

GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD

ORDENANZA REGIONAL N° 031-2008-GR-LL/CR

"APROBAR EL PLAN REGIONAL ANTICORRUPCIÓN DE LA GESTIÓN EN EL SECTOR SALUD"

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD

POR CUANTO:

El Consejo Regional del Gobierno Regional de La Libertad, de conformidad con lo previsto en los artículos 197° y 198° de la Constitución Política del Perú de 1993, modificado por la Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV, sobre Descentralización Ley N° 27680, Ley de Bases de Descentralización Ley N° 27783, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867 y su modificatoria Ley N° 27902, y demás normas complementarias.

EL CONSEJO REGIONAL DEL GOBIERNO REGIONAL DE LA LIBERTAD,

VISTO:

En Sesión Extraordinaria de Consejo Regional de fecha 31 de Diciembre del dos mil ocho, la propuesta por el Consejo Regional de Salud a través de la Gerencia Regional de Salud relativo aprobar el Plan Regional Anticorrupción de la Gestión en el Sector Salud ; y,

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 191° de la Constitución Política del Estado de 1993, modificada por Ley N° 27680, establece que los gobiernos regionales tienen autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia; y en su Artículo 192° inciso 1) dispone que los gobiernos regionales son competentes para aprobar su organización interna y su presupuesto.

Que, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales Ley N° 27867 modificada por la Ley N° 27902, establece en su Artículo 38° que las Ordenanzas Regionales norman la organización del Gobierno Regional.

Que, el Artículo 15° de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 27867, establece como atribución del Consejo Regional aprobar, modificar o derogar las normas que regulen o reglamenten los asuntos y materias de competencias y funciones del Gobierno Regional.

Que, los actos de corrupción tienen repercusión sobre la salud pública al afectar diversos elementos de la prestación del servicio. Por tanto, al desviarse recursos por esos actos se están reduciendo los fondos para cubrir salarios apropiados, para adquirir los materiales y equipos necesarios o para darles mantenimiento, para aumentar la cantidad de establecimientos y asegurar una mejor cobertura.

Que, la corrupción en el sector salud produce ineficiencia al hacerse un uso incorrecto de los recursos del Estado para el cumplimiento de sus obligaciones, y por tanto, afecta la calidad de la atención.

Que, existiendo un interés manifiesto del Gobierno Regional para la formulación de un instrumento que determine la estrategia a seguir para combatir la corrupción en el sector salud, se solicitó al Consejo Regional de Salud, como instancia consultiva del Gobierno Regional, la formulación de un Plan Regional Anticorrupción de la Gestión en Salud.



Que, el Consejo Regional de Salud, con la colaboración del Proyecto Promoviendo Alianzas y Estrategias y Proética, ha desarrollado un Plan Regional Anticorrupción de la Gestión en Salud tomando como marco de análisis el Mapa de Riesgo de Corrupción desarrollado por Proética, el cual no busca señalar culpables, sino defectos en los procesos de gestión, identificando problemas o limitaciones en la organización de los servicios públicos, ya sea por falta de transparencia y rendición de cuentas; la ineficiencia de los mecanismos para controlar y sancionar; o bien, la escasa vigilancia ciudadana.

Que, con la finalidad de reducir los espacios proclives a la corrupción en el sector salud, se han propuesto una serie de medidas y acciones en tres procesos de gestión priorizados: i) gestión institucional de recursos humanos; ii) gestión de adquisiciones y contrataciones; y, iii) gestión de atención a los pacientes.

Que, la priorización de medidas y acciones en los procesos de gestión mencionados, obedece a un "Diagnóstico sobre las Prioridades Regionales de la Corrupción en Salud", que determinó como problemas centrales del sector, los siguientes: i) selección y contratación de personal, ii) uso indebido e incumplimiento de horarios, iii) adquisición de bienes en general, iv) cobros indebidos por servicios que deben ser gratuitos; y, v) sustracción y pérdidas de medicamentos e insumos médicos en la hospitalización.

Que, en relación a los dos primeros problemas centrales asociados al proceso de gestión de recursos humanos, se resaltó: i) que en los concursos para contratación de personal, la publicación de información no sería suficiente para garantizar un proceso sin riesgo de corrupción; ii) que la elaboración del perfil del cargo es un momento donde se podrían crear condiciones para que determinados postulantes sean favorecidos; iii) que se podría estar favoreciendo a personas allegadas mediante la publicación extemporánea de cronogramas; iv) que existiría una alta discrecionalidad por parte de la comisión para aplicar la prueba psicotécnica debido a holgados márgenes de subjetividad del examinador; v) que en contratos por Servicios No Personales el tiempo estipulado en la norma legal podría estarse sobrepasando para beneficio del contratado; vi) que existiría incumplimiento de la normativa por parte de los funcionarios ante el desconocimiento del marco normativo básico, producto de una mala inducción del personal; vii) que los mecanismos para control de asistencia de personal no estarían cumpliendo su cometido; viii) que en servicios y establecimientos existiría un débil control de las horas denominadas "sanitarias"; ix) que estaría dándose un abuso en el uso de descansos médicos; x) que podría no estarse informando ni sancionando las faltas por una mala entendida flexibilidad o "espíritu de cuerpo"; y, xi) que existirían mecanismos muy débiles para hacer el registro de las quejas de pacientes respecto de la ausencia del personal, de las denuncias de los usuarios por demora en el inicio o interrupción de la consulta externa, del reporte de vigilancia sobre salida de personal sin papeleta, de la suspensión de operaciones por ausencia de personal, de las quejas de los pacientes hospitalizados por falta de atención en el cuidado en el turno de la noche, de las denuncias en los medios de comunicación.

Que, en relación a la adquisición de bienes en general, asociada al proceso de gestión de contrataciones y adquisiciones, se determinó que los "largos procesos de adquisición" estarían obstaculizando la fluidez de la atención asistencial, por lo que habría conllevado la adopción de estrategias de aceleración de las adquisiciones mediante la fragmentación de los requerimientos, poniéndose de manifiesto una alta discrecionalidad para las adquisiciones e imposibilidad de saber si existe un interés corrupto en la compra.

Que, en relación a los últimos dos problemas priorizados relativos al proceso de gestión de la atención de los pacientes, se resaltó que: i) el problema de cobros indebidos tendría como particular afectado a la población beneficiaria del SIS debido a los escasos y mínimos niveles de control en los servicios de atención de los asegurados, así como por la desinformación que éstos tienen acerca de qué servicios son gratuitos, lo que permitiría que en algunos casos, el personal de los establecimientos de salud se beneficie económicamente a expensas de los asegurados por cobros adicionales



injustificados; y, ii) el problema de administración de medicamentos se debería principalmente a la falta sistemática de mecanismos institucionales de control para impedir la sustracción por personas que frecuentan los ambientes de hospedaje y atención de los pacientes en los establecimientos de salud, por lo que no se cuenta con pruebas para sancionar a los responsables.

Que, en atención a esta problemática y en función a las medidas y acciones desarrolladas por el Consejo Regional de Salud en el Plan Regional Anticorrupción de la Gestión en Salud, se ha propuesto la aprobación de una norma regional que establezca las disposiciones a seguir para el combate a la corrupción en el sector salud.

De conformidad con la Constitución Política del Perú de 1993, y en uso de las facultades y atribuciones conferidas por el Artículo 37° y Artículo 38° de la Ley Orgánica de Gobierno Regionales, Ley N° 27867, modificadas mediante Ley N° 27902 y Ley N° 28968.

HA APROBADO LA SIGUIENTE ORDENANZA REGIONAL:

Capítulo I. Disposiciones Generales

Artículo 1.- Objeto

La presente Ordenanza Regional tiene por objeto aprobar el Plan Regional Anticorrupción de la Gestión en el Sector Salud para eliminar progresivamente las prácticas proclives a la corrupción en la gestión en salud conforme a las prioridades regionales. Según el anexo 2 que forma parte integrante de la presente Ordenanza Regional.

Artículo 2.- Ámbito de aplicación

Es de aplicación en todas las entidades y órganos del sector de salud que pertenece al Gobierno Regional La Libertad.

Artículo 3.- Finalidad

La finalidad es plantear acciones para mejorar las condiciones de los procesos de gestión y atención, asociados a los problemas priorizados en el sector salud, a efecto de evitar actos de corrupción.

Artículo 4.- Definición

Para efectos de la presente Ordenanza Regional se entiende por corrupción el uso indebido del poder público y/o sus recursos en beneficio de intereses particulares.

Artículo 5.- Alcances

Las acciones de la presente Ordenanza Regional se plantean para evitar que se cometan actos de corrupción, están dirigidas a lograr mejoras significativas en tres importantes ámbitos de la gestión pública:

- La transparencia y rendición de cuentas
- El control y sanción
- La participación y vigilancia ciudadana

Capítulo II. De los Objetivos Regionales Anticorrupción de la Gestión en Salud

Artículo 6.- De los objetivos

Son objetivos del Gobierno Regional La Libertad para la lucha anticorrupción de la Gestión en salud, los siguientes:

1. La gestión pública de los recursos humanos en salud garantiza la transparencia e igualdad de oportunidades en los procesos de selección y contratación de



personal, así como el estricto cumplimiento de los horarios de trabajo del personal de la Gerencia de Salud La Libertad y de todos sus establecimientos.

2. Los procesos de adquisiciones y contrataciones son transparentes y cuentan con el control y vigilancia de los ciudadanos.
3. La gestión de la atención de los pacientes en todos los establecimientos de salud del Gobierno Regional garantiza la protección contra cobros indebidos y la sustracción o pérdida de sus medicamentos e insumos médicos.

Artículo 7.- De las prioridades regionales y los procesos de gestión implicados

Los objetivos anteriormente señalados en el Artículo 6º están asociados al diagnóstico y priorización de cinco problemas específicos de corrupción en el sector salud, los mismos que guardan relación directa con tres procesos fundamentales de la gestión pública regional en salud, sobre los que se establecen disposiciones para su solución en la presente ordenanza.



PROBLEMAS	PROCESOS
1. Selección y contratación inadecuada de personal	Gestión institucional de recursos humanos
2. Uso indebido e incumplimiento de horarios	
3. Adquisición y administración de bienes y servicios en general	Gestión de contrataciones y adquisiciones
4. Cobros indebidos en establecimientos de salud.	Gestión de la atención de los pacientes
5. Sustracción y pérdidas de medicamentos e insumos médicos en la hospitalización	

Capítulo III. De las metas y disposiciones para combatir la corrupción en salud

Artículo 8.- Metas Regionales Anticorrupción de la Gestión en Salud.

Se establece que, en el período 2009-2010, las metas regionales son las siguientes:

En el proceso gestión institucional de recursos humanos:

- a) 100% de procesos de selección y contratación de personal, que realizan todas las unidades ejecutoras de salud, incluida la contratación bajo la modalidad de contrato administrativo de servicio, son difundidos en la Página Web del Gobierno Regional y/o de la Gerencia de Salud, por lo menos con 15 días de anticipación.
- b) 100% de concursos de selección aplican criterios de evaluación para los puestos según necesidad de servicios por términos de referencia o perfil ocupacional, incluida la modalidad de contrato administrativo de servicios.
- c) 0% de establecimientos de salud se encuentran con personal asistencial injustificadamente incompleto por incumplimiento de su programación de la atención.
- d) 100% de establecimientos de salud publican en un lugar visible de la localidad y del establecimiento la programación mensual del horario de

atención del personal de salud para la consulta externa a los usuarios de los servicios.

En el proceso contratación y adquisiciones:

- e) No más del 10% del presupuesto en adquisiciones y contrataciones se ejecuta a través de procesos de menor cuantía.

En el proceso atención de los pacientes:

- f) 0% de hogares reportan pagos por la consulta médica al niño afiliado al SIS.
- g) No más del 5% de quejas que son reportadas por los beneficiarios afiliados al SIS, corresponden a denuncias por pagos indebidos en establecimientos públicos de salud.
- h) 0% de pacientes reportan sustracción de sus medicinas y/o insumos durante su hospitalización.

Artículo 9.- De las disposiciones para mejorar la transparencia y rendición de cuentas.-

Para la mejora significativa de la transparencia y rendición de cuentas, se pondrán en marcha las siguientes medidas:

- a) Publicación regular de los procesos de concurso autorizados en todas las unidades ejecutoras del sector salud, en la Página Web de la Gerencia de Salud y/o del Gobierno Regional, por lo menos con 10 días calendarios de anticipación, señalando las plazas, requisitos, criterios de evaluación y cronograma de concurso.
- b) La GERESA, sus unidades ejecutoras, hospitales y redes de servicios elaborarán semestralmente un reporte de rendición de cuentas sobre la gestión, incluyendo la implementación de las metas de las prioridades anticorrupción.
- c) Publicación semestral en la Página Web de la Gerencia de Salud y del Gobierno Regional de los resultados de la evaluación de los indicadores del Plan Regional Anticorrupción de la Gestión en Salud.
- d) Publicación en la Página Web de la Gerencia de Salud de los requisitos mínimos y competencias requeridas para los concursos y contrataciones por vía administrativa de servicios, conforme a la programación anual de contrataciones, por unidad ejecutora.
- e) Publicación en la Web de la Gerencia de Salud y/o del Gobierno Regional del Plan Anual de Adquisiciones y de los informes de control previo de las compra de bienes, servicios y medicamentos adquiridos por la modalidad de Menor cuantía.
- f) Realización por parte de las unidades ejecutoras de salud de por lo menos una rendición de cuentas anual, que incluya los avances en las metas de las prioridades anticorrupción.
- g) Rendición de cuentas semestral de las microrredes hacia su población asignada respecto a los resultados alcanzados en su gestión, incluyendo la evaluación de las medidas anticorrupción implementadas, según lo establecido en el Plan Regional Anticorrupción de la Gestión en Salud.



- h) Incorporar en la rendición de cuentas de las microrredes acerca de la implementación de las medidas anticorrupción el reporte del "Aval Liberteano"¹ y de otras iniciativas existentes de la sociedad civil.

Artículo 10.- De las disposiciones para mejorar el control y aplicación de sanciones.-

Para la mejora significativa en el control y aplicación de sanciones ante actos de corrupción, se ejecutarán las siguientes medidas:

- a) El Gobierno Regional La Libertad y la GERESA deben tener y publicar semestralmente registros de personal sancionado agrupados según faltas de temas específicos similares. Para dicha publicación el proceso debe haber culminado en todas las instancias de apelación respectivas tanto administrativas como judiciales.
- b) Las unidades ejecutoras establecerán los requisitos mínimos y competencias requeridas para los concursos y contrataciones por vía administrativa de servicios en su programación anual de contrataciones.
- c) Establecimiento del perfil y requisitos mínimos para la contratación del personal de confianza.
- d) Actualización y utilización de los perfiles ocupacionales de los manuales de organización y funciones (MOF) para los procesos de selección de personal hasta nivel de microrredes.
- e) Supervisión mensual del cumplimiento de la programación de horarios, su publicación y el control de permanencias en los establecimientos.
- f) Realización de estudios especiales de inspección a las adquisiciones y contrataciones por menor cuantía.
- g) Implementación de mecanismos para la solución de los reportes de quejas, especialmente de las referidas a pagos indebidos.
- h) Implementación de mecanismos para que los medicamentos e insumos de los pacientes hospitalizados sean custodiados y devueltos formalmente por el personal de los servicios para su administración diaria (los pacientes no se harán cargo de la custodia de sus medicinas y materiales médicos).

Artículo 11.- De las disposiciones para incrementar la participación y vigilancia ciudadana.-

Para el incremento significativo de la participación y vigilancia ciudadana, se ejecutarán las siguientes medidas:

- a) Incorporar a representantes del CRS y de la sociedad civil (particularmente los colegios profesionales de las profesiones de la salud) en todos los procesos de concurso de personal en calidad de veedores desde su inicio. El Gobierno Regional convocará a dichos representantes en los procesos de mayor relevancia.
- b) Acreditación oficial de veedores de la sociedad civil ante la Gerencia Regional de Salud.

¹ Estrategia de vigilancia ciudadana promovida por la Gerencia Regional de Salud.

- c) Visitas inopinadas, elaboración y envío de reportes de veedores acreditados de la sociedad civil para realizar el control de permanencia.
- d) Garantizar la participación inopinada de veedores representantes de la sociedad civil en los procesos de adquisición de menor cuantía en al menos el 10% de los mismos. La GERESA y las unidades ejecutoras del sector salud convocarán a dichos representantes con los documentos respectivos.

Artículo 12.- De las obligaciones de la Gerencia de Salud

Es responsabilidad de la Gerencia Regional de Salud:

- a) La elaboración del Proyecto de la Resolución Ejecutiva Regional que disponga la implementación del Plan Regional Anticorrupción de la Gestión en Salud.

Artículo 13.- Del monitoreo y supervisión

Para garantizar el adecuado cumplimiento de los objetivos, metas y disposiciones establecidos en la presente Ordenanza Regional Anticorrupción de la Gestión en Salud, la Gerencia de Salud elaborará un reporte cada seis (6) meses del nivel de avance alcanzado, debiendo detallar avances, problemas y propuestas para la mejora de las acciones que se estén implementando.

Dicho informe se presentará ante el Consejo Regional del Gobierno Regional La Libertad para rendir cuentas del nivel de implementación alcanzado.

Artículo 14.- De los indicadores

Para verificar el cumplimiento de los objetivos, metas y resultados establecidos en la presente ordenanza regional, se aplicarán los indicadores que se presentan en el anexo 1 de esta norma.

En el anexo 1 se detalla el órgano responsable de hacer la verificación, así como la periodicidad, línea basal, meta, fuente y fórmula.

Artículo 15.- De la evaluación y rendición de cuentas

Una vez al año el Presidente Regional presentará y sustentará un informe anual ante la audiencia regional de rendición de cuentas, sobre el avance en el cumplimiento de los indicadores, los resultados y limitaciones de la implementación de las disposiciones para el combate de la corrupción en salud.

Capítulo III. De las sanciones por incumplimiento de la presente norma

Artículo 16.- Obligación de cumplimiento

Todas las entidades y órganos del sector salud regional, están obligados a cumplir lo señalado en la presente Ordenanza.

Artículo 17.- Sanciones

Los responsables identificados en el Artículo 16º de la presente Ordenanza Regional serán acreedores a las siguientes sanciones en caso de incumplir las medidas a su cargo:

El incumplimiento por parte de los funcionarios o servidores públicos con las disposiciones que se deriven de la presente Ordenanza Regional constituye falta de carácter administrativo, en atención a lo dispuesto por el artículo 28º del Decreto Legislativo N° 276, concordante con lo dispuesto en el artículo 26º del mismo Decreto que regula las sanciones a aplicar.

La inobservancia o incumplimiento de la presente Ordenanza Regional por parte de personal contratado a plazo determinado o personal de confianza, sin perjuicio de las



acciones civiles y penales a las que hubiere lugar, serán sancionados, según la gravedad de la falta con:

- a. Llamado de atención público;
- b. Solicitud de no renovación del contrato al órgano competente.

Disposiciones finales

Artículo 18.- La Gerencia General Regional y la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional La Libertad, mantendrán actualizada la página Web del Gobierno Regional y/o de la Gerencia de Salud con los resultados de la evaluación de indicadores del Plan Regional Anticorrupción de Salud.

Artículo 19.- Mediante Reglamentos y Directivas se determinarán disposiciones complementarias que faciliten la implementación de la presente Ordenanza Regional.

Artículo 20.- La presente Ordenanza Regional entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el diario oficial "El Peruano".

Comuníquese al Señor Presidente del Gobierno Regional La Libertad para su promulgación.

En Trujillo, a los treinta y uno días del mes de diciembre del año dos mil ocho.



CONSEJO REGIONAL LA LIBERTAD

Dr. CARLOS ANTONIO ALVAREZ CHAVEZ
Consejero Delegado

AL SEÑOR PRESIDENTE DEL GOBIERNO REGIONAL LA LIBERTAD

POR TANTO:

Mando se registre y cumpla.

Dado en la Sede del Gobierno Regional La Libertad a 08 ENE 2009




Ing^o JOSE H. MURGIA ZANNIER
Presidente Regional

Anexo 1
Tabla de indicadores y metas

1 Objetivo estratégico anticorrupción del proceso de "Gestión de Recursos Humanos"

La gestión pública de los recursos humanos en salud garantiza la transparencia e igualdad de oportunidades en los procesos de selección y contratación de personal, y el cumplimiento de los horarios de trabajo del personal de la Gerencia de Salud La Libertad y de todos sus establecimientos.

- Indicador 1: Porcentaje de procesos de selección y contratación de personal, que realizan todas las unidades ejecutoras de salud, incluida la contratación bajo la modalidad de contrato administrativo de servicio, difundidos en la Página Web del Gobierno Regional y/o de la Gerencia de Salud, por lo menos con 15 días de anticipación.

- Línea basal 2008: No disponible
- Meta: 100%

Fórmula

$$\frac{\text{nro de procesos publicados}}{\text{total de procesos de contratación realizados}}$$

Fuente

Reporte Trimestral del Consejo Regional de Salud (CRS) basado en la Página Web oficial del Gobierno Regional o la Gerencia de Salud.

Periodicidad

Trimestral

Responsable de información / medición

Unidad Técnica del CRS, con la participación de los comités de ética de los colegios profesionales

- Indicador 2: Porcentaje de concursos de selección que criterios de evaluación para los puestos según necesidad del servicio en los términos de referencia o perfil ocupacional, incluida la modalidad de contrato administrativo de servicios.

- Línea basal 2008: No disponible
- Meta: 100%

Fórmula

$$\frac{\text{nro. de concursos de selección con criterios de evaluación}}{\text{total de concursos de selección realizados}}$$

Fuente

Reporte semestral

Periodicidad

Semestral

Responsable de información/medición

Dirección de Desarrollo de RRHH

Indicador 3: Porcentaje de establecimientos de salud que se encuentra con personal asistencial injustificadamente incompleto por incumplimiento de su programación de la atención

- Línea basal 2008: no disponible
- Meta: 0%

Fórmula

$$\frac{\text{Establecimientos con personal asistencial incompleto por red}}{\text{total de establecimientos supervisados inopinadamente por red}}$$

Fuente

Reporte de controles de permanencia de veedores acreditados de la sociedad civil (Aval Liberteño)

Periodicidad	Trimestral
Responsable	Dirección de Calidad / Responsable del Aval Liberteño

- Indicador 4: Porcentaje de establecimientos de salud que publican en un lugar visible de la localidad y del establecimiento la programación mensual de horario de atención del personal de salud para la consulta externa a los usuarios de los servicios.
- Línea basal 2008: no disponible
- Meta: 100%

Fórmula

$$\frac{\text{nro. de establecimientos que publican programación mensual de personal para la consulta externa y para la atención de emergencia de la microrred } i}{\text{total de establecimientos supervisados de la microrred } i}$$

Fuente	Reporte de supervisión de la red
Periodicidad	Mensual
Responsable	Dirección de Calidad de la Gerencia de Salud

2 Objetivo estratégico anticorrupción del proceso "Gestión de contrataciones y adquisiciones"

Los procesos de adquisiciones y contrataciones son transparentes, controlados y vigilados por los ciudadanos.

- Indicador 5: Porcentaje del monto presupuestal en adquisiciones y contrataciones que se ejecuta a través de procesos de menor cuantía.
- Línea basal 2008: No disponible
- Meta: menor al 10%.

Fórmula

$$\frac{\text{total de presupuesto ejecutado en adquisiciones y contrataciones de menor cuantía por la unidad ejecutora } i}{\text{total de presupuesto ejecutado en adquisiciones y contrataciones de la unidad ejecutora } i}$$

Fuente	Reporte especial de auditoría de la Oficina de Control Interno de la Gerencia de Salud
Periodicidad	Semestral
Responsable de información/medición	Oficina de Control Interno

3 Objetivo estratégico anticorrupción del proceso "Gestión de la atención de los pacientes"

La gestión de la atención de los pacientes garantiza en todos los establecimientos de salud de la región la protección contra cobros indebidos y la sustracción y pérdida de medicamentos e insumos médicos.

- **Indicador 6:** Porcentaje de hogares que reportan pagos por consulta médica al niño afiliados al SIS.

Fórmula

$$\frac{\text{Número de consultas externas a niños afiliados al SIS en las que se reportaron pagos}}{\text{Total de consultas a niños afiliados al SIS en las últimas 4 semanas}}$$

Fuente: ENAHO (INEI)

Periodicidad: Anual

Responsable de información / medición: Oficina de Estadística e Informática Gerencia de Salud

- Línea basal: 11,2% (Fuente ENAHO 2007)

- Meta: 0%

- **Indicador 7:** Porcentaje de quejas que son reportadas por los beneficiarios afiliados al SIS, que corresponden a denuncias por pagos indebidos en establecimientos públicos de salud.

Fórmula

$$\frac{\text{Número de quejas de beneficiarios SIS que reportan pagos por servicios en establecimientos de salud en zonas del Programa JUNTOS}}{\text{Total de quejas de beneficiarios del Programa JUNTOS}}$$

Fuente: Reportes del Aval y/o del Coordinadores del Programa JUNTOS

Periodicidad: Trimestral

Responsable de la información: Dirección de Calidad

- Línea basal: no determinada

- Meta: menor del 5%

- **Indicador 8:** Porcentaje de pacientes que reportan sustracción de medicinas y/o insumos durante su hospitalización

Fórmula

$$\frac{\text{Número de pacientes del servicio de hospitalización i que reportan la sustracción de sus medicinas o materiales médicos}}{\text{Total de pacientes hospitalizados en el servicio de hospitalización i}}$$

Fuente: Encuesta hospitalaria

Periodicidad: Trimestral

Responsable de medición: Dirección de Calidad

- Línea basal: No disponible

- Meta: 0%

**Plan Regional Anticorrupción en Salud
La Libertad**

2008-2010

Agosto, 2008

Gobierno Regional de La Libertad

(Propuesta formulada por el Consejo Regional de Salud La Libertad)

Plan Regional Anticorrupción en Salud La Libertad

2008-2010

I. PRESENTACIÓN

La importancia de elaborar el Plan Regional Anticorrupción en Salud en la región La Libertad obedece al interés manifiesto del Gobierno Regional, quien solicitó al Consejo Regional de Salud (CRS) su formulación. El Consejo Regional de Salud según la ley 27813¹ de creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, es una instancia consultiva del gobierno regional que tiene entre sus funciones: promover la concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica y evaluación de la gestión sanitaria.

Asimismo, el interés de elaborar el plan anticorrupción proviene de los compromisos asumidos en el Acuerdo Regional de Partidos Políticos en Salud La Libertad, suscrito en noviembre del 2006 durante el proceso electoral regional.

II. ENFOQUE ANTICORRUPCIÓN

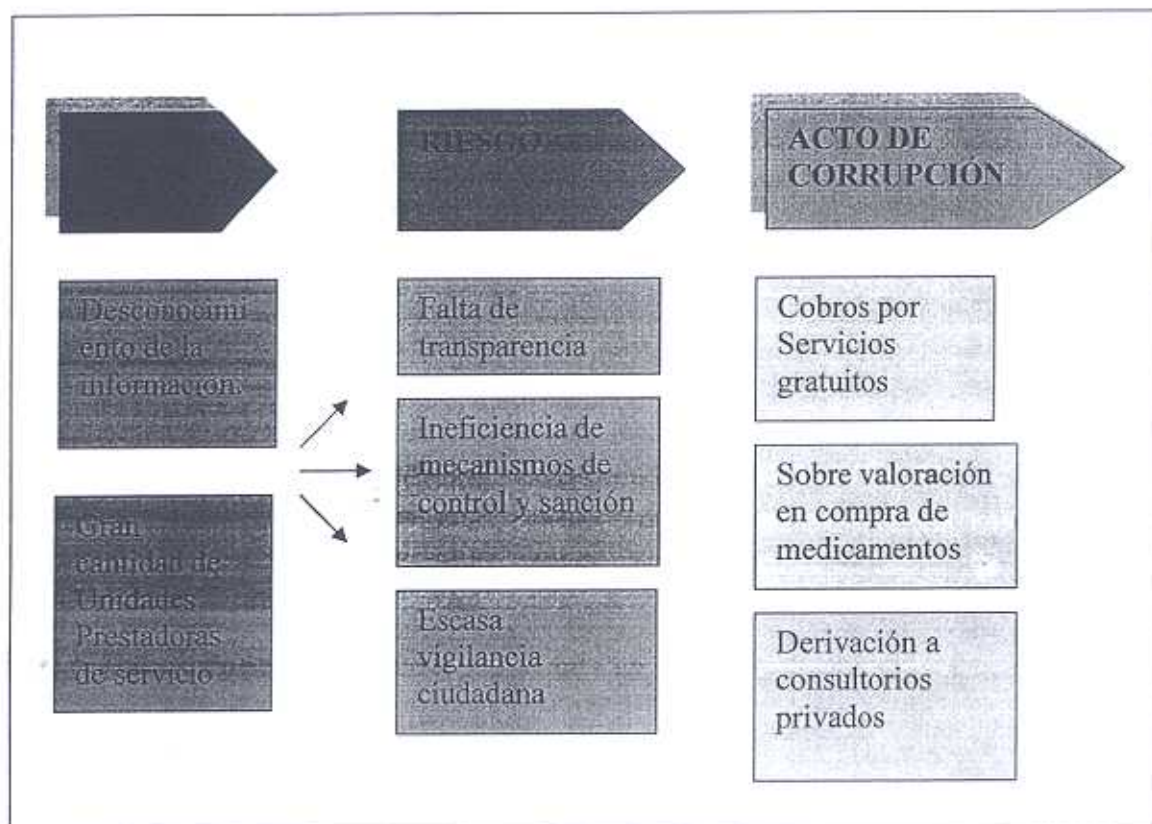
El Plan Regional Anticorrupción en Salud tiene por finalidad de reducir los espacios proclives a la corrupción, para lo cual se proponen medidas y acciones en los siguientes procesos de gestión: i) Gestión institucional de recursos humanos. ii) Gestión de adquisiciones y contrataciones. iii) Gestión de atención a los pacientes.

El enfoque anticorrupción ha sido trabajado definiendo a la corrupción como el abuso o mal uso de un poder público con el objetivo de obtener algún tipo de beneficio privado indebido.

En el sector salud, los problemas de corrupción tendrían su causa en la confluencia de dos factores que se describen a continuación (Sayedoff y Hussmann 2006: 5 - 7)². El primero, es el desequilibrio de la información que se da principalmente entre quien presta el servicio médico y el paciente que lo requiere. Por regla general, los pacientes desconocen las normas y procedimientos de los servicios de salud, hecho que en muchos casos es utilizado por los prestadores para beneficio propio. El segundo factor lo constituye la gran cantidad de unidades involucradas en la prestación del servicio; lo que dificulta su control y aumenta la discrecionalidad de los agentes del sistema. En ese sentido, los factores descritos aparecen como condicionantes o problemas estructurales inherentes a la prestación del servicio de salud público que permiten que la corrupción afecte tal servicio. Como consecuencia de dichos factores y dependiendo del grado de institucionalidad del Estado y de la ciudadanía, aparecen los distintos riesgos de corrupción que se detallan mas adelante.

¹ Del 12 de agosto 2002.

² En: Transparency International, Global Corruption Report 2006. Corruption and health.



Los actos de corrupción tienen repercusión sobre la salud pública pues afectan diversos elementos de la prestación del servicio. Así, al desviarse recursos por esos actos se están reduciendo los fondos para cubrir salarios apropiados, para adquirir los materiales y equipos necesarios o para darles mantenimiento, para aumentar la cantidad de establecimientos y asegurar una mejor cobertura.

La corrupción en el sector produce ineficiencia -uso incorrecto de los recursos del Estado para el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones- y afecta la calidad de la atención. Por ejemplo, en la compra sobrevaluada de medicamentos, el Estado tiene que asumir el costo adicional, los periodos de adquisición se alargan y se producen desabastecimientos que afectan a los usuarios.

Para la formulación del PRAC Salud se ha utilizado como marco de análisis el Mapa de Riesgo de Corrupción desarrollado por Proética, basado en los trabajos en varias regiones del Perú³. El Mapa de Riesgos se basa en la identificación de problemas o limitaciones en la organización de los servicios públicos que pueden favorecer la corrupción. Por lo tanto, este marco de análisis no busca señalar culpables, sino defectos en los procesos de gestión, identificando tres tipos de riesgos que están presentes en la mayoría de las instituciones públicas y que permiten que se cometan actos de corrupción: i) la falta de transparencia y de rendición de cuentas ii) la ineficiencia de los mecanismos para controlar y sancionar; y iii) la escasa la vigilancia ciudadana (Rotta Castilla 2007: 45 y ss)⁴.

La conjunción de estos tres elementos genera un escenario propicio para que un actor corrupto pueda desenvolverse con éxito. Sin embargo, para que el acto se

³ Mapas de riesgos de corrupción: Lambayeque (2004), Junín (2005), Ayacucho y Cajamarca (2007), Huancavelica (aún no publicado) y San Martín (en proceso).

⁴ En: Proética, IV Encuesta Nacional sobre Corrupción 2006. Proética: Lima, 2007.

concreto aún faltaría un elemento más, que precisamente se encuentra en el lado del sujeto: esto es que tenga una motivación corrupta y la capacidad para actuar en el escenario dispuesto.

III. PROCESO DE TRABAJO SEGUIDO

Tal como se mencionó en la presentación, el trabajo desarrollado para la elaboración del Plan Regional Anticorrupción en Salud obedeció a un interés manifiesto de los principales partidos políticos de la región que luego fue retomado por el Gobierno Regional a través del encargo al Consejo Regional de Salud. El proceso de formulación tuvo la asistencia técnica del proyecto Promoviendo Alianzas y Estrategias de USAID y de la institución especializada en políticas anticorrupción PROETICA. El trabajo se organizó en tres etapas:

Identificación de los principales problemas de corrupción en el sector.

El análisis de la problemática de corrupción en el sector salud a nivel de la región La Libertad tuvo como primer insumo un grupo de problemas de corrupción seleccionados en un taller inicial con integrantes del Consejo Regional de Salud y otros representantes de relevancia en el sector. En este taller los participantes priorizaron los problemas más frecuentes o más perniciosos que favorecen los actos de corrupción.

1. Levantamiento de información para la elaboración del diagnóstico sobre corrupción en el sector salud.

Una vez elaborada la "Lista priorizada de problemas de corrupción en el sector salud", se procedió a realizar un trabajo de recojo de información y análisis para buscar explicación a tales problemas, de acuerdo al marco analítico de los riesgos de corrupción; teniendo como resultado el *Diagnóstico Regional Sobre Corrupción en Salud - La Libertad*⁵.

2. Elaboración del Plan Regional Anticorrupción en Salud.

Finalmente, frente a los problemas de corrupción analizados en el diagnóstico se definieron los objetivos, indicadores, metas, medidas y acciones en los tres principales procesos de gestión involucrados: i) Gestión institucional de recursos humanos. ii) Gestión de adquisiciones y contrataciones. iii) Gestión de atención a los pacientes.

⁵ Documento que se adjunta en Anexo 1.

IV. PRIORIDADES REGIONALES ANTICORRUPCIÓN

El diagnóstico permitió establecer las áreas de mayor riesgo de corrupción en el sector salud a nivel regional. Así se tiene 5 problemas o riesgos identificados, los que se corresponden con 3 procesos de gestión:

Procesos de gestión implicados	Áreas de riesgo o problemas de corrupción identificados
Gestión institucional de recursos humanos	1. Selección y contratación de personal 2. Uso indebido de horarios-incumplimiento
Gestión de contrataciones y adquisiciones	3. Adquisición y administración de bienes y servicios en general
Gestión de la atención de los pacientes	4. Cobros indebidos en establecimientos de salud. 5. Sustracción y pérdidas de medicamentos e insumos médicos en la hospitalización

En un sexto problema identificado como la "manipulación de la estadística para mostrar logros inexistentes", se pudo determinar que su naturaleza principal se encuadra dentro de las serias limitaciones intrínsecas de la organización en los procesos de gestión de la información, y corresponden más a iniciativas orientadas a la eficiencia administrativa.

Prioridades en el proceso de gestión de recursos humanos

Gestión institucional de recursos humanos	1. Selección y contratación de personal
	2. Uso indebido de horarios-incumplimiento

En los concursos para contratación de personal, la publicación de información no es suficiente para garantizar un proceso cuya vulnerabilidad podrían permitir actos de corrupción. Por ejemplo, cuando el Cuadro Analítico de Personal no responde a las necesidades de los servicios y áreas. Este hecho podría ser manipulado de acuerdo a intereses particulares, e inclusive publicarse las plazas con información ambigua, poco clara y en formato inadecuado.

Asimismo, con el perfil del puesto se podría crear las condiciones para que el postulante fuese favorecido, logrando integrar la comisión con personas allegadas con la intención de favorecer a uno de los concursantes. Otra forma de favorecer a personas allegadas es publicar el cronograma extemporáneamente.

Otros riesgos para la falta de transparencia, identificados en la revisión de expedientes, es la alta discrecionalidad que tiene la comisión para la aplicación de la prueba psicotécnica, debido a los holgados márgenes para la subjetividad del

examinador. Puede establecerse que la entrevista resulta ser la fase mas vulnerable para una calificación subjetiva que, en las impugnaciones sobre estas calificaciones, normalmente se ratifican sus resultados por falta de pruebas.

En el caso de los contratos por Servicios No Personales el contrato por esta modalidad sobrepasa el tiempo estipulado en la norma legal cuando se quiere beneficiar al contratado.

Con relación al uso indebido de horarios e incumplimiento de los mismos diversos entrevistados refirieron que, reiteradamente, en el periodo de inducción no se socializa adecuadamente las normas vigentes referentes a la carrera administrativa, razón por la cual es frecuente el desconocimiento del marco normativo básico.

En el estudio realizado, se observaron diferentes mecanismos referidos al control de asistencia del personal: reloj marcador, hoja o cuadernos de registro de asistencia. Respecto de ellos, el personal entrevistado opinaba que no estarían cumpliendo su cometido, en circunstancias que se repetían: (a) encargando el foto-check para ser marcado por otro compañero; ó (b) no registrando la hora exacta de llegada y salida. Tampoco, se menciona que el mecanismo denominado *control de permanencia*, encargado a las oficinas de personal de las instituciones, haya sido realizado con oportunidad o logrado mayores efectos sobre las ausencias en los establecimientos.

Además, se refirió que en servicios y establecimientos existe un débil control de las dos horas denominadas "sanitarias", establecidas por la Ley de Trabajo Médico para que, diariamente, dichos profesionales, adicionalmente a sus 4 horas de prestación de servicios asistenciales, cumplan actividades del tipo de reuniones de comités, auditorias, elaboración de protocolos, entre otras.

Otro aspecto mencionado fue el referido a los descansos médicos, con los que debiendo justificar una incapacidad temporal, esta no es real. Este abuso estaría explicando ausencias imprevistas, que además ocasionan desmedro de la calidad de atención por que con frecuencia propician situaciones no previstas de equipos incompletos para la atención cotidiana.

Otra causa que apareció en las visitas realizadas fueron aquellas ausencias debidas a cumplir actividades de docencia universitaria precisamente durante las horas programadas para la prestación de servicios.

También, en opinión de algunos entrevistados se mencionó que a quienes les corresponde, -directivos institucionales o jefes inmediatos-, no informan ni sancionan estas faltas por una mal entendida flexibilidad o "espíritu de cuerpo".

Por último, se han identificado mecanismos muy débiles para hacer el registro de las quejas de pacientes respecto de la ausencia del personal, de las denuncias de los usuarios por demora en el inicio o interrupción de la consulta externa, del reporte de vigilancia sobre salida de personal sin papeleta, de la suspensión de operaciones por ausencia de personal, de las quejas de los pacientes hospitalizados por falta de atención en el cuidado en el turno de la noche, de las denuncias en los medios de comunicación.

Prioridades en el proceso de contrataciones y adquisiciones

Gestión de contrataciones y adquisiciones

3. Adquisición de bienes y servicios en general

Las personas entrevistadas manifestaron que los "largos procesos de adquisición" obstaculizan la fluidez de la atención asistencial, siendo las licitaciones públicas las que requieren de más tiempo para su ejecución. Esta situación ha llevado a estrategias de aceleración de las adquisiciones mediante la fragmentación de los requerimientos. Sin embargo, no se puede saber cuándo un pedido de fragmentación proviene de un interés corrupto y cuándo de una necesidad real del sector por abastecerse de una manera más sencilla y en un menor plazo. Por lo tanto, el manejo de los procesos de menor cuantía pone de manifiesto la alta discrecionalidad que tienen los servidores para las adquisiciones.

Prioridades del proceso de gestión de la atención de los pacientes

Gestión de la atención de los pacientes

4. Cobros indebidos

5. Sustracción y pérdidas de medicamentos e insumos médicos en la hospitalización

El problema de cobros indebidos tiene como particular afectado a la población beneficiaria del SIS debido a los escasos y mínimos niveles de control en los servicios de atención de los asegurados, así como a la desinformación que éstos tienen acerca de qué servicios son gratuitos. Esto permite que en algunos casos el personal de los establecimientos de salud se beneficie económicamente a expensas de los asegurados por cobros adicionales injustificados. Los pacientes y sus familiares entrevistados pusieron como ejemplos el cobro del oxígeno y el pago de combustible de las ambulancias.

Algunos pacientes refirieron no haber sido atendidos en su oportunidad o haber sido derivados para otro día. Al respecto, se pudo obtener versiones referidas a una preferencia en la atención a los pacientes que pagan alguna suma de dinero.

El problema de administración de medicamentos se debe principalmente a la falta sistemática de mecanismos institucionales de control para impedir la sustracción por personas que frecuentan los ambientes de hospedaje y atención de los pacientes en los establecimientos de salud. Las personas entrevistadas manifestaron que, por ejemplo, en el manejo y tenencia de los medicamentos y materiales durante la hospitalización, se producen robos. No existen por lo tanto, formalidad y seguridad, es decir no existen controles. De esta manera se facilita los frecuentes actos de sustracción y merma intencionados.

Los relatos recibidos durante las entrevistas refieren que el problema existe sin evidencias claras que permitan sancionar a los responsables. Por lo tanto, las sanciones no se aplican por esta falta de evidencias.

V. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. La gestión pública de los recursos humanos en salud garantiza la **transparencia e igualdad de oportunidades** en los procesos de selección y contratación de personal, y el cumplimiento de los horarios de trabajo del personal de la Gerencia de Salud La Libertad y de todos sus establecimientos.
2. Los procesos de adquisiciones y contrataciones son **transparentes, controlados y vigilados** por los ciudadanos.
3. La gestión de la atención de los pacientes garantiza en todos los establecimientos de salud de la región la **protección** contra cobros indebidos y la sustracción y pérdida de medicamentos e insumos médicos.

VI. INDICADORES Y METAS/RESULTADOS POR OBJETIVOS

1 Objetivo estratégico anticorrupción del proceso de "Gestión de Recursos Humanos"

La gestión pública de los recursos humanos en salud garantiza la transparencia e igualdad de oportunidades en los procesos de selección y contratación de personal, y el cumplimiento de los horarios de trabajo del personal de la Gerencia de Salud La Libertad y de todos sus establecimientos.

<ul style="list-style-type: none"> Indicador 1: Porcentaje de procesos de selección y contratación de personal, que realizan todas las unidades ejecutoras de salud, incluida la contratación bajo la modalidad de contrato administrativo de servicio, difundidos en la Página Web del Gobierno Regional y/o de la Gerencia de Salud, por lo menos con 15 días de anticipación. Línea basal 2008: No disponible Meta: 100% 	Fórmula	$\frac{\text{nro. de procesos publicados}}{\text{total de procesos de contratación realizados}}$	
	Fuente	Reporte Trimestral del Consejo Regional de Salud (CRS) basado en la Página Web oficial del Gobierno Regional o la Gerencia de Salud.	
	Periodicidad	Trimestral	
	Responsable de información / medición	Unidad Técnica del CRS Con la participación de los comités de ética de los colegios profesionales.	

<ul style="list-style-type: none"> Indicador 2: Porcentaje de concursos de selección que criterios de evaluación para los puestos según necesidad del servicio en los términos de referencia o perfil ocupacional, incluida la modalidad de contrato administrativo de servicios. Línea basal 2008: No disponible Meta: 100% 	Fórmula	$\frac{\text{nro. de concursos de selección con criterios de evaluación}}{\text{total de concursos de selección realizados}}$	
	Fuente	Reporte semestral	
	Periodicidad	Semestral	
	Responsable de información/medición	Dirección de Desarrollo de RRHH	

<p>Indicador 3: Porcentaje de establecimientos de salud que se encuentra con personal asistencial injustificadamente incompleto por incumplimiento de su programación de la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> Línea basal 2008: no disponible Meta: 0% 	Fórmula	$\frac{\text{Establecimientos con personal asistencial incompleto por red}}{\text{total de establecimientos supervisados inopinadamente por red}}$	
	Fuente	Reporte de controles de permanencia de <u>veedores acreditados</u> de la sociedad civil (Aval Liberteano)	
	Periodicidad	Trimestral	
	Responsable	Dirección de Calidad / Responsable del Aval	

- Indicador 4: Porcentaje de establecimientos de salud que publican en un lugar visible de la localidad y del establecimiento la programación mensual de horario de atención del personal de salud para la consulta externa a los usuarios de los servicios.
- Línea basal 2008: no disponible
- Meta: 100% ,

Fórmula

$$\frac{\text{nro. de establecimientos que publican programación mensual de personal para la consulta externa y para la atención de emergencia de la microrred } i}{\text{total de establecimientos supervisados de la microrred } i}$$

Fuente

Reporte de supervisión de la red

Periodicidad

Mensual

Responsable

Dirección de Calidad de la Gerencia de Salud

2 Objetivo estratégico anticorrupción del proceso "Gestión de contrataciones y adquisiciones"

Los procesos de adquisiciones y contrataciones son transparentes, controlados y vigilados por los ciudadanos.

- Indicador 5: Porcentaje del monto presupuestal en adquisiciones y contrataciones que se ejecuta a través de procesos de menor cuantía.
- Línea basal 2008: No disponible
- Meta: menor al 10%.

Fórmula

$$\frac{\text{total de presupuesto ejecutado en adquisiciones y contrataciones de menor cuantía por la unidad ejecutora } i}{\text{total de presupuesto ejecutado en adquisiciones y contrataciones de la unidad ejecutora } i}$$

Fuente

Reporte especial de auditoría de la Oficina de Control Interno de la Gerencia de Salud

Periodicidad

Semestral

Responsable de información/medición

Oficina de Control Interno

3 Objetivo estratégico anticorrupción del proceso "Gestión de la atención de los pacientes"

La gestión de la atención de los pacientes garantiza en todos los establecimientos de salud de la región la protección contra cobros indebidos y la sustracción y pérdida de medicamentos e insumos médicos.

- **Indicador 6:** Porcentaje de hogares que reportan pagos por consulta médica al niño afiliados al SIS.
- Línea basal: 11,2% (Fuente ENAHO 2007)
- Meta: 0%

Fórmula

$$\frac{\text{Número de consultas externas a niños afiliados al SIS en las que se reportaron pagos}}{\text{Total de consultas a niños afiliados al SIS en las últimas 4 semanas}}$$

Fuente: ENAHO (INEI)

Periodicidad: Anual

Responsable de información / medición: Oficina de Estadística e Informática Gerencia de Salud

- **Indicador 7:** Porcentaje de quejas que son reportadas desde el Programa JUNTOS, por los beneficiarios afiliados al SIS, que corresponden a denuncias por pagos indebidos en establecimientos públicos de salud.

- Línea basal: no determinada

- Meta: menor del 5%

Fórmula

$$\frac{\text{Número de quejas de beneficiarios SIS que reportan pagos por servicios en establecimientos de salud en zonas del Programa JUNTOS}}{\text{Total de quejas de beneficiarios del Programa JUNTOS}}$$

Fuente: Reportes de Coordinadores del Programa JUNTOS

Periodicidad: Trimestral

Responsable de información: Dirección de Calidad

- **Indicador 9:** Porcentaje de pacientes que reportan sustracción de medicinas y/o insumos durante su hospitalización

- Línea basal: No disponible

- Meta: 0%

Fórmula

$$\frac{\text{Número de pacientes del servicio de hospitalización que reportan la sustracción de sus medicinas o materiales médicos}}{\text{Total de pacientes hospitalizados en el servicio de hospitalización}}$$

Fuente: Encuesta hospitalaria

Periodicidad: Trimestral

Responsable de medición: Dirección de Calidad

VII. MEDIDAS/ACCIONES POR OBJETIVOS

1 Medidas/acciones en el proceso de gestión de recursos humanos

	Metas	Responsables de meta
	100% de procesos de selección y contratación de personal que realizan todas las unidades ejecutoras de salud, incluida la contratación bajo la modalidad de contrato administrativo de servicio, difundidos en la Página Web del Gobierno Regional o de la Gerencia de Salud, por lo menos con 15 días de anticipación.	Jefe de la Unidad Ejecutora y Director de RRHH de la Gerencia de Salud
	100% de concursos de selección aplican criterios de evaluación para los puestos según perfil ocupacional, incluida la modalidad de contrato administrativo de servicios.	Comité de Selección o Comité para Concursos
	0% de establecimientos de salud con personal asistencial incompleto por incumplimiento de su programación de atención	Jefes de establecimientos y/o de servicios
	100% de establecimientos de salud publican en un lugar visible de la localidad y del establecimiento la programación mensual de horario de atención del personal de salud para la consulta externa y la atención de emergencia para los usuarios de los servicios.	Jefes de Establecimientos
	Actividades/medidas	Responsables de actividad
En transparencia y rendición de cuentas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Publicación regular de los procesos de concurso autorizados en todas las unidades ejecutoras del sector en la Página Web de la Gerencia de Salud y/o del Gobierno Regional, por lo menos con 15 días de anticipación, señalando las plazas, requisitos, criterios de evaluación y cronograma de concurso. 2. La GERESA, sus unidades ejecutoras, hospitales y redes de servicios elaborarán semestralmente un reporte de rendición de cuentas sobre la gestión, incluyendo la implementación de las metas de las prioridades anticorrupción. 3. Publicación semestral en la Página Web de la Gerencia de Salud y del Gobierno Regional de los resultados de la evaluación de los indicadores del Plan Regional Anticorrupción en Salud. 4. Publicación en la Página Web de la Gerencia de Salud de los requisitos mínimos y competencias requeridas para los concursos y contrataciones por vía administrativa de servicios (ex SNP), conforme a la programación anual de contrataciones, por unidad ejecutora. 	<p>Oficina Comunicaciones Gerencia de Salud</p> <p>Unidades Ejecutoras de Salud del Gobierno Regional</p> <p>Oficina Comunicaciones Gerencia de Salud</p> <p>Oficina Comunicaciones Gerencia de Salud</p>
En control y sanción	<ol style="list-style-type: none"> 1. El GR y la GESALL deben tener y publicar semestralmente registros de personal sancionado agrupados según faltas de temas específicos similares. Para dicha publicación el proceso debe haber culminado en todas las instancias de apelación respectivas tanto administrativas como judiciales. 2. Las unidades ejecutoras establecerán los requisitos mínimos y competencias requeridas para los concursos y contrataciones por vía administrativa de servicios (antes SNP) en su 	<p>Dir. RR.HH Gerencia de Salud</p> <p>Dir. RR.HH Gerencia de Salud</p>

	<p>programación anual de contrataciones.</p> <p>3. Establecimiento del perfil y requisitos mínimos para la contratación del personal de confianza.</p> <p>4. Actualización y utilización de los perfiles ocupacionales de los manuales de organización y funciones (MOF) para los procesos de selección de personal hasta nivel de microrredes.</p> <p>5. Supervisión mensual del cumplimiento de la programación de horarios, su publicación y el control de permanencias en los establecimientos.</p>	<p>Gerencia Regional de Salud</p> <p>Dir. RR.HH Gerencia de Salud</p> <p>Dir. RR.HH Gerencia de Salud</p>
<p>En participación y vigilancia ciudadana</p>	<p>1. Incorporar a representantes de la sociedad civil y del CRS en los todos los procesos de concurso de personal en calidad de veedores desde su inicio. El GR convocará a dichos representantes a través de resolución presidencial en los procesos de mayor relevancia.</p> <p>2. Visitas inopinadas de veedores acreditados de la sociedad civil para realizar el control de permanencia; elaboración y envío de reportes.</p>	<p>DIRESA/Consejo Regional de Salud</p> <p>Dirección de Calidad</p>

2 Medidas/acciones en el proceso de gestión de contrataciones y adquisiciones

Metas		Responsables de meta
10% del monto presupuestal ejecutado en adquisiciones y contrataciones, comprometido a través de procesos de menor cuantía.		Dirección de Administración / Gerencia de Salud
Actividades/medidas		Responsables de actividad
En transparencia y rendición de cuentas	1. Publicación en la Web de la Gerencia de Salud y/o del Gobierno Regional del Plan Anual de Adquisiciones y de los informes de control previo de las compra de bienes, servicios y medicamentos adquiridos por la modalidad de Menor cuantía.	Oficina de Administración
	2. Realización por parte de las unidades ejecutoras de salud de por lo menos una rendición de cuentas anual, que incluya los avances en las metas de las prioridades anticorrupción.	Jefes de las unidades ejecutoras
En control y sanción	1. Realización de estudios especiales a las adquisiciones y contrataciones por menor cuantía.	Oficina de Control Interno de la Gerencia de Salud
En participación y vigilancia ciudadana	1. Reconocimiento oficial de veedores de la sociedad civil por parte de la Gerencia de Salud.	Consejo Regional de Salud
	2. Garantizar la participación inopinada de veedores representantes de la sociedad civil en los procesos de adquisición de menor cuantía en al menos el 10% de los mismos, La GESALL y las unidades ejecutoras convocarán a dichos representantes con documentos respectivos.	Administrador(a) de las Unidades Ejecutoras. Veedores

3 Medidas/acciones en el proceso gestión de la atención de los pacientes

Metas		Responsables de meta
Menor al 3% hogares que reportan pagos por consulta médica al niño afiliados al SIS.		Gerentes de Redes
Menor al 2% de afiliadas al SIS reportan pagos por servicios de parto en establecimientos públicos		Gerentes de Redes
Menor al 5% de quejas reportadas desde el Programa JUNTOS, por los beneficiarios afiliados al SIS respecto de pagos indebidos por servicios en establecimientos públicos de salud.		
0% pacientes que reportan sustracción de medicinas e insumos durante sus hospitalización		Jefes de establecimiento y Jefes Servicio.
Actividades/medidas		Responsables de actividad
En transparencia y rendición de cuentas	1. Rendición de cuentas semestral de las microrredes hacia su población asignada respecto a los resultados alcanzados en su gestión, incluyendo la evaluación de las medidas anticorrupción implementadas, según lo establecido en el Plan Regional Anticorrupción.	Gerentes de red.
	2. Incorporar en la rendición de cuentas de las microrredes acerca de la implementación de las medidas anticorrupción el reporte del "Aval Liberteño ⁶ " y de otras iniciativas existentes de la sociedad civil.	Gerentes de red.
En control y sanción	1. Implementación de mecanismos para la solución de los reportes de quejas, especialmente de las referidas a pagos indebidos.	Gerentes de Red, microrred.
	2. Implementación de mecanismos para que los medicamentos e insumos de los pacientes hospitalizados serán custodiados y devueltos formalmente por el personal de los servicios para su administración diaria (los pacientes no se harán cargo de la custodia de sus medicinas y materiales médicos).	Jefe de servicios de los hospitalización
En participación y vigilancia ciudadana	1. Conformar un directorio o comité consultivo en cada red y unidad ejecutora con participación de representantes de los ciudadanos para hacer seguimiento a la implementación del Plan Regional Anticorrupción en Salud.	Jefes de redes y de unidades ejecutoras

⁶ Estrategia de vigilancia ciudadana promovida por la Gerencia Regional de Salud.

VIII. GESTIÓN DEL PRAC Y RESPONSABILIDADES

La aprobación del Plan Regional Anticorrupción en Salud debe ser al más alto nivel regional para lograr el respaldo político que supone la implementación de medidas anticorrupción. La implementación del mismo debe tener las siguientes acciones y responsabilidades:

Acciones para implementación	Responsables	Cronograma
Aprobación		
<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de proyecto de norma regional que dispone la implementación del Plan Regional Anticorrupción en Salud 	Gerencia de Salud	Por definir
<ul style="list-style-type: none"> Gestionar la sustentación y aprobación del Plan Regional Anticorrupción en Salud La sustentación debe ser realizada por el Presidente del CRS 	Consejo Regional de Salud	
<ul style="list-style-type: none"> Aprobación de plan y norma regional 	Gobierno Regional	
Comunicación		
<ul style="list-style-type: none"> Organizar la presentación pública del plan. Coordinar con los partidos políticos firmantes del Acuerdo Regional de Partidos Políticos en salud la suscripción de un Pacto contra la Corrupción en Salud sobre la base del PRAC, con la adherencia de organizaciones y gremios de la sociedad civil. Presentación pública del PRAC 	Consejo Regional de Salud	Por definir
<ul style="list-style-type: none"> Comunicar a las unidades ejecutoras y establecimientos los contenidos del plan y la norma que declara su cumplimiento obligatorio. Difundir una versión simplificada del plan para los usuarios de los servicios. 	Gerencia de Salud Gerencia de Salud	
Organización de la implementación		
<ul style="list-style-type: none"> Emitir la directiva correspondiente para la designación de responsabilidades de las acciones y los resultados anticorrupción. Organizar, capacitar y emitir la acreditación de veedores de la sociedad civil. 	Gerencia de Salud Consejo Reg. de Salud	Por definir
<ul style="list-style-type: none"> Taller con los jefes las unidades ejecutoras, y directores de hospitales y redes para la implementación de las medidas anticorrupción en sus establecimientos. 	Gerencia de Salud	
Monitoreo de la implementación		
<ul style="list-style-type: none"> Cada 6 meses la GESALL emitirá un reporte del cumplimiento de las medidas anticorrupción al CRS. 	CRS-Equipo de gestión de la GESALL	
Supervisión de avances		
<ul style="list-style-type: none"> Cada 6 meses el Gerente Regional de Salud, Presidente del CRS, presentará un reporte de la implementación del Plan Regional Anticorrupción en Salud ante el Consejo del Gobierno Regional. El Consejo del Gobierno Regional aprobará el informe. 	GESALL - CRS Consejo GR	

Evaluación y rendición de cuentas sobre los avances

- El Gobierno Regional, presentará el informe anual sobre el avance en el cumplimiento de los indicadores, los avances y limitaciones de la implementación del Plan Regional Anticorrupción en Salud y lo sustentará ante la Audiencia Regional de rendición de cuentas.

Gobierno Regional

Por definir

Anexo 1
Diagnóstico de riesgos de corrupción en salud

Proetica

*** DOCUMENTO DE TRABAJO ***

**INFORME DIAGNÓSTICO SOBRE LAS
PRIORIDADES REGIONALES DE LA
CORRUPCIÓN EN SALUD**

LA LIBERTAD

2008

Índice

	PÁGINAS
PRESENTACIÓN	3
INTRODUCCIÓN	4
1. MARCO TEORICO.....	7
2. CONTEXTO GENERAL	13
3. RESEÑA METODOLOGÍA	20
4. HALLAZGOS DEL ESTUDIO.....	29
4.1. Problema: Incumplimiento de normas y sanciones.....	29
4.2. Problema: Incumplimiento de la Transparencia.....	33
4.3. Problema: Apropiación de las medicinas.....	41
4.4. Problema: Cobros indebidos.....	45
4.5. Problema: Manipulación de las estadísticas.....	54
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62

Presentación

En el marco del Acuerdo Regional de Partidos Políticos en Salud y durante el proceso electoral de noviembre de 2006 para elegir las nuevas autoridades del Gobierno Regional y los Gobiernos Municipales, se llegó a establecer un consenso político y social orientado básicamente a establecer líneas de trabajo definidas y compromisos específicos de acción en salud de acuerdo a la realidad y problemática de cada una de las regiones.

En dichos acuerdos los compromisos asumidos involucraron temas relacionados con la descentralización, el financiamiento, el aseguramiento universal, la atención integral, la organización de los servicios de salud, el acceso y la disponibilidad a medicamentos y finalmente la participación ciudadana en salud y la lucha contra la corrupción.

En ese sentido, el Gobierno Regional de La Libertad ha tomado la iniciativa de formular de manera participativa y concertada un “Plan Regional Anticorrupción en Salud”, considerando que el tema de la Vigilancia Ciudadana y la Lucha Contra la Corrupción resulta imprescindibles en una gestión destinada a la mejora de la salud pública.

Con este propósito el Gobierno Regional ha solicitado al Consejo Regional de Salud⁷, como ente promotor de la concertación y coordinación regional del sector, organizar y dirigir el trabajo de elaboración de una propuesta del “Plan Regional Anticorrupción en Salud”, solicitando también la asistencia técnica del Proyecto PRAES.

Precisamente, en el marco de dicha asistencia técnica, un equipo docente de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Trujillo-con el apoyo de Proética- ha elaborado el presente documento de trabajo: *Informe Diagnóstico sobre las Prioridades Regionales de la Corrupción en Salud*; como insumo para el trabajo de elaboración del Plan Regional Anticorrupción en Salud de La Libertad.

Introducción

⁷ Consejo Regional de Salud constituye la instancia de concertación sectorial contemplada por la Ley N° 27813 que crea el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud, que está presidido por el Director Regional de Salud y está integrado por 16 miembros titulares, representantes del Gobierno Regional, los Gobiernos Locales y las principales organizaciones de la Sociedad Civil.

En la actualidad, la corrupción es vista como un problema que requiere urgente atención. No se trata de un tema exclusivo de algunos países, mas bien el problema de la corrupción está siendo abordado en casi todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo económico.⁸

El fenómeno de la corrupción en el Perú, en gran medida, ha sido propiciado por la propia estructura y funcionamiento del Estado y de como éste interactúa con los ciudadanos. Particularmente, existe una pronunciada debilidad en los mecanismos de control de la gestión pública, lo cual permite que funcionarios, ciudadanos, instituciones oficiales y empresas privadas desarrollen actividades que en lugar de ser de interés general, benefician exclusivamente intereses particulares. Las debilidades del sistema de administración de justicia y el manejo de los espacios democráticos por parte de algunos actores de la vida política, quienes han utilizado los espacios de poder para su beneficio personal o el de grupos políticos, han alimentado la corrupción y han llevado con el tiempo a validar y aceptar socialmente los comportamientos deshonestos.

En la ciudadanía la corrupción genera desconfianza y desmoralización, y no permite que ésta actúe como contrapeso frente al Estado, en un sano ejercicio de control democrático sobre su desempeño.

Probablemente el tema de corrupción en salud fue poco tocado y estudiado; sin embargo, en los últimos años, se han evidenciado con mas frecuencia las denuncias hechas a través de los medios de comunicación o de pacientes que se atreven a interponer una denuncia.

El primer paso a vencer siempre será reconocer que nos desenvolvemos en una cultura de la corrupción y en una sociedad enferma, caracterizadas por hábitos, mentalidades y renuencia a las leyes, donde lo más peligroso resulta la complaciente **anomia**; que no se da por no diferenciar el bien y el mal, pues estos están suficientemente diferenciados, sino por que se elige precisamente el mal porque da mejores dividendos.

De ahí que el pueblo tiene sentimientos ambivalentes: por un lado rechaza, critica y no está de acuerdo con el delito; pero por otro, envidia lo logrado por estos y

⁸ Gray Cheryl W, Kaufmann D. Corrupción y desarrollo. Finanzas & Desarrollo, 1998.

viéndose en su pobreza, no solamente externa sino interna, y con la poca oportunidad para salir de ella, esta listo a formar parte de esta mafia o ser cómplice de ella.⁹

Todo lo mencionado ratifica la urgencia de intervenciones efectivas con miras a hacer del Perú un país viable, para lo cual se deben comprometer de manera indeclinable tanto el Estado como la sociedad civil.

En esta perspectiva, el Gobierno Regional de La Libertad y el Consejo Regional de Salud han iniciado el trabajo de diseño del plan anticorrupción en el sector salud. Para ello, se viene convocando ampliamente a organizaciones, instituciones y personalidades del ámbito regional para que concreten su aporte: primero en la identificación de las prioridades del plan y posteriormente en las estrategias y resultados más efectivos para alcanzar los objetivos principales en la actual lucha contra la corrupción en el sector salud.

En esta primera etapa, se ha definido como los cinco problemas prioritarios a enfrentar¹⁰ los siguientes:

1. Incumplimiento en la aplicación de las normas y sanciones al personal (particularmente en el incumplimiento de la jornada legal de trabajo por parte de profesionales de la salud).
2. Incumplimiento intencionado de la Ley de Transparencia y Acceso a la información y ausencia de rendición de cuentas para beneficio de los funcionarios públicos (particularmente para la adquisición de bienes y contratación de personal)
3. Apropiación de las medicinas de los pacientes para ser comercializadas fuera de la institución.
4. Cobros por servicios que deben ser gratuitos.
5. Manipulación de las estadísticas para mostrar logros inexistentes.

De esta forma, los problemas mencionados constituyen el núcleo de la intervención inmediata en el sector salud y en el ámbito regional. Para ello, el equipo de trabajo constituido por docentes de la Universidad de Trujillo ha construido un primer marco de comprensión y acercamiento a esta problemática, para lo cual implementó una investigación inicial representativa para identificar los aspectos relevantes y claves de las necesidades planteadas para la iniciativa regional anticorrupción.

⁹ Moreno OL. En defensa propia: ¿cómo salir de la corrupción? Buenos Aires: Ed. Sudamericana, 1993.

¹⁰ El Consejo Regional de Salud, mediante dos talleres (del 26 de Septiembre y 12 de Octubre del 2007) definió concertadamente con otras organizaciones convocadas (gremios profesionales y de trabajadores de salud, organizaciones sociales de base, ONGs, iglesia, etc.)

Esta investigación es reportada en el presente documento con:

- 1° Un marco teórico de referencia (Capítulo 1), que presenta diversos enfoques teóricos relacionados a este fenómeno, y ensaya definiciones útiles para el trabajo.
- 2° Los principales alcances respecto del contexto regional actual con un marco comprensivo de referencias y dimensiones generales.
- 3° La presentación de la metodología empleada y la aplicación de las técnicas utilizadas en la investigación, que incluye la etapa previa de selección participativa de las prioridades del Plan.
- 4° Los hallazgos encontrados en el trabajo de campo de la investigación.
- 5° La discusión de los hallazgos, su análisis y principales recomendaciones finales.

1. Marco Teórico

1. 1 Conceptos de Corrupción:

Etimológicamente, la palabra corrupción proviene del vocablo latino "*corrumpere*", que significa "echar a perder, romper algo entre dos, destruir conjuntamente en su integridad".¹¹

Otro concepto de corrupción se refiere a la acción o al efecto de corromper, y corromper significa alterar, trastocar la forma de alguna cosa, perder la unidad material o moral y, por extensión figurada, pervertir, viciar. Desde la perspectiva del derecho penal la corrupción está relacionada al crimen del funcionario público que trafica con su autoridad y sus funciones.¹²

Se refiere también que la corrupción es el fenómeno por medio del cual un funcionario público es impulsado a actuar de modo distinto a los estándares normativos del sistema para favorecer intereses particulares a cambio de recompensas (Lozano¹³):

En un contexto mucho más específico, la corrupción de un funcionario es una "variedad de delito de cohecho, en la que incurren los que con dádivas, ofrecimientos o promesas, corrompen o intentan corromper a un funcionario público o aceptan sus solicitudes".¹⁴

Existe quien la define como "*aquella conducta que se desvía de los deberes normales de un cargo público por consideraciones privadas, pecuniarias o de estatus; o aquella que viola normas restrictivas de cierto tipo de influencias de beneficio privado*" (Joseph S. Nye¹⁵).

¹¹ Frank Farnel. Diccionario etimológico de la lengua española, ediciones Florida, editorial anaconda, Argentina, Tomo 2, p. 469

¹² Vid. Diccionario Penal, A. de Lama, Editorial Universo de Carlos Prince, Lima 1889, p. 153

¹³ Vid. Lozano, J. / Merino, V. (Compiladores), La Hora de la transparencia en América Latina, Ed. Granica/CIEDLA, Bs. As., 1998, p. 132.

¹⁴ Vid. Diccionario de Derecho, Bosh, Casa Editorial, Barcelona: 1987, p. 161

¹⁵ Vid. NYE, J.S.: "Corruption and Political Development: A Cost-Benefit Analysis", en: "Corruption and Political Development: A Cost-Benefit Analysis", en The American Political Science Review, vol. LXI, Junio 1967, N° 2, (Published Quaterly by The American Political Science Association, Wisconsin), publicación trimestral a cargo de The American Political Science Association.

Otro sostiene que "... es la *desnaturalización o desviación del regular ejercicio de la función pública, entendida ésta como la entera actividad del Estado, incluidas no solo las funciones del Poder Ejecutivo como órgano administrador, sino también el ejercicio de las funciones legislativas, ejecutivas y judiciales, nacionales, provinciales y municipales, frente al comportamiento de sus titulares o al de terceros, destinatarios o no del acto funcional. No todas las prácticas corruptas son delitos tipificados en el código. La corrupción no se limita solo a las transacciones de dinero; en determinados casos, la corrupción es el precio que se paga a los individuos por participar en decisiones contrarias al interés general y a las que fueran sus propias convicciones*" (Rafael Bielsa¹⁶).

Desde la perspectiva del Plan Nacional de Lucha contra la Corrupción y Ética Ciudadana, la corrupción tiene lugar cuando una persona obligada de manera moral o legalmente hacia un interés ajeno (público y privado), incumple su obligación en aras de un interés propio o de terceros. Esta definición coincide con el sentido que suelen darle los medios de difusión, los partidos, el Gobierno y los ciudadanos en general¹⁷.

1.2 Criterios que subyacen a la definición de corrupción

Los criterios que subyacen a la conceptualización del fenómeno de la corrupción dependen del contexto en el que se les sitúe tales como: jurídicos, políticos, económicos y sociales.

- **La corrupción en el marco de los poderes económicos y políticos.**

El problema de la corrupción se vincula en gran medida a casos relacionados con la obtención de beneficios económicos y políticos particulares, en donde lo "público es considerado como propio", es decir, a lo público se le da un uso particular.

- **La corrupción en el marco de los poderes públicos.-**

En este campo se pueden incluir conductas que van desde la simple "coima" hasta la concesión, a través del soborno, de obras o servicios públicos multimillonarios; desde la corruptela administrativa hasta la corrupción política, frecuentemente interconectadas; desde la práctica corrupta hasta la corrupción sistémica, dependiendo

¹⁶ BIELSA, R.: "Hacia un Compromiso de transparencia y eficacia de la gestión pública", en Edición 14 Revista Probidad, Mayo-junio 2001; también en www.revistaprobidad.info/014/art01.html.

¹⁷ Plan Nacional de Lucha contra la Corrupción y Ética Ciudadana .disponible en www.minjus.gob.pe

de cuál sea su grado de consolidación y desarrollo en la sociedad sobre la que se despliega.

- **Los negocios entre el sector público y el sector privado.-**

Se estima que en algunos casos la corrupción de esta índole puede llegar a representar más del 30% de los costos gubernamentales recurrentes de los procesos de licitación o de contratación pública, colocando de un lado de la mesa a políticos y/o funcionarios públicos y, del otro, a proveedores que se disputan entre sí el derecho de brindar el bien o el servicio, utilizando para ello el *lobbying*, entendido como "intervenir para influenciar", "ejercer presiones", "tratar de convencer", "intentar neutralizar" y "obtener una inflexión".

- **La corrupción desde la mirada de la economía.-**

Uno de los temas actuales y necesarios de análisis en la lucha contra este flagelo es el referido al tema del costo-beneficio de la corrupción. En ese sentido, lo importante es resaltar que para cierto sector de la doctrina la presencia de ciertas cuotas de corrupción hace que el funcionamiento de la administración pública logre su objetivo de ofrecer un servicio y que no se paralice. Lo cierto es que dicha propuesta de trabajo, elaborada por los funcionalistas norteamericanos, no siempre recibe buenas críticas; por el contrario, se entiende que dichos "lubricantes" son solo paliativos que si no son controlados, pueden convertirse en mecanismos de funcionamiento institucionalizados.

1.3 Enfoques Teóricos

Contar con un enfoque teórico de este fenómeno de corrupción nos permite facilitar la comprensión del tema y ordenar la construcción de conocimientos alrededor de sus manifestaciones y alcances, aprovechando la experiencia mundial. En la literatura internacional se puede apreciar diversos enfoques teóricos para estudiar la corrupción, constituyendo un marco de conceptos y criterios a utilizar, por ejemplo:

- **Enfoque funcionalista¹⁸:**

Desde el cual la corrupción se incluye en las transacciones de una sociedad determinada; y constituye una respuesta a la sobrerregulación y a los altos costos de transacción para hacer negocios y cumplir con las leyes.

¹⁸ Paulina Grobet Vallarta. Secretaría de la Función Pública - Unidad de Vinculación para la Transparencia México D.F., 2007

- **Enfoque culturalista:**

A partir del cual la corrupción es causada por las actitudes y valores de la sociedad frente a la legalidad y la autoridad, que inclusive considera un cierto determinismo histórico y sostiene una solución de largo plazo que escapa del control de los propios gobiernos.

- **Enfoque institucionalista:**

De modo que la corrupción es causada por incentivos "perversos" que la estimulan y por instituciones deficientes para detectarla y sancionarla, y se puede evidenciar en las leyes, controles internos y externos, sistemas de información, métodos de supervisión, detección y sanciones.

Lograr una definición acerca del concepto central de la investigación es un asunto esencial porque permite delimitar con claridad lo que es (y lo que no es), el fenómeno y problema que se está estudiando. Al respecto, y en la práctica, si esta referencia no está clara, a lo largo de toda la investigación permanecerá la aplicación equivocada y confusión sobre los objetos o situaciones a investigar.

Con esta finalidad, la presente investigación ha asumido la siguiente definición central.

La corrupción es el uso (abuso o mal uso) indebido del poder público en beneficio de intereses particulares (indebidos).

1.4 El Concepto de Vulnerabilidad y Mapas de Riesgo Anticorrupción

En un significado amplio, vulnerabilidad es la susceptibilidad o probabilidad de cómo un componente o sistema, (individuo u organización), puede ser dañado total o parcialmente por el impacto de una amenaza. A la magnitud del daño se le denomina vulnerabilidad.

Existen dos condiciones para esta característica de vulnerabilidad: (a) la existencia de una amenaza; y (b) La condición de debilidad del componente.

Precisamente, analizar independientemente estas dos condiciones de la vulnerabilidad nos permite el beneficio adicional de identificar la magnitud y localización del hecho

sucedido (o sucediendo), como también considerar acciones de prevención sobre las condiciones de debilidad para evitar el impacto de dichas amenazas.

De esta forma, este el análisis de vulnerabilidad respecto de amenazas previsibles debería permitir, entre otros: (a) la identificación de los procesos relacionados a los problemas priorizados y la normatividad vigentes; (b) una descripción del ámbito, el sistema y su funcionamiento; (c) una identificando de las amenazas posibles, sus prioridades, sus impactos o elementos expuestos.

El conocimiento de la vulnerabilidad permitirá elementos para las iniciativas de control e intervención a implementar para dar respuesta a los problemas identificados o considerados. De este modo, es deseable, con la intervención, que disminuya el riesgo del impacto en la organización de los problemas más importantes de corrupción.

Este tipo de enfoque está a la base de estudios muy utilizados por Proética. Particularmente los Mapas de Riesgos permiten analizar la corrupción de una forma indirecta, a través de la identificación de las condiciones –los riesgos—que, en un determinado ámbito, permiten que los actos de corrupción se den, y que la corrupción, como elemento estructural, se reproduzca.

Por ello, en este tipo de estudios no buscan destapes de actos de corrupción ni señalamiento de actores corruptos, pues su objetivo se concentra en un análisis estructural de la corrupción, para poder prevenirla; siendo muy útil como elemento de apoyo a la formulación y gestión de políticas públicas, pensando en objetivos de desarrollo a mediano y largo plazo.

A continuación se presenta un cuadro para identificar tipos de actos de corrupción:

Falta de Transparencia (1)

El concepto de transparencia se ampara en primer lugar sobre el conjunto de normas¹⁹ que obligan a las entidades del Estado a hacer pública la gestión de su organización y que se traduce en la publicación de información presupuestaria, adquisiciones de bienes, contrataciones, entre otros. En ese sentido, la falta de transparencia implica una trasgresión legal que tiene por finalidad que el acto de corrupción permanezca oculto.

¹⁹ Principalmente la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley N° 27806.

Costo-Beneficio a favor de la Corrupción (2)

Se define como el análisis que realiza una persona en términos de su economía y la manera inmediata respecto a como podría verse beneficiado a través de un acto de corrupción.

Monopolio en las Decisiones (3)

Tiene que ver con la forma y el contexto en que se toman algunas decisiones al interior de las instituciones del Estado. En ocasiones, existe una cúpula de poder que frente a la ausencia de un órgano fiscalizador o que ejerza algún tipo de contrapeso político, cuenta con condiciones que permiten actos de corrupción.

Ambigüedad en las Normas (4)

Se refiere a la ausencia de una normativa legal que permite en muchos casos que exista un conflicto al momento de la aplicación de la norma. En muchas ocasiones, esta ambigüedad juega a favor de la discrecionalidad del funcionario público que ante la ausencia de una estructura jerarquizada de normas, se ampara en aquella que le resulta más favorable.

Bajo riesgo de sanción (5)

Tiene que ver con el nivel de probabilidad de que se inicie una acción tendiente a identificar al responsable de un acto de corrupción y de que una vez identificado, pueda ser efectivamente sancionado. A efectos de transformar este concepto como parámetro útil para la confección de la lista de problemas, habría que destacar justamente aquellos hechos o circunstancias en los que normalmente nunca nadie ha resultado investigado y/o sancionado o habiéndose impuesto la sanción correspondiente, ésta no se ha efectivizado.

Alta capacidad de negociación de los sujetos activos (6)

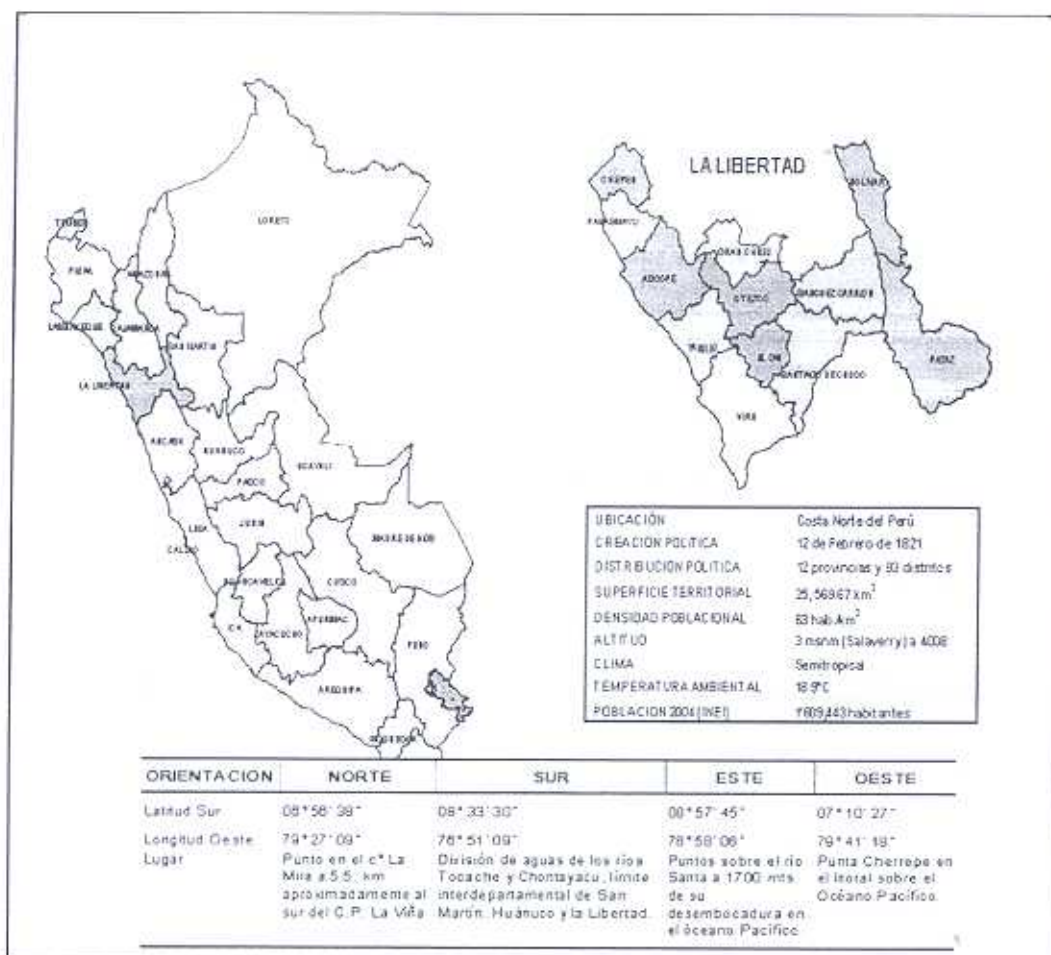
Hace referencia a la posibilidad de que los sujetos activos de los actos de corrupción transen con los titulares (o posibles titulares) de las acciones sancionatorias, o bien manipulen los procedimientos conducentes a la investigación y/o sanción de los hechos corruptos que han perpetrado. En la medida en la que una posible investigación o sanción resulte "negociable", en esa medida el riesgo de que dichos actos de corrupción se repitan, aumenta ostensiblemente.

2. Contexto General

2.1 Principales Características Regionales

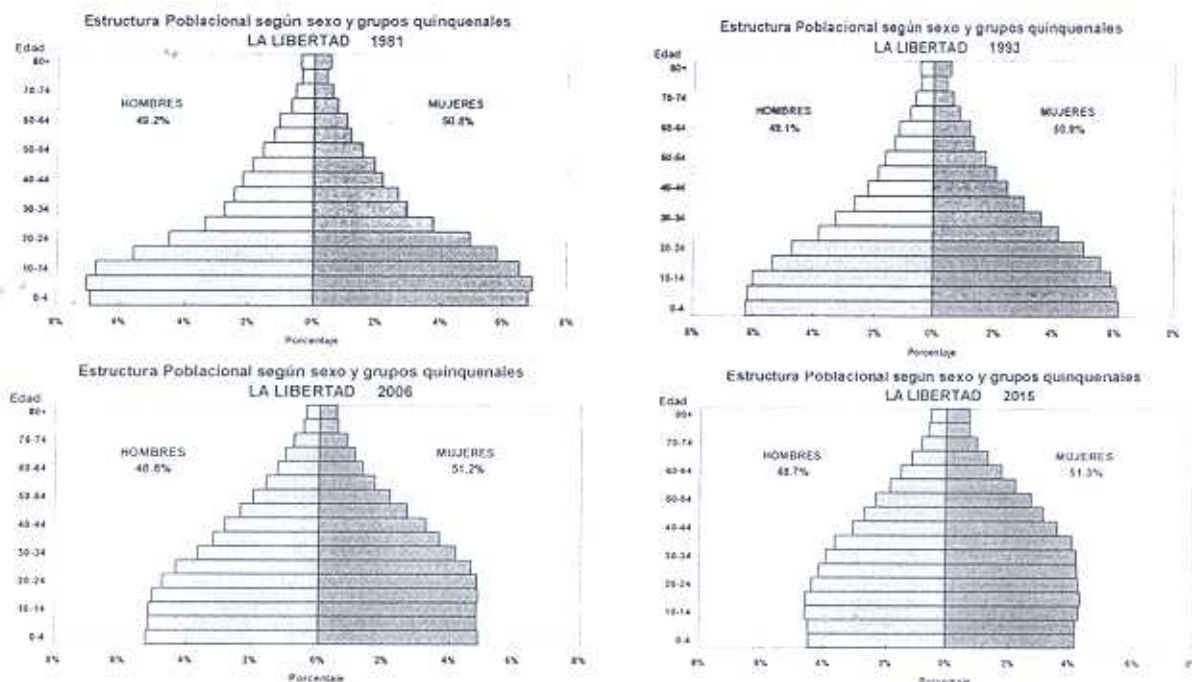
El Departamento de La Libertad es considerado como una importante jurisdicción del norte del país, considerada como un polo de atracción económica, social y demográfica. Fue creado en 1821, actualmente tiene 12 provincias y 83 distritos, distribuidos en un vasto territorio que abarca desde la costa (5 provincias), continúa en la sierra (cinco provincias) y llega hasta la ceja de selva (2 provincias); compartiendo fronteras con los departamentos de Lambayeque, Ancash, Cajamarca y San Martín (también con Amazonas y Huánuco en pequeños tramos).

Gráfica N° 1: Mapa Físico Político del Departamento de La Libertad



Respecto de la población departamental, en las últimas décadas se aprecian signos inconfundibles de una transición demográfica que apuntan a una composición de mayor peso en la población adulta, que en prospectiva tendrá cada vez mayor peso en grupos etáreos de mayor edad.

Gráfica N° 2: Tendencias en la Pirámide Poblacional del Departamento de La Libertad (1981-2015)



En el país

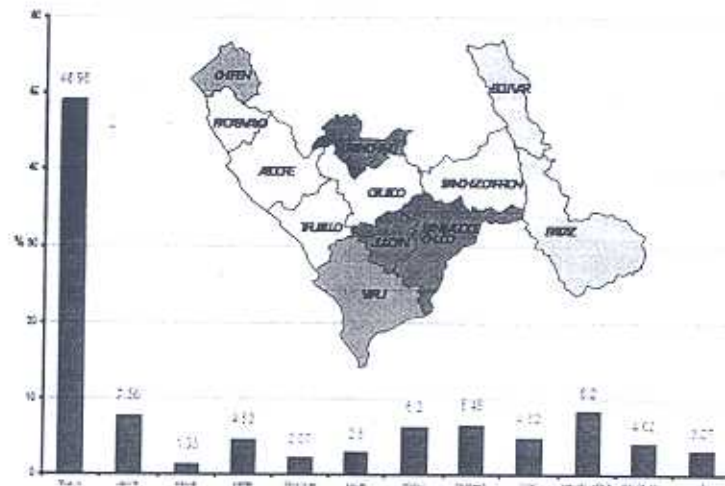
Tabla N°1 Principales Datos Demográficos del Departamento de La Libertad

POBLACION 2007 (INEI)	1'609,443 habitantes
Población Hombres	48.8%
Población mujeres	51.2%
Población Costa	71.7%
Población Sierra	28.3%
DENSIDAD POBLACIONAL	63 hab./km²
Tasa de Inmigración	Hombres 13.8
	Mujeres 12.4
Tasa de Emigración	Hombres 14.8
	Mujeres 12.2
Mujeres en Edad Fértil	24% del total de la población
	48% del total de mujeres
Tasa Global de Fecundidad	2.4 hijos por mujer
TGF Urbana	2.1
TGF Rural	4.4
Tasa de Crecimiento Intercensal	2% anual
Tasa Bruta de Natalidad	20.5 nacimientos x 1000
Esperanza de vida al nacer	74.1 años
Hombres	71.5
Mujeres	76.8
Tasa Bruta de Mortalidad	4.53 x 1000 hab.
Tasa de Mortalidad Materna	173 x 100000 nacidos vivos

La Libertad encierra características particulares que lo identifican, su desarrollo social y económico es profundamente contradictorio, con una extensa costa que concentra

los fundamentalmente los enclaves urbanos de mayor desarrollo del departamento, siendo la capital Trujillo la metrópoli donde habitan alrededor de 800 mil habitantes (50% de la población total departamental) y se encuentran todos los centros de poder político y económico.

Gráfica N° 3: Distribución de la población según provincias del Departamento de La Libertad (2004)



Fuente: Censo Demográfico 2004

Como se aprecia en la gráfica previa, la distribución poblacional entre las provincias es absolutamente dispar. Después de Trujillo (49%), las provincias de Ascope y Pacasmayo en la costa (8% y 6% respectivamente), y Sánchez Carrión y Otuzco en la sierra central del departamento (8% y 6%), constituyen los territorios con mayor población.

Respecto del sorprendente desarrollo económico del departamento, en la siguiente gráfica se evidencia el importante y creciente nivel de participación en el Producto Bruto Interno del país.

Gráfica N° 3: Participación de La Libertad en el PBI (2005)



En general, los territorios de la costa departamental han adquirido una fuerte característica de desarrollo agroindustrial, constituyéndose en polos pobremente acondicionados que atraen flujos de población migrante de todo el departamento y de otros lugares del país.

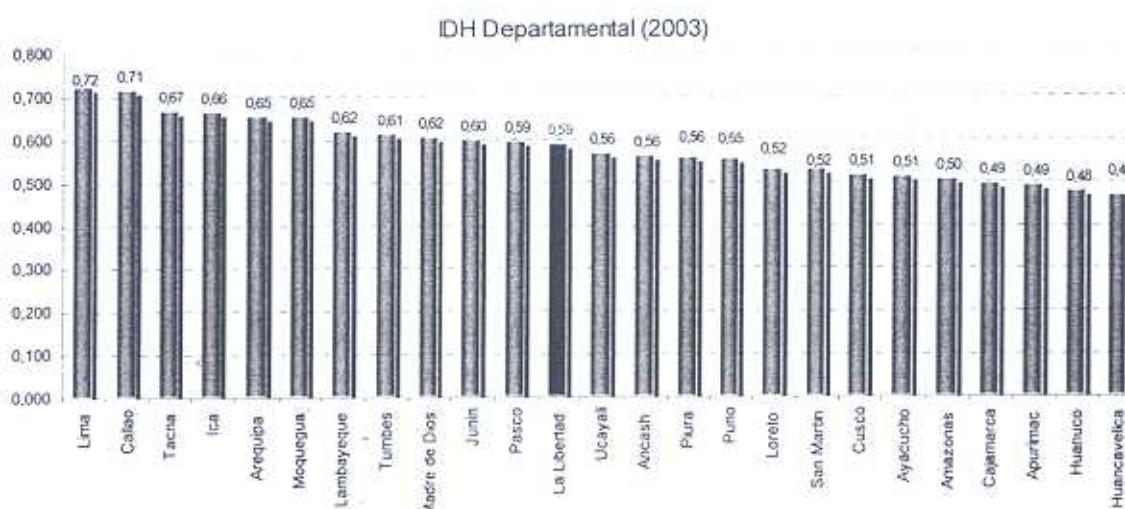
Estas características del desarrollo costeño son distintas para el caso de los territorios comprendido por la sierra departamental, que durante casi toda la historia republicana ha mantenido una pobre integración de estas zonas, donde la difícil configuración, andina o de ceja de selva, no cuenta hasta la fecha con apropiadas vías de acceso (carreteras) para su integración social, comercial, cultural, económica y de todo tipo. Precisamente, estas son las alejadas zonas de mayor exclusión y pobreza, típicamente con población muy dispersa, desprotegida y pobre, a las cuales el Estado llega con mucha dificultad, o simplemente no llega.

Gráfica N° 4 Espacios Diferente al Interior del Departamento



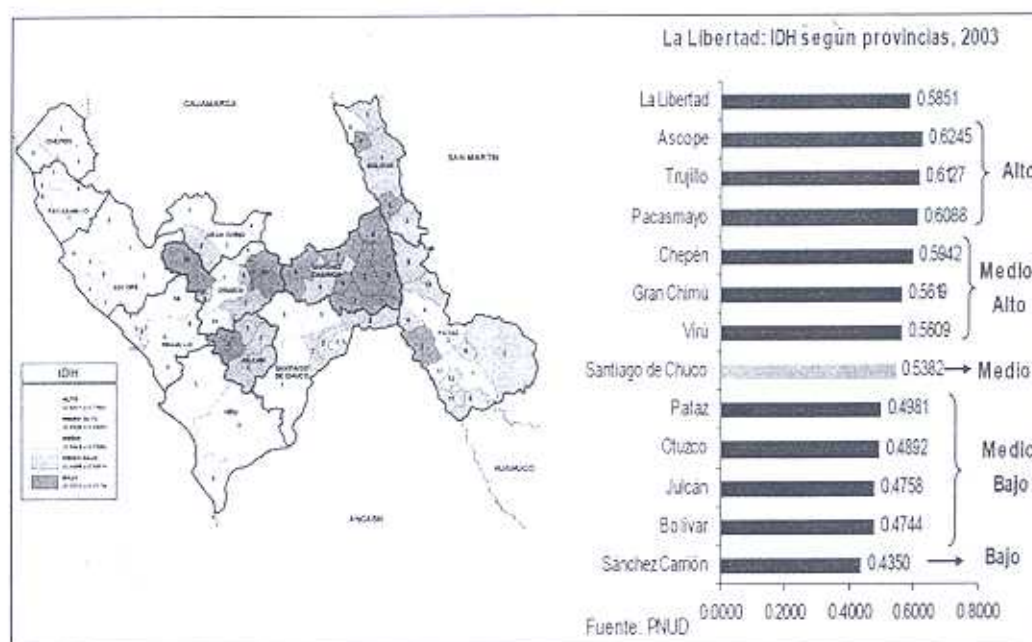
Precisamente esta historia de exclusión que se conoce ampliamente en La Libertad, tiene su expresión evidente a través del manejo estadístico, donde se nota con claridad dichas contradicciones. Como se puede ver a continuación, en el contexto nacional, La Libertad conserva una posición promedio en cuanto al Índice de Desarrollo Humano, donde el valor de la barra que la representa es de 0,58.

Gráfica N° 5: Valores del Índice de Desarrollo Humano según Departamentos (Año 2003)



Sin embargo, esta lectura del promedio departamental esconde las profundas diferencias al interior del mismo, donde se mantienen situaciones de ambos extremos, por un lado tan parecidas a Lima y, al mismo tiempo, tan parecidas a Huancavelica. Esto se puede apreciar en la siguiente gráfica.

Gráfica N° 6: Valores del Índice de Desarrollo Humano, según Provincias en La Libertad (Año 2003)



En las últimas décadas, dos fenómenos vienen empujando cambios en la vida de esta población: el desarrollo de la industria de extracción minera, altamente rentable y de transformación directa del medio ambiente de la zona; y últimamente la extensión del fenómeno del narcotráfico, que desde la ceja de selva busca alcanzar los centros

urbanos que les permitan transportar su producción ilícita a mercados en el país y fuera de él.

2.2 El Gobierno Regional y la Descentralización

Una característica muy importante del actual proceso de descentralización la constituye el desarrollo de tres niveles de gobierno: nacional, regional y local, con sus competencias y autonomía propias.

Precisamente, en los últimos cinco años (2003-2008) los gobiernos regionales han surgido y desarrollado una institucionalidad al amparo del actual marco legal, que define a estas instancias como las encargadas de organizar y conducir la gestión pública regional, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia y conformando un pliego presupuestal.

De esta forma, todo el aparato público del sector salud en la región (Dirección de Salud) ha dejado de pertenecer a la institucionalidad del Ministerio de Salud y ha pasado a ser parte del Gobierno Regional, como la actual Gerencia de Salud definida de la siguiente manera:

"...es el órgano técnico desconcentrado del gobierno regional responsable de la implementación y ejecución de las políticas nacionales y regionales de salud en el ámbito regional. Constituye la autoridad regional de gobierno sectorial y se encarga de la conducción y planificación sectorial regional estratégica, la adaptación de normas y su fiscalización, así como de la organización del sistema regional de servicios públicos sectoriales."

Prácticamente, todos los establecimientos públicos del Departamento (234) pertenecen al Gobierno Regional, y los dirige la Gerencia de Salud. Están organizados en conjuntos territoriales denominados "Redes y Microrredes de Salud", responsables de la gestión y provisión de servicios públicos de salud del primer y segundo nivel de atención en su jurisdicción.

Existen 12 Redes de Salud, que se corresponden con los ámbitos provinciales, y están a cargo de los establecimientos públicos de salud del primer y segundo nivel de atención (puestos de salud, centros de salud y hospitales de apoyo)

Tabla N° 1 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA GERENCIA DE SALUD LA LIBERTAD

N°	PROVINCIAS	TOTAL	HOSPITALES	INSTITUTOS	CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
TOTAL LA LIBERTAD		227	7	2	45	173
1	PROVINCIA DE TRUJILLO	56	2	2	22	30
2	PROVINCIA DE VIRU	14	0		2	12
3	PROVINCIA DE ASCOPE	14	0		6	8
4	PROVINCIA DE CHEPEN	7	1		2	4
5	PROVINCIA DE PACASMAYO	10	1		4	5
6	PROVINCIA DE GRAN CHIMU	13			2	11
7	PROVINCIA DE JULCAN	18			1	17
8	PROVINCIA DE OTUZCO	29	1		3	25
9	PROVINCIA DE SANCHEZ CARRION	19	1			18
10	PROVINCIA DE SANTIAGO DE CHUCO	17	1			16
11	PROVINCIA DE BOLIVAR	9			1	8
12	PROVINCIA DE PATAZ	21			2	19

El nivel de desempeño en cuanto a la producción de consultas y hospitalizaciones y atendidos esta en relación a la cantidad de recurso humano con que cuenta la Región La Libertad.

Tabla N° 2 RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA DE SALUD DEL GOBERNO REGIONAL LA LIBERTAD, POR PROVINCIAS

N°	PROVINCIAS	TOTAL	PROFESIONALES ASISTENCIALES + ADMINISTRATIVOS	NO PROFESIONALES ASISTENCIALES + ADMINISTRATIVOS
TOTAL LA LIBERTAD		3,773	1,845	1,928
1	PROVINCIA DE TRUJILLO	2,221	1,160	1,061
2	PROVINCIA DE VIRU	103	48	55
3	PROVINCIA DE ASCOPE	165	89	76
4	PROVINCIA DE CHEPEN	244	93	151
5	PROVINCIA DE PACASMAYO	279	91	188
6	PROVINCIA DE GRAN CHIMU	70	34	36
7	PROVINCIA DE JULCAN	43	24	19
8	PROVINCIA DE OTUZCO	172	94	78
9	PROVINCIA DE SANCHEZ CARRION	199	79	120
10	PROVINCIA DE SANTIAGO DE CHUCO	141	65	76
11	PROVINCIA DE BOLIVAR	49	29	20
12	PROVINCIA DE PATAZ	87	39	48
	HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO	619	316	303
	HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO	592	290	302

3. Reseña Metodológica

3.1 Justificación

El diagnóstico emprendido bajo esta iniciativa constituye un proceso que, mediante la aplicación del método conocido en el campo de la investigación social, procura obtener información relevante y fidedigna, para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento requerido para actuar sobre los principales factores que sustentan los problemas priorizado de corrupción en el sector salud. Este diagnóstico constituye un estudio exploratorio inicial que seguramente servirá para realizar otros estudios focalizados en profundidad

El presente trabajo diagnóstico ha tenido como base un ordenamiento sistemático que incluyó diversas técnicas de observación, recojo de datos y análisis, para establecer contacto con la realidad concreta, a fin de conocer mejor información requerida sobre los principales problemas de corrupción en salud del ámbito regional, para intervenir de manera reflexiva, sistemática y metódica.

3.2 Priorización Previa de Prioridades del Estudio

Con el propósito de identificar el centro de la acción sectorial anticorrupción se realizó una etapa previa a esta elaboración del diagnóstico, a cargo del Consejo Regional de Salud, que contó con una amplia participación de instituciones representativas del sector: autoridades y funcionarios públicos del gobierno regional y municipalidades, gremios de trabajadores y colegios profesionales, iglesias, periodismo, representantes de otras organizaciones sociales, otras universidades, etc.

Para esta definición se aplicaron **técnicas exploratorias rápidas** para una **identificación concertada** de los principales problemas de corrupción sectorial, junto con actores locales, sociales y políticos que por la naturaleza de su trabajo tienen un conocimiento más afinado de los problemas de corrupción en la región (funcionarios públicos y autoridades regionales o locales, empresarios, miembros de organizaciones no gubernamentales, dirigentes de organizaciones sociales de base, periodistas, etc.).

En este trabajo se desarrolló una **discusión participativa** para decidir los principales problemas de corrupción en salud a nivel regional. En este trabajo, se pudo seleccionar los problemas clasificándolos según dos consideraciones: (1) el **Valor Público** percibido para cada problema identificado; y (2) el **Nivel de Costos**, considerando los costos económicos, sociales y políticos que irrogaría una acción efectiva sobre cada problema.

De esta forma, se obtuvo una calificación conjunta de todos los problemas de corrupción identificados, cuyos resultados fueron los siguientes:

LISTADO DE PROBLEMAS DE CORRUPCION EN SALUD IDENTIFICADOS

(Noviembre 2007)

PROBLEMAS	VALOR PUBLICO PERCIBIDO	NIVEL DE COSTO ASIGNADO
	Calificación: A = alto B = bajo	Calificación: A = alto B = bajo
1. Personal de salud realiza cobros de porcentajes por el envío o traslado de pacientes a servicios privados.	B	B
2. Asignación de cargos que no son de confianza por privilegios amicales y/o políticos	A	A
3. Incumplimiento en la aplicación de las normas o sanciones a personal o establecimientos de salud para congraciarse, favorecer o perjudicar a otros.	A	B
4. Manipulación de la estadística para mostrar logros inexistentes	A	B
5. Propiciar el vencimiento de medicamentos, insumos y drogas para beneficio de terceros	A	B
6. Clientelismo en proceso de contratos y nombramientos	A	A
7. Incumplimiento intencionado de la Ley de Transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas para beneficio de funcionarios públicos	A	B
8. Incumplimiento de la jornada legal de trabajo por parte de profesionales de la salud	A	B
9. Mal uso de las donaciones (venta y distribución)	B	B
10. Ocultamiento de las negligencias en el cumplimiento de funciones, procedimientos e información para evitar las sanciones	A	B
11. Desvío de fondos públicos (recursos directamente recaudados) destinados a la	B	A

atención de la población y funcionamiento de la institución para pagos adicionales y/o incentivos laborales		
12. Captación y derivación de paciente en beneficio personal o de terceros	B	B
13. Afiliación y atención al SIS a personas que no les corresponde / Cobros indebidos en el SIS	A	B
14. Atención gratuita o exoneración de pago a familiares o allegados de funcionarios de las entidades	A	B
15. Prebendas de proveedores a los funcionarios para mantener el monopolio de la concesión	A	B
16. Tráfico de influencias para toma de decisiones	A	A
17. Mal uso de recursos del estado para fines personales (combustibles, computadoras, etc.)	A	B
18. Fraccionamiento de procesos de selección y adquisiciones	A	B
19. Programación de comisiones de servicios (o movilidad) frecuentes e innecesarios para cobro de viáticos	A	B
20. Inducir diagnósticos y exámenes auxiliares, recetas y procedimientos innecesarios para cobro de comisiones o beneficio particular.	A	B
21. Inducción del personal hacia los familiares y pacientes para la derivación por SQAT, servicios de salud privados y Agencias funerarias para el beneficio personal.	A	B
22. Cobros por servicios que deben ser gratuitos	A	B
23. Apropiarse de las medicinas de los pacientes para ser comercializada o utilizada fuera de la institución	A	B
24. Robo frecuente de bienes patrimoniales de los establecim. de salud	B	B
25. Utilización de materiales e instrumental de la institución para fines privados	B	B

Conforme a estas calificaciones asignadas para cada uno de los problemas, se procedió a agrupados en 4 grupos:

- o PRIMER GRUPO: problemas de bajo valor público y alto costo.
- o SEGUNDO GRUPO: problemas de bajo valor público y bajo costo.
- o TERCER GRUPO: problemas de alto valor público y alto costo.
- o CUARTO GRUPO: problemas de alto valor público y bajo costo.

Considerando estas características: (a) los dos primeros grupos no alcanzaban a ser de alto valor público; (b) el tercer grupo tenía el problema de su baja viabilidad (alto costo); y (c) el cuarto grupo era el preferido por su alta potencia estratégica (alto valor público) y alta viabilidad (bajo costo).

De esta manera se pudo elegir como problemas priorizados para la Región La Libertad los problemas considerados en este cuarto grupo. Ellos son los siguientes:

1. Incumplimiento en la aplicación de las normas o sanciones a personal o establecimientos de salud (particularmente en el incumplimiento de la jornada legal de trabajo por parte de profesionales de la salud).
2. Incumplimiento intencionado de la Ley de Transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas para beneficio de los funcionarios públicos (particularmente para la adquisición de bienes y contratación de personal).
3. Apropiarse de las medicinas de los pacientes para ser comercializada o utilizada fuera de la institución.
4. Cobros por servicios que deben ser gratuitos
5. Manipulación de la estadística para mostrar logros inexistentes

3.3 Principales características del Diagnóstico

La presente investigación tenía que ajustarse a la necesidad de permitir se conozca de cómo opera la corrupción en salud en el ámbito regional, enfocándose en los cinco problemas priorizados por el Consejo Regional de Salud de La Libertad; de modo que se pueda analizar el proceso, los actores, la localización, el alcance, las dimensiones o circunstancias en que se produce el incumplimiento, los indicios y las causas que sustentan los problemas de corrupción identificados.

De esta forma la elaboración de este diagnóstico debe permitir el conocimiento necesario para elaborar planes de intervención y/o tomar las decisiones pertinentes para cambiar el rostro del servicio de la salud en nuestra Región.

La metodología utilizada puede servir de base para futuras investigaciones o para su adecuación a otras realidades, a fin de encontrar similitudes o disimilitudes en el modo de operar de la corrupción en salud, permitiendo su abordaje efectivo.

Como criterio general de todo el estudio, se ha recogido directamente conocimientos y datos desde las fuentes primarias (entrevistas) y secundarias (documentos), cuidando

se mantenga plenamente un criterio objetivo, que elimine cualquier preferencia o sentimiento personal; de ahí que se ha empleado todos los mecanismos posibles para el control crítico de los datos recogidos y los procedimientos empleados.

Para tal efecto, el proceso de elaboración del reporte del estudio ha tenido una serie de características de resguardo, como:

- a) La organización previa, estableciendo los objetivos del trabajo, sus formas de recolección y la elaboración de datos y de realización del informe.
- b) Los instrumentos de recolección de datos, respondiendo a los criterios confiables para su validez.
- c) El ajuste del criterio de los investigadores hacia la objetividad y pertinencia; tratando de eliminar al máximo las preferencias y percepciones personales, que pudieran tentar al involucramiento de los propios investigadores respecto del objeto de estudio (sus percepciones personales sobre los fenómenos de corrupción); como también, para circunscribirse y discriminar los aspectos del estudio de aquellos que no lo son y normalmente podría causar cierta confusión.
- e) Ofrecer, en la medida de las posibilidades concretas, un esfuerzo especial por alcances que sean verificables.
- h) Apuntar a principios generales para un método de selección de una muestra representativa, en relación a cada problema.

3.4 Organización del estudio

Los principales elementos que dirigieron la organización del estudio fueron:

3.4.1 El Enfoque

En la etapa previa al presente estudio, el Consejo Regional de Salud había establecido para el presente período, cuáles eran los problemas priorizados a ser abordados por una iniciativa de acción efectiva contra la corrupción.

Precisamente, este conjunto de problemas (cinco) han constituido el eje central de todo el estudio realizado, para lo cual se plantearon estrategias de abordaje sistemático y un diseño operativo que tuvo en consideración las limitaciones

intrínsecas que plantea la naturaleza de este tipo estudios; es decir que se incluyeron para la fuentes primarias (entrevistas) la previsión de actitudes de evidente reserva, desconfianza o suspicacia de las personas entrevistadas, probablemente generadas por sus propias consideraciones en cuanto a sus distintos niveles de confianza para emitir sus aportes y revelaciones. Asimismo, se consideró aquellas limitaciones propias del tiempo y recursos con los que se contaba, dado que establecían las posibilidades de extensión y alcances del propio estudio.

Otro elemento muy importante para el diseño metodológico fue el enfoque del *análisis de vulnerabilidad institucional*, apreciando los grados de riesgo en los procesos organizacionales, respecto de las amenazas que plantean los problemas mencionados.

3.4.2 La Selección de la Muestra

Considerando los escenarios y personas clave para la aplicación del estudio, fue necesario ajustar su representatividad en términos de apreciar: (a) Organizaciones de la Conducción (como la Gerencia de Salud del Gobierno Regional o la Dirección de la Red Asistencial de EsSalud); (b) Unidades de Producción de Servicios de Salud de distintos niveles de atención (redes de servicios o establecimientos de salud).

Otra variable considerada fue la pertenencia a distintos ámbitos geográficos: capital departamental Trujillo, costa distinta de la capital Trujillo y Sierra.

3.4.3 Programación

Conforme a las consideraciones mencionadas, se pudo elaborar un plan de trabajo y distribución de tareas; asimismo se pudo determinar plazos para realizar el recojo de la información.

En el cuadro siguiente se puede apreciar la programación prevista para el estudio, de modo que se pudo individualizar las formas de abordaje para cada uno de los cinco problemas priorizados:

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

PRIORIDADES	ESTRATEGIAS DE ABORDAJE	ESCENARIOS	TECNICAS A EMPLEAR	TIEMPO
1. Incumplimiento de las normas o sanciones al personal o establecimiento de salud para congraciarse, favorecer o perjudicar a otros	a) Incumplimiento de las normas o sanciones a personal	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la documentación del proceso • Entrevista al Jefe de Personal • Entrevista al responsable de la oficina de atención al usuario • Revisión de normas de sanciones • Cruce de información • Entrevistas al personal asistencial o administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Red de Salud Trujillo • Hosp. Regional Docente • Red Asistencial de ESSALUD • Hosp. Leoncio Prado (Huamachuco) • Hosp. de Apoyo Chepen 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Revisión de documentos 10 días
	b) Incumplimiento de jornada legal de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la documentación del proceso • Entrevista al Jefe de Personal • Entrevista al encargado(a) de la Oficina de atención al usuario y defensoría • Revisión de normas de sanciones • Cruce de información Oficina de Personal y atención al usuario • Entrevista a dirigentes gremiales • Entrevistas al personal de los establecimientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Red de Salud Trujillo • Hosp. Belén • Hosp. Lazarte (ESSALUD) • Red de Salud Sánchez Carrión 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Revisión de documentos 5 días
2. Incumplimiento intencionado de la Ley de Transparencia: Acceso a la información y rendición de cuentas (adquisiciones y contrataciones)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la documentación del proceso • Entrevistas a los administradores • Entrevistas al Jefe de Logística • Ingreso a página Web • Medios de difusión (boletines, informes económicos, etc.) • Entrevistas al personal asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia de Salud • Hosp. Belén u Hosp. Regional Docente • Red Asistencial de ESSALUD 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de documentos • Entrevista 5 días	
3. Apropiación de las medicinas de los pacientes para ser comercializadas o utilizadas fuera de la institución	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la documentación del proceso • Entrevistas a pacientes • Entrevistas al personal administrativo y asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Hosp. Belén u H. Regional Docente • Hosp. Lazarte de (ESSALUD) • Hosp. Leoncio Prado / Hosp. de Apoyo Chepen / Centro Materno 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de documentos • Observación • Entrevista 5 días	
4. Cobros por servicios que deben ser gratuitos (SIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la documentación del proceso • Pesquisa de quejas o reclamos de usuarios en defensoría • Entrevista a líderes de base 	<ul style="list-style-type: none"> • SIS Oficina de las DIRES • Una Red de Servicios • CS Vista Alegre/CS La Esperanza • Hospital Chepen 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de documentos • Observación • Entrevista 4 días	
5. Manipulación de la Estadística para mostrar logros inexistentes	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la documentación del proceso • Revisión de información • Indicadores de gestión • Verificación de fuentes Historias Clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencia de Salud, unidades de estadística y planificación) • Red de Servicios • Unidades de la Red Asistencial de (ESSALUD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de documentos • Observación • Entrevista 10 días	

3.4.4 Técnicas empleadas y escenarios

Respecto de las técnicas utilizadas, este estudio se define del tipo descriptivo-cualitativo, para ello se consideró la utilización de varias técnicas e instrumentos de recolección de datos: la observación, entrevistas de profundidad a actores sociales que tenían alguna relación con el problema a investigar y revisión de documentos. Para el recojo de información se consideraron organizaciones y establecimientos de salud de dos escenarios:

- Escenario Ciudad de Trujillo: Dirección Regional de Salud de La Libertad, Hospital Belén de Trujillo, Centro de Salud Vista Alegre, del Seguro Social Gerencia de la Red Asistencial de EsSalud La Libertad, Hospital IV Víctor Lazarte de Trujillo EsSalud;
- Escenario Ciudades de Costa, fuera de la Capital Trujillo: Hospital de Apoyo de Chepen.
- Escenario de Sierra: Hospital Leoncio Prado de Huamachuco.

Se realizaron entrevistas en profundidad siguiendo una guía temática de indagación, diseñada con una estructura que permitía: (a) visualizar el estado del proceso organizacional de las actividades relacionadas al problema; (b) quienes son los actores intervinientes; (c) las instancias, unidades, y/o contexto en que se identifica al acto de corrupción; (d) las dimensiones y circunstancias en las que sucede el problema; y (e) los principales indicios encontrados.

El esquema de los cuestionarios consideró los siguientes aspectos:

- a) **PROCESO**: ¿Cómo es el proceso de la actividad administrativa y/o asistencial afectada por el problema de corrupción?
- b) **ACTORES**: ¿Qué actores intervienen en el proceso?
- c) **LOCALIZACION**: ¿En qué instancias o unidades tiene lugar el proceso?
- d) **ALCANCE**: ¿Cómo se produce el incumplimiento?, ¿En qué dimensiones o circunstancias sucede el incumplimiento señalado?
- e) **INDICIOS**: ¿El incumplimiento podría tener propósitos de beneficios particulares?
¿Qué evidencia o referencia se ha podido identificar sobre el incumplimiento?

- f) **DEFINICION DEL ACTO DE CORRUPCIÓN:** ¿Qué es y qué no es un acto de corrupción?
- g) **CAUSAS:** ¿Cuáles serían las principales causas del incumplimiento?; considerando la Vulnerabilidad ante la Corrupción, ¿Estas causas a qué tipos de factores corresponderían según el Mapa de Riesgos?

Las entrevistas tuvieron una duración de 45 minutos promedio, se mantuvo la flexibilidad suficiente para favorecer que del material recolectado emergieran las categorías analizadas. Así esta estrategia permitió la homogeneidad del análisis a nivel general, al mismo tiempo que facilitó el surgimiento de aspectos particulares de las instituciones abordadas.

Las personas elegidas para las entrevistas realizadas fueron: (a) Los jefes de personal de los diferentes establecimientos de salud visitados; (b) Los dirigentes gremiales (trabajadores, profesionales); (c) El personal asistencial; (d) Los encargados de estadística o cómputo de los establecimientos; (e) El administrador / jefe de logística / jefe de economía de los establecimientos de salud y/o Gerencia; (f) Los familiares o pacientes hospitalizados; (g) Los encargados de unidades de defensoría del paciente o atención al usuario; (h) Trabajadoras sociales de los Centros Asistenciales de Salud; e (i) Los trabajadores a cargo del SIS o pacientes usuarios.

3.4.5 Análisis y elaboración del informe

Recogida la información, se realizaron sesiones del equipo investigador, a fin de sistematizar y elaborar el informe final. Para el análisis cualitativo de los datos, se optó por el enfoque teórico utilizado en el presente estudio²⁰, que busca el significado de la corrupción desde sus valores como producto de la formación y desde la influencia de la cultura organizacional, los estilos de liderazgo y de gestión.

4. HALLAZGOS DEL ESTUDIO

4.1. PRIMER PROBLEMA PRIORIZADO: Incumplimiento en la aplicación de las normas y sanciones a personal o establecimientos de salud (particularmente en el incumplimiento de la jornada legal de trabajo por parte de profesionales de la salud).

4.1.1 Problemática

En el Decreto Legislativo N° 276, - Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público- se establece que los servidores públicos son responsables civil, penal y administrativamente por el cumplimiento de las normas legales y administrativas en el ejercicio del servicio público sin perjuicio de las sanciones de carácter disciplinario por las faltas que cometan²¹.

Respecto de las sanciones por faltas disciplinarias, estas pueden ser: (a) Amonestación verbal o escrita; (b) Suspensión sin goce de remuneraciones hasta por treinta días; (c) Cese temporal sin goce de remuneraciones hasta por doce meses; y (d) Destitución²².

Al respecto, en el Decreto Supremo No 058-85-PC, se establece que "Las sanciones disciplinarias contempladas en la presente Ley Decreto Legislativo No 276, serán aplicadas por los titulares de las entidades respectivas; previo proceso administrativo.

En el Art. 28 de la Ley, se especifica doce tipos de las faltas de carácter disciplinarias que, según su gravedad, pueden ser sancionadas con cese temporal o con destitución, previo proceso administrativo:

- a) El incumplimiento de lo establecido por la Ley y su Reglamento;
- b) La reiterada resistencia al cumplimiento de las órdenes de sus superiores relacionadas con sus labores;

²¹ Art. 25 Cap. V, "Del Régimen Disciplinario"

²² Art. 26

- c) El incurrir en actos de violencia, grave indisciplina o faltamiento de palabra en agravio de su superior, del personal jerárquico y de los compañeros de labor;
- d) La negligencia en el desempeño de las funciones;
- e) El impedir el funcionamiento del servicio público;
- f) La utilización y disposición de los bienes de la entidad en beneficio propio o de terceros;
- g) La concurrencia reiterada al trabajo en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas o sustancias estupefacientes y, aunque no sea reiterada, cuando por la naturaleza de servicio revista excepcional gravedad;
- h) El abuso de autoridad, la prevaricación o el uso de la función con fines de lucro;
- i) El causar intencionalmente daños materiales en los locales, instalaciones, obras maquinarias, instrumentos, documentación y demás bienes de propiedad de la entidad o en posesión de ésta;
- j) Los actos de inmoralidad;
- k) Las ausencias injustificadas por más de tres días consecutivos o por más de cinco días no consecutivos en un período de treinta días calendario o más de quince días no consecutivos en un período de ciento ochenta días calendario; y
- l) Las demás que señale la Ley.

Precisamente en el inciso k es explícita la falta referida a las ausencias injustificadas. Lo cual también es contemplado en el **Código Penal** con la referencia de "Abandono de cargo"²³, considerado lo siguiente: "El funcionario o servidor público que, con daño del servicio, abandona su cargo sin haber cesado legalmente en el desempeño del mismo, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años".

En el **Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa**²⁴ se establece que el servidor público que incurra en falta de carácter disciplinario, cuya gravedad pudiera ser causal de cese temporal o destitución, será sometido a proceso administrativo disciplinario que no excederá de treinta (30) días hábiles improrrogables²⁵.

²³ Cap. II - Delitos Cometidos Por Funcionarios Públicos, Art. 380

²⁴ DS 005-90-PCM

²⁵ Ib. Artículo 163

4.1.2 Hallazgos

Se realizaron entrevistas a funcionarios y personal asistencial en hospitales y unidades administrativas del primer nivel de atención. Los entrevistados refirieron que, reiteradamente, en el periodo de inducción no se socializa adecuadamente las normas vigentes referentes a la carrera administrativa, razón por la cual es frecuente el desconocimiento del marco normativo básico.

En las visitas, se observaron diferentes mecanismos referidos al control de asistencia del personal: reloj marcador, hoja o cuadernos de registro de asistencia. Respecto de ellos, nuestros entrevistados opinaron que no estarían cumpliendo su cometido, en circunstancias que se repiten: (a) al encargar el foto-check para ser marcado por otro compañero; (b) al no registrar la hora exacta de llegada y salida.

Además, se refirió que en servicios y establecimientos existe un débil control de las dos horas denominadas "*sanitarias*", establecidas por la Ley de Trabajo Médico para que, diariamente, dichos profesionales, adicionalmente a sus 4 horas de prestación de servicios asistenciales, cumplan actividades del tipo de reuniones de comités, auditorias, elaboración de protocolos, entre otras.

Otro aspecto mencionado fue el referido a los descansos médicos, con los que debiendo justificar una incapacidad temporal, esta no es real. Este abuso estaría explicando ausencias imprevistas, que además ocasionan desmedro de la calidad de atención por que con frecuencia propician situaciones no previstas de equipos incompletos para la atención cotidiana.

Otra causa que apareció en las visitas realizadas fueron aquellas ausencias debidas a cumplir actividades de docencia universitaria precisamente durante las horas programadas para la prestación de servicios.

También, en opinión de algunos entrevistados se mencionó que a quienes les corresponde, -directivos institucionales o jefes inmediatos-, no informan ni sancionan estas faltas por una mal entendida flexibilidad o "espíritu de cuerpo".

Por último, aunque escasamente eficaces, se han identificado mecanismos para hacer el registro de las quejas de pacientes respecto de la ausencia del personal, de las denuncias de los usuarios por demora en el inicio o interrupción de la consulta externa,

del reporte de vigilancia sobre salida de personal sin papeleta, de la suspensión de operaciones por ausencia de personal, de las quejas de los pacientes hospitalizados por falta de atención en el cuidado en el turno de la noche, de las denuncias en los medios de comunicación.

4.1.3 Discusión

El desempeño del personal en los establecimientos públicos tiene un marco normativo legal bastante desarrollado que, generalmente, en las instituciones de salud, se comprueba que tiene poca difusión y manejo entre los profesionales y trabajadores. De este modo las carencias de información o capacitación en el marco normativo y técnico básico resultan una constante en los centros de trabajo del sector público.

Este factor genera prácticas y creencias cotidianas con poco sustento y variabilidad en la gestión concreta de las instituciones estudiadas, tanto para el cumplimiento por parte del personal como para el control y aplicación de sanciones por parte de los cuadros directivos. De este modo, la situación general de la gestión está marcada por la inconsistencia y variabilidad de criterios.

Así, los esfuerzos de formación para la carrera pública son imprescindibles desde acciones potentes en toda la organización de este sector, orientados a una especialización del denominado servicio civil (al que pertenecen todos los servidores públicos).

En este marco general, otro aspecto que resulta evidente se refiere a la situación de los mecanismos de control de gestión, que no están cumpliendo el propósito de proveer un marco estándar de cumplimiento normal de prácticas eficientes y efectivas en la organización, para eliminar las conductas perniciosas. En tanto que sus determinaciones no tienen efecto concreto, es decir, que su evasión no conlleva a las sanciones lógicas que ello acarrea. De esta manera, en la cultura cotidiana del personal, se ha incorporado sin preocupación ni rechazo las prácticas de evasión empleadas, a veces inclusive con una corriente de opinión complaciente.

También existen otros conceptos que chocan con el cumplimiento de la jornada laboral en deterioro del servicio que se brinda a los usuarios. Dichos conceptos han ido ganando terreno con una interpretación interesada en el sentido de derechos

adquiridos. Este es el caso de tres temas paradigmáticos: (a) las denominadas horas sanitarias establecidas por la Ley de Trabajo Médico; (b) las horas de docencia de los trabajadores que son docentes universitarios; y (c) la programación de las denominadas guardias (asistenciales o comunitarias).

En estos temas, generalmente, la fuerza gremial termina imponiendo la defensa de estos denominados "*derechos adquiridos*", muchas veces por encima de las necesidades del servicio o de la atención de los usuarios y pacientes.

Otro factor adicional al problema es el cálculo costo beneficio a favor del acto corrupto, que estaría a la base de los comportamientos complacientes que se disfrazan en el mal entendido espíritu de cuerpo y compañerismo. De este modo, los directivos prefieren evitar acciones o decisiones de control y sanción que les marquen la impopularidad o promesas de venganzas futuras.

Por último, la participación social en la gestión normalmente no es considerada como parte de la solución, más bien se siente como una intromisión externa que puede convertirse en una amenaza para el apropiado balance interno.

4.2 SEGUNDO PROBLEMA PRIORIZADO: Incumplimiento intencionado de la Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública para beneficio de los funcionarios públicos (particularmente para la adquisición de bienes y contratación de personal)

Problemática

Este problema conjuga tres aspectos distintos pero vinculados estrechamente: la transparencia y acceso a la información pública; la adquisición de bienes; y la contratación de personal.

*(a) Respecto la **Transparencia y Acceso de la Información Pública:***

El primero de los aspectos mencionados, la Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la información Pública tiene por finalidad promover la transparencia de los

actos del Estado y regular el derecho fundamental del acceso a la información consagrado en la Constitución Política del Perú para todo ciudadano o ciudadana. Es decir: *"solicitar sin expresión de causa la información que requiera y a recibirla de cualquier entidad pública, en el plazo legal, con el costo que suponga el pedido"*²⁶.

Para los efectos de esta Ley, *"se considera como información pública cualquier tipo de documentación financiada por el presupuesto público que sirva de base a una decisión de naturaleza administrativa, así como las actas de reuniones oficiales"*²⁷.

El acceso a la información pública se sujeta al siguiente procedimiento²⁸:

- *Toda solicitud de información debe ser dirigida al funcionario designado por la entidad de la Administración Pública para realizar esta labor. En caso de que éste no hubiera sido designado, la solicitud se dirige al funcionario que tiene en su poder la información requerida o al superior inmediato.*
- *La entidad de la Administración Pública a la cual se haya presentado la solicitud de información deberá otorgarla en un plazo no mayor de siete (7) días útiles; plazo que se podrá prorrogar en forma excepcional por cinco (5) días útiles adicionales, de mediar circunstancias que hagan inusualmente difícil reunir la información solicitada. En este caso, la entidad deberá comunicar por escrito, antes del vencimiento del primer plazo, las razones por las que hará uso de tal prórroga, de no hacerlo se considera denegado el pedido.*
- *En el supuesto de que la entidad de la Administración Pública no posea la información solicitada y de conocer su ubicación y destino, esta circunstancia deberá ser puesta en conocimiento del solicitante.*
- *La denegatoria al acceso a la información se sujeta a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 13° de la presente Ley.*
- *De no mediar respuesta en los plazos previstos en el inciso b), el solicitante puede considerar denegado su pedido.*

²⁶ Constitución Política del Perú, Artículo 2° numeral 5.

²⁷ Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Art. 10°

²⁸ Idem, Art. 11°

- *En los casos señalados en los incisos c) y d) del presente artículo, el solicitante puede considerar denegado su pedido para los efectos de dar por agotada la vía administrativa, salvo que la solicitud haya sido cursada a un órgano sometido a superior jerarquía, en cuyo caso deberá interponer el recurso de apelación para agotarla.*
- *Si la apelación se resuelve en sentido negativo, o la entidad correspondiente no se pronuncia en un plazo de diez (10) días útiles de presentado el recurso, el solicitante podrá dar por agotada la vía administrativa.*
- *Agotada la vía administrativa, el solicitante que no obtuvo la información requerida podrá optar por iniciar el proceso contencioso administrativo, de conformidad con lo señalado en la Ley N° 27584 u optar por el proceso constitucional del Hábeas Data, de acuerdo a lo señalado por la Ley N° 26301.*

La Ley daba carácter de perentoriedad al acceso, de modo que las entidades de la Administración Pública permitirán a los solicitantes el acceso directo y de manera inmediata a la información pública durante las horas de atención al público²⁹.

La Ley de Transparencia contempla también que las entidades que cuenten con oficinas descentralizadas, se designará en cada una de ellas al funcionario responsable de entregar la información que se requiera al amparo de la Ley, con el objeto que la misma pueda tramitarse con mayor celeridad y colocará copia de la Resolución de designación en lugar visible en cada una de sus sedes administrativas

El Ministerio de Salud se aprueba³⁰ el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública, señalando así mismo la designación del funcionario o funcionarios responsables de entregar la información y del funcionario responsable de la elaboración y actualización del Portal se efectuará mediante Resolución de la máxima autoridad de la Entidad, y será publicada en el Diario Oficial El Peruano. Al respecto, en la Gerencia de Salud se encontró la designación oficial³¹ como funcionaria responsable a la Lic. Estadística Blanca Luz Salinas Benites.

²⁹ Ley N° 27806 – Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Art. 12°.

³⁰ La Resolución Ministerial N° 825 del 2005 aprueba la Directiva N° 070 MINSA/OGC-V 01.

³¹ Resolución Directoral N° 0697 -2004 del GR-LL del 29 de Septiembre 2004.

En EsSalud, también ha sido normado el proceso y los responsables de emitir información³², encargándose la responsabilidad a los Gerentes Centrales de acuerdo al área correspondiente, y a los Gerentes y/o Directores en los Órganos Desconcentrados

En el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, (aprobado por D. S. N° 072-2003-PCM), se contempla la obligatoriedad de las instituciones del estado de contar con el Portal de Transparencia, siendo sus obligaciones las siguientes³³:

- *Elaborar el Portal de la Entidad, en coordinación con las dependencias correspondientes;*
- *Recabar la información a ser difundida en el Portal de acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 25 de la Ley; y,*
- *Mantener actualizada la información contenida en el Portal, señalando en él, la fecha de la última actualización.*

Se señala que la información difundida en el Portal en cumplimiento de lo establecido en la Ley, es de conocimiento público³⁴. El ejercicio del derecho de acceso a dicha información se tendrá por satisfecho con la comunicación por escrito al interesado de la Página Web del Portal que la contiene, sin perjuicio del derecho de solicitar las copias que se requiera. La actualización del Portal deberá realizarse al menos una vez al mes, salvo los casos en que la Ley hubiera establecido plazos diferentes.

También, se señala que la información que debe ser publicada por el Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado - CONSUCODE³⁵

*(b) Respecto al proceso de **Adquisición de Bienes**:*

Este se inicia cuando el usuario interno (jefe de servicio o de unidad) hace el requerimiento de bienes o servicios mediante un documento, adjuntando las especificaciones técnicas de la adquisición que, a su vez, deberá estar considerado en el cuadro de Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones (PAAC), luego la

³² Resolución N° 387- GG EsSalud 2005, modificada luego con la Resolución de Gerencia General 338- GG- EsSalud 2007

³³ Art. 8°

³⁴ Idem Art 9°

³⁵ Idem Art. 19°

Unidad de Adquisiciones (Logística) realiza el estudio de mercado de los precios referenciales del bien o servicio solicitado o documento escrito, a todos los proveedores inscritos en el Registro Nacional de Proveedores (RNP). Luego, esta oficina establece un precio referencial del bien o servicio tomando el promedio de las cotizaciones del mercado.

En las instituciones públicas se nombran Comités Técnicos los que están constituidos por trabajadores de la institución "con algún conocimiento en las especificaciones requeridas" y de acuerdo a la cuantía se procede a la implementación de los procesos de adquisición para la cual la Oficina de Adquisiciones (Logística) publica las "Bases para la licitación o concurso", elabora el cronograma de los pasos requeridos para la licitación del bien o servicio de acuerdo a la normatividad establecida por el CONSUCODE. Se puede realizar la adquisición directa cuando el monto de la compra es menor de 120,000 nuevos soles y de licitación pública cuando es mayor del monto señalado. A través del correo electrónico institucional se absuelve las consultas, observaciones y alguna comunicación adicional que pudieran hacer los participantes a través del SEACE.

Según la programación del proceso, los proveedores presentan la propuesta técnica y económica al Comité, este realiza la selección de las propuestas (para la adquisición de bienes de menor cuantía o de adjudicación directa selectiva se realiza en proceso privado), se publica la propuesta ganadora y se otorga la Buena Pro consentida, con lo cual se procede al contrato u orden de compra o de servicio.

(c) *Respecto al proceso del proceso de **Contratación de Personal:***

Este proceso se inicia con la constatación de que las plazas a concurso están contenidas en el Cuadro Analítico de Personal y presupuestadas en el Presupuesto Analítico de Personal en la partida del Ministerio de Economía y Finanzas, gestionadas por la Oficina o Unidad de Planificación y Presupuesto de la institución, luego se publica en la Página Web, o portal de la institución, periódico local o nacional, en el establecimiento, el requerimiento del personal administrativo y/o asistencial con el perfil correspondiente del puesto de trabajo, que fue solicitado previamente por el jefe inmediato.

Se nombra una comisión constituida por el Gerente o Director quien la preside, el Jefe del área solicitante, el Jefe de Recursos Humanos, y como observadores los

representantes de los Colegios Profesionales y de los gremios, quienes elaboran el cronograma de actividades del concurso que además contiene los requisitos establecidos para el puesto y lo publican.

El postulante informado a través de los medios descritos, adquiere la carpeta respectiva en las Oficinas de Recursos Humanos, presenta la documentación respectiva. Luego, cumpliendo con los plazos, la comisión realiza la revisión de expedientes de todos los postulantes y de acuerdo a los requisitos solicitados declara apto a los postulantes que ameriten esta condición, para luego realizar la calificación del currículum, el legajo personal, la aplicación de la prueba psicotécnica, la misma que es eliminatoria. Posteriormente se elabora, aplica y califica la prueba de conocimientos a los postulantes, siendo igualmente eliminatoria de acuerdo a un puntaje mínimo establecido.

A estas alturas del proceso, se realiza la entrevista a aquellos postulantes que lograron pasar las fases previas y se declara ganadores a los postulantes que alcanzaron nota aprobatoria según orden de mérito y finalmente se publican los resultados.

Existe un plazo normado para la presentación de reclamos e impugnaciones, así como para la absolución de los reclamos e impugnaciones que hubiera. Por último, se asigna las plazas mediante resolución y contrato.

En el caso de los contratos por Servicios No Personales, el proceso se inicia con la solicitud de requerimiento del Jefe inmediato. Con el Visto Bueno de la Dirección del establecimiento, se selecciona al personal sin convocatoria pública. La Oficina de Logística elabora el contrato denominados "de Locación de Servicios", por tiempo no mayor de 03 meses, al término del cual el jefe inmediato realiza un informe de la calidad del trabajo realizado (producto), pudiendo ser el trabajador recontratado o prescindir de los servicios.

4.2.2. Hallazgos

Para este estudio se recabó información en la DIRESA, Hospital de Belén, Hospital de Chepen, Hospital Leoncio Prado de Huamachuco y Red Asistencial La Libertad entrevistando a diferentes trabajadores administrativos de las áreas de Adquisiciones y de Recursos Humanos.

En el Hospital de Belén, en opinión de la Administradora, se refirió que las limitaciones en el presupuesto institucional no han permitido contar con los recursos necesarios para la implementación informática del Portal Web del hospital, dado que esta implica una fuerte inversión en equipamiento, adquisición de software y contratación de servicios especializados. Por esta razón, el hospital no está en condiciones de garantizar el procedimiento establecido por la Ley.

Sin embargo, se sigue realizando las gestiones que permitan contar con los recursos suficientes para contar con este servicio de información; actualmente se están realizando las gestiones para incluir el Portal Web en la pagina del Gobierno Regional.

Otros entrevistados tuvieron coincidencia en dos aspectos: primero, en calificar como muy limitado el acceso a la información sobre el presupuesto y la ejecución del mismo; y segundo en un frecuente grado de insatisfacción de los usuarios internos de la organización, respecto de cómo los productos adquiridos no se ajustan a los requerimientos previstos.

En el Hospital Leoncio Prado de Huamachuco, como en los hospitales del interior del departamento, lo característico es que la oferta de proveedores es limitada, por las propias características y acceso de su localidad. No existiendo una práctica de rendición de cuentas o interés ciudadano, no hay reclamos ni mayores preocupaciones al respecto. La institución no cuenta tampoco con una Página Web. Los procedimientos oficiales del registro sobre el uso de los recursos públicos son los establecidos por ley (SIAF y reporte al Gobierno Regional sobre los estados financieros).

Se encontró una diferencia positiva en el Hospital de Chepen, donde si se cuenta con un Portal Web actualizado para la información materia de la Transparencia. En la visita realizada se pudo verificar la actualización reciente de la información mostrada, siendo de especial interés del Director concretar y mantener esta iniciativa.

En dicha institución se encontró el Informe de Verificación de Cumplimiento de Procedimiento y Disposiciones, prevista en la Ley de Transparencia, elaborado por la Oficina de Comunicación e Información de la Gerencia de Salud La Libertad, realizado en enero 2008 y referido al seguimiento del procesos para atender solicitudes de

información requeridas por personas y entidades jurídicas durante el 4° trimestre del 2007. Según dicho informe las solicitudes fueron respondidas en plazos apropiados.

En las entrevistas realizadas en la Red Asistencial de ESSALUD, se pudo recoger el malestar de áreas usuarias de los bienes y servicios adquiridos respecto que las adquisiciones no siempre se corresponden con las especificaciones solicitadas. Asimismo, se pudo constatar la existencia de procesos administrativos concluidos en sanciones que dieron paso a reubicaciones o remociones del personal implicado.

4.2.3. Discusión

El mayor problema es que la información sobre la adquisición de bienes o servicios y contratación de personal es de interés solamente de un público específico relacionado con la provisión de los bienes o interesado por un puesto de trabajo.

El estudio ha permitido identificar un alto nivel de vulnerabilidad en las instituciones de salud debido a múltiples factores. La opinión más común se refirió a como los "largos procesos de adquisición" obstaculizan la fluidez de la atención asistencial, siendo las licitaciones públicas las que requieren de más tiempo para su ejecución. Ante esta restricción, una forma de acelerar las adquisiciones es mediante la fragmentación de los requerimientos, sin embargo, no se puede saber cuándo un pedido de fragmentación proviene de un interés corrupto y cuándo de una necesidad real del sector por abastecerse de una manera más sencilla y en un menor plazo.

En los concursos para contratación de personal, la publicación de información no es suficiente para garantizar un proceso cuya vulnerabilidad podrían permitir actos de corrupción. Por ejemplo, cuando el Cuadro Analítico de Personal no responde a las necesidades de los servicios y áreas. Este hecho podría ser manipulado de acuerdo a intereses particulares, e inclusive publicarse las plazas con información ambigua, poco clara y en formato inadecuado.

Asimismo, con el perfil del puesto se podría crear las condiciones para que el postulante fuese favorecido, logrando integrar la comisión con personas allegadas a las intenciones de favorecer uno de los concursantes. Otra forma de favorecer a personas allegadas es publicar el cronograma extemporáneamente.

Otros riesgos para la falta de transparencia han sido identificados en la revisión de expedientes, donde existe una alta discrecionalidad para que la comisión aplique la prueba psicotécnica dados sus holgados márgenes para contar con la subjetividad del examinador. Puede establecerse que la entrevista resulta ser la fase más vulnerable para una calificación subjetiva que, en las impugnaciones sobre estas calificaciones, normalmente se ratifican sus resultados por falta de pruebas.

En el caso de los contratos por Servicios No Personales el contrato por esta modalidad sobrepasa el tiempo estipulado en la norma legal cuando se quiere beneficiar al contratado.

También se puede mencionar la suspicacia de algunos comentarios recogidos respecto de contratos del personal que ingresaron con evidente relación de parentesco o de partido político con funcionarios de turno.

4.3 TERCER PROBLEMA PRIORIZADO: Apropiarse de las medicinas de los pacientes para ser comercializada o utilizada fuera de la institución.

4.3.1 Problemática

En los servicios públicos de salud de la región, los medicamentos son prescritos únicamente por los médicos durante la hospitalización y la consulta externa. En el caso de hospitalizaciones, los medicamentos se entregan al personal de enfermería o son guardados por los familiares en el velador, al lado de la cama del paciente.

Durante la atención, el médico prescribe al paciente los medicamentos y materiales que requiere para su atención. Lo hace a través de la receta médica, en la cual especifica el nombre del medicamento, su dosis y cantidad.

Con la receta el familiar o el paciente acuden a la adquisición o recepción de lo prescrito en la farmacia del establecimiento o fuera del mismo. Una vez completada la receta se realiza la entrega de los mismos en el servicio de hospitalización que ocupa el paciente. La recepción está a cargo del personal de enfermería del servicio, para lo cual no existe un procedimiento establecido para el control. Simplemente la recepción

se procede a través de la entrega directa hecha por el familiar a la enfermera u otro personal de apoyo, sin registrar la conformidad de esta entrega.

Luego, la enfermera es la que se encarga de la administración de dichos medicamentos al paciente, registrando en una hoja de Kardex la aplicación que realiza de los mismos. En los casos en que estos son suspendidos en el tratamiento, la enfermera comunica este hecho al paciente o familiar.

En el caso de EsSalud, el procedimiento está mejor registrado, de modo que los medicamentos prescritos son llenados por el médico que realiza la visita en una planilla, en la cual se consigna el nombre del paciente, la denominación del medicamento, su cantidad y presentación. Este formato es llevado al servicio de farmacia para el abastecimiento. El personal de farmacia entrega los medicamentos y otros materiales a la enfermera del servicio correspondiente, quien firma una recepción de conformidad en la misma planilla del paciente.

Cabe precisar que el personal de farmacia está facultado para realizar una revisión del stock del paciente y realizar el retiro de los sobrantes, realizando este acto sin ningún registro de este retiro.

Para cuidar la correcta aplicación de la medicación indicada por el médico en la historia clínica, la enfermera es la que ordena esta aplicación a través de la hoja Kardex, la misma que contiene: el nombre del paciente, número de cama, diagnóstico, los cuidados de enfermería, indicaciones de análisis, procedimientos diagnósticos o médicos, y los medicamentos indicados en la historia.

Para el registro de la administración de medicamentos en el Kárdex, la enfermera escribe el nombre del medicamento, la dosis, la vía de administración y el horario de administración. Este registro sólo contiene la medicación que fue aplicada, y en él no se encuentra anotaciones de las entregas realizadas para cada paciente.

Existe una práctica frecuentemente establecida, pero no oficial, para el registro de acontecimientos durante los turnos del trabajo de enfermería en la hospitalización; la cual es practicada en el llamado "*Cuaderno de Reporte*". A veces, en este cuaderno se puede registrar la falta de medicamentos para su administración, pero no así los sobrantes, es decir los medicamentos o material que no fue utilizado.

Usualmente, para el almacenamiento de las medicinas recepcionadas, existe una práctica o costumbre en los establecimientos, que se basa en el conocimiento técnico y el criterio personal. Las medicinas del paciente se organizan en compartimientos, mobiliarios o cajas rotuladas para identificar al paciente con el número de cama, en espacio restringidos para el acceso del público. Así, para la administración programada la enfermera retira de estos lugares la cantidad requerida cada vez que el paciente debe de recibir la aplicación.

Los materiales médicos quirúrgicos quedan generalmente a cargo del paciente en el velador contiguo a su cama, sin ningún mecanismo de seguridad previsto para evitar robos, siendo una zona de acceso público de muchas personas.

Cada cambio de turno la enfermera informa en forma verbal a la enfermera responsable del siguiente turno las ocurrencias y la cantidad de medicamentos que tiene el paciente en ese momento.

Al finalizar la hospitalización, en momentos de los procedimientos administrativos para el alta y salida del paciente, la enfermera del turno respectivo entrega los medicamentos sobrantes que encuentre en el lugar de almacenamiento que le corresponde a su cama. Este procedimiento no cuenta con ningún formato y documento del detalle de la entrega al paciente o familiar.

4.3.2 Hallazgos

Las entrevistas que se realizaron en los diferentes escenarios considerados por el estudio revelaron este problema como frecuente y reiterado, de modo que los pacientes durante la hospitalización son expuestos a una desprotección en las salas de hospitalización, ante los cuales no caben sus denuncias por falta de pruebas o por temor de que sus pacientes no sen atendidos en represalia. Al respecto, se recogieron testimonios de los familiares relatando episodios similares al siguiente:

"Yo tengo a mi pariente en el servicio de cirugía y deje la medicina completa en el velador de mi familiar. Al regresar al día siguiente que debería operarse, no estaba completa. Faltaban las suturas. Preguntando que habia pasado, los demás pacientes me dijeron que por la noche se acercó una persona de uniforme blanco que había retirado parte de la medicina. Cuando me acerque a preguntarle a la enfermera, ella

me dijo que si pudiéramos identificar a dicho personal, evidentemente esto era imposible y tuvimos que volver a comprar”.

Tanto el robo de medicamentos y otros suministros, como las derivaciones injustificadas de pacientes a clínicas privadas e instigación a recibir tratamientos médicos innecesarios fueron también mencionados con frecuencia por nuestros entrevistados. Sin embargo, no se pudo constatar políticas institucionales consistentes para enfrentar estos problemas, más allá de iniciativas individuales y temporales. Tampoco, el personal entrevistado pudo recordar ninguna iniciativa reciente para enfrentar estos problemas.

El personal mismo, a pesar de rechazar estos hechos, considera con pesimismo tener acciones efectivas y sostenibles para erradicar estas prácticas corruptas de aquellos elementos anónimos que continúan actuando con la impunidad del caso. De esta forma la cultura institucional ha incorporado estas conductas aberrantes con una lógica de desentendimiento e impotencia.

4.3.3 Discusión

El estudio ha permitido identificar que estas prácticas se deben a la falta sistemática de mecanismos institucionales de control para impedir los robos. Por ejemplo, en el manejo y tenencia de los medicamentos y materiales durante la hospitalización, dando lugar a una práctica organizacional absolutamente informal, sin controles ni registros, que implica eximir las responsabilidades de su uso. Con ello, se facilita los frecuentes actos de sustracción y merma intencionados.

Los relatos recibidos durante la entrevista refieren que el problema existe sin evidencias claras que permitan sancionar a los responsables. Por lo tanto, las sanciones no se aplican por esta falta de evidencias; generándose la ausencia de sanciones ejemplares que dejan como parte de la cultura institucional las malas experiencias para quienes viven y sufren el problema. A través de este mecanismo: La impunidad parece ser el factor principal que contribuye a la corrupción en los hospitales públicos.

La débil participación social en los servicios de salud, a veces limitada al voluntariado o la buena intencionalidad individual, es un factor poco apropiado para canalizar las demandas e iniciativas para prevenir o reparar los daños ocasionados.

4.4 CUARTO PROBLEMA PRIORIZADO: Cobros por servicios que deben ser gratuitos.

4.4.1 Problemática

Conforme a la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, publicada el 29 de Enero del 2002, se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) bajo la misión de *"administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del Sector Salud"*. El SIS fue creado particularmente para proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. También se buscaba mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación de los usuarios, priorizando el componente materno infantil.

Con el D.S. 09-2002-SA (Agosto 2007), el Reglamento de Organizaciones y Funciones del SIS, se establecen como los objetivos funcionales del SIS: *...(b) Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza...*

La Resolución Ministerial N°315-2007/MINSA (Abril 2007), aprueba la Directiva N° 110-2007/DGSP-MINSA, para la *Implementación de Procesos de Atención de Afiliados del Seguro Integral de Salud en los Establecimientos de Salud*, encargándole a las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud la responsabilidad del adecuado cumplimiento y seguimiento de la directiva³⁶. Precisamente, en dicha directiva los procesos normados se presentan mediante flujogramas de atención, indicando que: *"Los procesos descritos en la presente Directiva Administrativa, son aquéllos que se desarrollan al interior de los establecimientos de salud que brindan*

³⁶ Art. VII Responsabilidades, ítem 7.2.

atención de salud a los afiliados del Seguro Integral de Salud".

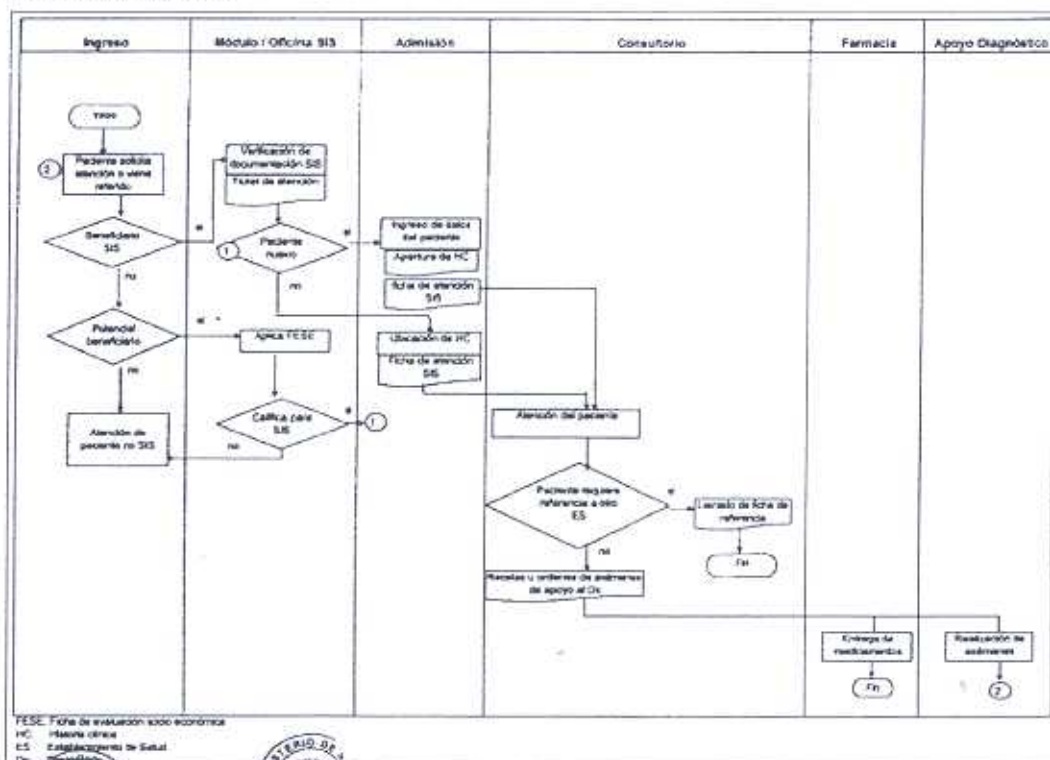
Los procesos descritos se refieren a las siguientes atenciones: a) atención de Emergencia; b) atención de Consulta Externa; c) atención de Hospitalización; y d) intervenciones quirúrgicas. Estos procesos, descritos por los flujogramas del Anexo de esta Directiva, permiten visualizar las etapas de la atención y conforme a ellos definir los puntos de control en cada proceso.

Atención de Consulta Externa del Primer Nivel de Atención

Considerando la aplicación de un análisis de vulnerabilidad de este proceso, se puede apreciar que existen puntos específicos del mismo que, por sus propias características o diseño, se constituyen en áreas críticas para la ocurrencia de actos de corrupción.

De este modo, podemos apreciar a continuación que, conforme a lo dispuesto por la normativa vigente para el proceso de atención en consulta externa, existe un flujo establecido para el proceso que contiene pasos bien determinados en las etapas de: Inicio de la atención; Presentación en la unidad del SIS de establecimiento de salud; Admisión; Consulta Médica; Dispensación en Farmacia; y Atención en los Servicios del Apoyo Diagnóstico.

Grafica N° 4.1 Flujograma del Proceso de Atención en Consulta Externa de Afiliados del SIS en el Primer Nivel de Atención



En este proceso, las dos primeras etapas (*Ingreso y Módulo Oficina SIS*) encierran un valor fundamental en tanto que califican y definen la condición de beneficiario de la persona que será atendida.

En este primer contacto de los usuarios o familiares existen condicionantes de riesgo, en tanto que la persona está expuesta a:

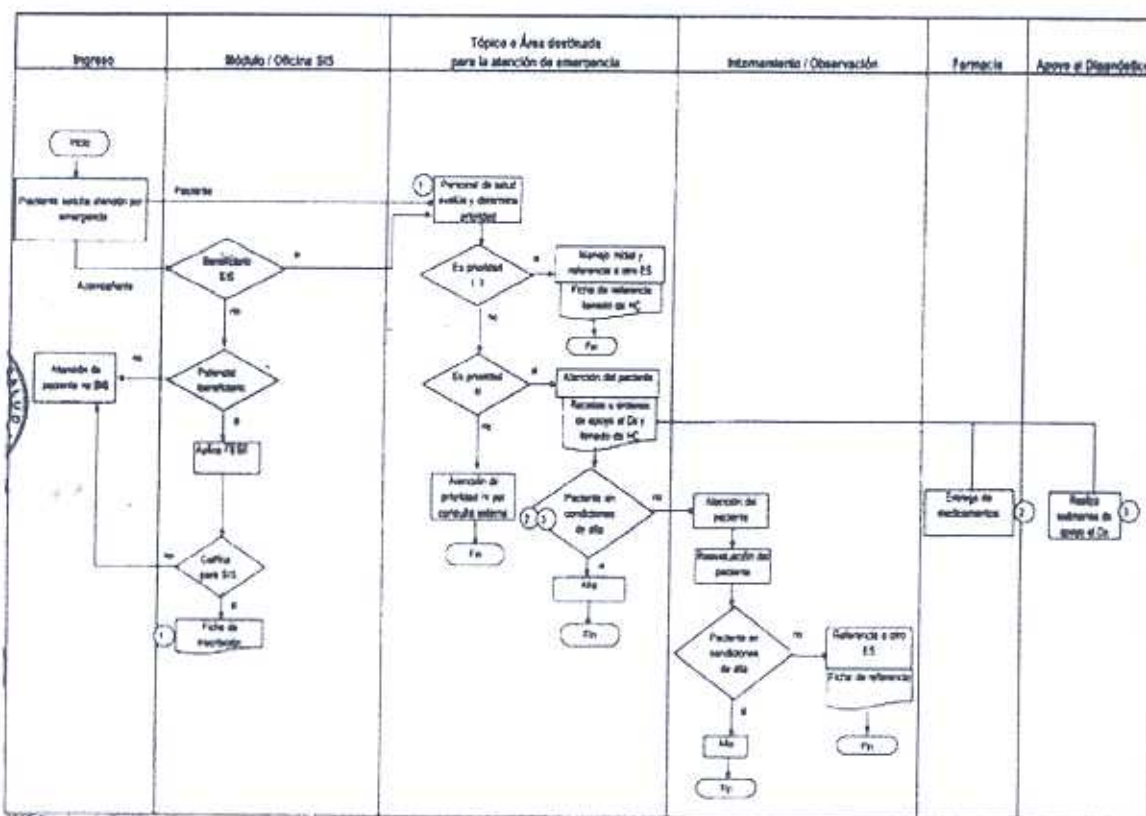
1. Un limitado conocimiento y manejo de los criterios básicos para conducirse con propiedad en un medio poco habitual como son los ambientes y procedimientos del establecimiento de salud (por ejemplo presentación de su DNI o su Contrato de afiliación SIS);
2. La imprevisible incompetencia de la Consulta Médica para resolver el problema que motiva su demanda, razón por la cual merecería ser referenciada, sin contar con un sistema de referencia y contrarreferencia que pueda canalizar la continuidad de su atención en otra locación de mayor capacidad.
3. En el caso de darse la atención médica, la propia prescripción médica conlleva la incertidumbre de contar con el respaldo de los medicamentos disponibles en el establecimiento, y que además estén "cubiertos" por el SIS;
4. En las dos últimas etapas de *Farmacia y Apoyo Diagnóstico*, persiste la incertidumbre de contar con el beneficio de estar "cubierto" por el seguro o recibir la indicación de un "pago adicional".

Atención de Emergencia del Primer Nivel de Atención

Para este tipo de atención se ha determinado un proceso similar al descrito para la atención en Consulta Externa. Sin embargo, en muchas situaciones las malas condiciones de los pacientes hacen que el ingreso y acreditación estén a cargo del acompañante, que puede no manejar la información necesaria del asegurado. Una situación crítica del paciente resulta ser una fuerte presión para las decisiones que aparezcan durante la atención y en la relación con el personal de los establecimientos.

Respecto de este tipo de atención, en la siguiente gráfica se muestran las etapas, momentos y puntos de decisión que son partes integrantes de este proceso.

Grafica N° 4.2 Flujograma del Proceso de Atención en Emergencia de Afiliados del SIS en el Primer Nivel de Atención



Conforme a lo presentado, los problemas que se presentan en estas situaciones conllevan características propias que exponen a los pacientes y familiares a situaciones críticas y de gran presión para tomar decisiones en el marco de la desesperación y la incertidumbre, como son:

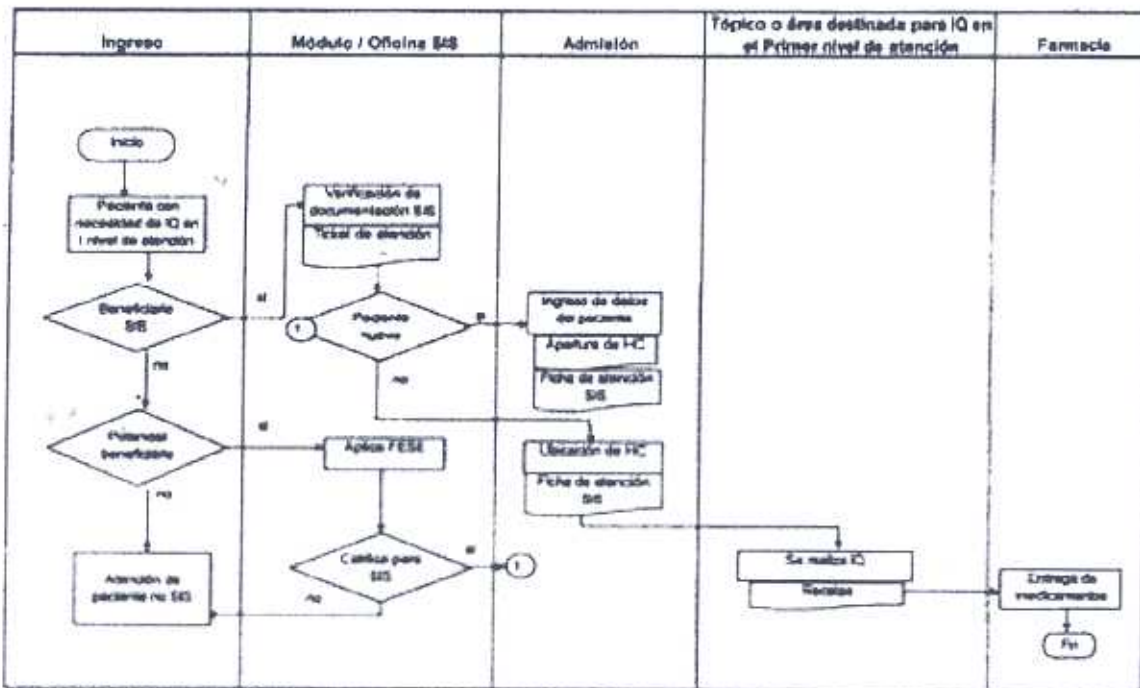
- La acreditación de la condición de beneficiario;
- Las contingencias añadidas a una probable situación de derivación a otro establecimiento, en las condiciones críticas del paciente;
- La urgente necesidad de disponer de lo prescrito por los médicos que atienden, más allá que el establecimiento no tenga disponible este medicamento.

Atención Quirúrgica del Primer Nivel de Atención

Este proceso tiene una condicionante particular en tanto que la decisión de aceptar los procedimientos invasivos para una intervención en el cuerpo de la persona trae consigo una alta valoración, que comúnmente es de difícil aceptación, pero que una

vez permitida conlleva a una posición que puede entenderse en absoluta sumisión o avasallamiento.

Grafica N° 4.3 Flujograma del Proceso de la Intervención Quirúrgica de Afiliados del SIS en el Primer Nivel de Atención



Los tres flujogramas restantes se refieren al Segundo y Tercer Nivel de Atención (Hospitales). Al respecto, tendríamos que añadir que desplazarse a otra localidad, más los gastos que acompañan a ello y la urgencia de resolver el problema, son factores de vulnerabilidad para considerar, en un razonamiento costo-beneficio o costo-oportunidad, la aceptación de alternativas indebidas de pagos adicionales por servicios que aparezcan en la cadena de múltiples pasos o personas que se encontrarán durante toda la estancia y atención.

Sin embargo, la normatividad vigente sólo considera los pagos del Texto Único de Procedimientos Administrativos correspondiente al Ministerio de Salud³⁷, pagos para las "atenciones de los beneficiarios del SIS", como aparece en el cuadro que se muestra en la siguiente página.

Como se puede apreciar la inscripción o afiliación para ser considerado beneficiario del SIS, conlleva:

³⁷ Aprobado con el Decreto Supremo 017-2005-SA (Agosto 2005)

- requisitos detallados en la columna respectiva;
- derechos de pago establecidos en montos de S/. 1 nuevo sol

Resulta importante constatar que son las propias autoridades institucionales (directores de hospitales y responsables de centros y puestos de salud) los principales responsables por la afiliación respectiva.

No debiera perderse de vista entre los factores predisponentes al fracaso en la cobertura y efectiva atención del SIS: el analfabetismo y la escasa cobertura de registro y entrega del Documento Nacional de Identidad (DNI) que realiza la RENIEC.

De otro lado, respecto de las apelaciones consideradas entre los procedimientos, estas quejas constituyen un trámite absolutamente engorroso que no están al alcance de cualquier usuario del SIS. Más bien parecieran destinadas sólo para temas logísticos centrales o de mayor nivel (Léase "Recursos de Apelación: 5% UIT"). De este modo, no se estaría contemplando procedimientos con una lógica de las quejas comunes de los usuarios SIS.

Cuadro N° 3: Texto Único de Procedimiento Administrativos del Ministerio de Salud (Seguro Integral de Salud)

N°	Denominación del Procedimiento	Requisitos	Derechos de Pago	Calificación		Unidad inicio del Trámite	Autoridad que resuelve el trámite	Autoridad que resuelve la impugnación
				Automática	Evaluación Positivo / Negativo			
1	Inscripción o afiliación como beneficiario del SIS	<p><u>Plan A:</u> Tener entre 0 a 4 años, 11 meses y 29 días</p> <p><u>Plan B:</u> Tener entre 5 a 17 años, 11 meses y 29 días</p> <p><u>Plan C:</u> Ser gestante o puérpera</p> <p><u>Plan D:</u> Ser mayor de 18 años y estar en situación de emergencia.</p> <p>REQUISITOS COMUNES A LOS PLANES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar la Ficha de Evaluación socio Económica (FESE) 2. No tener condición de asegurado o derechohabiente 3. DNI 4. Pago por afiliación (salvo excepciones) 5. Firma del contrato de afiliación <p><u>Plan E:</u> Org. Sociales de Base y Wawahuasi</p> <p>Lustradores de calzado Constancia emitida por FENTRALUC</p> <p>Indultados Inocentes: Copia de Resolución</p> <p>Víctimas y/o familiares de Violación de Derechos Humanos: Estar en la relación emitida por el Consejo Nacional de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia</p> <p>REQUISITOS COMUNES PARA EL PLAN E:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No tener condición de asegurado o derechohabiente 2. DNI 3. Pago por afiliación 4. Hijos menores pueden afiliarse según grupo etáreo 	S/. 1.00 S/. 1.00 S/. 1.00 S/. 1.00		30 días planes A, B, C y D	Mesa de partes de puestos, centros de salud y hospitales autorizados	Responsable de la afiliación de los PS, CS y Directores de hospitales	Reconsideración: Autoridad que resuelve el procedimiento Apelación: Jefe del SIS
2	Acreditación de OSB y Wawahuasi		S/. 1.00					
3	Recurso de apelación	Recurso, domicilio procesal, fundamentos, pruebas, pago. Autorización de Abogado (para licitaciones, concursos públicos, etc.)	Gratuito					

Este marco administrativo, tal cual, va acompañado de los esfuerzos limitados que el SIS y los establecimientos públicos invierten en la comunicación personalizada para el manejo de información básica para garantizar los derechos de los beneficiarios. A ello se suman los escasos y mínimos niveles de control que normalmente no se implementan en los servicios de atención de los asegurados.

A estos factores hay que añadir el analfabetismo y la escasa cobertura de registro y entrega del Documento Nacional de Identidad- DNI que realiza la RENIEC.

La aplicación de la propia ficha FESE está en tela de juicio; ocasionando sesgo en la calificación socioeconómica del beneficiario, dado que ella se realiza sin verificación in situ, permitiendo que el beneficiario altere la veracidad de sus datos. Más aún, en las zonas de mayor exclusión (distritos de pobreza y extrema pobreza) no tiene sentido mantener dicho procedimiento para la afiliación.

Todas estas inconsistencias en el proceso del SIS generan condiciones para la ocurrencia de actos de corrupción del tipo de cobros indebidos, con el agravante de afectar a los sectores más excluidos social y económicamente.

4.4.2 Hallazgos

En base al trabajo de campo se pudo recabar información por parte de los pacientes beneficiarios del SIS o sus familiares entrevistados en las instituciones de salud visitadas como el centro de salud y los hospitales considerados.

Los entrevistados refirieron no conocer exactamente qué servicios son gratuitos. En un caso, los familiares decían que no tenían para pagar el oxígeno que le habían suministrado al bebe. Ellos creían que todo estaba cubierto por el seguro y que por ese motivo se estaba demorando el traslado; pues el paciente ya tenía su ficha de referencia, la ambulancia estaba lista, pero faltaba el pago del oxígeno; lo cual evidencia una clara desinformación de los beneficios y restricciones del SIS entre la población objetivo.

Entre los casos referidos se mencionaron demoras para el traslado en ambulancia por la falta de pago en combustible que tenía que hacer los familiares. Sin embargo, el personal del centro de salud visitado refirió que a partir de una directiva emanada de la

DIRESA en el año 2006, se dispuso la capacitación de todo el personal acerca del seguro SIS para dar información veraz y oportuna a los pacientes. Esta se inició por grupos para no alterar el normal funcionamiento de los servicios, pero lamentablemente no saben por qué razón dicha capacitación se suspendió, dejando sin capacitar a parte de los trabajadores de salud.

Los pacientes beneficiarios del SIS entrevistados en las instituciones de salud pertenecían básicamente a los planes A, B o C y referían que en los centros educativos donde estudiaban sus hijos les habían facilitado y apoyado en su inscripción al SIS. Sin embargo, refirieron que no conocían otro tipo de campañas o difusiones para saber quiénes son los beneficiarios de dicho seguro. Al mismo tiempo no tenían claro los beneficios y las limitaciones del seguro.

Algunos pacientes refirieron no haber sido atendidos en su oportunidad o haber sido derivados para otro día. Al respecto, se pudo obtener versiones referidas a una preferencia en la atención a los pacientes que pagan alguna suma de dinero.

Una modalidad que se da, específicamente en el centro de salud, relatada por los familiares de los pacientes y aún por el propio personal de salud, es que "los pacientes son inducidos a adquirir servicios de ayuda al diagnóstico de particulares advirtiéndoles que son urgentes y que en la institución de salud no le van a poder atender rápidamente o los equipos no están funcionando adecuadamente. Los entrevistados creen que los trabajadores de salud que derivan a pacientes a proveedores particulares reciben un porcentaje del valor del servicio prestado.

Otra modalidad mencionada en las entrevistas se refería a la utilización de la infraestructura, materiales y equipos para atender a pacientes que ingresan al establecimiento. En estos casos, se paga directamente el servicio como si fuera particular. En algunos casos un paciente puede ser manejado ambulatoriamente, aunque el protocolo indique hospitalización.

Lo sorprendente es que estos actos resultan conocidos y aceptados por la propia población, que reconoce en ellos las cualidades profesionales de los infractores (se mencionan como "*buenos médicos*"), siendo lógica la "necesidad" de cobrar un adicional que "*le permita invertir en su capacitación y actualización; a parte de su remuneración por el estado*".

En otros casos también se refirió que existen trabajadores de salud sometidos a procesos administrativos y con una culpabilidad comprobada, que no son objeto de sanción alguna, atribuyéndose ello a un compañerismo mal entendido o a una estrategia de dilatar los plazos tanto como para dar lugar a su prescripción.

4.4.3 Discusión

El estudio ha permitido identificar un alto nivel de vulnerabilidad en los procesos de atención de los beneficiarios del Seguro Integral de Salud, particularmente en los referidos a los siguientes factores:

- a) El manejo de información básica de los asegurados o potenciales beneficiarios, que les permita ejercer plenamente sus derechos a la atención.
- b) Las circunstancias de atención poco propicias de los asegurados para enfrentar la experiencia de hacerse atender (demoras, colas, trato impersonal, difícilmente se puede canalizar reclamos efectivos, entre otros).
- c) Los limitados mecanismos de control
- d) La complacencia e impunidad con que se acepta la ocurrencia de estos actos por parte de los compañeros de trabajo y, absolutamente sorprendente, de parte de los propios pacientes y familiares.

Para una situación de pleno ejercicio del derecho al aseguramiento público, no basta con que los establecimientos se encuentren obligados a publicar los costos de sus servicios y medicamento, sino que se necesita asesorar y proteger a los pacientes durante sus consultas asegurándoles un trato adecuado y respeto de sus derechos. Se requiere educación tanto a servidores como a beneficiarios. A los primeros para sensibilizarlos sobre la necesidad de un desempeño y actuación del día a día con valores éticos y morales; y a los segundos en exigir sus derechos.

4.5 QUINTO PROBLEMA PRIORIZADO: Manipulación de la estadística para mostrar logros inexistentes.

4.5.1 Problemática

Los funcionarios públicos están sujetos a procesos de rendición de cuentas sobre su desempeño en su gestión, de manera que regularmente todo funcionario público

informa a su superior acerca de tópicos específicos sobre su gestión, respecto de demandas de información de diversa índole: técnica, administrativa y política.

En otros casos los funcionarios están obligados por el marco legal, (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública) a dar a conocer a los ciudadanos toda información considerada de carácter público: como por ejemplo, aquellas referidas al manejo de los recursos del tesoro público.

Cada funcionario es responsable último de los documentos que elabora y suscribe, y también de las declaraciones públicas que realiza en los medios de comunicación o eventos especiales. De este modo el contenido de lo expresado es avalado por el propio autor.

Precisamente, para la elaboración de los informes emitidos, **el funcionario es usuario de la información producida en la institución**. Dicha información proviene de las fuentes institucionales oficiales donde están reportadas y registradas, existiendo: (a) información administrativa presupuestal a cargo de las oficinas o encargados de la administración; (b) información sobre la producción de servicios de salud a cargo del sistema estadístico de salud; y (c) información sobre la situación sanitaria a cargo del sistema de información epidemiológica.

En instituciones regionales de salud (Gerencia de Salud del Gobierno Regional, Red Asistencial de Seguro Social de Salud - EsSalud y Direcciones Regionales de las Sanidades de las Fuerzas Policiales y Militares) existen sistemas propios para este registro, procesamiento y análisis de información.

Los sistemas de información más relevantes de las instituciones públicas de salud son:

- En el caso de la Gerencia de Salud del Gobierno Regional: (a) el Sistema HIS para la producción de servicios y la morbilidad en las atenciones; (b) el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el registro de los daños sanitarios de interés público de epidemias o enfermedades; (c) el Sistema Integrado de Administración Financiera - SIAF para el registro administrativo y el registro contable.
- En el caso de Seguro Social de Salud - EsSalud: (a) El Sistema de Gestión Hospitalaria para la producción de servicios y la morbilidad en las atenciones;

(b) el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el registro de los daños sanitarios de interés público de epidemias o enfermedades; y (c) Sistema Informático Administrativo Contable para este tipo de información.

Estos sistemas de información cumplen procesos básicamente similares en todos los casos:

Primera etapa: se registra los datos en las instancias operativas (establecimientos de salud) donde se realizan las actividades y atenciones. Este registro se opera a través de formatos preestablecidos y procedimientos fijados en directivas, manuales y otros documentos de gestión (planes operativos, etc.). Este registro está a cargo del personal asistencial y administrativo correspondiente, de manera manual o automatizada.

Segunda etapa: Los datos registrados son revisados y enviados a las instancias superiores de acopio y consolidación, por vía digital o impresa.

Tercera etapa: Las instancias especializadas en la gestión de la información reciben los formatos remitidos con la información y mediante software, realizan el procesamiento de todos los ingresos de información del mes.

Cuarta etapa: Se generan los reportes de acuerdo al cronograma establecido o la demanda generada.

Quinta etapa: Se consolida y analiza la información y se generan informes regulares a las instancias de dirección de la organización.

Sexta etapa: Se organiza y almacena la información generada para los procesos de revisión y análisis anuales de cierre de año o para solicitudes distintas de usuarios internos y externos de dicha información.

Una perspectiva fundamental de estos procesos de elaboración de la información la constituye el control y garantía de la calidad durante todas las etapas mencionadas para la producción de la información. De modo que durante todas las etapas, mencionadas previamente (el registro, la consistencia, la digitación, el manejo de la base de datos, el reporte, análisis y edición), se va concatenando con el nivel de la calidad y fidelidad de la información.

Específicamente a cada etapa de producción y control de información, le corresponde a diferentes responsables:

1. En la primera etapa es el *personal asistencial* de los establecimientos (médicos, enfermeras, obstetras, técnicos sanitarios) el responsable del llenado de los formatos de registro de datos de la producción de servicios y eventos epidemiológicos (atendidos, atenciones, diagnósticos, localización y procedencia, datos del paciente, etc.).
2. En la segunda etapa son los *encargados de estadística* de cada unidad los responsables de la revisión de la consistencia de los formatos de registro de datos.
3. En la tercera etapa es el *personal de apoyo* o los mismos *encargados de estadística* en las unidades organizacionales para el ingreso de datos y su digitación.
4. En la cuarta etapa es el *personal estadístico o informático* que está a cargo del manejo y seguridad de las bases de datos y los hardware/software de los sistemas.
5. En la quinta etapa es el *personal estadístico o informático* el que está a cargo de la elaboración y entrega de los reportes de información.
6. En la sexta etapa son los *profesionales de los equipos técnicos y directivos* a quienes les corresponde el análisis de datos y la elaboración de los informes.

Por lo descrito hasta aquí, los procesos de producción de información resultan complejos y con muchos actores intervinientes que, en la situación actual de los sistemas de información de las instituciones de salud, configuran su alta vulnerabilidad y limitado control de su consistencia.

De otro lado, técnicamente hablando, el nivel del manejo estadístico permite diversas posibilidades para **la presentación e interpretación de la información**, de modo que se puede expresar los mismos hechos según la conveniencia, exigencia y propósito particular. Así, por ejemplo, un auditorio poco especializado puede ser objeto de presentaciones enrevesadas de terminología técnica y abundantes datos, cuadros y gráficos, para finalmente terminar confundido y con la sensación de una enorme "falta de ilustración".

Estas prácticas pueden constituir estrategias malintencionadas de desinformación y resultan tanto o más efectivas como los casos en que se presentan cifras falsas con el

objetivo de presentar una situación favorable para la gestión. O quizá casos cuestionables de manejo rudimentario de la técnica estadística. Al respecto existe normativa específica, nacional e institucional, que no se está cumpliendo o que está desactualizada y necesita revisarse.

En los últimos años, ante dicha la falta de efectividad de las instituciones públicas para garantizar el acceso a una información fiable y objetiva, la **Ley de Transparencia**³⁸ y su **Reglamento**³⁹ han permitido se resguarden algunos aspectos claves para el acceso a la información pública:

- obligando a las máximas autoridades de cada entidad pública a ser responsables del objetivo de acceso y transparencia;
- estableciendo responsabilidades para atender la demanda de información;
- estableciendo que esta responsabilidad incluye la autenticidad de la información que se entrega (Art. 6, inciso d);
- estableciendo el procedimiento para el acceso;
- estableciendo responsabilidad por el incumplimiento, pasible de sanción administrativa a los funcionarios o servidores públicos.

4.5.2 Hallazgos

Para el presente estudio se realizaron las entrevistas a funcionarios del nivel directivo en la Gerencia de Salud, la Red de Servicios de Salud, relacionados con la gestión y uso de la información institucional. En las entrevistas se pudo establecer que la información estadística tiene un cronograma preestablecido para su cumplimiento regular, el cual debe garantizarse, y que en el momento de nuestra visita no se identificaron mayores problemas al respecto.

Una preocupación manifestada con especial preocupación fue que existe una notable falta de prácticas de análisis de información de los sistemas estadísticos.

En el nivel de la Red, el proceso de consolidación de la información se cumple con el envío regular desde los establecimientos de su jurisdicción, sin embargo son frecuentes las dificultades geográficas y climáticas y el acceso desde algunas localidades, generando complicaciones de este proceso de consolidación local.

³⁸ Ley N° 27806.

³⁹ Decreto Supremo N° 072-2003

Todos los entrevistados identificaron la carencia y obsolescencia del equipamiento informático, en todos los niveles del acopio, reporte y manejo de información. Reconociendo como una gran limitación las condiciones del parque informático como también el alto valor de la información para la toma de decisiones.

Entre las opiniones recogidas se coincide en la alta valoración que se tiene de la utilidad de la información del servicio para las decisiones importantes, sin embargo esto se contrapone con la mayor desconfianza sobre la consistencia de la información y el nivel de compromiso con la iniciativa de generar acciones para cambiar esta situación.

Por ejemplo, se pudo apreciar que algunos documentos que tienen calidad de "reportes de análisis" básicamente contienen cuadros de datos que no han merecido ningún nivel de comentario o discusión o que este resulta irrelevante.

El personal asistencial, siendo responsable principal del ingreso original de los datos, básicamente considera que el registro de información es una sobrecarga de trabajo que no le corresponde y normalmente lo descarga en el personal técnico subordinado que en la mayoría de casos no tiene relación directa ni preparación suficiente para consignar los datos encargados.

Adicionalmente, se constató la presencia de sistemas de información paralelos, que repiten información y muy difícilmente se vinculan, en su lógica o en su operación informática. Esta característica se aprecia en una profusa presencia de formatos específicos a cada sistema, con una muy alta discrecionalidad individual y muy débil control para quienes lo llenan y controlan (personal asistencial y personal estadístico, respectivamente).

4.5.3 Discusión

El estudio ha permitido identificar un alto nivel de vulnerabilidad de los sistemas de información estadística en las instituciones de Salud debido a múltiples factores:

- a) Existe una cultura organizacional ampliamente extendida que valora muy poco la información como recurso institucional. Esta pobre valoración se inicia desde el principio del registro a cargo del personal asistencial que estima como una

"sobrecarga administrativa" el llenado de los formularios de datos de la producción de servicios o reporte epidemiológico. Esto se manifestó en las entrevistas realizadas en todas las instancias.

- b) Existe un modelo de gestión institucional basado en compartimientos aislados (direcciones y programas) que desde el inicio de la producción de la información no permite su integración y consistencia porque constituye canales paralelos de generación de datos. Esto se aprecia en los múltiples formatos que tiene que llenar el personal de los establecimientos. Es evidente la falta de cruce o articulación de la información entre diferentes reportes y niveles.
- c) Existe una alta discrecionalidad para el registro de datos que refleja una gran debilidad de los sistemas y mecanismos de control del ingreso de información en todas las etapas. Se mencionó, por ejemplo, que cabe la posibilidad de alterar sin problemas el registro de atenciones inventándolas para alcanzar las exigencias de productividad y eficiencia en el servicio.
- d) Existe un escaso ejercicio de sanción por estas faltas relacionadas con incumplimientos y omisiones en el nivel inicial de registro y llenado de formularios o de reportes remitidos.
- e) Existe desorden y poca racionalización respecto del pedido o demanda de información. Es decir, no se prioriza ni discrimina la información necesaria para las decisiones importantes de la gestión, de modo que toda información vale lo mismo y compite con el escaso recurso y capacidad de esfuerzo. Esto quedó en evidencia con el hecho frecuente de cómo los informes no llegan oportunamente y su pertinencia no facilita la toma de decisiones.
- f) Existe escasez de personal estadístico, particularmente en cuanto a su calificación y competencias, y muy especialmente en referencia a la gestión estadística/informática y el análisis. Además, los entrevistados refirieron que no existe una cultura de análisis de datos para la toma de decisiones, estos solo sirven para informar a las instancias correspondientes de acuerdo al cronograma que establece el nivel central.
- g) Existen, en todos los niveles de las instituciones públicas, estilos gerenciales y de dirección poco afines al uso de información y presionados a la improvisación de

demandas de información en la contingencia diaria. De esta manera no es muy frecuente el ejercicio sistemático de la toma de decisiones de gestión que permita una referencia para la priorización de información relevante para la gestión. Esto se ha podido evidenciar en las menciones recibidas acerca de que existe una notable falta de socialización de los indicadores de gestión a niveles operativos.

- h) Además se mencionó que las publicaciones no son actualizadas, y por lo tanto no son apreciadas por los grupos de interés. Es decir, no existe la cultura de difusión de la información. Al respecto se puede mencionar como ejemplos la inexistencia de boletines y la falta de oportunidad en la actualización de las Salas Situacionales que presenta los indicadores demográficos, de morbimortalidad y de respuesta social en los establecimientos de salud.

5. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

Por la misma naturaleza de los problemas de corrupción en las instituciones públicas que ha abordado el presente estudio, la posibilidad de precisar evidencias se ha visto limitada en cuanto que los propios entrevistados advirtieron que los datos emitidos tuvieran carácter de confidencialidad por temor a las represalias o consecuencias. El aporte del presente trabajo se ha encaminado a identificar los riesgos específicos en la alta vulnerabilidad de los procesos institucionales respecto a los problemas priorizados para la acción anticorrupción.

Respecto del primer problema de corrupción: *Incumplimiento en la aplicación de las normas y sanciones*; se ha podido establecer que este problema es identificado por los propios trabajadores de salud y el público usuario de los servicios como un problema frecuente.

Al respecto, el desempeño del personal en los establecimientos públicos tiene un marco normativo legal con una pobre difusión y manejo entre los profesionales y trabajadores en los centros de trabajo del sector público, propiciado por la frecuente ausencia de procesos de inducción e información específica.

La ética individual y colectiva en las organizaciones constituye un reto muy actual frente a la acendrada lógica del cálculo costo beneficio a favor del acto corrupto, que estaría a la base de los comportamientos complacientes que se disfrazan en el mal entendido espíritu de cuerpo y compañerismo, particularmente entre los directivos locales e intermedios de las organizaciones de salud.

Particularmente, es necesario se revise la situación del sentido de algunos aspectos considerados como beneficios o derechos del personal en: (a) las denominadas horas sanitarias establecidas por la Ley de Trabajo Médico; (b) las horas de docencia de los trabajadores que son docentes universitarios; y (c) la programación de las denominadas guardias (asistenciales o comunitarias).

La presencia frecuente del problema en cuestión constituye un factor pernicioso en las organizaciones públicas en tanto sus efectos propician un alto nivel de

incertidumbre para la gestión y sensación de impunidad con la consiguiente anomia, complacencia y falta de reacción en la organización.

Además, se ha constatado una sensible ausencia de la participación social en la gestión, que se la considera como una amenaza de intromisión externa, que desestabilizará el actual balance interno.

Respecto del segundo problema de corrupción: *Incumplimiento en la transparencia en la adquisición de bienes y contratación de personal*, no resulta fácil encontrar una disposición particular a la transparencia en la información, en tanto la cultura del secreto en la información pública aún es acendrada, tanto en los concursos para contratación de personal o procesos de adquisición de bienes y servicios. La propia demanda regular por este tipo de información, sobre adquisición de bienes o servicios y contratación de personal, es de una limitada proporción de público, que normalmente es parte interesada de la oferta y provisión de bienes o de quienes buscan un puesto de trabajo.

La debilidad institucional del sector público en los procesos de adquisición de bienes ha sido referida como la principal razón para justificar el "acelerar" las adquisiciones en favor de la eficiencia y oportunidad, a costa de introducir mecanismos y comportamientos irregulares.

La frecuente aceptación de la existencia de estos problemas también se acompaña de una sensación de impunidad respecto de los infractores y de una organización que difícilmente puede sostener acciones correctivas de erradicación de estos problemas.

Respecto de la *apropiación indebida de las medicinas de los pacientes*, el estudio ha permitido identificar que estas prácticas son recurrentes en las instituciones del sector, y conllevan una falta sistemática de políticas y mecanismos institucionales de control, que impidan los frecuentes robos en los ambientes de hospitalización. La conducta "normal" es directivos que se desentienden ante la ausencia de las denuncias o evidencias respectivas y, de otro lado, usuarios que aceptan las condiciones de desprotección sin lugar al éxito de su reclamo.

Respecto de los *cobros indebidos en los servicios gratuitos*, el estudio ha permitido identificar un alto nivel de vulnerabilidad en los procesos de atención de los beneficiarios del Seguro Integral de Salud. Se han considerado como factores importantes de esta situación: el escaso manejo de información básica por parte de los asegurados o potenciales beneficiarios; la ausente oferta de asesoría oportuna a los beneficiarios y la sensibilidad del personal en contra de este tipo de atenciones.

Respecto de la *manipulación tendenciosa de la estadística de gestión*, el estudio ha permitido identificar un alto nivel de vulnerabilidad de los sistemas de información estadística, en las instituciones de Salud, para prácticas de modificación o manipulación de datos. Entre los principales factores se menciona: (a) una extendida cultura organizacional de escasa valoración de la información como recurso institucional viéndola como una "sobrecarga administrativa"; (b) un modelo organizativo fragmentado que se refleja en la desintegración e inconsistencia de la información; (c) una alta discrecionalidad con el mínimo control para el ingreso y consiguiente alteración de los datos, estos que son la base de toda la producción de información en las instituciones; (d) una pobremente calificada demanda de información que inicia el círculo vicioso de la mala calidad de información;

Como conclusión final podemos ensayar un comentario transversal a todos los problemas estudiados, estableciendo como constantes tres factores importantes:

- Las limitaciones o ausencias de los mecanismos de control generan incertidumbre en el desempeño ordinario de los trabajadores y usuarios de los servicios de salud.
- La cultura institucional que normalmente juega en contra de las denuncias y/o sanciones.
- La relación médico-paciente ha sufrido una preocupante degradación respecto de los altos niveles de desconfianza por parte de los pacientes, y los términos a veces preponderantes de una relación basada en la transacción económica en beneficio del prestador del servicio.
- El débil desarrollo y opinión contraria a la participación social en la gestión local, dejando de considerar el valor agregado de la legitimidad y control que brinda.

Algunas recomendaciones:

PROBLEMA PRIORIZADO	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	RECOMENDACIONES
Incumplimiento de las Normas y Sanciones	<p>Incumplimiento de normas tales como: Rendimiento por hora de trabajo del estándar establecido en la institución, lo cual significa una atención de baja calidad por la ausencia de procedimientos mínimos.</p> <p>Las pocas veces que se reportan incumplimientos de las normas, las sanciones no siempre llegan, no son justas, no guardan relación con la magnitud de las faltas y los niveles de responsabilidad o jerarquía del infractor.</p>	<p><u>Contemplar a corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrir los cargos de gerencia o direcciones de los establecimientos de salud por concurso público, para garantizar el cumplimiento de las normas • Socializar las normas a través de medios electrónicos y talleres para su interpretación • Aplicar sanciones a los incumplimientos y estímulos a los méritos • Implementar mecanismos de vigilancia, que gocen de legitimidad y respeto <p><u>Contemplar a mediano plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer líneas directas de asistencia telefónica para recepción de quejas y fiscalización del cumplimiento de las normas establecidas • Mejorar la cultura organizacional de las instituciones de salud orientándola al trabajo en equipo, motivación del personal, y la seguridad en el trabajo
Incumplimiento de la Jornada laboral	<p>Los trabajadores administrativos en ocasiones cumplen con la presencia física, pero no siempre con las actividades asignadas. También existe el abandono de puesto de trabajo, llegando a salir fuera del establecimiento en horas de permanencia obligatoria.</p>	<p><u>Contemplar a corto plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar mecanismos de vigilancia, que gocen de legitimidad y respeto. <p><u>Contemplar a mediano plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer líneas directas de asistencia telefónica para la recepción de quejas y fiscalización del cumplimiento de las normas establecidas • Mejorar los sueldos de los profesionales de salud • Mejorar los sueldos de los profesionales de salud

<p>Falta de transparencia de los procesos de adquisiciones y contrataciones</p>	<p>Un uso de la posición y el poder públicos para fines ilegítimos, inmorales, ilegales o diferentes a lo formalmente establecido, es generado entre el desorden administrativo y las prácticas acendradas de relaciones personales</p>	<p><u>Contemplar a corto plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La elaboración de una adecuado Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones, y mejoramiento de los tiempos en los trámites administrativos de adquisiciones • Plena implementación de la Ley de Transparencia. • Cumplir con el uso, por parte de las unidades ejecutoras, de un Portal Web para socializar la información. <p><u>Contemplar a mediano plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rotación frecuente del personal de logística. ○ Desarrollar programas de sensibilización y empoderamiento de la población en el tema de la salud como un proceso social, a fin de lograr mayor participación. ○ Plan de Adquisiciones y Contrataciones de bienes y servicios debe ser único, desde la DIRES para poder ejecutar compras mancomunadas.
<p>Falta de acceso a la información para la contratación y desplazamiento de personal</p>	<p>La transparencia en los procesos de contratación del personal que ingresa a las organizaciones de salud aun es limitada o irregular.</p>	<p><u>Contemplar a corto plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar convocatorias públicas para la contratación de personal, con requisitos mínimos claros y precisos y con participación de veedores externos. • Aplicación de las normas institucionales sobre desplazamiento de personal. • Nombrar comisiones con participación de colegios profesionales y gremios. • Regularizar los contratos en el sector por la Ley N° 728, a fin de estandarizar los sueldos, horarios de trabajo y derechos. <p><u>Contemplar a mediano plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Construir instrumentos de evaluación susceptibles de valoración objetiva. • Actualizar el Cuadro de Asignación de Personal acuerdo a las necesidades reales de los establecimientos de salud. • Homogenizar las condiciones laborales de acuerdo al tipo de labor que se desempeña

<p>Apropiarse de las medicinas de los pacientes para ser comercializada o utilizada fuera de la institución.</p>	<p>Hurto cometido por trabajadores de salud en forma oculta que muchas veces pasa desapercibida</p>	<p><u>Contemplar a corto plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El usuario debe recibir mayor información acerca de su enfermedad y tratamiento de su medico tratante a fin de ejercer su derecho • Socialización efectiva del derecho (entre los ciudadanos y entre los servidores públicos). • Implementar nuevos procesos de control. • Socialización de valores como respeto, democracia, justicia, libertad, solidaridad, honestidad. <p><u>Contemplar a mediano plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar la dosis unitaria recomendada por el MINSA y EsSalud por parte de Químico Farmacéutico. • Rediseño institucional: Hay que consolidar instituciones eficientes, en las que el ciudadano confíe.
<p>Cobros por servicios que deben ser gratuitos</p> <p>Cobros por servicios que inducir al paciente al pago de servicios innecesarios.</p> <p>Discriminación del usuario del SIS, valorando dicho servicio como atención de beneficencia y no como un derecho que les asiste.</p> <p>Cobros por servicios que deben ser gratuitos en las modalidades de inducir al paciente al pago de servicios innecesarios.</p> <p>Discriminación del usuario del SIS, valorando dicho servicio como atención de beneficencia y no como un derecho que les asiste.</p> <p>seguro integral de salud (SIS)</p>	<p>Cobros por servicios que deben ser gratuitos en las modalidades de inducir al paciente al pago de servicios innecesarios.</p> <p>Discriminación del usuario del SIS, valorando dicho servicio como atención de beneficencia y no como un derecho que les asiste.</p>	<p><u>Contemplar a corto plazo</u></p> <p>Utilizar estrategias efectivas de información, educación y comunicación a usuarios sobre programas de gobierno (SIS) para darles a conocer sus derechos y obligaciones</p> <p>Establecer y/o fortalecer instancias para la orientación al paciente y un efectivo uso de los mecanismos de quejas y sugerencias.</p> <p>Fomentar una cultura organizacional basada en valores, en los establecimientos de salud, que garanticen una atención ética y transparente.</p> <p><u>A mediano plazo</u></p>

		<p>Empoderar a la población, para ejercer ciudadanía, con utilización de estrategias efectivas.</p> <p>El financiamiento público del SIS debería garantizar el reembolso oportuno por los bienes y servicios requeridos en la atención de sus beneficiarios.</p> <p>Mejorar el sistema de control para los medicamentos que son dispensados. No basta con un sistema informático que haga seguimiento al número de medicinas que se encuentran almacenados en los establecimientos, se necesita el aseguramiento en la recepción de los mismos por parte del usuario.</p>
<p>Manipulación de la estadística para mostrar logros inexistentes</p>	<p>Falta de veracidad de la información estadística en los establecimientos de salud desde su génesis, debido a las facilidades para manipular y adulterar los datos.</p> <p>Falta de oportunidad en los informes estadísticos, impidiendo la toma de decisiones en base a datos reales.</p>	<p>A corto plazo</p> <p>Implementación informática desde los puestos, centros de salud, hospitales, y sedes administrativas de la Gerencia de Salud, para un trabajo moderno, en red y sin posibilidad de ser manipulado.</p> <p>Empoderamiento de la comunidad en los servicios que prestan los establecimientos de salud.</p> <p>Supervisión del personal y monitoreo de los procesos, a todo nivel.</p>

Anexo 2
Participantes del taller de validación del Plan Regional Anticorrupción

Taller de validación del Plan Regional Anticorrupción en Salud La Libertad

La Libertad, 15 de Agosto de 2008.

Nº	Nombres y Apellidos	Institución	Telefono	Email
1	Juan Navarro	CONADIS		
2	Sofia Arevalo	GESA - PROMSA	044 231515	
3	Kelly Guadalupe Alva	GESALL - PROMSA	044 231515	kelly_obst@hotmail.com
4	Manuel Gutiérrez Novoa	IREN - NORTE	044 233161	magno_1946@hotmail.com
5	María Salvador Rodríguez	PROMSA	044 948022383	
6	Dalila Navarro	RERPROSA La Libertad	044 943036001	
7	Silvia Quintana G.	Circulo Femenino ARPPOLL	044 948862105	
8	José Otiniano Ruiz	ARPOLL	044 949521560	pepeotiniano@hotmail.com
9	María Luisa Olivo Ulloa	Cor La Libertad	044 949590800	marra_luisa@hotmail.com
10	Juan Escudero Casquino	Gerencia de Salud La Libertad	044 949536618	juanescluderoc@yahoo.com
11	Rocio Alvarado Córdova	GS - La Libertad		rocioalvarado82@hotmail.com
12	Jorge Ferreros	EsSalud	044 216121	jorgeferreros@essalud.gob.pe
13	Rocio Chávez Vásquez	DIRES	044 948405069	rocinic_77@hotmail.com
14	Ernesto Dominguez	Gerencia de Salud La Libertad	044 231515	
15	Edelmira Velásquez Pereda	REPROSA	044 948405012	edevelasquez@hotmail.com
16	Andrea Vilca Alfaro	Asoc. Civil Desarrollo Int. Nueva Vida	044 225809	
17	Lola Moreno G.	Ministerio de Salud	044 231515	
18	Elida Másques	GS / La Libertad	044 231515	
19	Nicanor Robles Olivares	Red Promotores		
20	Marlig Vásquez Bernaola	Red Promotores	044 949548960	vasquezbernaola@hotmail.com
21	Ruth Zamora C.	IREN - NORTE		ruthzamorac@hotmail.com
22	Justo Balta Salazar	III DIRTEPOL	044 949375181	betobalta_per31@hotmail.com
23	Elena Gamarra Sánchez	UCV	044 485000	mlele10@hotmail.com
24	Ruben Vera Veliz	UCV		rubencesar2@hotmail.com

25	Nelson Karnet		044 949375934	-
26	Jaqueline Salinas Jimenez	Hospital Belen	044 949230689	jsjhb@hotmail.com
27	Segundo Chamorro	ACIPSAVI - TBC	044 285234	acipsavi@hotmail.com
28	Bruno Honores	LESTONNAC	044 562629	magibrush@hotmail.com
29	Luis Cabrera Llaque	Colegio Medico Veterinario	044 200935	comevel_78@hotmail.com
30	Diana Vera Rengifo	AREFOBALL	044 949323532	diana_vr@hotmail.com
31	Juana Mendoza Alvarado	Promotores de Salud	044 94953861	
32	Haro Castillo		044 949370557	rogerharocas@hotmail.com
33	Victor Cardenas	H.R.D.T.	044 215438	
34	Juan Antonio Abanto	CONADIS	-	jantonio_crn4@hotmail.com
35	César Quito Santos	COMUSEP	044 9447500	cequisaunt@hotmail.com
36	Elizabeth Rojas Armas	GS / La Libertad	044 299515	
37	Pedro Azabache Marrufo	GS / La Libertad	044 231515	pmcieplam02@yahoo.es
39	Henry Rebaza Iparraguirre	Gerencia de Salud La Libertad	044 231515	h_rebaza@hotmail.com
39	Roberto Rosales	Colegio Medico La Libertad	044 287420	robertosag@yahoo.es
40	Luis Carrasco Mendo	Colegio de Biólogos	044 244141	bioclin_trujillo@hotmail.com
41	Lucy Sánchez Pinedo	Colegio de Obstetras	044 257714	lsanchezpinedo@hotmail.com
42	Luis Quintana Pomachari	Colegio Químico Farmacéutico	044 949650930	luisqfarma@hotmail.com
43	Carlos Rojas Eccoña	FOROSALUD	044 231112	leocre@yahoo.com
44	Luis Alvarado Luján	Actividad Privada	044 462116	clinicahuanchaco@hotmail.com
45	Maritza Ortiz Guevara	Colegio de Nutricionista CRII	044 205691	mortizguevara@yahoo.es
46	Marcela Rodríguez Argomedo	Colegio de Nutricionista CRII	044 251033	kela2021@yahoo.es
47	Héctor Rodríguez	Secretaría de Coordinación	044 949536607	uladismirorb@yahoo.es
48	Arturo Granados	PRAES	422 3185	agranados@praes.org