

Diagnóstico y Propuesta 54*



SALUD

■ Janice Seinfeld y Vicente Benites



*BALANCE DE INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS PÚBLICAS 2011 – 2016 y AGENDA DE INVESTIGACIÓN 2017 – 2021

Balance de Investigación en Políticas Públicas 2011 – 2016 y Agenda de Investigación 2017 – 2021

Salud

Janice Seinfeld y Vicente Benites¹

¹ Janice Seinfeld es directora ejecutiva y fundadora de Videnza Consultores, consultora especializada en el diseño y desarrollo de políticas de salud basadas en evidencias. Vicente Benítez es investigador y evaluador de tecnologías sanitarias en el Instituto Nacional de Salud (INS), Fondo Intangible Solidario en Salud (Fissal) y Superintendencia Nacional de Salud (Susalud)

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	4
Introducción	7
1. Balance de las investigaciones realizadas sobre salud en el Perú, 2011-2016	8
Enfermedades prioritarias	8
a. Determinantes de la salud.....	8
b. Carga de enfermedad	9
c. Tuberculosis	9
d. Papiloma humano	10
e. Obesidad y desnutrición.....	10
f. VIH-SIDA.....	11
Oferta de servicios	12
a. Impacto de intervenciones y programas	12
b. Acceso a servicios.....	13
c. Acceso a medicamentos	14
d. Calidad y satisfacción.....	14
e. Equidad	14
f. Recursos humanos	15
Rectoría y regulación	16
Financiamiento.....	17
a. Rentabilidad y sostenibilidad.....	17
b. Carga económica, costos y efectividad.....	18
Aseguramiento.....	19
2. Percepciones de los expertos sobre diversos aspectos de la salud en el Perú, 2011-2016	22
1. Grupos de gestores: áreas a priorizar en investigación	22
a. Recursos humanos en salud.....	22
b. Gestión de los servicios de salud.....	22
c. Políticas públicas y programas de salud	22
d. Evaluaciones económicas y financieras.....	22
e. Telemedicina	23
f. Guías de práctica clínica	23
2. Grupo de investigadores: áreas a priorizar en investigación	23
a. Ensayos clínicos controlados	23
b. Estudios de intervención en la comunidad.....	23
c. Bioequivalencia de fármacos genéricos y biosimilares	23

d. Plantas medicinales	23
e. Barreras y facilitadores de la investigación en salud en el Perú	24
3. Impacto de las investigaciones en políticas públicas	25
4. Agenda de investigación en el área de salud, 2017-2021	28
1. Enfermedades prioritarias	28
Oferta de servicios	28
Rectoría y regulación	29
Financiamiento	30
Aseguramiento	31
5. Conclusiones y reflexión final.....	32
6. Referencias bibliográficas.....	34
Anexos.....	37
Anexo 1. Lista de Personas Entrevistadas	37
Anexo 2. Guía semiestructurada de entrevistas	38
Anexo 3. Lista de siglas y acrónimos.....	39

Resumen ejecutivo

La relevancia de la investigación en salud es innegable, dado que poner en práctica sus resultados permite mejorar las intervenciones futuras, tanto públicas como privadas. Es alentador que en los últimos años, la investigación en salud ha captado mayor interés a nivel nacional, siendo las facultades de medicina las que más estudios publican.

El presente trabajo constituye un capítulo del libro "La investigación económica y social en el Perú: balance 2011-2016 y agenda 2017-2021". En esta oportunidad, su objetivo es realizar un balance de las investigaciones en salud a nivel nacional durante el periodo 2011-2016 y proponer una agenda de investigación sobre salud que buscará orientar las iniciativas de investigación del 2017 al 2021. Además, se busca que sirva como libro de consulta.

Tras presentar la importancia de los estudios en salud y la definición de prioridades nacionales, se consolidan según temas los esfuerzos ya publicados. En cuanto al balance de investigaciones realizadas en el quinquenio 2011-2016, se efectuó una revisión sistemática de estudios de temas seleccionados relacionados a la salud. Para ello, se utilizó la base de datos Alicia del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (Concytec) y el motor de búsqueda PubMed. La primera es especializada en tesis y trabajos similares, mientras que la segunda recopila las publicaciones de las principales revistas científicas en salud a nivel mundial. Asimismo, se presenta un balance de los hallazgos por subsección para visualizar con mayor claridad qué ya se tiene y qué se requiere investigar. Ello contribuye tanto a la gestión en salud basada en la evidencia como a la identificación de prioridades de investigación.

Sobre el balance del periodo 2011-2016 se puede mencionar que la producción científica en los tópicos seleccionados no ha tenido el crecimiento esperado. Sin embargo, los estudios aportan a la comprensión de temas tan importantes como:

- Factores sociodemográficos condicionantes del estado de salud;
- Determinantes que se asocian a la respuesta del sistema y servicios de salud;
- Problemas de acceso oportuno a los medicamentos en problemas de salud tan importantes para el país como lo es la tuberculosis multidrogorresistente;
- Temas de financiamiento de intervenciones costo-efectivas en enfermedades que presentan estrategias de prevención como el cáncer de mama y el pie diabético;
- Sostenibilidad financiera de los seguros subsidiados por el estado como el seguro integral de salud (sis); y
- Mejora de la eficiencia de la recaudación de aportes en los seguros contributivos como es essalud.

Luego del balance, se presentan las opiniones de expertos en salud pertenecientes a dos grupos distintos de especialización. Por un lado, están los especialistas en gestión, que ahondan en temas relevantes para tomar decisiones sobre recursos humanos en salud y la oferta de salud en general. Por otro lado, están los investigadores en salud, que se enfocan en los principales problemas para la población y hacen énfasis en las dificultades que enfrentan para poder llevar a cabo investigación de calidad.

La sección seis presenta los impactos de las investigaciones en políticas públicas. Se enfatiza sobre algunos estudios en particular, haciendo referencia a las políticas que ayudaron a fundamentar. Además, se especifica el efecto que podrían tener dichas investigaciones como soporte de evidencia para la generación de futuras políticas del sector. En general, la mayoría de publicaciones revisadas tienen relación con la identificación de diversos problemas

sanitarios. En contraste, pocos estudios revisados hacen una valoración del impacto de las políticas públicas en salud actualmente vigentes.

La propuesta de agenda de investigación para el próximo quinquenio ocupa la sección siete. En ella se plantean diversas interrogantes que podrían ser resueltas llevando a cabo investigaciones cuantitativas y cualitativas. Se identifican prioridades nacionales de investigación en salud para cada categoría de los temas revisados en el balance 2011-2016: enfermedades prioritarias, oferta de servicios, rectoría y regulación, financiamiento y aseguramiento.

Finalmente, se presentan las conclusiones y reflexiones tomando en cuenta los principales hallazgos y lo propuesto en la agenda. Por ejemplo, queda claro que urgen intervenciones para mejorar los servicios de agua y saneamiento, disminuir la resistencia a los medicamentos contra la tuberculosis, y disminuir la obesidad y desnutrición infantil. Entre los principales retos a solucionar están la falta de oferta de servicios que afecta tanto a las poblaciones que cuentan con un seguro de salud como a las que no tienen seguros, el acceso ineficaz a medicamentos prescritos y la carencia de recursos humanos en salud. Asimismo, se concluye que el Estado, a través del Minsa, debería asumir un rol más protagónico así como un facilitador de canales de comunicación y mesas de trabajos entre los Gobiernos regionales y los Gobiernos locales para hacer posible una mejor gestión en salud a nivel regional. Igualmente, se sugiere la auditoría médica de los procesos operativos y de soporte como una herramienta para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

A nivel del financiamiento, un tema clave es la fragmentación que existe y que hace muy difícil la gestión para las unidades ejecutoras y los establecimientos de salud. En el tema de financiamiento de las intervenciones en salud por parte del Estado, lo que corresponde es ser consecuente con los resultados de los estudios e implementar las intervenciones más costo-efectivas. Posteriormente se debería medir el impacto presupuestario y el nivel de la calidad de vida de las personas beneficiadas con dichas intervenciones a fin de valorar la sostenibilidad del financiamiento por parte del Estado.

Por otro lado, se confirmó la carencia de fondos de investigación orientados a salud por parte de Concytec, lo que obliga a replantear las prioridades de investigación en salud de dicha institución que a la fecha solo están alineadas con la biotecnología.

En el balance del aseguramiento, las investigaciones abordaron el tema de la cobertura de aseguramiento en zonas de extrema pobreza financiera y comprobaron que aún existe una brecha que zanjar. A su vez, se evidencia la necesidad de ser más eficientes en el proceso de aseguramiento para los regímenes subsidiados por el Estado, mientras que los seguros contributivos deben mejorar sus procesos de recaudación por parte de los empleadores. Estos hallazgos invitan a desarrollar intervenciones que puedan garantizar un adecuado proceso de aseguramiento y recaudación de ingresos por parte de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (Iafas).

Otro tema muy relevante es la necesidad de repensar los programas con presupuesto por resultados del Minsa. Al tener establecidos indicadores de proceso y resultados a fin de garantizar la medición de impacto sobre la salud de la población, permiten llevar a cabo la valoración de dichos indicadores en el corto plazo utilizando la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes). Sin embargo, contribuyen a la fragmentación del financiamiento en salud, aspecto que requiere también de investigación.

Las escasas coincidencias respecto de los tópicos a estudiar entre gestores e investigadores son un punto de reflexión importante que plantea la necesidad de organizar una agenda de

investigación en común. Se concluye que probablemente la falta de interacción entre dichos actores claves sea una de las causas por las cuales las investigaciones en salud no forman parte de las herramientas que utilizan los gestores para la generación e implementación de políticas públicas.

Como conclusión final, no se debe olvidar que ya hubo un esfuerzo similar llevado a cabo por el Minsa y dirigido por el Instituto Nacional de Salud (INS). Aunque estableció las prioridades en investigación para el periodo 2010-2014, no dio los frutos deseados en cuanto al volumen de producción científica en los temas planteados. En consecuencia, es clave que se establezca un mecanismo de implementación de las agendas, que podría ser liderado por el INS y la academia, y coordinado por el Minsa.

Introducción

Entre los años 2011 y 2016, el Estado peruano concedió mayor importancia a la inversión en investigación sanitaria. Así, multiplicó el presupuesto del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Concytec), institución que otorga financiamiento para becas de estudios y fondos para realizar investigaciones alineadas con las prioridades del país, entre ellas, la salud. Gracias a sus aportes y a los de otras instancias extranjeras, instituciones académicas como universidades públicas y privadas se han beneficiado de las becas y los fondos que se brindan. Asimismo, se ha fortalecido instituciones como el Instituto Nacional de Salud (INS) y se ha creado otras como el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (Ietsi). Si bien en ese contexto es esperable un aumento en el número de investigaciones publicadas, todavía existe una brecha de conocimiento en el área de la salud que debería cubrirse de manera organizada.

La investigación en salud es fundamental para el debate sobre políticas públicas. Permite que los gestores tomen decisiones de manera consciente y basadas en evidencia, así como utilizar los resultados de las investigaciones para diseñar intervenciones o políticas públicas que sean exitosas y sostenibles en el tiempo. Es decir, contribuyen a ir valorando y rectificando las políticas públicas para lograr mejores condiciones sanitarias a nivel nacional.

Aunque se vienen dando cambios en las políticas públicas en el sector salud, es necesario entender qué es aquello que se ha venido investigando para definir qué es lo que todavía se necesita investigar. En este sentido, es primordial revisar y renovar periódicamente las prioridades de investigación del país.

El Minsa por intermedio del INS elaboró las prioridades de investigación en salud para el quinquenio 2010-2014. Dicho documento fue fruto de un esfuerzo que buscó alinear los temas a nivel regional con las prioridades sanitarias nacionales (Cabezas *et al.*, 2011) (Caballero, *et al.*, 2010). Posteriormente, el INS publicó el documento que describe el proceso y la metodología que llevaría a cabo con actores y decisores en políticas públicas para identificar las prioridades regionales de investigación para el periodo 2015-2021 (Instituto Nacional de Salud, 2015). Sin embargo, no se tiene noticias respecto a la realización de dicho ejercicio.

El objetivo de este estudio es efectuar un balance de las investigaciones del último quinquenio y proponer la agenda de investigación para los próximos cinco años alineada con las principales prioridades del país. Está dividido en cinco secciones. La primera contiene una revisión de las investigaciones en salud del 2011 al 2016 divididas en cinco ejes temáticos que, para fines comparativos, se han mantenido desde la edición previa de este documento: enfermedades prioritarias, oferta de servicios, rectoría y regulación, financiamiento y aseguramiento. La siguiente sección presenta las percepciones recogidas por los expertos en el tema, tanto gestores de los servicios de salud como investigadores. La tercera muestra el impacto de las investigaciones en las políticas públicas a fin de establecerlas como prioridades nacionales. Luego se propone la agenda de investigación 2017-2021, donde se presentan las prioridades nacionales de investigación en salud y, finalmente, la quinta sección expone las conclusiones.

1. Balance de las investigaciones realizadas sobre salud en el Perú, 2011-2016

Las investigaciones que se presentan a continuación fueron encontradas como resultado de una búsqueda bibliográfica. Se hallaron 955 estudios y artículos en la base de datos Alicia del Concytec. La mayor parte (60%) se llevó a cabo entre los años 2014 y 2016, mientras que el porcentaje restante fue realizado entre el 2011 y el 2013. Dicha base de datos utiliza como fuentes de información artículos, reportes, libros, y tesis de grado, maestrías y doctorados. Al mismo tiempo, las instituciones integrantes incluyen a las principales universidades en materia de salud a nivel nacional.

Además, se revisó la base de datos PubMed, donde se encontró 1038 investigaciones sobre salud en el Perú para el periodo establecido. Esta comprende más de veintiséis millones de citas sobre literatura biomédica de MEDLINE, revistas académicas de ciencia y libros digitales.

En ambas bases de datos se realizó una búsqueda específica sobre los cinco temas o ejes abordados: enfermedades prioritarias, oferta de servicios, rectoría y regulación, financiamiento y aseguramiento. Para hacerlos comparables se utilizó el enfoque del balance 2007-2011. Asimismo, se revisó las investigaciones realizadas por el Estado y las organizaciones no gubernamentales. A continuación se presentan las principales investigaciones encontradas².

Enfermedades prioritarias

Las enfermedades prioritarias son unos de los principales focos de atención en materia de investigación de salud pública. Aquellas a revisar se definieron a partir de los programas del presupuesto por resultados, los objetivos estratégicos del sector y los objetivos del milenio, entre las que se debe incluir la neumonía, la influenza, la tuberculosis, el VIH y la desnutrición. Las investigaciones aportan a la comprensión de factores condicionantes, determinantes, respuesta del sistema y servicios de salud, entre otros temas. Los estudios siguientes comprenden los temas de situación de salud en el país, carga de enfermedad y situación epidemiológica.

a. *Determinantes de la salud*

Para evaluar la situación de salud del Perú, la Dirección General de Epidemiología del Minsa (2013) analizó los determinantes demográficos, ambientales y relacionados con la oferta del sistema de salud. Concluyó que el cambio de la composición poblacional, la carencia de servicios adecuados de agua y saneamiento, y la contaminación ambiental tienen un impacto negativo en los indicadores de mortalidad, morbilidad y esperanza de vida. Dichos causantes

² La fórmula de búsqueda utilizada fue (Perú) AND [(Enfermedades prioritarias) OR (VIH) OR (Neumonía) OR (Influenza) OR (Desnutrición) OR (enfermedades diarreicas) OR (enfermedades no transmisibles) OR (salud materno neonatal) OR (Cancer) OR (salud mental) OR (tuberculosis) OR (VIH SIDA) OR (accidentes de tráfico) OR (enfermedades transmisibles) OR (nivel socioeconómico) OR (género) OR (etnicidad) OR (educación) OR (vivienda) OR (laboral) OR (agua) OR (saneamiento) OR (acceso a servicios de salud) OR (política de salud) OR (equidad) OR (atención primaria de salud) OR (corrupción) OR (medicamentos y drogas) OR (tecnología) OR (obesidad) OR (hipertensión) OR (diabetes mellitus) OR (enfermedades oncológicas)] para la sección de enfermedades prioritarias. Para oferta de servicios se usó (Perú) AND [(cobertura) OR (calidad) OR (impacto) OR (efectos) OR (satisfacción) OR (acceso) OR (medicamentos) OR (infraestructura) OR (recursos humanos)]. Las investigaciones de la sección de rectoría y regulación se utilizaron [(Salud) AND (Perú)] AND [(rectoría) OR (regulación) OR (descentralización) OR (reforma) OR (políticas públicas) OR (normativa)]. En la siguiente sección se utilizó (Perú) AND [(financiamiento) OR (costos) OR (riesgos operacionales) OR (gasto de bolsillo) OR (costo efectividad) OR (impacto presupuestario) OR (presupuesto) OR (tecnología)]. La última sección utilizó la siguiente fórmula de búsqueda (Perú) AND [(aseguramiento) OR (AUS) OR (seguros) OR (riesgos)]. Los tipos de investigación tomados en cuenta fueron ensayos clínicos, revisiones, reportes, tesis de grado, tesis de maestría, tesis de doctorado, libros y publicaciones científicas. También se utilizó esta fórmula con términos en inglés.

urgen al sistema de salud a ofrecer un mejor servicio sanitario, además de determinar los problemas sanitarios que necesitan priorizarse (Valdez, et al., 2013).

b. Carga de enfermedad

Las investigaciones sobre carga de enfermedad son una parte esencial del estudio de salud. El estudio de Wu, y otros (2015) analizó los factores de riesgo y la carga de enfermedad del virus sincicial respiratorio y el metaneumovirus humano entre los niños que viven en zonas rurales remotas. Utilizó un estudio prospectivo con cohortes de niños menores de tres años que habitan en comunidades rurales remotas en San Marcos, Cajamarca. La evidencia presentada muestra que las enfermedades respiratorias agudas en la niñez como las mencionadas anteriormente tienen una mayor morbilidad que el resto de enfermedades respiratorias agudas causadas por otros virus. Algunos de los factores de riesgo encontrados son la edad, la presencia de un fumador en el hogar, el vivir en lugares de mayor altitud, y si el jefe del hogar se encuentra empleado o no (Wu, et al., 2015).

El estudio de Valdez & Miranda (2014) busca estimar la carga de enfermedad por muerte prematura y discapacidad en el Perú durante el año 2012. Un indicador compuesto que combina la información de mortalidad y resultados no mortales representa la salud de una población particular en una sola cifra. Los resultados muestran que la carga de enfermedad en el Perú para el 2012 se estimó en 5 800 949 años saludables perdidos y se concentra en las enfermedades no transmisibles. La categoría de enfermedades con mayor carga son las neuropsiquiatrias. Las siguientes son las lesiones no intencionales, las condiciones perinatales y las cardiovasculares. Eso evidencia que la elevada carga en las patologías no transmisibles lleva a utilizar los servicios sanitarios (Valdez & Miranda, 2014).

c. Tuberculosis

La Dirección General de Epidemiología del Minsa presenta un documento elaborado por Soto & Chávez (2016) sobre la situación epidemiológica de la tuberculosis en el país. Los estudios nacionales que estiman el riesgo anual de infección por tuberculosis realizados en los últimos treinta años muestran cambios en los patrones de transmisión: en los noventa se fortaleció el programa de control de dicha enfermedad hasta el 2003; en el 2014 se reportaron 27 000 casos nuevos, con una incidencia de 88,8 casos nuevos por cada 100 000 habitantes. Esto demuestra una tendencia casi estacionaria, con una caída promedio anual de 2%. Con los datos recogidos gracias a la vigilancia epidemiológica se pudo identificar ciertos factores de riesgo, donde los principales son el contacto con pacientes con tuberculosis, los antecedentes de tratamiento, el consumo de alcohol y/o drogas, y el tener un récord delincinencial o haber estado encarcelado. También se resalta que la resistencia a los fármacos antituberculosos es un problema emergente pero no nuevo, pues desde los años noventa se observaba ya un incremento del fracaso al tratamiento (Soto & Chavez, 2016).

Asimismo, se analiza la mortalidad de la tuberculosis dado que contribuye a la evaluación del impacto de la enfermedad en la población y al impacto de las estrategias de prevención y control. Además, se muestra una medición de la carga de enfermedad de la misma. La evidencia indica que el 65% de las defunciones por tuberculosis fueron en personas mayores de 50 años, pero un 3,4% fueron menores de 20 años. Por ello, la tuberculosis representa 1,4% de la carga de enfermedad en el país (Soto & Chavez, 2016).

En esta misma línea de investigación se presenta el documento sobre la prevalencia de monorresistencia a los medicamentos más utilizados para el tratamiento de la tuberculosis y los factores de riesgo asociados. Empleando una metodología observacional sobre una muestra de adultos con el primer episodio de tuberculosis en 34 instituciones prestadoras de salud en Lima, determina que un 8,2% eran casos con monorresistencia de tuberculosis. De estos, un 53% habían desarrollado alta resistencia y el resto tenía baja resistencia. Sin embargo, no se encontró diferencias entre los dos tipos de resistencia en los resultados del

tratamiento. Se debe recalcar que ambos mostraron mayor riesgo de muerte. Además, se confirmó una relación débil entre la mayor resistencia al tratamiento de tuberculosis y la coinfección de VIH. Dado que el manejo de este virus está centralizado y los pacientes deben asistir regularmente a las instituciones especializadas, tienen mayor riesgo de contagio de una cepa de tuberculosis con alta resistencia (Villegas, et al., 2016).

El estudio de Culqui *et al.* (2012) se enfocó en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis (TBC), para lo cual se planteó como objetivo identificar los factores asociados con la falta de cumplimiento del tratamiento convencional para la tuberculosis en el Perú. Los resultados mostraron que los principales factores asociados fueron el sexo masculino, malestar durante el tratamiento, antecedentes y consumo de drogas ilegales. Los factores que se asocian con adherencia al tratamiento son poder acceder a los servicios de salud dentro de las horas de oficina y contar con información adecuada de la enfermedad (Culqui, et al., 2012).

d. *Papiloma humano*

El estudio de Goldie *et al.* (2012) buscó estimar los beneficios, la costo-efectividad y los costos financieros de las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) en el programa de detección del cáncer de cuello uterino en el Perú. Para ello, utilizó datos de un proyecto de vacunación contra el VPH junto con datos epidemiológicos de un modelo matemático empírico. Según los autores, manteniendo el nivel de cribado de cáncer que posee el programa de detección de cáncer de cuello uterino bajo (10%), los riesgos de desarrollar cáncer se redujeron en 11,9%. Además, la evidencia mostró que, al añadir la vacunación a niñas preadolescentes al programa de detección de cáncer de cuello uterino, se redujo el riesgo de padecer cáncer en 46,1%.

Adicionalmente, el análisis muestra que incluir a las niñas a la cobertura aumenta los indicadores de costo-efectividad, pero aún se considera costo-efectivo. Finalmente, los autores concluyen que el aumento de vacunación de niñas preadolescentes podría prevenir dos de cada tres muertes por cáncer cervical. A pesar que los costos financieros requieren de inversión, los potenciales beneficios son lo suficientemente altos como para motivar mecanismos nuevos de financiamiento para otorgar dicho servicio (Goldie, et al., 2012).

e. *Obesidad y desnutrición*

Dentro de las enfermedades prioritarias que aquejan a la población peruana está la obesidad. A continuación se presentan los principales hallazgos dentro de esta categoría. El primero es el estudio de Poterico *et al.* (2012) que examinó la relación entre estatus socioeconómico (SES) y obesidad usando dos indicadores: educación y posesión de activos. Demuestra que el SES es un importante predictor de la obesidad en el país, aunque la dirección del efecto difiere según el SES. En general, mayores activos de posesión y menores niveles de educación se asocian con mayores probabilidades de obesidad, y estos efectos son aún más fuertes para zonas rurales (Poterico, Stanojevic, Ruiz, Bernabe-Ortiz, & Miranda, 2012).

La obesidad infantil es un problema global en cuya presencia influyen factores sociodemográficos y culturales. El estudio de Hernández-Vásquez *et al.* (2016) analizó las disparidades en la prevalencia de la obesidad infantil en el Perú y concluyó que esta predomina en la costa y en las zonas urbanas del país, mayoritariamente en las regiones de Tacna, Moquegua y el Callao. Asimismo, el estudio de Nam *et al.* (2015) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de obesidad e hipertensión arterial y su relación entre los adolescentes que asisten a la escuela, así como evaluar la necesidad de programas escolares que promuevan la salud en el área de estudio. Determinaron que dicha prevalencia en el área de estudio es relativamente alta, y que el sobrepeso y la obesidad están fuertemente asociados con el estado de la presión arterial entre los adolescentes. En consecuencia, los programas escolares que promueven la salud pueden reducir las cargas de la obesidad y la

hipertensión entre los adolescentes escolarizados (Hernández-Vasquez, Bendezú-Quispe, Santero, & Azañedo, 2016) (Woo Nam, et al., 2015).

Por su parte, el estudio de Loret de Mola *et al.* (2014) buscó describir los cambios nutricionales en niños menores de 5 años y en mujeres en edad reproductiva en el Perú durante un periodo de 15 años de rápido desarrollo económico y mejoramiento de la política social. Los resultados mostraron que hay debilitamiento y retraso en el crecimiento en los niños de menos de 5 años, especialmente en entornos urbanos. Y si bien los niveles de sobrepeso se redujeron, esta reducción se detuvo en los entornos urbanos desde el 2005. En cuanto a las mujeres en edad reproductiva, su índice de masa corporal (IMC) aumentó en el periodo de estudio y la obesidad se duplicó durante en aquellas mayores de 19 años (Loret de Mola, Quispe, Valle, & Poterico, 2014).

El estudio de Chaparro y Estradall (2012) buscó mapear las diferentes etapas de la transición nutricional de cada departamento del Perú y determinar sus necesidades de políticas nutricionales. Los resultados evidencian que el país está pasando por la transición nutricional con cada departamento enfrentando diferentes tasas de subnutrición y sobrenutrición. En general, los más pobres siguen enfrentando altas tasas de retraso del crecimiento, mientras que la mayor parte del país muestra altas tasas de sobrepeso y obesidad (73). (Chaparro & Estrada, 2012).

El documento sobre enfermedades prioritarias titulado “Línea de base de desnutrición y condiciones de vida de los niños menores de cinco años para los distritos de Talavera, San Jerónimo y Andahuaylas, provincia Andahuaylas, región Apurímac” y realizado por Baltazar, Escate & Yepes en el 2014, buscó evidenciar la situación del estado nutricional y las condiciones de vida de la población infantil menor de cinco años. Se realizó un estudio cuantitativo donde el componente cuantitativo se forma de un cuestionario para hogares y los niños menores de cinco años, mientras que el cualitativo comprende la construcción del mapa de actores y la recolección de las percepciones. La evidencia mostró que el 99% de las madres tuvo un embarazo controlado y el 78% de estos controles fue adecuado. Además, el 98% de los niños nacieron en un establecimiento de salud. Con respecto al estado nutricional de los niños, reveló que la prevalencia de desnutrición crónica es de 34%, mientras que la desnutrición aguda tiene una prevalencia de 2%, valores que difieren de lo reportado de la Endes 2012 para Apurímac. Además, el 55% de los niños presenta anemia. Por último, la evidencia en cuanto a la situación de servicios de salud muestra que no se cuenta con el personal con competencias para la atención infantil (Baltazar, Escate, & Yepes, 2014).

f. VIH-SIDA

Respecto al VIH-SIDA, el estudio de Salinas *et al.* (2013) presentó el impacto de múltiples mediciones de la adherencia al tratamiento antirretroviral (ARV) en la efectividad del tratamiento antirretroviral en el Perú. Los autores concluyen que parámetros relacionados a la adherencia al tratamiento como los días con medicamentos ARV dispensados / días de persistencia en el régimen de primera línea, se relacionan con la efectividad del tratamiento ARV (Salinas, et al., 2013).

El estudio de Silva-Santisteban *et al.* (2013) evaluó si la provisión de atención médica a las personas que viven con VIH era equitativa y los factores asociados a un menor acceso a los servicios de salud, para lo cual encuestó a 863 personas de cuatro ciudades del Perú. La mayoría (96%) reportó tener acceso a algún tipo de servicio de salud relacionado con el VIH y el 85% de estos recibían el servicio en una instalación pública. Alrededor del 85% recibía información de acceso a la atención de tratamiento antirretroviral. El 17% de los que no recibían tratamiento ya tenían fecha para iniciarlo. Además, entre los que reciben antirretrovirales, el 36% informó de gastos de bolsillo en el último mes. A largo plazo, se

espera que el acceso al cuidado del VIH, así como sus determinantes sociales, tengan un impacto en las tasas de morbilidad y mortalidad entre los afectados por la epidemia del VIH-SIDA (Silva-Santiesteban, Segura, Sandoval, Girón, Petrer, & Caceres, 2013).

Oferta de servicios

Las investigaciones incluidas en este grupo se enfocan a la discusión sobre calidad y cobertura de los servicios de salud. La cobertura universal de salud, entendida como asegurar el acceso a los servicios de salud, es una tendencia real a nivel mundial, por lo que existe un aumento notable de investigaciones, experiencia y evidencia al respecto (Seinfeld & Montañez, 2012). Además, forma parte de las políticas públicas del Acuerdo Nacional y de los objetivos del Plan Bicentenario 2021.

Las siguientes investigaciones comprenden temas como impacto de estrategias y/o programas, factores relacionados al control y la prevención de enfermedades, y factores relacionados a la calidad de los servicios.

a. Impacto de intervenciones y programas

El estudio de la Universidad de San Martín de Porres (USMP) titulado “Impacto de la vacuna hepatitis B sobre los indicadores de morbimortalidad en el Perú 2000-2014” fue de tipo cuantitativo y observacional. Utilizó las bases de los registros de datos con las variables de estudio que fueron otorgadas a la Dirección General de Epidemiología y a la Oficina General de Estadística e Informática del Minsa. La evidencia muestra que la cobertura de vacunación a nivel nacional en la mayoría de los años del periodo se mantuvo por encima del 90%, sin llegar a 95%. Los resultados sugieren que la estrategia de universalización de la vacuna está logrando un avance en el control de la hepatitis B en el Perú (Ubillús, 2015).

De otro lado, el “Estudio de impacto de la estrategia de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas - AISPED en la región Ayacucho” tuvo un enfoque cuasi experimental. Tras recolectar datos objetivos de los hogares que participaban en la estrategia (grupo tratamiento) y los que no participaban (grupo control), comprobó que no se ha logrado ampliar el acceso a los servicios de salud y mejorar el estado de salud. La principal limitación es la insuficiente implementación de oferta de servicios de salud, tanto para salud sexual y reproductiva como para la atención integral de salud del niño. Los servicios de salud fueron precarios, desorganizados, ineficaces e inequitativos, lo cual profundiza los altos índices de morbilidad y mortalidad, entre otros indicadores. Concluye que la implementación de la estrategia AISPED en Ayacucho no responde a las necesidades de la población (Bautista, 2011), de forma que se puede reformular o eliminar dicha intervención.

Por su parte, “Efectos del programa de transferencias condicionadas Juntos en el peso al nacer de los niños” valoró los efectos de este programa partir del peso al nacer y la prevalencia del bajo peso al nacer, así como si Juntos ha incentivado a mejorar los cuidados prenatales de madres gestantes. Para ello utilizó una metodología de dobles diferencias, efectos fijos para la madre y variables instrumentales. Los autores no pudieron concluir que el programa contribuye a incrementar el peso al nacer o a reducir la prevalencia del bajo peso al nacer. Sin embargo, sí hubo evidencia de impactos positivos en los indicadores de cuidados de salud prenatal. Dado que Juntos activa la demanda por salud, este debe ser acompañado por la provisión de servicios de salud de calidad a través del sistema público (Díaz & Saldarriaga, 2014).

Otro estudio sobre el impacto del programa Juntos, a cargo de Jaramillo y Sánchez (2012) midió el impacto nutricional de los participantes. Para ello utilizó técnicas no experimentales. La primera es el emparejamiento y doble diferencia con dicho emparejamiento, y la segunda

usa estimaciones con efectos fijos aplicados a submuestras de unidades elegibles. La evidencia muestra que el programa ha reducido la incidencia de desnutrición crónica extrema de 7.9 p.p en los hogares de Juntos, mientras que el grupo control tuvo un ligero aumento de desnutrición crónica (0.1 p.p) No obstante, evidencia que hay efectos heterogéneos que sugieren que hogares con menor dotación de activos se estarían beneficiando menos (Jaramillo & Sánchez, 2011).

b. Acceso a servicios

Arrieta (2012) llevó a cabo un estudio para valorar hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria (CSAP). Las altas tasas de hospitalización por CSAP son indicativas de fallas en el modelo de atención primaria en el sistema de salud y son elementos que permiten valorar el desempeño y acceso al sistema de atención primaria. El estudio valoró las hospitalizaciones por CSAP tomando en cuenta enfermedades crónicas: diabetes, deficiencia nutricional, anemia por deficiencia de hierro, hipertensión, insuficiencia cardiaca congestiva, angina de pecho, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y asma. Las hospitalizaciones fueron tomadas de EsSalud y del sistema privado de Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Identificó que las hospitalizaciones evitables son más elevadas y más resistentes a la disminución en el sector privado que en EsSalud. El autor opina que la razón de este fenómeno son los incentivos en contra de la atención primaria en el sector privado. Finalmente, concluyó que es posible implementar indicadores de desempeño del sistema de atención primaria basados en hospitalizaciones CSAP (Arrieta, 2012).

Por su parte, Curioso, Pardo y Valeriano (2013) elaboraron un estudio que describe el uso de los servicios de salud y los factores asociados a este en los establecimientos del Minsa. La metodología incluyó un diseño de estudio ecológico³ con información de los atendidos en los centros de salud a nivel nacional del 2009 al 2011. Los resultados muestran un mayor uso por pobladores del sexo femenino, en el grupo de edades de 0 a 29 años y en los residentes de la zona sur del país. Sin embargo, se encontró que el uso de los servicios de salud no está asociado al incremento en el número de centros de salud ni al acceso a los seguros de salud. No obstante, los hallazgos muestran que los factores individuales o del sistema de salud deben ser evaluados en estudios posteriores (Curioso, Pardo, & Valeriano, 2013).

El estudio de Reyes (2014) buscó determinar los factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH en mujeres gestantes atendidas en establecimientos del Minsa. La transmisión materno-infantil (TMI) del VIH es aquella que se da de una madre con VIH a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. A pesar de que las estrategias para prevenir la TMI son altamente efectivas, solo un bajo porcentaje de gestantes infectadas por el VIH recibe información al respecto. Para poder investigar los factores que influyen en la no realización del tamizaje, el autor efectuó un estudio observacional analítico centrado en las gestantes atendidas en establecimientos del Minsa a nivel nacional. Concluyó que los principales factores asociados a no realizar el tamizaje para VIH son la falta de acceso a atención prenatal, el no brindar información a la gestante y la falta de disponibilidad de la prueba rápida. Cabe resaltar que no se asocia a edad, procedencia, nivel educativo, estado civil o afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) (Reyes, 2014).

Brierley *et al.* (2014) evalúa el acceso a la atención médica, las percepciones de salud y las creencias de la población indígena a lo largo de los ríos Ampiyacu y Yaguasyacu, en el noreste del Perú. Los hallazgos indican que el acceso a la atención médica y la educación para la salud siguen siendo deficientes en la remota Amazonía peruana. Esto, combinado con la pobreza y sus secuelas, vuelven a esta población vulnerable a las enfermedades (Brierley, Suarez, Arora, & Graham, 2014).

³ Un estudio ecológico se refiere al tipo de diseño donde las unidades de análisis no son individuos sino poblaciones enteras.

c. *Acceso a medicamentos*

El estudio de Mezones *et al.* tuvo por objetivo estimar la prevalencia de acceso ineficaz a medicamentos en las farmacias de los centros de salud y sus factores asociados en pacientes que reciben receta médica en los servicios de consulta externa en el Perú. Para ello, se analizó los datos secundarios de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Servicios de Salud (Ensusalud, 2014), un estudio poblacional llevado a cabo en centros de salud del Minsa y de Gobiernos regionales (GORE), Seguridad Social, Fuerzas Armadas y Policía, y el sector privado. Encontró que el 30% de los participantes presentaban acceso ineficaz a medicamentos debido a factores como ser atendido en establecimientos de salud del Minsa y del Gobierno regional o de las Fuerzas Armadas y Policiales, ser mayor de 60 años y estar en el quintil más pobre (Mezones *et al.*, 2014).

Dentro del acceso a medicamentos se tiene el estudio de Otero *et al.* (2015) que busca determinar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento de la tuberculosis multidrogoresistente en Lima. Los resultados muestran que el tiempo promedio es mayor a 30 días para el 35% de los pacientes. El 27% de los pacientes espera más de 30 días entre su última dosis de un régimen susceptible a fármacos y el nuevo régimen. La conclusión más resaltante es que el tratamiento y el cambio de tratamiento de tuberculosis multirresistente siguen retrasados en la capital del país.

d. *Calidad y satisfacción*

Por el lado de la calidad de los servicios de salud, se revisó el documento “Estudio comparativo del grado de satisfacción entre los usuarios y no usuarios del Seguro Integral de Salud hospitalizados en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé”, que valoró y comparó la percepción de la calidad de atención de los dos tipos de usuarios. La evidencia no muestra asociación entre el grado de satisfacción de las usuarias hospitalizadas del SIS y las usuarias hospitalizadas no SIS. Tampoco se encontraron diferencias significativas en todas las variables sociodemográficas y el índice de satisfacción general (Ramírez, 2016).

Otro estudio sobre los factores asociados a la calidad publicado por Herrera (2015) identificó el grado de satisfacción por la calidad de atención que percibió el usuario en el Servicio de Emergencia del Hospital Sergio E. Bernales durante el año 2015, y determinó los principales factores asociados al mismo. Los resultados arrojan grados muy bajos de satisfacción por la calidad de atención. Solo el 9,9% de la población encuestada quedó satisfecha con el servicio. Dentro de los factores asociados a la calidad se encuentran la condición del encuestado, su sexo, edad, grado de instrucción y tipo de seguro, y el tipo de paciente (Herrera, 2015).

El estudio de Cabello y Chirinos (2012) busca validar y evaluar la aplicabilidad de encuestas para medir la satisfacción de los usuarios en consulta externa y emergencia de un hospital. Fue un estudio descriptivo transversal que utilizó la encuesta SERVQUAL. Los hallazgos muestran que el 88,9% de la varianza de las variables de consulta externa y el 92,5% para emergencia podían explicar los cinco elementos de la calidad. La satisfacción de los usuarios en consulta externa fue de 46,8%, y en emergencia de 52,9 %. En cuanto a las variables que mostraron mayor insatisfacción entre los usuarios, estas fueron difícil acceso a citas, demora para la atención en farmacia, caja, módulo SIS y trato inadecuado (Cabello & Chirinos, 2012).

e. *Equidad*

El estudio de Petrerá *et al.* (2013) evaluó si las tendencias económicas positivas y las políticas de salud para población pobre han resultado en mayor equidad en la salud. Los resultados muestran un bajo nivel de desigualdad en las medidas del estado de salud, siendo ligeramente favorable a los pobres en problemas de salud autoinformados y especialmente en enfermedades crónicas. La desigualdad en el uso de servicios curativos disminuyó

significativamente entre los años 2004 y 2008, mientras que la inequidad en el uso de servicios preventivos aumentó ligeramente. Asimismo, el mejoramiento de la equidad en el uso de los servicios de salud curativos puede explicarse por varios factores positivos que ocurrieron simultáneamente durante el análisis: aumento del ingreso promedio de los hogares, reducción de la desigualdad económica, el programa de transferencias condicionadas Juntos y la expansión gradual del seguro público de salud, Seguro Integral de Salud (SIS) (Petrera, Valdivia, Jimenez, & Almeida, 2013).

El estudio de Williamson, Ramírez & Wingfield (2015) buscó entender y combatir las desigualdades en salud en Loreto y proporcionar asistencia sanitaria local. Los resultados presentan una prevalencia de la desigualdad en este contexto. Las largas distancias al puesto de salud y los prolongados tiempos de espera a la llegada limitan el acceso a la asistencia sanitaria. Además, casi todos los participantes consideraron que no entienden completamente su enfermedad diagnosticada y querían saber más, lo que revela una brecha entre la educación para la salud y el conocimiento (Williamson, Ramirez, & Wingfield, 2015).

f. Recursos humanos

La investigación de Huicho *et al.* (2015) exploró las percepciones de los estudiantes de las profesiones de salud sobre la elección de carrera, expectativas de trabajo, motivaciones e incentivos potenciales para trabajar en un área rural. Los resultados muestran que los factores que influyeron en la elección de carrera son la solidaridad, las mejores expectativas de ingresos, el reconocimiento profesional y personal, la experiencia de vida temprana y los modelos familiares. Los estudiantes también expresaron altruismo, voluntad de elegir un trabajo rural después de la graduación y potencial respuesta a los incentivos para practicar en las áreas rurales. Los de enfermería y obstetricia mostraron una mayor disposición a trabajar en zonas rurales que los médicos, lo que era más evidente en los estudiantes de origen rural. Los autores concluyen que el estudio resulta útil para mejorar la focalización y la selección de estudiantes de pregrado, estimular su inclinación a escoger un trabajo rural al graduarse y reorientar los programas escolares hacia la producción de profesionales de la salud socialmente comprometidos. Los formuladores de políticas también deberían considerar el uso de estos resultados al planificar e implementar intervenciones para mejorar el despliegue de profesionales de la salud en el ámbito rural (Huicho, et al., 2015).

Otro estudio sobre recursos humanos de Miranda *et al.* (2012) investigó las preferencias declaradas por los médicos para empleos en zonas rurales. Los principales incentivos para elegir un área rural fueron los aumentos salariales y los puntos de bonificación por especialización, mientras que el mayor desincentivo fue el aumento en el número de años necesarios para obtener un empleo permanente. Se concluye que los médicos son cinco veces más propensos a favorecer un trabajo en áreas urbanas que en entornos rurales. Esta fuerte preferencia debe ser superada por las futuras políticas dirigidas a mejorar la escasez de médicos rurales. Algunos incentivos, solos o combinados, parecen factibles y sostenibles, mientras que otros pueden suponer una carga fiscal elevada (Miranda, et al., 2012).

El estudio de Huicho *et al.* (2014) tuvo el propósito de identificar incentivos de atracción y retención en zonas rurales y distantes de Ayacucho. La metodología incluyó entrevistas a profundidad con 80 profesionales de la salud de las zonas más pobres y 11 funcionarios. Se encontró que los principales incentivos, en orden de importancia, son las mejoras salariales, las oportunidades de formación y capacitación, la estabilidad laboral y el nombramiento, las mejoras en infraestructura y equipos, y el incremento del personal. Además, se mencionaron mejoras de vivienda y alimentación, mayor cercanía con su familia y reconocimiento por el sistema de salud. En consecuencia, es necesario que las iniciativas del Estado comprendan procesos rigurosos de monitoreo y evaluación para asegurar que tendrán el impacto deseado.

Rectoría y regulación

La reforma del Estado y la descentralización son prioridad en la agenda política del país. En este contexto, las instituciones rectoras del sector salud juegan un rol primordial para garantizar el ejercicio de su autoridad sanitaria. En consecuencia, urge fortalecer la capacidad de conducción, regulación y desarrollo de funciones esenciales de salud pública por parte de la autoridad en salud. Las investigaciones incluidas en este grupo se enfocan en la discusión sobre descentralización, interculturalidad y el papel rector del Minsa en las políticas de recursos humanos en salud.

El estudio de Mezones *et al.* (2016) buscó exponer el desarrollo de las juntas de usuarios de los servicios de salud (JUS) y del Programa de Acciones Integradas para la Promoción de los Derechos en Salud (Paipdes-Susalud). Las primeras son espacios de encuentro entre Susalud, usuarios, lafas e Ipress que buscan mejorar los servicios de salud. Al permitir la incorporación de las opiniones del ciudadano fomentan su participación. De otro lado, el Paipdes-Susalud fortalece las competencias para la promoción del ejercicio de los derechos en salud (DES) en los ciudadanos, usuarios y operadores del sistema de salud público. Se trata de acciones dirigidas a construir habilidades cognitivas para la coordinación entre entidades públicas, instituciones privadas y de la ciudadanía. El estudio reveló que la implementación de las dos intervenciones resultó en indicadores positivos tanto a nivel de proceso como de resultado. Estos hallazgos reflejan un aumento de casi tres veces del número de quejas y reclamos por parte de los usuarios de los servicios de salud, lo cual podría ser el reflejo de una mejora de los niveles de empoderamiento de los ciudadanos cuando sienten que se vulneran sus DES. Por lo tanto, se encuentra que tanto las JUS como el Paipdes-Susalud son programas que defienden el accionar agregado de múltiples sectores estatales, estamentos privados y de la sociedad civil. Su implementación promueve el desarrollo de alianzas entre los sectores, niveles de gobierno, financiadores, prestadores y usuarios (Mezones, et al., 2016).

El estudio “Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una política de salud intercultural en el Perú” buscó determinar los retos a superar en el corto y largo plazo, así como las oportunidades que permitan acelerar el proceso de esta política social hacia la consecución de sus resultados programados. Para ello utilizó una metodología cualitativa que consistió en un proceso descriptivo e inductivo. Además, se realizaron entrevistas a profundidad y con la muestra se efectuó un análisis documental. Finalmente, se analizó los datos obtenidos utilizando el método inductivo de cada entrevista realizada. La muestra del estudio fue no probabilística, formada por 31 personas entre hombres y mujeres de diversas profesiones que participan o han participado en la construcción de la PSI en el Perú, y consultores y representantes de la sociedad civil. El autor afirma que la práctica intercultural en salud, o lo que se entiende por ella, va del Estado (Minsa) hacia los pueblos indígenas que, por una falta o limitado ejercicio y organización ciudadanos, no llegan a retroalimentar el proceso de la política social. Sin embargo, sí se aprecia una disposición del Estado para dialogar con las comunidades indígenas, aunque existen diferencias en la capacidad de negociación. A pesar de este esfuerzo, todavía se necesita evaluar el posible impacto de la implementación de una estrategia intercultural como la adecuación cultural del parto o las casas de espera maternas a fin de superar un indicador de salud negativo como es la mortalidad materna y neonatal. Asimismo, se sugiere investigar los tipos de articulación que existen entre la medicina oficial y la medicina tradicional en los distintos niveles de atención: desde el central al local, desde lo urbano a lo rural, en comunidades indígenas y no indígenas (Aliaga, 2014).

De otro lado, el documento “Descentralizar salud y educación. Responsabilidades, capacidades y articulación de Gobiernos regionales y locales respecto a salud y educación en

dos regiones amazónicas del Perú: San Martín y Loreto” de Legonía (2015) se encargó de identificar cómo los Gobiernos regionales y los Gobiernos locales vienen asumiendo nuevas funciones en los sectores salud y educación desde las Gerencias de Desarrollo Social. En otras palabras, se buscó conocer comparativamente cómo se cumplen las responsabilidades y funciones que ahora se han transferido a los Gobiernos subnacionales. Para ello se usó una metodología cualitativa: 30 entrevistas semiestructuradas a funcionarios de diferentes niveles de gobierno (nacional, regional y local). Los hallazgos muestran que en el nivel central no hay esfuerzos para articular y fortalecer la relación entre los Gobiernos regionales y los locales. Las capacitaciones y asistencia técnica en nuevas funciones de los Gobiernos locales deben corresponder a los regionales, no al nivel central. Asimismo, en el nivel regional se presenta un mecanismo para establecer acuerdos mediante la sensibilización de candidatos a los Gobiernos regionales y locales para que continúen con las políticas de desarrollo regional a través de programas. Se hizo manifiesta una significativa brecha de recursos humanos profesionales capacitados, principalmente para distritos rurales o zonas alejadas. En el Gobierno Regional de Loreto se observa un limitado interés en salud, pues su prioridad son los temas ambientales. No hay especialistas en salud, por lo que no se tiene la capacidad de generar políticas. En San Martín, en cambio, los entrevistados manifiestan preocupación por los avances de salud y se cuenta con especialistas para implementar políticas en salud y trabajar de manera articulada con los Gobiernos locales. La principal limitación a nivel local es la falta de presupuesto y de recursos para contratar personal profesional que no migre luego de haber recibido capacitaciones. Mientras que en San Martín el personal está capacitado para generar planes distritales, en Loreto existe un vacío en este sentido (Legonía, 2015).

El estudio de Salazar *et al.* (2013) titulado “El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú” destaca la descentralización de los servicios de atención oncológica especializada con la creación de Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas (IREN). Además, señala la integración de los ejes estratégicos básicos para una atención integral en la población de menores recursos gracias al Plan Esperanza. Los autores comprobaron, así, la importancia del INEN en el manejo del cáncer como problema de salud pública en el Perú (Salazar, Regalado-Rafael, Navarro, Montanez, Abugattas, & Vidaurre).

Financiamiento

Lograr el aseguramiento universal en salud implica necesariamente un adecuado financiamiento. Sin embargo, las entidades que lo otorgan suelen tener un acercamiento poco alineado con las prioridades sanitarias y con los planes de salud nacionales. Este alineamiento permitiría lograr un financiamiento efectivo que solucione problemas sanitarios (Cabezas, et al., 2011). Siguiendo esta línea, se presentan investigaciones que abordan temas de sostenibilidad financiera, los principales desafíos de financiamiento del sector, la carga económica de enfermedades clave y los costos sanitarios.

a. Rentabilidad y sostenibilidad

El documento de la Organización Internacional del Trabajo (2012) busca evaluar la sostenibilidad financiera de dos seguros manejados por EsSalud: el seguro regular y el seguro de salud agrario. Analiza los desafíos permanentes para la institución, tales como el aumento de la población adulta mayor y la caída de las tasas de natalidad y mortalidad. La situación financiera del seguro regular esta en superávit, mientras que el fondo del seguro de salud agrario muestra un déficit ocasionado por el nivel de aportes de la población cubierta. Los aportes del seguro agrario eran menores que el de los asegurados por el seguro regular. Las proyecciones indican que la cobertura de EsSalud aumentará considerablemente para el año 2021, por lo que para mantener la sostenibilidad financiera se necesitará incrementar la prima media general de ambos seguros. Además, se debe tomar en cuenta que EsSalud se encarga

de subsidiar la cobertura de los pensionistas del sistema público de pensiones con ingresos bajos o nulos por la ausencia de una pensión mínima de aportación. Tampoco se puede obviar la evasión de pago de aportes, que afecta el financiamiento de la carga de prestaciones de salud. Todos estos problemas agravan la situación financiera de EsSalud tanto en el corto como en el mediano plazo (Organización Internacional del Trabajo, 2012).

En esta línea, resulta relevante el estudio "Cuentas nacionales de salud: Perú 1995-2012", que reveló que los hogares se mantuvieron como el principal agente de financiamiento de los servicios de salud en el país. Si bien este aumentó en términos reales, su participación porcentual pasó de 45,8% a 37%. Además, el porcentaje del gasto familiar dedicado a salud se incrementó de 5% en el 2005 a 5,8% en el 2012. Los quintiles de menores recursos económicos también elevaron la proporción de gasto destinado a salud. El estudio muestra evidencia sobre los destinos de estos pagos según prestador y tipo de gasto. Asimismo, el gasto en salud de las familias se incrementó en el sector privado, privilegiando a prestadores privados. Tanto el gasto en clínicas privadas como en farmacias mostró una tendencia creciente hasta el 2011. Sin embargo, el año siguiente tuvo una caída en ambos. En cuanto a los medicamentos, estos continúan siendo la principal causa de gasto en salud (Ministerio de Salud, 2015). En este mismo documento hay evidencia que el aseguramiento en salud no garantizó el acceso de los afiliados a los prestadores que forman parte de cada seguro. A pesar de los aumentos de la población asegurada, sobre todo al SIS, posiblemente hubo una restricción de oferta que causó una disminución porcentual de los atendidos en establecimiento de salud públicos (Ministerio de Salud, 2015).

b. Carga económica, costos y efectividad

Diversos estudios se enfocan en la carga económica de algunas enfermedades importantes en el país. El de Salmon-Mulanovich (2015) valoró la proporción de ingreso del hogar que se destina a gastos relacionados con el dengue y comparó estos gastos entre migrantes y residentes de Puerto Maldonado, en Madre de Dios. La evidencia mostró que cada episodio de dengue cuesta en promedio 105 dólares, de los cuales el 49% son costos directos, cerca del 35% son costos indirectos y el resto son costos no médicos como el transporte. Asimismo, no existen diferencias significativas entre los costos en los que incurren migrantes y residentes. Cabe anotar que el costo total gastado en cada episodio de dengue equivale a aproximadamente un cuarto del ingreso del hogar mensual (Salmon-Mulanovich, Blazes, Lescano, Bausch, Montgomery, & Pan, 2015).

En esa misma línea se publicó una investigación sobre la carga económica de la influenza en el Perú. Esta determinó los costos directos e indirectos autorreportados de la automedicación, atención ambulatoria, cuidado de urgencias y hospitalizaciones. Los resultados mostraron que el costo proyectado nacional de la influenza varía entre 83 y 85 millones de dólares. Además, los costos por cada episodio representan el 14% del ingreso mensual de un hogar perteneciente al cuartil más bajo, mientras que solo el 3% del ingreso mensual para el cuartil más alto. Se concluyó que los costos de tratar la influenza son particularmente importantes para las familias más pobres. En consecuencia, una política de prevención con vacunas podría reducir drásticamente el riesgo de contagio y la carga económica de este virus (Tinoco, et al., 2016).

El siguiente estudio se encargó de establecer la brecha de costos de las atenciones de hemodiálisis de pacientes asegurados al SIS, bajo la aplicación del tarifario de procedimientos médico-quirúrgicos y estomatológicos del SIS en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias. Para ello se utilizó una metodología cuantitativa observacional, no experimental. Además, se recolectó información mediante la revisión de las historias clínicas, procedimientos de los requerimientos solicitados y las planillas de pago de los profesionales y técnicos. El estudio estableció una brecha de costos de las atenciones de hemodiálisis,

donde los costos promedio por sesión llegan a S/ 543, mientras que la cobertura del SIS asigna solo S/ 304. Esta brecha de costos mensuales de hemodiálisis y la cobertura otorgada corresponde a un 45,7%, pues el SIS solo cubre el costo si no se asigna remuneraciones de los profesionales de salud. Este ejemplo de un hospital en Loreto muestra claramente que el SIS necesita realizar el ajuste de costos de los procedimientos a nivel nacional utilizando el índice de dispersión poblacional distrital para disminuir la brecha de costo generada por el gasto de adquisición de insumos por compra directa regional (Eyzaguirre, 2015).

Dentro de los estudios de costos, se debe mencionar los de costo-efectividad. El estudio de Gómez *et al.* (2013) analizó la rentabilidad de tres vacunas antineumocócicas conjugadas (PCV) diferentes. Sin vacunación, la neumonía se asoció con la mayor carga económica para la salud: el 90% de los años de vida ajustados por calidad (QALY) perdidos y el 63% de los costos médicos directos de toda la vida. En cuanto a la otitis media aguda (AOM), esta fue responsable del 1% de QALY perdidos y del 25% de los costos médicos directos. Se estimó que todas las vacunas sean rentables para el Perú, siendo el PHiD-CV el más rentable. Los resultados de este estudio de modelización predicen que los PCV probablemente sean una estrategia rentable para ayudar a aliviar la carga epidemiológica y económica asociada con las enfermedades neumocócicas y NTHi pediátricas para el Perú (Gomez, Tirado, Navarro, Castrejon, & Topachevskyi, 2013).

Otro estudio sobre costo-efectividad es el de Zelle *et al.* (2013), que buscó determinar la rentabilidad de diferentes intervenciones de control del cáncer de mama relevantes para el contexto peruano. Los resultados muestran que el programa actual de cáncer de mama en el Perú (\$ 8426 por dispositivo de asistencia ventricular aguda o AVAD evitado) podría mejorarse mediante la implementación de estrategias trienales o bienales. Estas parecen ser las más rentables en el Perú, particularmente cuando se aplica mamografía móvil (desde \$ 4125 por AVAD evitado), o cuando se combinan el cribado CBE y el cribado mamográfico (de \$ 4239 por AVAD evitado). Para el estadio avanzado, el tratamiento con trastuzumab y las estrategias de detección anual son los menos rentables. La conclusión más importante de esta investigación sugiere que el control del cáncer de mama en el Perú debe orientarse hacia la detección temprana mediante la combinación trianual de mamografía fija y móvil (edad 45-69) (Zelle, et al., 2013).

El estudio de Cárdenas *et al.* (2015) buscó estimar los costos económicos del pie diabético en pacientes de alto riesgo en el Perú en el 2012 y modelar la rentabilidad de una estrategia preventiva, considerando que las complicaciones del pie diabético son muy costosas y en gran medida prevenibles. Los costos directos de prevención y manejo con atención subóptima para diabéticos de alto riesgo en el Perú ascienden a US\$ 74,5 millones en un solo año, lo que disminuye a US\$ 71,8 millones para la atención estándar y aumenta a US\$ 96,8 millones para atención estándar y monitoreo de la temperatura. La implementación de una estrategia de atención estándar evitaría 791 muertes y permitiría un ahorro de costos en comparación con la atención subóptima. Las estrategias de prevención más intensivas, como la incorporación de monitoreo de la temperatura, también pueden ser rentables (Cardenas, et al., 2015).

Aseguramiento

El acceso limitado a la seguridad social ha impulsado diversas acciones para reformar el sistema. Ahora existen nuevas experiencias de aseguramiento público que introducen sistemas de financiamiento solidario y focalizado para ampliar el acceso a los servicios de salud a personas que viven en la pobreza (Alfageme, 2011). En este contexto se crea la Ley N° 29344 que enmarca el aseguramiento universal en salud (AUS) y su reglamento. Esta tiene el propósito de garantizar el derecho pleno de la población a la seguridad social. Además, norma el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del

aseguramiento. Las investigaciones descritas a continuación incluyen estudios sobre la implementación de AUS y el SIS.

El estudio “Fortalecimiento del rol rector de la Sunasa en la implementación del aseguramiento universal en salud, respecto a la supervisión y vigilancia de las Ipress, en el marco del Intercambio Prestacional del SIS, EsSalud y los Gobiernos regionales de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica” se encargó de mostrar los resultados del diagnóstico situacional del AUS, intercambio prestacional (IP) y el Modelo de Supervisión del AUS con énfasis en las regiones priorizadas de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Para ello se realizaron estimaciones de las características socio-demográficas de la población a nivel departamental para analizar la situación de los indicadores relacionados a los compromisos del AUS. Además, se utilizó la matriz poder/interés, que clasifica a los actores involucrados en cuatro categorías, y se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales (Seinfeld, Paredes, & Besich, 2014). El estudio concluyó que el alto porcentaje de asegurados en estas regiones se debe parcialmente a que en ellas se inició el proceso de AUS en el año 2009, mientras que los aún elevados índices de pobreza de estas regiones hacen que el SIS tenga una activa participación, asegurando a más del 60% de la población. Por su parte, EsSalud asegura en promedio al 10% de la población en cada una de estas regiones. Este bajo porcentaje, que a nivel nacional es del 24%, se explicaría por los altos índices de pobreza y la alta informalidad. En la medida que las personas puedan obtener trabajo para adquirir seguros contributivos y estar en EsSalud, el SIS debería quedar exclusivamente para la gente pobre y vulnerable.

A pesar de estos elevados porcentajes, el AUS enfrenta retos para lograr una cobertura universal: el sistema tiene déficit de infraestructura, recursos humanos e insumos estratégicos. Esto explicaría por qué, si bien el AUS facilita las condiciones y promueve el aseguramiento en salud, aún no logra garantizar servicios adecuados (Seinfeld, Paredes, & Besich, 2014).

Las razones principales para la falta de eficacia del IP fueron la preocupación por una eventual mayor demanda de servicios, la poca extensión de oferta a Ipress y prestaciones, las dificultades para los asegurados de EsSalud de acceso a la oferta de servicios primarios de los Gobiernos regionales, la limitada estandarización de los procesos prestacionales que brindan las Ipress de EsSalud y los Gobiernos regionales, y la poca articulación de los procesos de prestación y financiamiento en la red EsSalud.

En línea con el estudio anterior, Portocarrero (2013) realiza la investigación titulada “Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud”, en la cual busca comprender el proceso de implementación del SIS para que los sectores pobres de Apurímac accedan a los servicios públicos de salud durante el periodo 2007-2010. Utilizó una metodología que combina métodos cuantitativos y cualitativos, para lo que empleó la Enaho 2007-2010. Este estudio menciona que el proceso de aseguramiento de Apurímac ha sido fuertemente activado por el crecimiento de la afiliación al SIS, que ha reducido significativamente la barrera económica. A pesar de las complicaciones que existieron para sustentar las solicitudes al SIS y los retrasos en los desembolsos en el balance anual, se puede apreciar que el financiamiento por asegurado ha ido incrementando. Sin embargo, se han encontrado barreras no escritas para los asegurados del SIS en ambos hospitales del Gobierno regional. Estas barreras se dan porque tienen que identificarse como asegurados SIS, lo que se traduce en un impedimento para conseguir cita para el mismo día (Portocarrero, 2013).

El documento “Aseguramiento universal en salud de jóvenes peruanos: avances y limitaciones según el análisis de casos en los distritos de Callería, El Porvenir y Vilcashuamán” realiza un estudio cuantitativo y cualitativo de los avances y las limitaciones de la implementación del AUS en jóvenes. Además, buscó identificar los cambios en la normatividad del AUS y su

especificación en el grupo de interés, determinar los factores asociados al AUS en los jóvenes de 15 a 29 años de edad a través de las fuentes secundarias, identificar la percepción de los actores clave y determinar el proceso de atención de salud y afiliación identificando las barreras, las limitaciones y las potencialidades. Asimismo, buscó hallar la relación entre la percepción de los usuarios y no usuarios y el proceso de atención y aseguramiento en los establecimientos de salud. El estudio utilizó herramientas metodológicas cualitativas, revisó la normatividad y analizó fuentes secundarias. La evaluación se realizó mediante el desarrollo de un flujo de cadena de valor que siguió una secuencia desde la gestión. Para ello se seleccionaron establecimientos de salud del nivel 1, ya que más del 80% de las atenciones se realizan en ellos. La investigación concluye que a partir del impulso han aumentado las posibilidades de acceso al aseguramiento para los jóvenes. Además, que los funcionarios indican que han existido algunos episodios de desajuste en la entrega de fondos debido a una subestimación del flujo de prestaciones y episodios de desabastecimiento de medicamentos en los establecimientos. El avance en la implementación del aseguramiento de jóvenes por región geográfica presenta una mayor proporción de afiliados en las regiones sierra y selva. Si se analiza según condición de pobreza, existe un bajo nivel de cobertura de la población joven no pobre en comparación con la población joven pobre y en extremo pobre. Finalmente, el estudio concluye que los gestores pueden aprovechar la información de fuentes secundarias disponibles en las estadísticas nacionales y que la normatividad del aseguramiento está claramente definida en las lufas SIS (Cabrera, Baltazar, & Alcántara, 2014).

2. Percepciones de los expertos sobre diversos aspectos de la salud en el Perú, 2011-2016

Para recoger las percepciones de expertos en salud se llevaron a cabo entrevistas grupales, divididas en dos grupos. El primero tenía como criterios de inclusión ser profesional de la salud con estudios de postgrado en gestión de servicios de salud y/o salud pública, haber laborado en puestos de dirección y/o gerencia en instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (lafas) o en instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress) del ámbito público o privado. El segundo grupo de expertos contaba con revistas científicas indizadas y/o trabajaba como docente investigador en universidades públicas o privadas.

Se buscó recoger sus opiniones sobre las áreas a priorizar en el ámbito de la investigación en salud para el próximo quinquenio. Adicionalmente, se preguntó acerca de las barreras para llevar a cabo investigaciones en salud. Para ello, se utilizó la metodología de entrevista grupal basada en una guía de preguntas de elaboración propia (ver anexos). Las opiniones se presentan por grupos de expertos a continuación:

1. Grupos de gestores: áreas a priorizar en investigación

a. *Recursos humanos en salud*

Los gestores coincidieron en que la investigación en recursos humanos debe continuar realizándose en los próximos cinco años. Concretamente, los temas deberían orientarse a disminuir la escasez de recursos humanos calificados en el interior del país, intervenciones para evitar que los profesionales de salud necesiten realizar múltiples trabajos e investigaciones orientadas a mejorar la percepción del usuario respecto de la calidad de atención por parte del personal de salud.

b. *Gestión de los servicios de salud*

Los especialistas consultados resaltaron la importancia de la investigación operativa de los servicios de salud, propusieron llevar a cabo estudios para mejorar los procesos operativos y de soporte de los servicios de salud a fin de tener procesos más eficientes e impactar en la calidad de la atención en salud, y plantearon iniciar este tipo de estudios operativos mejorando los procesos de disponibilidad de camas en Minsa y EsSalud. Asimismo, propusieron dar mayor énfasis a los estudios de auditoría médica para la mejora de la calidad de los procesos de atención, investigaciones que deberían partir de las oficinas de calidad que tienen las Ipress.

c. *Políticas públicas y programas de salud*

Otro aspecto de vital importancia considerado por los gestores entrevistados fueron los estudios que miden el impacto de las políticas y los programas de salud en la población. Advirtieron que existen muchos programas sociales subvencionados por el Estado que deben ser evaluados en su eficiencia e impacto, y mencionaron los programas de presupuesto por resultado y la necesidad de su evaluación. Sin embargo, para poder hacer estas mediciones de impacto factibles es necesario que al inicio de cada política o programa de salud se construya una línea de base, de manera que posteriormente se pueda medir su efecto en las poblaciones favorecidas por estas políticas. Más aún, hay que investigar por qué existen intervenciones o programas que no se ejecutan, sobre todo a nivel regional.

d. *Evaluaciones económicas y financieras*

Según los gestores entrevistados hace falta estudios que estandaricen los costos a nivel de todo el sistema de salud a fin de poder facilitar los intercambios prestacionales. También son importantes las evaluaciones de costo-efectividad de las nuevas tecnologías sanitarias. Se debe considerar el impacto de dichas tecnologías en la sostenibilidad del sistema de salud

para poder instaurarlas como una política pública. Adicionalmente, sugirieron investigaciones sobre el manejo presupuestario a nivel de los principales hospitales del Perú para contar con análisis de eficiencia en el uso de los recursos. Finalmente, subrayaron la necesidad de realizar investigaciones relacionadas a los mecanismos de pago y reembolso entre prestadores y financiadores para hacerlos más eficientes.

e. Telemedicina

Dentro de las prioridades de investigación para los siguientes cinco años se consideró a la telemedicina, tecnología que permitiría llegar a grupos poblacionales que no tiene un adecuado acceso a los servicios de salud. Los gestores hicieron notar su importancia como una intervención a ser implementada en el corto a mediano plazo.

f. Guías de práctica clínica

Se discutió la necesidad de desarrollar guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica disponible. Los expertos resaltaron su importancia para mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, pues son un instrumento que permite la auditoría para la mejora de la atención de salud, así como planear el abastecimiento de los insumos y materiales necesarios para la correcta atención de los pacientes.

2. Grupo de investigadores: áreas a priorizar en investigación

a. Ensayos clínicos controlados

Uno de los principales temas mencionados por los expertos encuestados fue la disminución del número de ensayos clínicos realizados en el país en los últimos años. Teniendo en cuenta que ese mismo periodo el número de investigaciones aumentó, esta tendencia no es consistente. Los cambios en el reglamento de ensayos clínicos por el INS han generado una disminución en las investigaciones correspondientes. Involucrar a pacientes peruanos en ensayos clínicos multicéntricos permite estar a la vanguardia de la investigación. Agregaron que no solo son necesarios mayores estudios, sino mayores ensayos clínicos contextualizados a los problemas de salud locales.

b. Estudios de intervención en la comunidad

Los entrevistados mencionaron que la gran mayoría de los estudios realizados se enfocan en describir los problemas de salud —como los estudios de prevalencia y riesgos de algunas enfermedades—, pero existe poca investigación sobre intervenciones o acciones para solucionar los problemas identificados con base empírica. En ese contexto, anotaron que deben realizarse estudios para probar intervenciones a nivel de la comunidad y contextualizarla a nivel local, lo que permitiría generar políticas públicas con base en información primaria local.

c. Bioequivalencia de fármacos genéricos y biosimilares

Los medicamentos genéricos y biosimilares son una de las áreas prioritarias en investigación para los próximos años. Los entrevistados refirieron que a la fecha casi no existe investigación en dichos tópicos y se desconoce si el actual mercado de medicamentos genéricos cumple con los estándares de calidad necesarios. Del mismo modo, se hizo referencia a que existen diversas copias de medicamentos biotecnológicos que no han sido sometidas a estudios de bioequivalencia. Los expertos consideraron que el liderazgo de este tema lo debe asumir el INS a través de su Centro de Nacional de Control de Calidad.

d. Plantas medicinales

Otra de las prioridades mencionadas fue impulsar los estudios basados en los compuestos extraídos de plantas medicinales, o estudios fitosanitarios. Se indicó que es necesario estudiar los procesos para que estos compuestos sean incluidos dentro del tratamiento efectivo de

enfermedades. Si estos fueran presentados como una oportunidad comercial a los patrocinadores de la industria farmacéutica se podría conseguir financiamiento de manera más fácil y oportuna.

e. Barreras y facilitadores de la investigación en salud en el Perú

Una barrera identificada por los entrevistados fue la escasez de financiamiento para hacer investigación. Se mencionó que, si bien el Concytec otorga fondos para llevar a cabo proyectos de investigación, dentro de sus prioridades de financiamiento en el campo de la salud solo se encuentra la biotecnología. Debido a ello, muchos investigadores concursan a fondos del extranjero, más difíciles de obtener y que los obliga a abordar temas de investigación que muchas veces no están alineados con las prioridades de investigación del Perú.

Respecto a la realización de ensayos clínicos, los expertos opinaron que una gran barrera son los procesos administrativos largos que existen para conseguir los permisos y aprobaciones éticas de ley dentro del INS. Todo ello, incrementa los costos, aumenta la duración de todo el proyecto y desincentiva la investigación.

Otro punto importante es la transparencia de los datos. Según los expertos, se requiere de una cultura de investigación que incentive a compartir resultados y las bases de datos de los estudios. Las instituciones públicas y privadas en el sector salud deberían poder compartir su información para que sea utilizada para desarrollar investigaciones. Este intercambio de datos debería hacerse guardando la ética sobre la confidencialidad de la identidad de los participantes al estudio. Todo ello generaría un sector de investigación en salud más eficiente y coordinada.

Finalmente, los expertos en investigación se refirieron a las dificultades para poder publicar artículos científicos en revistas indizadas a SCOPUS or PubMed. En el Perú existen solo dos revistas científicas con estas características, que realizan exhaustivos procesos de revisión por pares y que son consideradas para elaborar la clasificación de instituciones que hacen investigación a nivel mundial. Con la creación de nuevas revistas en investigación de buen nivel se permitiría que los hallazgos de los estudios allí publicados puedan llegar con mayor facilidad a los gestores y tomadores de decisión en salud.

3. Impacto de las investigaciones en políticas públicas

El número de investigaciones sobre enfermedades prioritarias —aquellas con mayor prevalencia en el país, como la tuberculosis, las enfermedades oncológicas, las enfermedades transmisibles, entre otras— han aumentado a través de los años. Además, los documentos sobre salud materna neonatal también muestran un incremento. Por el contrario, los estudios sobre determinantes sociales de la salud como género, nivel socioeconómico, educación, laboral, acceso a agua y saneamiento, etnia, vivienda y acceso a servicios de salud fueron escasos durante el periodo evaluado. Las investigaciones revisadas se han enfocado en la descripción y la situación actual de dichas enfermedades; es decir, en el problema, y en menor escala en desarrollar abordajes para el control de dichas enfermedades, su prevención y manejo. Esto es especialmente importante dado que este tipo de investigaciones son clave para la generación de políticas públicas o programas de salud pública a nivel nacional o en poblaciones priorizadas.

Adicionalmente, existen escasas evaluaciones de impacto de las políticas públicas vigentes dirigidas hacia la reducción de los principales problemas sanitarios del país. Es imprescindible contar con este tipo de evaluaciones de impacto dado que permiten a los tomadores de decisiones realizar cambios en los programas que mejoren su impacto o, incluso, eliminar determinadas políticas e idear otro tipo de abordaje de los problemas de salud.

A partir del estudio de Soto & Chávez (2016) se debería proponer políticas de profilaxis de los contactos de tuberculosis (TBC) y manejo de poblaciones vulnerables a contraer TBC y, en consecuencia, el tema de resistencia a las medicinas. Por su parte, el estudio de Villegas *et al.* (2016) llama a políticas para vigilar la resistencia a la TBC asociada a la coinfección con VIH. Se necesita generar políticas que incidan sobre los factores que se asocian en la adherencia al tratamiento de TBC.

El estudio de Goldie *et al.* (2012) apoyó, junto a otros estudios técnicos del INS, la generación de una política de vacunación en niñas de entre 9 y 11 años contra el VPH a fin evitar la posibilidad de padecer cáncer de cuello uterino en la adultez. Sin embargo, para lograr un impacto sobre la disminución del cáncer de cuello uterino es necesario reforzar la vacunación con otras estrategias, tales como el diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno.

En cuanto a los resultados encontrados en los estudios sobre obesidad revisados, estos se deberían traducir en intervenciones y políticas públicas para promover entornos escolares saludables. Específicamente, el estudio de Woo Nam *et al.* (2015) encuentra evidencia que los programas sociales que promueven salud podrían reducir la frecuencia de obesidad. El estudio de Chaparrol y Estradall (2012) ofrece evidencia sobre la necesidad de políticas públicas que prioricen las altas tasas de retraso del crecimiento, al igual que la obesidad en los niños. En este contexto, las escuelas son el ámbito perfecto para desarrollar intervenciones exitosas en cuanto a la disminución del índice de masa corporal junto con un aumento de la actividad física, así como prevenir la desnutrición en los estudiantes, como lo han demostrado ya diversos estudios (Langford R. *et al.*, 2014).

Con respecto a los estudios sobre VIH, la investigación de Silva-Santiesteban *et al.* (2013) muestra la necesidad de políticas que protejan financieramente a los pacientes con VIH para evitar el gasto de bolsillo. A pesar de que en el Perú existe una política de aseguramiento universal y un programa presupuestal del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) para VIH, se necesita conocer los factores asociados a la presencia de gasto de bolsillo en esta población.

Respecto al acceso a los servicios de salud, se reporta los factores asociados a su uso, los mismos que deberían apoyar la planificación de la gestión de dichos servicios. Los estudios sobre recursos humanos son pocos, pero existe cierta persistencia a través de los años. Entre los estudios revisados no se reporta intervenciones orientadas a mejorar la disponibilidad de los recursos humanos en salud.

En cuanto a los estudios sobre acceso a medicamentos, estos evidencian una falta de acceso adecuado a la prescripción hecha por el médico a nivel nacional, sobre todo en los establecimientos de salud del Minsa. Ello revela la necesidad de mayor investigación para mejorar el acceso de medicamento en general. Del mismo modo, se encontró un retraso en el acceso a los medicamentos en pacientes que presentan tuberculosis multidrogorresistente. Si bien existe una política pública instaurada sobre el manejo de tuberculosis, es necesario tener en cuenta estos resultados a fin de poder mejorar el acceso a medicamentos en dichos pacientes.

Dentro de los estudios revisados se evidencia la evaluación de dos programas del Estado destinados a mejorar la oferta de servicios en departamentos pobres del Perú. El estudio de los programas Atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED) y Juntos no evidencia resultados que muestren una mejora de los objetivos perseguidos por ambos. Estos resultados deberían orientar a los gestores de estas intervenciones a replantear las estrategias implementadas en dichas zonas para mejorar la oferta y el acceso a servicios de salud. Por otro lado, uno de los temas ausentes dentro de las investigaciones revisadas sobre acceso a servicios de salud fue el de infraestructura y equipamiento. Son necesarios estudios en este campo para plantear políticas públicas. Al igual que con tema de las enfermedades prioritarias, la mayoría de investigaciones en acceso a los servicios de salud se centran en la descripción del problema y no se enfocan en la evaluación de intervenciones o soluciones para generar políticas públicas.

Acerca de los estudios sobre rectoría y regulación, los temas abordados fueron relacionados a la rectoría del Minsa en la capacitación de gestores y salubristas provenientes de cada localidad que permitan generar un mecanismo de monitoreo de las políticas de salud en las regiones. También se evidenció estudios sobre la capacidad de Susalud de empoderar a los usuarios para ejercer la protección de sus derechos en salud a través de la formación de juntas de usuarios. Del mismo modo, se reportó el rol rector y regulador que debería asumir el Minsa para mejorar la salud de las poblaciones indígenas dentro de un marco de salud intercultural. Frente a estos hallazgos, urge hacer investigación en dichas poblaciones a fin de generar políticas públicas con enfoque intercultural.

Estudios encontrados sobre rentabilidad financiera evidencian, por ejemplo, que EsSalud debería adoptar una mejor política de gestión financiera y sanitaria a fin de nivelar el déficit de recursos económicos del seguro agrario. Otra investigación encuentra una disminución en términos porcentuales del gasto de bolsillo en salud por parte de las familias peruanas derivado de la política de AUS. Sin embargo, esta misma investigación mostró que estar afiliado a un seguro de salud, no garantizó el acceso a los servicios de salud ni evitar el gasto de bolsillo, por lo cual se deben diseñar políticas orientadas a conseguir ese objetivo. También se menciona la carga de enfermedad de infecciones virales como el dengue y la influenza, lo que hace evidente la necesidad de generar políticas de Estado que disminuyan el gasto de bolsillo para las familias.

Otro estudio hizo mención a que el Estado debe generar una política de unificación de precios respecto a los insumos, materiales y recursos humanos para sanear las brechas de costos que existen entre los hospitales y el pago que realiza el SIS por el servicio de hemodiálisis. Por otro lado, se encontró estudios de costo-efectividad mostraron resultados favorables para

el uso de vacunas conjugadas para evitar la neumonía, siendo hoy una política pública su uso en el calendario de vacunación peruana. En esa misma línea, un estudio encontró costo-efectividad en la estrategia de detección temprana de cáncer de mama utilizando la mamografía fija y móvil. Aunque estos hallazgos refuerzan la actual política de cribado de cáncer de mama con mamografía que se ofrece en los establecimientos de salud, debe también iniciarse una política de uso de mamografía móvil. Asimismo, se evidencia que la mejor estrategia para disminuir la carga económica del pie diabético es la política de prevención.

Sobre el aseguramiento universal en salud, los estudios revisados evidenciaron un aumento de este en regiones de extrema pobreza como Ayacucho, Apurímac y Huancavelica. No obstante, al momento del estudio existía aún una brecha de personas en pobreza por asegurar, además de una falta de una oferta adecuada de servicios de salud en la región. Actualmente, sigue vigente la política de AUS por parte del Estado, aunque para tener una buena cobertura debe ir de la mano con una política de mejora en la oferta de servicios de salud de calidad.

4. Agenda de investigación en el área de salud, 2017-2021

Durante el año 2009, el INS estableció las prioridades regionales y nacionales de investigación para el periodo 2010-2014. La agenda de investigación definida por dicho proceso constó de seis tópicos: recursos humanos en salud, salud mental, ITS-VIH/SIDA, tuberculosis, mortalidad materna y desnutrición infantil (Caballero, et al., 2010). En ese contexto, la publicación de Romani *et al.* hace un análisis bibliométrico de las publicaciones entre los años 2010 y 2014 basado en éstos seis tópicos. Dicho estudio evidenció que la producción científica en las áreas propuestas no ha aumentado considerablemente —más bien fue limitada—, predominando los tópicos de tuberculosis e ITS-VIH/SIDA. Además, la investigación desarrollada en ese quinquenio fue financiada predominantemente por instituciones internacionales. Estos resultados confirman la necesidad de añadir a las agendas de investigación una estrategia de implementación en las regiones de grupos de investigación que puedan desarrollarlas (Romaní *et al.*, 2016).

A continuación se propone una agenda de investigación en salud basada en la revisión sistemática de la producción científica de los años 2011 a 2016 y en la opinión de expertos. La presentamos para el quinquenio 2017-2021 de acuerdo a los temas tratados.

1. Enfermedades prioritarias

Se ha encontrado que las investigaciones sobre las enfermedades prioritarias en el Perú en el último quinquenio han estado orientadas a la identificación y medición de su magnitud en diversos grupos poblacionales. Sin embargo, se ha carecido de investigaciones orientadas a probar intervenciones que lleguen a disminuir o solucionar los retos que constituyen las enfermedades prioritarias. Solucionar problemas como la cobertura de saneamiento de agua y desagüe puede disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas. Del mismo modo, es necesario diseñar abordajes efectivos para atender la obesidad y la desnutrición infantil. También, investigar intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento de TBC y VIH, así como intervenciones que disminuyan la resistencia de estos gérmenes a los medicamentos. Por ello, las siguientes preguntas se basan en la realización de intervenciones a nivel hospitalario y comunitario:

- ¿Cuáles son los enfoques más apropiados para mejorar la cobertura de saneamiento de agua y desagüe en la población peruana?
- ¿Son las enfermedades con mayor carga de enfermedad las que utilizan más frecuentemente los servicios sanitarios?
- ¿Cuáles son las mejores estrategias para disminuir la resistencia a los fármacos antituberculosos en el contexto peruano?
- ¿Cuáles son las percepciones y las prácticas que los pacientes con tuberculosis tienen sobre la adherencia al tratamiento?
- ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas llevadas a cabo en los colegios de países de medianos ingresos para disminuir la obesidad en los escolares?
- ¿Cuáles son los abordajes más efectivos para disminuir la desnutrición y la anemia en menores de cinco años de países de medianos ingresos?
- ¿Cuál sería el impacto de una estrategia de telemedicina para el tratamiento de enfermedades prioritarias en sitios donde no existe personal de salud especializado?

Oferta de servicios

En el último quinquenio, la producción científica sobre la oferta de servicios ha descrito los problemas en diferentes grupos poblacionales en cuanto al acceso a servicios sanitarios, acceso a medicamentos, satisfacción de la atención y conocimiento de la enfermedad en pacientes crónicos. También nos ha dado pistas respecto a posibles abordajes para aumentar

los recursos humanos en áreas rurales. Además, se evidencia una necesidad de valorar la calidad de medicamentos genéricos y biosimilares que circulan en el mercado local. Sin embargo, existen cuestiones relacionadas a la oferta de servicios que deben valorarse para los próximos cinco años. Entre las más importantes destacan la valoración del impacto de los diversos programas presupuestales en la salud de la población, investigaciones para fortalecer el nivel primario de atención, cuáles son las causas o razones del no acceso a medicamentos sobre todo en enfermedades prioritarias, y la evaluación de intervenciones para disminuir la centralización de los recursos humanos en salud. En ese sentido, se proponen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el impacto de los programas presupuestales definidos por el Minsa en la salud de la población peruana?
- ¿Cuáles son las percepciones y las prácticas que los pacientes tienen acerca del uso de servicios de salud?
- ¿Cuáles son los factores del sistema de salud que influyen en el acceso a los servicios de salud?
- ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para el fortalecimiento del primer nivel de atención?
- ¿Cómo fomentar las redes integradas de salud y cuál es la mejor forma de gerenciarlas?
- ¿Cómo mejorar eficiente y articuladamente la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional?
- ¿Cómo avanzar hacia una estrategia eficiente de redes integradas que mejore la promoción y prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la gestión de enfermedades, la rehabilitación y los cuidados paliativos en el sistema de salud peruano?
- ¿Cuáles son las razones del acceso no efectivo a medicamentos prescritos en los establecimientos del Minsa y de Gobiernos regionales?
- ¿Cómo se deben mejorar los procesos operativos destinados a garantizar el inicio oportuno del tratamiento de la tuberculosis multidrogorresistente en el programa nacional de tuberculosis?
- ¿Cómo garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos genéricos y biosimilares?
- ¿Cuál es la satisfacción de los usuarios de consultorio externo en los establecimientos de salud a nivel nacional utilizando la herramienta SERVQUAL validada para el contexto peruano?
- ¿Cuáles son las intervenciones más efectivas para disminuir las brechas en la educación para la salud y el conocimiento de las enfermedades crónicas que los pacientes padecen?
- ¿Cuáles son las mejores estrategias para estimular que los estudiantes de pregrado de ciencias de la salud escojan trabajar en entornos rurales del interior del país?
- ¿Cuál es la efectividad de una intervención basada en mejoras salariales, oportunidades de formación y capacitación, estabilidad laboral y nombramiento para incentivar trabajar en zonas rurales del interior del país en los profesionales de la salud?
- ¿Cuál es el impacto en la producción científica de una intervención basada en la asignación de horas dedicadas exclusivamente a la investigación en salud en los principales hospitales e institutos especializados del Perú?

Rectoría y regulación

El órgano rector en salud lo constituye el Minsa, pues dicta las políticas de salud del país basado en la publicación de leyes y normas técnicas en salud que son de aplicación tanto en el ámbito público como privado. Asimismo, el órgano regulador es la Superintendencia

Nacional de Salud (Susalud), que se encarga de velar por los derechos en salud de los ciudadanos y el cumplimiento de las normas técnicas en salud por parte de las Ipress y las lafas.

En los últimos cinco años se evidenció una pobre producción científica en este tema, lo cual plantea la necesidad de explorar investigaciones en donde el Minsa asuma un rol más protagónico respecto a la rectoría a nivel nacional. Debe ser un facilitador de la relación entre los Gobiernos regionales y los Gobiernos locales para tener un correcto cumplimiento de las políticas públicas, así como buenos indicadores de gestión a nivel regional. Del mismo modo, es necesario reforzar los procesos de auditoría de la atención médica en salud. Todo ello como una herramienta para la mejora de los procesos en salud. En ese contexto, planteamos las siguientes preguntas de investigación para el próximo quinquenio:

- ¿Cuáles son los mecanismos idóneos para mejorar la articulación y el fortalecimiento de la relación entre Gobiernos regionales y Gobiernos locales en la gestión de salud para el correcto cumplimiento de las políticas de salud dictadas por el Gobierno central?
- ¿Cuál es el impacto de la descentralización de los servicios de atención oncológica especializada mediante los Institutos Regionales de Enfermedades Neoplásicas en el manejo del cáncer en el Perú?
- ¿Es factible mejorar los procesos asistenciales y de soporte utilizando la mejora continua de la calidad basada en la auditoría médica interna y externa en los principales hospitales del Perú?

Financiamiento

Las investigaciones en los últimos cinco años en el ámbito del financiamiento se centraron en estudios de costo-efectividad de algunas intervenciones orientadas a enfermedades con una considerable carga de enfermedad. Sin embargo, no se evidencian estudios referidos a la eficiencia del financiamiento en los diferentes subsistemas de salud, al impacto de la fragmentación en el financiamiento de la salud, ni se han realizado estudios orientados a mejorar los mecanismos de pago entre las lafas y las Ipress, y tampoco estudios que pronostiquen la sostenibilidad financiera a futuro del SIS y del seguro social.

Por otro lado, se necesita realizar más evaluaciones de costo-efectividad en enfermedades importantes como dengue, cáncer de mama o diabetes a fin de valorar la posibilidad de ser financiadas por el Estado para disminuir el gasto de bolsillo y tener un mejor impacto en la salud de la población. En ese contexto, orientados por los hallazgos de las investigaciones en este campo en los últimos cinco años, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es el impacto de la fragmentación en el financiamiento para lograr mayor eficiencia en el gasto de salud?
- ¿Cuál es el impacto de separar los llamados “costos variables” de los “costos fijos” en la producción de servicios y en la eficiencia del gasto?
- ¿Cuáles son los mecanismos de pago más eficientes para el financiamiento de las prestaciones por las lafas a las Ipress en los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud peruano?
- ¿Cuáles son los pasos necesarios para convertir al SIS en un seguro de salud financieramente sostenible?
- ¿Cuál es la costo-efectividad del uso de vacunas contra el dengue para evitar el gasto de bolsillo en salud por parte de los ciudadanos?
- Dado que se considera que la mamografía es una estrategia costo-efectiva y actualmente está siendo ofrecida por el Minsa, ¿cuál es el impacto de la mamografía instaurada por el Minsa como medida para la detección precoz del cáncer de mama?

- Considerando que las complicaciones del pie diabético son muy costosas, ¿cuál es el impacto de una estrategia preventiva para la disminución de los costos derivados de ellas?
- ¿Cuál es la mejor estrategia lograr el desarrollo de medicamentos basados en plantas medicinales oriundas del Perú?

Aseguramiento

Se evidenció que la mayoría de estudios en los últimos cinco años sobre aseguramiento describen la situación actual del sector. Es importante para mantener la política de AUS actual y establecer intervenciones que aseguren la sostenibilidad financiera de los seguros en salud. A su vez, es necesario explorar intervenciones basadas en redes integradas que articulen el sistema de salud, y realizar estudios que den luces sobre la sostenibilidad de los regímenes subsidiados. Todo ello implica un mejor control y regulación de los mecanismos de afiliación al SIS.

También, se requiere de investigaciones sobre intervenciones que permitan mejorar la recaudación de aportes en los regímenes contributivos como la seguridad social y el SIS. En ese contexto, planteamos las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son la factibilidad y el impacto de tener un único asegurador en todo el sistema de salud peruano?
- ¿Cuál es el impacto en el mercado de servicios de salud de la integración vertical?
- ¿Cuáles son las mejores estrategias para garantizar la disminución de la filtración al SIS subsidiado?
- ¿Cómo mejorar la eficiencia del SIS en relación a sus procesos de compra?
- ¿Cuáles son mejores mecanismos para disminuir la evasión del pago de aportes al seguro social por parte de las empresas?

5. Conclusiones y reflexión final

Luego de presentar un balance de los principales estudios elaborados en el periodo 2011-2016, las percepciones de gestores e investigadores respecto de la investigación en salud, y ofrecer una propuesta de la agenda de investigación en salud para los años 2017 al 2021, en las siguientes líneas se exponen las principales conclusiones y una reflexión final.

En el balance de las enfermedades prioritarias se evidencia un aumento en la producción científica orientada a identificar daños, mas no estudios con financiamiento público o privado que busquen diseñar intervenciones para mejorar los daños identificados. Urgen intervenciones para mejorar los servicios de agua y saneamiento, y para disminuir la resistencia a los medicamentos contra la tuberculosis, la obesidad y la desnutrición infantil. El Estado podría asumir un rol financiador de estos estudios e incluso se podría involucrar fondos internacionales y contar con el apoyo de universidades y organizaciones locales para el desarrollo de estos procesos.

En cuanto al balance de la oferta de servicios de salud, éste nos muestra una diversidad de problemas asociados a una escasez de oferta, inadecuada distribución y gerencia, que limitan el acceso a los servicios de salud. Entre los principales retos a solucionar están justamente la falta de oferta de servicios, el ineficaz acceso a medicamentos prescritos y la carencia de recursos humanos en salud. Dicho escenario plantea la necesidad de valorar los procesos operativos y de soporte mediante investigación operativa dentro de los establecimientos de salud a fin de mejorar su gestión y con ello la calidad de la oferta de servicios de salud. Asimismo, es clave retomar el tema de redes integradas de salud que permitan el uso de todos los servicios de salud –públicos y privados- y fomentar el desarrollo del primer nivel de atención, clave para resolver hasta un 80% de los problemas de salud así como para contener los costos del sistema.

Si bien no hubo intervenciones en el ámbito de los recursos humanos, sí se tiene luces para planificar futuras intervenciones en estudiantes de ciencias de la salud, dado que en los estudios valorados se ha visto predisposición de muchos alumnos de medicina por trabajar en entornos rurales y fuera de Lima. También es posible llevar a cabo intervenciones usando incentivos económicos y de capacitación en profesionales de salud con la finalidad de estimular el trabajo en el interior del país. Un aporte importante es el de la herramienta SERVQUAL, validada en el contexto peruano para la medición de la satisfacción de los usuarios de consulta externa. Esto es muy valioso pues se podrían hacer comparaciones válidas entre los establecimientos de salud e incluso entre los subsistemas de salud con los que cuenta el Perú. Finalizando esta sección, los expertos en gestión manifestaron su preocupación por saber si la oferta de medicamentos genéricos y biosimilares tiene la misma bioequivalencia que sus contrapartes de marca, un elemento fundamental para garantizar un adecuado tratamiento de las enfermedades.

En el balance de la rectoría y regulación no se identificaron nuevas investigaciones. No obstante, se encontró aportes interesantes como la constatación de una falta de articulación entre los Gobiernos regionales y los Gobiernos locales para la gestión de salud. En este aspecto, el Estado, a través del Minsa, debe asumir un rol más protagónico presentándose como un facilitador de canales de comunicación y mesas de trabajos entre ambas instancias para hacer posible una mejor gestión en salud a nivel regional. Por otro lado, se presenta el rol rector del INEN en la descentralización de la atención del cáncer en el Perú, aunque para el próximo quinquenio es necesaria una medición de impacto a fin de valorar sus resultados e ir afinando dicha política. La auditoría médica de los procesos operativos y de soporte también se presenta como una herramienta para la mejora continua de la calidad.

El balance del financiamiento evidencia estudios de costo-efectividad de algunas intervenciones para enfermedades prioritarias para el país. Sin embargo, se trata de simulaciones con diversos escenarios creados. Lo que corresponde es ser consecuente con dichos resultados e implementar las intervenciones más costo-efectivas. Luego se debería medir el impacto presupuestario y el nivel de la calidad de vida de las personas beneficiadas con dichas intervenciones a fin de valorar la sostenibilidad del financiamiento por parte del Estado.

En el balance del aseguramiento, las investigaciones abordaron el tema de la cobertura de aseguramiento en zonas de extrema pobreza financiera y confirmaron que aún existe una brecha por cubrir. A su vez, es clara la necesidad de ser más eficientes en el proceso de aseguramiento para los regímenes subsidiados por el Estado, mientras que los seguros contributivos deben mejorar sus procesos de afiliación y recaudación por parte de los empleadores. Estos hallazgos invitan a desarrollar intervenciones que puedan garantizar un adecuado proceso de aseguramiento y recaudación de ingresos por parte de las lafas.

Un punto de reflexión importante son las escasas coincidencias respecto a los tópicos a estudiar entre gestores e investigadores, lo que plantea la necesidad de organizar una agenda de investigación común. Probablemente la falta de interacción entre dichos actores claves sea una de las causas por las cuales las investigaciones en salud no forman parte de las herramientas que utilizan los gestores para la generación y la implementación de políticas públicas. En consecuencia, para lograr esta sinergia son fundamentales espacios de conversación y generación de acuerdos colaborativos entre gestores e investigadores. Se podrían iniciar estos esfuerzos de acercamiento desde las universidades y organizaciones que realicen investigación; luego se podría conseguir el efecto multiplicador replicando dichos esfuerzos con otras universidades y formando para ello equipos regionales de investigación que se ocupen de las agendas locales.

6. Referencias bibliográficas

- Caballero, P., Yaqui, M., Espinoza, M., Castilla, T., Granados, A., Velásquez, A., et al. (2010). Prioridades regionales y nacionales de investigación en salud, Perú 2010-2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* , 398-411.
- Valdez, W., Napanga, E. O., Oyola, A., Mariños, J. C., Vilchez, A., Medina, J., et al. (2013). *Análisis de Situación de Salud del Perú*. Lima: Ministerio de Salud.
- Wu, A., Budge, P., Williams, J., Griffin, M., Edwards, K., Johnson, M., et al. (2015). *Incidence and Risk Factors for Respiratory Infection among Children in the Remote Highlands of Peru*.
- Valdez, W., & Miranda, J. A. (2014). *Análisis de situación de salud del Perú*. Ministerio de Salud.
- Soto, M. G., & Chavez, A. M. (2016). *Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.
- Villegas, L., Otero, L., Sterling, T., Huaman, M., Van der Stuyft, P., Gotuzzo, E., et al. (2016). *Prevalence, Risk Factors, and Treatment Outcomes of Isoniazid- and Rifampicin- Mono-Resistant Pulmonary Tuberculosis in Lima, Peru*. Texas A&M University.
- Culqui, D., Munayco, C., Grijalva, C., Cayla, J., Horna-Campos, O., Alva, K., et al. (2012). Factores asociados al abandono de tratamiento antituberculoso convencional en Perú. *Archivos de Bronconeumología* , 150-155.
- Goldie, S., Levin, C., Mosqueira - Lovón, R., Ortendahl, J., Kim, J., O'Shea, M., et al. (2012). Health and economic impact of human papillomavirus 16 and 18 vaccination of preadolescent girls and cervical cancer screening of adult women in Peru. *Rev Panam Salud Publica* , 426-434.
- Poterico, J., Stanojevic, S., Ruiz, P., Bernabe-Ortiz, A., & Miranda, J. (2012). The Association between socioeconomic status and obesity in Peruvian Women. *National Institute of Health* .
- Hernández-Vasquez, A., Bendezú-Quispe, G., Santero, M., & Azañedo, D. (2016). Prevalence of childhood obesity by sex and regions in Peru, 2015. *Rev. Esp. Salud Publica* , 1-10.
- Woo Nam, E., Sharma, B., Yun Kim, H., Vasquez Paja, D. J., Young, M. Y., Ha Lee, S., et al. (2015). Obesity and hypertension among School-going adolescents in Peru. *Journal of Lifestyle Medicine* , 60-67.
- Loret de Mola, C., Quispe, R., Valle, G., & Poterico, J. (2014). Nutritional transition in Children under five years and women of reproductive age. *PLOS* .
- Chaparro, M. P., & Estrada, L. (2012). Mapping the nutrition transition in Peru: evidence for decentralized nutrition policies. *Rev Panam Salud Publica* , 241-244.
- Baltazar, G., Escate, J., & Yepes, L. F. (2014). *Línea de base de desnutrición y condiciones de vida de los niños menores de 5 años para los distritos Talavera, San Jerónimo y Andahuaylas, provincia Andahuaylas, región Apurímac*. Lima.
- Salinas, J., Alave, J., Westfall, A., Paz, J., Moran, F., Carbajal-Gonzales, D., et al. (2013). Medication Possession ratio predicts antiretroviral regimens persistence in Peru. *PLOS* .
- Silva-Santesteban, A., Segura, E., Sandoval, C., Girón, M., Petrera, M., & Caceres, C. (2013). Determinants of unruual HIV care access among people living with HIV in Peru. *Globalization and health* .
- Curioso, W., Pardo, K., & Valeriano, L. (2013). Uso de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, 2009 – 2011. *Rev. perú. med. exp. salud publica* .
- Brierley, C., Suarez, N., Arora, G., & Graham, D. (2014). Healthcare access and health beliefs of the indigenous peoples in remote amazonian Peru. *An. J. Trop. MEd. Hyg.* , 180-183.
- Cabello, E., & Chirinos, J. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev Med Hered* .
- Petrera, M., Valdivia, M., Jimenez, E., & Almeida, G. (2013). Equity in health and health care in Peru 2004-2008. *ev. Panam Salud Publica* , 131-6.

- Williamson, J., Ramirez, R., & Wingfield, T. (2015). Health. Healthcare access and use of traditional versus modern medicine in Remote peruvian amazon communities. *An. J. MEd. Hyg.* , 857-864.
- Huicho, L., Molina, C., Diez-Canseco, F., Lema, C., Miranda, J., Huaynau-Espinoza, C., et al. (2015). Factores behind job preferences of peruvian medical, nursing and midwifery students. *Human resources for Health* .
- Miranda, J., Diez-Canseco, F., Lema, C., Lescano, A., Lagarde, M., Blaauw, D., et al. (2012). *Stated ´references of doctors for choosing a job in rural areas of Peru*. Lima.
- Mezones, E., Díaz, R., Castillo, J., Jerí, M., Benites, V., Marquéz, E., et al. (2016). Promoción de los derechos en salud en Perú: una aproximación desde la perspectiva de acción de la superintendencia nacional de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* , 520-28.
- Aliaga, G. (2014). *Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de Salud Intercultural en el Perú*. Lima: UNMSM.
- Legonía, E. (2015). *Descentralizar salud y educación. responsabilidades, capacidades y articulación de Gobiernos regionales y locales respecto a salud y educación en dos regiones amazónicas del Perú: San Martín y Loreto*. Lima: GRADE.
- Salazar, M. R., Regalado-Rafael, R., Navarro, J. M., Montanez, D. M., Abugattas, J. E., & Vidaurre, T. (n.d.). El INEN en el control del cáncer en el Perú.
- Cabezas, C., Yagui, M., Caballero, P., Espinoza, M., Castilla, T., Granados, A., et al. (2011). *Prioridades de investigación en salud en el Perú 2010 - 2014*. Lima: Instituto Nacional de Salud.
- Organización Internacional del Trabajo. (2012). *Estudio financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud)*. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos.
- Ministerio de Salud. (2015). *Cuentas nacionales de salud, Perú 1995 - 2012*. Lima: Ministerio de Salud.
- Salmon-Mulanovich, G., Blazes, D., Lescano, A., Bausch, D., Montgomery, J., & Pan, W. (2015). Economic Burden of Dengue Virus Infection at the Household Level among Residents of Puerto Maldonado, Peru. *American Society of Tropical Medicine and Hygiene* , 684–690.
- Tinoco, Y., Azziz-Baumgartner, E., Rázuri, H., Kasper, M., Romero, C., Ortiz, E., et al. (2016). *A population-based estimate of the economic burden of influenza in Peru, 2009–2010*.
- Eyzaguirre, D. M. (2015). *Brecha de costos de la hemodiálisis bajo la aplicación del tarifario del Seguro Integral de Salud. Hospital Regional de Loreto 2015*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- Gomez, J. A., Tirado, J. C., Navarro, A. A., Castrejon, M. M., & Topachevskyi, O. (2013). Cost-effectiveness and cost utility analysis of three pneumococcal conjugate vaccines in children in peru. *BMC Public Health* .
- Zelle, S., Vidaurre, T., Abugattas, J., Manrique, J., Sarria, G., Jeronimo, J., et al. (2013). Cost-effectiveness analysis of breast cancer control interventions in Peru.
- Cardenas, M. K., Mirelman, A., Galvin, C., Lazo-Porras, M., Pinto, M., Miranda, J., et al. (2015). The cost of illness attributable to diabetic foot and cost-effectiveness of secondary prevention in Peru. *BMC Public health* .
- Alfageme, A. (2011). *Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud en el Perú*. Lima: BCRP.
- Seinfeld, J., Paredes, R., & Besich, N. (2014). *Fortalecimiento del rol rector de la SUNASA en la implementación del Aseguramiento Universal en Salud, respecto a la supervisión y vigilancia de las IPRESS, en el marco del Intercambio Prestacional del SIS, EsSalud y los gobiernos regionales de Ayacucho*. Lima.
- Portocarrero, A. M. (2013). *“Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 - 2010*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cabrera, J., Baltazar, G., & Alcántara, W. (2014). *Aseguramiento Universal en Salud de jóvenes peruanos*. Lima.

Checkley, W., Robinson, C., Baumann, L., Hansel, N., Romero, K., Pollard, S., et al. (2015). 25-hydroxy vitamin D levels are associated with childhood asthma in a population-based study in peru. *Clin Exp Allergy* , 273-282.

Vásquez-Silva, L., Ticse, R., Alfaro-Carballido, L., & Guerra-Castañón, F. (2015). Acceso, uso y preferencias de las tecnologías de información y comunicación por médicos de un hospital general del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* , 289-293.

Anexos

Anexo 1. Lista de Personas Entrevistadas

Número	Entrevistas	Cargo	Institución
1	Oscar Ugarte	Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud	Universidad Weiner
2	Ada Pastor	Directora Nacional	SISTEC
3	César Amaro	Ex Gerente General	Saludpol
4	Hugo Arroyo	Editor de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública y docente en investigación	USMP
5	Héctor Espinoza	Asesor de Jefatura. Ex Jefe de Unidad Funcional de Costos	FISSAL
6	Armando Luza	Investigador en Ensayos Clínicos	USMP
7	Josmel Pacheco	Especialista en análisis bibliométrico	USIL
8	Hernán Ramos	Ex Superintendente adjunto de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización	SUSALUD
9	Edward Mezones	Jefe de Estudios Económicos y Sociales	SUSALUD
10	Vicente Benites	Investigador asociado al Centro de Investigación de Salud Pública	USMP

Anexo 2. Guía semiestructurada de entrevistas

- Entrevistados: expertos en gestión e investigación en temas de salud.
- Objetivo general: recoger información sobre temas claves para la investigación de las políticas públicas en salud.

PRESENTACIÓN

“Videnza Consultores está realizando un estudio que tiene por objetivo elaborar un balance de las investigaciones producidas en el Perú desde 2011 en materia de salud. Además, se busca realizar una agenda de investigación de temas claves para políticas públicas en salud”.

PREGUNTAS MOTIVADORAS

- ¿Cuáles cree que son los principales avances en la investigación de salud en el Perú?
¿Cuáles cree que deberían ser los temas o áreas prioritarios en investigación para los próximos cinco años?
- Si hablamos de acceso y oferta de servicios de salud, ¿qué temas considera que han sido los más relevantes en los últimos años? ¿Sobre qué temas se debería investigar para los próximos cinco años?
- Con respecto a las investigaciones en el área de gestión de los servicios de salud, ¿cuál es la situación actual? ¿Cuál es la hoja de ruta en este aspecto? ¿Se debería plantear mayores estudios en este tema particular?
- ¿Qué investigaciones sobre medicamentos considera relevantes? ¿Sobre costo efectividad de los mismos? ¿Sobre infraestructura y su impacto en la mejora de los indicadores de salud?
- De manera general, ¿cuáles son los temas que Ud. priorizaría en investigaciones en salud?
- ¿Considera que los actores encargados de establecer las políticas públicas en salud deberían tener mayor relación con las entidades que realizan investigaciones en este tema?
- ¿Considera que los actores encargados de establecer las políticas públicas en salud deberían tomar decisiones de políticas públicas basadas en las investigaciones en este tema? ¿Por qué?

Anexo 3. Lista de siglas y acrónimos

Aisped	Atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas
AOM	Otitis media aguda
ARV	Tratamiento antirretroviral
AVAD	Dispositivo de asistencia ventricular aguda
AUS	Aseguramiento universal en salud
CBE	Hemograma completo
Concytec	Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica
CSAP	Condiciones sensibles a atención primaria
DES	Derechos en salud
Enaho	Encuesta Nacional de Hogares
Endes	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
GOLO	Gobiernos locales
GORE	Gobiernos regionales
Iafas	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
Ietsi	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación
IMC	Índice de masa corporal
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
INS	Instituto Nacional de Salud
IP	Intercambio prestacional
Ipress	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IREN	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
ITS	Infecciones por transmisión sexual
JUS	Juntas de usuarios de los servicios de salud
Minsa	Ministerio de Salud
MPR	Relación de posesión de medicamentos
NTHi	Haemophilus influenzae no tipificable
OIT	Organización Internacional del Trabajo
Paipdes-Susalud	Programa de Acciones Integradas para la Promoción de los Derechos de Salud
PAN	Programa Articulado Nutricional
PHiD-CV	Vacuna conjugada neumocócica
PSI	Política de Salud Intercultural
QALY	Año de vida ajustado por calidad
SERVQUAL	Cuestionario para la medición de la calidad del servicio
SIS	Seguro Integral de Salud
Sisfoh	Sistema de Focalización de Hogares
SES	Estatus socioeconómico
SPP	Sistema Privado de Pensiones
Sunasa	Superintendencia Nacional de Salud
Susalud	Superintendencia Nacional de Salud
TBC	Tuberculosis
TMI	Transmisión Materno-Infantil
USMP	Universidad de San Martín de Porres
VIH - SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano