



**hsr**2022

SEVENTH GLOBAL  
SYMPOSIUM ON  
HEALTH SYSTEMS RESEARCH

SÉPTIMO SIMPOSIO  
MUNDIAL SOBRE  
INVESTIGACIÓN EN  
SISTEMAS DE SALUD

**PRE-SIMPOSIO REGIONAL  
HEALTH SYSTEMS GLOBAL**

**LOS ANDES**

**Perú-Bolivia-Ecuador-Venezuela**

En preparación al

**VII Simposio Mundial**

**El desempeño de los sistemas de salud en el centro de la agenda  
política: compartir lecciones para abordar los desafíos globales  
presentes y futuros**

**MINUTA DEL EVENTO**

**Evento virtual  
2 y 3 de marzo, 2022**

## INSTITUCIONES PARTICIPANTES

### Instituciones convocantes

---



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



**Organización Panamericana de la Salud**  
<https://www.paho.org/es>

### Instituciones adherentes de Perú

---



**Seguro Social de Salud del Perú**  
<http://portal.essalud.gob.pe/>



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



**Universidad Continental**  
<https://www.urosario.edu.co/https://ucontinental.edu>



**ESAN Business Law**  
<https://www.esan.edu.pe/>



**Escuela de postgrado UPC**  
<https://postgrado.upc.edu.pe/acerca-de-la-escuela/>



**Organismo Andino de Salud**

<https://www.orasconhu.org/>



Instituto  
de Análisis  
y Gestión

**Instituto de Análisis y Gestión**



**Propuesta País**

<https://propuestapais.pe/>



**Escuela Nacional de Salud Pública del Perú**

<http://www.minsa.gob.pe/ensap/>

---

Instituciones adherentes de Bolivia



**Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón**

<https://www.umss.edu.bo/facultad-de-medicina/>



**Instituto de investigaciones biomédicas e investigación social**

<https://www.umss.edu.bo/instituto-de-investigaciones-biomedicas-e-investigacion-social-iibismed/>



**Centro de Estudios de Posgrado e Investigación**

<https://posgrado.cepi.bo/posgrado/intro.php>

## Instituciones adherentes de Venezuela

---



**Universidad Simón Bolívar - Unidad de Políticas Públicas**

<https://www.unisimon.edu.co/>

## Instituciones adherentes de Ecuador

---



**Fundación para la Investigación y Gestión en Servicios de Salud**

<http://www.saludecuador.org/>



**Asociación Latinoamericana de Medicina Social**

<https://www.alames.org/paises/ecuador>

## Presentación

---

### Simposio Global - Health Systems Global 2022 en Bogotá

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 y Dubái 2020, Bogotá fue elegida como la próxima sede del encuentro mundial. En esta ocasión, el eje temático principal es **“El desempeño de los sistemas de salud en el centro de la agenda política: experiencias para abordar los desafíos globales presentes y futuros”**.

En este marco, las y los invitamos a formar parte la pre-conferencia de Health Systems Global 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 Bogotá.

## Las pre-conferencias nacionales

---

La organización de este tercer 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 de estos encuentros es doble: por un lado, estos eventos se proponen como espacios de intercambio nacional y subregional de experiencias y visiones transformadoras que alimenten un debate necesario sobre los sistemas de salud.

En segundo lugar, se trata de una oportunidad para fortalecer los trabajos presentados y aumentar sus posibilidades de aceptación en el VII Simposio del Health Systems Global en Bogotá entre el 31 de octubre y el 4 de noviembre de 2022.

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 Bogotá 2022.
- Fortalecer la presencia latinoamericana en el Simposio Global.

**Daniel Maceira, PhD**

**Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global**

**Representante de las Américas**



### 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 Directore del Area 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.

## Comité organizador y evaluador

---



### Flor de María Philipps Cuba

Médico Cirujano, MBA por la Université du Québec à Montréal, Canadá, Segunda Especialidad en Administración de Salud por UPCH y Auditor Médico por UNMSM. Actual Directora del MBA Salud de la Escuela de Post Grado de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) y Directora del Instituto de Análisis y Gestión IAGes. Ha sido 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. Past Presidente de SPEAS.



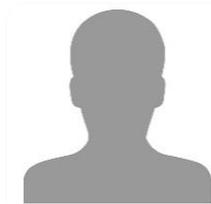
### **Paulina Giusti**

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.



### **Afonso Gutierrez**

Alfonso Gutiérrez Aguado es médico de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Con el Grado de Magister en Salud Pública en la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Especialista de Gestión en Salud por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Actualmente se desempeña como Coordinador de Investigación sede Lima en la Universidad Continental. Fue Director Adjunto de Inteligencia Sanitaria del CDC-MINSA, Especialista Presupuestal del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Es miembro de la Sociedad Médica Peruana de Gestión en Salud, de la International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research y de la Health System Research. En 2011 recibió el Premio Nacional a la Investigación en Medicina del Laboratorio Bristol-Myers Squibb por el desarrollo de una Evaluación de Tecnologías Sanitarias en la región. En el 2012 recibió el Premio Nacional a la Investigación Realizada por Médicos Residentes del Comité Nacional de Médicos Residentes del Perú por el desarrollo de una Evaluación Económica. En el 2016, recibió el Premio Nacional de Investigación Médica por el Colegio Médico del Perú. Sus trabajos más recientes están relacionados con el establecimiento de Evaluaciones económicas, costos en Cáncer (vacuna contra VPH) y de intervenciones vinculados a los Programas Presupuestales del sector Salud.



### **Ernesto Gozzer**

Ernesto Gozzer es médico, Master of Science en Salud Pública (Heidelberg, Alemania) y especialista en Salud Internacional (Washington D.C., EEUU). Tiene experiencia internacional realizando investigación y consultorías en salud pública en más de 20 países. Ha publicado en revistas revisadas por pares (The Lancet, BMJ, etc.). Ha sido Jefe del Instituto Nacional de Salud del Perú. Es profesor asociado de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y miembro del Panel Internacional de Expertos del Global Health Security Index.



### Vlado Castañeda

Magíster en Política Aplicada, Instituciones y Procesos Políticos (Título propio del Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset adscrito a la Universidad Complutense) y Máster en Estudios Políticos Aplicados por la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas (FIAPP) de España. Ha sido Secretario de Coordinación de la Presidencia del Consejo de Ministros, y Director de Monitoreo y Evaluación de Impacto Social del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (hoy MIMP); además de asesor en alta dirección de ministerios (siendo asesor de 4 Ministros de Salud del Perú). Es miembro del Cuerpo de Gerentes Públicos de SERVIR y ganador del Premio a las Buenas Prácticas en Gestión Pública 2010 en la categoría de Sistemas de Gestión Interna (Premio Nacional Otorgado por ONG Ciudadanos al Día). Actualmente, se desempeña como consultor en políticas y gestión públicas, además de ser docente a nivel de pre grado y post grado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Pontificia universidad Católica del Perú, Universidad Pacífico, Universidad Nacional de Ingeniería



### Cristian Díaz Vélez

Médico Cirujano. Maestro en Epidemiología Clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Doctor en Investigación Clínica y Traslacional de la Universidad Privada Antenor Orrego. Estudios en Gestión en Sistemas de Salud en el Galilee International Management Institute de Israel y Fellow en Inteligencia Epidemiológica en la Universidad de Brasilia en Brasil. En los últimos 15 años, ha trabajado en el sector público en hospitales desarrollando epidemiología hospitalaria, es docente y gestor en investigación universitaria en pregrado y post grado, editor científico. Actualmente es Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI del Seguro Social del Perú -EsSalud. Código Renacyt: P0004916, Vigencia: 01/10/2019 - 01/10/2022, Grupo: CM, Nivel: II



### Moises Apolaya Segura

Médico Cirujano, Maestro en Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Su desarrollo en labores de investigación le ha permitido que se le otorgue los Laureles Académicos. Participa activamente en eventos de capacitación y actualización de Postgrado en Epidemiología, Salud Pública, Administración, Gerencia de Servicios de Salud e Inteligencia de Negocios en Salud. Cuenta con experiencia laboral pública y privada, es docente e investigador. Actualmente es el Gerente de la Dirección de Investigación en Salud del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI y es Miembro del Centro de Investigación de Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencia de la Universidad San Martín de Porres. Código Renacyt: P0016896, Vigencia: 02/08/2021 - 02/08/2024, Grupo: MR, Nivel:



### **Marcela Luizaga Lopez**

Specialist in Family Medicine and postgraduate in Senior Management and Health Policies and Higher Education. Researcher of the Public Health and Epidemiology Research Unit of the Biomedical Research Institute-IIBISMED of the Faculty of Medicine of the Universidad Mayor de San Simón UMSS Cochabamba Bolivia. Currently Director of IIBISMED. I lead the Health and Life Sciences Research Network of my university and coordinate postgraduate training programs in PhD and Master of Science with funding from ARES CCD-Belgium and SIDA-Sweden. My research experience is in the areas of prevention and health promotion in infectious and non-communicable diseases. During the Pandemic coordinated joint activities with the Departmental Secretary of Health and the Ministry of Health for the containment and mitigation of the pandemic and I have made arrangements for the funding of various research projects in relation to COVID 19



### **Daniel Eid**

Bolivian physician and epidemiologist with a Ph.D. in Public Health at Umeå University in Sweden. Currently, I am an associate researcher of the Institute of Biomedical and Social Research at the Faculty of Medicine in Universidad Mayor de San Simón in Cochabamba, Bolivia.

My main experience in research is focused on aging, cardiovascular diseases, and dementia among indigenous populations. In addition, I conducted studies on health care access to rural and indigenous populations. During the COVID-19 pandemic, I lead the containment and mitigation response to COVID-19 among indigenous communities of Bolivian



### **Daniel Illanes Velarde**

Surgeon with a Master's degree in Public Health Family Medicine and a Master's degree in Higher Education in Health, Specialist in Tropical Medicine and Disease Control. Full Professor of the subjects of Medical Physiology and Health Administration at the Faculty of Medicine of the Universidad Mayor de San Simón. He was Director of the Institute of Biomedical Research-IIBISMED of the same University, where he is currently Academic Director. Guest Professor in Postgraduate programs at Public and Private Universities of the Plurinational State of Bolivia in the areas of Public Health, Epidemiology, Health Research, Planning, Medical Audit and Quality Management. Promoter of Research in Public Health and Epidemiology at IIBISMED, proponent of the Doctoral Training Program in Public Health within the framework of the Cooperation Agreement UMSS – ASDI Sweden. Promoter of inter-institutional health research work agreements and operational interventions for the control of the Covid-19 Pandemic in the Department of



### Marino González

Profesor Titular de la Universidad Simón Bolívar (USB), Venezuela, Unidad de Políticas Públicas (UPP). Miembro Correspondiente Nacional No. 39 de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Miembro de la Academia de Ciencias de América Latina. Investigador Asociado de la Universidad de La Rioja, Logroño, España. Médico, Universidad Central de Venezuela (UCV, 1983). Ph.D. en Políticas Públicas, Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos (1998). Especialista en Sistemas de Salud de América Latina.



### Yudey Jacqueline Rodríguez Mora

Profesora de Nivel Agregado, Departamento de Ciencias Sociales, de la Universidad Simón Bolívar (USB). Especialista en Políticas Sociales, Centro Nacional de la Función Pública Territorial, Nancy-Francia 2003. Doctora en Ciencia Política de la USB, 2021. Investigadora de la Unidad de Políticas Públicas de la USB 1999-presente. Líneas de investigación: 1) atención a la desnutrición infantil en menores de cinco años con énfasis en municipios de Venezuela y América Latina; 2) políticas públicas de infancia y adolescencia en Venezuela; 3) niñez en situación de calle; 4) políticas sociales en diferentes niveles locales



### Jorge Hermida

El Dr. Jorge Hermida Córdova es Doctor en Medicina y Cirugía, y es un experto internacional con estudios de postgrado en Salud Pública y Salud Internacional. Tiene más de 30 años de experiencia en fortalecimiento de servicios de salud, mejora continua y seguridad del paciente, investigaciones operativas y gestión de proyectos. Hasta inicios del 2020 fue Director Regional para América Latina de los programas de University Research Corporation, URC, dirigiendo programas en Nicaragua, El Salvador, Honduras, Guatemala, Paraguay, Ecuador, Bolivia, Jamaica, Perú y la República Dominicana. También ha trabajado en países de África del Este. En su trabajo coordinó con gobiernos nacionales y agencias de cooperación internacional, implementando programas de mejora continua en áreas como salud materno infantil, salud de la niñez y recién nacidos, y enfermedades infecciosas incluyendo Zika y Tuberculosis. En la actualidad el Dr. Hermida trabaja como Faculty co-dirigiendo los programas del Institute for Health Care Improvement (IHI) en Colombia, República Dominicana y Ecuador. El Dr. Hermida ha publicado numerosos artículos sobre mejora Continua de la Calidad, Salud Materno- Infantil y otros temas en revistas de circulación internacional. En el pasado trabajó para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y ha sido consultor de UNICEF, OPS, OMS, Banco Mundial. Fue docente en la Universidad de Cuenca-Ecuador, en la Universidad Central del Ecuador y en el curso de verano “Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud” en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en los veranos de 2006, 2008, 2009, 2010 y 2012.



**Noelia Cabrera**

Socióloga (Universidad Nacional de la Plata). Investigadora del Centro de Estudios de Estado en Sociedad (CEDES); Equipo técnico, Ministerio de Salud de la Nación.

**Se agradece la colaboración de**

**Guillermo Antonio Alva Burga**

Universidad ESAN; Perú

**Arturo Granados Mogrovejo**

Máxime Consultores Asociados, Perú

**Maria Del Carmen Portillo Brousset**

Essalud; Perú

**Inés Bustamante**

Universidad Cayetano Heredia, Perú

**Sandra Zarate**

Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca; Bolivia

**Erika Arteaga**

Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES), Ecuador

# AGENDA DE LA PRE-CONFERENCIA DE LOS ANDES



## PROGRAMA

2 de marzo, 2022

9:00-9:30 hs. APERTURA

Presentación de Health Systems Global Daniel Maceira HSG/UBA/CEDES/ CONICET

Video de la apertura

9:30-11:15 hs

Panel I: GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA

Modera: Daniel Maceira; HSG, UBA, CEDES, CONICET, Argentina.

Presentación	Autoras/es	Instituciones
Evaluación Adherencia a la Guía de práctica Clínica para manejo del COVID-19 en el Seguro Social de Salud del Perú	Lourdes del Rocío CARRERA ACOSTA; Gloria TORRE MARAVÍ & Stefany SALVADOR	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI-ESSALUD)
Resultados de las supervisiones administrativas virtuales a los ensayos clínicos desarrollados en la seguridad social de salud del Perú	Percy HERRERA-AÑAZCO; Suly SOTO ORDOÑEZ & Diego URRUNAGA PASTO	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI-ESSALUD)
Diagnóstico situacional de la cadena de frío en contexto de la pandemia en el Perú	Alfonso GUTIÉRREZ-AGUADO	Universidad Continental
Colaboración intergubernamental efectiva en el marco de la respuesta sectorial de la pandemia por COVID-19 entre el ministerio de salud y la municipalidad metropolitana de Lima a través del sistema metropolitano de la solidaridad SISOL	Guillermo MOSQUEIRA LOVÓN	Sistema Metropolitano de la Solidaridad SISOL de la Municipalidad Metropolitana de Lima
Cerrando brechas en población indígena amazónica en contexto de pandemia por COVID 19	Julio MENDIGURE FERNANDEZ; Carlos AROSQUIPA; Gustavo ROSELL DE ALMEYDA; Ana Isabel MORENO MORALES & Carlos CABEZUDO MORENO	Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud. Perú/ Programa Subregional para América del Sur OPS-OMS/ Vice Ministerio de Salud Pública del Perú/ Agencia Alemana de Cooperación en Perú

Video del Panel I

11:15-11:30

Proyección de Posters y receso

Presentación	Autoras/es	Instituciones
Recursos Humanos y herramientas digitales en las unidades de gestión de investigación de la Seguridad Social de Salud del Perú (EsSalud)	Jorge MAGUIÑA; Moisés APOLAYA & Cristian DIAZ	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI-ESSALUD)
Cambios en el gasto público en salud durante la pandemia de la COVID-19 en el Perú.	Miguel Armando ZUÑIGA OLIVARES	Universidade de Sao Paulo

11:30-13:00

Panel II: INEQUIDADES Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Modera: Bolivia

Presentación	Autoras/es	Instituciones
Social inequalities in healthcare utilization during Ecuadorian healthcare reform (2007–2017): A population-based study	Edy QUIZHPE	Universidad San Francisco de Quito - Ecuador, Universidad de Umea - Suecia
Underpinnings of entangled ethnical and gender inequalities in obesity in Cochabamba-Bolivia: an intersectional approach	Yercin MAMANI ORTIZ	Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia.

Video del Panel II

La historia clínica electrónica única para toda la Red Nacional, en beneficio de los pacientes y personal de salud	Pedro Antonio VASQUEZ CAMPOS	Seguro Social de Salud del Perú - ESSALUD
--	------------------------------	---

Evolución de las políticas de promoción de la salud en el Perú, en el periodo 2001-2021.	Miguel Armando ZUÑIGA OLIVARES	Universidade de Sao Paulo
--	--------------------------------	---------------------------

13.00 hs.	Cierre día 1	Daniel Maceira	HSG/UBA/CEDES/ CONICET
-----------	--------------	----------------	------------------------

**3 de marzo, 2022**

**9:00-9:30 hs. APERTURA**

Presentación de Health Systems Global	Daniel Maceira	HSG/UBA/CEDES/ CONICET
---------------------------------------	----------------	------------------------

**9:30-11:15 hs** Panel III: EFICIENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD  
Modera: Midori de Habich, Perú

Presentación	Autoras/es	Instituciones
--------------	------------	---------------

Costos de atención domiciliaria de nivel hospitalario vs atención intrahospitalaria en infección de vías urinarias complicada	Carlos Ernesto LOMBO MORENO; Oscar Mauricio MUÑOZ & Allan Enrico SOLAN	Pontificia Universidad Javeriana
---	--	----------------------------------

Utilización de evaluaciones de tecnologías sanitarias para la toma de decisiones en salud: Experiencia del IETSI.	Verónica PERALTA AGUILAR; Maribel CASTRO REYES; Patricia PIMENTEL ALVAREZ & Fabian FIESTAS SALDARRIAGA	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI, EsSalud/ Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologure, EsSalud/ Instituto de Gestión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-IGEST
---	--	---

A simple parasitological technique to increase detection of Strongyloides stercoralis in Bolivian primary health care system	Ivana CAMACHO ALVAREZ; Jenny Marcela LUIZAGA López; Elia Milenka CHAVEZ MAMAN; Philippe GOYENS; Mary Cruz TORRICO & Frédérique JACOBS	Insituto de Investigaciones Biomédicas (IIBISMED) - Universidad Mayor de San Simón/ Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola   HUDERF, Brussels, Belgium / Laboratorio de Invesitgaciones Biomédicas (LABIMED) - Universidad Mayor de San Andrés/ Université Libre de Bruxelles, Erasme Hospital, Brussels, Belgium
--	---	--

El modelo SISOL. Estrategia efectiva para la disponibilidad de oferta especializada en el primer nivel de atención, fortalecimiento de las redes integradas de salud y la contención de la demanda del nivel hospitalario	Guillermo MOSQUEIRA LOVÓN	Sistema Metropolitano de la Solidaridad SISOL
---	---------------------------	---

Política de expansión y sostenimiento de la oferta de servicios: la inversión pública para apalancar la prestación en redes integradas de salud en un sistema descentralizado y fragmentado	Arturo GRANADOS MOGROVEJO	Máxime Consultores Asociados
---	---------------------------	------------------------------

**11:15-11:30** Proyección de posters y receso

No puedes detener la Esperanza: tecnología virtual para asegurar la continuidad de servicios de rehabilitación basada en la comunidad bajo la pandemia del COVID-19	Ariel FRISANCHO; Cecilia IZARRA; Carmen RODRIGUEZ & María GUEVARA	CMMB PERÚ
---	---	-----------

Video del Panel III

11:30-13:00

**PANEL IV: CONDUCTAS, INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DURANTE LA PANDEMIA**  
 Modera:



Presentación	Autoras/es	Instituciones
Variación en la frecuencia de uso de mascarilla en peatones en espacios públicos: a análisis multicéntrico post-primera y post-segunda ola de la pandemia de COVID19 en Perú	Percy HERRERA-AÑAZCO; Vicente BENITES ZAPATA; Edward MESONES-HOLGUÍN; Carlos J. TORO-HUAMANCHUMO; Alfonso RODRIGUEZ MORALES & Águeda MUÑOZ DEL CARPIO TOIA	Instituto de Evaluación de tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), Lima, Perú/ Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú/ Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Colombia/ Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú
Uso de los medios masivos de comunicación e intención de vacunarse contra el COVID-19 en los países de América Latina y el Caribe	Percy HERRERA-AÑAZCO; Guido BENDEZU-QUISPE; Jerry K. BENITES-MEZA; Diego URRUNAGA-PASTOR; Carlos J. TORO- HUAMANCHUMO & Vicente A. BENITES-ZAPATA	Instituto de Evaluación de Tecnologías en salud e Investigación (IETSI)/ Universidad César Vallejo/ Universidad Nacional de Trujillo./ Universidad Científica del Sur/ Universidad San Ignacio de Loyola
Tecnovigilancia durante la pandemia por COVID-19 en el Seguro Social de Salud de Perú (EsSalud)	L. Yesenia RODRÍGUEZ TANTA; Elisa GÁLVEZ; Gisela PECHO	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI, EsSalud
Mitigar COVID-19 y promover la salud en los mercados de abasto en Sacaba, Bolivia	Christine LEYNS; Daniel EID RODRÍGUEZ; Javier GUITIAN; Carla ASCARRUNZ; Shirley RASGUIDO & Patricia RODRIGUEZ	Ghent University/ Universidad Mayor de San Simón/ Royal Veterinary College, University of London/ Proyecto Mercado Saludable

13:00

**Cierre de pre-conferencia** Daniel Maceira HSG/UBA/CEDES/ CONICET

# TRABAJOS PRESENTADOS



## EVALUACIÓN ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA MANEJO DEL COVID-19 EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ

Lourdes del Rocío CARRERA ACOSTA; Gloria TORRE MARAVÍ & Stefany SALVADOR

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI-ESSALUD)

**Motivación:** En el Perú, se ha realizado un uso indiscriminado y sin fundamentos de diversos fármacos para el tratamiento de la infección por COVID-19, que incrementan la mortalidad y morbilidad de la población y generan un uso ineficiente de recursos por los sistemas de salud. Tras la elaboración de la guía de práctica clínica (GPC) para el Manejo del COVID-19, se evaluó la adherencia a las recomendaciones de GPC a nivel nacional por los profesionales de la salud

**Objetivo:** Evaluar la adherencia a las recomendaciones establecidas en la GPC para Manejo del COVID-19 de IETSI ESSALUD.

**Métodos:** La evaluación a la adherencia a la GPC para el Manejo del COVID-19 fue realizada en pacientes hospitalizados con COVID-19 en 82 establecimientos de EsSalud a nivel nacional. Previamente, se seleccionaron 13 recomendaciones de la GPC uso de antibióticos en las primeras 48 horas de hospitalización, ivermectina, hidroxiclороquina, azitromicina, corticoides, estatinas, vitamina C y D, corticoides inhalados, acetil-cisteina, anticoagulantes, antiagregante y colchicina. Para la evaluación de la adherencia se generó el indicador porcentaje de uso por cada intervención seleccionada. La evaluación de la

adherencia a la recomendación fue clasificada: alta ( $\geq 80\%$ ), intermedia (50-70%) y deficiente ( $< 50\%$ ). La fuente de información para el cálculo de los indicadores fueron los datos de la historia clínica electrónica de EsSalud.

**Resultados:** Los indicadores de adherencia de 3 intervenciones fueron evaluadas con calificación deficiente: uso de antibióticos en las primeras 48 horas (36.8%) , ivermectina (4.5%) , acetilscisteina (36.4%), en algunas regiones existen establecimientos con un porcentaje de uso de ivermectina mayor al 30% (Cusco, Junín y Loreto). El porcentaje de pacientes hospitalizados por infección COVID-19 que reciben antibióticos dentro de las 48 horas posteriores al ingreso fue otra de las recomendaciones evaluadas, en promedio a nivel nacional 63.1 % de pacientes utilizan algún antibiótico en este periodo; mas, este valor oscila desde el 8.1 % hasta el 90% lo cual evidencia un uso irracional de estos medicamentos.

## RESULTADOS DE LAS SUPERVISIONES ADMINISTRATIVAS VIRTUALES A LOS ENSAYOS CLÍNICOS DESARROLLADOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ

Percy HERRERA-AÑAZCO; Suly SOTO ORDOÑEZ & Diego URRUNAGA PASTO

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI-ESSALUD)

**Motivación:** En Perú, por la pandemia, se declaró el estado de emergencia suspendiéndose las actividades presenciales como las supervisiones a los ensayos clínicos (EC). Ante el incremento de EC implementados durante la pandemia, fue necesario diseñar estrategias para el cumplimiento de la regulación nacional e internacional relacionada a su supervisión. El Instituto de Evaluación de Tecnologías en salud e Investigación (IETSI) desarrolla supervisiones administrativas de verificación del cumplimiento de las normativas, que no remplazan a las supervisiones que desarrollan los comités de ética. Para ello, implementó un nuevo proceso institucional denominado “Supervisiones virtuales a los EC”, cuyos detalles se han publicado previamente, para la continuidad de los procesos de supervisión administrativa en pandemia y post pandemia y facilitar la supervisión descentralizada, con menor coste en tiempo y presupuesto y fomentar el uso de la transformación digital en nuestros procesos.

**Objetivos:** Describir los resultados de las supervisiones administrativas virtuales realizadas a los EC desarrollados durante la pandemia.

**Métodos:** Estudio descriptivo de 25 EC supervisados entre agosto a noviembre del 2021. Se usaron las actas de supervisión y los informes de procesos de implementación de la política institucional que forman parte del archivo de la Subdirección de Regulación y Gestión de la Investigación en Salud del Seguro Social que incluye la información de cada

uno de los EC. Se consideró variables relacionadas a las características del EC, el producto de investigación, patrocinador y lugar de aprobación y ejecución. Se analizó la distribución de las diferentes variables, se calculó de frecuencias relativas y absolutas, se sistematizó los procesos identificados como incorrectos de esta nueva intervención.

**Resultados:** El 56% de los EC son de fase III, el 60% fueron productos biológicos, el 60% son de la especialidad de infectología, el 64% fueron implementados en la ciudad de Lima, el 52% en establecimientos de salud de nivel IV y el 72% tuvo como patrocinador a la industria farmacéutica. Las principales observaciones encontradas fueron: El 72% completó los formatos de supervisión inadecuadamente, el 64% no presentó todos los documentos solicitados, el 24 % tuvo observaciones en el registro de sus entrenamientos y con su certificación de “Buenas Prácticas Clínicas”. Así mismo, el 12% tuvo observaciones en las renovaciones regulatorias, el 8% tuvo la póliza del seguro por vencer y sin archivar, el 4% tuvo una inadecuada ubicación para el almacenamiento del producto de investigación y medicamentos vencidos o por vencer en el coche de paro. Finalmente, el 4% no presentó los registros de calibración al día. Se instaurará un programa de fortalecimiento de capacidades a los investigadores principales respecto a los aspectos normativos en coordinación con los comités de ética.

## DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA CADENA DE FRÍO EN CONTEXTO DE LA PANDEMIA EN EL PERÚ

Alfonso GUTIÉRREZ-AGUADO  
Universidad Continental

**Motivación:** La vacunación es una de las intervenciones de Salud Pública más exitosas que actualmente se realizan con mayor costo – efectividad. La infraestructura para implementar la cadena de frío, ha sido una gran dificultad a nivel nacional, desde los almacenes nacionales en el MINSA y los almacenes regionales que no cuentan con un espacio adecuado y suficiente para la instalación de cámaras frigoríficas.

**Objetivo:** Evaluar el diagnóstico situacional de la capacidad de almacenamiento en la red de frío, que contemple las vacunas vigentes en el esquema nacional de vacunación y las dosis de vacunas contra el COVID-19

**Metodología:** Estudio descriptivo, para el análisis se utilizó la base de datos del Ministerio de Economía y Finanzas (SIGA y SIAF) y del MINSA (SISMED). Los criterios para evaluar fueron obsolescencia, dotación, funcionalidad y capacidad de almacenamiento.

**Resultado:** Obsolescencia se estimó que los equipos de cadena de frío a nivel nacional (global) se encuentran entre el 25% y 30% de obsolescencia, en algunas regiones este promedio supera el 50%, inclusive bordeando o llegando al 100% como en la región Pasco (100%) y la región Tacna (97.7%).

**Dotación:** 806 (10%) establecimientos de salud del primer nivel de atención, sin equipos de refrigeración, siendo los que más brecha tienen la región de Ucayali y Loreto, regiones de selva con población más dispersa e inaccesible, así como la región Lima.

**Funcionalidad:** El funcionamiento de los equipos de refrigeración de la cadena de frío a nivel nacional es de un 89%, lo que implica que el 11% de establecimientos de salud tienen equipos de refrigeración, pero están malogrados o deteriorados, con el consiguiente hecho de que efectivamente, no tienen capacidad de almacenamiento de vacunas, lo cual pone en riesgo la seguridad y potencia inmunogénica de las mismas.

**Capacidad de almacenamiento:** muestra la brecha de 739,873 m<sup>3</sup> de capacidad de almacenamiento trimestral para las vacunas contra la COVID 19, y una brecha de ocho millones de metros cúbicos, de considerar el almacenamiento del total de vacunas COVID-19, en una sola entrega (50 millones de dosis).

Se concluye la brecha actual de equipamiento en la cadena de frío nacional requiere un presupuesto estimado de S/. 150 millones.

## COLABORACIÓN INTERGUBERNAMENTAL EFECTIVA EN EL MARCO DE LA RESPUESTA SECTORIAL DE LA PANDEMIA POR COVID-19 ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y LA MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA A TRAVÉS DEL SISTEMA METROPOLITANO DE LA SOLIDARIDAD SISOL

Guillermo MOSQUEIRA LOVÓN

Sistema Metropolitano de la Solidaridad SISOL de la Municipalidad Metropolitana de Lima

**Motivación:** Déficit de oferta de servicios de salud en los diferentes niveles de atención del sector salud para una respuesta oportuna e integral frente a la pandemia, dentro de un contexto de fragmentación y segmentación del sistema.

**Objetivo:** Implementación efectiva de mecanismos de articulación, coordinación y complementariedad de servicios de salud entre el Ministerio de Salud y la Municipalidad Metropolitana de Lima a través de los servicios de salud brindados por el Sistema Metropolitano de la Solidaridad SISOL.

### Metodología:

- Dimensionamiento de la brecha de oferta de servicios para la implementación de intervenciones costo efectivas de respuesta frente a la pandemia: Vacunación, Detección y Diagnóstico Oportuno, Disponibilidad de Oxígeno Medicinal.
- Determinación de la cartera de servicios de salud y de los espacios de participación.
- Determinación de nuevas fuentes de financiamiento y de su sostenibilidad, a través del MEF, MINSA y la Municipalidad Metropolitana de Lima.
- Formalización del compromiso de colaboración intergubernamental: “Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Salud, la Municipalidad Metropolitana de Lima y SISOL”.

- Monitoreo y supervisión continua para la mejora de los procesos de prestación, gestión de recursos, organización y niveles de desempeño y producción.

### Resultados: Del Proceso de Vacunación

- 04 puntos fijos de vacunación implementados y puntos móviles a través del programa Lima Te Cuida en 560 campañas ad hoc.
- Del 16 de abril del 2021 al 01 de febrero 2022, se han aplicado 524,016 dosis de vacunas, de las cuales, 233,338 fueron 1eras dosis, 195,895 2das dosis y 94,783 3ras dosis.

### De la Detección y Diagnóstico Oportuno

- 02 puntos fijos de tomas de muestra implementados y puntos móviles a través del programa Lima Te Cuida en 560 campañas ad hoc
- Del 01 de enero del 2021 al 01 de febrero 2022, se realizaron 118,277 pruebas (8,376 fueron positivos).

### De la Disponibilidad Oxígeno Medicinal

- Se adquirieron e implementaron 03 plantas generadoras de oxígeno para fortalecer el manejo de la oxigenoterapia en el primer nivel de atención distribuidos en el cono este, sur y norte. Desde su implementación el 19 de febrero 2021 al 01 de febrero 2022, se entregaron 6,921 cilindros de oxígeno de 10 cc.

## CERRANDO BRECHAS EN POBLACIÓN INDÍGENA AMAZÓNICA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID 19

Julio MENDIGURE FERNANDEZ; Carlos AROSQUIPA; Gustavo ROSELL DE ALMEYDA; Ana Isabel MORENO MORALES & Carlos CABEZUDO MORENO

Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud. Perú  
Programa Subregional para América del Sur OPS-OMS  
Vice Ministerio de Salud Pública del Perú  
Agencia Alemana de Cooperación en Perú

**Motivación:** La cobertura de atención en salud alcanza los niveles más críticos en las poblaciones indígenas debido a barreras geográficas, culturales, económicas y lingüísticas. La principal estrategia de control de la pandemia por COVID 19 es la vacunación, pero hacerlo en poblaciones indígenas es un doble desafío: cubrir los problemas logísticos que implica llevar vacunas y mantener la cadena de frío, y hacerlo en servicios de salud que tienen enormes brechas de recursos humanos. La respuesta a estos desafíos requería identificar experiencias y lecciones aprendidas de otros países amazónicos.

**Objetivo:** Identificar las mejores estrategias de sistemas de salud de países amazónicos, en la vacunación de pueblos indígenas amazónicos localizados en zonas de frontera.

**Metodología:** El Ministerio de Salud del Perú con apoyo de la Cooperación Alemana al Desarrollo – GIZ en el Perú, el Programa Subregional para América del Sur de OPS/OMS, el Organismo Andino de Salud y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica Sudamérica, instaló la Plataforma de Intercambio de experiencias de vacunación en poblaciones indígenas amazónicas de zonas de frontera, que en cinco seminarios virtuales desde Julio hasta diciembre del 2021, permitió compartir las experiencias de los

sistemas de salud para vacunar contra COVID 19 en Colombia, Ecuador, Perú, Brasil y Bolivia, desde las perspectiva de los Ministerios de Salud, líderes indígenas, cooperación internacional y autoridades locales.

**Resultados:** Los principales resultados de esta plataforma de intercambio de experiencias fueron:

1. La vacunación de población indígena amazónica requiere servicios de salud adaptados culturalmente y con la brecha de recursos humanos cerrada rápidamente.
2. El cierre de brecha de recursos humanos de salud en territorios indígenas amazónicos, requiere soluciones innovadoras como el reclutamiento de promotores de salud o enlaces interculturales, la flexibilización de formas de contratación y reclutamiento; y el involucramiento de las universidades y centros de formación de recursos humanos.
3. La participación de las comunidades indígenas a través de sus líderes y el diálogo intercultural, son claves para combatir la resistencia a la vacunación y lograr mayor adherencia.
4. La cooperación internacional en salud juega un rol catalítico importante en propiciar el trabajo conjunto de gobierno, comunidades indígenas, academia y gobiernos locales, para construir sistemas de salud resilientes y pertinentes culturalmente.

## SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTHCARE UTILIZATION DURING ECUADORIAN HEALTHCARE REFORM (2007–2017): A POPULATION-BASED STUDY

Edy QUIZHPE

Universidad San Francisco de Quito – Ecuador

Universidad de Umea - Suecia

**Background:** Limited research is available about the impact of healthcare reforms on healthcare utilization according to the socioeconomic group. Although most health reforms in Latin America have focused on reducing the gap between the most advantaged and disadvantaged groups and improving the quality of health services, the available information has shown limited progress. Therefore, this study assessed whether the recent Ecuadorian healthcare reform (2007-2017) decreased the socioeconomic inequalities in healthcare utilization.

**Methods:** We used data from the National Living Standards Measurement survey conducted in 2006 and 2014. Unmet healthcare needs (UHCN) were used as the dependent variable and proxy for difficulties accessing health services. Place of residence, ethnicity, education, and wealth were selected as socioeconomic status indicators. The slope and relative inequality indexes were calculated for adult men and women for each period and socioeconomic variable. A multiplicative interaction term between rdit and time was applied to estimate changes in inequalities over time. Sample weights

were applied to all analyses, and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated to assess statistical significance in the regression analysis.

**Results:** In 2006, the following people had lower access to health services: the poor, Indigenous, those living in rural areas with low education. In 2014, the overall prevalence of UHCN decreased from 27% to 12% and was higher in women than men. Statistically significant reductions were observed in absolute and relative terms in all social groups.

**Conclusions:** Our results showed a reduction in UHCN over time, with significant decreases among rural and Indigenous populations but less of a reduction among low educated and poorer groups. Although the government set up a healthcare model to achieve universal health coverage, its performance must be continuously evaluated and monitored with specific indicators. Further studies are also needed to identify the main barriers contributing to UHCN among socially disadvantaged groups.

**Keywords:** Universal health coverage, socioeconomic inequalities, unmet healthcare needs, reform, Latin America, Ecuador.

## UNDERPINNINGS OF ENTANGLED ETHNICAL AND GENDER INEQUALITIES IN OBESITY IN COCHABAMBA-BOLIVIA: AN INTERSECTIONAL APPROACH

Yercin MAMANI ORTIZ

Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia.

**Background:** Social inequalities in obesity have been observed not only by gender but also between ethnic groups. Evidence on combined dimensions of inequality in health, and specifically including indigenous populations, is however scarce, and presents a particularly daunting challenge for successful prevention and control of obesity in Bolivia, as well as worldwide.

**Objective:** The aims of this study were i) to examine intersectional inequalities in obesity and ii) to identify the factors underlying the observed intersectional inequalities.

**Methods:** An intersectional approach study was employed, using the information collected in a cross-sectional community-based survey. The sample consisted of youth and adults with permanent residence in Cochabamba department (N = 5758), selected through a multistage sampling technique. An adapted version of the WHO-STEPS survey was used to collect information about Abdominal obesity and risk factors associated. Four intersectional positions were constructed from gender (woman vs. men) and ethnic group (indigenous vs. mestizo). Joint and excess intersectional disparities in obesity were estimated as absolute prevalence differences between binary groups, using binomial regression models. The Oaxaca-Blinder decomposition was applied to estimate the contributions of explanatory factors underlying the observed intersectional disparities, using Oaxaca command in

Stata software v15.1.

**Results:** The prevalence of abdominal obesity had a higher prevalence in mestizos (men 35.01% and women 30.71%) as compared to indigenous (men 25.38% and women 27.75%). The joint disparity was estimated at 7.26 percentage points higher prevalence in the doubly advantaged mestizo men than in the doubly disadvantaged indigenous women. The gender referent disparity showed that mestizo-women had a higher prevalence than indigenous-women. The ethnic referent disparity showed that mestizo-men had a higher prevalence than indigenous men. The behavioural risk factors were the most important to explain the observed inequalities, while differences in socioeconomic and demographic factors played a less important role.

**Conclusión:** Our study illustrates that abdominal obesity is not distributed according to expected patterns of structural disadvantage in the intersectional space of ethnicity and gender in Bolivia. In the Cochabamba case, a high social advantage was related to higher rates of abdominal obesity, as well as the behavioural risk factors associated with them.

## LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA PARA TODA LA RED NACIONAL, EN BENEFICIO DE LOS PACIENTES Y PERSONAL DE SALUD

Pedro Antonio VASQUEZ CAMPOS  
Seguro Social de Salud del Perú - ESSALUD

EsSalud ha aplicado tecnología en sus procesos de atención en los servicios de salud, para lograr una atención de mayor calidad, con mejores diagnósticos y mejor experiencia de usuario, tanto para el paciente como el profesional de salud, además de la oportunidad de contar con mejores herramientas de gestión de los servicios por la entidad prestadora.

Con el objetivo de lograr una real transformación digital, EsSalud implementó el sistema de Historia Clínica Electrónica, como único sistema de información de todas las atenciones que reciben los pacientes en los servicios asistenciales, de todas las IPRESS de EsSalud del Perú. Asegurando, que la atención médica cuente con información integrada, centralizada y disponible en línea siempre, para lograr diagnósticos oportunos y seguros, pues el profesional de salud cuenta con la información de las atenciones anteriores: diagnóstico, exámenes, medicamentos, cirugías y otros procedimientos, practicados en cualquier centro de EsSalud en el país.

La estrategia de dotar de equipos conectados, en cada punto de atención de todas las IPRESS, integrándolas en una Red Nacional Digital, asegurando el soporte central del sistema, permitió reemplazar los sistemas antiguos y utilizar el nuevo sistema integrado, en todos los servicios de todas las ipress, en forma simultánea.

Como resultado, EsSalud ha modernizado la operación en +450 IPRESS, con +30 mil usuarios que registran actividades diarias, generando +20 millones de

registros mensuales, que conforman la Historia Clínica de +10 millones de pacientes, en los últimos 3 años.

Ante el COVID, habilitar la Firma Digital en los documentos médicos y la conexión remota segura, han permitido la Teleconsulta, con acceso a la Historia Clínica y registro en línea de las atenciones, con firma digital en las recetas, solicitudes y registro de atención. Asimismo, se implementaron nuevos hospitales y/o Centros de Aislamiento COVID, con el sistema en línea, permitiendo a los médicos el registro de atención, el monitoreo remoto de la evolución de los pacientes, el informe a familiares por médicos en trabajo remoto, así como el monitoreo central de evolución de los casos y uso de recursos.

## EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL PERÚ, EN EL PERIODO 2001-2021.

Miguel Armando ZUÑIGA OLIVARES  
Universidade de Sao Paulo

**Motivación:** En el 2019, la Organización Panamericana de la Salud aprobó la “Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030”, buscando renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes sociales de la salud. En ese sentido, es necesario evidenciar en qué medida las políticas de promoción de la salud implementadas en las últimas décadas en el Perú, están alineadas a las estratégicas de acción de dicho Plan.

**Objetivo:** Analizar la evolución de las políticas de promoción de la salud en el Perú, en el periodo 2001-2021.

**Metodología:** Se realizó una revisión narrativa de las normas jurídicas sobre promoción de la salud, publicadas entre el 2001 y 2021. En forma complementaria, se revisó las publicaciones de seguimiento y evaluación de las políticas previamente identificadas.

**Resultados:** Se halló que, durante el periodo 2001-2021, se aprobaron 68 normas jurídicas sobre promoción de la salud, siendo 6 de ellas leyes, 18 decretos supremos y 68 resoluciones ministeriales, de las cuales el 80 % se encuentra vigente. Los principales temas regulados son, listados en orden, según la jerarquía de las normas jurídicas que agrupan: alimentación saludable, alimentación y nutrición infantil, tabaco, alcohol, participación social, escuelas saludables, enfoques de derechos

humanos, género e interculturalidad, cuidado materno-infantil, higiene, cultura de tránsito y seguridad vial, actividad física, fundamentos de promoción de la salud, abordaje de los determinantes sociales de la salud, familias saludables, municipios saludables y universidades saludables, lo cual demuestra la capacidad de ejercicio de la función de regulación de la Autoridad Sanitaria Nacional sobre algunos temas más que en otros. En el marco del PpR, sólo se evaluaron algunos productos de promoción de la salud en tres programas presupuestales: Programa de Tuberculosis VIH-SIDA, Programa Articulado Nutricional, Programa de Prevención y Control del Cáncer, así como una sola meta del Plan de Incentivos: “Acciones de municipios para promover la adecuada alimentación y la prevención y reducción de anemia del menor de 36 meses” (conocida como “Meta 4”). Asimismo, existen encuestas publicadas por el INEI que incluyen preguntas que serían útiles para medir los resultados de las acciones de promoción de la salud, como la ENDES y la ENAPRES, principalmente en relación a cambios de comportamiento. Por otra parte, se ha evidenciado varias modificaciones en la ubicación de la unidad orgánica de promoción de la salud (desde que fue creada en el 2001), dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Salud, quedando actualmente como una unidad orgánica del cuarto nivel organizacional, así como modificaciones en sus funciones, para ir incorporando progresivamente el enfoque de gestión territorial, así como el de determinantes sociales de la salud, entre otros.

## **COSTOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE NIVEL HOSPITALARIO VS ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMPLICADA**

Carlos Ernesto LOMBO MORENO; Oscar Mauricio MUÑOZ & Allan Enrico SOLAN  
Pontificia Universidad Javeriana

**Objetivo:** Evaluar la diferencia de costos de atención en pacientes con IVU complicada entre un servicio de atención domiciliar de nivel hospitalario (SADNH) y la hospitalización intramural en un hospital de cuarto nivel.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo, utilizando las historias clínicas de los pacientes con infección de vías urinarias complicada en un hospital universitario de cuarto nivel, desde enero de 2017 hasta mayo de 2020. Se utilizó un modelo de regresión lineal para evaluar los condicionantes del costo /día de atención

**Resultados:** Se incluyeron 239 pacientes en el grupo de atención intrahospitalaria, y 68 en el grupo SADHN. La cohorte intrahospitalaria era mayor (mediana 71 vs 59 años,  $p=0.002$ ). No hubo diferencias en la tasas de mortalidad a 30 días (2.1% vs 5.9%,  $p=0,114$ ), de reingreso no programado (11.7% vs 13.2%,  $p=0,679$ ), ni en los costos totales de atención (COP 8767141 vs 9558334,  $p=0,112$ ). Se encontró

mayor tiempo total de atención (Mediana 17 vs 12 días,  $p<0,001$ ), y menor costo/día en los pacientes manejados por SADHN (COP 756100 vs 554685,  $p<0,001$ ). Como factores asociados al costo/día se evidenciaron: atención por SADNH (COP – 209155,  $p=0,01$ ), índice de Charlson  $\geq 6$  (COP 26250,  $p=0,001$ ), procedimientos quirúrgicos (COP 368157,  $p<0,001$ ), requerimiento de UCI (COP 373927,  $p<0,001$ ), régimen subsidiado (COP 209156,  $p=0,013$ ), aislamiento de estafilococo (COP 1252473,  $p<0,001$ ), y gérmenes productores de carbapenemasas (COP 629319,  $p<0,001$ ).

**Conclusiones:** Este estudio sugiere que el costo/día de atención es menor en la atención por SADNH en pacientes con IVU complicada, aunque los costos totales son similares. Adicionalmente demuestran la seguridad clínica de este programa.

## UTILIZACIÓN DE EVALUACIONES DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD: EXPERIENCIA DEL IETSI.

Verónica PERALTA AGUILAR; Maribel CASTRO REYES; Patricia PIMENTEL ALVAREZ & Fabian FIESTAS SALDARRIAGA  
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI, EsSalud / Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologure, EsSalud / Instituto de Gestión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias-IGEST

**Motivación:** Las instituciones públicas de salud, como lo es el Seguro Social de Salud (EsSalud) del Perú, tienen el gran reto de atender las necesidades de salud de todos sus asegurados con recursos económicos limitados. Es por ello que, ante la propuesta de incorporar nuevas tecnologías sanitarias en los listados institucionales, como medicamentos, dispositivos médicos, equipamiento biomédico, entre otros, es necesario corroborar que estas tecnologías sean realmente seguras y eficaces; así, se objetiva el beneficio clínico que obtendrán los pacientes con la implementación de la nueva tecnología y se contribuye al gasto eficiente y equitativo de los recursos económicos institucionales.

**Objetivo:** Implementar en el Seguro Social de Salud (EsSalud), un proceso de toma de decisiones basado en evaluaciones de tecnologías sanitarias (ETS).

**Metodología:** En el año 2014 se creó en EsSalud el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), organismo que desde el 2015 se encarga de realizar ETS para comprobar la eficacia y seguridad de nuevas tecnologías propuestas para ser incorporadas en los listados institucionales de EsSalud. Desde ese año EsSalud solo financia las tecnologías sanitarias que hayan

probado ser seguras y eficaces a través de ETS realizada por el IETSI.

**Resultados:** Al año 2018 el IETSI ha realizado 266 ETS; en 103 de estos documentos se ha demostrado la seguridad y eficacia de la tecnología evaluada, incorporándose en los listados institucionales. Con la inclusión de estas tecnologías no se ha observado un impacto negativo en el presupuesto institucional. Con respecto a productos farmacéuticos en el año 2018 se invirtió 53.65 millones de soles en nuevas tecnologías, para la atención de 1648 pacientes (promedio de inversión de 32,755.00 soles por paciente), versus el año 2014 (previo al IETSI) donde se invirtió 37.4 millones de soles para el tratamiento de 704 pacientes (promedio de inversión de 40,670.00 soles por paciente). Además, también se implementó un nuevo flujo de atención de solicitudes de nuevas tecnologías sanitarias que permitió reducir el tiempo de espera de respuesta de las solicitudes de 180 días a 15 días por solicitud de cada paciente.

## A SIMPLE PARASITOLOGICAL TECHNIQUE TO INCREASE DETECTION OF STRONGYLOIDES STERCORALIS IN BOLIVIAN PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM

Ivana CAMACHO ALVAREZ; Jenny Marcela LUIZAGA López; Elia Milenka CHAVEZ MAMAN; Philippe GOYENS; Mary Cruz TORRICO & Frédérique JACOBS

Instituto de Investigaciones Biomédicas (IIBISMED) - Universidad Mayor de San Simón/ Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola / HUDERF, Brussels, Belgium Laboratorio de Invesitgaciones Biomédicas (LABIMED) - Universidad Mayor de San Andrés/ Université Libre de Bruxelles, Erasme Hospital, Brussels, Belgium

**Background:** Strongyloides stercoralis is widespread; however, there is limited information on its prevalence owing to laboratory underestimation and low clinical manifestations. The Baermann method and agar culture stand out among the parasitological techniques. S. stercoralis is present in Bolivia, but its prevalence in children remains unknown. The objective of this study was to estimate the applicability of simple parasitological techniques to increase the detection of this parasite in children living in the tropics.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted in a tropical village in Cochabamba, Bolivia. Participants were 304 children aged 5 – 12 years who provided stool samples for different parasitological analyses (direct examination, Ritchie, Baerman, and Dancescu techniques), and their parents provided informed consent.

**Results:** Up to 64.8% of pathogenic parasites were detected using the modified Ritchie method. The Baerman technique identified 17.8% of S.

stercoralis cases, and its sensitivity respect to other techniques was only 75.9 % for the Dancescu technique, followed by 66.7% for the modified Ritchie technique, which is used in second-line care.

**Discussion:** The Baermann technique is the best parasitological option for improving S. stercoralis diagnosis. A particular cycle of reinfection, combined with the coexistence of domestic animals and often being barefoot, is significantly associated with persistence. Control is difficult without a proper diagnosis, and the Baermann technique is an approach to the solution. We conclude that with a high suspicion of the presence of Strongyloides stercoralis, the use of the Baerman technique is strongly recommended as support for direct examination in primary health care systems.

## EL MODELO SISOL. ESTRATEGIA EFECTIVA PARA LA DISPONIBILIDAD DE OFERTA ESPECIALIZADA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD Y LA CONTENCIÓN DE LA DEMANDA DEL NIVEL HOSPITALARIO

Guillermo MOSQUEIRA LOVÓN

Sistema Metropolitano de la Solidaridad SISOL

**Motivación:** Sostenido déficit de oferta de servicios de salud en las IPRESS del primer nivel de atención, en el marco de la implementación de las Redes Integradas de Salud en el Perú, que restringen el cumplimiento de metas sanitarias para población adscrita de territorios delimitados y que saturan demanda de consulta externa por especialidades del nivel hospitalario para cuadros clínicos de baja o mediana complejidad.

**Objetivo:** Incorporación al sistema sanitario de modelos alternativos de articulación público privada, que coadyuven en la gestión clínica, la continuidad del cuidado integral de la salud de la población y la ampliación de la cartera de prestación de especialidades dentro del primer nivel de atención.

**Metodología:** El Modelo del Sistema Metropolitano de la Solidaridad de la Municipalidad Metropolitana de Lima SISOL, se describe por sus componentes de Prestación, Gestión y Financiamiento. Modelo de Prestación caracterizado por una oferta que atiende necesidades de salud de patologías de baja y mediana complejidad a ser resuelta por especialistas en el primer nivel de atención, que contienen demanda del nivel hospitalario de categoría II-1 en adelante. La oferta SISOL resuelve las tres restricciones que produce que los asegurados no sean cubiertos por sus aseguradoras, está cerca a la gente,

atiende el mismo día y tiene una oferta especializada. Modelo de Gestión caracterizado por una estructura organizacional propio de una Unidad de Gestión de IPRESS – UGIPRESS –, además de su condición de unidad ejecutora de presupuesto; con una conducción de IPRESS bajo indelegable responsabilidad de funcionarios de la entidad, que gestionan la prestación propiamente dicha a cargo de microempresas asociadas bajo un modelo de riesgo compartido “Contrato Asociación en Participación”. Modelo de Financiamiento de desembolso directo “gasto de bolsillo” con tarifas sociales. El marco normativo vigente en materia de aseguramiento, faculta la migración progresiva del modelo de financiamiento de desembolso directo a financiamiento por las IAFAS.

**Resultados:** Los indicadores de desempeño evidencian, cobertura creciente de la demanda por especialidades SISOL, sostenibilidad financiera y ampliación de la oferta prestacional bajo la figura contractual vigente.

## POLÍTICA DE EXPANSIÓN Y SOSTENIMIENTO DE LA OFERTA DE SERVICIOS: LA INVERSIÓN PÚBLICA PARA APALANCAR LA PRESTACIÓN EN REDES INTEGRADAS DE SALUD EN UN SISTEMA DESCENTRALIZADO Y FRAGMENTADO

Arturo GRANADOS MOGROVEJO

Máxime Consultores Asociados

**Motivación:** El esfuerzo por modernizar las inversiones no es nuevo y ya ha tenido un marco regulatorio que ha recorrido casi 10 años, identificando la prioridad de establecimientos a intervenir, e inyectar financiamiento alineado a planeamiento estratégico para el sector. No obstante, es necesario renovar la política de inversiones para darle racionalidad, evitar la duplicidad y fragmentación de la respuesta pública (MINSA, gobiernos regionales, EsSalud, las sanidades de las fuerzas armadas y policiales), tener dimensionamientos adecuados y evitar la pérdida del valor del dinero público por deficientes decisiones de inversión.

**Objetivo:** Diseñar una política de modernización de la gestión de la inversión pública en salud para la expansión de los servicios, la integración del sistema y el fortalecimiento rápido de la APS.

### Metodología:

- Diagnóstico rápido de la implementación de la política de expansión y sostenimiento de la oferta de servicios (Decreto Legislativo 1157 y su reglamento), particularmente del quinquenio 2016-2020.
- Análisis de los desafíos de la inversión y su entroncamiento con la política de redes integradas de salud y de los desafíos de la integración del

sistema de salud peruano.

- Conformación de task force para delinear la propuesta técnica de la nueva política de inversiones, que incluye la puesta en operación, y el diseño de pilotos macro regional.

**Resultados:** La absorción de financiamiento en inversión ha llegado sólo al 61.5%, es decir casi 5.5 mil millones no se han utilizado. En operación y mantenimiento de los nuevos establecimientos de salud se ha empleado el 36% durante el período 2015 – 2021.

Se propone en la nueva política: (i) Acortar tiempos de ejecución de PIP a 3-4 años, (ii) Nuevas reglas para financiamiento: recursos del fondo de contingencia (bolsa) para establecimientos estratégicos, seguimiento vinculante de ejecución, redistribución de recursos de inversión en establecimientos prioritarios y en entidades más eficientes durante el ejercicio fiscal, a cargo de Autoridad Sanitaria Nacional, (iii) Reasignación de recursos de inversión en casos de emergencias por epidemias y pandemias, y un paquete de inversiones rápidas y costo efectivas en el primer nivel que se financien con la ineficiencia de ejecución de la gran inversión, así como puesta en operación en redes de servicios.

## VARIACIÓN EN LA FRECUENCIA DE USO DE MASCARILLA EN PEATONES EN ESPACIOS PÚBLICOS: A ANÁLISIS MULTICÉNTRICO POST-PRIMERA Y POST-SEGUNDA OLA DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN PERÚ

Percy HERRERA-AÑAZCO; Vicente BENITES ZAPATA; Edward MESONES- HOLGUÍN; Carlos J. TORO-HUAMANCHUMO; Alfonso RODRIGUEZ MORALES & Águeda MUÑOZ DEL CARPIO TOIA

Instituto de Evaluación de tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), Lima, Perú

Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Colombia

Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú

**Motivación:** El uso de mascarilla es una de las estrategias con mayor adherencia en la población y es efectiva para disminuir la propagación de la COVID-19. Para que su efectividad sea completa, es necesario su uso correcto, lo que diversos estudios señalan que no es una práctica universal y disminuyó conforme avanzó la pandemia. Esto debería ser una preocupación de salud pública debido a que, a pesar de la efectividad de la vacuna contra la COVID-19 y los avances en su cobertura, tendría potenciales implicancias en el control de la enfermedad.

**Objetivo:** Describir la variación en la frecuencia del correcto uso de mascarilla en transeúntes en espacios públicos en Perú en periodos posteriores a la primera y segunda ola en Perú.

**Métodos:** Estudio de corte transversal multicéntrico de naturaleza exploratoria en transeúntes de las ciudades de Lima, Cusco, Arequipa, Piura y Chiclayo. Realizamos observación directa de los transeúntes por dos observadores en dos lugares de alta afluencia en horarios diferenciados en los meses de noviembre del 2020 y octubre del 2021. Los desenlaces primarios fueron la frecuencia de uso de mascarillas y el uso correcto. Aplicamos Modelos logísticos multinomiales y estimamos

razones de prevalencia relativa crudas y ajustadas para sexo, edad, obesidad y lugar. Adicionalmente, aplicamos modelos lineales generalizados de familia binomial en forma exploratoria, usando el mal uso como resultado binario y la ciudad como exposición politémica para estimar razones de prevalencia en modelos crudo y ajustados. Usamos el mismo procedimiento bootstrap que el modelo multinomial para cada periodo de estudio.

**Resultados:** Incluimos 999 registros en el año 2020 y 997 en el año 2021. La frecuencia de uso de mascarilla en todas las ciudades fue similar para ambos años: 96.9% (IC95%: 95.6%-97.9%) para el 2020 y 95.5% (IC95%: 94.0-96.7%), en el 2021. Sin embargo, se observó una disminución significativa ( $p < 0.001$ ) en el uso correcto de mascarillas: 81.9% (IC 95%: 79.4%-84.3%) en el 2020 a 60.3% (IC 95%: 57.2%-67.3%) en el 2021. En Lima, la capital, persiste el mal uso y uso incorrecto desde el año 2020 y aumentaron ambos parámetros en el año 2021. Las autoridades deben diseñar estrategias para mejorar la adherencia al uso y uso correcto de la mascarilla, sobre todo en Lima, ciudad con la mayor cantidad de casos y muertos en el país.

## USO DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN E INTENCIÓN DE VACUNARSE CONTRA EL COVID-19 EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Percy HERRERA-AÑAZCO; Guido BENDEZU-QUISPE; Jerry K. BENITES-MEZA; Diego URRUNAGA-PASTOR; Carlos J. TORO-HUAMANCHUMO & Vicente A. BENITES-ZAPATA

Instituto de Evaluación de Tecnologías en salud e Investigación (IETSI)/ Universidad César Vallejo/Universidad Nacional de Trujillo./ Universidad Científica del Sur/ Universidad San Ignacio de Loyola

**Motivación:** Latinoamérica y el Caribe (LAC) es una de las regiones más afectadas por la pandemia por la COVID-19, donde la cobertura de las vacunas sigue siendo insuficiente por aspectos como la reticencia vacunal, influenciada por factores como la información difundida por los medios de comunicación masivos. Aunque estos medios jugaron un rol importante en la difusión de las estrategias comunitarias de mitigación, su impacto no siempre fue positivo. Diversos estudios mostraron que, la cobertura mediática de las noticias sobre el coronavirus durante las cuarentenas provocó miedo y estrés psicológico. Se ha descrito que en LAC existe mayor desconfianza hacia la ciencia, de modo que quien den información sobre las vacunas, más allá de las autoridades médicas, pueden resultar más persuasivos.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre el empleo de medios de comunicación masivos de noticias e información y la no intención de vacunación frente a la COVID-19 en los países de LAC.

**Metodología:** Se realizó un análisis de datos secundarios de una encuesta del Massachusetts Institute of Technology en colaboración con Facebook durante el 7 de julio de 2020 y el 28 de marzo del 2021 sobre las creencias, comportamientos y normas de las personas frente a la COVID-19. Para el análisis se construyeron tres categorías de exposición: medios digitales (online

sources or messaging apps), medios tradicionales (newspapers or television or radio), medios mixtos (medios digitales y medios tradicionales). Se calcularon razones de prevalencia crudas y ajustadas (aPR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% para evaluar la asociación entre el uso de medios masivos y la no intención de vacunación empleando modelos lineales generalizados de la familia de Poisson con enlace logarítmico.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 350,322 usuarios de Facebook mayores de 18 años. La mitad fueron hombres, el 28.4% tenían entre 18 a 30 años, el 41.4% tenían nivel educativo de escuela secundaria y 86.1% vivían en la ciudad. Un tercio (34.4%) reportó una buena condición de salud. La prevalencia del uso de medios de comunicación masivos para informarse sobre la COVID-19 fue mayormente por medios de comunicación tradicionales y digitales (65.8%). La no intención de vacunación fue de 10.8%. Se encontró mayor prevalencia de no intención de vacunarse contra el COVID-19 en aquellos que solo utilizaban medios tradicionales ([aPR=1.36; 95%CI: 1.29-1.44; p<0.001] y solo medios digitales [aPR=1.70; 95%CI: 1.24-2.33; p=0.003] en comparación a los que usaban medios mixtos. Esto sugiere que la variación en los medios donde se busca información, y posiblemente el contrastar la información, disminuye la probabilidad de la intención de no vacunarse.

## TECNOVIGILANCIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD DE PERÚ (ESSALUD)

L. Yesenia RODRÍGUEZ TANTA; Elisa GÁLVEZ; Gisela PECHO

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

**Motivación:** Durante la pandemia por SARS-CoV2, el uso de dispositivos médicos (DM) se ha incrementado exponencialmente. Esta alta demanda trae consigo inconvenientes en el desempeño y la seguridad de los DM debido, principalmente, a problemas con la calidad y errores en el diseño. La implementación de tecnovigilancia nos permite identificar y analizar estos incidentes adversos, además, de definir acciones para prevenir y minimizar riesgos en los usuarios. El sistema de tecnovigilancia de EsSalud permite el reporte de sospechas de incidentes adversos a dispositivos médicos (SIADM) que son definidos como consecuencias clínicas relacionadas al uso de los DM. Además, la falta de desempeño de los DM también es considerada como SIADM.

**Objetivo:** Caracterizar los incidentes adversos por dispositivos médicos empleados en EsSalud en el contexto de la pandemia COVID-19 y describir las acciones realizadas como parte de la minimización y prevención del riesgo.

**Métodos:** Analizamos las SIADM recibidos por el Centro de Referencia Institucional de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de EsSalud desde el 30 de marzo del 2020 hasta diciembre del 2021 y describimos las acciones de minimización de riesgo realizadas.

**Resultados:** Recibimos 352 SIADM, lo que corresponde a 13 dispositivos médicos (DM) usados durante la atención de pacientes con COVID-19. El respirador facial filtrante KN95 fue el más reportado 41,8% (n= 147), seguido del overol descartable 19,3% (n=68) y prueba de detección antígeno de SARS-CoV-2 12,8% (n= 45). Aproximadamente el 80% de las notificaciones reportaban desempeño inadecuado de los DM. Dentro de los usuarios afectados, la mayoría presentó SIADM leve. El personal de salud usuario de DM fue el más afectado, 65,6%. En cuanto al registro sanitario, solo el 34,4% tuvo registro sanitario o autorización excepcional para su comercialización. En lo que respecta a las acciones de minimización de riesgos, se logró la actualización de las especificaciones técnicas de dispositivos médicos (n=2), retiro de la institución (n=1), recomendaciones clínicas y logísticas (n=4), y solicitud de registro sanitario (n=2).

## MITIGAR COVID-19 Y PROMOVER LA SALUD EN LOS MERCADOS DE ABASTO EN SACABA, BOLIVIA

Christine LEYNS; Daniel EID RODRÍGUEZ; Javier GUITIAN; Carla ASCARRUNZ; Shirley RASGUIDO & Patricia RODRIGUEZ

Ghent University

Universidad Mayor de San Simón

Royal Veterinary College, University of London

Proyecto Mercado Saludable

**Motivación:** La pandemia por COVID-19 afectó desproporcionadamente a los comerciantes en Bolivia que estaban expuestos a un alto número de contactos llevando a altas tasas de contagios. Pesa a la introducción de un sistema de salud universal (SUS) en Bolivia desde marzo 2019, pocos comerciantes lo utilizaron durante la primera ola de la pandemia, resultando en muertes evitables.

**Objetivo:** Desarrollar actividades para prevenir la transmisión de COVID-19 y su letalidad, promover la salud y el acceso a los servicios de salud en colaboración con las organizaciones sociales, la red de salud y actores municipales.

**Metodología:** La metodología está basada en las cinco estrategias hacia los servicios de salud integrados y centrados en la persona (OMS, 2016). Los beneficiarios son parte del desarrollo, la implementación y la evaluación de todas las acciones. Desde la organización social de los mercados del municipio de Sacaba (departamento de Cochabamba) se identificó dos puntos estratégicos en dos mercados para establecer consultorios médicos. Los comerciantes de los otros mercados acceden según su geografía a los consultorios. En cada mercado y en

cada asociación para los mercados grandes se eligió un responsable de salud, quien está en contacto directo con el equipo del proyecto.

**Resultados:** Se brindó atención médica permanente, junto con talleres para el desarrollo del concepto de mercado saludable, explorando las fortalezas y necesidades en salud de los comerciantes y ofreciendo información sobre COVID-19, nutrición y salud. Se destacó una respuesta solidaria desde las organizaciones sociales, el beneficio del uso de plantas medicinales, pero también se reconoció una negación de la existencia del virus y desconfianza en el sistema y las políticas de salud. La información proporcionada junto con la relación de confianza con el equipo de salud y del proyecto ayudó en la implementación de medidas de prevención, monitoreo de casos (uso de oxímetro para diagnóstico y tratamiento oportuno) y apoyo a políticas de salud relacionadas con la pandemia. También se apoyó el proceso de vacunación contra el COVID-19, además de realizar búsqueda activa y concientización de comerciantes con factores de riesgo, como obesidad, diabetes e hipertensión, para una enfermedad severa por COVID-19.

# TRABAJOS PRESENTADOS COMO PÓSTERS



## RECURSOS HUMANOS Y HERRAMIENTAS DIGITALES EN LAS UNIDADES DE GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ (ESSALUD)

Jorge MAGUIÑA; Moisés APOLAYA & Cristian DIAZ  
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI-ESSALUD)

**Motivación:** Existe evidencia consistente que la investigación juega un rol importante en el desarrollo de un país. Sin embargo, los gobiernos de países de bajos y medianos ingresos económicos no priorizan la investigación y no han construido un adecuado ambiente para su desarrollo. A pesar de que el Perú cuenta con una política nacional para el desarrollo de la ciencia, ésta aún permite grandes brechas regionales en investigación. El Seguro Social de Salud del Perú, cuenta con Unidades de Gestión de la Investigación en sus 32 redes prestacionales. Sin embargo, el recurso humano, entre profesionales y no profesionales de la salud necesitan fortalecer competencias que le permitan impulsar el desarrollo de la investigación.

**Objetivo:** Describir las habilidades digitales y científicas del recurso humano miembro de las Unidades de Gestión de Investigación de la Seguridad Social de Salud.

**Metodología:** Realizamos un estudio transversal, donde evaluamos las características sociodemográficas, habilidades digitales aplicadas a la gestión de investigación de los trabajadores de las Unidades de Gestión de Investigación de las distintas Redes Prestacionales de EsSalud a nivel nacional. Así como también, se evaluó la producción científica de cada red prestacional.

**Resultados:** Un total de 53 sujetos completaron la encuesta, el 51% eran hombres, 85% tuvieron estudios superiores, con edad promedio de 47; RIC (40–55) y en promedio 15 años trabajando en EsSalud. Con relación al entrenamiento en uso de tecnologías de la información y comunicación, el 89% reporto usar Microsoft® Office, y en metodologías ágiles como Dropbox-Google-Drive-OneDrive-MEET-ZOOM fue (32%) y en capacitaciones en investigación (32%) y ética e integridad científica (44%). El uso de motores de búsqueda como Google-Académico (65.9%), Scielo (65.1%), PubMed (59.5%) fue regular o más. Las redes con mayor producción científica (90%) fueron: Rebagliati, Almenara, Lambayeque y Sabogal distribuyéndose la diferencia entre las otras 28 redes prestacionales. El incremento de la producción científica y su descentralización solo será posible a través de planes de fortalecimiento del recurso humano asistencial y no asistencial y financiamiento de actividades enfocadas al desarrollo de investigación

## CAMBIOS EN EL GASTO PÚBLICO EN SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 EN EL PERÚ.

Miguel Armando ZUÑIGA OLIVARES  
Universidade de Sao Paulo

**Motivación:** Previo al inicio de la pandemia de la COVID-19, el Perú tenía un bajo gasto público en salud (3.28 % del PBI), un alto porcentaje de capacidad instalada inadecuada de los establecimientos de salud de primer nivel de atención (55 %) y hospitales (79 %), una gran parte de su población que buscaba atención en una farmacia o botica ante un problema de salud (40 % de los que buscan atención), y un alto gasto de bolsillo (29 % del gasto total en salud), a pesar de que el 86 % de la población tenía un seguro de salud. Además de la carga de brecha histórica de inversión en salud, la pandemia exigió una respuesta inmediata del Estado para enfrentar la emergencia sanitaria nacional.

**Objetivo:** Analizar los cambios en el presupuesto público en salud en los años 2020 y 2021 con respecto al 2019, en el marco de la pandemia de la COVID-19.

**Metodología:** Se realiza un análisis comparativo de la ejecución del presupuesto (a nivel de devengado) de la función salud, a nivel general, de los años 2020 y 2021 con respecto al 2019. Se utiliza la ejecución del presupuesto en salud como un proxy del gasto público en salud (no se incluye a la Seguridad Social de Salud). Se responde las preguntas: ¿Cuánto se ha gastado? ¿Qué fuentes financian el gasto?, ¿Quién gasta?, y ¿Cómo se estructura el gasto? Se utiliza como fuente de información la “Consulta Amigable” del Ministerio de Economía y Finanzas.

**Resultados:** El presupuesto ejecutado (gasto) en salud en los años 2020 y

2021 fue mayor en 30 % (S/ 24 164 millones) y 47 % (S/ 27 290 millones) con respecto al 2019 (S/ 18 527 millones), respectivamente. El gasto en esos años fue financiado principalmente por recursos ordinarios (recaudación tributaria), mayor en 22 % y 19 % con respecto al 2019 (S/ 15 098 millones), y recursos por operaciones oficiales de crédito (endeudamiento), mayor en 385 % y 960 % con respecto al 2019 (S/ 572 millones), respectivamente. El gasto en esos años fue realizado principalmente por el gobierno nacional, mayor en 36 % y 51% con respecto al 2019 (S/ 9 047 millones), y los gobiernos regionales, mayor en 25 % y 42 % con respecto al 2019 (S/ 9 170 millones), respectivamente; a partir del 2020, la Presidencia del Consejo de Ministros y el Ministerio de Transportes y Comunicaciones realizan gastos destinados a infraestructura y equipamiento en salud y salud individual frente a la COVID-19. El gasto en esos años fue destinado principalmente al pago de personal y obligaciones sociales, mayor en 14 % y 17 % con respecto al 2019 (S/ 7 947 millones); contrato administrativo de servicios (personal de salud), mayor en 116 % y 227 % con respecto al 2019 (S/ 1 524 millones); suministros médicos (incluye medicamentos y vacunas), mayor en 108 % y 56 % con respecto al 2019 (S/ 1 514 millones); y adquisición de activos no financieros (incluye construcción de edificios y estructuras, y maquinarias, equipo y mobiliario), mayor en 11 % y 39 % con respecto al 2019 (S/ 2 171 millones), respectivamente.

## NO PUEDES DETENER LA ESPERANZA: TECNOLOGÍA VIRTUAL PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD BAJO LA PANDEMIA DEL COVID-19

Ariel FRISANCHO; Cecilia IZARRA; Carmen RODRIGUEZ & María GUEVARA  
CMMB PERÚ

**Motivación:** En el Perú, existe un muy limitado acceso a servicios de rehabilitación para familias que viven en condiciones de vulnerabilidad, particularmente para poblaciones rurales y de los márgenes periféricos de grandes ciudades. Frente a la necesidad de promover equidad y solidaridad en el acceso a servicios de salud de calidad, el Programa "Rehabilitación con Esperanza" - un programa de rehabilitación basada en la comunidad- brinda servicios de rehabilitación física, de lenguaje y ocupacional, bajo un enfoque de derechos. Ha logrado servir a cerca de 60 niños y adolescentes de Huancayo y Trujillo que viven con discapacidad y habilidades especiales, así como a sus familias. La pandemia del COVID-19, generó el confinamiento de las familias en sus hogares. Fue necesaria una adecuación del programa para asegurar la continuidad de la atención. Este modelo puede contribuir a combatir la exclusión de niños con discapacidad a una atención de calidad.

**Objetivo:** Analizar la adecuación de un programa de rehabilitación basada en la comunidad y su desempeño bajo contexto de inmovilización social debida a la pandemia del COVID-19. Revisar los factores impulsores y limitantes del

desempeño del programa y evaluar sus resultados en el progreso de niños y adolescentes.

**Metodología:** Se revisa un modelo virtual de servicios de rehabilitación adecuado a la inmovilización social de las familias, implementado a través de llamadas individualizadas por familia y cuidadoras, con sesiones en tiempo real, apoyadas por terapeutas y con la ayuda de muñecos y otros materiales facilitadores adaptados según contexto. Se evalúa criterios de mejora de la funcionalidad física, de lenguaje y ocupacional de 60 niños atendidos por el programa, comparando dichos resultados con los alcanzados en años previos al 2020. Mediante entrevistas a profundidad, se identifica elementos impulsores y limitantes del desempeño del programa.

**Resultados:** Aplicando una adaptación virtual de sus mejores prácticas, el programa mantuvo niveles de desempeño semejantes a los alcanzados en años previos a la pandemia del COVID-19, asegurando una atención de calidad, en momentos en los que el cierre del primer nivel de atención y las consultas hospitalarias del sistema público de salud la imposibilitaban por cerca de un año.



**Secretaría para América Latina y El Caribe**  
[healthsystemsglobal.lac@gmail.com](mailto:healthsystemsglobal.lac@gmail.com)