESORIA JURIDICA	ATARAMA CORDERO MARIO ALEXANDER	JEFE DE OFICINA I	E	ACTIVO	23-01-2012	ACTUAL
7	OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACION	CEPEDIAS GARAY GUSTAVO MANUE	GERENTE CENTRAL	E	ACTIVO	26-11-2011	ACTUAL
8	GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS	MENDOZA NAVA ARMANDO	GERENTE CENTRAL	E	DESARDO	08-09-2011	30-06-2012
	GERENCIA CENTRAL DE FINANZAS	MARAVI TOSEMARIA SANTOZA	GERENTE CENTRAL	E	ACTIVO	01-07-2012	ACTUAL
9	GERENCIA CENTRAL DE GESTION DE LAS PERSONAS	MORENO MENDOZA ANGE INACIO LUIS	GERENTE CENTRAL	E	DESARDO	08-09-2011	3-08-2012
	GERENCIA CENTRAL DE GESTION DE LAS PERSONAS	CEPEDIAS GARAY GUSTAVO MANUE	GERENTE CENTRAL	E	ACTIVO	02-07-2012	ACTUAL
10	GERENCIA CENTRAL DE LOGISTICA	CALONGAGARCIA VILDO LUIS	GERENTE CENTRAL	E	DESARDO	15-08-2011	16-02-2012
	GERENCIA CENTRAL DE LOGISTICA	CEPEDIAS GARAY GUSTAVO MANUE	GERENTE CENTRAL	E	TERMINO ENCARGO	17-02-2012	04-08-2012
	GERENCIA CENTRAL DE LOGISTICA	FONSECA OLIVERA CARLOS FERNANDO	GERENTE CENTRAL	E	DESARDO	05-08-2012	14-06-2012
	GERENCIA CENTRAL DE LOGISTICA	CEPEDIAS GARAY GUSTAVO MANUE	GERENTE CENTRAL	E	TERMINO ENCARGO	15-08-2012	19-08-2012
	GERENCIA CENTRAL DE LOGISTICA	LUNA TORRES LAURA MENSA	GERENTE CENTRAL	E	ACTIVO	20-08-2012	ACTUAL
11	OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACIONES	PALOMINO MONTESALVO CESAR AUGUSTO	JEFE DE OFICINA I	E	DESARDO	08-09-2011	24-01-2012
	OFICINA CENTRAL DE TECNOLOGIAS DE INFORMACION Y COMUNICACIONES	VILLA VERDE GUARIMARCELINO	JEFE DE OFICINA I	E	ACTIVO	25-01-2012	ACTUAL
12	OFICINA CENTRAL DE PROMOCION Y GESTION DE CONTRATOS DE N/ERSONAS	MARTINEZ ZANORA MARCO ANTONIO	JEFE DE OFICINA I	E	DESARDO	01-09-2011	30-01-2012
	OFICINA CENTRAL DE PROMOCION Y GESTION DE CONTRATOS DE N/ERSONAS	BOYERBERNO JAVIER	JEFE DE OFICINA I	E	ACTIVO	31-01-2012	ACTUAL
13	GERENCIA CENTRAL DE INFRAESTRUCTURA	NINO DE GUZMAN CHIRPEZ AMELISA GABRIELA	GERENTE CENTRAL	E	DESARDO	28-09-2011	19-08-2012
	GERENCIA CENTRAL DE INFRAESTRUCTURA	RUBIO BAZAN LEONARDO	GERENTE CENTRAL	E	ACTIVO	20-08-2012	ACTUAL
14	GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y SOCIALES	MATEUS CABRERA MARCIAL FRANCISCO	GERENTE CENTRAL	E	ACTIVO	11-08-2011	ACTUAL
15	GERENCIA CENTRAL DE ASESURAMIENTO	SUNOS ROMERO HERNAN FRANCISCO	GERENTE CENTRAL	E	DESARDO	10-08-2011	13-03-2012
	GERENCIA CENTRAL DE ASESURAMIENTO	SAGUR RAMIREZ CESAR AUGUSTO	GERENTE CENTRAL	E	DESARDO	14-02-2012	03-07-2012
	GERENCIA CENTRAL DE ASESURAMIENTO	GARCIA CARBONERINO DELFIN	GERENTE CENTRAL	E	TERMINO ENCARGO	04-07-2012	19-07-2012
	GERENCIA CENTRAL DE ASESURAMIENTO	EDUARDO PENA HERNAN	GERENTE CENTRAL	E	ACTIVO	20-07-2012	ACTUAL
17	GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD	GARCIA CARBONERINO DELFIN	GERENTE CENTRAL	E	ACTIVO	10-08-2011	ACTUAL
18	OFICINA CENTRAL DE PLANIFICACION Y DESARROLLO	RUBIO BAZAN LEONARDO	JEFE DE OFICINA I	E	ACTIVO	12-12-2011	ACTUAL



Al respecto, precisó que, de los 18 puestos de Alta Dirección, 5 de ellos se han mantenido constantes a lo largo de la actual gestión, considerando que se ha dado no más de un cambio en algunas: Secretaría General, Oficina General de Administración, Gerencia Central de Prestaciones Sociales y Económicas, Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Oficina Central de Planificación y Desarrollo.



De otra parte, indicó que las Gerencias que han tenido mayor rotación han sido la Gerencia Central de Logística y la Gerencia Central de Aseguramiento, que han tenido 5 y 4 movimientos, respectivamente, a lo largo de la gestión.

Así mismo, indicó que la Gerencia Central de Gestión de las Personas y la Gerencia Central de Infraestructura, cuentan con gerentes encargados, estando en proceso de selección y evaluación las propuestas para la designación correspondiente.



De manera complementaria, el Dr. Álvaro Vidal agregó que el Dr. Pedro Francke, ex Gerente General, se reincorporó a su trabajo de consultorías internacionales y nacionales, y a las actividades académicas; el Dr. Hernán Ramos, ex Gerente Central de Aseguramiento, es el nuevo Gerente General del Sistema de Solidaridad – SISOL; el Dr. Humberto Castillo, ex funcionario de la Gerencia Central de Gestión de las Personas, es ahora el Superintendente de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento de Salud – SUNASA; el Dr. Ángel Noriega, ex Gerente Central de Gestión de las Personas, es funcionario de la Superintendencia Nacional de Administración Tributaria – SUNAT; el Eco. Armando Mendoza, ex Gerente Central de Finanzas es funcionario de Petro Perú, el Dr. Gastón Remy, ex Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica es funcionario de SERVIR; el Ing. César Palomino, ex Jefe de la Oficina Central de Tecnología de Información y Comunicaciones – OCTIC, es funcionario de la Municipalidad Metropolitana de Lima; y el Ing. César Rázuri, ex Gerente Central de Aseguramiento, es funcionario de la SUNASA.



En tal sentido, remarcó que EsSalud apoya el fortalecimiento de la gestión pública, respeta el proyecto de vida de cada uno de sus funcionarios, el derecho a superarse y decidir sobre sus escalas salariales, las que en EsSalud son menores a las que se ofrecen en otras instituciones. Así mismo indicó que en reemplazo de los referidos funcionarios, se ha contratado a gente muy valiosa para asumir dichos puestos.



Por su parte, el señor Consejero Pablo Moreyra mencionó que se debería hacer un planteamiento de mejora en los salarios de los altos funcionarios de las Gerencias, porque se tiene que retener el talento y esto lo tiene que entender FONAFE ya que EsSalud está perdiendo gente valiosa por temas salariales. De otra parte, alertó sobre los cambios informados en la Gerencia Central de Logística, considerando que se trata de un área muy compleja, sobre todo por el tema de corrupción.



Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal coincidió con lo señalado por el Consejero Moreyra y precisó que es muy difícil encontrar para el puesto de Logística alguna persona sin ningún proceso.



El señor Consejero Harry Hawkins destacó la presentación dada la importancia de contar con información sobre la rotación de los gerentes en los últimos meses. Señaló que en el sector público el tope máximo es de sueldo de un funcionario es de S/. 15,600 nuevos soles por lo que se debe considerar maneras alternativas de mantener satisfechos a los gerentes.



El señor Consejero Gonzalo Garland enfatizó los problemas que genera estar bajo el ámbito del FONAFE, lo que no permite a EsSalud gestionar de forma eficiente y por tanto evita que la institución esté en condiciones de competitividad con los sistemas de seguridad social de otros países.

El señor Consejero Oscar Alarcón señaló que no solamente se debe pedir que FONAFE entienda que se debe contar con una política atractiva de remuneraciones, sino que ha



llegado el momento de hacer una propuesta alternativa para salir de este supuesto control y recuperar la autonomía de EsSalud, en beneficio de los asegurados.

Finalmente, el Dr. Álvaro Vidal indicó que el Consejo Directivo y la Presidencia Ejecutiva mantienen su profunda preocupación por el tema del FONAFE, lo que lamentablemente es una herencia de la gestión anterior. Asimismo, informó que, por acuerdo del Consejo Directivo, se han hecho las coordinaciones pertinentes al más alto nivel del Poder Ejecutivo y Legislativo. También precisó que el tema se ha hecho de conocimiento de la opinión pública mediante una conferencia de prensa.

3. Contratos Administrativos de Servicios celebrados por EsSalud durante el II trimestre de 2012

El Eco. Gustavo Céspedes, Gerente Central de Gestión de las Personas (e), mencionó como antecedente del tema el Decreto Supremo N° 249-2011-EF, Disposiciones de "Austeridad, Disciplina y Calidad de Gasto Público y de ingresos de Personal aplicables a EsSalud". Asimismo, señaló que mediante Acuerdo del Consejo Directivo N° 3-1-ESSALUD-2012 se delegó a la Gerencia Central de Gestión de las Personas y a los Gerentes o Directores de las Redes Asistenciales, Institutos y Centros Especializados el ejercicio de las facultades establecidas en el numeral 2 del Anexo indicando que se debía informar la relación de los contratos en forma periódica al Consejo Directivo para su posterior informe al FONAFE.

Señaló que, mediante Carta Circular N° 010-GG-ESSALUD-2012, a los órganos desconcentrados se estableció los procedimientos para contratar personal bajo la modalidad de CAS, precisando que se deberá informar del tema el último día hábil de cada mes. Asimismo, con Resolución de Gerencia General N° 174-GG-ESSALUD-2012, se estableció las pautas para el procedimiento de contratación del personal.

Así mismo, presentó el cuadro comparativo de contrataciones CAS entre diciembre del año 2011 y junio del año 2012:

ESTADISTICA DE POBLACION PERSONAL CAS

Red Asistencial	Diciembre	Junio	DIFERENCIA
	2011	2012	
RA Almenara	487	573	86
RA Amazonas	14	22	8
RA Ancash	112	165	53
RA Apurimac	52	54	2
RA Arequipa	245	303	58
RA Ayacucho	49	75	26
RA Cajamarca	17	39	22
RA Cusco	97	99	2
RA Huancavelic	8	21	13
RA Huanuco	155	169	14
RA Ica	120	161	41
RA Juliaca	57	58	1
RA Junin	172	197	25
RA La Libertad	318	355	37
RA Lambayeque	393	408	15
RA Loreto	115	136	21
RA Mad. de Dios	11	27	16
RA Moquegua	36	59	23
RA Moyobamba	19	26	7
RA Pasco	56	68	12
RA Piura	74	132	58
RA Puno	72	87	15
RA Rebagliati	554	653	99
RA Sabogal	1.151	1.351	200
RA Tacna	106	106	-
RA Tarapoto	31	32	1
RA Tumbes	6	20	14
RA Ucayali	14	50	36
INCOR	124	141	17
Sede Central	334	329	-5
TOTAL PERSONAL CAS	4.999	5.916	917
GASTO MENSUAL s/.	12.004.910,25	14.495.218,04	2.490.307,79

FUENTE: Planilla Unica de Pagos

La Diferencia sólo refleja el número de CAS que se registra en la planilla Junio 2012 con relación a Diciembre 2011

Mencionó, que a diciembre del año 2011 se ejecutaron 4999 contratos CAS y para junio del año 2012 se hicieron 5916 contratos, es decir, se tuvo una diferencia de 917 contratos.

A continuación, presentó el cuadro de contrataciones CAS a nivel de la Sede Central:

CONTRATACIONES ADMINISTRATIVAS DE SERVICIOS - SEDE CENTRAL

JUNIO 2012

UNIDAD ORGANICA	PROFESIONAL										TECNICO										TOTAL	
	MEDICO	ANALIST. DE SISTEMAS	ASISTENTE SOCIAL	CIRUJANO DENTISTA	ENFERMERA	PSICOLOGO	QUIMICO FARMACEUT.	TECNOLOGO MEDICO	PROFESIONAL	BACHILLER PROFESI.	ANALIST. PROGRAMADOR	TEC.SER.ADMY APOYO	TECNICO DE P.A.D.	DIGITADOR	DIGITADOR ASISTENC.	SECRETARIA	TECNICO CALIFICADO	CHOFER	CHOFER ASISTENCIAL	TEC.SER.GRLS.Y MANIF.		AUX. ADMINISTRATIVO
TOTAL	80	5	3	7	81	1	5	4	36	10	7	18	1	6	5	6	1	5	29	17	2	329
PE																		1				1
GG																		1				1
SG													2		4						2	8
GOF	1												3	5				3	29			41
GCAS	1	2						1	3	1												8
GCF	2							14	3	2					1							22
GCGP		1				1		1														3
GCI									2		4		1									7
GCL		1			1	2		3		1	1									17		26
GCPEYS			1								1											2
GCPS	62			7	77		2	4		1												153
GCPSYE	2		2						1			5										10
OCAJ								10	1		2											13
OCI						1																1
OCPD	1							1														2
OCPGCI	2							3	1						1							7
OCTIC	4	1							2	1												8
ODA	5				3			1			1	1										11
ORI								1	1		2					1						5

De igual forma, presentó la información a nivel de Redes Asistenciales. Indicó que los niveles ocupacionales que concentran la mayor demanda ocupacional en los órganos desconcentrados son: médicos (778), enfermeras (927) y técnicos de enfermería (1754).

HHH

RED ASISTENCIAL	TECNICOS														AUXILIAR			TOTAL	
	ANALIST. PROGRAMADOR	TEC. SER. ADM. Y APOYO	TECNICO DE P.A.D.	DIGITADOR	DIGITADOR ASISTENC. I	OPER. COMP. CONSOLA	SECRETARIA	TEC. ENFERMERIA II	TEC. NO DIPLOMADO	TECNICO CALIFICADO	CHOFER	CHOFER ASISTENCIAL	TEC. SER. GRU. Y MANT. I	TEC. SERVIC. ASISTEN. I	TECNICO ENFERMERIA	AUX. ADMINISTRATIVO	AUX. SERVIC. ASISTENC.		AUX. APOYO ASISTENC.
TOTAL	6	144	13	18	349	8	10	65	36	15	13	107	5	383	1,754	74	101	13	5,587
RA Almenara	2	16		6	21	1	2				4		1	19	116	3			573
RA Amazonas					2			4						3	2				22
RA Ancash		7	1		6		1					6		17	54			1	165
RA Apurimac					18									2	24				54
RA Arequipa	3	3			22			28	14				9	2	64	2			303
RA Ayacucho		2			4	1		24			3	5		6					75
RA Cajamarca					2							1	4	13					39
RA Cusco	1													3	74				99
RA Huanavelic					3									10					21
RA Huanuco	5	1			6		1					5	33	65					169
RA Ica	1				9			7				8	17	38	3				161
RA Juliaca													2	24					58
RA Junin	10	2			8						2		11	71					197
RA La Libertad	11		1	25	1						29		38	47		69	13		355
RA Lambayeque	14	1		37		3		22			6		1	111					408
RA Loreto	13			5	3					13	6	14	1	22	36				136
RA Mad. de Dios	3			8									3	5					27
RA Moquegua				15								1	10	14					59
RA Moyobamba	1			5										7					26
RA Pasco	2											3	1	29					68
RA Piura				19						2		1	8	24					132
RA Puno	1	1		9							3	2	10	26					87
RA Rebagliati	11			12		1							93	337					653
RA Sabogal	30		10	106		2	2				2	1	73	392	66	31			1,351
RA Tacna	1													96					106
RA Tarapoto	2	1		2	2						4			10					32
RA Tumbes	4			5										5					20
RA Ucayali	3											2		20					50
INCOR	1	6	1										9	42					141

RED ASISTENCIAL	TECNICOS														AUXILIAR			TOTAL	
	ANALIST. PROGRAMADOR	TEC. SER. ADM. Y APOYO	TECNICO DE P.A.D.	DIGITADOR	DIGITADOR ASISTENC. I	OPER. COMP. CONSOLA	SECRETARIA	TEC. ENFERMERIA II	TEC. NO DIPLOMADO	TECNICO CALIFICADO	CHOFER	CHOFER ASISTENCIAL	TEC. SER. GRU. Y MANT. I	TEC. SERVIC. ASISTEN. I	TECNICO ENFERMERIA	AUX. ADMINISTRATIVO	AUX. SERVIC. ASISTENC.		AUX. APOYO ASISTENC.
TOTAL	6	144	13	18	349	8	10	65	36	15	13	107	5	383	1,754	74	101	13	5,587
RA Almenara	2	16		6	21	1	2				4		1	19	116	3			573
RA Amazonas					2			4						3	2				22
RA Ancash		7	1		6		1							17	54			1	165
RA Apurimac					18									2	24				54
RA Arequipa	3	3			22			28	14				9	2	64	2			303
RA Ayacucho		2			4	1		24			3	5		6					75
RA Cajamarca					2								1	4	13				39
RA Cusco		1												3	74				99
RA Huanavelic					3									10					21
RA Huanuco	5	1			6		1					5	33	65					169
RA Ica	1				9			7				8	17	38	3				161
RA Juliaca													2	24					58
RA Junin	10	2			8						2		11	71					197
RA La Libertad	11		1	25	1						29		38	47		69	13		355
RA Lambayeque	14	1		37		3		22			6		1	111					408
RA Loreto	13			5	3					13	6	14	1	22	36				136
RA Mad. de Dios	3			8									3	5					27
RA Moquegua				15									1	10	14				59
RA Moyobamba	1			5										7					26
RA Pasco	2												3	1	29				68
RA Piura				19						2			1	8	24				132
RA Puno	1	1		9							3	2	10	26					87
RA Rebagliati	11			12		1							93	337					653
RA Sabogal	30		10	106		2	2				2	1	73	392	66	31			1,351
RA Tacna	1													96					106
RA Tarapoto	2	1		2	2						4			10					32
RA Tumbes	4			5										5					20
RA Ucayali	3												2	20					50
INCOR	1	6	1										9	42					141

SEGRUPO SOCIAL DE SALUD
 ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO





Al respecto, el Eco. Gustavo Céspedes indicó que en la cuestión remunerativa hay topes pero dados los problemas para cubrir algunos de los requerimientos de las redes asistenciales se ha tenido cierta flexibilidad para poder cubrir las plazas en algunas especialidades médicas. En ese sentido, precisó que las escalas van desde dos mil soles hasta seis mil quinientos soles, indicando que en el caso de algunos especialistas se ha tenido que pagar por necesidades extraordinarias para poder cubrir las plazas.

Con respecto a la disponibilidad de plazas, indicó que en el presupuesto modificado no se consideró el incremento del número de plazas CAS, pero que se ha considerado atender ello a través de las plazas que están vacantes y sin presupuestada a fin de lograr trasladar personal CAS a la modalidad del D.L. 728, con la consecuente mayor estabilidad para el personal.

Por su parte, la Eco. María Maraví, Gerente Central de Finanzas, indicó que el presupuesto modificado no consideró nuevos contratos CAS porque dentro del presupuesto institucional hay que evaluar la ejecución presupuestal y hay casos en los que las plazas de contratos CAS han estado vacantes, con la consecuente baja ejecución. No obstante, precisó que a la fecha no existe déficit en el rubro asignado para los contratos CAS en el presupuesto 2012.

El Dr. Álvaro Vidal mencionó que mientras EsSalud siga bajo el ámbito del FONAFE no se pueden crear plazas para nombramiento ni se pueden aumentar los sueldos, por lo que la única forma de atender las necesidades son los contratos CAS, lo que ha originado la pérdida de muchos de los profesionales que no aceptan este sistema y prefieren migrar a los Gobiernos Regionales que tienen canon.

El señor Consejero Oscar Alarcón solicitó información sobre la contratación CAS de los trabajadores discapacitados, en el marco de la Ley N° 28164, Ley General de la Persona con Discapacidad.

En respuesta, el Dr. Álvaro Vidal indicó que se ha reunido con el Presidente del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS para abordar varios temas, incluyendo lo solicitado por el Consejero Alarcón.

El señor Consejero Pablo Moreyra solicitó aclaración respecto a la reducción de las horas de trabajo del personal CAS.

Al respecto, el Eco. Gustavo Céspedes mencionó que en el marco de las disposiciones vigentes respecto al personal CAS se ha replanteado los términos de los contratos porque el pago se ha adecuado a la reducción en el número de horas. Por tanto, se podría incrementar el número de personal en algunos casos sin efectos sobre el presupuesto.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal indicó que ha recibido en su Despacho a los Decanos de los diversos Colegios Profesionales, quienes han reclamado que se respete las leyes que señalan el límite de horarios para sus profesionales.

El señor Consejero Harry Hawkins solicitó que las Gerencias y Redes cumplan con respetar lo previsto en el presupuesto modificado para la contratación CAS.

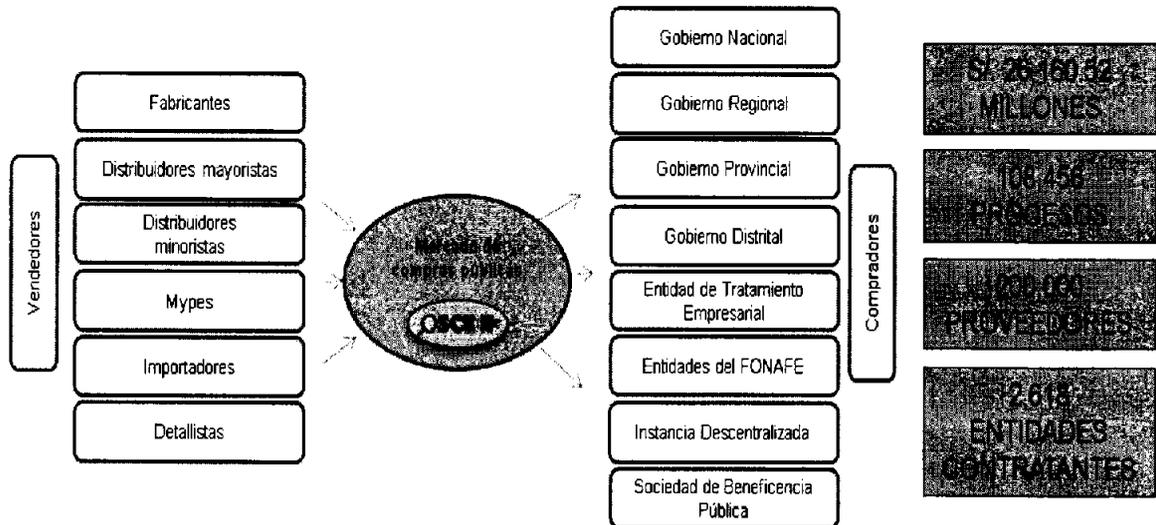
Finalmente, el Dr. Álvaro Vidal agradeció la presentación exhaustiva del Eco. Gustavo Céspedes.

4. Compra de boletos electrónicos para el transporte aéreo nacional de pasajeros a través del Catálogo Electrónico del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado

El Eco. Renato Capeletti, Jefe de la Sub Dirección de Procesos Especiales del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, informó que el objetivo principal de la presentación es mostrar los beneficios del Convenio Marco, en lo referido a la compra de boletos electrónicos, servicio que está operando desde el 21 de mayo de 2012 y, en segundo lugar, explicar la importancia de que EsSalud pueda tener una operatividad para

los catálogos, independientemente de los organismos desconcentrados, lo que se logrará teniendo un Registro Único de Contribuyentes - RUC por cada dependencia.

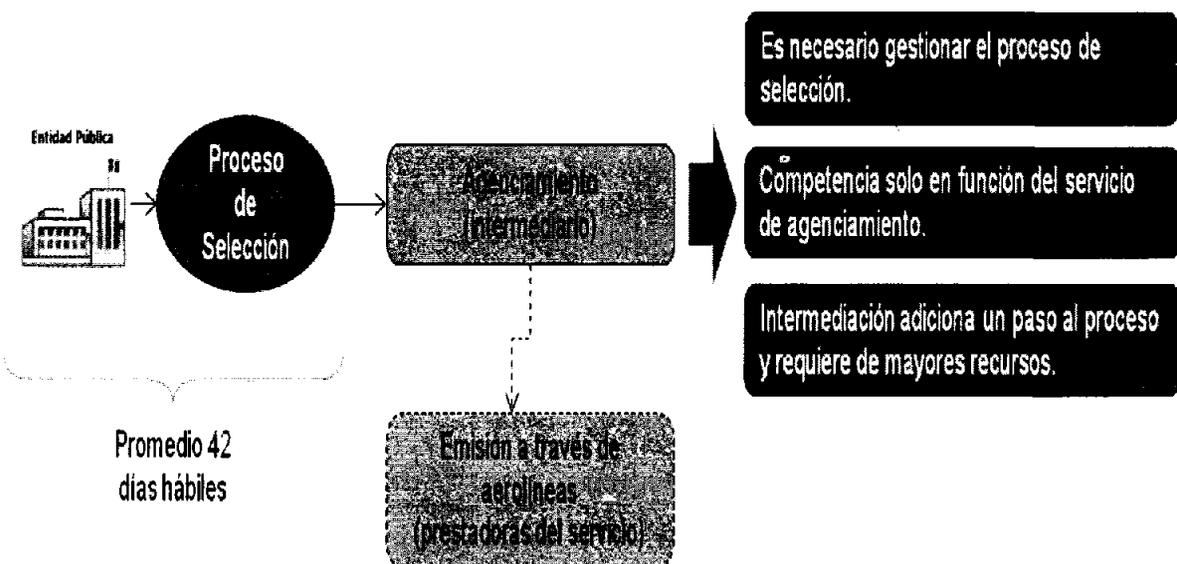
En tal sentido, indicó que las contrataciones del Estado representan un total de 26 millones de soles aproximadamente al año, a través de 108 procesos con 2,600 entidades contratantes y 200,000 proveedores.



Así mismo, indicó que es necesario consolidar herramientas de simplificación de las compras públicas a través de medios electrónicos, como los Convenios Marco. En ese sentido mencionó algunos beneficios:

Indicó que el Convenio es una herramienta dinámica que permite ingresar a un mercado virtual competitivo donde se encuentran proveedores que compiten internamente por brindar el servicio.

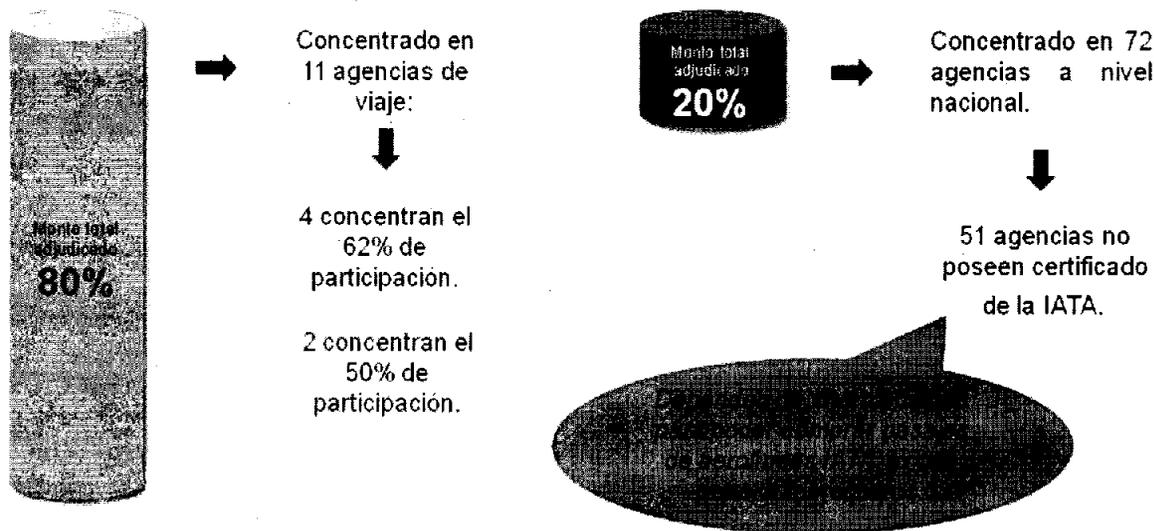
En el caso del transporte aéreo nacional de pasajeros, mencionó que una entidad se demora aproximadamente 42 días hábiles para un proceso de selección, genera un contrato con un intermediario (una agencia), el cual a través de la aerolínea, emite el boleto. En este proceso, la agencia tiende a restar, pues la intermediación, como es natural, genera un paso al proceso haciendo que se requiera más recursos.





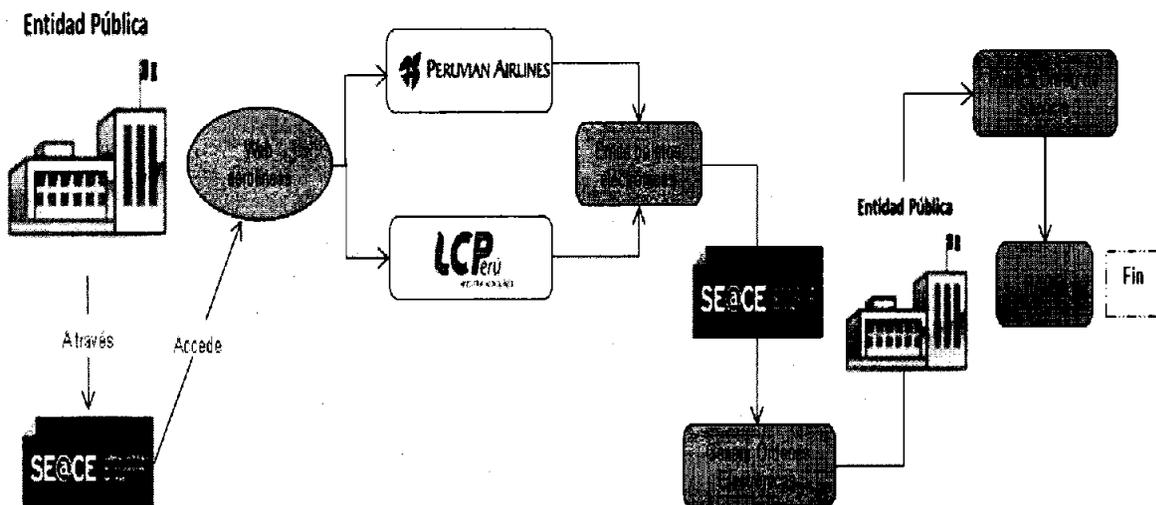
De igual forma, explicó sobre la estructura de la oferta del servicio de transporte aéreo nacional de pasajeros disponible para el Estado, precisando que el 80% del monto adjudicado entre los años 2008 y 2011 está concentrado en 11 agencias de viajes, de las cuales 4 concentran el 62% de la participación y lo restante lo concentran 72 agencias a nivel nacional. Sin embargo, 51 de ellas no tienen certificado IATA, esto quiere decir, que no tienen contacto directo con las propias aerolíneas, teniendo que recurrir a otras agencias que si tienen el permiso, lo que supone un incremento del costo.

83 AGENCIAS DE VIAJE CON VENTAS AL ESTADO PERIODO 2008-2011



En tal sentido, con la implementación del Convenio Marco en este rubro, se espera la adición de un canal directo para la obtención del servicio. Cada comprador a nivel del Estado tiene que evaluar cual es su necesidad, evitando al intermediario sin necesidad de hacer procesos.

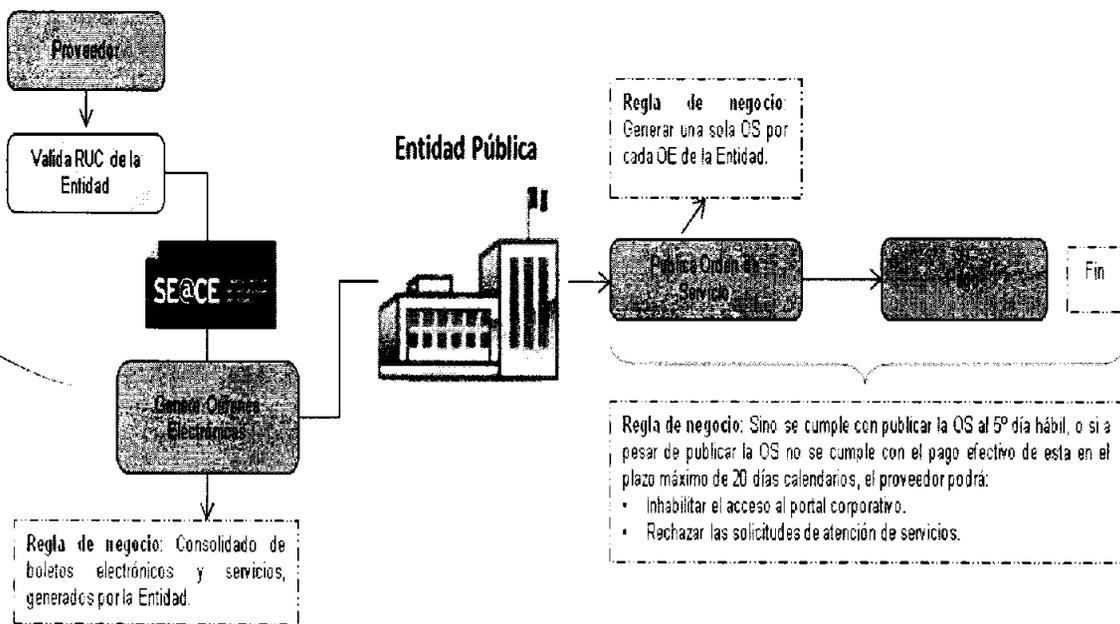
Precisó el funcionamiento de la herramienta a grosso modo: La Entidad Pública, a través del SEACE, accede a la web de las aerolíneas directamente y se emiten los boletos electrónicos, luego de esto hay un reporte que maneja el SEACE de todo lo que se ha comprado semanalmente y la Entidad Pública que hizo su gestión en tiempo real sobre el final de la siguiente semana factura una orden de servicio para hacer el pago respectivo.



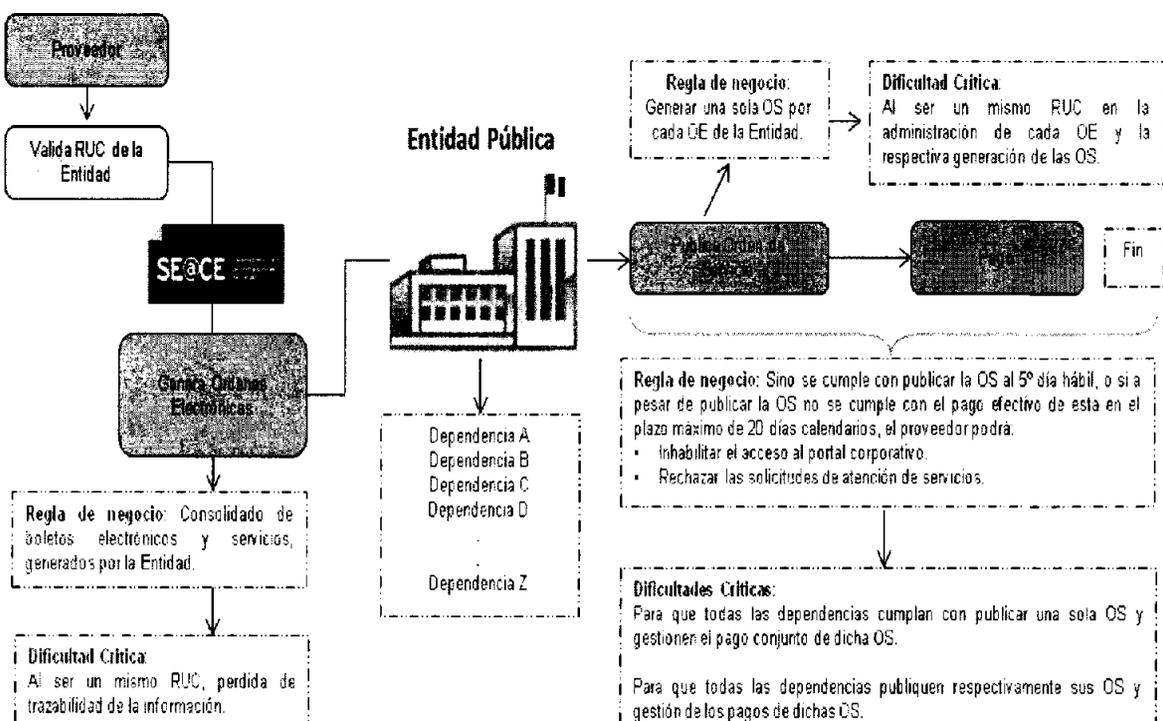
En ese sentido, indicó como beneficios del aprovisionamiento directo de boletos electrónicos el reducir los costos administrativos, promover la competencia en función de agenciamiento y emisión directa, ahorrar recursos al contratar por un canal directo y propiciar la mejora continua de las condiciones de contratación.

Señaló que actualmente el sistema tiene dos aerolíneas: Peruvian Airlines y LC Perú. Precisó que luego de cumplida la vigencia de sus respectivos contratos, en mayo del próximo año, se va a proponer la incorporación de nuevos proveedores.

De otra parte, con relación al tema de tener un único RUC, indicó que en el modelo presentado, para ingresar al catálogo una entidad requiere solicitar inscripción otorgándose la autorización luego de evaluar temas como contactos y presupuesto. Con la autorización, se les brinda un acceso específico, para lo cual se requiere que cada entidad tenga un RUC específico, ya que ello permite generar trazabilidad, porque la herramienta permitirá conocer cómo cada entidad gasta su dinero de manera detallada y en el tiempo. Para ello, en el caso específico de EsSalud, se requiere que la sede central tenga un RUC independiente del RUC de sus dependencias.



Sin embargo, actualmente en EsSalud, pese a tener varias dependencias autónomas de compras, se trabaja con un mismo RUC, lo que no permite la trazabilidad de la información. Otra dificultad es la implicancia de cumplir con el plazo de la orden de compra, ya que el pago debe hacerse dentro de los 20 días y al tener un mismo RUC, basta que una de las Redes no cumpla con publicar una orden para que todo el grupo se afecte.





Así mismo, indicó que hay un listado de dependencias de EsSalud que han requerido acceso al Catálogo Electrónico, tales como: Red Asistencial Cusco, Red Asistencial Juliaca, Red Asistencial Tacna, Red Asistencial La Libertad, Red Asistencial Moyobamba, Red Asistencial Moquegua y Centro Nacional de Salud Renal. Por tanto, destacó la importancia de que el tema sea evaluado y quedó a disposición de los asistentes para las aclaraciones necesarias.

Al respecto, el señor Consejero Harry Hawkins mencionó que el Ministerio de Salud tiene su propio RUC y sus unidades ejecutoras usan otro por lo que pueden acceder al catálogo que no es sólo sirve para los pasajes sino también para otras cosas, por lo que expresó su posición a favor de que cada Red Asistencial tenga su propio RUC.

El señor Consejero Eduardo Iriarte preguntó cómo trabaja el sistema con las emergencias, es decir, si es eficiente en caso de requerir compra de pasajes para viajes de emergencia.

En respuesta, el Eco. Capeletti indicó que de suceder el caso, simplemente se comunica al gestor que se requiere la separación de un boleto, se evalúa las opciones disponibles y se compra el boleto. Preciso que obviamente por la premura del caso se tiene que pagar un poco más pero si hay oferta de pasajes.

El señor Consejero Gonzalo Garland preguntó por el caso de SILSA y ESVICSAC, que son subsidiarias de EsSalud, en el sentido que éstas para adquirir equipos tienen que seguir varios procedimientos que establece la OSCE pero hay licitaciones públicas en las cuales los ganadores tienen 3 días para adquirir vehículos y ponerse a disposición del comprador lo que no da tiempo para seguir todo el procedimiento de la OSCE y se pierde la licitación. Al respecto, solicitó información al funcionario del OSCE.

El Eco. Capeletti indicó que la pregunta tendría que tener otro contexto, a fin que se permita manejar el caso como una emergencia y no como una práctica diaria. El señor Consejero Eduardo Iriarte consultó con qué tiempo se pueden adquirir los boletos.

El Eco. Capeletti informó que EsSalud puede planificar sus viajes en el momento que se considere conveniente y ello le va a permitir una oportunidad de ahorro por hacer la compra directa y también planificada.

El señor Consejero Harry Hawkins preguntó qué tipo de bienes tienen los catálogos del OSCE que puedan ser beneficiosos para la entidad.

El Eco. Capeletti indicó que hay también convenio de útiles de escritorio más papelería en general. Además, se está lanzando el de bienes de ayuda humanitaria como frazadas, colchas, utensilios, carpas, también el de impresoras y accesorios, computadoras de escritorio, y para el próximo año se incluirá combustibles y material de construcción.

El señor Consejero Pablo Moreyra indicó que no sería muy conveniente crear un RUC por cada red pues se tendrían 28 RUC. Sin embargo, sugirió que se haga una agencia interna que compre los pasajes para todos dadas las ventajas que dan las compras corporativas.

El señor Consejero Oscar Alarcón se sumó a la sugerencia del Consejero Moreyra y solicitó que el tema sea presentado nuevamente con un análisis más profundo.

El Dr. Álvaro Vidal agradeció la presentación de los señores de la OSCE y señaló que todos los comentarios serán analizados tanto por los señores funcionarios de EsSalud como por los de la OSCE.

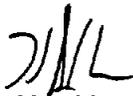
Finalmente, el Dr. Álvaro Vidal, sometió a consideración de los señores Consejeros el diferimiento de la presentación del informe sobre el estado de los convenios para la próxima sesión del Consejo Directivo a realizarse el día martes 07 de agosto del presente, lo que fue aceptado por los Consejeros.

Seguidamente, el Dr. Álvaro Vidal expresó su afectuoso saludo a todos los presentes con ocasión de la Fiestas Patrias.

Siendo las once de la mañana, se levantó la sesión.



Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra



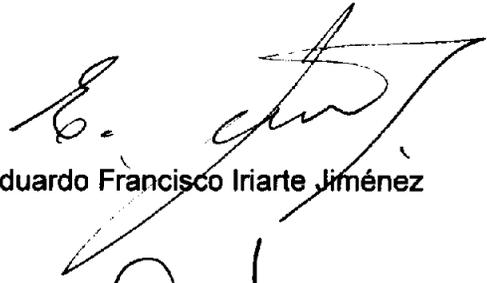
Harry John Hawkins Mederos



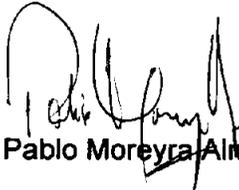
Percy Luis Mihaya León



Antonio Gonzalo Garland Iturralde



Eduardo Francisco Iriarte Jiménez



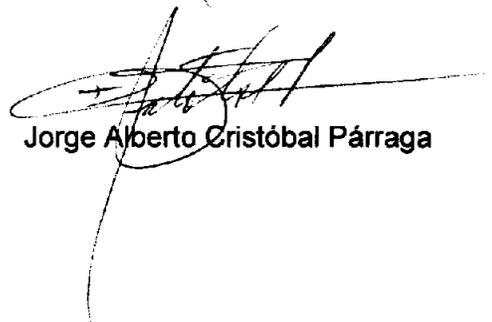
Pablo Moreyra Almenara



Oscar Alarcón Delgado



Guillermo Onofre Flores



Jorge Alberto Cristóbal Párraga



SYLVIA CÁCERES PIZARRO
SECRETARIA GENERAL
ESSALUD