

**ACTA
CONSEJO DIRECTIVO
DÉCIMA QUINTA SESIÓN ORDINARIA
Lima, 06 de Agosto de 2012**

En la ciudad de Lima, siendo las ocho y treinta de la mañana del día seis de agosto 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, Guillermo Onofre Flores, Harry John Hawkins Mederos, Jorge Alberto Cristóbal Párraga, Eduardo Francisco Iriarte Jiménez, Oscar Alarcón Delgado, Pablo Manuel José Moreyra Almenara.**

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, César Carlin Chavarrí, Jefe de la Oficina de Coordinación Técnica; 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; 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; Marcelino Villaverde, Jefe de la Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones; y Martha Acosta Zárate, Asesora de la Presidencia Ejecutiva.

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 Cuarta Sesión Ordinaria y Quinta Sesión Extraordinaria, llevadas a cabo el 24 de julio de 2012 y 26 de julio de 2012, respectivamente, las cuales fueron aprobadas por unanimidad por los señores Consejeros.

I. ORDEN DEL DÍA

1. Periodos de espera aplicables a asegurados regulares en actividad y/o sus derechohabientes

El Eco. Hernán Eduardo Pena, Gerente Central de Aseguramiento señaló como antecedente que la Ley N° 28791 modificó, entre otros, el artículo 10° de la Ley N°26790 y dispuso que: "(...) EsSalud podrá establecer periodos de espera para contingencias que éste determine, con excepción de los regímenes especiales." Así mismo, los Acuerdos de Consejo Directivo N° 16-6-ESSALUD-2009 y N° 2-2E-ESSALUD-2011 aprobaron los periodos de espera para enfermedades de insuficiencia renal crónica terminal, cáncer, obesidad mórbida, enfermedad crónica del corazón de necesidad quirúrgica e insuficiencia orgánica terminal. Posteriormente, mediante Resolución N° 6-GCAS-ESSALUD-2011 se aprobó a partir del 01.04.2011 la implementación de los periodos de espera para los nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes. Finalmente, la Resolución N° 31-GCAS-ESSALUD-2011 precisó que no son aplicables los periodos de espera en tanto la Gerencia Central de Aseguramiento de EsSalud apruebe las normas complementarias, por consiguiente aclaró que los periodos de espera nunca fueron implementados. Según la normativa interna señalada hubiese correspondido los periodos de espera siguientes:



Insuficiencia Renal Crónica Terminal - IRCT	02 años
Cáncer	24 meses para terapia biológica y trasplante de médula ósea
	12 meses para quimioterapia
Obesidad Mórbida*	24 meses para la cirugía bariátrica
Enfermedad Crónica del Corazón de necesidad quirúrgica	24 meses para el procedimiento quirúrgico a cielo abierto
Insuficiencia orgánica Terminal	24 meses para trasplantes de órganos sólidos

* Sujeta a la aprobación del protocolo nacional de atención y evaluación de Junta Médica.

En ese sentido, precisó que su operatividad requiere:

- Crear un campo dentro de la tabla de asegurados "Maestra de Asegurados" incorporado al SIA (Sistema Integrado de Asegurados).
- Crear campos, establecer nuevas reglas de negocio, elaborar un nuevo modelo de datos y realizar validaciones dentro del Sistema de Aseguramiento en Salud (SAS), a fin de asignar una marca a todos los asegurados sujetos al período de espera.
- Determinar la relación entre los CIE-10 (Códigos de Diagnóstico) y los CPT (Catálogos de Procedimientos) de las enfermedades sujetas a período de espera, a fin de realizar los controles y bloqueos dentro de los sistemas prestadores de salud como el SGH (Sistema de Gestión Hospitalaria), SGSS (Sistema de Gestión de Servicios de Salud) y SRyC (Sistema de Referencia y Contra-referencia).

Así mismo, indicó que aún hay problemas de desarrollo informático en la institución.

Seguidamente, indicó que la finalidad de los periodos de espera es atenuar el impacto negativo en la situación financiera de EsSalud que significaba otorgar prestaciones de salud recuperativas a los asegurados regulares que padecían enfermedades complejas y de alto costo; así mismo, su implementación buscaba controlar la selección adversa, por las afiliaciones de personas que no reúnen las condiciones de pertenencia al régimen contributivo de la seguridad social a cargo de EsSalud y que padecen enfermedades complejas y de alto costo.

También señaló que EsSalud cuenta con 24 verificadores para sus 48 Oficinas de Aseguramiento, dedicados a tiempo parcial a estas tareas, cuya producción en 2011 fue: 2772 acciones de verificación (583 bajas de oficio y 61 multas), haciendo un total recaudado de S/. 109,933.

El señor Consejero Pablo Moreyra mencionó que cuando se aprobó el tema de los tiempos de espera en la gestión anterior, estuvo en desacuerdo porque el término usado es el de la preexistencia. Lo que se pensaba en la gestión anterior era demostrar que EsSalud atiende 99.9% de las enfermedades y diálisis que son de alto costo. Añadió que cuando un paciente viene al seguro ya se encuentra en la fase que requiere diálisis y el periodo de espera supone una limitación para la atención, pero el concepto más apropiado sería el de preexistencia.

El Eco. Pena indicó que los nuevos asegurados regulares se encuentran desprotegidos al no permitírseles el acceso a los servicios que brinda EsSalud a pesar de tener la condición de asegurados regulares del régimen contributivo de la seguridad social en salud.

Tampoco podrían acceder a los servicios de salud que brinda el Seguro Integral de Salud, bajo el régimen semicontributivo o subsidiado, debido a que la Ley N° 29344 establece que la afiliación a un régimen determinado es exclusiva y excluyente de los otros regímenes.

En situaciones de incapacidad temporal, el asegurado puede acceder a los subsidios correspondientes y no a prestaciones de salud, generándose una importante contradicción.

Así mismo, durante el transcurso del período de espera (12 y 24 meses), es altamente probable que la gravedad y complejidad de las enfermedades sujetas a período de espera que padecen los asegurados regulares se agudice de tal forma que el costo de las prestaciones de salud que brinde EsSalud, una vez transcurridos los respectivos períodos, se verían incrementados, afectando la sostenibilidad financiera de la Institución.

Agregó además que los tratamientos son lo suficientemente onerosos como para comprometer la viabilidad económica de un hogar de ingresos medios, por lo que es difícil que los cubran sin causar un quebrantamiento importante en las finanzas de los hogares.

De otra parte, indicó como marco legal para la protección social de salud, el amparo de la Constitución Política, que en su Artículo 10 establece que "El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida".

Así también, la Ley de Aseguramiento Universal en Salud, en su Artículo 4, numeral 4, señala que los principios del Aseguramiento Universal son: la INTEGRALIDAD, otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud. De igual forma, en el Plan Estratégico Institucional de EsSalud 2012 - 2016, en el Objetivo Estratégico 2, hace referencia 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".

De otra parte, las opiniones técnicas de la Gerencia Central de Finanzas y la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, señalan que "es importante tomar en cuenta que en general los pacientes con patologías crónicas que no son atendidos en etapas tempranas de su enfermedad conlleva a complicaciones más severas y de alto costo, que al final termina asumiendo EsSalud, de ahí la importancia de atender a estos pacientes en el inicio de su enfermedad."

En ese sentido, indicó que la Oficina Central de Asesoría Jurídica, considera favorable la propuesta para dejar sin efecto los Acuerdos de Consejo Directivo que aprueban los periodos de espera.

Como complemento, indicó que hay un pronunciamiento de la Defensoría del Pueblo, relativo al incremento en la espera para la atención de determinadas enfermedades de alto costo, genera una desprotección del derecho a la salud, por cuanto atenta con el principio de no regresividad, empeorando la situación del derecho de la cual gozaba la población".

Por consiguiente, indicó que la aplicación de los períodos de espera es una medida regresiva que afecta sustantivamente el nivel de protección de la salud alcanzado, idóneo para satisfacer las necesidades de los asegurados y disminuye la satisfacción de un derecho social, al establecer una situación más perjudicial a la que se encuentra efectivamente establecida para la atención de la salud.



Precisó que ello genera un doble perjuicio, tanto al asegurado, en cuanto a su salud y economía (gasto de bolsillo), como a la institución debido a que los pacientes con patologías crónicas que no son atendidos en etapas tempranas conlleva a complicaciones más severas y de alto costo, que al final termina asumiendo EsSalud.

Además, puntualizó que los períodos de espera entran en conflicto con el Plan Estratégico Institucional EsSalud 2012 – 2016.

En tal sentido, mencionó que la recomendación de la Gerencia Central de Aseguramiento, es dejar sin efecto los Acuerdos de Consejo Directivo N° 16-6-ESSALUD-2009 y N° 2-2E-ESSALUD-2011, que aprobaron las contingencias y correspondientes períodos de espera para los nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes; que la Gerencia Central de Aseguramiento implemente los mecanismos de verificación de la condición de asegurados, a fin de controlar la selección adversa al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y otros regímenes administrados por EsSalud y que la Gerencia Central de Finanzas, asigne recursos para atender requerimientos de personal y logísticos, que permitan a la Gerencia Central de Aseguramiento fortalecer los mecanismos de verificación de la condición de asegurados.

El señor Consejero Pablo Moreyra consultó qué medidas se podrían tomar para no recibir a personas con enfermedades preexistentes y que éstas sean atendidas por el Seguro Integral de Salud. Añadió que debe haber una coordinación entre el Ministerio de Salud y EsSalud para aquellos casos en que la persona tiene una preexistencia. Manifestó que el asegurado que está en EsSalud trabaja y aporta y si tiene una preexistencia, el Estado debería cubrirla, en este caso sería el Ministerio de Salud con el Seguro Integral de Salud, porque de lo contrario EsSalud siempre estará muy ajustado financieramente sin que pueda invertir en equipamiento, infraestructura y otros.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal indicó que este es un tema de suma importancia para el país, que muestra la radiografía del sistema nacional de salud, y que la decisión que tomó gestión anterior perjudica a los asegurados.

El Eco. Hernán Peña añadió que se está comenzando todos los estudios y análisis para el intercambio de las prestaciones con el Seguro Integral de Salud.

El señor Consejero Oscar Alarcón agradeció la presentación de este tema destacando la posición autocrítica y señalando la responsabilidad de la gestión anterior al actuar con insensibilidad hacia los asegurados. Solicitó que el tema se solucione porque la persona es el bien supremo del Estado y la sociedad y destacó que la modificación del acuerdo se enmarque dentro de los objetivos estratégicos de la Institución y en los fundamentos de la Seguridad Social, es decir, la universalidad y solidaridad.

El señor Consejero Harry Hawkins indicó que primero se debería mencionar cuáles serían los mecanismos a ser implementados para luego de ello evaluar si se debe o no modificar los acuerdos pasados.

El señor Consejero Gonzalo Garland indicó que aún existen muchas brechas por resolver y enfatizó la relevancia del tema de las historias clínicas únicas lo que lamentablemente no se está llevando a cabo ni hay convenios con los hospitales privados. Al respecto, propuso tener un sistema de intercambio con tecnología avanzada que permita trabajar con una historia clínica universal.

El señor Consejero Jorge Cristóbal expresó su adhesión a la modificación de los acuerdos del consejo directivo señalando que éstos colisionan con la Constitución Política del Estado, el Plan Estratégico y la dignidad de la persona ya que la salud es un derecho del ser humano. En tal sentido, expresó su apoyo a la modificación del acuerdo.

Al respecto, el señor Consejero Harry Hawkins sugirió dar un plazo de 30 días a la Gerencia Central de Aseguramiento para que establezca los mecanismos de verificación y luego de ese plazo, informe al Consejo Directivo y si se considera pertinente, se proceda a la derogación de los acuerdos.

En respuesta, el Dr. Álvaro Vidal indicó que el Gerente Central de Aseguramiento ya cuenta con un plan de desarrollo.

El Eco. Hernán Peña indicó que ya hay un plan que se tiene que hacer y que para implementarlo es necesario dejar sin efecto los acuerdos del Consejo Directivo.

El señor Consejero Harry Hawkins mencionó que si el proceso de implementación va a demorar varios meses, de nada sirve derogar los acuerdos.

De otro lado, el señor Consejero Pablo Moreyra manifestó su posición a favor de aprobar la propuesta pero sujeta a la implementación. Es decir, propuso que no se elimine solo los periodos de espera sino que se avance de manera paralela para poder tener los sistemas adecuados. Además, solicitó que se analicen los periodos de carencia.

El señor Consejero Oscar Alarcón manifestó que es una preocupación el tema financiero porque tampoco se trata de vaciar nuestras arcas para resolver este problema, el derecho humano a la salud es prioritario y los recursos están en función del cumplimiento de los derechos y nuestros funcionarios tienen que trabajar para cumplir ese derecho.

El señor Consejero Gonzalo Garland indicó que está de acuerdo en que se vaya avanzando con la aprobación, dado que este es un tema muy interesante y complejo. Así mismo, recomendó que en otro acuerdo se estudie la posibilidad de contar con una sola historia médica y que se estudie los ejemplos que tienen éxito de los países que tienen tecnología avanzada.

El señor Consejero Harry Hawkins solicitó se modifique el texto del acuerdo en el sentido de señalar respecto a los acuerdos anteriores que éstos serán "derogados" o "dejados sin efecto".

El señor Consejero Eduardo Iriarte manifestó su posición favorable a la aprobación de la propuesta destacando la revisión y aprobación previa de las áreas de la institución como la Gerencia General y la Oficina de Asesoría Jurídica.

Al respecto, la Dra. Sylvia Cáceres informó que la propuesta de acuerdo cuenta con los vistos buenos correspondientes, tanto de la Oficina proponente, en este caso, Gerencia Central de Aseguramiento, así como de la Gerencia Central de Finanzas, Oficina Central de Asesoría Jurídica y la Gerencia General.

El señor Consejero Eduardo Iriarte destacó la importancia de tomar el acuerdo por unanimidad y propuso que el primer numeral del proyecto de acuerdo precise que los acuerdos tomados por el Consejo Directivo se van a modificar con las implementaciones que va a presentar la GCA.

El Dr. Vidal mencionó que en los puntos 2 y 3 del proyecto de acuerdo están las secuencias de los acontecimientos a implementarse, en el marco del acuerdo.

El Dr. Mario Atarama, Jefe de la Oficina Central de Asesoría Jurídica, propuso un nuevo texto, dado el consenso de las opiniones señaladas por los señores Consejeros: "DEJAR SIN EFECTO los Acuerdos de Consejo Directivo Nros. 16-6-ESSALUD-2009 y 2-2E-ESSALUD-2011, que aprobaron las contingencias y correspondientes periodos de espera para los nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes; a partir de la verificación por parte del Consejo Directivo, del cumplimiento de las disposiciones



contenidas en los numerales 2 y 3 del presente Acuerdo, en el plazo otorgado en el numeral 4 del Acuerdo".

Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra saludó la actitud concertadora de los miembros del Consejo Directivo y sometió a la aprobación de los señores Consejeros, la propuesta de acuerdo según lo consensuado en la reunión, la cual fue aprobada por unanimidad por los miembros del Consejo Directivo.

ACUERDO N° 31-15-ESSALUD-2012

VISTAS:

La Carta N° 1122-GCAS-ESSALUD-2012 de fecha 03 de agosto de 2012, mediante la cual la Gerencia Central de Aseguramiento adjunta el Informe Técnico que sustenta la propuesta de dejar sin efecto los períodos de espera para que los asegurados puedan acceder a algunas prestaciones; la Carta N° 3319-OCAJ-ESSALUD-2011 de fecha 25 de octubre de 2011 de la Oficina Central de Asesoría Jurídica; la Carta N° 2049-GCPS-ESSALUD-2012 de fecha 06 de marzo de 2012 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Carta N° 1077-GCF-OGA-ESSALUD-2012 de fecha 23 de marzo de 2012 de la Gerencia Central de Finanzas; y,

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1° de 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 artículo 10° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, modificado por la Ley N° 28791, señala que ESSALUD podrá establecer períodos de espera para contingencias que éste determine; con excepción de los regímenes especiales;

Que, el literal f) del artículo 3° del Decreto Supremo N° 020-2006-TR, que aprueba las normas reglamentarias de la Ley N° 28791, define el período de espera como el tiempo durante el cual el afiliado regular en actividad y/o sus derechohabientes no podrán acceder a algunas atenciones relacionadas a determinados diagnósticos previstos en la lista de contingencias de ESSALUD;

Que, el artículo 6° del Decreto Supremo mencionado precedentemente, señala que ESSALUD, a través del Consejo Directivo, establecerá previo informe técnico, la lista de contingencias y sus correspondientes períodos de espera, los cuales deberán ser revisados cada dos años;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 16-6-ESSALUD-2009 del 19 de marzo de 2009, se aprobó como contingencia sujeta a un período de espera de dos (2) años a la insuficiencia renal crónica terminal;

Que, posteriormente, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 2-2E-ESSALUD-2011 del 18 de enero de 2011, se aprobó los períodos de espera para el tratamiento de las enfermedades de cáncer, obesidad mórbida, enfermedad crónica del corazón de necesidad quirúrgica e insuficiencia orgánica terminal para nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes, estableciéndose períodos de espera que comprenden los doce (12) y hasta veinticuatro (24) meses;

Que, a través de la Resolución N° 6-GCAS-ESSALUD-2011 del 01 de marzo de 2011, la Gerencia Central de Aseguramiento aprobó la implementación de los periodos de espera a partir del 01 de abril de 2011 para los nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes, para el tratamiento de las enfermedades descritas en los considerandos precedentes;

Que, mediante la Resolución N° 31-GCAS-ESSALUD-2011 del 28 de setiembre de 2011, la Gerencia Central de Aseguramiento precisó el artículo 1° de la Resolución N° 6-GCAS-ESSALUD-2011, en el sentido de que no son aplicables los periodos de espera a los nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes, en tanto dicha Gerencia Central apruebe las normas complementarias a los criterios establecidos por el Consejo Directivo;

Que, la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la Seguridad Social en Salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento;

Que, asimismo, el numeral 4 del artículo 4° de la Ley N° 29344, reconoce como uno de los principios del aseguramiento universal en salud, el principio de integralidad, definido como el otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud;

Que, en este contexto, la Gerencia Central de Aseguramiento recomienda que se deje sin efecto los Acuerdos de Consejo Directivo Nros. 16-6-ESSALUD-2009 y 2-2E-ESSALUD-2011, que aprobaron las contingencias y correspondientes periodos de espera para los nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes; propuesta que cuenta con las opiniones favorables de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia Central de Finanzas y la Oficina Central de Asesoría Jurídica;

Que, el artículo 1° de la Ley N° 29135, Ley que establece el porcentaje que deben pagar ESSALUD y la ONP a la SUNAT, por la recaudación de sus aportaciones, y medidas para mejorar la administración de tales aportes, faculta a ESSALUD para, de oficio, ejercer las funciones de verificación de la condición de asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y de otros regimenes administrados por nuestra Institución, así como de la condición de entidades empleadoras de los trabajadores del hogar, pudiendo declarar la baja de oficio, incluso desde el inicio de la afiliación que es materia de verificación;

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

ACORDÓ:

1. **DEJAR SIN EFECTO** los Acuerdos de Consejo Directivo Nros. 16-6-ESSALUD-2009 y 2-2E-ESSALUD-2011, que aprobaron las contingencias y correspondientes periodos de espera para los nuevos afiliados regulares en actividad y/o sus derechohabientes, a partir de la verificación, por parte del Consejo Directivo del cumplimiento de las disposiciones contenidas en los numerales 2 y 3 del presente Acuerdo, en el plazo otorgado en el numeral 4 del Acuerdo.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Aseguramiento implemente los mecanismos de verificación de la condición de asegurados, a fin de controlar



el problema de la selección adversa al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y otros regímenes administrados por ESSALUD.

3. **DISPONER** que la Gerencia Central de Finanzas, en el ámbito de su competencia, coadyuve a la viabilización, previa evaluación económica y financiera, en cumplimiento de la disposición contenida en el numeral 2 del presente Acuerdo.
4. **OTORGAR** un plazo de setenta (70) días hábiles a la Gerencia Central de Aseguramiento para el cumplimiento de lo dispuesto en los puntos 2 y 3 del presente Acuerdo.
5. **EXONERAR** el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del Acta, para que entre en inmediata ejecución.

2. **Primera Modificatoria Presupuestal aprobada por el FONAFE**

La Eco. María Maraví, Gerente Central de Finanzas, informó de la aprobación por parte de FONAFE de la primera modificación del presupuesto, y señaló que uno de los reclamos de los gremios, incluyendo a los médicos quienes han señalado que irán a una huelga, era el tema relacionado a la asignación extraordinaria a los trabajadores la cual felizmente ha sido aprobada al 100%.

Precisó que FONAFE ha aprobado 209 millones de nuevos soles los mismos que van a ser desagregados y presentados en la siguiente sesión, para la aprobación correspondiente. Sin embargo, precisó que para cumplir con celeridad el compromiso asumido con las organizaciones de trabajadores, se requiere que el Consejo Directivo ratifique la ejecución del presupuesto modificado.

Asimismo, presentó el presupuesto aprobado, tal como se muestra a continuación:

Ingresos	7,150,543,815
De Operación	7,150,543,815
De Capital	0
Transferencias (Ingresos)	0
Financiamiento (Desembolsos)	0
Resultado de Ejercicios Anteriores	0
Egresos	7,160,543,815
De Operación	6,208,797,928
Gasto Integrado de Personal	3,644,240,506
Gasto de Personal	3,338,016,351
Sueldos y Salarios	2,429,524,037
Indemnización por Cese de Relación Laboral	100,000
Incentivo por Retiro Voluntario	0
Tributos	2,810,766
De Capital	597,150,745
Transferencias (Egresos)	145,041,805
Financiamiento (Servicio de Deuda)	0
Saldo Final	209,553,237
Resultado Económico	209,553,237

Al respecto, el señor Consejero Eduardo Iriarte solicitó se explique la reducción en el rubro del bono de productividad.

La Eco. María Maraví indicó que el FONAFE ha dispuesto dicha reducción. Puntualizó que esta medida afecta a la Institución porque, de acuerdo a las proyecciones y evaluaciones de productividad, se necesitan alrededor de S/. 57 millones, lo que se ha

hecho de conocimiento del funcionario de FONAFE, sectorista de EsSalud, quien ha indicado que el tema se sustente en la segunda propuesta de modificación.

El señor Consejero Gonzalo Garland consultó las acciones a seguir frente a la no aprobación del presupuesto para los equipos.

En respuesta, la Eco. María Maravi indicó que en la segunda propuesta de modificación que se presentará antes del 31 de agosto, se volverá a sustentar también dicho tema.

El señor Consejero Harry Hawkins consultó la medida que se adoptará frente a la comunicación del FONAFE, que pide que el Consejo Directivo apruebe el presupuesto desagregado.

El Dr. Mario Atarama, Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica, señaló el antecedente del acuerdo del Consejo Directivo N° 66-18-ESSALUD-2011, que ratifica el presupuesto consolidado de la segunda modificación presupuestal aprobada por FONAFE.

Asimismo, señaló que la normatividad vigente dispone que el Consejo Directivo apruebe el presupuesto desagregado, conforme a la directiva de Gestión y Proceso Presupuestario de las Empresas bajo el ámbito del FONAFE, que en su numeral 2.5 indica que cualquier cambio en el plan operativo que genere una modificación presupuestaria deberá ser aprobada por el Directorio de la Empresa y remitido a FONAFE junto a la evaluación presupuestaria del MEF.

Precisó también que en el numeral 2.6 de la directiva se señala que FONAFE puede aprobar modificaciones del presupuesto de las empresas bajo su ámbito cuando lo considere pertinente para mantener o mejorar el resultado económico o resultado primario consolidado. No obstante indicó expresamente que no hay una disposición que indique que una vez aprobado el presupuesto con modificaciones del FONAFE, el Directorio de EsSalud deba ratificarlo, aunque esto se ha hecho en octubre pasado.

Por tanto, propuso que el Consejo Directivo adopte un acuerdo que permita disponer que los entes operativos tomen las medidas del caso y que se prepare un presupuesto desagregado para su aprobación.

El señor Consejero Eduardo Iriarte manifestó que se debe sentar la posición respecto al desacuerdo con la propuesta aprobada por el FONAFE, la que sin embargo el Consejo Directivo se ve en la necesidad de acatarla para poder disponer del presupuesto.

Al respecto, la Dra. Sylvia Cáceres mencionó que se debería tomar en consideración los términos de la carta que ha cursado FONAFE, cuyo último párrafo señala que "la representada deberá proceder a aprobar el presupuesto desagregado". Asimismo, propuso tomar como antecedente la decisión adoptada en octubre del año pasado, cuando el Consejo Directivo dispuso ratificar el presupuesto consolidado y aprobar el presupuesto desagregado.

El señor Consejero Pablo Moreyra preguntó las implicancias del acuerdo frente a la posible huelga de los médicos.

El Dr. Álvaro Vidal mencionó que el pago de la asignación extraordinaria es un compromiso asumido con los trabajadores y considera la racionalidad y equilibrio financiero. Añadió que es bien valorado el proceso de negociación con miras a lograr la paz laboral.

Por tanto, el señor Consejero Pablo Moreyra indicó su posición a favor de aprobar el presupuesto, pero expresó su malestar por la disposición del FONAFE que deja un saldo económico de S/. 209 millones de nuevos soles de superávit.



Finalmente, el Dr. Álvaro Vidal sometió a votación el acuerdo, el cual fue aprobado por unanimidad por los señores miembros del Consejo Directivo.

ACUERDO N° 32-15- ESSALUD-2012

VISTO:

El Oficio N° 718-2012/DE-FONAFE, de fecha 06 de agosto de 2012 del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado, y;

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Acuerdo de Directorio N° 003-2011/029-FONAFE, el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE) aprobó, entre otros, el presupuesto del Seguro Social de Salud – ESSALUD para el año 2012;

Que mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 2-1-ESSALUD-2012 de fecha 10 de enero de 2012, se aprobó el Presupuesto Desagregado del Seguro Social de Salud – EsSalud correspondiente al año 2012 en base al presupuesto aprobado por el FONAFE mediante Acuerdo de Directorio N° 003-2011/029-FONAFE;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 3-2E-ESSALUD-2012, de fecha 19 de abril de 2012, modificado por Acuerdo N° 7-5E-ESSALUD-2012, de fecha 26 de julio de 2012, se autorizó a la Comisión Negociadora de la Institución conformada mediante Resolución de Gerencia General N° 109-GG-ESSALUD-2012 a efectos que, previa aprobación del FONAFE, presente determinadas propuestas económicas a los gremios de la Institución. Entre las propuestas se encuentra el otorgamiento de una Asignación Extraordinaria durante el año 2012 de naturaleza no remunerativa, de acuerdo a los montos establecidos en su Anexo N° 01 adjunto, en tanto se diseñe e implemente una nueva estructura de cargos clasificados, como instrumento de gestión que promueva la mejora sostenida de los servicios al asegurado; así como la dotación de disponibilidad presupuestal a la plazas vacantes del CAP Institucional de manera progresiva;

Que, mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 5-3E-ESSALUD-2012 de fecha 25 de abril de 2012, modificado mediante Acuerdos de Consejo Directivo Nros. 6-4E-ESSALUD-2012 y 29-13-ESSALUD-2012, de fechas 22 de junio y 10 de julio de 2012, respectivamente, se aprobó la Primera Modificación Presupuestal del Seguro Social de Salud – EsSalud para el Ejercicio Presupuestal 2012;

Que, con Oficio del Visto, el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado hace de conocimiento que el presupuesto de ESSALUD para el año 2012 ha sido modificado mediante Acuerdo de Directorio N° 002-2012/019-FONAFE, conforme a los montos señalados en el mismo Oficio. Asimismo, dispuso que ESSALUD apruebe el Presupuesto Desagregado a partir de dichos montos; En uso de las atribuciones conferidas, por unanimidad, el Consejo Directivo;

ACORDO:

1. **DISPONER** la ejecución del presupuesto modificado aprobado por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado mediante Acuerdo de Directorio N° 002-2012/019-FONAFE.
2. **ENCARGAR** a la Oficina General de Administración la adopción de las acciones necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en el primer numeral del presente Acuerdo, así como lo solicitado por FONAFE en el Oficio de la referencia.
3. **EXONERAR** el presente Acuerdo del trámite de lectura y aprobación del acta para su inmediata ejecución.

II. INFORMES

1. Estado situacional de los procesos de negociación colectiva con las organizaciones sindicales de EsSalud

La Dra. Sylvia Cáceres informó que el Gerente Central de Gestión de las Personas, funcionario responsable de la presentación tuvo que atender una reunión con carácter urgente en el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, por lo que no podrá realizar la exposición del tema. Por tanto, sugirió que se continúe con el siguiente punto de la agenda.

Por su parte, el Dr. Álvaro Vidal informó que el 95% de los pliegos presentados han sido discutidos con los gremios llegándose a la firma de las actas de paz laboral correspondientes, previo acuerdo con el FONAFE sobre la asignación extraordinaria. Precisó que aún falta llegar a un acuerdo con SINAMSSOP, por lo cual se realizará una reunión el presente día con la participación de ESSALUD y SINAMSSOP, en el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Enfatizó que la actual gestión aspira a lograr la paz laboral con inclusión social, para lo cual se viene trabajando arduamente, siendo el mismo Consejo Directivo un ejemplo de actitud proactiva en beneficio de los asegurados.

Asimismo, informó que la propuesta de primera modificación del presupuesto ha sido aprobada finalmente por FONAFE y agradeció a los miembros del Consejo Directivo por su paciencia y apoyo en el proceso de aprobación de las propuestas de modificación del presupuesto.

2. Informe sobre la implementación del nuevo modelo de atención en EsSalud

La Dra. Sylvia Cáceres presentó al Dr. Julio Medina, Gerente de Prestaciones Primarias de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Refirió que el Dr. Medina es médico pediatra y salubrista, ha realizado estudios de Maestría en Salud Pública en la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Doctorado en Medicina en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Cuenta con amplia experiencia en servicios de salud y gerencia de servicios en ESAN, es profesor asociado de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es responsable del curso de atención integral y comunidad en la facultad de medicina de la UNMSM. Ha sido consultor de UNICEF, ha sido Director Ejecutivo de Cooperación Externa en el Ministerio de Salud, ha sido Sub Gerente de Promoción de la Salud en EsSalud y fue Director de Estadística e Informática del Hospital María Auxiliadora hasta julio de 2012.

El Dr. Álvaro Vidal felicitó al Dr. Julio Medina por su incorporación a EsSalud, augurándole el mejor de los éxitos en su trabajo a favor de la seguridad social.

A continuación, el Dr. Julio Medina, mencionó que la propuesta presentada es fruto del trabajo consensuado entre la Gerencia General y la Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Mencionó que según la Organización Mundial de la Salud, la Atención Primaria de Salud, es la asistencia esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. La Atención Primaria de Salud también puede entenderse como la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población”.

Así mismo, indicó que según la OMS, “La salud es producto de los determinantes económicos, sociales, políticos, ecológicos y culturales como tal debe ser abordada de forma integral, intersectorial, multidisciplinario e intergubernamental”.

En ese sentido, para abordar la salud de forma integral, tiene que tener un abordaje biopsicosocial, etapas de vida, individuo y su entorno, promoción, prevención recuperación, rehabilitación, la interculturalidad, trabajar en coordinación con las Redes Asistenciales, y fomentar las alianzas intra e inter sectoriales.

Asimismo, explicó la dimensión técnico operativa del eje de las necesidades de salud.



A continuación, presentó los aspectos de la atención que distinguen la atención sanitaria convencional de la atención primaria centrada en la persona.

ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA DE CARÁCTER CONVENCIONAL EN DISPENSARIOS Ó AMBULATORIO	PROGRAMAS CONTRA LAS ENFERMEDADES	ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADA EN LA PERSONA
FOCALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD Y LA CURACIÓN	FOCALIZACIÓN EN LAS ENFERMEDADES PRIORIZADAS	FOCALIZACIÓN EN LAS NECESIDADES DE SALUD
RELACIÓN CIRCUNSCRITA AL MOMENTO DE LA CONSULTA	RELACIÓN CIRCUNSCRITA A LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS	RELACIÓN PERSONAL Y DURADERA
ATENCIÓN CURATIVA EPISÓDICA	INTERVENCIÓN DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN LOS PROGRAMAS	ATENCIÓN INTEGRAL, CONTINUA Y CENTRADA EN LA PERSONA
RESPONSABILIDAD LIMITADA A LA PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO EFICAZ Y SEGURO AL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA	RESPONSABILIDAD SOBRE LOS OBJETIVOS DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES ENTRE LA POBLACIÓN DESTINATARIA	RESPONSABILIDAD SOBRE LA SALUD DE TODOS LOS INTEGRANTES DE LA COMUNIDAD A LO LARGO DEL CICLO VITAL: RESPONSABILIDAD DE AFRONTAR LOS DETERMINANTES DE LA MALA SALUD.
LOS USUARIOS SON CONSUMIDORES DE LA ATENCIÓN QUE COMPRAN	LOS GRUPOS DE POBLACIÓN SON LOS DESTINATARIOS DE LAS INTERVENCIÓNES DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES	LAS PERSONAS SON ASOCIADOS EN LA GESTIÓN DE LA SALUD Y LA DE SU COMUNIDAD

Seguidamente, indicó que la Institución todavía tiene altas tasas de diferimiento de consulta externa. (oportunidad de cita muy tardía), alta prevalencia de atenciones de prioridad III y IV en el servicio de emergencia, embalse creciente de atenciones de ayuda al diagnóstico en mamografías, PAP, y otros, embalse quirúrgico significativo en Hospitales de III nivel.

En tal sentido, la hoja de ruta a seguir supone una primera etapa en la que se plantea incrementar y fortalecer el primer nivel de atención; luego tener un plan de desempeño quirúrgico y más adelante fortalecer el sistema de ayuda al diagnóstico para, finalmente, desarrollar la atención primaria de salud.



Señaló que para el fortalecimiento del primer nivel de atención, tendría que haber:

- Ampliación de la base de la oferta sanitaria en el primer nivel de atención.
- Asignación poblacional sólo a Centros Asistenciales que son puerta de entrada al sistema.
- Mejoramiento del perfil profesional en el primer nivel de atención hacia la APS.
- Descarga de la demanda de atención de tipo III y IV a los servicios de emergencia.

También indicó que para el programa de desembalse quirúrgico, se está tomando en consideración, lo siguiente:

- Incremento de horario de oferta de Centros Quirúrgicos.
- Incremento de camas de hospitalización quirúrgicas.
- Fortalecimiento y desarrollo de servicios de Cirugía de día en el II nivel de atención.
- Plan de apoyo descentralizado por macro regiones para desembalse quirúrgico y médico en situaciones de emergencia.

Al respecto, el señor Consejero Eduardo Iriarte mencionó que para lograr el desembalse quirúrgico hay que calificar adecuadamente a los hospitales y se refirió al caso del Hospital Angamos que tiene nivel 3 y sin embargo ni la infraestructura ni el personal reúnen los requisitos correspondientes.

El Dr. Álvaro Vidal mencionó que el Ministerio de Salud establece los criterios de clasificación de 1 a 3 para los hospitales, pero EsSalud tiene una categorización usada históricamente para sus hospitales que va del 1 al 4. Asimismo, destacó que el órgano rector para este tema es el Ministerio de Salud y por ello, la Gerencia General está coordinando con el MINSA.



El Dr. Medina mencionó que para el fortalecimiento del sistema de ayuda al diagnóstico, es necesario:

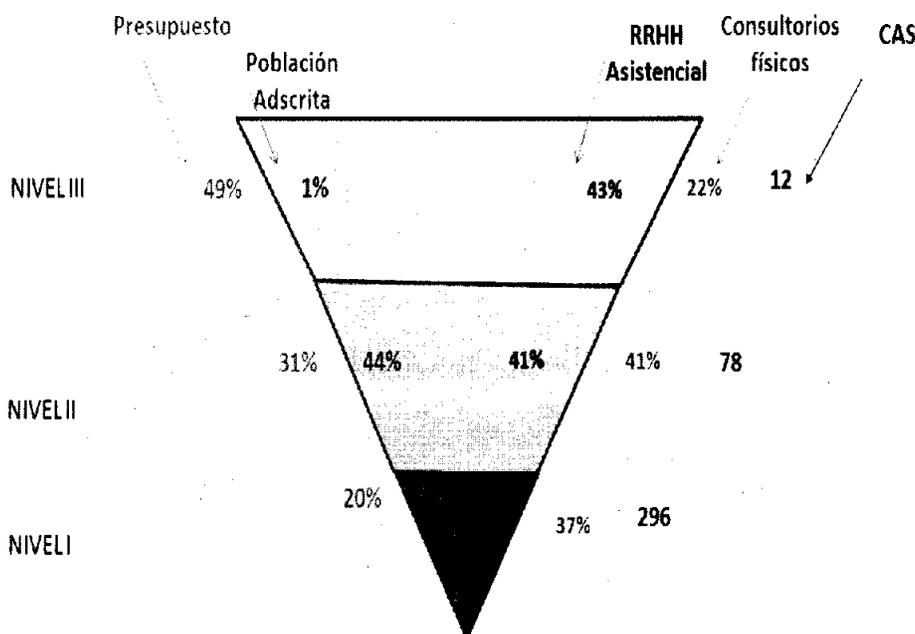
- Implementar Centros de Ayuda al Diagnóstico (CAD) en los conos de Lima y Callao.
- Desarrollar de centros de ayuda al diagnóstico en las redes con mayor carga de demanda. (Arequipa, Junín, Chiclayo).
- Descarga de la demanda de atención para atenciones de apoyo al diagnóstico en hospitales de II y III nivel.
- Centros de Ayuda al Diagnóstico con atención las 24 horas, hasta contener la demanda embalsada y luego 12 horas.
- Equipamiento: Hematología y bioquímica básica, ecógrafo, mamógrafo, rayos X,
- Integrantes: Profesionales de cada red, los cuales tendrán una programación rotativa y obligatoria: liderado por un médico de familia, endocrinólogo, radiólogo, urólogo, ginecobstetra, patólogo clínico, anatómopatólogo, psiquiatras, psicólogos, tecnólogos médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y técnicos administrativos.

Refirió que con todos los pasos anteriores, se podrá desarrollar la atención primaria en EsSalud, obteniendo los siguientes logros:

- Reorientación de la atención recuperativa hacia la atención preventiva y promocional.
- Reorientación de la atención intramuros hacia los extramuros (familia, centros laborales, instituciones educativas, etc.).
- Incremento de recursos humanos multidisciplinarios en el primer nivel con perfil en APS para contribuir a mejorar su capacidad resolutive.
- Intervención sobre los determinantes de la salud.

A continuación, presentó el porcentaje de recursos humanos y presupuesto destinado a los centros de atención según su categoría.

Consultas Ambulatorias y Porcentaje de Referencia según Nivel de Atención a Nivel Nacional. EsSalud Sem. I - 2012

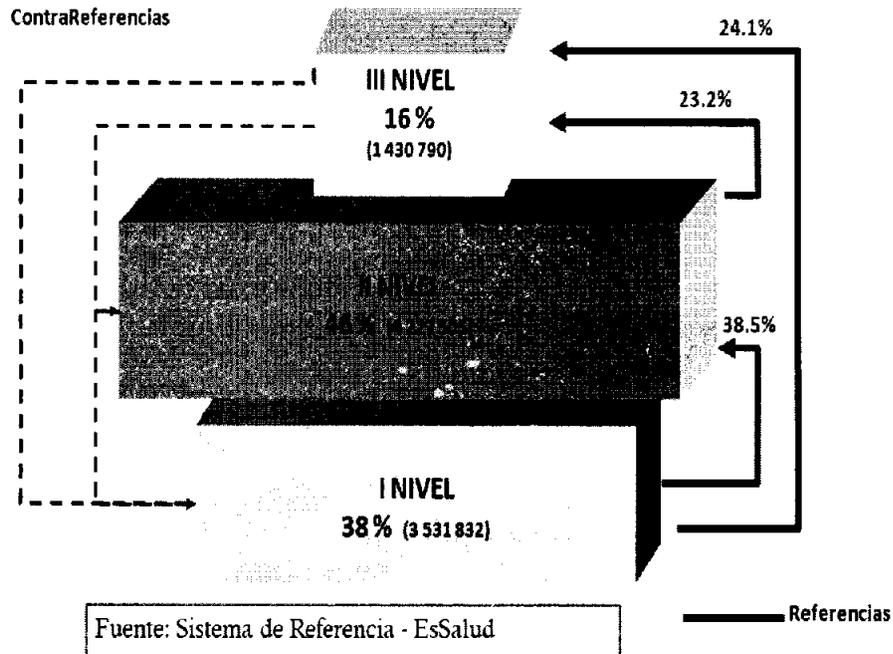


Fuente : GCF, GCPS, OCPD, GCAS

Handwritten signatures and initials on the left margin, including 'Su', 'go', 'Py', and 'LNF'.

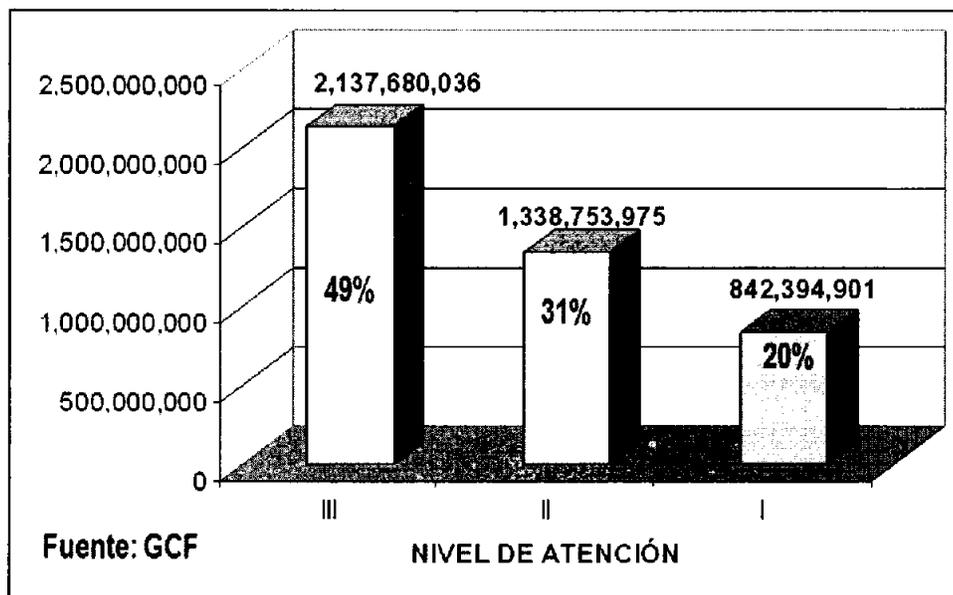
Asimismo, informó sobre el porcentaje de consultas ambulatorias y porcentaje de referencia según nivel de atención a nivel nacional en el primer semestre del 2012.

Consultas Ambulatorias y Porcentaje de Referencia según Nivel de Atención a Nivel Nacional. EsSalud Sem. I - 2012



De igual forma, presentó el porcentaje de presupuesto inicial 2012 aprobado para cada nivel de atención.

PRESUPUESTO INICIAL 2012 (Nuevos Soles)



SEGURO SOCIAL DE SALUD
ACTAS DEL CONSEJO DIRECTIVO



237

De otra parte, en relación a la problemática de la Red Asistencial Rebagliati indicó que esta red cuenta con un total de 1 700 000 adscritos y dispone de 25 centros asistenciales distribuidos de la siguiente manera:

ITE M	CATEG	CENTRO ASISTENCIAL	DPTO	PROVINCIA	DISTRITO	POBLACION
1	HN	EDGARDO REBAGLIATI	LIMA	LIMA	JESUS MARÍA	0
2	H2	CAÑETE	LIMA	CAÑETE	SAN VICENTE DE CAÑETE	59,606
3	H3	SUÁREZ-ANGAMOS	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	87,310
4	H1	CARLOS ALCÁNTARA BUTERFIELD	LIMA	LIMA	LA MOLINA	228,228
5	H1	ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ	LIMA	LIMA	VILLA EL SALVADOR	134,309
6	CAP 3	LOS PRÓCERES DE SJM	LIMA	LIMA	SJM	207,529
7	CAP 3	SANISIDRO	LIMA	LIMA	SANISIDRO	64,561
8	CAP 3	SURQUILLO	LIMA	LIMA	SURQUILLO	70,926
9	POL	CHINCHA	LIMA	LIMA	LIMA	154,965
10	POL	CLÍNICA CENTRAL DE PREVENCIÓN	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	0
11	POL	JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ LAZO	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	133,763
12	POL	PABLO BERMUDEZ	LIMA	LIMA	JESÚS MARÍA	135,972
13	POL	PRÓCERES	LIMA	LIMA	SANTIAGO DE SURCO	43,496
14	POL	SANTA CRUZ	LIMA	LIMA	MIRAFLORES	22,179
15	POL	VILLA MARÍA	LIMA	LIMA	VILLA MARÍA DEL TRIUNFO	133,848
16	CAP 3	PIAZZA	LIMA	LIMA	LINCE	27,186
17	CAP 2	LURÍN	LIMA	LIMA	LURÍN	37,634
18	CM	CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE DIABETES E HIPERTENSIÓN	LIMA	LIMA	JESÚS MARÍA	0
19	CM	MALA	LIMA	CAÑETE	MALA	22,791
20	PM	LA QUEBRADA	LIMA	CAÑETE	SAN LUIS	0
21	PM	SANISIDRO	LIMA	CAÑETE	IMPERIAL	0
22	UBAP	BARRANCO	LIMA	LIMA	BARRANCO	42,907
23	UBAP	JESÚS MARÍA	LIMA	LIMA	JESÚS MARÍA	44,012
24	UBAP	MAGDALENA	LIMA	LIMA	MAGDALENA DEL MAR	32,132
25	UBAP	MANCHAY	LIMA	LIMA	PACHACAMAC	0
TOTAL						1,656,168

El señor Consejero Harry Hawkins, consultó qué significaba el 0 en el número de habitantes.

En respuesta, el Dr. Medina mencionó que eso se debería a que son centros de apoyo a la atención o en otros casos son postas médicas cercanas a un hospital y no se les ha asignado población adscrita.

Seguidamente, indicó en relación a las principales atenciones en emergencia en el Hospital Angamos, que éstas responden a casos de faringitis, traumatismos y otros, cuyo ingreso no corresponde a través de emergencia, presentándose la misma situación en el Hospital Alcántara de la Molina.

Respecto a las referencias, indicó que en el Centro de Atención Primaria III Próceres de San Juan de Miraflores, oftalmología fue la primera causa de referencia, casos que, sin ningún problema, pudieron ser atendidos en un centro de nivel I.

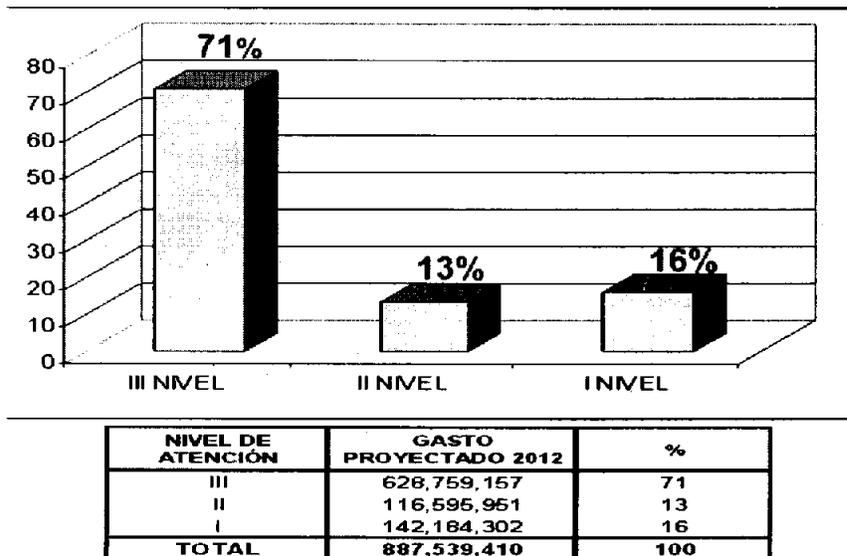
OFTALMOLOGIA	
DIAGNOSTICO	NRO
DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION	231
PTERIGION	226
GLAUCOMA, NO ESPECIFICADO	197
TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	101
CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA	59
RADIODIAGNOSTICO Y RADIOLOGIA INTERVENCION	
DIAGNOSTICO	NRO
EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE LA MAMA	934
TRASTORNO DE LA DENSIDAD Y DE LA ESTRUCTURA OSEAS, NO ESPECIFICADO	86
OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA	42
OSTEOPOROSIS NO ESPECIFICADA, SIN FRACTURA PATOLOGICA	39
Total general	1136

Otro problema de la red es la oportunidad de las citas; por ejemplo, mostró que para obtener una cita en el consultorio de dermatología en el Policlínico Pablo Bermúdez, la programación puede esperar hasta 96 días, de igual forma para las demás especialidades.

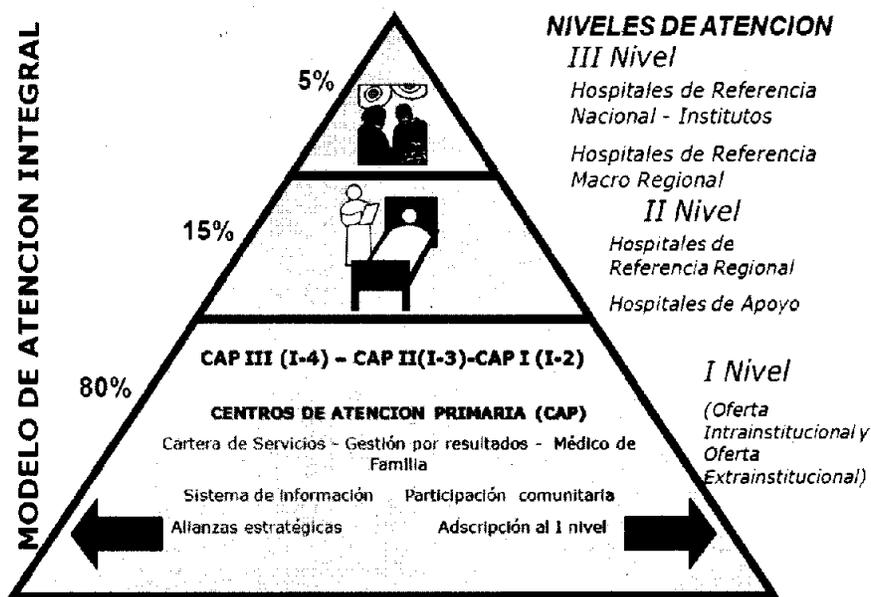
Fecha de Corte: 27-Jul-12 Especialidad	Pol. Pablo Bermudez	H.I Carlos Alcantara Butterfield	Pol. Chíncha	Pol. Juan José Rodríguez Lazo	UBAP Jesus Maria	UBAP Magdalena del Mar	H.I Uldarico Rocca Fernandez	H.II Suarez-Angamos	CAP III Proceres de SIM
Anestesiología		17						10	
Cardiología	64	49	67	14	3		14	32	3
Cirugía General	17	25	0	3			3	20	15
Dermatología	96	78	7	0			19	19	
Endocrinología		32	7		0	0		28	
Gastroenterología		21					4	5	
Geriatría		31						0	
Gineco - Obstetricia	49	22	40		4	3	68	8	11
Ginecología				13					
Medicina Complementaria	33	3	26	11			0	0	
Medicina Física y Rehabilitación	96	5					46	11	
Medicina General	28	4	4	14	3	0	32	5	4
Medicina Interna	77	25	27	3	4	0	25	0	
Neonatalología								11	
Neumología		27						8	
Neurología		66						36	
Obstetricia (Control)	0	0	0	3	0	0	0	0	3
Odonatología	32	6	0	14	0	0	13	3	3
Oftalmología	96	36	27	27	4	4	36	11	
Otorrinolaringología	96	67	4	28				6	
Pediatría	0	3	11	6	3	0	33	3	4
Psicología	0	19	42	18	3	0	31	5	13
Psiquiatría			0					7	
Reumatología	3	35	56		0			32	
Traumatología		7	36	3			29	5	4
Urología	95	61	5				3	36	



En cuanto a la proyección de gastos para la Red Asistencial Rebagliati para el año 2012, refirió que el nivel de atención III concentra el 71% del gasto proyectado para el año 2012.



En ese sentido, se plantea dar atención en un primer nivel que comience a fortalecerse paulatinamente, según se muestra en el siguiente cuadro:



Para lograr el segundo objetivo estratégico es fundamental que exista una distribución georeferencial de la población adscrita, un mejoramiento y fortalecimiento de los establecimientos de Salud del primer nivel y una racional asignación de los recursos. Asimismo se requiere contar con el financiamiento suficiente para garantizar su ejecución.

En ese sentido, el plan consiste en implementar el plan en la Red Asistencial Rebagliati con 25 CAP II, con el objetivo de mejorar el acceso a la prestación de servicios de salud de la población asegurada adscrita del primer nivel de atención de la Red Asistencial Rebagliati, desconcentrar la Oferta de los servicios de salud del primer nivel de atención de la Red Asistencial Rebagliati; y brindar Atención Integral con calidad y oportunidad a la población de asegurados adscritos a la red Asistencial Rebagliati. En ese sentido, se

tendrá que trabajar con el Policlínico Chincha, Policlínico Bermúdez, Hospital Alcantara, Hospital III Angamos, Centro de San Juan de Miraflores, JJ Rodriguez y el Uldarico Rocca. Por ejemplo en el Hospital III Angamos allí planteamos retirarle la población adscrita y crear 4 nuevos centros asistenciales para el distrito de Miraflores.

El Dr. Medina presentó la propuesta de nueva oferta de 25 Centros de Atención Primaria II.

CENTRO ASISTENCIAL	DISTRITO	SUB TOTAL	TOTAL	POBLACION QUE QUEDA EN EL CAS	POB. PARA READSCRIBIR EN NUEVA OFERTA	NUEVA OFERTA POR DISTRITOS	POBLACION PROMEDIO X CAP	CANTIDAD (NUEVA OFERTA)
H III SUAREZ ANGAMOS	MIRAFLORES 1	69,643	87,310	0	87,310	MIRAFLORES	24,000	4
	MIRAFLORES 3	17,667						
POL CHINCHA	BREÑA	87,071	154,965	58,965	48,000	BREÑA	24,000	2
	PUEBLO LIBRE	67,894				PUEBLO LIBRE	24,000	2
POL PABLO BERMUDEZ	JESUS MARIA 1	53,440	143,115	80,000	44,652	JESUS MARIA	24,000	2
	JESUS MARIA 2 (UBAP)	44,012						
	LIMA 2 (SANTA BEATRIZ)	7,200						
	MAGDALENA DEL MAR 2	6,331						
	MAGDALENA DEL MAR 1 (UBAP)	32,132				38,463	MAGDALENA	18,232
CAP III PROCERES DE SJM	SAN JUAN DE MIRAFLORES	207,528	207,528	80,000	147,528	SAN JUAN DE M.	24,000	6
H I CARLOS ALCANTARA	SURCO	120,396	228,228	24,396	96,000	SURCO	24,000	4
	LA MOLINA	101,392						
	CIENEGUILLA	6,440						
H I ULDARICO ROCCA	VILLA EL SALVADOR	117,998	117,998	88,988	40,000	V EL SALVADOR	24,000	2
POL J RODRIGUEZ	CHORRILLOS	111,188	112,925	88,925	24,000	CHORRILLOS	24,000	1
	BARRANCO 2	1,737						
		1,052,070	1,052,070	470,116	581,954			25

Señaló además, que estos Centros de Atención contarán con sala de examen médico, sala de espera, archivo, área de enfermería, obstetricia, odontología, área de toma de muestras y farmacia, además de 2 turnos diarios de atención.

Asimismo, presentó el cálculo de recursos humanos para los 25 CAP. Se propone que por cada CAP debería haber 04 médicos, 04 enfermeras, 01 obstetrix, 01 odontólogo, 01 químico farmacéutico, 05 técnicos, 01 personal de administración.

CALCULO GENERAL	DATOS	N° DE PERSONAL X CADA CAP	AJUSTE DE RRHH POR CADA CAP	TOTAL RRHH X 25 CAP CON AJUSTE
TOTAL POBLACION BENEFICIARIA	581,954			
EXTENSION DE USO	50%			
CONSULTANTES AÑO	290,977			
CONCENTRACION	3.50			
N° CONSULTAS AÑO	1,018,420			
CÁLCULO DE N° DE MÉDICOS				
N° HORAS CONSULTAS MES	150			
N° DE MESES TRABAJADOS	12			
N° HORAS CONSULTAS AÑO	1,800			
RENDIMIENTO X HORA	5			
N° DE CONSULTAS AÑO X MÉDICO	9,000			
TOTAL DE MÉDICOS PARA NUEVA OFERTA	113	5	4	100
CÁLCULO DE N° DE ENFERMEROS				
EQUIVALENTE AL N° DE MÉDICOS				
TOTAL DE ENFERMERAS PARA NUEVA OFERTA	113	5	4	100
CÁLCULO DE N° DE ODONTÓLOGOS				
01 ODONTÓLOGO X 10 MIL ASEGURADOS				
TOTAL DE ODONTÓLOGOS PARA NUEVA OFERTA	58	2	1	25
CÁLCULO DE N° DE OBSTETRICES				
01 OBSTETRIZ X 10 MIL ASEGURADOS				
TOTAL DE OBSTETRICES PARA NUEVA OFERTA	58	2	1	25
CÁLCULO DE N° DE QUÍMICO-FARMACÉUTICOS				
01 QUÍMICO-FARMACÉUTICO POR CADA CAP II	25	25	1	25
CÁLCULO DE N° DE TÉCNICOS ASISTENCIALES				
01 TÉCNICO POR CADA ENFERMERO	113	5	5	125
CÁLCULO DE N° DE TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS				
01 TÉCNICO ADM. POR CADA CAP	25	1	1	25
TOTAL RECURSO HUMANO				425



El señor Consejero Gonzalo Garland, mencionó que se debería evaluar la medicina a distancia porque se puede encontrar casos serios que se pueden consultar inmediatamente para que sean atendidos debidamente, estos centros primarios deben estar conectados con los centros especialistas.

El Dr. Medina presentó el presupuesto global para implementación de nueva oferta por un periodo de 6 meses.

POBLACIÓN BENEFICIARIA	581,954	
NÚMERO DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA	25	
GASTOS DE IMPLEMENTACIÓN		OBSERVACIÓN
RECURSOS HUMANOS(06 meses)	7,530,975	POR 425 TRABAJADORES
ALQUILER DE LOCALES(06 meses)	1,575,000	\$1,10,500 PROMEDIO
HABILITACIÓN DEL LOCAL	1,250,000	\$1,50,000 PROMEDIO
EQUIPAMIENTO MEDICO, MOBILIARIO	11,625,000	\$1,465,000 PROMEDIO
TOTAL	21,980,975	

Indicó que los centros de atención primaria II sólo tendrán toma de muestras, los exámenes de laboratorio serán procesados en la Red Asistencial Rebagliati, los exámenes radiológicos serán tercerizados, los Centros de Atención Primaria sí realizarían ecografías, la farmacia: a cargo de un Químico Farmacéutico. Asimismo, las funciones del equipo básico son diagnosticar, Identificar riesgos, e interviene sobre el estado de salud individual y familiar, brindando cuidado integral de salud, deben trabajar juntos acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

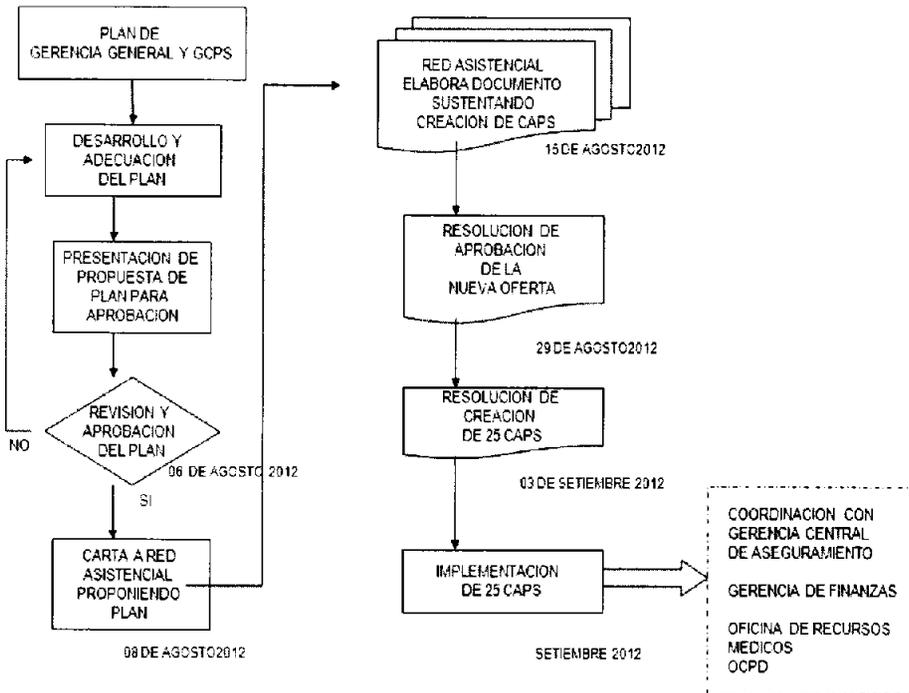
Para ello, se propone los siguientes requerimientos:

1. Infraestructura: Verificación de locales.
2. Aseguramiento: Población adscrita a través de una sectorización.
3. Informática: Colocación de red informática e implementación de sistema de información.
4. Gestión de las personas: Proceso de contratación de recursos humanos.
5. Resoluciones de creación.
6. Programa de Comunicación: Difusión de las prestaciones a realizar.
7. Recursos Médicos: Equipamiento, abastecimiento de medicamentos e insumos.
8. Asignación de recursos presupuestales para operatividad.

También, dio cuenta de los indicadores de gestión a ser considerados:

INDICADOR DE GESTIÓN		
% PACIENTES ADSCRITOS CON ATENCIÓN PREVENTIVA	CONSULTA PREVENTIVA	DISMINUCIÓN DEL DIFERIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE HOSPITALES
% PACIENTES ADSCRITOS QUE ACUDEN AL CAS POR PRIORIDADES III Y IV	CONSULTA RESOLUTIVA	DISMINUCIÓN DEL CONGESTIONAMIENTO DE LOS CAS
% DE REFERENCIAS DISMINUIDAS	CONSULTA RESOLUTIVA	DISMINUCIÓN DEL DIFERIMIENTO DE LA REFERENCIA EMITIDA

FLUJOGRAMA PARA LA CREACION DE CAPS



El señor Consejero Eduardo Iriarte felicitó al Dr. Julio Medina por la exposición destacando la claridad en la identificación de la problemática de la atención en salud. Respecto al punto referido al equipamiento y abastecimiento de medicamentos e insumos, sugirió que esto sea canalizado a través de la Gerencia Central de Logística y presentó el caso del Hospital Rebagliati, donde los médicos de cardiología están demandando equipos para atender a pacientes cuyos procesos de adquisición demoran largos períodos y se termina manteniendo en espera por varios meses a personas que requieren dichos equipos. Además, se genera un perjuicio a EsSalud por el costo de la cama y servicios que usa el asegurado mientras se espera que llegue el equipo.

El señor Consejero Gonzalo Garland felicitó también al Dr. Julio Medina y añadió que el tema debe complementarse con telemedicina para mejorar la atención.

Por su parte, el señor Consejero Harry Hawkins recordó que con fecha 06 de marzo de 2012 se presentó ante el Consejo Directivo una propuesta de modelo de atención en el primer nivel, el cual supuestamente iba a seguir un modelo similar al del Ministerio de Salud. Por lo tanto, consultó si lo presentado por el Dr. Julio Medina tiene relación con la presentación que se hizo en el mes de marzo.

De otra parte, indicó que el presupuesto presentado para el alquiler de locales por 6 meses considera un promedio de S/. 10,500, de lo que se deduce que el monto por mes sería de S/. 2,000. Frente a ello, preguntó si efectivamente se podría alquilar un local con ese monto. Finalmente, mencionó que si recién se propone el alquiler de locales, será muy difícil tener el plan implementado a diciembre.

El Dr. Álvaro Vidal indicó que todos los países del mundo que tienen éxito en su sistema de seguridad social han pasado por la etapa de mejora de la atención primaria de salud. Sin embargo, recordó que la propuesta está aún en etapa de formulación y señaló que luego de realizado los ajustes necesarios, el tema será presentado nuevamente en una sesión del Consejo Directivo.



El señor Consejero Gonzalo Garland indicó que se podría establecer convenios de alquiler con alguno de los hospitales cercanos a las redes, por ejemplo el grupo La Torre está ofreciendo 2 nuevos hospitales uno en Arequipa y otro en el Cusco.

El Dr. Álvaro Vidal mencionó que recientemente se aprobó un Decreto Supremo que aprueba las contraprestaciones entre el Ministerio de Salud y el Seguro Social de Salud, además de convenios específicos sobre el particular.

El señor Consejero Harry Hawkins consultó si es posible hacer un convenio con las municipalidades para tener locales sin costo.

Al respecto, el Dr. Álvaro Vidal indicó que se ha firmado un Convenio marco con la Municipalidad Metropolitana de Lima y falta proponer la aprobación de los Convenios específicos. No obstante, hay una buena disposición por parte de la Alcaldesa Susana Villarán para coordinar con EsSalud el intercambio de prestaciones.

El señor Consejero Oscar Alarcón, manifestó su apoyo a las iniciativas presentadas. De otra parte, sugirió el término recursos humanos sea reemplazado por potencial humano.

3. Informe del avance en la implementación de los Convenios aprobados por el Consejo Directivo

La Dra. Sylvia Cáceres, Secretaria General, indicó a modo de antecedentes que los convenios que suscribe EsSalud se rige por lo dispuesto en el literal m) del artículo 2 de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) señala:

...Para el cumplimiento de sus fines, EsSalud celebra convenios o contratos con otras entidades para la prestación de servicios relacionados con su finalidad y sus objetivos. La referida Ley, en el artículo 8, literal j) señala que es competencia del Presidente Ejecutivo celebrar convenios de cooperación técnica o de cualquier otra índole, con entidades nacionales o extranjeras; previa autorización del Consejo Directivo.

En ese sentido, precisó que en el período Agosto 2011 – Julio 2012, el Consejo Directivo ha aprobado 21 Convenios y Adendas (17 Convenios y 04 Adendas) cuyos fines se encuentran alineados con los Objetivos Estratégicos de EsSalud. El 38% de éstos (8 de 21) fueron aprobados en el año 2011 y el 62% restante (13 de 21) han sido aprobados en el año 2012. Tal como se muestra a continuación:

Objetivo 1:
Extender la cobertura de la seguridad social incluyendo a los trabajadores independientes e informales.

Objetivo 2:
Brindar atención integral, digna y de calidad, cambiando el modelo de servicios hacia uno centrado en la atención primaria de salud.

Objetivo 3:
Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social.

Objetivo 4:
Implementar una gestión eficiente y transparente, basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido.



Convenio con la Coordinadora Nacional de Pequeños Productores de Comercio Justo de Perú, Junta Nacional del Café, ENACO.



Convenio con ANCIE, Colegio Médico del Perú, Presidencia del Consejo de Ministros, AMPE, REMURPE, Municipalidad de Los Olivos, OPS, INS - MINSA



Convenio con la OIT para el Estudio Financiero Actuarial

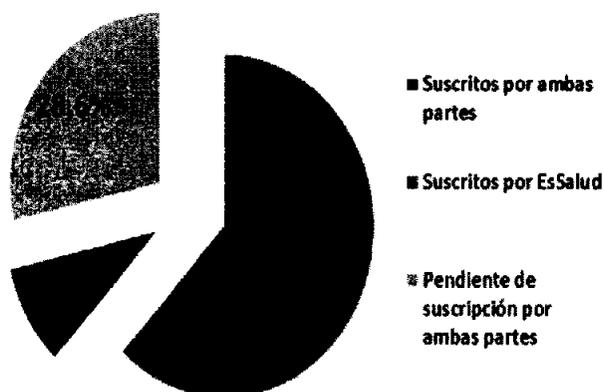


Convenio con SERVIR, RENIEC, Organización Iberoamericana de Seguridad Social - OISS, Adenda Perú - España.

Handwritten signatures and initials on the left margin of the page.

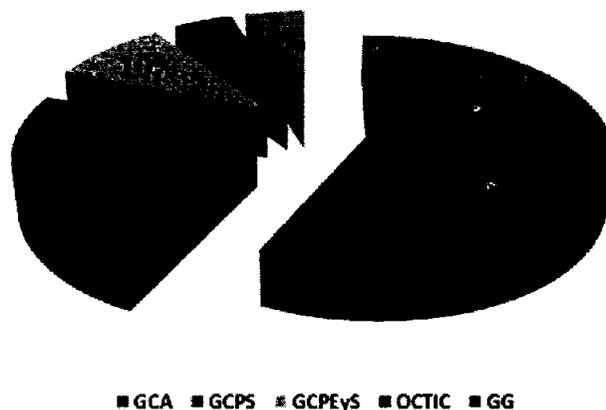
A la fecha, el 62% (13 de 21) de éstos han sido suscritos por ambas partes y 2 han sido remitidos con la firma de EsSalud a la otra parte interesada para continuar con el trámite correspondiente. Por tanto, el 29% de éstos (6 de 21) quedaría pendiente de suscripción por ambas partes.

Estado de Convenios y Adendas aprobados Ago 2011 – Jul 2012



Respecto a las áreas responsables, el 57% (12 de 21) de éstos corresponden a la Gerencia Central de Aseguramiento, el 24% (5 de 21) corresponden a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y el 20% restante se distribuye entre la Gerencia Central de prestaciones Económicas y Sociales (2 de 21), la Gerencia General (1 de 21) y la Oficina Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (1 de 21).

Relación de Convenios y Adendas según áreas responsables Ago 2011 – Jul 2012

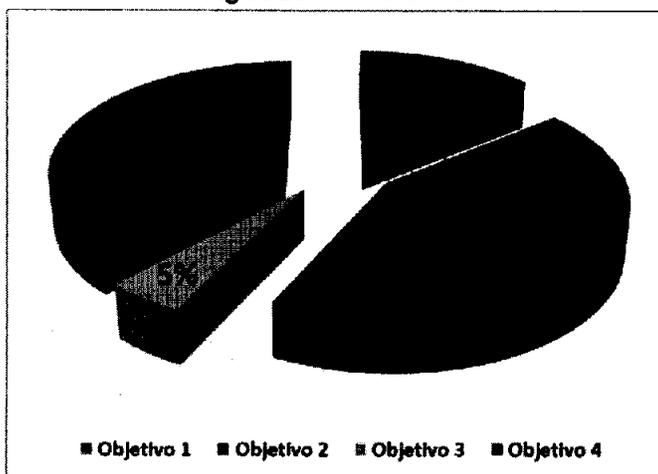


Así mismo, indicó que de los 17 Convenios aprobados, 82% (14 de 17) corresponden a Convenios Marco o de Cooperación Interinstitucional y 18% (3 de 17) corresponden a Convenios Específicos.

La evaluación y aprobación de éstos por parte del Consejo Directivo de EsSalud obedeció a una iniciativa de EsSalud en el 62% de los casos (13 de 21), mientras que en 38% de los restantes (8 de 21) fue solicitado por la contraparte.



**Relación de Convenios y Adendas según los Objetivos Estratégicos de EsSalud
Agos 2011 – Jul 2012**



A continuación presentó el estado de la implementación de los acuerdos:

Convenio	Acuerdo de Consejo Directivo	Estado
Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y la Coordinadora Nacional de Pequeños Productores de Comercio Justo de Perú	Mediante Acuerdo No. 73-21-ESSALUD-2012, del 21 de Diciembre de 2011 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 15 de Enero de 2012.
Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el Seguro Social de Salud - EsSalud y la Junta Nacional del Café - JNC	Mediante Acuerdo No. 5-2-ESSALUD-2012, del 26 de Enero de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	Suscripción pendiente
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el EsSalud y la Empresa Nacional de la Coca S.A. - ENACO	Mediante Acuerdo No. 16-6-ESSALUD-2012, del 28 de Marzo de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 26 de Mayo de 2012
Convenios Marco y Específico de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y el Colegio Médico del Perú	Marco: Acuerdo No. 65-18-ESSALUD-2011, del 25.Oct.11. Específico: Acuerdo No. 69-20-ESSALUD-2011, del 06.Dic.11	El Convenio Marco fue firmado el 04 de Noviembre de 2011 y el Específico el 07 de Diciembre de 2011.
Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el EsSalud y la Asociación Civil Religiosa "Diospi Suyana".	Mediante Acuerdo No. 67-19-ESSALUD-2011, del 08 de Noviembre de 2011, se aprobó la suscripción del Convenio.	Suscripción pendiente
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y la Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de Educación - ANCIJE	Mediante Acuerdo No. 72-20-ESSALUD-2012, del 21 de Diciembre de 2011 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 28 de Diciembre de 2011.
Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y la Asociación de Municipalidades del Perú - AMPE	Mediante Acuerdo No. 11-4-ESSALUD-2012, del 28 de Febrero de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 4 de Marzo de 2012.
Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y la Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú - REMURPE	Mediante Acuerdo No. 12-4-ESSALUD-2012, del 28 de Febrero de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	Suscripción pendiente

Adenda N° 3 al Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y la Municipalidad Distrital de Los Olivos	Mediante Acuerdo No. 19-9-ESSALUD-2012, del 8 de Mayo de 2012 se aprobó la suscripción de la Adenda.	La Adenda fue firmada el 30 de Mayo de 2012.
Adenda N° 1 al Acuerdo entre Perú y la Organización Panamericana de la Salud por el Fondo Rotatorio Regional para la adquisición de productos de salud pública	Mediante Acuerdo No. 22-10-ESSALUD-2012, del 31 de Mayo de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	Suscripción pendiente
Convenio Marco de Cooperación entre la Municipalidad Metropolitana de Lima y EsSalud	Mediante Acuerdo No. 30-14-ESSALUD-2012, del 24 de Julio de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 25 de Julio de 2012.
Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre la Oficina Internacional del Trabajo de la OIT y EsSalud	Mediante Acuerdo No. 4-4E-ESSALUD-2011, del 16 de Noviembre de 2011 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 16 de Noviembre de 2011.
Convenio Marco para la Asignación de Gerentes Públicos entre la Autoridad Nacional de Servicio Civil - SERVIR y EsSalud	Mediante Acuerdo No. 68-19-ESSALUD-2011, del 08 de Noviembre de 2011, se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 06 de enero de 2012.
Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional entre la OIT y EsSalud "Promoción de la Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Profesionales de los Trabajadores Asegurados"	Mediante Acuerdo No. 74-21-ESSALUD-2012, del 21 de Diciembre de 2011 se aprobó la suscripción del Convenio.	Suscripción pendiente
Convenio Marco del Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y PCM - Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informático	Mediante Acuerdo No. 8-3-ESSALUD-2012, del 9 de Febrero de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	Suscripción pendiente
Convenio Marco de Cooperación entre la Organización Iberoamericana de Seguridad Social - OISS y EsSalud	Mediante Acuerdo No. 1-1E-ESSALUD-2012, del 06 de Marzo de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 9 de Marzo de 2012

Convenio	Acuerdo de Consejo Directivo	Estado
Convenio de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y la PCM (Centro MAC - Mejor Atención al Ciudadano)	Mediante Acuerdo No. 15-6-ESSALUD-2012, del 28 de Marzo de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 13 de Junio de 2012.
Adenda al Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil - RENIEC y EsSalud	Mediante Acuerdo No. 18-9-ESSALUD-2012, del 8 de Mayo de 2012 se aprobó la suscripción de la Adenda.	Suscripción pendiente por parte de RENIEC.
Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre EsSalud y el Instituto Nacional de Salud - INS	Mediante Acuerdo No. 25-11-ESSALUD-2012, del 12 de Junio de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	El Convenio fue firmado el 25 de Junio de 2012.
Adenda al Convenio suscrito entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España - Dirección General de Emigración y EsSalud	Mediante Acuerdo No. 26-11-ESSALUD-2012, del 12 de Junio de 2012 se aprobó la suscripción del Convenio.	Suscripción pendiente por parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

[Handwritten signature]



El señor Consejero Harry Hawkins solicitó mayores detalles del estado de los convenios pendientes de firma como es el caso de la OIT, ONGEI y REMURPE.

El señor Consejero Gonzalo Garland destacó la presentación y señaló que ésta representa una relación muy elocuente del trabajo realizado por el Presidente Ejecutivo y su Directorio.

El señor Consejero Jorge Cristóbal saludó la presentación y solicitó información complementaria respecto al resultado de la implementación de éstos.

La Dra. Sylvia Cáceres indicó que el convenio con la OIT aún está pendiente porque la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene algunos aportes a la propuesta inicial los que deben definirse antes de proceder a la firma del Convenio.

Respecto al convenio con la ONGEI, informó que está pendiente porque no se pudo coordinar una fecha con el premier pese a la insistencia de la Oficina Central de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

Sobre el convenio con REMURPE mencionó que es un convenio que tiene que ser impulsado por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y el Coordinador Responsable del REMURPE.

Finalmente, el Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra agradeció la presentación de la Dra. Sylvia Cáceres e indicó que se hará llegar la información solicitada, con los aportes de las gerencias involucradas.

INFORMES Y PEDIDOS

El señor Consejero Jorge Cristóbal Párraga informó sobre la visita de supervisión realizada a 18 Centros Asistenciales y Hospitales de la Red de Junín y Huancavelica. Señaló que todo el informe correspondiente ha sido entregado para el trámite respectivo.

El Dr. Álvaro Vidal agradeció al Consejero Cristóbal por el informe presentado y por las visitas realizadas a las Redes Asistenciales.

Los señores Consejeros acordaron adelantar la próxima sesión del Consejo Directivo, prevista inicialmente para el 28 de agosto y realizarla el lunes 20 de agosto.

Por su parte, el señor Consejero Gonzalo Garland solicitó que no se dejen de lado los temas pendientes, como lo son MEDLAB y Torre Trecca.

El Dr. Álvaro Vidal indicó que se harán todos los esfuerzos para presentar los temas pendientes en la próxima sesión.

Informe sobre aprobación del Presupuesto

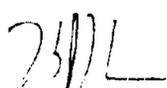
Se dio lectura al oficio del FONAFE, dirigido al Dr. José Somocurcio, Gerente General de EsSalud, mediante la cual se informa de la aprobación por parte de FONAFE de la primera propuesta de modificación del presupuesto 2012. Asimismo, mencionó que FONAFE ha solicitado que el Consejo Directivo apruebe el presupuesto desagregado.

Al respecto, la Dra. Sylvia Cáceres Pizarro mencionó que la respuesta del FONAFE debe ser ratificada por el Consejo Directivo para su implementación, por lo que sometió a consideración de los miembros del Consejo Directivo la inclusión de la presentación de la Primera Modificatoria Presupuestal aprobada por el FONAFE en la Orden del Día, lo que fue aprobado por los miembros del Consejo Directivo.

Siendo las doce del mediodía, se levantó la sesión.



Álvaro Eduardo Vidal Rivadeneyra



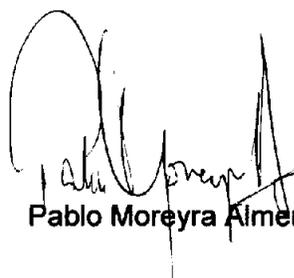
Harry John Hawkins Mederos



Antonio Gonzalo Garland Iturralde



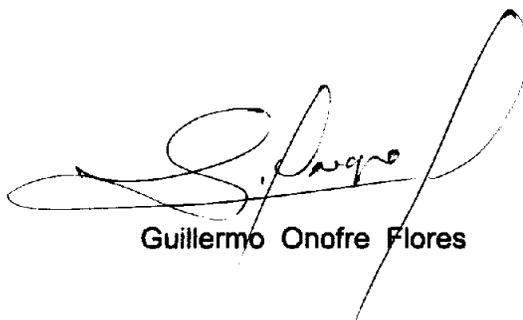
Eduardo Francisco Iriarte Jiménez



Pablo Moreyra Almenara



Oscar Alarcón Delgado



Guillermo Onofre Flores



Jorge Alberto Cristóbal Párraga



ANA RITA GAURET NOVOA
SECRETARIA GENERAL
ESSALUD