



hsr2020
SIXTH GLOBAL
SYMPOSIUM ON
HEALTH SYSTEMS
RESEARCH

**Pre-Conferencia Regional
Health Systems Global**
en preparación al VI Simposio Mundial
"Re-imaginando los sistemas sanitarios
para mejorar la salud y la justicia social"

PERÚ

22 de noviembre, 2019
Universidad ESAN Dirección:
Alonso de Molina 1652,
Monterrico, Surco, Lima

Instituciones participantes

Instituciones convocantes



Health Systems Global
<http://healthsystemsglobal.org/>



Universidad ESAN
<https://www.esan.edu.pe/>



Banco Mundial
<https://www.bancomundial.org/>

Instituciones adherentes



EsSalud
<http://portal.essalud.gob.pe/>



Ministerio de Salud
<https://www.gob.pe/minsa/>



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
<http://www.unmsm.edu.pe/>



Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
<https://www.upc.edu.pe/>



Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica
<https://portal.concytec.gob.pe/>

Instituciones participantes

Instituciones adherentes



Universidad Peruana Cayetano Heredia
<https://www.cayetano.edu.pe/cayetano/es/>



Universidad Continental
<https://ucontinental.edu.pe/>



Universidad del Pacífico
<http://www.up.edu.pe/>



Instituto de Análisis y Gestión

Presentación

Simposio Global Health Systems Global 2020 en Dubai

Health Systems Global (HSG) es la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud que convoca cada dos años a referentes académicos, tomadores/as de decisiones de política sectorial y miembros de la sociedad civil a participar en su Simposio Global.

Luego de los encuentros de Montreux 2010, Beijing 2012, Cape Town 2014, Vancouver 2016 y Liverpool 2018, Dubai 2020 fue elegida como la próxima sede del encuentro mundial. En esta ocasión, el eje temático principal es "Re imaginando los sistemas sanitarios para mejorar la salud y la justicia social".

Dentro de este marco, se organizó un **ciclo de pre-conferencias de HSG para la región de las Américas**, orientadas a abrir el intercambio regional sobre las temáticas de sistemas y servicios de salud, en preparación al encuentro global de Dubái.

Pre-conferencias nacionales

La organización de este **segundo Ciclo de Pre-Conferencias en las Américas** tuvo como motivación principal la necesidad de potenciar el debate sobre el diseño y la implementación de políticas orientadas a alcanzar sistemas y servicios de salud más equitativos y efectivos, aportando una perspectiva desde Latinoamérica y el Caribe. Ello permite enriquecer la discusión global con los debates, la investigación y las experiencias del subcontinente.

El propósito de estos eventos es doble: por una parte, busca generar espacios de intercambio nacional sobre experiencias y visiones transformadoras que alimenten un debate necesario sobre los sistemas de salud, procurando, en su conjunto, el desarrollo de espacios regionales a partir de estos intercambios. En segundo lugar, se espera fortalecer a los trabajos seleccionados en cada pre-conferencia para aumentar sus posibilidades de aceptación al momento de ser presentados en el llamado global de resúmenes para el **VI Simposio del Health Systems Global a llevarse a cabo Dubái** en noviembre del 2020, y cuya fecha de cierre es el 6 de febrero del 2020.

Con el propósito de reunir a investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud de Perú, la propuesta de esta pre-conferencia implica:

- *Abrir la convocatoria a un encuentro de investigadores/as y tomadores/as de decisiones en torno a mesas de debate interdisciplinario.
- *Estimular la presentación de trabajos de autores/as latinoamericanos/as y del Caribe en la convocatoria abierta del Simposio Mundial en Dubái 2020.
- *Fortalecer la presencia latinoamericana en el Simposio Global.

Daniel Maceira, Ph.D.
Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global,
Representante para Las Américas



Comité organizador

Referente Health Systems Global



Daniel Maceira es argentino, Ph.D. en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Independiente de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesor Titular de la Cátedra de Organización Industrial, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires (UBA). Asimismo, participa como docente de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad Torcuato Di Tella, de la Maestría en Gestión de Políticas Públicas de FLACSO, y en programas de postgrado en varias universidades provinciales en Argentina. Ha colaborado con una amplia gama de organizaciones, entre ellas el Centro Internacional para el Desarrollo de la Investigación (IDRC) de Canadá; UNICEF; la Gates Foundation; la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Banco Mundial; la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Agencia Estadounidense para el Desarrollo (USAID); la Fundación Interamericana (IAF); el Global Development Network; el Fondo Global para el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis; Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance), entre otras. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas especializadas nacionales e internacionales, y ha tenido extensa participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica en varios países en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Desde 2016 es Miembro del Executive Board de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud, de la cual es parte del Executive Board, Tesorero y detenta la Silla de las Américas hasta Octubre de 2020.

Referente Institución anfitriona



Arturo Javier Granados Mogrovejo Comunicador social, especializado en descentralización y políticas de salud. Estudios de Maestría en Desarrollo Sustentable de la Universidad Complutense de Madrid. Diplomado en Estudios de Género de Pontificia Universidad Católica del Perú. Ha sido Director General de Descentralización del Ministerio de Salud y Secretario Técnico de la Comisión Intergubernamental de Salud (2012-2016). Fue Vicepresidente del Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Salud (2014-2015). Integrante del equipo de reforma del sector salud (2013-2014). Ha sido Coordinador Técnico de Programa del Proyecto Políticas en Salud, y líder de equipo en descentralización, planificación participativa de salud y comunicaciones de diferentes proyectos de reforma del sector salud de USAID en el Perú (2004-2012). Fue facilitador del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud (2008-2010) bajo el auspicio de la cooperación de USAID en proyectos administrados por Abt Associates. Fue representante del Ejecutivo en el Acuerdo Nacional, el 2016, en el grupo de trabajo donde se estableció un Acuerdo de la Reforma del Sector Salud. Actualmente es consultor asociado del Instituto de Análisis y Gestión



Guillermo Antonio Alva Burga, MBA de ESAN. Mención en Finanzas. Postgrado de Gerencia en Servicios de Salud de ESAN. Evaluación del Sistema de Salud Colombiano de Universidad de los Andes de Colombia. Médico Cirujano titulado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Médico Auditor. Doce años de experiencia. Participación en la elaboración de proyectos y en las decisiones administrativas de empresas de Salud. Fue Gerente General de MEDICASA-ENFECASA. Ex Gerente del Comité Médico de las AFP-COMAFP. Ex Director Ejecutivo de INFOSALUD y de Servicio de Atención Móvil de Urgencias. MINSAL. Ex Subgerente de PADOMI ESSALUD. Consultor Senior de instituciones de salud públicas y privadas en temas planeamiento estratégico, mejora de procesos, optimización de recursos, mejora de rentabilidad, etc.



Paulina Giusti Médica pediatra, master en Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, con más de 30 años de experiencia gerencial, clínica y en políticas de salud en el sector público y 15 años implementando políticas de salud en Perú. Ha sido viceministra de salud, siendo parte del equipo que condujo las medidas de reforma del sistema de salud y su implementación inicial. Ha conducido programas nacionales de salud pública, realizado consultorías en aseguramiento, asesoría a la Alta Dirección del Ministerio de Salud, regulación del sistema de aseguramiento desde la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, y tiene también, experiencia asistencial y docente



Gustavo Franco Médico cirujano por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con postgrado en Salud Pública (UPCH) y Filosofía (UNMSM). Es docente en la Facultad de Medicina de la UNMSM, actual secretario académico y jefe de la sección de Ciencias Sociales y Humanidades del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública. Ha sido director de la Dirección General de Políticas de Desarrollo Social del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y Asesor de la Alta Dirección del MINSAL, con amplia experiencia de trabajo con establecimientos del primer nivel de atención ha laborado en organizaciones de cooperación internacional



Christel Vermeersch Economista sénior en la Práctica Global de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial. Lidera trabajos de préstamos en LAC. Tiene más de 15 años de experiencia liderando evaluaciones de impacto de intervenciones de salud, incluidas evaluaciones de financiamiento basado en resultados en salud en Argentina, Nigeria y Ruanda. Dirigió una revisión exhaustiva del financiamiento de la salud en Perú y Ecuador. Sus trabajos han sido publicados en las revistas Lancet, Science, y American Economic Journal: Applied, entre otras. Tiene un doctorado (Ph.D.) en Economía de la Universidad de Harvard, EE.UU., y una Maestría en Economía Cuantitativa de la Universidad de Amberes, Bélgica y fue becaria posdoctoral en el Nuffield College Oxford.

Comité evaluador



Flor de María Philipps Cuba Médico Cirujano, MBA por la Universidad de Montreal, Especialista en Administración de Salud y Auditor Médico, Superintendente Nacional de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD (2012-2016), Gerente de Salud de Pacífico Seguros y EPS (2002-2008), Gerente Administrativo Corporativo de Clínica San Pablo y Sub Directora Médica en Clínica Ricardo Palma. Past Presidenta de la Sociedad Peruana de Administración de Salud – SPEAS. Actualmente es Directora del Instituto de Análisis y Gestión IAGes, Profesora Principal y Directora del MBA Salud de la Escuela de Post Grado de la UPC - Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.



Pablo Lavado Profesor del Departamento Académico de Economía de la Universidad del Pacífico e Investigador del Centro de Investigación (CIUP). Doctor en Economía y máster en Economía y Finanzas por el Centro de Estudios Monetarios y Financieros CEMFI (España), y licenciado en Economía por la Universidad del Pacífico. En el sector público se ha desempeñado en el cargo de Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Cuenta con experiencia docente en la Escuela de Postgrado de la Universidad del Pacífico en las Maestrías en Economía, Inversión Social y Gestión Pública. Asimismo, en la Superintendencia de Banca y Seguros, OSIPTEL, Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos y Fondo Monetario Internacional. Ha realizado consultorías para las siguientes instituciones: Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Internacional del Trabajo, Pronabec, Fondoempleo, Ministerio de Educación, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Además, se ha desempeñado como Asociado Profesional en el Banco Mundial y como Investigador asistente en el Banco de España.



Justo Padilla Médico Cirujano especialista en Pediatría. Maestría de Salud Pública en Gestión Hospitalaria. Programa de Gerencia en Administración Pública. SNOMED CT Foundation Course. Gestor de las Direcciones Ejecutivas de Investigación, Docencia y Tecnologías en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) e Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSNSB) por más de 14 años. Investigador Clínico, miembro de Comité Editorial y Revisor Par de Revistas Internacionales Biomédicas, Past-Presidente de Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica (SLAIP) Filial Perú, Miembro de Sociedades Médicas Nacionales e Internacionales. Gestor de estrategia Telesalud INSNSB y consultor internacional



Noelia Cabrera es licenciada en sociología por la Universidad Nacional de la Plata y estudiante avanzada de la Maestría en Sociología Económica del Instituto de Altos Estudios Sociales. Desde 2016 se desempeña como investigadora en el Centro de Estudios de Estado en Sociedad (CEDES) en proyectos sobre alimentación y políticas públicas. Es integrante del área de Políticas de Investigación y de Gestión del Conocimiento de la Dirección de Investigación para la Salud (DIS), Ministerio de Salud y Desarrollo Social, donde realiza evaluaciones y asesoramiento metodológico a proyectos de investigación y artículos científicos cualitativos.

Programa de la pre-conferencia en Lima

	Título	Autoras/es	Institución
08:30-09:00	Inscripción		
09:00 – 09:05	Bienvenida del Comité Organizador Local	Ana Reátegui	Directora de Programas de Desarrollo Gerencial de ESAN
09:05-09:15	Palabras de bienvenida	Gustavo Rosell	Viceministro de Salud Pública, Ministerio de Salud
09:15-09:20	Misión y estrategia de HSG en América Latina y el Caribe	Daniel Maceira	CEDES & Health Systems Global Board
09:20-09:25	Grupos de trabajo temáticos y voces emergentes en América Latina y el Caribe	Daniel Maceira	CEDES & Health Systems Global Board
09:25-09:30	Inauguración	Fiorella Molinelli	Presidente Ejecutiva de EsSalud
Panel I: Investigación para la toma de decisiones			
09:30 – 11:00	Moderador: Juan Pablo Murillo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos		
	Factores asociados a la no utilización de los servicios de prestación en salud de EsSalud en población urbana asegurada: análisis de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (ENSSA), Perú.	Soto Becerra P, Suarez Moreno V, Hurtado Roca Y, Mezones Holguin E, Tizon Palacios M & Ramírez R. Ramírez R.	IETSI- EsSalud/ Gerencia Central de Planificación y Presupuesto, EsSalud
	Efecto de la programación de metas de coberturas de intervenciones efectivas, evaluación de restricciones, análisis financiero y seguimiento de procesos en la reducción de la desnutrición crónica infantil	Velasquez A; Mendoza P; Mostajo P; Jaramillo M & Cotrina A.	World Food Program/ Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Proyecto Evaluations/ USAID/GRADE
	Factores en población adulta urbana asociados a la calidad percibida de atención en EsSalud del asegurado: análisis de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de la Seguridad Social (ENSSA), Perú.	Soto Becerra P, Suarez Moreno V, Tizon Palacios M, Hurtado Roca Y, Manuel Adriano E, Mezones Holguin E & Ramírez R.	IETSI- EsSalud/ Gerencia Central de Planificación y Presupuesto, EsSalud
	Iniciativa multisectorial para el desarrollo de una Aplicación electrónica basada en estándares para relevar determinantes sociales de salud en Perú	Silva Valencia J; Borbolla D; Rojas Mezarina L; Nguyen Stratametrics V & Viernes B.	Universidad Nacional Mayor de San Marcos / University of Utah / Instituto Nacional de Salud (INS)
11:00 - 11:30	Coffee Break		
Panel II: Innovaciones en la gestión de servicios de salud			
11:30-13:00	Moderadora: Flor de María Philipps, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas		
	Intervención en la Gestión de Recursos en Salud: Evidencia en Políticas de la Cadena de Suministros en EsSalud	Tipisman Nole JL; Gertler P; Feeney K & Hernández-Agramonte J	Innovations for Poverty Action / UC Berkeley
	Innovación de los Sistemas de Información para el acceso de las prestaciones de Salud	Chávez Bahamonde VG	Consultor independiente
	La contratación innovadora como herramienta de gestión para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos	Muro Cruzado B.	Seguro Social de Salud – EsSalud
	Desigualdades en el acceso a los servicios de salud de las personas con enfermedades raras y huérfanas en el Perú: Propuesta de un Programa Presupuestal Basado en Resultados	Gutierrez Aguado A	Escuela de Postgrado, Universidad Continental
13:00 – 14:00	Almuerzo		

Programa de la pre-conferencia en Lima



II Pre-Conferencia Latinoamericana HSG en Investigación sobre Sistemas de Salud Lima, Perú

PROGRAMA

Panel III: Iniciativas para alcanzar mayor efectividad en el tratamiento de enfermedades		
Moderadora: Paulina Giusti, Instituto de Análisis y Gestión		
Análisis de Costo-Efectividad del Programa de Salud Renal en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en La Red Rebagliati-Lima, Perú	Suarez Moreno V; Bravo-Zúñiga J; rebagliati Martins E; saldarriaga Barrón E & Hurtado Roca Y.	ICTSI- EsSalud/, Hospital Nacional/ The CHOICE Institute, University of Washington / Sin Brechas
Aplicación de la tecnología móvil en el diagnóstico precoz del cáncer	Pacora Camargo L.A.	Gerencia Salud Arequipa
Costo efectividad de la inversión en calidad del diagnóstico y control de la tuberculosis	Jiménez P; Kusunoki L; Navarro M; Valdiviezo A & Heredia N	ORAS CONHU
COLPONET: interpretación remota de imágenes de colposcopia en el marco de la prevención del cáncer de cuello uterino	Delgado Echevarría JC; Miranda Barreda R; León Aranibar E; Ramos Amado W & Klusmann Gutierrez J	Centro Nacional de Telemedicina (CENATE - ESSALUD)
15:30 - 16:00 Coffee Break		
Panel IV: Gobernanza, regulación y equidad		
Moderadora: Dalia Suárez, Seguro Social de Salud del Perú		
Evaluación económica y social de propuesta integral de atención de enfermedades crónicas para un envejecimiento exitoso en pacientes adultos del Perú 2019	Ynami Viscaya V; Rivera Sandoval A; Cuba García M; Acosta Villegas C & Fuentes Cruz C	Universidad ESAN
Asignación de financiamiento por persona con criterios que favorezcan la equidad	Ma Cecilia	Seguro Integral de Salud
Primeros pasos para la creación de una Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RENETSA) en Perú	Caballero P; Rojas L; Silva J; Reyes N; Calderon M & Gutierrez E	Instituto Nacional de Salud / Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Superintendencia Nacional de Salud: Priorizando nuestra intervención en el sector salud en base a un Modelo de Análisis de Componentes Principales	Hamblett Villegas Ortega J; Amaya Chunga E & Roca Mogollón M	Superintendencia Nacional de Salud
17:30 - 18:00 Cierre		

Investigadoras/es y estudiantes interesados en participar, están cordialmente invitados/as al encuentro y debate. La actividad es libre y gratuita, y pueden inscribirse a través del siguiente enlace:
<https://forms.gle/We7RBMxLh91NXBKD9>



Programa de la pre-conferencia en Lima

PROGRAMA

Exposición de pósters De 09:00 a 18:00 horas			
1	Política de salud basada en gestión territorial. Gerencia de salud la libertad, 2010-2014	Henry Alfonso Rebaza Iparraguirre	Independiente
2	Reforma de la cadena de suministro del Seguro Social del Perú	Rogelio Marcondes & Gabriela Muñoz	SALOG
3	Teleradiología: visualización, interpretación, lectura y entrega de resultados de exámenes radiológicos de manera remota	Delgado Echevarría JC; Miranda Barreda R; León Aranibar E, Ramos Amado W & Klusmann Gutierrez J	Centro Nacional de Telemedicina (CENATE - ESSALUD)
4	Programa PADOMI Delivery – salud en la casa	Rogelio Marcondes Barros	SALOG Salud y Logística
5	Intervenciones para reducir los tiempos de espera para el acceso a los servicios de salud: síntesis de evidencia	Yamilée Hurtado Roca	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI, EsSalud. Lima, Perú
6	Avances en la consecución de la cobertura universal de salud de manera efectiva en Perú y elementos a considerar para alcanzar este objetivo	Edgardo Nepo	Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC
7	Implementación del tablero de apoyo a la gestión financiera para toma de decisiones	Cecilia Ma, Valdes E & Lituma D	Seguro Integral de Salud
8	Involucramiento comunitaria en la cogestión del primer nivel de atención de salud para lograr cobertura universal: la experiencia peruana con las CLAS	Laura C. Altobelli	Universidad Peruana Cayetano Heredia
9	Síntese de evidências para políticas de saúde: Congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências.	Jimenez López P; De Negri Filho A; Yonekura T; Gimeno De Negri A & Pereira Junior G	ORAS - CONVENIO HIPOLITO UNANUE / RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
10	Mejora en la calidad de atención en hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, enero-abril 2017	Flores N; Jaime M; López E; Miñan A; Gordillo P & Luque N	Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann/ Red Tacna - de Seguro Social de Salud (ESSALUD)
11	Asociación entre acceso a red pública de agua, alcantarillado, prácticas de higiene y atenciones médicas por anemia: un análisis a nivel regional para el Perú	Benoit Mougnot; Elard Amaya & Percy Herrera-Añazco	Universidad San Ignacio de Loyola
12	Nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento en sinergia con estrategias de expansión del sistema de salud a nivel comunitario para el control de enfermedades transmisibles en Perú	Edgardo Nepo	Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC
13	Evaluación económica y social de un proyecto de inversión pública de vacunación contra la bordetella pertussis en gestantes del Perú 2017	Namizato Ikemiyashiro C.S., Blazenko Glavic Rodriguez, Jiménez Rodríguez R, Gray Aramburu A & Álvarez Cusi F.	Universidad ESAN

Trabajos presentados

FACTORES ASOCIADOS A LA NO UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PRESTACIÓN EN SALUD DE ESSALUD EN POBLACIÓN URBANA ASEGURADA: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL SOCIOECONÓMICA DE ACCESO A LA SALUD DE LOS ASEGURADOS DE ESSALUD (ENSSA), PERÚ

Percy Soto Becerra; Víctor Suarez Moreno; Yamilée Hurtado Roca; Edward Mezones Holguín; Martha Tizón Palacios & Rofilia Ramírez Ramírez

EsSalud

Objetivo

Identificar factores relativos al usuario y oferta de servicios asociados a no utilización de servicios en población adulta y urbana de afiliados a EsSalud que necesitó atención médica los últimos 3 meses.

Métodos

Análisis secundario de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud. Se realizó regresión logística multinomial para determinar factores asociados.

Resultados

Factores asociados a no utilizar servicios de EsSalud ni de otro establecimiento de salud formal: ser varón (ORm=1.39; IC 95% 1.22-1.59), tener entre 40-59 años (ORm=0.79; IC 95% 0.68-0.93) o >60 años (ORm=0.59; IC95% 0.49-0.71), nivel educativo superior (ORm=1.36; IC 95% 1.12-1.65), quintiles de riqueza II (ORm=0.78; IC 95% 0.65-0.94), III (ORm=0.64; IC 95% 0.53-0.77), IV (ORm=0.73; IC 95% 0.59-0.90) y V (ORm=0.64; IC 95% 0.52-0.79), ser derechohabiente (ORm=1.22; IC 95% 1.04-1.42), tener más de un seguro (ORm=2.45; IC 95% 1.55-3.88), no conocer los servicios

que brinda EsSalud (ORm=1.74; IC 95% 1.44-2.09) y no haber recibido información sobre derechos de usuarios (ORm=1.25; IC 95% 1.00-1.56). Factores asociados a no utilizar servicios de EsSalud pero sí otros formales: tener entre 40-59 años (ORm=0.76; IC 95% 0.62-0.94) o 60 años a más (ORm=0.78; IC95% 0.61-0.99) tener nivel educativo superior (ORm=1.43; IC 95% 1.13-1.81), pertenecer al quintil de riqueza III (ORm=0.63; IC 95% 0.49-0.81), tener más de un seguro (ORm=10.49; IC 95% 6.87-16.02), no conocer los servicios que brinda EsSalud (ORm=2.00; IC 95% 1.57-2.54), y no haber recibido información sobre los derechos de los usuarios de salud (ORm=1.31; IC 95% 1.01-1.70).

Conclusiones

Estos hallazgos sugieren que brindar una adecuada información a la población de afiliados jóvenes de los servicios que brinda EsSalud, y de los derechos que tienen como usuarios podría ser una manera sencilla de mejorar el acceso de los servicios de EsSalud.

Trabajos presentados

INTERVENCIÓN EN LA GESTIÓN DE RECURSOS EN SALUD: EVIDENCIA EN POLÍTICAS DE LA CADENA DE SUMINISTROS EN ESSALUD

Jorge Luis Tipisman Nole¹; Paul Gertler²; Kevin Feeney² & Juan Manuel Hernández-Agramonte¹

¹ Innovations for Poverty Action

² UC Berkeley

Los países de renta media y baja enfrentan altos costos relacionados con el suministro y manejo de medicamentos recetados, junto con frecuente escasez de éstos. La literatura sugiere que intervenciones dirigidas a modificar la estrategia de gestión de suministros de medicamentos y equipamientos médicos de los sistemas de salud, pueden tener importantes beneficios en ahorro y disminución de quiebre de stock (Escasez de medicamentos) y sobre stock (Medicamentos no usados).

El presente estudio es uno de los primeros en presentar evidencia rigurosa sobre los efectos de una reforma en la estrategia de gestión de una cadena de suministros mediante la aplicación de un sistema virtual que estima la demanda mensual de medicamentos de acuerdo con el consumo de los pacientes. Esta innovación se da en el marco de la Asociación Público-Privada entre el seguro de salud del Perú EsSalud y la empresa SALOG, usamos una estrategia de estimación de impacto de diferencias en diferencias para evaluar el impacto de la adopción de un modelo de gestión de suministros "Just in Time". Además, para verificar la robustez de estos estimados, se realizó un análisis de controles sintéticos.

Encontramos que de acuerdo a los estimadores de diferencias en diferencia el

modelo "Just in Time" permite una disminución del valor del inventario de más del 28%, acompañado por una reducción del 69% en el sobre stock y una reducción del 44% en su cobertura de stock en unidades, sin interrumpir ni disminuir la producción de los servicios de salud tales como la entrega de recetas, cirugías, o consultas a pacientes. Esto se traduce en un ahorro bruto mensual potencial que alcanza hasta los S/.2 millones para la red Rebagliati al incorporar todos los elementos de la intervención. Sin embargo, los problemas de quiebre de stock existentes no se corrigieron con el nuevo modelo, aunque disminuyó el error de predicción de demanda. Usando información obtenida a través de entrevistas cualitativas, comentamos sobre incidencias que se dieron durante la implementación de la intervención y exploramos algunas razones por las que estos problemas persistieron.

Trabajos presentados

PRIMEROS PASOS PARA LA CREACIÓN DE UNA RED NACIONAL DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (RENETSA) EN PERÚ

Patricia Caballero¹; Leonardo Rojas²; Javier Silva²; Nora Reyes¹; María Calderón¹ & Ericson Gutiérrez¹

¹ Instituto Nacional de Salud

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Motivación

La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) es herramienta crucial para gestión de recursos. En Perú, la fragmentación del actual sistema de salud llevó a que se generaran solo tres entidades evaluadoras que trabajan de modo centralizado. Ante este panorama en el 2019 se aprobó el Reglamento de la Ley N°29698 enfocado prioritariamente en la atención de personas afectadas por enfermedades raras y huérfanas (ERH) las que generalmente requieren evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS) para tecnologías de alto costo. Aquí se decreta la conformación de una Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RENETSA) como el espacio de coordinación intersectorial para enfrentar la demanda nacional de tecnologías para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención integral en beneficio de la población.

Objetivos

Describir la experiencia y acciones iniciales desarrolladas para la implementación efectiva y sostenida de una Red Nacional en Perú.

Metodología

Análisis observacional y documental de los hechos. El INS realizó convocatoria abierta de actores del sistema sanitario como Seguro Social, Institutos especializados del Ministerio de Salud (MINSa), Universidades y Sanidad de las Fuerzas Armadas-Policiales

para discutir la conformación de la Red y desarrollar un programa de transferencia tecnológica para estandarizar la metodología de realización de ETS en todos sus miembros.

Resultados

La discusión inicial contó con la participación de 35 representantes de 15 instituciones. Se observó que, aunque la mayoría estuvo a favor de conformar la red, hubo dudas sobre la intercambiabilidad de los reportes de ETS para tomar decisiones, la inclusión de nuevas unidades evaluadoras, el rol de las universidades, el financiamiento de las evaluaciones y el rol de la empresa privada. Se decidió iniciar un programa de transferencia tecnológica para conformar nuevas unidades evaluadoras en institutos especializados del MINSa articulados con universidades, para fortalecer el proceso, asegurar la calidad de reportes ETS y satisfacer la demanda existente. Este programa es conducido por el INS y ha logrado capacitar 7 núcleos evaluadores. Se realizaron entrenamientos sobre 1) Priorización de Tecnologías, 2) Estrategias de búsqueda, 3) Revisiones Sistemáticas, 4) Test Diagnósticos, 5) Evaluaciones económicas, 6) Perspectivas de ETS y 7) Evaluación de calidad; finalizando con una presentación de un reporte final de ETS.

Conclusiones

Estos núcleos evaluadores conforman actualmente una Red de ETS reconocida por el INS, que se constituye en la primera fase de la conformación de la RENETSA. Esta es la primera experiencia peruana de trabajo descentralizado entre instituciones públicas de salud con universidades que tienen experiencia en el desarrollo e investigación de tecnologías sanitarias con el objetivo de atender con eficiencia y oportunidad a la población que lo necesita.

Trabajos presentados

EFECTO DE LA PROGRAMACIÓN DE METAS DE COBERTURAS DE INTERVENCIONES EFECTIVAS, EVALUACIÓN DE RESTRICCIONES, ANÁLISIS FINANCIERO Y SEGUIMIENTO DE PROCESOS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Aníbal Velásquez¹; Pedro Mendoza²; Patricia Mostajo³; Miguel Jaramillo⁴ & Armando Cotrina

¹ World Food Program

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos

³ Proyecto Evaluations/USAID

⁴ Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)

El Perú es reconocido como un ejemplo global de éxito por haber reducido en más de la mitad la prevalencia de la desnutrición crónica infantil (DCI) en menos de 10 años, durante el periodo 2007-2018, desde 28.5% hasta 12.2%. El año 2009, mientras la desnutrición infantil se reducía en el país, en San Martín (región ubicada en la Selva), su prevalencia aumentaba a 26.8%. El gobierno regional, con asistencia del Proyecto Políticas en Salud de USAID y el Ministerio de Salud, implementaron una metodología que redujo 11.3 puntos porcentuales la prevalencia de DCI en un periodo de cuatro años (2009- 2013).

Objetivo

Sistematizar la metodología que permitió mejorar el desempeño del Gobierno Regional de San Martín y reducir la prevalencia de desnutrición crónica infantil

Metodología

Sistematización de los procesos seguidos en la Región San Martín en el periodo 2009-2013, incluyendo el diseño, la metodología, herramientas, proceso de implementación y

los logros. Se realizaron entrevistas a informantes clave, revisión documental y se visitaron establecimientos de salud. También se evaluó la gobernanza, financiamiento, provisión de Servicios, recursos humanos, insumos y equipamiento y sistemas de información.

Resultados

La metodología empleada por el Gobierno Regional para reducir la DCI: I) priorizar ámbitos y las intervenciones efectivas, II) establecer metas de incremento de coberturas de las intervenciones y cálculo del impacto en DCI con el software LiST, III) evaluación de restricciones de la gobernanza, organización, recursos humanos, insumos, información, presupuesto e inversión, IV) estudio de costos y presupuesto adicional, V) manuales de operaciones y supervisión, VI) monitorear los indicadores de procesos y productos, VII) seguimiento a los niños, VIII) rendición de cuentas. El cálculo de la meta de reducción de DCI con LiST fue cumplida, las intervenciones mejoraron en calidad y llegaron a la población priorizada, se cerraron las brechas detectadas en el sistema de salud, se asignaron más recursos financieros y técnicos, se incrementó la participación comunitaria y la coordinación con los gobiernos locales y otros sectores.

Trabajos presentados

FACTORES EN POBLACIÓN ADULTA URBANA ASOCIADOS A LA CALIDAD PERCIBIDA DE ATENCIÓN EN ESSALUD DEL ASEGURADO: ANÁLISIS DE LA ENCUESTA NACIONAL SOCIOECONÓMICA DE ACCESO A LA SALUD DE LOS ASEGURADOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ENSSA), PERÚ

Percy Soto Becerra, Víctor Suarez Moreno, Martha Tizón Palacios, Yamilée Hurtado Roca, Edward Manuel Adriano, Edward Mezones Holguin & Rofilia Ramírez Ramírez

EsSalud

Objetivo

Identificar los factores –relativos a los usuarios y a la oferta de servicios– que están asociados a la calidad percibida de atención en consulta externa, hospitalización y emergencias en la población adulta y urbana de afiliados a EsSalud que necesitó atención médica los últimos 6 meses.

Métodos

Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (ENSSA), 2015, utilizándose datos de la población adulta residente en zona urbana que indicaron no estar afiliados a una Entidad Prestadora de Salud (EPS) y que necesitaron atención durante los últimos 6 meses. Se consideraron tres variables desenlace, relacionadas a calidad percibida para consultorio externo, hospitalización y emergencias, respectivamente. Para estimar la calidad percibida se utilizó una escala de aproximadamente 40 ítems. Se realizó un análisis de regresión de Poisson para determinar los factores independientemente asociados a la calidad percibida para cada uno de estos

escenarios.

Resultados

Existen tres factores relativos al usuario como factores independientemente asociados a un menor promedio de puntaje de calidad percibida de atención: en consulta externa el estar empleado; en hospitalización el pertenecer al grupo etario entre 40-59 años (versus ser de 60 a más años) y el pertenecer a un quintil de riqueza pobre (quintil 1 ó 2 versus el quintil 3). Dentro de los factores relativos a la oferta se identificó que el no sentirse cómodo en el establecimiento de salud es un factor común en las tres áreas de atención sanitaria. El no recibir información sobre derechos del usuario en un factor asociado a una menor puntuación de calidad percibida de atención en las áreas de consulta externa y hospitalización; pero no en emergencias. Sólo en consulta externa se identificaron adicionalmente dos factores más, relativos a la oferta, asociados a un menor promedio de puntaje de calidad de atención percibida: no conocer los servicios de EsSalud y un bajo nivel de accesibilidad.

Conclusiones

Identificamos factores relacionados a los usuarios y a la oferta de servicios asociados a calidad percibida, siendo el sentirse cómodo en el establecimiento, el único factor asociado a un menor promedio de puntaje de calidad de atención percibida en los 3 servicios. Estudios diseñados específicamente para evaluar la calidad de atención deberían ser implementados para entender mejor las relaciones encontradas.

Trabajos presentados

APLICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA MÓVIL EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER

Luis Antonio Pacora Camargo
Gerencia Salud Arequipa

El cáncer representa un problema importante a nivel mundial. La falta de una cultura preventiva y un diagnóstico precoz oportuno representa dos de los factores más importantes a tomar en cuenta. La tecnología móvil representa una alternativa importante que puede ser aplicada en medicina, orientándola al control y diagnóstico oportuno de las enfermedades crónicas, mediante la difusión de un mensaje claro que conlleve a la toma de acciones para el cuidado de la salud.

A través de redes sociales y tomando como criterios de segmentación edad e interés en salud se formuló una encuesta en relación a la usabilidad de la tecnología móvil orientada a salud. El 57.1% de las personas encuestadas se encontraba en el grupo de edad entre los 21 y 40 años de edad, predominando las mujeres sobre los hombres (66.7%), el 96.7% de las personas encuestadas a través de redes sociales contaba con un dispositivo móvil conectado a internet, un 23.8% utilizó su dispositivo para buscar información relacionada a salud, 61.9% tenían conocimientos de que existían aplicativos móviles orientados a salud, 53.4% de los encuestados había descargado un aplicativo relacionado a salud.

En base a la información obtenida, se procedió a desarrollar una comunidad en redes sociales, así como un aplicativo móvil: CHECKEATE app, tanto para dispositivos Android como IOS, orientado a brindar información de cómo hacer un diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas,

logrando constituir una comunidad de 245,000 personas y obtener alrededor de 20,000 descargas durante los 18 primeros meses de lanzamiento. Como conclusiones destaca que las personas conectadas a través de redes sociales cuentan con un dispositivo móvil conectado a internet, son las mujeres las que más utilizan estas redes, la salud móvil es un canal importante a considerar dentro de las estrategias orientadas al control de las enfermedades crónicas.

Trabajos presentados

ASIGNACIÓN DE FINANCIAMIENTO POR PERSONA CON CRITERIOS QUE FAVOREZCAN LA EQUIDAD

Cecilia Ma
Seguro Integral de Salud

MOTIVACION

El Seguro Integral de Salud asigna recursos financieros a los prestadores de servicios de salud públicos mediante convenios con gobiernos regionales. Desde su creación (2002) el esfuerzo de asignar mayores recursos al primer nivel de atención ha sido limitado por las exigencias de mayores recursos y mejor capacidad de gasto de los hospitales. Es así que las transferencias totales del SIS a prestadores públicos han crecido en el período 2008-2015 un +171%, pero el crecimiento no ha sido homogéneo entre los 3 niveles de atención. El crecimiento de las transferencias hacia el 1er nivel de atención fue de 114%, mientras que hacia el 3er nivel de atención el crecimiento fue de un 275%. Además, con el compromiso de apoyar la implementación de las redes integradas de salud (RIS) en el Perú, el año 2019 se inició el pago por afiliado por gobierno subnacional ajustado por criterios de equidad.

OBJETIVO

Establecer un pago por afiliado diferenciado por criterios de equidad para gobiernos regionales.

METODOLOGIA

Se estableció un pago por afiliado basal de 24 soles por persona y luego se hicieron ajustes para cada región, según Ruralidad, Pobreza monetaria y Zonas de riesgo. Las fuentes verificables son del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y de documentos normativos oficiales. Estos criterios debieron explicarse y sustentarse con cada gobernador regional y su equipo

de gestión. Fue un enorme desafío explicar porque entregábamos menos recursos a los hospitales y más a las redes de establecimientos de salud primarios.

RESULTADOS

Se entregó un monto significativo para el primer nivel de atención que por primera vez representa Los gobiernos subnacionales (regionales) recibieron un pago por afiliado diferenciado. Lima Metropolitana y el Callao 24 soles por persona afiliada, Cajamarca (con amplias zonas rurales y frontera con Ecuador) recibió 36 soles por persona afiliada. El gran desafío es que los gestores y decisores de los gobiernos regionales fortalezcan la gestión y ejecución presupuestal en los establecimientos de salud primarios que por décadas han sido vistos como espacios transitorios a un hospital; y no un lugar donde desarrollarse y promover salud de la población.

Trabajos presentados

INNOVACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL ACCESO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

Víctor Germán Chávez Bahamonde
Consultor Independiente

Motivación

El funcionamiento del aparato público prestador de servicios de salud de primer nivel y hospitalario en el Perú ha carecido de una gestión adecuada de la información de los procesos de atención lo que ha mantenido un status quo no favorable al usuario. Innovaciones de los últimos años han permitido vislumbrar mejoras potenciales para la atención y enormes resistencias a la innovación.

Objetivos

Ordenar la gestión de la prestación mediante la implantación rápida de un Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) que otorgue información oportuna y confiable que considere infraestructura tecnológica, dificultades geográficas, culturales y económicas para gestionar indicadores de salud, realizar seguimientos y controles personalizados, e interconectar entidades financiadoras, supervisoras, entre otras.

Metodología

Acuerdo intergubernamental de política de modernización de la gestión hospitalaria entre el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales (prestadores) para implantar SISGALEN PLUS a nivel nacional ya probado en experiencias piloto. Definición de un proyecto de implementación con financiamiento para equipamiento y asistencia de implantación, sobre la base de un financiamiento del asegurador público peruano (SIS). Los avances y dificultades se reportan a la Comisión Intergubernamental de Salud.

Resultados

1. Implantación, entre 2013-2014, más de 300 EESS de nivel I y a decenas de Hospitales, ordenando y automatizando la prestación.
2. El cambio la administración del MINSA y su nueva dirección de Tecnologías abortó el proyecto para desarrollar un nuevo software.
3. No obstante, 5 años después el sistema se ha mantenido y modificado en varios establecimientos con excelentes resultados, a pesar de las resistencias de sindicatos y gremios. Conclusión final: La modernización de la prestación requiere de un soporte político de largo alcance para mantener las innovaciones y extenderlas. Esto demuestra que una innovación tecnológica depende de la política para servir de manera sostenida.

Trabajos presentados

ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE SALUD RENAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) EN LA RED REBAGLIATI-LIMA, PERÚ

Víctor Suarez Moreno¹; Jessica Bravo-Zúñiga²; Enrique Saldarriaga Barrón³ & Yamilée Hurtado Roca¹

¹ EsSalud

² Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

³ University of Washington y Sin Brechas

INTRODUCCION Y OBJETIVO

El 2013, la Unidad de Salud Renal del Hospital E. Rebagliati, implementó el Programa de Salud Renal, se centró en pacientes con enfermedad renal crónica y tuvo como objetivo reducir la incidencia de debutar en diálisis, así como de reducir la mortalidad general. Nuestro objetivo fue estimar las consecuencias económicas y de salud, de la adherencia a esta intervención, para determinar su rentabilidad en comparación con el estándar de cuidado.

MATERIALES Y METODOS

Utilizamos un modelo de Markov de tres etapas de salud para simular durante 30 años el costo asociado con el programa de salud renal y el estándar de cuidado, así como los años vividos sin diálisis (YL) y años de vida ajustados a la calidad (AVAC). El costo se estimó desde la perspectiva del pagador. Realizamos un análisis probabilístico de sensibilidad (PSA) para evaluar la solidez de nuestras estimaciones.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de costo-efectividad utilizando un modelo de Markov de tres estados de salud, proyectando el costo y las consecuencias para la salud durante 30

años para evaluar el valor económico del programa en comparación con el estándar de cuidado. Este análisis evidenció: Un ICER por persona-año evitado en diálisis de -2,1173 USD y por AVAC ganado de -21,660 USD. La intervención ahorró, es decir costó -2,583 menos que el estándar de atención por persona y produjo 0,04 más AVAC. El análisis probabilístico de sensibilidad mostró que la intervención ahorra costos en 999 de los 1,000 escenarios evaluados. Por lo tanto, nuestros resultados mostraron una solidez en la estimación del ICER por AVAC asociado al programa en comparación con el estándar de cuidado.

CONCLUSIONES

El programa de salud renal es económico en comparación con el estándar de cuidado, con un ICER negativo por AVAC robusto a diferentes escenarios. Estos resultados contribuyen en el proceso de toma de decisiones de ampliación e inversión de estrategias similares en Perú; incrementando la evidencia en América Latina. PALABRAS CLAVE: Salud Renal, Programa preventivo, Costo-Efectividad.

Trabajos presentados

LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, EL PRINCIPAL RETO EN MATERIA SOCIAL

Pedro Miguel Prado Córdova
Universidad de San Carlos de Guatemala

Motivación: la desnutrición crónica que registra Guatemala en niños y niñas menores de 5 años, es de las más elevadas a nivel mundial, la situación urge de medidas concretas para su solución. La desnutrición crónica afecta el desarrollo físico e intelectual del ser humano y los daños que provoca son irreversibles; por ello es necesaria su atención para construir un escenario que propicie el desarrollo económico y social.

El objetivo de la investigación cuyo resumen se presenta, es analizar la situación de la seguridad alimentaria y nutricional en el marco de los compromisos nacionales e internacionales por cumplir en esa materia, resaltando una determinante clave, el acceso económico a los alimentos y la desnutrición crónica.

Respecto a la metodología, se analizó y sintetizó información de carácter documental haciendo referencia además a indicadores de fuentes oficiales.

RESUMEN

Hace más de 10 años que se instauró el marco institucional alrededor del tema de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), sin embargo, en la actualidad los retos aún prevalecen. La persistencia de la inseguridad alimentaria depara un futuro poco alentador para las nuevas generaciones.

La SAN puede analizarse desde varias aristas, siendo las más consideradas las

siguientes: el acceso a los alimentos, su consumo, el aprovechamiento biológico y la disponibilidad de los mismos. La Política de SAN y la Ley respectiva tomaron en cuenta dichos aspectos, por lo que existe la ruta a seguir para mejorar la situación.

Los resultados alcanzados en materia de SAN han sido escasos, con respecto al acceso económico de los alimentos, el crecimiento del sector informal de la economía muestra la ineficiencia de las políticas económicas que se han implementado; por esa razón se hace necesario la puesta en marcha de estrategias de atracción de inversiones que generen empleos "formales" y así mejorar los ingresos de las familias, especialmente aquellas afectadas por la pobreza. El acceso a los alimentos, específicamente el de carácter económico, continúa siendo una determinante clave para garantizar la SAN.

La falta de voluntad política ha sido evidente, un ejemplo es que el salario mínimo vigente no cubre al menos el costo de la Canasta Básica Alimentaria (CBA).

Trabajos presentados

EVALUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE PROPUESTA INTEGRAL DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PARA UN ENVEJECIMIENTO EXITOSO EN PACIENTES ADULTOS DEL PERÚ 2019

Víctor Antonio Ynami Viscaya; Annie Fiorella Patricia; Rivera Sandoval; Miriam Violeta Cuba García; Christian Emanuel Acosta Villegas & César Fuentes Cruz

ESAN

Motivación

El incremento sostenido las enfermedades crónicas tiene un gran impacto en la salud de nuestro país cuyo mayor efecto deletéreo lo sufren nuestros adultos mayores, quienes llegan con mayor discapacidad, en una etapa de mayor dependencia económica y este problema será inmanejable en los siguientes 20 años por el envejecimiento poblacional. Por esta preocupación proponemos un modelo de intervención con cuatro ejes básicos: Captación-Monitoreo-Evaluación-Educación. Se requiere el desarrollo de una Base de Datos Integrada para el registro de atenciones en el primer nivel de Atención para los 3 primeros y una plataforma de Telemedicina para la cuarta.

Objetivo

Evaluar la rentabilidad económica y social de una propuesta y estrategia de abordaje integral de las patologías crónicas, tomando el grupo de diabéticos No Insulinodependientes, mayores de 45 años.

Metodología

Se tomó como población objetivo a los pacientes diabéticos mayores de 45 años en un horizonte de 20 años desde 2020 a 2040, usando las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y los datos

epidemiológicos de la Diabetes Mellitus Tipo II, estimando el impacto de carga de enfermedad, los costos de tratamiento y se usó el Sueldo Mínimo Vital anualizado para estimar el beneficio financiero generado al permitir que las personas puedan mantenerse en actividad. Con esta información se calculó el Valor Actual Neto Social (VANS) obtenido con la intervención haciendo un análisis de sensibilidad con tres escenarios según el volumen de pacientes intervenidos.

Resultados

En el Escenario Esperado (cobertura de 35%) obtuvimos un VANS positivo de S/ 146,054,660,929 nuevos soles. En el Escenario Conservador (cobertura de 20%) el VANS fue S/ 21,021,994,963 nuevos soles. Finalmente, en el Escenario Optimista (Cobertura de 75%) se calculó un VANS de S/ 479,475,103,504 nuevos soles. En conclusión, la intervención logra una rentabilidad Social importante aún en un escenario pesimista y puede ser la base para obtener adultos mayores exitosos.

Trabajos presentados

COLPONET: INTERPRETACIÓN REMOTA DE IMÁGENES DE COLPOSCOPIA EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Juan Carlos Delgado Echevarría, Rosanna Lucía Miranda Barreda, Erika Vanessa León Aranibar, Wilmer Javier Ramos Amado & Jonathan Klusmann Gutiérrez

Centro Nacional de Telemedicina (CENATE - ESSALUD)

En Perú, el cáncer de cuello uterino es considerado el segundo tipo de cáncer más frecuente y la tercera causa de muerte en mujeres. Se estima que, anualmente, se presentan más de 4,000 casos nuevos y 2,000 muertes por esta enfermedad. Así nace Colponet, una estrategia innovadora que permite la integración de la tecnología para la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

Este importante proyecto combate tres de los problemas más importantes del sistema de salud que son: insuficiente número de especialistas (57 gineco-oncólogos a nivel nacional), difícil acceso a una atención especializada en detección de cáncer y la frecuente pérdida de información clínica. Por tanto, logramos brindarles solución a estos problemas y transformarlo en un sistema sostenible y vigente. Este proyecto tiene 3 fases: La primera, donde se telecapacita en colposcopia a médicos generales de provincia. La segunda fase, donde el médico general capacitado realiza la colposcopia y, a través de la telemedicina, el médico especialista en las instalaciones de CENATE, en Lima, monitoriza la actividad y realiza el diagnóstico, especializando así la consulta médica. La tercera fase, donde se integra toda la información médica de la paciente en un sistema computarizado, en

especial imágenes de alta calidad de telecolposcopias, para que, en cualquier establecimiento del país, los médicos puedan revisar el estado de salud y continuar con el manejo clínico. Este sistema novedoso y original utiliza el intranet (red sostenible de Essalud que permite el flujo de información) generando trascendencia y vigencia. Resultados:

- Beneficiar a 1,800 mujeres mediante telecolposcopias

- 100 mujeres con diagnóstico de lesiones precancerosas, para darles tratamiento oportuno y evitar que desarrollen cáncer.

- 40 mujeres detectadas con cáncer en estadios tempranos tratadas oportunamente

- 24 médicos telecapacitados

- Menor tiempo de espera para telecolposcopia: 7 días (antes: 30 días)

- Ahorro institucional: S/. 696, 600 soles

Colponet ganó el Premio KAELIN 2019: Protocolos de Investigación, fue finalista del Premio Buenas Prácticas en Gestión Pública 2019, recibió reconocimiento en RENEVA ESSALUD 2019, participó en la Semana de la Calidad Essalud 2019 y es finalista del Premio Creatividad Empresarial 2019.

Trabajos presentados

INICIATIVA MULTISECTORIAL PARA EL DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN ELECTRÓNICA BASADA EN ESTÁNDARES PARA RELEVAR DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN PERÚ

Javier Silva Valencia¹; Damián Borbolla²; Leonardo Rojas Mezarina³; Viet Nguyen Stratametrics⁴ & Benjamin Viernes²

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos

² University of Utah

³ Instituto Nacional de Salud (INS)

⁴ Stratametrics LLC

Motivación

En Perú la información de determinantes sociales se basa en estimaciones matemáticas proveniente de encuestas y censos, limitando su valor para la toma de decisiones en salud pública. Los escasos datos de los determinantes sociales recopilados durante la atención de los pacientes en los establecimientos de salud no son explotados en su plenitud debido a la falta de comunicación entre los sistemas de información de los sub-sectores de salud, la no digitalización de los datos y la falta de estándares para asegurar una interoperabilidad entre sistemas.

Objetivos

Identificar el estado situacional de los sistemas de información, generar capacidades técnicas y armonizar variables principales para el desarrollo de una aplicación electrónica para relevar determinantes sociales de salud en Perú con la potencial integración a registros electrónicos, siguiendo las buenas prácticas descritas por informática en salud y estándares HL7-FHIR.

Metodología

Se realizaron visitas a instituciones clave dentro del sistema de salud para el análisis situacional y se realizaron 2 talleres dirigidos por expertos de la Universidad de Utah para el fortalecimiento de capacidades en el manejo de estándares interoperables de última generación aun no utilizados en la región; asimismo, mediante juicio de expertos se consensuaron las variables para la medición de determinantes sociales. El Proyecto fue financiado por OPS.

Resultados

Se identificó 9 formularios diferentes que relevaban datos de determinantes sociales en entornos clínicos, entre los cuales estuvieron: fichas familiares, fichas de identificación socioeconómica, fichas de estudio social y fichas utilizadas por trabajadores sociales. La forma de registro era distinta entre los formularios. 8 de ellos funcionaban en papel y solo 1 era digitalizado. Ninguno contaba con funcionalidad de interoperar con un sistema de información clínico u otros sistemas. Se realizó una transferencia tecnológica a directores y equipo técnico de los diversos subsectores de salud, hospitales e institutos sobre la utilidad de manejar datos de determinantes sociales y el beneficio de un sistema electrónico basado en estándares con el potencial de integración a sus registros electrónicos. Los participantes diseñaron prototipos no funcionales (mockups) como propuestas. Se consensuó participativamente las variables principales para un registro único de los determinantes sociales.

Trabajos presentados

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: PRIORIZANDO NUESTRA INTERVENCIÓN EN EL SECTOR SALUD EN BASE A UN MODELO DE ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES

José Hamblett Villegas Ortega; Elard Amaya Chunga & Mario Iván Roca Mogollón

Superintendencia Nacional de Salud

MOTIVACIÓN

Nuestro país, dentro del marco del tercer objetivo de desarrollo sostenible ODS: "Salud y bienestar: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos", se propone metas ambiciosas como lograr la cobertura universal en salud (Salud Universal); que implica que todas las personas tengan el acceso a servicios integrales de salud y medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, sin exponer a los usuarios a dificultades financieras, especialmente a la población vulnerable. En Perú, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) es la institución que se encarga de regular, supervisar y velar por la defensa de los derechos en salud de la población.

OBJETIVO

Priorizar las intervenciones en zonas donde los derechos en salud son más vulnerados, para ello se requiere de un sistema de indicadores que le permita a SUSALUD cumplir con su rol en el Sistema de Salud Peruano (SSP).

METODOLOGIA

Identificar y categorizar indicadores en cinco dimensiones que permite medir los avances en el alcance de la Salud Universal: cobertura poblacional, cobertura prestacional, protección financiera, carga de enfermedad, y determinantes sociales. Se emplearon distintas fuentes de información elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Información

presupuestal del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); y los registros de información de aseguramiento, oferta y producción de sector salud, administrados por SUSALUD. Se construye el modelo en base al Análisis de Componentes Principales (ACP), método estadístico multivariado que permite reducir el número de variables basándose en el supuesto de no correlación, permitiendo que cada componente mida diferentes dimensiones de los datos. Los componentes se encuentran ordenados de tal forma que el primer componente (CP1) explica la mayor proporción de la variación total del conjunto de datos original, sujeto a la restricción de que la suma de los pesos ponderados cuadráticos es igual a uno. Posteriormente, se obtiene un ranking en cada una de las dimensiones a partir de los scores estimados, identificando quintiles de corte de 1 a 5, siendo 5 el grupo de indicadores que expresan el mayor riesgo. El ranking final considera un peso ponderado idéntico para cada dimensión, por lo que el puntaje final se define como una suma simple de todas las dimensiones.

RESULTADOS

Si bien establecer un sistema de indicadores afronta diversas barreras como sistemas de información fraccionados, discontinuos, solo representativos a nivel nacional y con definiciones distintas, incluso entre fuentes de una misma institución, la ventaja existente en Perú es la presencia de sistemas de información centralizados, administrados por SUSALUD, por lo que generar un sistema de indicadores y una metodología estandarizada para la priorización de regiones que requieren la supervisión de SUSALUD y, en consecuencia, la evaluación en los avances hacia la Salud Universal, es técnicamente viable.

Trabajos presentados

LA CONTRATACIÓN INNOVADORA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CIUDADANOS

Blythe Muro Cruzado
Seguro Social de Salud - EsSalud

Motivación

En el Perú lo que recaudamos no es suficiente para cubrir tantas necesidades de los ciudadanos, resultando indispensable que sus funcionarios aprendan a adquirir más y mejor. Así, ante la limitada adquisición de equipamiento biomédico, indispensable para el diagnóstico y tratamiento oportuno, estamos obligados a pensar en herramientas de gestión, lo suficientemente innovadoras, para contribuir con la satisfacción oportuna y eficiente de los ciudadanos.

Objetivos

La cadena de abastecimiento debe funcionar como un generador de información, retroalimentada permanentemente, que gestione conocimiento entre sus actores (entidades, proveedores, ciudadanía); sin embargo, identificamos 3 problemas de necesaria solución: (i) ausencia de competencias (no solo conocimiento) de quienes planifican, elaboran y supervisan la contratación; (ii) abandono tecnológico de los sistemas existentes (información poco amigable y desarticulada que no facilita el análisis de datos, la validación y la fiscalización); y, (iii) débil relacionamiento del Estado con sus proveedores (pocos competidores y confrontación permanente).

Metodología

Se sistematizó la información de las compras de equipamiento biomédico, verificándose una baja asignación de

presupuesto para su adquisición (menos de 100 millones anuales con una brecha de reposición mucho mayor) y una baja ejecución. La validación nos demostró que las principales causas estaban centradas en la insuficiente calidad de los requerimientos y la limitada comunicación entre los actores, ocasionando una duración excesiva de los procesos (desde la etapa de la ideación hasta la contratación) y el temor paralizante de los funcionarios que les ha impedido hacer grandes compras.

Resultados y conclusiones

Ante los hallazgos decidimos innovar utilizando una herramienta para la discusión pública de los requerimientos, de manera transparente e institucionalizada. Este proceso nos ha permitido convocar un proceso de 470 millones de soles, para la adquisición de 2800 unidades correspondiente a 59 tipos de equipos, para 400 entidades a nivel nacional, con la participación de 40 empresas del rubro y con más de 1000 consultas durante el proceso. El resultado de este proceso se verá reflejado en los precios y en los tiempos, demostrando que las posibilidades de innovación en la contratación pública son variadas y de combinaciones múltiples siendo el recurso humano fundamental para gestionar ese cambio.

Trabajos presentados

COSTO EFECTIVIDAD DE LA INVERSIÓN EN CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Patricia Jiménez; Lourdes Kusunoki; María del Carmen Navarro; Ángel Valdiviezo & Nila Heredia

ORAS CONHU

Motivación

La Tuberculosis (TB) constituye un problema de salud pública, ligada a determinantes sociales. Ha generado compromisos y metas firmadas por nuestros presidentes como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Fin de la TB; que para ser alcanzados precisan un cambio de enfoques nacionales y regionales.

Objetivo

Sensibilizar a los tomadores de decisión en salud sobre la importancia de articular programa y laboratorio de TB, involucrar a otros los sectores, readecuar los sistemas e invertir en la calidad del diagnóstico.

Metodología

El estudio incluyó 20 países de Sudamérica, Centroamérica y El Caribe. Para el balance de costo-efectividad en el diagnóstico de la TB, se comparó la situación derivada del cumplimiento o no de las funciones de los Laboratorios de referencia nacionales y supranacionales de TB para el aseguramiento de la calidad. Ante la dificultad de medir resultados directos sobre la disminución de nuevos casos (impacto final), se usó una aproximación con los resultados inmediatos de una falla en la calidad y se comparó con el estado actual de la misma. Este último escenario (alternativa 1) asume que todo continúe como hasta ahora en cuanto a los niveles

operativos de los laboratorios de referencia y su eficiencia actual. La alternativa 2 presupone la pérdida de la eficiencia en 0.5, principalmente por limitaciones en capacitaciones, asistencia técnica, supervisión y no participación en las rondas de competencias.

Resultados

Existe relación directa entre la inversión en fortalecimiento de los laboratorios y la garantía de la calidad del diagnóstico. Manteniendo los niveles de eficiencia actuales, se evitaría un costo de 1,327,297 USD y 183 casos nuevos anuales más en los siguientes 5 años. Como costo beneficio, se concluye que por cada dólar invertido en el laboratorio de TB se evitan 7.72 USD para la sociedad, por concepto de costos directos (tratamientos, complicaciones, secuelas) e indirectos (pérdida de productividad por discapacidad y muerte).

Trabajos presentados

DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS EN EL PERÚ: PROPUESTA DE UN PROGRAMA PRESUPUESTAL BASADO EN RESULTADOS

Alfonso Gutiérrez Aguado

Escuela de Postgrado, Universidad Continental

Motivación

Tomando en cuenta el sub-tema 2, el acceso a los servicios de salud se relaciona con la accesibilidad geográfica, disponibilidad de recursos, y aceptabilidad. En Latinoamérica el acceso a los servicios de salud son desiguales e inequitativos, esto se evidencia más en personas con enfermedades raras y huérfanas (ERH). Según datos del MINSA, en el Perú se estima que alrededor de 8% de la población tiene ERH.

Objetivo

Proponer al ente rector un Programa Presupuestal basado en resultados que permita reducir la desigualdad en el acceso de servicios de salud de las personas con ERH Metodología: Se tomó en cuenta la metodológica del diseño de Programa Presupuestal propuesta por el Ministerio de Economía y Finanzas. Se consideró tres componentes para el diseño: diagnóstico del problema, intervenciones efectivas basados en evidencias y el impacto presupuestal que representaría atender a la población afectada. Los datos se recolectaron a través de la base registros administrativos-Seguro Integral de Salud (SIS) y del Ministerio de Economía y Finanzas.

Resultados

Las personas afectadas por ERH en el Perú son 2,599,641 (8% de la población), teniendo en cuenta que la población afiliada al SIS representa 54%, por lo que serían beneficiarias al Programa Presupuestal un total de 1,403,806. De acuerdo a base de datos de 48% proceden de Lima, 54% en varones, 97.5% son subsidiados por el SIS. Diagnóstico del problema: se propone un árbol de problemas, teniendo en cuenta la historia natural y evolución de las ERH, teniendo en ámbito comunitario y familiar de los pacientes, uso de servicios de salud de primer nivel de atención, segundo nivel y centros de excelencia en investigación de ERH y Centros de Rehabilitación. Intervenciones efectivas: primero, una alta aceptabilidad a los servicios de salud de personas afectadas con ERH y sus familias, segundo, accesibilidad geográfica, financiera y eliminación de barreras socioculturales y psicológicas a los servicios de salud de pacientes con ERH, tercero, disponibilidad de recursos humanos, medicamentos y equipamiento que permita una adecuado diagnóstico y tratamiento. Impacto presupuestal. Actualmente el sector asigna recurso para atención de las personas con ERH en S/. 5.8 millones, según nuestra estimación esto representaría 10 veces más.

Trabajos presentados como pósters

POLITICA DE SALUD BASADA EN GESTION TERRITORIAL. GERENCIA DE SALUD LA LIBERTAD, 2010-2014

Henry Alfonso Rebaza Iparraguirre
Independiente

MOTIVACIÓN

En la formulación de la política regional de salud en La Libertad, el punto de partida fue el cambio de abordaje de los problemas de salud, de un enfoque de política sectorial a una política territorial basada en la gestión transectorial.

OBJETIVO

Consistió en cambiar el modelo de atención que se implementaba desde la Gerencia de Salud La Libertad —el cual se ejecutaba en base al Modelo sectorial de Atención Integral de Salud (MAIS)— a un nuevo modelo de cuidado integral basado en gestión territorial; y también ampliar el gasto en salud basado solo en oferta de servicios con el fin de financiar los determinantes sociales de las poblaciones de los distritos de la región tales como el agua para consumo humano, saneamiento básico y así atender las efectivas prioridades de las poblaciones.

METODOLOGÍA

La Gestión Territorial descentralizada de salud pública fue participativa, de manera que el gobierno regional pudo establecer concertadamente pactos con los gobiernos locales y su población para implementar políticas públicas, a través de agendas transectoriales de gestión intergubernamental. En el marco del pacto territorial, y de las agendas Transectoriales, se trabajó con la población y los actores locales de cada territorio para definir las prioridades sanitarias territoriales, su abordaje, seguimiento a la actuación

institucional y vigilancia ciudadana, todo esto estuvo orientado a obtener resultados positivos disminuyendo sus riesgos y daños de la población.

RESULTADOS

Como resultado de la implementación de los Pactos y Agendas Transectoriales, se modificó favorablemente la relación del gasto público con respecto a los determinantes de la salud. Cabe recalcar que además de incrementar el financiamiento de la oferta sanitaria, también se incrementó el presupuesto para la mejora del acceso al agua potable, la conectividad entre los pueblos y el acceso de los servicios de educación y salud de la población. De tal forma, se mejoraron las condiciones de vida territorial, así como todos los indicadores de salud de forma sostenible, impulsados por las ordenanzas municipales que permitieron logros importantes como la reducción de Muerte Materna y desnutrición crónica.

Trabajos presentados como pósters

REFORMA DE LA CADENA DE SUMINISTRO DEL SEGURO SOCIAL DEL PERÚ

Rogério Marcondes & Gabriela Muñoz
SALOG

Objetivo

Cambiar el paradigma de abastecimiento de un sistema público, proporcionando una oferta de acuerdo con la real demanda de los servicios médicos y necesidades de los ciudadanos sin emplear mayores recursos financieros.

Motivación

No hay forma de brindar prestaciones sanitarias de calidad y garantizar la salud de una población si es que no garantizamos que el medicamento este en el momento y cantidades correctas en su punto de consumo.

Metodología

El modelo implementado se basa en el cambio de procesos y la implementación de una plataforma tecnológica con la gestión de información obtenida a partir de la demanda real de cada insumo en el punto de consumo, donde se establecen stocks mínimos y máximos para cada medicamento, con un sistema ágil y transparente de reposición que garantiza la seguridad del paciente y la mejor utilización del recurso público.

Resultados

La experiencia ha sido objeto de la evaluación "Intervención en la Gestión de Recursos en Salud: Evidencia en Políticas de la Cadena de Suministros" conducido por Innovations for Poverty Action (IPA) y la Universidad de California Berkeley. Las evidencias científicas de la adopción del modelo "Just in Time" para abandonar el denominado "Just in case" ha traído como

beneficios la disminución del valor del inventario de 28%, acompañado por una reducción del 69% en el sobre stock. La intervención global resultó en significativas liberaciones de fondos que anteriormente se destinaban a cubrir el sobre stock de farmacias y el inventario en suministros médicos. Videnza Consultores realizó un estudio de impacto "Estimación del costo beneficio de la Asociación Pública Privada de Salog con EsSalud" en donde evidencia la oportunidad y el nivel de servicio (atenciones) a los establecimientos de salud de Lima Metropolitana y Callao. El estudio realizado durante el periodo octubre 2018, evidenció un nivel de servicio de SALOG del 100%, es decir que los materiales disponibles se encontraban en los Establecimientos de Salud para su posterior dispensación en el momento oportuno y en la cantidad requerida. La metodología impacta a más de 5 millones de usuarios, 5000 camas y 62 establecimientos de salud.

Trabajos presentados como pósters

TELERRADIOLOGÍA: VISUALIZACIÓN, INTERPRETACIÓN, LECTURA Y ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES RADIOLÓGICOS DE MANERA REMOTA

Juan Carlos Delgado Echevarría, Rosanna Lucía Miranda Barreda, Erika Vanessa León Aranibar, Wilmer Javier Ramos Amado & Jonathan Klusmann Gutiérrez.

Centro Nacional de Telemedicina (CENATE - ESSALUD)

En el Perú existe un insuficiente número de especialistas en Radiología, especialidad que realiza la lectura e interpretación de imágenes radiológicas, sumada a la forma convencional de revelar, imprimir y almacenar manualmente estos exámenes, generaron tiempos de espera de hasta 82 días para la entrega de resultados. Es así que nace el proyecto de Teleradiología en el año 2013, como pionero a nivel nacional, el cual consiste en la implementación de un sistema de imágenes médicas (PACS) que permita la digitalización, gestión y almacenamiento de los exámenes radiológicos (Rayos x, Tomografías y Mamografía), con la finalidad de transmitirlos, visualizarlos e interpretarlos de forma remota desde cualquier centro asistencial de EsSalud por parte de nuestros médicos radiólogos; para luego registrarlos en la historia clínica electrónica.

Este proyecto tiene 2 fases: La primera fase, consiste en digitalizar y almacenar las imágenes radiológicas emitidas por un equipo biomédico (Rayos X, Tomógrafo, Mamógrafo) en el sistema de imágenes médicas - PACS, permitiendo salvaguardar la información y brindando accesibilidad a todos los exámenes radiológicos desde cualquier centro de salud. Esta iniciativa contribuye con la política "cero papel", del

estado peruano, al reducir y/o eliminar el proceso de almacenamiento manual de los exámenes radiológicos. La segunda fase, consiste en realizar la lectura e interpretación de las imágenes radiológicas a distancia en centros con la primera fase implementada. Esta iniciativa permite incrementar la oferta de médicos radiólogos asistenciales a nivel nacional, facilitando la entrega de resultados de forma oportuna.

Resultados

- 80 IPRESS implementados con el sistema PACS
- 23 IPRESS con servicio de lectura de imágenes radiológicas a distancia.
- 4,700,000 beneficiados con la implementación del sistema de imágenes médicas.
- 13 médicos especialistas en radiología brindando un servicio centralizado.
- 11 estaciones de trabajo iMACS de última generación implementadas para la lectura a distancia.
- 304,402 informes de lectura de imágenes radiológicas (162,385 Rayos X, 54,372 Tomografías y 67,117 Mamografías)
- 05 días de diferimiento para entrega de informes de lectura de imágenes radiológicas (antes: 82 días)
- 300 pacientes con diagnóstico de sospecha de cáncer de mama (BI-RADS), entre el 2018 y 2019. (Total de mamografías: 22,542)
- S./ 20,500,000 de ahorro institucional.

Trabajos presentados como pósters

PROGRAMA PADOMI DELIVERY – SALUD EN LA CASA "OBJETIVO: AMPLIAR Y GARANTIZAR EL ACCESO A LA SALUD A LOS CIUDADANOS QUE MÁS NECESITAN

Rogelio Marcondes Barros
SALOG Salud y Logística

Motivación

El 83% de asegurados recorrían más de 15 km para llegar a su centro asistencial para recorrer sus medicamentos, trayendo como consecuencia el alto gasto de bolsillo, con traslados por la compra de medicamentos y/o por acudir a las farmacias privadas, o en otros casos, el abandono del tratamiento, generando impactos epidemiológicos, económicos y sociales importantes.

Metodología

El Programa de descentralización de la atención farmacéutica pone el paciente en el centro y garantiza la continuidad y el suceso de los tratamientos. El médico visita al paciente y máximo en 48 horas el medicamento ya está en su casa sin que este tenga que hacer cualquier pago de su bolsillo.

Resultados

Desde inicio del Programa (octubre 2018), se vienen beneficiando 32,829 Asegurados en condiciones vulnerables de salud. Se viene atendiendo en promedio 1200 pacientes al día. Lo que equivale a un total de 21400 pacientes mes. La entrega a domicilio abarca todo Lima, sin distinción, considerando las zonas más lejanas como: Pucusana, San Bartolo, Chosica, Santa Eulalia, Punta Negra, Chaclacayo, Punta Hermosa, Lurin, Independencia, Chorrillos, Carabaylo, Pachacamac, Cieneguilla, Ñaña, Ancón. 43.6% de pacientes pertenecen al grupo etario de 81 a 90 años, 24.26% pertenecen al grupo etario de 71 a 80 años,

21.4% pertenecen al grupo etario de 91 a 100 años. El 94.59% de pacientes considera el servicio de PADOMI Delivery como bueno y muy bueno, el 4.27% como regular y sólo el 1.14% como deficiente. Esto quiere decir que el nivel de servicio tiene un nivel de aceptación del 98%. El 45.38% de pacientes ahorra entre 1 a 2 horas para recibir su medicamento, el 39.32% de pacientes ahorra más de 3 horas para recibir su medicamento. Esto en comparación con el tiempo que utilizarían para ir a su centro de salud. El 66.4% de pacientes tiene un ahorro de 1 a 20 soles, el 13.73% de pacientes tiene un ahorro de 31 soles a más, el 9.63% de pacientes tiene un ahorro de 21 a 30 soles y 10.25% considera no sabe.

Trabajos presentados como pósters

INTERVENCIONES PARA REDUCIR LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Yamilée Hurtado Roca

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI, EsSalud

Objetivo

Evaluar la evidencia científica sobre intervenciones que mejoren los tiempos de espera en la atención sanitaria.

Métodos

Hicimos una búsqueda de revisiones sistemáticas en inglés y español de los últimos 5 años, en MEDLINE/PUBMED que respondieran a la pregunta PICO: participantes de entornos de atención sanitaria (consulta ambulatoria, consultas para procedimientos ambulatorios y hospitalarios), intervenciones relacionadas a disminuir los tiempos de espera en comparación con ninguna intervención y tener como desenlace principal la evaluación de los tiempos de espera. Las RS seleccionadas fueron evaluadas mediante el instrumento AMSTAR-2 para valoración de la calidad.

Resultados

Identificamos 90 estudios, adicionalmente hallamos 2 registros a través de otras fuentes. A la lectura por títulos/resúmenes excluimos 89 artículos por no abordar criterios de nuestra pregunta PICO; quedando 3 artículos para lectura a texto completo para la realización de este reporte. Se identificaron las siguientes intervenciones:

- Las reservas directas, mediante la administración directa de los cupos por los Servicios o Departamentos, para reducir los

tiempos de espera para los procedimientos electivos (reducción hasta en 20 días)

- El modelo de acceso abierto (mitad de los turnos del día se dejan abiertos) para reducir los tiempos de espera para citas de atención primaria (reducción en 11,3 días)
- Cartas recordatorias 30 días antes de la cita para programar visitas de seguimiento (reducción de citas pérdidas de 18% a 11%)
- Llamadas telefónicas directas en sustitución a llamadas automáticas para recordar a los pacientes las citas existentes y reducir las ausencias (13,6 vs 17,3 %).

Conclusiones

Si bien las intervenciones descritas están respaldadas por varias investigaciones, estas han sido realizadas en países y contextos organizacionales diferentes al nuestro, por lo que es pertinente recomendar una evaluación de la factibilidad de la implementación de estas intervenciones con expertos de la institución en este tema

Trabajos presentados como pósters

AVANCES EN LA CONSECUCCIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD DE MANERA EFECTIVA EN PERÚ Y ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA ALCANZAR ESTE OBJETIVO

Edgardo Nepo
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
– UPC

Perú ha desarrollado esfuerzos para alcanzar CUS, a predominio de la dimensión poblacional. Con el objetivo de evaluar cuánto se ha avanzado de manera efectiva y qué elementos es necesario considerar para este objetivo, se analizó data de encuestas poblacionales y data institucional administradas por SUSALUD.

La cobertura poblacional creció 40 puntos porcentuales en 15 años; a destacar el avance del SIS en población pobre y extremadamente pobre, en área rural, en sierra y en selva; el rol de SUSALUD, a través del uso del Registro Nominal de Afiliados, ha sido clave para identificación nominal de población afiliada y detección de filtraciones y subsidios cruzados.

Existe avance en cobertura de protección financiera; el gasto de bolsillo bajó de 35,3% a 28,6% entre 2004 y 2014, la falta de dinero como causa para no acudir a servicios de salud pasó de 14% a 3% entre 2014 y 2017; y las tasas de incidencia de gasto catastrófico y gasto empobrecedor al 2017 son bajas: 2,6% para el primero y 0,54% para el segundo. La cobertura prestacional es subóptima, con limitaciones de prevención primaria y secundaria (69,9% de cobertura de consulta de CRED y 63,9% de cobertura de tratamiento a pacientes con HTA diagnosticada); limitado acceso entre personas que sienten necesidad de atención (43,9%); y pobres resultados de

calidad técnica y percibida (alta tasa de mortalidad atribuible a baja calidad de atención y 30% de población insatisfecha). La demanda directa a farmacias creció significativamente entre asegurados de todas las IAFAS a excepción de las EPS y el mayor porcentaje de gasto de bolsillo va a la compra de medicamentos (41,6%). Existen condiciones contenidas en el PEAS que son consistentemente cubiertas por todas las IAFAS e IPRESS públicas y privadas, lo que otorga validez interna a su inclusión y refleja alineamiento de oferta con demanda. Hay causas de demanda de atención pública y privada que no están contenidas en el PEAS pero que tienen un peso importante en la demanda, incluyendo patologías comunes en primer nivel, de alta frecuencia y baja complejidad. Es importante mejorar calidad y cantidad de oferta en el primer nivel.

Trabajos presentados como pósters

IMPLEMENTACIÓN DEL TABLERO DE APOYO A LA GESTIÓN FINANCIERA PARA TOMA DE DECISIONES

Cecilia Ma, Edinsson Valdes & Doris Lituma
Seguro Integral de Salud

MOTIVACION

El Seguro Integral de Salud (SIS) asigna recursos financieros a los prestadores de servicios de salud públicos mediante convenios con gobiernos regionales. Desde su creación (2002) el seguimiento al uso de recursos transferidos ha sido un desafío. Desde este año 2019 se ha implementado un DASHBOARD que permite mayor transparencia en la gestión de los recursos transferidos, brindando herramientas amigables a los tomadores de decisiones y responsables de brindar servicios de salud. En los establecimientos de salud, el responsable de centro quirúrgico solicitaba presupuesto y el responsable de administración o logística le informaba que "no hay fondos, o "el SIS no ha transferido recursos", esto afectaba la distribución de recursos, y facilitaba la asignación errónea de los escasos recursos. OBJETIVO: Establecer una herramienta amigable para todos los tomadores de decisiones en la asignación y ejecución de recursos públicos transferidos a los establecimientos de salud mejorando la transparencia y rendición de cuentas.

METODOLOGIA

El SIS transfiere recursos públicos para compra de medicamentos, insumos y dispositivos médicos a más de 260 unidades ejecutoras que administran a más de 8,000 establecimientos de salud a nivel nacional. Actualmente existen dos sistemas de registros de gasto público (SIGA/SIAF) cuyos registros en cada unidad ejecutora son reportados al SIS quincenalmente y así,

sin demandar trabajo adicional para el personal del establecimiento de salud, se obtiene información periódica y estandarizada, lo que permite generar el reporte que es publicado en la página web del SIS: <http://www.sis.gob.pe/Nuevo/consultaConocimiento/frmTableroGestion.asp> Esta herramienta es parte de los instrumentos formales de supervisión financiera y es un compromiso de la Comisión Intergubernamental de Salud.

RESULTADOS

Con esta herramienta e información única todos los interesados y responsables de la ejecución pueden ver quincenalmente como van las diferentes etapas de la gestión presupuestal: transferencias, incorporación, certificación, compromiso, devengado. La transparencia genera responsabilidad de los funcionarios para el uso de esos recursos en la finalidad autorizada es clave para lograr oportunidad de atención a los usuarios de servicios de salud afiliados al SIS. Facilita el diálogo con las autoridades de gobiernos regionales y sean tomado decisiones clave para favorecer el uso presupuestario en recursos para los usuarios y población en general.

Trabajos presentados como pósters

INVOLUCRAMIENTO COMUNITARIA EN LA COGESTIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD PARA LOGRAR COBERTURA UNIVERSAL: LA EXPERIENCIA PERUANA CON LAS CLAS

Laura C. Altobelli
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Perú es uno de los pocos países que tiene un programa gubernamental de salud con participación comunitaria legalizada y regulada. El programa de Administración Compartida fue establecido en 1994 con un Decreto Supremo.

Desde 2007 se apoya con la Ley 29124 que otorga responsabilidades y decisiones sobre el manejo de recursos públicos para la administración del primer nivel de atención de salud. La participación ciudadana gira alrededor de disposiciones legales y un convenio de cogestión firmado entre la Asociación CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud), la DIRES (autoridad subnacional) y la municipalidad distrital. CLAS es una asociación civil sin fines de lucro con personería jurídica privada que se conforma según la Ley 29124, mayormente con miembros elegidos de las comunidades en la jurisdicción de un establecimiento de salud (EE.SS.) y otros miembros designados de los servicios de salud y del gobierno local. El Consejo Directivo de cada Asociación CLAS se encarga de las decisiones diarias de administración de los recursos financieros y humanos del establecimiento de salud en cogestión con el Gerente de CLAS (el médico o enfermera jefe/a del establecimiento).

Empezando con 19 EE.SS. periféricos administrados por CLAS en el año 1994, se extendió en forma orgánica por la demanda

a cubrir al 2002 la administración de 2138 EE.SS. del primer nivel (32% del total). Hay evidencias que los servicios de salud administrados por CLAS han logrado mayores coberturas de servicios de salud, mayor acceso a medicamentos y mayor equidad que los servicios de salud con administración pública tradicional, además de la construcción de liderazgo y ciudadanía en la población. Hay evidencias de mayor impacto sobre la desnutrición crónica infantil comparando zonas rurales con CLAS versus zonas rurales con servicios de salud con administración pública tradicional. Se presentará los logros e impactos de CLAS en comparación con servicios con administración pública tradicional, el proceso del desarrollo, las tendencias de apoyo, las fuentes de oposición y resultados de estudios recientes del estado actual de CLAS en las regiones y los esfuerzos actuales para reflotar al model innovador de CLAS que tiene ventajas de múltiple índole para la calidad y sostenibilidad del primer nivel de atención de salud

Trabalhos apresentados como pôsters

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: CONGESTÃO E SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE URGENCIAS

Patricia Jiménez López; Armando De Negri Filho; Tatiana Yonekura; Amanda Gimeno De Negri & Gerson Pereira Junior
ORAS - CONVENIO HIPOLITO UNANUE / RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências

Motivação

A congestão ou saturação dos SHU – serviços hospitalares de atenção às urgências, e sua superlotação, refletem essencialmente a insuficiência quantitativa de serviços, notadamente leitos de internação efetivos, e uma gestão insuficiente dos processos assistenciais, problema observado internacionalmente, e que afeta o sistema de saúde brasileiro de forma sistêmica e rotineira. Os serviços congestionados e superlotados resultam em efeitos negativos para os pacientes (complicações, comorbidades e mortalidade evitáveis) e para o sistema de saúde, comprometendo sua sustentabilidade. Objetivo: Este trabalho busca reunir evidências para identificar as opções elencadas na literatura nacional e internacional e orientar as decisões dos gestores do sistema e dos serviços de saúde.

Metodologia

Utilizou-se a Ferramenta Support adotada pela EVIPNET da OMS para produzir a síntese de evidências.

Resultados

As intervenções localizadas na literatura foram agrupadas de maneira a delimitar os momentos em que se fazem mais úteis, visto que o sistema de saúde é complexo e

composto de variáveis interdependentes, com causas e soluções multifatoriais que demandam intervenções sobre sua complexidade e totalidade. Um tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgências - SHU e nas suas etapas antecessoras e sucessoras se constitui num parâmetro para disciplinar o fluxo assistencial e garantir o melhor prognóstico possível. Opções: 1 – Gestão sistêmica para evitar a congestão/superlotação

2 – Medidas para evitar o “bloqueio de acesso” ao SHU

3 – Medidas para evitar o “bloqueio de saída” - acesso e alternativas à internação

4 – Medidas para enfrentar a superlotação já instalada. O conjunto das opções demanda abordagem sistêmica – de um problema que não podemos aceitar como natural (a aceitação administrativa de que sempre existirá fila para a atenção no SHU não resolve o problema, apenas o perpetua).

Essa gestão da transformação da totalidade deve ser articulada em paralelo à gestão cotidiana dos serviços, com ações efetivas que atinjam ao mesmo tempo os fatores causais, os processos e as consequências do problema. As barreiras previsíveis para este processo de transformação se constituem na mentalidade de gestores e profissionais da atenção, os quais necessitam reconhecer primariamente a existência e gravidade das consequências da saturação e da superlotação dos SHU.

Trabajos presentados como pósters

MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, ENERO-ABRIL 2017

Neil Flores¹; Miranda Jaime¹; Eduardo Lopez¹; Armando Miñan¹; Paulo Gordillo² & Nestor Luque¹

¹ Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

² Red Tacna - de Seguro Social de Salud (ESSALUD).

MOTIVACIÓN

La normativa de programación de ESSALUD establece que el médico debe evaluar al paciente hospitalizado 15 minutos, es decir; en un turno de 4 horas el médico debe pasar visita a 16 pacientes. Por antecedentes conocemos que esta estrategia no ha dado resultado en el hospital III de ESSALUD Tacna; alta tasa de reingresos, estancia hospitalaria prolongada e insatisfacción de usuario con quejas en el libro de reclamaciones y en la fiscalía. Por lo que proponemos para este estudio, que el médico pase visita a 10 pacientes por turno es decir debe hacer la historia clínica de los ingresos, da informe a los familiares, realiza la evolución y la alta médica si precisa.

OBJETIVOS

Mejorar la calidad de atención en el área de hospitalización del Servicio de Medicina en los primeros cuatro meses del año 2017 en el Hospital III ESSALUD Tacna. Determinar la tasa de reingreso hospitalario y determinar la estancia hospitalaria para este nivel hospitalario como indicadores de eficiencia. Mejorar el grado de satisfacción de usuario hospitalizado como indicador final la calidad de atención.

MÉTODOS

Es un Estudio Prospectivo, Transversal y de Intervención. La población y la muestra del presente estudio está constituido por todos los pacientes que egresaron del Servicio de Hospitalización de Medicina que fueron 640 pacientes , provenientes del Servicio de Emergencia, Cuidados Intensivos y Consulta Externa en el periodo de enero a abril del 2017 y que cumplen los criterios de inclusión.

RESULTADOS

La tasa de reingreso menor a 7 días, ha disminuido en el periodo del 2017 con relación a los años 2015 y 2016. El indicador de estancia hospitalaria es de 10.5 días inferior en 2 días con relación a los años 2015 y 2016 y en el mismo periodo. En el presente estudio se ha reportado 100% de satisfacción del usuario. No se reportaron ninguna queja o reclamo por ninguna de las fuentes consultadas durante este periodo. Por lo tanto: La tasa de reingreso y estancia hospitalaria han disminuido con relación al mismo periodo de años anteriores. La insatisfacción documentada del usuario derechohabiente fue nula.

Palabras clave: Satisfacción del usuario; ESSALUD; Tacna; Calidad de atención

Trabajos presentados como pósters

ASOCIACIÓN ENTRE ACCESO A RED PÚBLICA DE AGUA, ALCANTARILLADO, PRÁCTICAS DE HIGIENE Y ATENCIONES MÉDICAS POR ANEMIA: UN ANÁLISIS A NIVEL REGIONAL PARA EL PERÚ

Benoit Mougenot; Elard Amaya & Percy Herrera-Añazco

Universidad San Ignacio de Loyola

Motivación

Perú ha mejorado sus condiciones de acceso a infraestructuras públicas para cubrir las necesidades básicas de los hogares, sin embargo, persisten importantes niveles de desigualdad. Las falencias en proporcionar adecuada agua potable, saneamiento e inadecuadas prácticas de higiene (WASH por sus siglas en inglés), puede tener consecuencia sobre la prevalencia de algunas enfermedades, tal como la anemia.

Objetivos

Evaluar la asociación entre acceso a una red pública de agua, alcantarillado, practica de higiene, y tendencia de la prevalencia de atenciones médicas por anemia en los pacientes del Ministro de Salud (MINSA) del Perú durante el periodo 2010 - 2018. Y determinar si esta asociación es independiente de la prevalencia de enfermedades diarreicas y parasitarias.

Métodos

Realizamos un estudio ecológico con diversas fuentes de datos secundarios: El registro de atención de salud del MINSA, la Encuesta Nacional de Hogares y del Sistema de Información Regional para la Toma de Decisión. Describimos la prevalencia de las atenciones médicas por anemia a nivel nacional y regional. Aplicamos un modelo mixto lineal generalizado para evaluar la

asociación entre la proporción de hogares con acceso a una red pública de agua potable y alcantarillado, prácticas de higiene, presencia de enfermedades diarreicas y parasitarias y la prevalencia de anemia.

Resultados

La prevalencia de atenciones médicas por anemia tiene una asociación positiva de 0.24/1,000 por cada aumento de un punto porcentual (PP) en la tasa de hogares con acceso a una red pública de agua y tiene una asociación negativa marginal de 0.22/1,000 por cada aumento de 1 PP en la tasa de hogares con acceso a sistema de alcantarillado público. Estas asociaciones no están influenciadas por la prevalencia de enfermedades diarreicas y parasitarias. Palabras clave: Agua dulce; Alcantarillado; Saneamiento, Anemia; Diarrea; Parasitosis Intestinal

Trabajos presentados como pósters

NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN SINERGIA CON ESTRATEGIAS DE EXPANSIÓN DEL SISTEMA DE SALUD A NIVEL COMIUNITARIO PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES EN PERÚ

Edgardo Nepo
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

La meta 3.3 de los ODS insta a poner fin a la epidemia del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas. Para alcanzar esta meta es indispensable cortar la cadena de transmisión de estas enfermedades mediante el incremento en el diagnóstico y tratamiento, evitando así que aparezcan nuevos casos. Desde OMS hay un impulso fuerte a la innovación tecnológica para ambas dimensiones de intervención. Se ha examinado la incorporación en Perú de nuevas tecnologías en sinergia con expansión del sistema de salud a través de agentes comunitarios para dos problemas de salud en los que el reservorio es el ser humano pero que se presentan en escenarios diferentes, urbano y rural: la tuberculosis, en Lima Metropolitana y Callao; y la malaria, en comunidades rurales dispersas del Datem del Marañón, Loreto, habitadas por población indígena amazónica con barreras geográficas de acceso a servicios de salud. En el primer caso, se están empleando pruebas moleculares que elevan la sensibilidad de diagnóstico y permiten identificar resistencia a rifampicina e isoniazida, junto con regímenes de tratamiento más cortos y simples con drogas de administración oral para el tratamiento de la TB-DR; se hace búsqueda extramural de casos con el concurso de agentes comunitarios dados de alta a tratamiento anti TB y se aplica tratamiento oral acertado directamente

supervisado (DOTS) por estos agentes comunitarios para mejorar la adherencia al tratamiento. En el segundo caso, se utilizan pruebas de diagnóstico rápido mediante detección inmunocromatográfica de antígenos de *P. vivax* y *P. falciparum*, que son aplicadas por agentes comunitarios indígenas que han sido entrenados para ello y para la administración de tratamiento. En ambos casos, los resultados muestran incremento en el diagnóstico y el tratamiento. Se concluye que la innovación tecnológica y la expansión del sistema de salud mediante agentes comunitarios son dos aspectos de fortalecimiento del sistema de salud que constituyen una buena combinación, y que actúan sinérgicamente para avanzar en el objetivo de control de las enfermedades infecciosas en Perú en diferentes escenarios.

Trabajos presentados como pósters

EVALUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE UN PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA DE VACUNACIÓN CONTRA LA BORDETELLA PERTUSSIS EN GESTANTES DEL PERÚ 2017

Claudia Sofía Namizato Ikemiyashiro, Vicko Blazenko Glavic Rodriguez, Rocio del Pilar Jimenez Rodriguez, Andrea Gray Aramburu & Fredy Alvarez Cusi

Universidad esan

MOTIVACIÓN

La tos ferina es una enfermedad que continúa siendo en la actualidad un problema de salud pública a nivel mundial, a pesar de la existencia de vacunas altamente efectivas. En el 2015, la Organización Mundial de la Salud aconsejó la vacunación contra tos ferina a todas las gestantes para prevenir esta enfermedad en lactantes, población con mayor incidencia y con alta tasa de mortalidad. Según pudimos constatar, en el Perú no se realizan estudios económicos previo al ingreso de vacunas al Esquema Nacional de Vacunación, basándose exclusivamente en recomendaciones externas y estudios realizados en países vecinos. Consideramos imprescindible realizar estudios económicos antes de implementar una vacuna a nivel nacional, sobre todo en países con escasos recursos como el nuestro.

OBJETIVO

Evaluar el costo – beneficio e impacto social de implementar la vacunación contra la tos ferina en gestantes a nivel nacional para prevenir casos severos y letales de esta enfermedad en la población infantil menor de un año.

METODOLOGÍA

Se estimó el costo de la enfermedad y el costo de la implementación de la vacuna,

mediante una extensa búsqueda bibliográfica y entrevistas a expertos locales y colombianos. Para analizar la rentabilidad social del proyecto se realizó el cálculo de Años de Vida Saludable (AVISA) y el Valor Actual Neto Social (VANS), realizando a su vez un análisis de sensibilidad. Finalmente, se propuso un Plan de Implementación de la vacuna contra tos ferina para las gestantes a nivel nacional.

RESULTADOS

Mediante la intervención de la vacunación con Tdap en las gestantes, se evitarían en 5 años un total de 206 muertes y 1,932 casos severos, ganando 6,653.76 años de vida saludables (AVISA). Bajo este escenario, el VANS es positivo en S/ 16.7 millones, por lo cual este resultado avalaría la intervención. Tras el análisis de sensibilidad, se puede concluir que, esta estrategia de vacunación es una medida costo-beneficio en condiciones donde se pueda garantizar una cobertura de vacunación del 90% con una incidencia de enfermedad mínima de 138 casos por 100,000 habitantes menores de un año de edad.

La reunión en fotos



La reunión en fotos



La reunión en fotos



La jornada en los medios



Q. buscar... Libro de Reclamaciones TUPA Control Interno Intranet Mapa del sitio



INICIO CONCYTEC PUBLICACIONES INFORMACIÓN CTI PARA EMPRESAS NOTICIAS CONVOCATORIAS CAS

Simposio Global Health Systems Global 2020 en Dubai y preconferencias en Lima

Publicado el Viernes, 18 Octubre 2019

Twitter Me gusta



Este noviembre, se abre la discusión sobre cómo la ciencia puede mejorar los servicios de salud en nuestra ciudad, de cara al encuentro internacional del próximo año en Dubai.

Noticias CONCYTEC

Concytec y Fulbright otorgan Beca Bicentenario para estudios de posgrado en Estados Unidos

Concytec promueve postulación de investigadores de las regiones a fondos de la Unión Europea

Analizarán harinas de trigo comerciales para prevenir enfermedad celíaca

Ver todas las noticias

Noticias CTI

Buscan fortalecer vínculos entre científicos peruanos residentes en Europa

Lanzan sexta edición de premio INNOVAGRO para promover sector agroalimentario

Universidad de Zaragoza y Banco Santander lanzan becas para estudios de doctorado

Ver todas las noticias

Simposio Global Health Systems Global 2020 en Dubai y preconferencias en Lima <https://portal.concytec.gob.pe/index.php/noticias/1934-simposio-global-health-systems-global-2020-en-dubai-y-preconferencias-en-lima>



Inicio / Noticias OPS/OMS Perú / Convocan a presentar resúmenes para Pre-Conferencia Regional de Health Systems Global

Destacados

Proyecto SISALC OPS (GAC)

Información estadística

Publicaciones OPS

Biblioteca Virtual en Salud Regional

Campus Virtual de Salud Pública

PALTEX

Convocan a presentar resúmenes para Pre-Conferencia Regional de Health Systems Global

La Organización Panamericana de la Salud - Perú (OPS/OMS) junto a Health Systems Global (HSG), la Agencia Belga de Desarrollo y al Grupo Banco Mundial, convocan a la presentación de resúmenes para la primera Pre-Conferencia Latinoamericana HSG en Investigación sobre Sistemas de Salud. Este evento forma parte de un ciclo de pre congresos en las Américas con la finalidad de recoger los aportes de la región en temas de implementación y análisis de los sistemas y servicios de salud.

En este espacio se busca promover el intercambio local de conocimiento, así como identificar y apoyar a los trabajos que sean seleccionados para ser presentados en el V Simposio de HSG: "Avance de los Sistemas de Salud en la Era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible" (ODS), a realizarse en octubre del 2018 en Liverpool, Reino Unido.

Los ejes temáticos para la presentación de trabajos se articulan alrededor de las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo puede nuestro enfoque de los sistemas de salud ayudarnos a trabajar sectorialmente para lograr los objetivos compartidos de desarrollo social?
2. ¿Cómo se debe considerar el papel del sector privado en la prestación y financiamiento de la atención de la salud?
3. ¿Cómo pueden movilizarse los sistemas de salud para conformarse en la columna vertebral de la protección social de los grupos vulnerables?
4. ¿Cómo deben los sistemas de salud involucrar a las comunidades para lograr la cobertura universal?



¡Refuerza tus defensas! ¡Promueve la participación!

Semana de Vacunación



Convocan a presentar resúmenes para Pre-Conferencia Regional de Health Systems Global https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3910:convocan-a-presentar-resumenes-para-pre-conferencia-regional-de-health-systems-global&Itemid=900

