



hsr 2024

EIGHTH GLOBAL
SYMPOSIUM ON
HEALTH SYSTEMS RESEARCH

NAGASAKI, JAPAN 長崎

**PRE-SIMPOSIO REGIONAL
HEALTH SYSTEMS GLOBAL**

PERÚ

En preparación al VIII Simposio Mundial
*Construir sistemas de salud justos y sostenibles
centrados en las personas y en la protección del planeta*

MINUTA DE LA JORNADA

14 de diciembre, 2023

Universidad ESAN, Lima, Perú

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Instituciones convocantes



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



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



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



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



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



Pontificia Universidad Católica del Perú
<https://www.pucp.edu.pe/>



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



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



IETIS-EsSalud
<https://ietsi.essalud.gob.pe/>



Propuesta País
<https://propuestapais.pe/>



Instituto de Análisis y Gestión



Presentación

Simposio Global - Health Systems Global 2024 en Nagasaki, Japón

Health Systems Global (HSG) es la sociedad internacional de investigación en sistemas y servicios de salud que convoca cada dos años a referentes académicos, responsables de política sectorial y miembros de la sociedad civil a participar en su Simposio Mundial. Luego de los encuentros de Montreux 2010, Beijing 2012, Cape Town 2014, Vancouver 2016, Liverpool 2018, Dubái 2020/2021 y Bogotá 2022, Nagasaki fue elegida como la próxima sede del encuentro mundial. En esta ocasión, el eje temático principal es **“Construir sistemas de salud justos y sostenibles centrados en las personas y en la protección del planeta”**. En este marco, las y los invitamos a formar parte del Pre-Simposio de HSG para la región de las Américas, como una forma de abrir el intercambio regional sobre las temáticas que se abordarán en el Simposio Mundial de Nagasaki.

Las pre-conferencias nacionales

La organización de este cuarto Ciclo de Pre-Conferencias en las Américas tiene 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 permitirá enriquecer la discusión global con los debates, la investigación y las experiencias del subcontinente.

El propósito es doble: por una parte, generar espacios de intercambio nacional sobre experiencias y visiones transformadoras que alimenten un debate necesario sobre los sistemas de salud, teniendo en cuenta antiguos y conocidos desafíos de los sistemas sanitarios -como el fomento de la equidad, la inclusión y la pertenencia- y temáticas más recientes, como los retos ecológicos y éticos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en contextos climáticos, geopolíticos y socioeconómicos en rápida evolución. En segundo lugar, se trata de una oportunidad para fortalecer los trabajos seleccionados con el propósito de aumentar sus posibilidades de aceptación al momento de ser presentados en el llamado global de resúmenes para el VIII Simposio del Health Systems Global, que se llevará a cabo en Nagasaki, Japón del 18 al 22 de noviembre de 2024.

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

- Abrir la convocatoria a un encuentro de investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud en torno a mesas de debate interdisciplinario.
- Estimular la presentación de trabajos de autoras/es latinoamericanas/os y del Caribe en la convocatoria del Simposio Mundial en Nagasaki 2024.
- Fortalecer la presencia latinoamericana en el Simposio Global.

Daniel Maceira, PhD

Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global

Representante de las Américas

COMITÉ ORGANIZADOR Y CIENTÍFICO

Referente de Health Systems Global



Daniel Maceira es argentino, Ph.D. en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Es Profesor Titular de la Cátedra de Organización Industrial, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires (UBA), Investigador Independiente de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), y Director del Área de Políticas de Salud de la Fundación para el Desarrollo Argentino (FUNDAR). Asimismo, dirige el MBA en Salud de la Universidad de San Andrés, 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 Board de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud y detenta la Silla de las Américas hasta octubre de 2024.

Referentes de instituciones anfitrionas



Midori de Habich Directora técnica del proyecto global “Sostenibilidad del sistema local de salud” de USAID con presencia en más de 20 países. Consultora de OMS, Banco Mundial, BID y OPS. Ministra de Salud entre 2012-14, impulsó la implementación de la reforma orientada a avanzar hacia la cobertura universal de salud. Entre 1995 y 2012 condujo proyectos de asistencia técnica al sector salud en financiamiento, aseguramiento, gestión y descentralización en salud, entre otros. Entre 1984 y 1995 trabajó en el Banco Central de Reserva del Perú. Economista de la Pontificia Universidad Católica del Perú con Maestría en Política y Planificación Económica de la Erasmus University, Países Bajos. Docente universitaria en programas de post grado.



Guillermo Alva Burga. MBA de ESAN. Mención en Finanzas. Postgrado de Gerencia en Servicios de Salud de ESAN. LEAN Healthcare en Instituto Armstrong-JOHN HOPKINS. The Innovation Health Care Leader en Stanford University-Graduate School of Business. Evaluación del Sistema de Salud Colombiano de Universidad de los Andes de Colombia. Médico Cirujano titulado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Médico Auditor. Veinte años de experiencia. Participación en la elaboración de proyectos y en las decisiones administrativas de empresas de Salud. Ex 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. Ex Subgerente de PADOMI. Ex Subdirector Médico de la Clínica El Golf – Sanna. Consultor Senior de instituciones de salud públicas y privadas en temas planeamiento estratégico, mejora de procesos, optimización de recursos, mejora de rentabilidad, etc. Actualmente miembro del Comité Médico de la SBS.



Andrés Corrales Angulo Andrés Corrales Angulo, es Profesor, Gerente de Desarrollo de la Escuela de Posgrado y Director del Centro de Educación Continua de la Universidad Continental de Perú. Es Master en Administración Pública por el Instituto Universitario Ortega y Gasset de la Universidad Complutense de Madrid, España, Maestro en Gerencia Pública por la Universidad Continental, candidato a Doctor en Derecho por la Universidad de Zaragoza, España y ha realizado estudios de especialización en derechos humanos, gestión pública y/o gestión del talento en Suiza, Suecia, Singapur, Estados Unidos y Perú. Es Consultor del Banco Interamericano de Desarrollo-BID y se ha desempeñado como Gerente de Desarrollo de la Gerencia Pública de la Autoridad Nacional del Servicio Civil-SERVIR, Jefe de Gabinete de asesores del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, asesor de la Alta Dirección de la Presidencia del Consejo de Ministros, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Defensa y del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.



Jaime Sobrados Tapia Máster en Administración Pública por el Instituto Ortega y Gasset adscrito a la Universidad Complutense de Madrid, MBA por la Universidad San Ignacio de Loyola y está cursando estudios de doctorado en ESEADE, se ha desempeñado como Intendente Regional en la SUNAT, jefe de la Oficina General de Administración en EsSalud, jefe del Servicio de Administración Tributaria (SAT) de Huancayo, entre otros. Actualmente se desempeña como director académico de la escuela de posgrado de Universidad Continental.



Flor de María Philipps Cuba. MBA por la Université du Québec à Montréal - Canadá, Médico Especialidad en Administración de Salud por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, especialista en Marketing por la Universidad de California- Berkeley y Auditor Médico por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Ha sido Presidente del Sistema Metropolitano de la Solidaridad - SISOL SALUD, Superintendente Nacional de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, Gerente de Salud de Pacifico Seguros y EPS, Sub Directora Médica en Clínica Ricardo Palma, gerente de Servicios hospitalarios en el IPSS hoy EsSalud, entre otros cargos. Presidente de la Sociedad Peruana de Administración de Salud- SPEAS en dos ocasiones y Consultora del Instituto de Análisis y Gestión - IAGes. Actualmente es Jefa del Seguro Integral de Salud – SIS y Directora del MBA Salud de la Escuela de Post Grado de la UPC.



Arturo Javier Granados Mogrovejo Comunicador social, especializado en descentralización y políticas públicas. Maestría en Desarrollo Sustentable de la Universidad Complutense de Madrid. Diplomado en Estudios de Género de Pontificia Universidad Católica del Perú. Facilitador del Acuerdo de Partidos Políticos en Salud (2008-2010). Director General de Descentralización del Ministerio de Salud y Secretario Técnico de la Comisión Intergubernamental de Salud (2012-2016). Vicepresidente del Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Salud (2014-2015). Integrante del equipo de reforma del sector salud del Ministerio de Salud (2013-2014). 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). Consultor de diferentes organismos internacionales como BID, Banco Mundial, CAF y USAID.



Rafael Cortez. Es Profesor-investigador del Departamento Académico de Economía, Centro de Investigación, y de la Escuela de Gestión Pública, Universidad del Pacífico. Durante 20 años se desempeñó como economista senior, y Gerente de Proyectos en la Práctica Global de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial. Es economista experto en políticas de financiamiento y aseguramiento en salud, así como de políticas públicas en sectores sociales. Es doctor en economía aplicada por la Universidad de Minnesota, magíster en ciencias, en economía de la misma universidad; y licenciado en economía de la Universidad del Pacífico. Realizó una estancia de investigación postdoctoral en el Centro de Crecimiento Económico, Departamento de Economía de la Universidad de Yale. Es autor de artículos en revistas científicas y libros en el área de economía de la salud, pobreza y capital humano



Pedro Jesús Mendoza Arana, Médico Cirujano colegiado, Doctor en Medicina, Profesor Principal a Tiempo Completo, Jefe de la Sección de las asignaturas de Gerencia en Salud del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y Coordinador del Grupo de Investigación Systemic de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.



Paulina Giusti MD, MPH. Médico pediatra, master en Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, con más de 30 años de experiencia gerencial, clínica y en diseño e implementación de políticas de salud en el sector público en Perú. Ha sido viceministra de salud, miembro del Consejo Directivo del Seguro Social de Salud, coordinadora general del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud e Intendente de Regulación de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, entre otras posiciones. Es socia fundadora y gerente general del Instituto de Análisis y Gestión en Perú.

Equipo HSG-LAC



Noelia Cabrera es socióloga de la Universidad Nacional de la Plata. Coordinadora de la Red de Latinoamérica y el Caribe de Health Systems Global. Es investigadora del Área de Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e integra el equipo técnico del Área de Monitoreo de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Argentina. Ha participado en proyectos de UNICEF, OPS/OMS, IDRC, Wellcome Trust, UNAJ, UMET, FUNDAR, CIPPEC, CONICET entre otros.



Carla Valeria Carbonelli Profesora de Educación media y superior en Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del área de Convocatorias a becas de Investigación de la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Se agradece la colaboración de

Antonio Rodríguez y Percy Soto Becerra
Universidad Continental

José L. Rosales Lassús
Pontificia Universidad Católica del Perú

Karen López Tello
Propuesta País

Ruth Iguñiz Romero
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Víctor Zamora
Pontificia Universidad Católica del Perú

Walter Curioso
Universidad Continental



**Agenda de la
pre-conferencia**



08:00-08:30	Acreditaciones		
08:30-09:00	Apertura y bienvenida institucional		
	Presentación	Responsable	Institución
	Bienvenida institucional	Guillermo Alva Burga	Universidad ESAN
	Presentación de Health Systems Global y del VIII Simposio Mundial	Daniel Maceira	HSG/UBA/CEDES/ CONICET
09:00-10:30	Panel I: Innovaciones público-privadas para fortalecer el acceso a la salud		
	Modera: Flor de María Philipps Cuba, MBA Salud, Escuela de Post Grado de la UPC		
	Presentación	Autoras/es	Instituciones
	Núcleo dinamizador de la articulación gobierno-sociedad civil-academia para fortalecer la gobernanza y el logro de objetivos de desarrollo sostenible	Annie Farfán & José Garay	Universidad de San Martín de Porres
	Factores sociodemográficos asociados al acceso de los servicios de telemedicina en establecimientos de salud del ministerio de salud en Apurímac, madre de dios y Piura durante la pandemia por COVID-19 de marzo 2020 a febrero 2021	Liliana Ma Cárdenas; Luis Cordero Muñoz; Seimer Escobedo Palza; Alfonso Gutiérrez-Aguado	Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Universidad Continental
	Promoción de la salud frente a la covid-19: una respuesta de responsabilidad social universitaria. Facultad de medicina San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, 2021	Giovanni Meneses; Lucy Herminia López Reyes; Martha Martina; Julia Piscocoya	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
	La seguridad hospitalaria frente a desastres de los hospitales estatales de Lima (Perú)	Janet Mercedes Arévalo Ipanaqué & Roxana Obando Zegarra	Universidad Peruana Unión/ Hospital Nacional Daniel A. Carrión/ Universidad Peruana Cayetano Heredia
10:30-11:00	Receso		
11:00-12:30	Panel II: Metodologías para estimar acceso y protección financiera en salud		
	Modera: Rafael Cortez, Universidad del Pacífico		
	Tendencias de la investigación sobre financiamiento de Sistemas de Salud en Latinoamérica 2018-2022: Resultados intermedios.	Pedro Jesús Mendoza Arana; Giovanni Meneses Flores; Eduardo Ortega Guillén; Cidanelia Salas Llerena; Hannya Huertas Ramos; Rosa Chambi Suarez	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
	Health Insurance Expansion and Preventive Child Health and Nutrition Outcomes	Noelia Bernal Lobato; Joan Costa-i-Font; Patricia Ritter	Universidad del Pacífico/ London School of Economics and Political Science, UK/ CESifo & IZA/ University of Connecticut
	Factores asociados a los desplazamientos de la demanda en salud en Perú, 2007-2021: un modelo discreto de privatización e informalización	Juan Arroyo-Laguna	Pontificia Universidad Católica del Perú
	Acceso a Servicios de Salud Públicos y el Tiempo de Viaje: Estudio en Adultos Mayores Peruanos (2015-2019)	Claudia Vivas	Pontificia Universidad Católica del Perú

Título	Autoras/es	Instituciones
Calidad de los Procesos Centralizados de esterilización y Satisfacción del usuario Interno en el Complejo Hospitalario Alberto Barton, 2021	Elizabeth Patricia Roca Vargas	IBT HEALTH
The need for a cancer open-data platform in Perú	Patricia Socualaya Sotomayor; Aramis Rafael Carranza; Yasmina Solar Benites;	UNAGESP; Universidad Peruana Cayetano Heredia; Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
Análisis y propuesta de un sistema de atención de salud de niños con discapacidad a partir de una experiencia en Perú	Cecilia Izarra; María Guevara; Carmen Rodríguez; Leila Mcnicoll; David Villarreal-Zegarra	Misión Médica Católica - CMMB Del Perú
Políticas de Estado, Planes, Modelo y Herramientas Operativas, para la Transformación de la Salud en el Perú.	Fernando Ignacio Carbone Campoverde	Consultor Independiente
Pensión 65: Cuidando la salud multidimensional de los adultos mayores de pobreza extrema	Julio Mendigure & Rosa Pretell	Programa Nacional De Asistencia Solidaria Pensión 65
Determinantes del comportamiento de la epidemia de dengue 2023 en Perú	Edgardo Nepo Linares	Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC
Interacciones entre la salud pública y la salud individual: explorando la relación entre la disponibilidad de agua potable y gasto de bolsillo en salud.	Nelly Roció Mosqueira Lovón; Ada Pastor Goyzueta & Fabiola Moreno	Asociación de egresados de la PUC / Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)/ Universidad Nacional Mayor de San Marcos

13:30-15:00 Panel III: Prevención, acceso y calidad de atención para poblaciones prioritarias**Modera: Laura Altobelli, Universidad Peruana Cayetano Heredia**

Prevención y control de tuberculosis en cárceles de Lima	Guisselle Patricia Lozada Rodríguez & Mayra Cecilia Córdova Ayllón	Instituto Nacional Penitenciario - Subdirección de Salud
Calidad de atención en salud percibida por personas que viven con síndrome de down y familiares en Cochabamba, Bolivia 2023	Liseth Lourdes Arias López & Alejandra Ximena Arévalo Ferreira	Universidad Privada Abierta Latinoamericana
Paper promises: Peruvian frontline health workers' perspectives on mental health policies during COVID- 19	Mayo-Puchoc, N.; Bejarano-Carranza, J.; Paredes-Angeles, R.; Vilela-Estrada, A.; García-Serna, J.; Cusihuaman-Lope, N.; Villarreal-Zegarra, D.; Cavero, V.; Ardila-Gomez, S.	Center of Excellence in Chronic Diseases, UPCH/ Instituto Peruano de Orientación Psicológica; CONICET, Argentina; Facultad de Psicología, UBA, Argentina
Equidad y cobertura de las intervenciones en salud RMNCH por etnia, 2004- 2018: lecciones aprendidas desde las políticas en Ecuador	Paulina Belén Ríos-Quituzaca; Leonardo Ferreira; Jesús Endara-Mina; Nancy Armenta	Universidad Central del Ecuador/ Federal University of Pelotas/ Universidad de Alcalá (España)

15:00-15:30 Receso**15:30-17:00 Panel IV: Participación comunitaria y acceso a servicios de salud sustentables****Modera: Arturo Granados Mogrovejo, Propuesta País**

Cómo la gobernanza y la participación comunitaria potencian el desempeño de la atención primaria de salud en el Perú: una encuesta a direcciones regionales de salud	Laura C Altobelli	Universidad Peruana Cayetano Heredia
Acción comunitaria en salud desde el primer nivel	Alexandro Saco	Salud Perú
Rutas para fortalecer la resiliencia climática de los sistemas de salud en la Amazonía Peruana, colaborando con líderes indígenas, comunidades y funcionarios de salud	Victoria Chicmana-Zapata; Claudia L. Vidal-Cuellar; Carol Zavaleta-Cortijo	Universidad Peruana Cayetano Heredia
Adaptaciones de la Infraestructura y Recursos Humanos para Sistemas de Salud Resilientes al Clima: Lecciones de la Comunidad Asháninka de Sampantuari, Kimbiri	Fabiola Moreno	Universidad Científica del Sur, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

17:00-17:30 Cierre del encuentro

Daniel Maceira Health Systems Global/UBA/CEDES/CONICET, Argentina

Trabajos
presentados



NÚCLEO DINAMIZADOR DE LA ARTICULACIÓN GOBIERNO-SOCIEDAD CIVIL-ACADEMIA PARA FORTALECER LA GOBERNANZA Y EL LOGRO DE OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Annie Farfán & José Garay

Universidad de San Martín de Porres

La pandemia de COVID-19 acentuó las desigualdades en salud, ocasionando un retroceso de décadas en la lucha contra las desigualdades sanitarias en la región de las Américas. Pese a los esfuerzos de los gobiernos, así como de diferentes organizaciones y/o actores sociales por lograr los Objetivos De Desarrollo Sostenible (ODS), parecería que la agenda 2030 no está cerca de alcanzarse. Sin embargo, a nivel local, esto se ha traducido en una gobernanza solitaria que busca negociar con la sociedad civil y que no siempre logra respaldar sus decisiones con el bagaje de conocimientos de la academia.

La articulación gobierno local, sociedad civil y academia es absolutamente necesaria, pero se requiere de un impulso para desarrollarla. El presente estudio se diseñó para modelar un núcleo dinamizador de la articulación gobierno-sociedad civil-academia, a partir de las percepciones de los gestores del gobierno local de un distrito de Lima (Perú).

Metodología: Mediante entrevistas a profundidad a los gestores municipales, se obtuvo información cualitativa sobre la articulación gobierno-sociedad civil-academia, se analizaron los resultados en función de categorías predefinidas; la información cualitativa fue procesada con ayuda del software Atlas TI y se estructuró una teoría fundamentada en la capacidad de estos gestores para gobernar en salud a nivel local.

Resultados: En función de las siguientes categorías de análisis, participación y contribución, tanto de la sociedad civil como de la academia, se evidenciaron 3 ejes dinamizadores de la articulación sociedad civil-gobierno local-academia: la gestión estratégica basada en conocimiento con respaldo académico y desarrollo de ciudadanía proactiva; el empoderamiento democrático de la sociedad civil; y la generación de conocimiento contextualizado permanente con base en estudios de investigación acción en el sistema de salud local.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD EN APURÍMAC, MADRE DE DIOS Y PIURA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 DE MARZO 2020 A FEBRERO 2021

Liliana Ma Cárdenas¹; Luis Cordero Muñoz¹; Seimer Escobedo Palza¹ & Alfonso Gutiérrez-Aguado²

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos

²Universidad Continental

Motivación: Es la identificación específica de cómo los factores sociodemográficos influyen en el acceso a los servicios de telemedicina en las regiones de costa, sierra y selva durante la pandemia de COVID-19. La comprensión detallada de estas dinámicas es esencial para abordar precisamente las barreras existentes y garantizar una transición equitativa y efectiva hacia la telemedicina para todos los segmentos de la población en estas regiones.

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos asociados al acceso de los servicios de telemedicina en establecimientos de salud del Ministerio de Salud de las regiones de Apurímac, Madre de Dios y Piura durante la Pandemia por COVID 19.

Metodología: La investigación analizó la relación entre variables sin intervenir en su manipulación, utilizando datos recopilados de registros del sistema de Historia Clínica Electrónica de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Ministerio de Salud en las tres regiones mencionadas. La población de estudio abarcó a todas las personas que recibieron atención de salud en las IPRESS durante el periodo de marzo de 2020 a febrero de

2021, sin necesidad de realizar un cálculo muestral al trabajar con toda la población. La recopilación de datos incluyó información relacionada con el acceso a servicios de telemedicina y factores sociodemográficos.

Resultados: Durante la pandemia por COVID-19 en las regiones de Apurímac, Madre de Dios y Piura, no hubo diferencias significativas en el acceso a los servicios de telemedicina basadas en el sexo de los pacientes. Sin embargo, se observó que los grupos de edad más jóvenes tuvieron una mayor probabilidad de acceder a la telemedicina en comparación con los grupos de edad más avanzada. La atención por personal de salud, especialmente enfermeras y obstetras, también se asoció con un mayor uso de la telemedicina. Los pacientes en situaciones de mayor vulnerabilidad, como los del quintil I y II de pobreza y aquellos en áreas rurales, accedieron más a la telemedicina. Además, los pacientes con seguro integral de salud utilizaron más la telemedicina en comparación con aquellos sin seguro. Los diagnósticos médicos mostraron diferencias, con algunas especialidades más propensas a utilizar la telemedicina, mientras que otras requirieron atención presencial debido a la naturaleza de sus condiciones médicas.

PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A LA COVID-19: UNA RESPUESTA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA. FACULTAD DE MEDICINA SAN FERNANDO, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, PERÚ, 2021

Giovanni Meneses; Lucy Herminia López Reyes; Martha Martina & Julia Piscoya

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Motivación: La pandemia ha evidenciado problemas estructurales del sistema de salud y la consecuente profundización de inequidades en la población. Desde la declaratoria de emergencia nacional se han implementado medidas desde el Estado Peruano para reducir la propagación del virus del Covid-19 y resguardar la salud y la vida de las personas en el territorio nacional. En este contexto, la Universidad, comprometida con la salud de la población y cumpliendo su política de Responsabilidad Social, intensificó sus actividades para contribuir a mitigar la crisis sanitaria, social y económica agravada por la pandemia. **Objetivo:** Promover la Responsabilidad Social en la comunidad sanfernandina frente a la pandemia por el COVID-19 desde la promoción de la salud.

Metodología: Intervención educativa. Se trabajó en forma prospectiva longitudinal, siguiendo cuatro ejes: - Difusión de medidas de prevención y de promoción de salud a la comunidad universitaria utilizando trípticos y

videos. -Incorporación del logo del proyecto en la carátula de las asignaturas de las Escuelas Profesionales. -Ejecución de dos Talleres de Primeros Auxilios Psicológicos, con la participación de 74 docentes, 287 familiares y 60 estudiantes. -Desarrollo de 7 ensayos sobre el COVID-19 en el contexto cotidiano a cargo de los estudiantes.

Resultados: Esta intervención educativa realizada por la modalidad virtual, debido a la pandemia, permitió desarrollar competencias de liderazgo social, información, educación y comunicación en salud en la comunidad universitaria, empoderar a los estudiantes con un efecto multiplicador en sus familias y comunidades. De esta manera la Facultad cumplió su rol de responsabilidad social, a pesar de las dificultades generadas por la pandemia. Un logro importante ha sido el motivar a los estudiantes a comunicar sus problemas de salud mental a través de los canales establecidos en la Facultad y obtener el apoyo oportuno para evitar problemas mayores.

LA SEGURIDAD HOSPITALARIA FRENTE A DESASTRES DE LOS HOSPITALES ESTATALES DE LIMA (PERÚ)

Janet Mercedes Arévalo Ipanaqué¹ & Roxana Obando Zegarra^{2,3}

¹Universidad Peruana Unión

²Hospital Nacional Daniel A. Carrión

³Universidad Peruana Cayetano Heredia

Los desastres naturales y epidémicos, requieren la disposición de hospitales seguros y preparados para atender las demandas suscitadas después del evento, más aún en países con alto riesgo sísmico como Perú.

Objetivo: Evaluar el índice de seguridad hospitalaria (ISH) en los hospitales de Lima.

Metodología: estudio observacional transversal de 18 hospitales a partir de los indicadores propuestos por la Organización Panamericana de la Salud versión 1.

Resultados: el promedio de índice de ocupación de camas fue 90%, promedio de antigüedad de 70 años, en promedio se dispone de una cama por cada 25,126 habitantes, el promedio de puntaje ISH fue 0,36 con vulnerabilidad de 0,63. No se encontró asociación entre el ISH y las características de los hospitales.

Conclusión: La mayoría de hospitales presentan categoría C en seguridad ante sismos y desastres, sólo un hospital presentó categoría A. No existen características asociadas a este hallazgo. Se requiere sincerar la situación hospitalaria, identificar y atender las deficiencias específicas de cada institución de acuerdo a sus propias características y contexto.

TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE FINANCIAMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA 2018-2022: RESULTADOS INTERMEDIOS

Pedro Jesús Mendoza Arana; Giovanni Meneses Flores; Eduardo Ortega Guillén; Cidanelia Salas Llerena; Hannya Huertas Ramos & Rosa Chambi Suarez

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Motivación: Dada la importancia del financiamiento de los sistemas de salud en nuestro subcontinente, se requiere conocer la evolución y tendencia de las investigaciones en el tema con el fin de contribuir a su optimización, e identificar espacios con necesidad de desarrollo.

Objetivo: El objetivo de la presente investigación es determinar las tendencias de la investigación sobre financiamiento de Sistemas de Salud en Latinoamérica en el periodo 2018-2022.

Metodología: El diseño es cuantitativo, descriptivo, transversal, retrospectivo. El tipo de estudio es un análisis bibliométrico. Se realizó una estrategia de búsqueda en inglés, portugués y español, en Scopus. Se seleccionaron artículos originales, análisis conceptuales, y artículos de revisión. La delimitación de áreas temáticas se basó en el artículo "Establishing health system financing research priorities in developing countries using a participatory methodology", de Ranson, Law y Bennett, 2008.

Resultados: La búsqueda inicial rindió 925 artículos publicados en el periodo 2018-2023. De ellos, la revisión de títulos y resúmenes permitió descartar 860 artículos, quedando para la revisión de

detalle, 65 artículos. El número de autores por artículo fue de uno a sesenta, con una mediana de 4 y una moda de 3. El abordaje predominante fue Cuantitativo (82%).

El diseño principal fue de revisión narrativa, seguida del modelado matemático. El área temática principal abordada por los artículos fue:

Equidad 31%
Acopio de recursos 22%
Impacto Presupuestal 17%
Compra de Servicios 11%
Gestión del Financiamiento 10%
Mancomunación 8%

Las principales entidades de afiliación de autores, fueron Universidades (61%), Agencias gubernamentales (14%), Fundaciones (11%), y Laboratorios Farmacéuticos (7%).

Se concluye que la investigación en financiamiento de sistemas de salud en el periodo estudiado, se produce esencialmente en Universidades, en grupos pequeños de investigadores, cuya principal preocupación es la equidad y el acopio de recursos para el sistema de salud, empleando esencialmente diseños cuantitativos y de revisión narrativa.

HEALTH INSURANCE EXPANSION AND PREVENTIVE CHILD HEALTH AND NUTRITION OUTCOMES

Noelia Bernal Lobato¹; Joan Costa-i-Font,² & Patricia Ritter³

¹Universidad del Pacífico

²London School of Economics and Political Science (LSE)

³University of Connecticut

Although a significant number of middle and low-income countries have expanded access to subsidized health insurance, it is still unclear whether these insurance expansions improve children's health and nutrition.

Several studies have established that the expansion of subsidized health insurance increases health care access and utilization (Einav and Finkelstein, 2018). However, most of these literature have mainly targeted higher-income countries.

In lower and middle-income countries (LMIC), the evidence for the effectiveness of health care access on children's health is limited and mixed. Besides, in LMIC settings where baseline prevention and general literacy are low, health insurance can lead to improvements in health by shifting utilization towards high-value treatments and encouraging individuals to have more contact with physicians, which in turn might cause appropriate changes in preventable behaviors.

Such changes are especially important among poor individuals who are more exposed to health care underutilization due to credit and behavioral constraints, by steering them to identify welfare improving treatments, and reducing the effects of negative behavioral hazards (Baicker et al., 2015), which typically imply the under-utilization of care.

Drawing on a unique insurance expansion targeted at poor households in Peru and its institutional rules, we provide evidence of improvements in child health and nutrition outcomes. By using a Regression Discontinuity Design, we find that access to insurance reduces childhood obesity in 1.7 percentage points.

Such effect can be explained by two channels: the increased access to (high-value) preventive health care utilization, including mother's breastfeeding training and children's growth check-ups and deworming treatments and; the adoption of healthy behaviors namely, an increase in the duration of breastfeeding, and a substitution of food rich in carbohydrates for food rich in proteins, which is consistent with reductions of negative behavioral hazards.

In addition, we estimate heterogeneous effects depending on accessibility to health care facilities. We find that those effects are larger for those children living closer to facilities, especially for salient decisions such as the adoption of exclusive breastfeeding. Therefore, proximity to a health facility seems to boost the effect of the insurance expansions.

FACTORES ASOCIADOS A LOS DESPLAZAMIENTOS DE LA DEMANDA EN SALUD EN PERÚ, 2007-2021: UN MODELO DISCRETO DE PRIVATIZACIÓN E INFORMALIZACIÓN

Juan Arroyo-Laguna

Pontificia Universidad Católica del Perú

Introducción: Este estudio tiene como objetivo identificar los factores asociados a los cambios en la demanda de servicios de salud en Perú durante el período 2007-2021. **Objetivo:** Analizar las transformaciones ocurridas en la demanda de servicios de salud y en el patrón de utilización en Perú durante el período 2007-2021, con el propósito de identificar variables independientes explicativas de esta evolución.

Metodología: Se trata de un estudio cuantitativo explicativo que utiliza coeficientes de regresión lineal de efectos fijos y la prueba de Chow. Se construyeron amplias bases de datos nacionales a partir de las Encuestas Nacionales de Hogares anuales, se identificaron las tendencias en el sistema de salud peruano, se analizaron los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables seleccionadas y se aplicaron siete ecuaciones de regresión para evaluar las mismas.

Resultados: Los coeficientes de regresión mostraron el impacto del gasto público y los tiempos de espera en las consultas en farmacias, así como la apertura de nuevos establecimientos privados de nivel I y su influencia en los tiempos de espera en salud y en el Ministerio de Salud (Minsa), así como en la calidad de atención, la percepción de maltrato y la falta de confianza en los proveedores. Del mismo modo, estos factores influyeron en el aumento de las consultas en farmacias y en el sector privado de nivel primario.

Conclusión: Este estudio, basado en el caso peruano, proporciona información sobre una posible evolución en los países con bajos ingresos y alta informalidad hacia sistemas de salud desinstitucionalizados y más fragmentados.

Palabras clave: necesidades de salud, demanda de servicios de salud, gasto público, calidad de la atención en salud, farmacias, listas de espera

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y EL TIEMPO DE VIAJE: ESTUDIO EN ADULTOS MAYORES PERUANOS (2015-2019)

Claudia Vivas

Pontificia Universidad Católica del Perú

En el Perú, se está viviendo una transformación demográfica y epidemiológica que está configurando una población cada vez más envejecida, lo cual se refleja en la caída de la tasa de fecundidad, caída de la tasa de mortalidad e incremento de la esperanza de vida.

Según el INEI (2020), la Tasa Global de Fecundidad (TGF) disminuyó de 6.9 hijos en 1950 a 1.9 hijos en 2020, mientras que la esperanza de vida al nacer aumentó de 43.8 años en 1950 a 76.7 años en 2019.

Estos cambios demográficos plantean desafíos significativos para el sistema de salud pública que respecta al acceso de los adultos mayores a los servicios médicos. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo evaluar el impacto del tiempo de viaje en el acceso a los servicios de salud para adultos mayores en Perú entre 2015 y 2019.

Se usó un modelo de regresión logística para estimar el impacto del cambio marginal de las variables independientes sobre la probabilidad de que un adulto mayor visite un centro de salud público o no. Se encontró que cada minuto adicional

de tiempo de viaje, se registra una disminución del acceso a los servicios de salud en alrededor del 2%.

Adicionalmente, la obtención de un seguro de salud aumenta de manera significativa la probabilidad de acceso a un centro de salud, incrementándola en un rango que varía del 20% al 38%, dependiendo del tipo de seguro. La residencia en áreas rurales reduce la probabilidad de acceso a los servicios de salud en un 6%, mientras que padecer una enfermedad crónica aumenta la probabilidad de buscar atención médica en un 8%.

En resumen, esta investigación demuestra de manera concluyente que el tiempo de viaje, proxy de la distancia geográfica, tiene un impacto negativo en el acceso a los servicios de salud para la población de adultos mayores en el Perú. Esta investigación se alinea al sub-tema 2, pues examina factores que influyen en el acceso a la atención médica y resalta la urgencia de transformar los sistemas de salud para garantizar una atención equitativa para esta población vulnerable.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS EN CÁRCELES DE LIMA

Guisselle Patricia Lozada Rodríguez & Mayra Cecilia Córdova Ayllón

Instituto Nacional Penitenciario - Subdirección de Salud

Motivación: En el Perú, hay más de 93000 personas privadas de libertad y 2017 casos de tuberculosis al primer semestre del 2023, con tendencia al incremento debido a los índices de sobrepoblación y hacinamiento carcelarios mayores al 120%, que condicionan vulnerabilidad en las personas en las cárceles, sumado a factores de riesgo que propician una mayor probabilidad de enfermar y morir por tuberculosis: nivel educativo bajo, escaso conocimiento del autocuidado de salud y procedencia de zonas pobres del país con alta prevalencia de tuberculosis, VIH, enfermedades de salud mental y otras enfermedades crónicas.

El sistema de salud carcelario no tiene suficientes recursos para responder a las necesidades de salud de esta población vulnerable y estigmatizada, originando brechas de atención sanitaria, con riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas hacia las visitas y trabajadores si no existe una adecuada promoción de la salud, prevención y control de enfermedades. Por lo tanto, en las cárceles se busca fortalecer el control y seguimiento oportuno de tuberculosis en la población cautiva, lo que garantiza un impacto positivo en la comunidad al reducir el riesgo de transmisión de tuberculosis.

Objetivos: En colaboración con el Ministerio de Salud, complementar las carencias del sistema de salud carcelario para reducir el riesgo de transmisión de tuberculosis, a través de la búsqueda activa de casos, tratamiento, seguimiento oportuno y administración de terapia preventiva.

Metodología: La intervención se está realizando en 10 cárceles de la región Lima, y consiste en el tamizaje de tuberculosis a aproximadamente 30066 personas privadas de libertad y 2412 trabajadores. El tamizaje se realiza con biología molecular (Genexpert), radiografía digital, inteligencia artificial (CAD4TB); además, se realiza el tratamiento y seguimiento de casos, administración de terapia preventiva para tuberculosis, con drogas recientemente aprobadas en la normativa del país, esperando reducir el riesgo de enfermar por tuberculosis.

Resultados: La intervención inició en setiembre 2023 y al 10 de noviembre, se tamizaron 2282 personas privadas de libertad, identificándose 61 casos de tuberculosis, los cuales están en tratamiento y seguimiento; y se tamizó a 235 trabajadores, sin casos confirmados de tuberculosis.

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD PERCIBIDA POR PERSONAS QUE VIVEN CON SÍNDROME DE DOWN Y FAMILIARES EN COCHABAMBA, BOLIVIA 2023

Liseth Lourdes Arias López & Alejandra Ximena Arévalo Ferreira

Universidad Privada Abierta Latinoamericana

El Síndrome de Down (SD) es la alteración cromosómica más frecuente, y su incidencia en los países en vías de desarrollo varía entre 1/600 a 1/800 nacidos vivos.

Según estudios de la región existe una respuesta inadecuada de los servicios de salud, que influyen en la calidad de atención en salud produciendo inequidad y barreras en estas personas. Esta carencia de atención especializada genera que mueran en la niñez por cardiopatías congénitas o infecciones que caracterizan este síndrome; por lo que a través del presente estudio se plantea analizar la percepción de la calidad de la asistencia sanitaria desde la perspectiva de los pacientes con Síndrome de Down y sus familiares en Cochabamba.

En cuanto a la metodología aplicamos una investigación cualitativa, utilizando grupos focales con preguntas orientadoras a familiares de las personas con SD. Los grupos focales estuvieron organizados por grupos de edad de 0 a 9 años, 10 a 18 años, 19 a 29 años y mayores de 30 años que radican en áreas urbanas y rurales del departamento de Cochabamba.

Los grupos focales fueron transcritos y cargados al programa Atlas. Ti. Se utilizó un análisis etnográfico con paradigma interpretativo.

Los resultados fueron organizados en dimensiones e indicadores para contestar a la pregunta de investigación. En la dimensión capacidad de respuesta de los servicios de salud se encontró que los tiempos de espera para consulta en servicios públicos son prolongados, y la detección ecocardiográfica del Síndrome de Down durante la gestación es casi nula; en lo que respecta al trato se encontró en más de la mitad de los casos discriminación, muy poca información a los familiares, y en casi la totalidad de los casos se evidenció la carencia de cuidado multidisciplinario humanizado, además que en la mayoría de los casos se identificó deficiencias para informar el diagnóstico a los pacientes; en lo que respecta a la accesibilidad física a las instituciones sanitarias estas no cuentan con la señalización debida.

Las políticas debieran fortalecer la equidad, inclusión de estas personas al Sistema de Salud para responder a las necesidades de las personas con SD.

PAPER PROMISES: PERUVIAN FRONTLINE HEALTH WORKERS' PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH POLICIES DURING COVID19

Nikol Mayo-Puchoc^{1,2}; Jenny Bejarano-Carranza²; Rubí Paredes-Angeles¹; Ana Lucía Vilela-Estrada¹; Jackeline García-Serna²; Noelia Cusihuaman-Lope¹; David Villarreal-Zegarra²; Victoria Cavero¹ & Sara Ardila-Gómez³⁻⁴

¹Cronicas Center of Excellence in Chronic Diseases

²Instituto Peruano de Orientación Psicológica

³Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

⁴Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

La pandemia del COVID-19 ha dejado cicatrices en la salud mental individual y colectiva de la población. En Perú, si bien se desarrollaron políticas de salud mental para mitigar el impacto que tenía el COVID-19 en los usuarios, en especial en la población vulnerable, hubo un incierto de si estas políticas eran efectivas. Por ello, el objetivo de este estudio fue explorar la implementación de las políticas de salud mental desarrolladas por el sistema de salud peruano en los servicios de atención de los Centros de Salud Mental Comunitario (CSMC), a partir de las experiencias de los trabajadores de salud. Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico para comprender la implementación de las políticas de salud mental puesta en marcha en Perú durante la pandemia del COVID-19.

Los datos se obtuvieron a partir de una revisión documental de 15 políticas nacionales aplicadas durante la pandemia (de marzo de 2020 a septiembre de 2021) y 20 entrevistas con trabajadores sanitarios de los CSMC (de septiembre de 2021 a febrero de 2022). El análisis se realizó mediante análisis de contenido temático.

La mayoría de las políticas implementadas adaptaron los servicios de atención de los CSMC a una modalidad virtual durante la pandemia de COVID-19; sin embargo, se evidenciaron diversos desafíos y barreras en el proceso, que impidieron la adaptación efectiva de los servicios. Los trabajadores percibieron que el uso ineficaz de la telemedicina se atribuía a una brecha en el acceso a la tecnología en los CSMC y también por parte de los usuarios, desde el acceso limitado a los dispositivos tecnológicos hasta la falta de conocimientos tecnológicos.

Además, aunque se propusieron políticas de promoción y prevención de la salud mental dirigida a la comunidad, el personal de los CSMC informó de la interrupción temporal de estos servicios durante la primera ola. La disparidad entre lo que dice la normativa y las experiencias de los trabajadores sanitarios es evidente. Las políticas centradas en la salud mental deben proporcionar métodos prácticos y flexibles que tengan en cuenta tanto las necesidades de los CSMC como las características socioculturales que puedan afectar a su aplicación.

EQUIDAD Y COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD RMNCH POR ETNIA, 2004-2018: LECCIONES APRENDIDAS DESDE LAS POLÍTICAS EN ECUADOR

Paulina Belén Ríos-Quituzaca¹; Leonardo Ferreira²; Jesús Endara-Mina¹ & Nancy Armenta³

¹Universidad Central del Ecuador

²Federal University of Pelotas, Brasil

³Universidad de Alcalá, España

Las disparidades étnicas en América latina, legado del colonialismo, han sido históricas y se evidencia actualmente con las coberturas desiguales en intervenciones en salud, en detrimento de los pueblos originarios.

Ecuador posterior a la crisis del año 2000, poseía las disparidades más altas en la región, tanto en coberturas de intervenciones como en determinantes sociales, que evidencian el racismo estructural propio de la región. Sin embargo, a partir del 2008 se dieron importantes avances en políticas de inclusión.

El presente estudio analiza las coberturas y desigualdades étnicas de seis intervenciones en salud RMNCH estratificadas para cada grupo étnico (indígenas, afroecuatorianos y grupo referencial), la evolución de las determinantes sociales, y el posible impacto de las políticas y estrategias enfocadas en etnia durante 13 años.

Se basó en tres encuestas representativas a nivel nacional (2004, 2012 and 2018). Se calcularon medidas de desigualdad absolutas y análisis multivariados mediante regresión Poisson. Se realizó un análisis temporal de los planes, políticas, y estrategias en las áreas de educación y

salud con enfoque étnico. Entre la población que se autoidentifica indígena se incrementó el porcentaje con nivel de educación superior o más (15 % entre 2012-2018) y de los quintiles 4 y 5. El porcentaje de coberturas de intervención incrementó del 27% al 75% entre el 2004 al 2018 en la población indígena.

Aunque las brechas persisten (20% menos cobertura que el grupo de referencia), se redujeron progresivamente las desigualdades. La estrategia para avanzar en coberturas y reducción de las brechas de desigualdad social al parecer estuvo enmarcada en la inversión pública social en salud y educación, enfocada especialmente a población rural.

El reconocimiento de la plurinacionalidad en la Constitución del 2008 fortaleció los espacios de participación y organización social. Esto dio paso a planes y proyectos que buscaban eliminar la discriminación racial y la exclusión étnica, logrando mejoras en educación y fortaleciendo la interculturalidad.

Este estudio es una imagen previa a la pandemia del Covid-19, y aunque se requieren análisis más profundos, especialmente con metodologías participativas, Ecuador da muestras de lecciones que otros países de la región podrían aprovechar.

CÓMO LA GOBERNANZA Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA POTENCIAN EL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL PERÚ: UNA ENCUESTA A DIRECCIONES REGIONALES DE SALUD

Laura Altobelli

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Motivación. Las prácticas de gestión regional y la participación comunitaria se reconocen como aspectos clave de la atención primaria de salud (APS), pero no siempre se consideran en el diseño o las evaluaciones de la APS.

Objetivo. Determinar si la utilización de buenas prácticas de gestión regional está asociada al desempeño de los servicios de APS que están co-gestionados por la comunidad organizada.

Métodos. Realizamos un análisis secundario de una encuesta de direcciones regionales de salud (DIRESA) sobre el apoyo a los servicios de APS que están co-gestionados por asociaciones civiles Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), el programa de involucramiento comunitaria en el Perú que incorpora siete mecanismos de 'accountability'. Utilizamos las cinco funciones de gestión del marco del Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) para clasificar las preguntas de la encuesta: liderazgo (del equipo de gestión regional); sistema de información (planificación, objetivos, seguimiento); control financiero; transferencia de capacidades de gestión y aptitudes de liderazgo al nivel local; y supervisión. Un panel de expertos clasificó las respuestas de la encuesta como prácticas "buenas" o "menos efectivas." El desempeño de APS se definió como el porcentaje de

establecimientos de salud que cumplieron con las metas anuales en su plan de salud local (PSL), siendo el PSL un aspecto clave del programa CLAS. La proporción de buenas prácticas utilizadas se correlacionó con el desempeño de APS. Al final, se dividió las DIRESAs en dos grupos según nivel de desempeño (alto y bajo) para detectar diferencias en sus prácticas de gestión.

Resultados. Se identificaron 32 buenas prácticas en la encuesta. La correlación entre utilización de buenas prácticas y el cumplimiento de metas fue $r=.7266, p<.01$. Al dividir las DIRESAs en dos grupos, el 91,1% de los establecimientos de salud en Grupo 1 cumplieron las metas del PSL; en Grupo 2, el 37,6% las cumplieron ($\chi^2=(1,N=1381)=452,82, p<.01$). Grupo 1 utilizó 40,6% de las 32 buenas prácticas, mientras Grupo 2 utilizó 24,0% ($\chi^2=(1,N=384)=11,45, p<.01$). El Grupo 1 utilizó 11 prácticas específicas con mayor frecuencia que Grupo 2. Los resultados muestran una asociación entre la gestión regional y el desempeño de los servicios de APS en un entorno de mecanismos de 'accountability' de la participación comunitaria organizada; sugiriendo que la gestión regional y participación comunitaria pueden potenciarse cuando están incluidas intencionalmente en el diseño de las políticas, procesos y capacidades para fortalecer la APS y por ende la CUS.

ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD DESDE EL PRIMER NIVEL

Alexandro Saco

Salud Perú

Motivación: Durante mi experiencia como director de Promoción de la Salud del MINSA durante la pandemia del COVID, he dirigido, gestionado y articulado acciones comunitarias en salud, con resultados a nivel local y nacional.

Objetivo: Implementar un modelo de acción comunitaria en salud desde los centros de salud en alianza con las organizaciones de la comunidad, ligando a los gobiernos locales vía el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal, con foco en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; teniendo como antecedente la experiencia generada en la respuesta a la pandemia y el proceso de vacunación COVID.

Metodología:

- a) Identificación de territorios en Lima metropolitana en los que se desarrolló la acción comunitaria durante la pandemia;
- b) actualización del directorio de los Comités Comunitarios de Salud que se conformaron durante la pandemia;

c) generación de planes locales de salud en el ámbito de los centros de salud con población adscrita y en marco de las Redes Integradas de Salud;

d) desarrollo de mapeos comunitarios de salud con aplicación de la “ficha familiar resumida” con énfasis en la detección de riesgos, condiciones de salud individual y factores del entorno;

e) priorización de acciones desde las estrategias sanitarias sobre la base de la información obtenida en los mapeos;

f) seguimiento de las atenciones en el marco del modelo de cuidado integral con énfasis en crónicas y niños.

Resultados:

- a) Conformación del comité local de salud liderado por el centro de salud con la participación de los actores locales;
- b) levantamiento de información relevante para la eficacia de las estrategias sanitarias en el nivel local;
- c) priorización de recursos dirigidos a la población identificando sus necesidades de forma directa en el territorio;
- d) fortalecimiento operativo de las RIS y del MCI.

RUTAS PARA FORTALECER LA RESILIENCIA CLIMÁTICA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN LA AMAZONÍA PERUANA, COLABORANDO CON LÍDERES INDÍGENAS, COMUNIDADES Y FUNCIONARIOS DE SALUD

Victoria Chicmana-Zapata; Claudia L. Vidal-Cuellar & Carol Zavaleta-Cortijo

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Motivación: En la Amazonía peruana, la participación de las comunidades indígenas y la inclusión de sus conocimientos tienen el potencial de aumentar la resiliencia de los sistemas de salud ante amenazas emergentes como el cambio climático.

Objetivo: Contribuir a la resiliencia en salud frente al cambio climático, i) examinar cómo se está llevando a cabo la adaptación al cambio climático en los sistemas de salud indígenas y oficiales en la Amazonía peruana, y ii) brindar recomendaciones para integrar las respuestas indígenas ante el cambio climático en el sistema de salud oficial.

Métodos: Este estudio se realizó en la Amazonía peruana, en las regiones de Junín y Loreto. El diseño fue metodología mixta: revisión de literatura (35 políticas y 3 artículos científicos), encuestas (13 puestos de salud), entrevistas semiestructuradas (27 del sistema de salud oficial y 17 indígenas), y talleres presenciales (10 participantes en Loreto y 22 en Junín). Se utilizó el marco teórico de sistemas de salud resilientes al clima y los componentes básicos de la OMS para identificar dimensiones de análisis a priori y a través de la triangulación de los datos, se incorporaron temas emergentes.

Resultados: Las respuestas indígenas para adaptarse al cambio climático incluyeron el uso de conocimientos sobre la variabilidad climática, medicina vegetal para gestionar los riesgos en la salud y redes comunitarias para compartir recursos alimentarios. Las respuestas oficiales incluyeron planes regionales de cambio climático y plataformas de respuesta, activadas principalmente después de la ocurrencia de desastres climáticos.

Las rutas recomendadas para articular los sistemas de salud indígenas y oficiales fueron: incorporación de representaciones indígenas en la gobernanza climática y de salud, capacitación del personal salud acerca de cambio climático, mejora en los servicios de salud y de saneamiento, fortalecimiento de la evidencia que respalde las respuestas indígenas y el aumento del presupuesto destinado a emergencias. Estas rutas requieren un cambio de paradigma del sistema de salud, con un enfoque participativo que reconozca a la resiliencia indígena como valiosa para la adaptación al cambio climático y amplíe la visión de la salud como intrínsecamente relacionada al medio ambiente

ADAPTACIONES DE LA INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS HUMANOS PARA SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES AL CLIMA: LECCIONES DE LA COMUNIDAD ASHÁNINKA DE SAMPANTUARI, KIMBIRI

Fabiola Moreno

Universidad Científica del Sur; Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Motivación: El cambio climático es un desafío global que amenaza la salud de las comunidades en todo el mundo. Las variaciones climáticas extremas, como olas de calor, inundaciones y sequías, pueden tener un impacto significativo en la prestación de servicios de salud. Además, el cambio climático está vinculado a la propagación de enfermedades transmitidas por vectores y desplazamientos de poblaciones. Este contexto plantea la necesidad de comprender cómo los sistemas de salud pueden adaptarse a estos desafíos, teniendo en cuenta el conocimiento y la experiencia de las poblaciones indígenas, como la comunidad Asháninka de Sampantuari, ubicada en la Municipalidad de Kimbiri.

Objetivo: El objetivo de esta investigación es explorar las adaptaciones necesarias en la infraestructura y los recursos humanos de los sistemas de salud para hacer frente a los impactos del cambio climático en la prestación de servicios de salud. Se busca comprender cómo los sistemas sanitarios pueden responder a cambios en la demanda de servicios relacionados con enfermedades asociadas al cambio climático y los movimientos poblacionales motivados por este fenómeno, tomando en cuenta las lecciones y saberes de la comunidad Asháninka de Sampantuari.

Metodología: Esta investigación se llevará a cabo a través de un enfoque multidisciplinario que involucra a expertos en sistemas de salud, líderes comunitarios, activistas y poblaciones indígenas, en este caso, la comunidad Asháninka de Sampantuari. Se emplearán métodos cualitativos y cuantitativos para recopilar y analizar datos relevantes. Se realizarán encuestas, entrevistas y revisiones bibliográficas para evaluar la resiliencia climática de los sistemas de salud y las estrategias comunitarias que pueden mejorarla, tomando como base las experiencias y saberes de esta comunidad indígena.

Resultados: Se espera que esta investigación proporcione una comprensión más profunda de cómo el cambio climático puede afectar la prestación de servicios de salud y cómo los sistemas sanitarios pueden adaptarse de manera efectiva, incorporando el conocimiento y la experiencia de la comunidad Asháninka de Sampantuari. Los resultados pueden incluir recomendaciones concretas para mejorar la infraestructura de salud, capacitar al personal médico y desarrollar estrategias de atención médica que sean más resistentes a las condiciones climáticas extremas. Además, se resaltarán el valor de la colaboración entre diferentes disciplinas y el conocimiento de las comunidades locales, en este caso, la comunidad Asháninka, para abordar estos desafíos de manera integral y sostenible.



**Trabajos presentados
como posters**

CALIDAD DE LOS PROCESOS CENTRALIZADOS DE ESTERILIZACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO ALBERTO BARTON, 2021

Elizabeth Patricia Roca Vargas

IBT HEALTH

Siendo importante valorar las estrategias de seguridad del paciente, se realizó en el año 2021 un estudio descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo, con el objetivo de establecer la correlación entre la satisfacción del usuario interno y la calidad de los Procesos Centralizados de esterilización en el Complejo Hospitalario Barton.

Se seleccionó por muestreo no probabilístico 104 usuarios internos del área de odontología y nefrología que respondieron un cuestionario adaptado del Modelo Service Performance SERVPERF de 6 dimensiones y 22 reactivos, para respuesta tipo Likert con escalas de 1 al 5 valorándose el nivel de satisfacción desde bajo, medio, regular, alto y muy alto, validado por expertos y con alfa de Cronbach de 0.976.

Los datos se analizaron mediante el programa SPSS, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov y el test de Lilliefors de corrección, verificando la distribución irregular menor a 0.05, aplicando el coeficiente Rho de Spearman por el que se comprobó las hipótesis, concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa alta de coeficiente 0.804 entre las variables satisfacción del usuario

interno y calidad de los procesos centralizados con un 95 % de nivel de confianza, asimismo que los usuarios estaban muy altamente satisfechos con 72.1% en la dimensión de seguridad, 71.2 % muy alto en conformidad de los procesos, con 69.2% muy alto en tangibilidad, 65.4% muy alto en calidad del servicio, 51% muy alto y 57.7% alto en empatía y finalmente en oportunidad 48.1% muy alto y 38.5% alto.

Se recomienda que la esterilización de los dispositivos hospitalarios se gestione integralmente en la Central de Esterilización cuyo servicio debe ser calificado por los usuarios periódicamente con la herramienta planteada en este estudio lo que repercutirá en el cuidado de los pacientes del hospital.

Palabras claves: Esterilización, Centro de Material y Esterilización, calidad, satisfacción del usuario.

THE NEED FOR A CANCER OPEN-DATA PLATFORM IN PERU

Patricia Socualaya Sotomayor^{1,2}; Aramis Rafael Carranza³; Yasmina Solar Benites³

¹ Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú.

² Unidad de Epidemiología Clínica, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

³ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Motivation: These tools should be created within the framework of the National Cancer Law and the Digital Government Law, the latter approved with Legislative Decree 1412 that resulted in the creation of a National Open Data Platform, with the aim of facilitating free access to relevant information and its processing, storage, communication and interpretation. There are several information categories in the aforementioned platform.

Objective: The health category should include a section containing, in a specific and unified manner, information related to cancer, in order to provide an overview of the population with cancer and the public health situation in Peru, thus facilitating the access to evidence for health decision-making.

Methodology: A search was carried out on the web pages of public health and autonomous entities (such as health professional associations), using the National Comprehensive Cancer Care Plan 2020-2024 as reference. The information was categorized into five dimensions: epidemiology, information on pharmaceutical products, coverage, specialized service and specialized care.

Results: 21 sources of information related to cancer were found. It should be noted that, although efforts have been made to record data on cancer, this information has been published by different sources. We found that 48% (n=10) of the sources were specific for cancer, 24% (n=5) had outdated information and 14% (n=3) were not specific for cancer. In addition, three sources didn't have information available (two were not linked to the information and one did not publish cancer-related information). <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/12778>

In conclusion, creating a Cancer Open-Data Platform is possible and advisable. It could be created by unifying different sources of information, inter-institutional collaboration, as well as the economic sustainability and optimization of the sources of information. This platform could facilitate monitoring the epidemiological, economic, and health care aspects as well as other factors related to the cancer situation in Peru.

ANÁLISIS Y PROPUESTA DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA EN PERÚ.

Cecilia Izarra; MaríaGuevara; Carmen Rodríguez; Leila Mcnicoll; David Villarreal-Zegarra

Misión Médica Católica - CMMB DEL PERU

Motivación: La presencia de niñas y niños con discapacidad de zonas periurbanas o rurales de escasos recursos, sin acceso a terapias de rehabilitación, documentos de identidad y orientación al cuidador, han motivado la presente intervención. A esto se suma las amplias dificultades para acceder a educación, transporte, medicamentos, entre otros. Las familias que no encuentran opciones de respuesta a estas condiciones se sienten doblemente marginadas, tanto por las condiciones de pobreza en que se encuentran como por la presencia de un miembro con discapacidad.

Objetivos: Incrementar el acceso a la rehabilitación integral de niños con discapacidad con participación de su familia y un enfoque basado en la comunidad para el desarrollo máximo de sus capacidades físicas, mentales y sociales. Optimizar el seguimiento de los indicadores de progreso de los niños con discapacidad a través de inteligencia artificial

Metodología: la intervención está a cargo de profesionales tecnólogos médicos y educación especial quienes desarrollan un programa de atención dirigido al niño con discapacidad, a sus cuidadores y líderes de la comunidad. Presenta cuatro etapas para su implementación: preparatoria, inicial, desarrollo y realización total. La intervención incluye: terapéutica individual y grupal, atenciones domiciliarias, talleres de desarrollo y monitoreo de avances con IA. Agentes comunitarios de salud lideran procesos de adaptación y cambio.

Resultados: Esta intervención es considerada un modelo de atención para la zona y la región Junín y La Libertad por su visión de integralidad. En el 2022, el 100% de los niños lograron mejoras en una o más de las áreas física-motora, de lenguaje-aprendizaje y ocupacional, con participación de la familia y agentes comunitarios de salud.

POLÍTICAS DE ESTADO, PLANES, MODELO Y HERRAMIENTAS OPERATIVAS, PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ.

Fernando Ignacio Carbone Campoverde,

Consultor Independiente

Motivación. La situación de salud al 2018, exigía la formulación e implementación articuladas, de diversos componentes (políticas de Estado, planes de distintos plazos, modelo sanitario y herramientas operativas), para la transformación hacia un Perú saludable y feliz.

Objetivo. Tener un sólido marco conceptual e instrumental, para un sistema nodal ecosistémico de salud, basado en la Atención Primaria de la Salud (APS).

Metodología.

- Diagnóstico situacional de la APS, en el Ministerio de Salud (MINSA).
- Nuevo mapa mental de salud, teniendo (de afuera hacia adentro): una Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS); un Modelo de Cuidado Integral de Salud para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) y Redes Integradas de Salud (RIS).
- Construcción progresiva y sucesiva de diversos componentes; abordaje colectiva y participativamente con el Consejo Nacional de Salud (CNS), los 25 Consejos Regionales de Salud (CRS), los sectores del poder ejecutivo, el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) y el Acuerdo Nacional (AN).
- Elaboración del documento de términos homologados y estandarizados, para todos los componentes.

- Elaboración de matrices para: el monitoreo y seguimiento al proceso y sus componentes, propiciando su continuidad; ver la consistencia entre ellos y con las declaraciones de Alma Ata, Ottawa, Helsinki y Astana; y alinear normas de menor jerarquía, de cada gestión ministerial que se sucedió desde 2019.
- Cronograma general del proceso al 2030.
- Eventos con distintos actores y en diversos espacios sanitarios, difundiendo lo elaborado.
- Cursos con la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), universidades y otros, para decisores, gestores y operadores sanitarios.

Resultados. Construcción e inicio de la implementación de:

- PNMS y su Plan de Implementación (PEM).
- Componente sanitario del Plan Estratégico Nacional de Desarrollo al 2050 (PEND), en base a la PNMS.
- MCI y su guía de implementación.
- Plan y guías de las RIS.
- Instrumentos para operativizar el MCI y las RIS.
- Nuevos perfiles de profesionales para el sistema de salud.
- Agenda Digital Unificada de Salud al 2025.
- Reglamento de rectoría del sector salud, que declara a todas las anteriores como VINCULANTES para todos los actores sanitarios, espacios territoriales y niveles de gobierno.
- Propuesta de Salud, de Consensos para el Perú.

PENSIÓN 65: CUIDANDO LA SALUD MULTIDIMENSIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE POBREZA EXTREMA

Julio Mendigure & Rosa Pretell

Programa Nacional De Asistencia Solidaria Pensión 65

Motivación: El Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 brinda de manera bimestral una subvención económica a 627,924 personas mayores de 65 años que viven en condiciones de pobreza extrema en 1,890 distritos del país, quienes presentan múltiples carencias y brechas en el acceso a servicios para tener una vida digna.

Objetivo: Implementar políticas públicas de manera intersectorial, intergubernamental e interinstitucional; que permita incrementar su bienestar y mejorar su calidad de vida, así como su autonomía física, social y económica
Metodología: acciones vinculadas a promoción de la salud, prevención y atención oportuna de enfermedades, e intervenciones que mejoran su salud mental mediante la revaloración social y la participación activa en las esferas culturales, sociales y económicas de sus territorios.

Resultados: Con el Ministerio de Salud se promueve la vacunación contra la COVID 19, Influenza y Neumococo, con coberturas mayores al promedio nacional, con el Instituto Nacional de Oftalmología, han sido intervenidos más de 1,606 personas mayores de cataratas, en el período 2018-2023. Con el apoyo de la ONG Management Sciences for Health – MSH Perú, entre 2018 y 2023, se ha

mejorado la salud visual de más de 134,000 adultos mayores, mediante la entrega de 134,786 lentes de lectura y 16,185 lentes de sol.

Mediante coordinaciones con el Seguro Integral de Salud se ha logrado la afiliación del 99.9% de los usuarios, quienes reciben atenciones de salud gratuitas en la red de establecimientos de salud a nivel nacional.

Asimismo, se coordina con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables para la atención de presuntos casos de violencia. Con sector Educación se los incluye en programas de alfabetización, y en alianza con 1071 gobiernos locales, mediante la intervención de Saberes Productivos, se ha logrado la participación de 78,884 usuarios de Pensión 65.

Además, se busca que quienes realicen emprendimientos productivos mejoren su producción y sean incluidos en espacios de comercialización para no solo fortalecer su autonomía social sino su autonomía económica. Los resultados obtenidos muestran que, mediante la articulación y gobernanza inclusiva, se promueve el ejercicio de los derechos de los adultos mayores en un entorno de igualdad de oportunidades.

DETERMINANTES DEL COMPORTAMIENTO DE LA EPIDEMIA DE DENGUE 2023 EN PERÚ

Edgardo Nepo Linares

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC

Motivación: Durante el año 2023, Perú ha experimentado la peor epidemia de dengue de su historia en incidencia y mortalidad. La tasa de letalidad ha sido la más alta de la región, superior a la de otros países con mayor proporción de casos severos. Se requiere comprender los determinantes de este comportamiento a fin de ajustar las medidas de prevención y manejo.

Objetivo: Identificar los determinantes del comportamiento de la epidemia de dengue durante el año 2023 en Perú.

Metodología: Se aplicó el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS para plantear los que pudieran explicar el comportamiento de la epidemia. Se analizó información institucional, normativa y data disponible para cada uno de ellos y se definió el modelo final explicativo de lo ocurrido el año 2023.

Resultados: En los determinantes estructurales se resalta debilidades en la gobernanza de la respuesta, vinculadas con la no reelección de alcaldes que se aprobó hace poco en Perú y que condicionó la asunción de autoridades sin experiencia previa en el tema; la inestabilidad política que tuvo como consecuencia que entre diciembre de 2002 y noviembre de 2023 se haya designado a 3 ministros de salud (promedio de 4 meses de duración desde el 2021; y la enorme desconfianza de la población a las medidas e indicaciones de las autoridades.

En los determinantes intermedios se resalta la temperatura, que durante el 2023 alcanzó el nivel más alto de la historia del país, y el volumen de precipitaciones, ambos aspectos condicionados por cambios climáticos globales y regionales. En los determinantes del sistema de salud, fue clave la ausencia de vigilancia y control vectorial; y en el aspecto de manejo de casos, la inadecuada gestión de servicios de atención primaria y las debilidades de manejo clínico.

Estos resultados muestran la importancia de comprender y abordar adecuadamente los determinantes para una buena respuesta del sistema de salud.

INTERACCIONES ENTRE LA SALUD PÚBLICA Y LA SALUD INDIVIDUAL: EXPLORANDO LA RELACIÓN ENTRE LA DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE Y GASTO DE BOLSILLO EN SALUD.

Nelly R. Mosqueira Lovón¹; Ada Pastor Goyzueta² & Fabiola Moreno³

¹ Asociación de Egresados y Graduados de la Pontificia Universidad Católica del Perú

² Escuela Nacional de Salud Pública

³ Universidad Nacional Mayor de San Marcos

En Perú, a pesar de avances en aseguramiento universal en salud (LMAUS, DL reforma, DU017-2019), el Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) sigue siendo la tercera fuente de financiamiento del sistema de salud.

Estudios anteriores se centraron en características individuales, familiares y otros, no referidos al acceso a agua potable, que contribuye a combatir problemas de salud, superando el potencial de la contribución desde el sector salud.

En enfermedades como diarrea e infecciones respiratorias el lavado de manos es una intervención aún más efectiva (The Lancet 2008). Aunque tenemos referencia de un estudio (García&Rojas, 2021) urge examinar esta relación durante la pandemia de COVID-19 y su implicación en el GBS y la equidad del sistema de salud.

Métodos: Revisión de literatura, se utilizarán datos de la ENAHO 2019-2022 para explorar y proponer el modelo econométrico siguiente: Gasto de Bolsillo medido como Capacidad de Pago del hogar (GBSCP) = $a + bX + e$ X: variables determinantes, incluye la disponibilidad de agua potable en el hogar.

Resultado esperado: Los resultados resaltarán la ausencia de interacción entre la salud individual y pública en la política de aseguramiento para la reducción del Gasto de Bolsillo en Salud, la urgencia de influir en otros sectores, ejerciendo rectoría (MINSA) en la formulación de políticas públicas que impacten en mantener a la población saludable, en la sostenibilidad financiera del seguro público y sistema de salud en general. Abordar estos desafíos requerirá operacionalizar el enfoque en promoción y prevención en la gestión financiera del seguro público.



El encuentro en fotos





Secretaría para América Latina y El Caribe
healthsystemsglobal.lac@gmail.com

