I° Pre-Conferencia Latinoamericana HSG en Investigación sobre Sistemas de Salud

hsr2018 5th Global Symposium on Health Systems Research

Avance de los Sistemas de Salud en la Era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG)

Fecha: 14 de Noviembre de 2017
Lugar: Hotel José Antonio,
Av. 28 de Julio 398, Miraflores.
Horario: de 10 a 18 horas

Instituciones participantes

Instituciones Convocantes

Health Systems Global
http://healthsystemsglobal.org/

Organización Panamericana de la Salud
http://www.paho.org

Agencia Belga de Desarrollo
https://www.btcctb.org/

Grupo Banco Mundial
http://www5.bancomundial.org/

Instituciones Adherentes

Escuela de Gestión Pública. Universidad del Pacífico
http://www.up.edu.pe/egp/

Pontifica Universidad Católica del Perú
http://www.pucp.edu.pe/

Seguro Social de Salud del Perú
http://www.essalud.gob.pe/

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

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
http://www.upc.edu.pe/

Universidad Esan
https://www.ue.edu.pe/

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

Grupo de Análisis para el Desarrollo
http://www.grade.org.pe/

Presentación

La visión de Alma Ata de "Salud para todos" sigue siendo tan convincente hoy como lo fue en 1978, como se refleja en el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG). Pero el mundo ha cambiado en cuarenta años, y a pesar de contar con mejores resultados, **persisten desafíos extraordinarios para la equidad y la inclusión social a fin de alcanzar el acceso** y la cobertura universal en salud como las transiciones demográficas y epidemiológicas, los conflictos sociales y sus migraciones consecuentes, la segmentación de los sistemas de salud y el cambio climático, entre otros.

El V Simposio Mundial en Sistemas y Servicios de Salud, Health System Global (HSG), a realizarse en **Liverpool, Reino Unido, en octubre de 2018,** busca promover el intercambio de información y experiencias sobre nuevas formas de diseño y financiamiento de programas de salud, la prestación de servicios, la participación de los recursos humanos en el campo de la salud, y la conformación de nuevas alianzas sociales y políticas para promover la salud para todos.

La organización de un ciclo de Pre Congresos en las Américas se motiva en la necesidad de contar con una mirada latinoamericana sobre la implementación y análisis de sistemas y servicios de salud, aportando una perspectiva propia, y transmitiendo al mundo las experiencias de investigación y gestión en la región.

El propósito de estos eventos es doble: por una parte, **generar un espacio de intercambio local** sobre las experiencias más relevantes y las visiones transformadoras, que alimente un debate necesario sobre los sistemas de salud. En segundo lugar, se procurará apoyar a los trabajos seleccionados para esta pre-conferencia en la presentación de sus resúmenes en el V Simposio del Health System Global a llevarse a cabo en Liverpool.

Con el propósito de reunir a **investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud de Perú** que trabajen en temas vinculados a los sistemas de salud de la región, la propuesta de esta pre-conferencia implica:

- Propiciar el **intercambio de experiencias** en un encuentro de investigadores/as y tomadores/as de decisiones en torno a **mesas de debate interdisciplinario**.
- **Estimular la presentación de trabajos** de autores/as latinoamericanos/as en la convocatoria abierta del Simposio Mundial en marzo 2018.
- Fortalecer la presencia latinoamericana de estudios sobre sistemas y políticas de salud en el Simposio.

Asimismo, aquellos resúmenes que sean seleccionados en la llamada de Liverpool y hayan participado en alguna de las pre-conferencias regionales, tendrán la posibilidad de ser elegibles para una de las diez becas completas ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud para asistir al Simposio en Reino Unido.

Comité Organizador

Referente Health Systems Global

Daniel Maceira

Daniel Maceira es argentino, Ph.D. en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Independiente CONICET y Profesor Titular de la Universidad de Buenos Aires, y colaborador en programas de posgrado en FLACSO, UTDT, entre otros. Ha colaborado con 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; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Fundación Interamericana (IAF); el Global Development Network; el Fondo Global ; y el Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance), entre otras. Desde 2016 es Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud.

Referentes Institución Anfitriona

Arturo Javier Granados Mogrovejo

Comunicador social, especializado en descentralización y políticas de salud. Maestría en Desarrollo Sustentable de la Universidad Complutense de Madrid. Diplomado en Estudios de Género de Pontificia Universidad Católica del Perú. Fue Director General de Descentralización del Min. Salud y Secretario Técnico de la Comisión Intergubernamental de Salud (2012-2016). Fue Vicepresidente del Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Salud (2014-2015). Integró el equipo de reforma del sector salud (2013-2014) y trabajó en la puesta en operación de hospitales en redes integradas de servicios (2015 y 2016). Coordinó diferentes proyectos de reforma del sector salud de USAID en el Perú (2004-2012). Hoy es docente de monitoreo y evaluación participativa de la Pontificia Universidad Católica.

Luc Geysels

Nacido en Herentals, Bélgica, médico en la Universidad de Leuven (Bélgica), Maestría en Salud Pública (Nancy, Francia), Maestría en Política y Economía de Salud (London School of Economics). Trabajó mas de 20 años en la cooperación internacional en África (Congo, Ruanda, Zambia, Níger, Uganda, Burundi) y América del Sur (Bolivia, Perú) en el financiamiento y sistemas de salud.

Christel Vermeersch

Economista Senior en la Unidad de Salud, Nutrición y Población en la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial. Coordina una red de 28 evaluaciones de impacto sobre financiación basada en resultados en salud, y trabaja en evaluación de impacto en los sectores de educación y salud desde 2001. Maestría en economía aplicada de la Universidad de Amberes, Bélgica y Ph. RE. en Economía de la Universidad de Harvard. En 2004 fue becaria de investigación de posdoctorado en la Universidad de Oxford. Es co-autora del libro "Evaluación de impacto en la práctica", así como del nuevo "Kit de herramientas de evaluación de impacto para la salud".

Comité Organizador

Comité instituciones auspiciantes

Martín Valdivia

Doctor en Economía Aplicada por la Universidad de Minnesota. Investigador principal del Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) en Lima, desde 1993. Docente en la Universidad de Piura e investigador Visitante en la Universidad de Miami. Su trabajo se enfoca en el uso de métodos experimentales para evaluar los impactos de programas sociales, en particular aquellos asociados a la economía del emprendedurismo, la inclusión financiera, el empoderamiento económico de las mujeres y la informalidad. Es miembro activo de redes de investigación y sus investigaciones han sido publicadas en importantes revistas científicas.

Midori de Habich

Ministra de Salud del Perú (2012-2014). Impulsó la reforma de salud orientada a lograr la cobertura universal de protección en salud. Previamente, entre 1995 y 2012 condujo diversos proyectos de asistencia técnica al Ministerio de Salud y a los Gobiernos Regionales, en temas relacionados a financiamiento, gestión y descentralización, gestión de recursos humanos, de medicamentos y sistemas de información. Entre 1984 y 1995 trabajó en el Banco Central de Reserva del Perú en la Gerencia de Estudios Económicos. Bachiller en Ciencias Sociales con mención en Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Maestría en Política y Planificación Económica del Institute of Social Studies-Erasmus University, Holanda.

Pablo Lavado

Profesor del Departamento Académico de Economía de la Universidad del Pacífico e Investigador del Centro de Investigación (CIUP). Doctor en Economía y máster en Economía y Finanzas por el Centro de Estudios Monetarios y Financieros CEMFI (España), y licenciado en Economía por la Universidad del Pacífico. Fue Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Consultor del BM, BID,OIT, Pronabec, Fondoempleo, Ministerio de Educación, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Fue Asociado Profesional en el Banco Mundial y como Investigador asistente en el Banco de España y cuenta con amplia experiencia docente.

Juan Pablo Murillo Peña

Médico cirujano. Maestría de Epidemiología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Docente del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima, Perú, (1995-2017). Sub Gerente de Información Gerencial. Oficina Central de Planificación. (2003-2010) y Gerente de Planeamiento Corporativo. Oficina Central de Planificación. (2010-2012). Apoyo técnico en el Diseño de Políticas Públicas en el Ministerio de Salud del Perú; ejerció funciones de. Alta Dirección (2014-2016) y fue Director General de la Dirección General de Políticas y Normativa en Salud Pública. Ministerio de Salud del Perú. (2016-2016).

Flor de María Philipps Cuba

MBA, Médico Cirujano con Segunda Especialidad en Administración de Salud, Auditor Médico, con más de 25 años de experiencia en posiciones directivas en organizaciones públicas y privadas supervisoras, financiadoras y prestadoras de servicios de salud. Superintendente Nacional de la Superintendencia Nacional de Salud (2012-2016). Gerente de Salud de Pacifico Seguros (2002-2008). Entre directora de certificación de calidad en QAS S.A. (1999-2002)y sub directora médica en Clínica Ricardo Palma. Se desempeñó en el IPSS (1983-1999). Fue Presidenta de la Sociedad Peruana de Administración de Salud - SPEAS (CMP). Hoy es Directora del MBA en Salud de la Escuela de Post Grado de la UPC.

Christian Richard Mejia Alvarez

Fundador e investigador de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la URP (2005) y la Asociación Médica de Investigación y Servicios en Salud (2010). Maestría en Investigación Epidemiológica-Universidad Peruana Cayetano Heredia. Maestría en Salud Ocupacional - UCSUR. Doctorado en Investigación Clínica y Traslacional. Investigación en líneas de RRHH en Salud. Medicina de Altura. Medicina del viajero. Salud Ocupacional, Ginecología y Gastroenterología (84 publicaciones científicas hasta el 2017). 2013-2016: Profesor de pregrado en la UPC y Universidad Continental y post grado en la USMP y UCSUR. Asesor de tesis de pre y post grado.

Noelia Cabrera

Licenciada en sociología (Universidad Nacional de La Plata), maestranda en Sociología Económica (Instituto de altos estudios sociales. UNSAM). Investigadora asistente del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Area Salud, Economía y Sociedad.

Programa de la preconferencia

Health Systems Global
Preconferencia Perú
Lima, 14 de noviembre, 2017
Hotel José Antonio - Av. 28 de Julio 398, Miraflores

8:30 - 9:00	Inscripción		
9:00 - 9:10	Bienvenida Institucional	Gabriel del Castillo	ESSALUD
9:10 - 9:30	Los retos de los sistemas de salud en la era de los ODS Objetivos de la Preconferencia	Daniel Maceira	CEDES-Argentina y Healt Systems Global
Horario	TITULO	AUTOR/A	INSTITUCION
	Panel 1: Gestión Territorial de Servicios de Salud		
9:30 - 11:00	Moderador:. Ronald Rodriguez Aguirre, U. Continental		
	Ensayo randomizado para probar la efectividad de un método de aprendizaje de agentes comunitarias de salud, de los servicios de salud gubernamentales orientados hacia la comunidad para reducir la desnutrición crónica infantil	Laura Altobelli, Jose Cabrejos-Pita y Vilma Suarez-Giga	UPCH
	Cerrando brechas de inequidades sociales desde la gestión territorial en salud y su impacto en la reducción de problemas de salud pública – Municipalidad San Mateo	Bernardo Ostos, Rosa Pretell, Mango y Rojas	Dir.Reg.Salud Lima y Munic. de San Mateo
	Gestión del territorio como herramienta para el abordaje de los DSS en el nivel local y el cierre de brechas formativas en el personal de salud para la transformación de los servicios	Félix Palomo Luyo y Guadalupe Mora	Dirección Regional de Salud de Lima
	Fortalecimiento de capacidades en establecimientos del primer nivel de salud en el marco de investigaciones en comunidades afectadas por tuberculosis en Lima, Perú	Pinedo, Martel, Tafur, Lecca y Leon	Socios en Salud
11:00 - 11:20	Café		
	Panel 2: Enfoques de Atención Primaria en Salud		
11:20 - 12:50	Moderador: Juan Pablo Murillo, UNMSM.		
	Evaluando la capacidad del sistema de salud para brindar atención en comunidades alejadas y rurales de la selva peruana a través del programa de control de la tuberculosis	Camila Gianella Malca, César Ugarte Gil, Maria Amalia Villa y Claudia Lema Dodobara.	UPCH y Salud Sín Límites Perú
	Diagnóstico de las Competencias relacionadas a la Atención Primaria en Salud de los Profesionales del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud de la Dirección Regional de Salud. Lima. 2015	Lourdes Kusunoki Lourdes y Mario Tavera	ORAS CONHU
	Los efectos de un modelo de salud con enfoque preventivo y participación social sobre la cobertura de los servicios de salud en poblaciones vulnerables de Bolivia	Soraya Román	CEDEC
	La mezcla de habilidades “SKILL MIX” en establecimientos de salud del primer nivel de atención en la zona valle de los ríos de Apurímac, Ene y Mantaro - VRAEM de Ayacucho	Alina Herrera Huarancca	UPCH
12:50 - 14:00	Almuerzo		

Health Systems Global
Preconferencia Perú
Lima, 14 de noviembre, 2017
Hotel José Antonio - Av. 28 de Julio 398, Miraflores

	Panel 3: Financiamiento e Impacto de Programas de Salud		
14:00 - 15:30	**Moderadora: Juan Pablo Silva, PUCP**		
	Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú	**Denice Cavero-Arguedas, Viviana Cruzado de la Vega, Gabriela Cuadra-Carrasco, Alfonso Gutiérrez-Aguado**	**Ministerio de Economía y Finanzas**
	Visión de largo plazo: Fondo de Alto Costo	**Janice Seinfeld, Lorena Prieto, Vilma Montañez y Oriana Salomón**	**Videnza y Universidad Pacífico**
	Descentralización y articulación intergubernamental en Salud en el período 2012-2016	**Shumaya Iturrizaga y Miguel Díaz**	**UNMSM y MINSA**
	Evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal, un instrumento del presupuesto por resultados: algunas experiencias aplicadas en salud	**Karina Peñaloza Vassallo, Alfonso Gutiérrez-Aguado y María Prado Fernández**	**Ministerio de Economía y Finanzas**
15:30 - 15:50	**Café**		
	Panel 4: Cobertura Universal de Salud		
15:50 - 17:20	**Moderadora: Flor de María Philipps, UPC**		
	Una Propuesta Innovadora Para implementar Modelos Integrales e Incluyentes de Salud En América Latina	**Fernando Carbone**	**Medicus Mundi**
	Comportamiento de la población frente a la persistencia del aseguramiento y la pobreza	**Lorena Prieto y Vilma Montañez**	**Universidad del Pacífico**
	El Acuerdo Nacional como espacio de consenso de las políticas de salud y aplicación real de estas políticas durante los primeros años de los nuevos gobiernos	**Edgardo Nepo Linares**	**UPC**
	Hacia un contrato público en salud	**Alexandro Saco Valdivia**	**Foro Salud**
17:20 - 17:30	**Palabras de Cierre**	**Daniel Maceira**	**CEDES-Argentina y Healt Systems Global**
17:30 - 18:00	**Entrega de certificados**		

Trabajos presentados

Ensayo randomizado por conglomerados para probar la efectividad de un método innovadora de aprendizaje de las agentes comunitarias de salud, fortaleciendo las capacidades de los servicios de salud gubernamentales orientados hacia la comunidad para reducir la desnutrición crónica infantil

Laura C. Altobelli, DrPH, MPH, Jose Cabrejos-Pita, MD, MPH, Vilma Suarez-Giganiversidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru

Motivación - Una de las claves para mejorar la salud a nivel mundial es la adopción por las madres de prácticas saludables. El desafío es cómo ayudar a las madres a cambiar comportamientos cuando acceso a la información de salud es deficiente, los niveles educativos son bajos y las creencias tradicionales son fuertes. La formación y despliegue de agentes comunitarios de salud (ACS) es una manera importante para cerrar la brecha entre servicios de salud gubernamentales las madres/familias en las comunidades.

Objetivo - Probamos una metodología innovadora de aprendizaje/enseñanza llamada "Compartiendo Historias" con la hipótesis que esto podría potenciar y habilitar a las ACS para que enseñan mejor a las madres para cambiar comportamientos y reducir la desnutrición crónica infantil (DCI) en niños de 0—23 meses de edad.

Metodología – Se realizó un ensayo randomizado por conglomerados distribuyendo aleatoriamente a las 24 jurisdicciones de centros de salud rural al grupo experimental o al grupo control. Capacitamos a personal de salud (facilitadoras) para que ellas enseñen a las ACS utilizando la metodología de "Compartiendo Historias" (grupo experimental) y otro método de enseñanza participativo estándar para las facilitadoras de ACS del grupo control. Otros factores de intervención de los dos grupos de estudio fueron iguales, incluyendo los contenidos, materiales educativos, y otras. Se midió el impacto en conocimientos y prácticas de las madres y en la DCI en niño en muestras aleatorias de 600 en la línea base (2010) y la final (2014) según su área de residencia.

Resultados- Con una línea base de DCI en ambos grupos de 35%, se la redujo en el grupo experimental más que en el control. El método de enseñanza innovador a ACS tenía impacto significativo en reducir DCI al 25% (experimental) en la evaluación final versus al 33% en el grupo control. El haber **recibido una visita de una ACS del grupo experimental (que fue capacitada con el método "Compartiendo Historias")** a la madre antes o después de nacimiento fue uno de los factores significativos de menor riesgo de DCI en niño de 0-23 meses de edad. También aumento la cobertura de servicios materno-infantiles.

Trabajos presentados

Gestión del territorio como herramienta para el abordaje de los DSS en el nivel local y el cierre de brechas formativas en el personal de salud para la transformación de los servicios

Félix Humberto Palomo Luyo y Julia Guadalupe Mora Mendivil, Dirección Regional de Salud Lima

Motivación: La lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil continúan como prioridades de Estado; y parte del análisis del contexto nacional y regional no hacen más que visibilizar serias dificultades que limitan la solución de esta problemática, entre ellas, la débil articulación multisectorial, el marcado enfoque sectorial en el abordaje sanitario, y las brechas formativas con las que ingresa el personal sanitario al sistema; tal situación complejiza aún más esta situación en el país. Estamos convencidos que la sostenibilidad de los resultados depende del trabajo de muchos y en conjunto, la salud como resultante de procesos sociales, requiere de un abordaje multisectorial, territorial y local, bajo el liderazgo del gobierno local y donde el personal de salud se convierta en un facilitador para el desarrollo de estos procesos, que buscan finalmente, el empoderamiento de las y los ciudadanos.

Metodología: En este marco, el Gobierno Regional de Lima viene impulsando 05 procesos, que consideramos deben constituir la columna vertebral de cualquier política pública a diseñar e implementar:

1.Organización de los servicios de salud. Con la finalidad de identificar mejor el territorio, sus actores, cultura, etc y de esta forma adecuar la oferta en el primer nivel de atención, acercarnos a los usuarios y mejorar la calidad del servicio. 2.Articulación multisectorial para el abordaje de determinantes sociales. Mediante la conformación de los Comités Multisectoriales, integrados por los representantes de los distintos sectores responsables de los determinantes de la salud y liderados por el gobierno local. De igual forma se impulsa la implementación de algunas herramientas metodológicas para abordar los DSS desde el gobierno local. 3.Fortalecimiento de capacidades del recurso humano para la implementación de intervenciones efectivas desde el gobierno local. Se busca contar con un equipo regional acorde a las necesidades, capaz de abordar no solo al individuo, sino a la familia y a la comunidad; y adicionalmente, con capacidad técnica para insertar en la agenda política el abordaje a los DSS (-Salud en todas las políticas-). Y en este punto, la brecha formativa del recurso humano es gigantesca; por lo que se requiere un trabajo coordinado con las entidades formadoras, y de manera paralela, implementar estrategias para el cierre de brechas en el personal que ingresa al sistema. 4.Política de estímulo y reconocimiento a los resultados. La experiencia nos demuestra que el estímulo y el incentivo, en un marco de resultados, funciona; por ello debemos seguir fortaleciendo estrategias como el Premio Regional a la Gestión Territorial en Salud, Plan de Incentivos Municipales, que podría replicarse a nivel regional. 5.Monitoreo y control ejecutivo regional. El control y seguimiento de estos procesos en el máximo espacio decisor ejecutivo regional (Comité Ejecutivo Regional en Salud).

Objetivo: Esta iniciativa busca desarrollar un trabajo articulado con las diferentes instituciones públicas, privadas y sociedad civil, que favorezca la implementación de políticas públicas a través de la movilización de recursos propios, para solucionar los problemas comunes del territorio, fomentar la participación y vigilancia ciudadana y garantizar de esta manera, la gobernabilidad y el fortalecimiento de las instituciones.

Resultados generales: A la fecha, la implementación de la gestión territorial como herramienta gerencial, ha permitido: 1.Mejorar la organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención, 2.Fortalecer la articulación multisectorial a través del funcionamiento de los comités multisectoriales y las salas situacionales (que funcionan como observatorios de determinantes sociales) 3.Fortalecer las capacidades de los equipos municipales, a través de la asistencia técnica permanente a los gobiernos locales para un mejor abordaje de los determinantes de la salud. 4.Implementar una política regional de incentivos a la mejora de resultados, con el Premio Regional a la GT en Salud, donde bajo el enfoque de resultados, se premia a los gobiernos locales que hayan disminuido la anemia y la DCI en su jurisdicción. 5.Mejorar el seguimiento y control de procesos, mediante el -Observatorio Regional de Gestión Territorial-, que se analiza de manera mensual en el Comité Ejecutivo Regional de Salud, espacio conformado por los Directores de Redes de Salud y Hospitales de la Región Lima.

Resultados de impacto:

Proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con anemia según endes/sien 2014-2015-2016

Año	fuente endes	ubicación según fuente endes	promedio nacional
2014	56.50%	décimo noveno lugar	46.80%
2015	48.70%	quinceavo lugar	43.50%
2016	40.90%	séptimo lugar	43.60%

Proporción de niñas y niños menores de 5 años de edad con dci según endes/sien 2014-2015-2016

Año	fuente endes	ubicación según fuente endes	promedio nacional
2014	10.00%	sexto lugar	14.60%
2015	9.70%	sexto lugar	14.40%
2016	5.90%	quinto lugar	13.10%

Trabajos presentados

Fortalecimiento de capacidades en establecimientos del primer nivel de salud en el marco de investigaciones en comunidades afectadas por tuberculosis en Lima, Perú

Pinedo, Martel BA, Tafur, K, Lecca LW, Leon SR, Socios En Salud Sucursal Perú, Lima, Perú.

Motivación: La OMS sugiere como forma de control de la Tuberculosis (TB) que las investigaciones dentro de los países afectados se enfoquen hacia el desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico, obtención de nuevos medicamentos, y el desarrollo de tratamientos con esquemas más cortos y simplificados, con mejores tasas de eficacia y tolerancia, para tratar a los casos de TB-MR y de co-infección con el VIH con aplicación en el primer nivel de atención.
Socios en Salud lleva más de 20 años realizando investigación en las comunidades afectadas por TB, estas investigaciones se encuentran en el marco de lo sugerido por la OMS y durante nuestra experiencia se han implementado diversas estrategias para fortalecer las servicios en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
Objetivo: Describir las principales estrategias de fortalecimiento de capacidades de los servicios de salud del primer nivel de atención en el marco de las investigaciones en comunidades afectadas por TB durante el 2016-2017.
Metodología: Durante la implementación de diversas investigaciones SES Peru identificó necesidades de desarrollo de habilidades específicas del personal de los establecimientos de salud y ha organizado y facilitado entrenamientos para complementar la experiencia previa del personal de las estrategias sanitarias de control de TB. Entre estos destacan entrenamientos en: i) Colección de muestras de esputo; ii) Aspirado gástrico; y iii) Aplicación y lectura de PPD.
Resultados: Se entrenó en colección adecuada de muestras de esputo a un total de 15 personas entre técnicos de enfermería y enfermeras pertenecientes a diez establecimientos de salud de alta carga de pacientes de la Red de Salud Lima-Este. Por otro lado, en 5 establecimientos de salud de Lima norte (Rímac, SMP y Túpac Amaru) se entrenó un total de 10 enfermeras en la colección adecuada de aspirado gástrico, incluyendo el manejo de complicaciones; por último se capacitó 17 enfermeras de igual número de establecimientos de salud en aplicación y lectura correcta de PPD. Es difícil conocer el impacto de los entrenamientos en colección de esputo y aplicación de PPD, pero

Trabajos presentados

Evaluando la capacidad del sistema de salud para brindar atención en comunidades alejadas y rurales de la selva peruana a través del programa de control de la tuberculosis[1]

Gianella Malca, Camila. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Ugarte Gil, César. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Pesantes Villa, Maria Amalia. Salud Sin Límites Perú Lema
Dodobara, Claudia. Salud Sin Límites Perú

Motivación: El control de la Tuberculosis (TB) se basa en la capacidad del sistema de salud para llevar a cabo las labores de detección, diagnóstico y tratamiento, lo cual es difícil de alcanzar en poblaciones rurales y dispersas.
Objetivo: Este estudio tiene como objetivo contribuir al diseño de medidas integrales que permitan fortalecer el sistema de salud, en especial en zonas rurales y dispersas del Perú.
Metodología: Usando como marco los bloques del sistema de salud de la Organización Mundial de la Salud se analizó el desempeño el programa de control de la TB partir de entrevistas (con usuarios indígenas y no indígenas de los servicios, profesionales de la salud, líderes de la comunidad); y revisión de registros (laboratorio, registros de pacientes con TB) del programa de TB, en la provincia de Satipo (Selva central del Perú)
Resultados: Se encontraron serias debilidades en la calidad del servicio, que provocan demoras en el diagnóstico, tratamiento, así como la ausencia de seguimiento de los casos. Además, las guías nacionales de TB no se adaptan a la realidad de las comunidades rurales dispersas en las que la entrega diaria del tratamiento (DOT) por el personal de salud es muchas veces imposible por la distancia y el costo. La distancia entre puestos de salud y hospitales, y falta de laboratorios hace difícil el diagnostico a tiempo, incrementando el riesgo a complicaciones (en el paciente) y aumento del riesgo de contagio (en la comunidad). Las personas con TB enfrentan demoras en el inicio del tratamiento por falta de acceso a médicos, y los recursos humanos no reciben capacitación para atender a personas con TB, no contándose con suficientes trabajadores de salud para cubrir las metas en detección ni para garantizar el seguimiento de las personas con TB. En cuanto a la gobernanza, hay compromiso por parte de algunas autoridades para cooperar en emergencias médicas, pero poca capacidad para hacer incidencia para mejorar la calidad de los servicios. En el diseño de intervenciones para el control de la TB se debe tomar en cuenta las diferencias de brindar atención en TB en una zona urbana y en poblaciones dispersas.

[1] En base a los resultados del proyecto " Examining health system performance for indigenous people in the Peruvian Amazon through the lens of tuberculosis control." (MR/P004172/1), financiado por la Iniciativa Conjunta de investigación de Sistemas de Salud (apoyada por DFID, ESRC, MRC y el Wellcome Trust), ubvencionado y aplicado por London School of Hygiene & Tropical Medicine, el Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Cayetano Heredia y la ONG Salud Sin Límites Perú, entre 2016-2017.

Trabajos presentados

Diagnóstico de las Competencias relacionadas a la Atención Primaria en Salud de los Profesionales del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud de la Dirección Regional de Salud Lima. 2015*

Kusunoki Lourdes &Tavera Mario, Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Motivación: La Atención Primaria de Salud (APS), estrategia con gran impacto sobre los principales problemas de salud que afectan a la mayor parte de la población. Su desarrollo se relaciona con la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en la Familia y Comunidad (MAIS BFC) y se centra en los establecimientos de salud (EESS) del primer nivel. Su éxito depende de la disponibilidad de Recursos Humanos (RRHH) con competencias en este enfoque.

Objetivo: Evaluar las competencias e identificar las brechas relacionadas con la implementación del MAIS-BFC en los EESS del primer nivel de atención de la Dirección Regional de salud Lima y proponer acciones para mejorar sus competencias laborales, en el marco de la APS, de los profesionales del SERUMS (Servicio Rural Urbano Marginal de Salud).

Metodologia: Se desarrolló una investigación de carácter exploratorio, mediante la aplicación de ~~-~~Guía Técnica para la identificación de competencias y diseño de estándares e instrumentos de evaluación de competencias específicas con el enfoque funcionalll, encuesta de conocimientos , ficha de sus EESS a los 36 serumistas.

Resultados: Ningún serumista cumplió con los estándares básicos. Sólo una tercera parte aplicaba las fichas familiares, que facilita la elaboración de planes de intervención a las familias. Doce serumistas fueron jefes de EESS, sin haber recibido durante su formación aspectos sobre Gestión de EESS. Se evidenció un alto nivel de conocimientos teóricos, lo que refleja una disociación entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica. Los EESS, cuentan con buena infraestructura, con poca utilización de ella y escasa valoración por los habitantes locales. Se identificaron grandes debilidades en la gestión para dar soporte al funcionamiento adecuado y sostenible del MAIS-BFC. Se evidencian brechas de capacitación, lo cual se agrava por la inexistencia de un sistema de gestión que permita dar soporte a la implementación del MAIS-BFC. Un severo problema es que los horarios de atención no se adecúan a la dinámica de la población, lo que condiciona un escaso uso de los EESS. La implementación de este modelo requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de RRHH, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

*Tesis para optar el Título de Magister en Gerencia Social. PUCP, 2017

Trabajos presentados

Los efectos de un modelo de salud con enfoque preventivo y participación social sobre la cobertura de los servicios de salud en poblaciones vulnerables de Bolivia

Soraya Román, Asociación Centro de Defensa de la Cultura

Motivación: La atención primaria en salud renovada aboga por un enfoque más preventivo y promocional de la salud, donde las comunidades se conviertan en socios activos en la gestión de la salud (1). Cómo hacer efectivos estos principios/elementos en el sistema de salud todavía está en debate. Actualmente, en Bolivia, la política sanitaria y el marco legal favorecen la implementación de un modelo de salud más integral y participativo, donde la gestión de las acciones sanitarias es compartida entre el sector público de salud y la sociedad civil (2). Este es un escenario interesante para estudiar la implementación de este tipo de modelos.

Objetivo: Determinar los efectos de la implementación de un modelo de salud con enfoque preventivo y participación social sobre:

- Los conocimientos y habilidades de los recursos humanos para aproximarse a la comunidad
- El grado de participación de la comunidad en actividades destinadas a mejorar su salud
- La satisfacción con el servicio de salud
- La cobertura de prestaciones curativas y preventivas por ciclo de vida

Metodología: Implementamos el modelo de salud en 12 establecimientos públicos de salud de primer nivel que atienden a poblaciones marginadas del área rural, entre las gestiones 2014 y 2017. La implementación del modelo incluye la formación de recursos humanos, elaboración, ejecución y monitoreo participativos de una estrategia local de salud, y seguimiento personalizado a las familias mediante controles integrales de salud y visitas domiciliares. Diseñamos una evaluación cuasi-experimental en la que comparamos los resultados de los 12 establecimientos intervenidos con 9 establecimientos de control, usando un modelo de diferencias en diferencias.

Los efectos sobre los recursos humanos se analizan mediante técnicas cualitativas.

Resultados: Tenemos resultados preliminares, basados en datos administrativos de los servicios de salud, que indican que la intervención incrementó indicadores de cobertura de salud: controles de salud por ciclo de vida, cuarto control prenatal, tercera dosis de la vacuna pentavalente, parto institucional, PAP, entre otros. Con información primaria, esperamos identificar la correlación entre los cambios en cobertura y cambios en indicadores de participación comunitaria y de satisfacción del servicio.

Trabajos presentados

La mezcla de habilidades “skill mix” en establecimientos de salud del primer nivel de atención en la zona Valle de los Ríos de Apurímac, Ene y Mantaro - Vraem de Ayacucho

Herrera Huarancca, Alina Catia, Médico Residente de Administración en Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia - UPCH

Resumen: Los recursos humanos asistenciales de los establecimientos de salud del primer nivel de atención poseen una mezcla de habilidades y conocimientos adquiridos con la experiencia, desarrollándose en la necesidad de brindar atenciones de salud, ya que existe ausencia de profesionales de la salud. Es así que se selecciona la zona VRAEM de Ayacucho para realizar el estudio, ya que es una zona con características similares a otras regiones del Perú, con diversidad y dispersión de la población, donde es difícil el acceso de médicos y profesionales de salud por diversos motivos y donde es importante tomar acciones en beneficio de la salud.

Motivacion: La carencia de recursos humanos asistenciales en los establecimientos de salud de primer nivel de atención obliga al personal de salud a desarrollar habilidades y conocimientos por experiencia, una capacitación adecuada del recurso humano asistencial ayudaría al fortalecimiento de habilidades y obtención de competencias lo que coadyuvaría a la resilencia para la salud y toma de acciones de mitigación en la prestación de servicios de salud, pudiendo ser un ancla como estrategia para fortalecer el sistema de salud del país.

Objetivo: Determinar la mezcla de habilidades ―SKILL MIX‖ en los recursos humanos asistenciales en establecimientos de salud de primer nivel de atención de la zona VRAEM de Ayacucho.

Metodologia: Se realizó un estudio descriptivo Observacional de corte Transversal. La unidad de análisis fueron los establecimientos de primer nivel de atención en salud de la zona VRAEM de la región Ayacucho en el periodo enero – diciembre 2016.

Resultados: Existe una manifestación clara de habilidades desarrolladas por los recursos humanos asistenciales de establecimientos de primer nivel de atención en salud en distintas áreas de la salud, aun no siendo de su competencia académica y laboral. Esto demuestra que es una fuerza laboral importante que contiene el sistema de salud.

Trabajos presentados

Evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú

Denice Cavero-Arguedas, Viviana Cruzado de la Vega, Gabriela Cuadra-Carrasco, Alfonso Gutiérrez-Aguado. Ministerio de Economía y Finanzas

Motivación: En el Perú, se implementó el Programa Juntos en 2005 y en octubre de 2011 se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) con el objeto de liderar la agenda de inclusión social, a partir de la estrategia nacional ~~I~~incluir para crecer‖ . Dicha esta estrategia se encuentra basada en un enfoque del ciclo de vida y es implementada a través de diferentes programas que atienden a la población en condición de pobreza y exclusión en distintos rangos de edad. Estos son el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Nacional Cuna Más (PNCM), el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres (JUNTOS) y el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 dirigido a los adultos mayores.

Objetivo: Describir las experiencias y reportar los efectos de las evaluaciones de impacto de los Programas Sociales sobre sus principales resultados y sobre indicadores de salud.

Metodología: evaluaciones de impacto al SAF del PNCM a partir de un diseño experimental, la evaluación de impacto a Pensión 65 a partir de un diseño de regresión discontinua y la evaluación de impacto a Juntos, que empleó una metodología de diferencias en diferencias a partir de una muestra panel de hogares. En los dos primeros, las mediciones basales y de seguimiento se realizaron en 2012 y 2015. En el caso de Juntos, dichas mediciones se hicieron en 2011 y 2016.

Resultados: Los resultados muestran que el SAF generó mejoras en el desarrollo cognitivo y de lenguaje en los niños mas no en las prácticas de cuidado infantil de las madres ni en el estado nutricional de los niños. JUNTOS logró incrementos en el gasto per cápita, gasto en alimentos, disminución de la severidad de pobreza y mejoras en el logro educativo. Sin embargo, no se encontraron resultados significativos en la mayoría de indicadores de salud prenatal ni estado nutricional infantil. Pensión 65 mejoró la salud emocional del adulto mayor (depresión, autovaloración), pero no se evidenció aumentos en el uso de servicios de salud por parte de los adultos mayores ni mejoras en su salud física.

Trabajos presentados

Visión de largo plazo: Fondo de Alto Costo
Seinfeld, Janice – Videnza Consultores
Lorena Prieto – Universidad del Pacífico
Montañez, Vilma – Universidad del Pacífico
Oriana Salomón – Videnza Consultores

Motivación: La protección financiera es uno de los tres pilares fundamentales establecidos por la OMS para lograr la cobertura sanitaria universal, la cual consiste en asegurar el acceso oportuno a la salud, evitando problemas financieros y, en el extremo, empobrecimiento. En este sentido, la cobertura de las enfermedades de alto costo es fundamental; permite acceso a salud y evita gasto catastrófico.
La segmentación en el sistema de salud peruano implica que cada grupo poblacional recibe una cobertura y atención distinta —incluso no necesariamente asegurada—, según el subsistema de salud al que pertenece. Por su lado, la fragmentación en el financiamiento genera ineficiencias en la utilización de los recursos y en la organización del sistema.
Objetivo: El objetivo de la investigación es resolver estos problemas de ineficiencia e inequidad en el caso de las enfermedades de alto costo. Por ello, se evalúan alternativas para cubrir las prestaciones de alto costo en el Perú, considerando las experiencias internacionales y nacionales exitosas.
Se propone, así, un fondo universal para las enfermedades de alto que disminuya la fragmentación y segmentación actuales. Sobre la base del Fondo Intangible Solidario en Salud (Fissal), el cual cubre siete tipos de cáncer, enfermedad renal crónica y enfermedades raras y huérfanas a los asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS) se plantea el Fondo de Alto Costo.
Metodología y resultados: Se revisaron las experiencias internacionales —México, Colombia, Paraguay, Chile, Uruguay, Canadá, Tailandia y Alemania—, con el objetivo de estudiar la cobertura prestacional, poblacional, financiamiento e institucionalidad de otros esquemas de alto costo. Las experiencias internacionales adoptaron diversos esquemas de cobertura: fondos, reaseguros, incorporación dentro de los sistemas de capitación. Sin embargo, en aquellos países que utilizan fondos universales de alto costo, se encontraron ganancias de equidad y eficiencia, debido a la mancomunación de riesgos y a la especialización en el manejo de las condiciones cubiertas. Asimismo, se estimó el costo fiscal de la ampliación de Fissal para toda la población, con datos de prevalencia y paquetes de costos empleados por este fondo. La estimación permitió definir un costo aproximado de ampliación del Fissal entre 0.17% y 0.40% del PBI considerando prevalencia y distintos escenarios de restricciones de oferta.

Trabajos presentados

Descentralización y articulación intergubernamental en Salud en el periodo 2012-2016.

Iturrizaga, Shumaya; Díaz, Miguel
Oficina General de Gestión Descentralizada del Ministerio de Salud

Motivación: Generar consenso entre los niveles de gobierno para la implementación de prioridades de política en salud.
Objetivo: Analizar los avances de la articulación intergubernamental en salud para la implementación de políticas, periodo 2012 -2016.
Metodología: El proceso de descentralización en el Perú, se inició en el 2002. El MINSA culminó el proceso de transferencia de 16 funciones sectoriales en materia de salud a los 25 gobiernos regionales (GR) en el 2009.
El proceso continuó, con la creación espacios de articulación intergubernamental como la Comisión Intergubernamental de Salud en el 2010 y las reuniones del MINSA con la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales en el 2012. Dichos mecanismos de articulación permitieron implementar políticas públicas en salud. La articulación de políticas públicas y el establecimiento de mecanismos de articulación intergubernamental para el MINSA son la base para ejercer la conducción del sistema y gobernanza. Las prioridades de política intergubernamental en salud estuvo alineado a las políticas establecidas por el MINSA las cuales estuvieron alineados al ODS: Sistemas de Salud y financiamiento.
La metodología empleada se basó en el análisis sobre los avances de la articulación intergubernamental de salud implementada por el MINSA, periodo 2012 – 2016.
Resultados: Producto de la articulación entre el MINSA y los GR se tiene como resultados: (i) Más peruanos protegidos financieramente, el presupuesto del sector se incrementó en 33% entre el 2012 (s/ 10,798 millones) al 2016 (s/ 17,383 millones), también se incrementó los beneficiarios al SIS. (ii) Mayor acceso a servicios: (1) incremento de la oferta pública existente, mediante la ampliación de horas de atención en los establecimientos de salud (EESS); extensión de la atención especializada a través de ~~-~~Mas Salud‖. (iii) Fortalecimiento de la inversión pública en salud**.** Ello permitió que 168 EESS hayan sido concluidos, ampliados o remodelados con equipamiento, los que incluyen 2 hospitales nacionales, 6 regionales, 21 provinciales, 95 centros de salud estratégicos y 44 centros o puestos de salud no estratégicos.

Trabajos presentados

Evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal, un instrumento del presupuesto por resultados: algunas experiencias aplicadas en salud

Peñaloza Vassallo, Karina; Gutiérrez-Aguado, Alfonso; Prado Fernández María
Ministerio de Economía y Finanzas

Motivación: Año a año la asignación de recursos se viene incrementando para abordar los principales problemas de salud pública en el Perú, sin embargo seguimos encontrando deficiencias en el logro de resultados sanitarios. Desde sus inicios en el año 2008, las evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal (EDEP), uno de los instrumentos desarrollados por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) en el marco de la implementación del presupuesto por resultados (PpR), buscan proporcionar información confiable acerca de la consistencia en el diseño y los avances en la implementación de las intervenciones públicas, con el fin de mejorar su gestión y tomar decisiones presupuestales informadas.
Objetivo: Describir a las EDEP como instrumento del PpR y presentar su metodología, operación y resultados, a partir de experiencias aplicadas en el sector salud del Perú.
Metodología: Estudio descriptivo, en relación a las evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal. Las EDEP ponen énfasis en analizar la lógica del diseño de un programa o intervención, así como los aspectos vinculados con su implementación y desempeño (eficacia, eficiencia, calidad) en la entrega de bienes o provisión de servicios a la población.
Resultados: A casi 10 años de su implementación, se han realizado 57 EDEP de diferentes sectores, de las cuales siete están relacionadas a intervenciones en salud, entre las que se incluyen: el Sistema Integral de Salud, el servicio de vacunación, atención a partos normales, atención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas. Más allá de las discrepancias en torno a la aplicación de este instrumento, las EDEP y sus matrices de compromisos han permitido la utilización de los resultados de las evaluaciones y se han convertido en un mecanismo para generar información válida que permita mejorar los servicios públicos en favor de la población.

Trabajos presentados

Una Propuesta Innovadora Para implementar Modelos Integrales E Incluyentes De Salud En América Latina[1]

Equipos multidisciplinarios (enfermeras, obstetras, docentes, antropólogos, ingenieros informáticos, economistas, médicos salubristas y epidemiólogos, etc.) de Medicus Mundi Navarra Aragón Madrid y sus socios locales en Bolivia, Guatemala, Perú y España. Dentro de ellos, Fernando Carbone del equipo de Perú, presentó la propuesta en Lima.

Motivación: En las Américas intentamos transformar los modelos de salud hospitalocéntricos y verticalistas a modelos integrales e incluyentes, que respondan a las necesidades sentidas de la población y al abordaje de los determinantes sociales de la salud. El impulso al primer nivel de atención y a la Atención Primaria de Salud en los tres niveles es esencial.

Objetivo: Presentar una experiencia en Bolivia, Guatemala y Perú, operativizando componentes, estrategias y herramientas de modelos integrales e incluyentes.

Metodología: Los equipos de los tres países construyeron el 2011 una propuesta de acompañamiento a sus respectivos Ministerios de Salud y la pusieron en marcha. El 2013 construyeron un esquema para recoger la experiencia en la publicación *"Claves para la Transformación de los Sistemas de Salud de América Latina"*[2]. El 2014 el trabajo es objeto de una evaluación por dos consultores externos. Desde el 2014 la publicación, la evaluación externa y la experiencia en curso son presentadas en espacios nacionales e internacionales, y sirven para seguir acompañando y expandir el trabajo en cada país[3].

Resultados: La lección más importante que hemos aprendido: si es posible desarrollar un modelo de atención integral e incluyente que universaliza y garantiza el Derecho a la Salud, fundamento para la equidad sanitaria y punto de inicio para una transformación positiva de los sistemas de salud y para mejorar la calidad de la vida de la población, integrando:

Enfoques conceptuales: un nuevo paradigma de salud y ciencia (basado en las personas, las familias y las comunidades: tres sujetos, objeto de nuestros cuidados), el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transverzalización de género, pertinencia intercultural y enfoque ecosistémico.

Ámbitos de acción: las personas a lo largo de su ciclo vital, las familias y las comunidades.

Las estrategias operativas: promoción de la salud; prevención de riesgos; atención y curación del daño; educación y participación social; horizontalización programática; integración de la vigilancia en salud en la atención sanitaria; sistema de información integrado; definición de tácticas operativas para c/u de los ámbitos de acción; formación permanente de equipos multidisciplinarias y polifuncionales; implementación escalonada temática y territorial, etc.

[1]A partir de los Proyectos *"Un Modelo de Salud Integral e Incluyente"* (2010 - 2014, financiado por la Unión Europea y el Gobierno de Navarra GN) y *"Salud Integral e Incluyente Para Tod@s Desde Tod@s"* (2014 – 2017; financiado por el GN). La experiencia recibió el Premio 2014 del Instituto Carlos Slim de la Salud (Institución Excepcional) y el Premio Sasakawa 2016 de la OMS: la mejor experiencia en APS, entre otros.

[2] http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0975/6_MED_CLA.pdf

[3]Véase www.medicusmundi.pe y http://www.saludintegralincluyente.com/

Trabajos presentados

Comportamiento de la población frente a la persistencia del aseguramiento y la pobreza

Montañez, Vilma & Prieto, Lorena. Universidad del Pacífico

Motivación: Perú emprendió la reforma del aseguramiento en salud en el año 2009 con el fin de lograr el aseguramiento universal en un sistema segmentado y fragmentado. La ampliación de la cobertura del aseguramiento principalmente vía el Seguro Integral de Salud (SIS) observa un límite dentro de su mandato para la captación de nuevos asegurados. El país ha ido cambiando su configuración social y surgen nuevos retos en el aseguramiento para que la universalización se logre.

Objetivo: La investigación realiza un análisis sobre la evolución del comportamiento de los hogares en el aseguramiento y en la pobreza para la discusión sobre la vulnerabilidad de la protección financiera.

Metodología: Se efectúa un análisis estadístico descriptivo de la Encuesta Nacional de Hogares utilizando las dos muestras panel (2007-2011 y 2011- 2015) con el fin de analizar el cambio en las condiciones de las personas (probabilidad de transición) y su comportamiento.

Resultados: Se encontró en los dos períodos analizados que la probabilidad de transición que predomina es que, en el siguiente año, se mantengan en la condición en la cual inició el período anterior. Por ejemplo, que un hogar pobre permanezca pobre y que un hogar sin seguro permanezca sin seguro. Por tipo de seguro la probabilidad de transición muestra en el primer período analizado (2007-2011) que un 68.6% de los hogares sin seguro se mantendrán sin seguro, que un 86% de hogares con SIS se mantendrá en el SIS y que un 84.1% de asegurados a EsSalud contará con su seguro. El segundo período 2011-2015 muestra ligeros cambios a favor de los sin seguro (65.92%), un deterioro en el aseguramiento futuro de los hogares asegurados al SIS y de los asegurados a la seguridad social.

Los resultados muestran la urgencia de replantear los actuales esquemas de aseguramiento para ofrecer alternativas efectivas de protección financiera a la población. Se debe discutir los esquemas segmentados frente a los cambios en las condiciones de la población.

El acuerdo nacional como espacio de consenso de las politicas de salud y aplicación real de estas políticas durante los primeros años de los nuevos gobiernos

Nepo-Linares, Edgardo, Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas – UPC. Lima, Perú.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones generadas a partir de amplios consensos en los que participe la comunidad y que se sostengan en el tiempo de manera que adquieran el carácter de políticas de estado. En Perú, a excepción del sector económico, es difícil esta continuidad en las políticas, en especial en sectores del ámbito social. Por ello, se planteó como objetivo analizar los consensos alcanzado en el Acuerdo Nacional, el espacio de concertación de políticas de más alto nivel en Perú, durante los años 2012 y 2015, y su real aplicación por los sucesivos gobiernos nacionales. Para ello, se revisó el proceso de obtención de los consensos así como su contenido, se contrastó con lo ejecutado y se identificó elementos del entorno institucional y político claves para su implementación. Los consensos del Acuerdo Nacional han sido el resultado de arduas deliberaciones en las que hubo amplia participación de representantes de organizaciones políticas, gremiales y sociales, e incluyen elementos sustentados en las mejores prácticas de salud pública y en lecciones aprendidas y recomendaciones de la experiencia internacional, como la universalización de la protección social en salud, el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, la mejora del acceso a insumos estratégicos y la protección de los derechos en salud. En su momento, los consensos fueron percibidos como acuerdos que establecían un marco dentro del cual debían desarrollarse las políticas de salud en los siguientes años. Sin embargo, los hallazgos muestran que hay afectación a la continuidad de las políticas de salud con los cambios de gobierno, en especial la existencia del ~~ba~~chell del primer año, que es un patrón verificable en las últimas 3 elecciones. Estos problemas estarían vinculados con débil institucionalidad y débiles mecanismos de empoderamiento social en el tema de salud.

Palabras clave: Políticas de salud; Acuerdo Nacional; Institucionalidad; Empoderamiento social en salud.

Trabajos presentados

Hacia un contrato público en salud

Saco Valdivia Alexandro, Foro de la Sociedad Civil en Salud (Consejo Directivo – Past Coordinador)

Motivación: El sector privado en salud genera una gama de servicios diversos en todo sentido: costos, calidad, ubicación, capacidad resolutiva. Éstos a pesar del avance del acceso público en salud absorben alrededor de un tercio del financiamiento de la salud destinado a atenciones, y mantienen cerca de dos tercios de la oferta de los establecimientos registrados.

Su relación con los objetivos país para el acceso universal es ambivalente; al estar sus servicios débilmente regulados y funcionar sólo en lógica de mercado, responden a sus objetivos básicos como empresas. Pero teniendo en cuenta las brechas de oferta prestacional, la viabilidad de la participación del sector privado en la provisión de servicios financiados por el estado en lógica pública es un aspecto a dilucidar.

Objetivo: Contar con elementos de análisis para el cierre de brechas de la oferta pública, desde una nueva relación del sistema público con la provisión privada de servicios de salud, que permita un modelo distinto a las APP o a la contratación desregulada de pequeñas empresas en hospitales públicos, transitando hacia un modelo de ―Contrato Público en Salud‖ promoviendo la asociatividad profesional en salud con incentivos públicos para tal fin.

Metodología: Identificación del financiamiento público (MINSA/SIS, GORES, ESSALUD, FFAA, FFPP) que se destina a la compra de servicios privados de salud, así como las distintas modalidades de contratación, identificando ventajas y desventajas de los modelos utilizados en la actualidad.

Resultados:

a.Proponer una forma alternativa de contratación desde el sistema público hacia los servicios privados, que permita lograr un costo beneficio favorable.

b.Fomentar la asociatividad de profesionales de la salud en los territorios, priorizando la atención del primer nivel y las políticas nacionales de salud.

c.Impulsar el cierre de brechas para el acceso a la atención de salud, recuperando el rol rector del Estado en la provisión de los servicios privados de salud que contraten con él.

La reunión en fotos

La jornada en los medios

https://goo.gl/p8Dzt2