

**M**

MANAGEMENT  
SALUD

Nº 1, enero 2017

SOMOS EL PAÍS CON MAYOR  
DÉFICIT EN RHUS EN ALyC

OFERTA MÓVIL DE SALUD EN LAS  
REGIONES DEL PERÚ

CAMPAÑAS PUBLICITARIAS  
SOBRE DIABETES  
EN EL MUNDO

# ÍNDICE

NOTICIAS

5

CAMBIOS Y  
NOMBRAMIENTOS

6

OPINIÓN

7

MARKETING

9

GESTIÓN

11

SALUD TECH

12

SEGUROS

14

ECONOMÍA

15

SALUD PÚBLICA

16

ARQUITECTURA  
PARA LA SALUD

17

FARMA

19

RHUS

21



FORMA PARTE DE NUESTRO  
**CLUB DE SUSCRIPTORES**  
y accederás a:



Envío mensual de la  
revista *Management  
Salud*



Conferencias y  
seminarios de  
forma gratuita



Descuentos en  
publicidad y  
publirreportajes



**Director:**

Alberto Barrenechea

**Diseño y Comunicación:**

Angie Maeshiro

**Publicidad:**

Rosa Omote

**Redacción:**

Carmen Salas

**Colaboradores invitados:**

Alberto Barrenechea

Angie Maeshiro

Marco Soto

Marco Martina

Mercedes Saravia

Karen Cabrera

**Oficina de Redacción:**

Av. Javier Prado Este 560 - Oficina 1303  
San Isidro, Lima, Perú

Teléfono: (511) 413 - 9007

La revista *Management Salud* posee todos los derechos reservados. Queda prohibida toda reproducción total o parcial sobre el contenido de esta revista sin mencionar la fuente.



Luego de 15 años de impartir cátedra en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Universidad del Pacífico, Universidad San Ignacio de Loyola, Universidad Científica del Sur, EduSalud y Servir (ENAP), a más de 7.000 profesionales de la salud, en temas de gestión, economía, seguros y finanzas en salud, surge esta iniciativa de lanzar la revista *Management Salud* (MS). La revista está dirigida a más de 300.000 profesionales del sistema de salud (médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, técnicos y administrativos) que laboran en las IAFAS e IPRESS en todo el país.

La revista digital se publicará de manera mensual y tratará temas de coyuntura relacionados con lo que sucede en nuestro sistema de salud peruano (Minsa, SIS, SUSALUD, EsSalud, Sanidad, IGSS, Gore, privados, entre otros), también presentará novedades, artículos e investigaciones en temas propios del *management* aplicado a la salud provenientes de organismos internacionales tales como OPS, OMS, OIT, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, ONUSIDA, Harvard Salud Pública, Universidad de Wharton, entre los principales.

Los invitamos a participar, mediante la presentación de artículos, en esta iniciativa de fortalecer las capacidades y habilidades para mejorar el proceso de toma de decisiones en salud.

Finalmente, nuestro agradecimiento a Consultora DECISIÓN y al *staff* de consultores por brindar las facilidades y los recursos que hacen posible esta realidad.

**Director General**





- IP - APP - Oxl  
INVERSIÓN  
PÚBLICO - PRIVADA
- EVALUACIÓN Y  
GESTIÓN DE  
PROYECTOS
- OUTSOURCING  
CONTABLE  
FINANCIERO  
COBRANZAS
- GESTIÓN DE  
SERVICIOS  
DE SALUD
- CAPACITACIÓN  
Y ECONOMÍA  
DE LA SALUD

# LA PRIMERA CONSULTORA EN SALUD

## NUESTRO AGRADECIMIENTO:



Javier Prado Este 560 - Oficina 1303 - San Isidro  
 (51-1) 413 - 9007  
 informes@decisionperu.com  
 www.decisionperu.com

**Decision** | 15 AÑOS  
 Consultores e Investigadores



# IMPUESTO SALUDABLE

%

**9 de cada 100 personas comen al menos 5 porciones de frutas o verduras**

%

**3 de cada 100 personas a partir de 15 años son diagnosticados con diabetes**

Por: Angie Maeshiro\*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su último informe *Las políticas fiscales para la dieta y la prevención de enfermedades no transmisibles (ENT)*, propone un aumento en el impuesto para las bebidas azucaradas, como parte de las políticas públicas para mejorar la salud de la población. Ello, como forma de amortiguar el índice de consumo de azúcar en las personas.

Desde hace varios años atrás, la OMS ha dado recomendaciones sobre cómo disminuir los niveles de azúcar sin ningún éxito. Sin embargo, la organización espera que con esta ley se salve la vida de muchas personas.

Según el presidente de la Asociación de la Industria de Bebidas y Refrescos sin Alcohol (César Luza), en nuestro país un impuesto a solo un tipo de producto no tendría los resultados esperados, pues la diabetes es una enfermedad producida por la ingesta de múltiples tipos de alimentos. En lugar de ello, ha propuesto al Ministerio de Salud y Educación realizar charlas educativas y campañas promocionales para detener el excesivo consumo de azúcares e incentivar el desarrollo de prácticas deportivas.

El Dr. Elmer Huertas ha difundido estudios que demuestran que, incluso, las bebidas *light* o zero hacen daño a la salud.



Fuente:

Organización Mundial de la Salud

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases>

Instituto Nacional de Estadística e Informática

<http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-3-de-cada-100-personas>

(\*) Comunicación y Marketing UPC.

Tumbes, Madre de Dios, San Martín, Loreto y Piura son los departamentos con mayor tasa de mortalidad por diabetes.

# CAMBIOS Y NOMBRAMIENTOS



## MINSA

Se designa bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, a la Químico Farmacéutico Rosa Luz Nalvarte Estrada en el cargo de Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Calidad del Centro Nacional de Productos Biológicos del Instituto Nacional de Salud MINSA - (17 enero del 2017).

Kléver Chávez Passiuri es nombrado en la Jefatura del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN - (5 de enero del 2017).

## SUSALUD

Se designa al médico cirujano Walter Mario Cáceres Leturia en el cargo de Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Medicina y Psicología del Trabajo del Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud del Instituto Nacional de Salud - (12 enero).

Se designa al abogado Jorge Ignacio Guzmán Niño en el cargo de confianza de Intendente de la Intendencia de Normas y Autorizaciones de la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización de la Superintendencia Nacional de Salud - (18 enero del 2017).

Se designa al señor Miguel Antonio Vela López en el cargo de confianza de Intendente de la Intendencia Macro Regional SUSALUD Norte de la Superintendencia Nacional de Salud - (2 enero de 2017).

## SIS

Se designa temporalmente al médico cirujano Marco Antonio Adrianzen Costa en el cargo de Gerente Macro Regional de la Gerencia Macro Regional Centro Medio, cargo que desempeñará en adición a sus funciones como Asesor de la Jefatura Adjunta del Seguro Integral de Salud - (17 enero del 2017).

Se designa bajo el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios a la abogada Ada Rosa Basulto Liewald en el cargo de Directora General de la Oficina General de Administración de Recursos (17 enero del 2017).

Se designa a la abogada Rocina Concepción Melgarejo Cabello en el cargo de Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Seguro Integral de Salud - (17 enero del 2017).



## ¿POR QUÉ EXISTE TANTA CORRUPCIÓN EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD?

Por: Alberto Barrenechea \*

En todo sistema de salud se presenta una demanda de servicios de salud correspondiente a patologías o enfermedades de baja complejidad (enfermedades respiratorias o gastrointestinales) en mayor proporción que la demanda por atención de enfermedades de mediana o alta complejidad (ejemplo: cáncer).

Sin embargo, en nuestro país, desde hace más de cuarenta años, se prioriza la construcción de centros hospitalarios en las diversas regiones del país y en Lima. Hoy, nos encontramos en una situación paradójica: cuando un ciudadano quiere atenderse en un estadio inicial de su enfermedad y demanda servicios de salud (consulta, procedimientos, exámenes) no

encuentra cupos o citas, pero cuando se encuentra grave o muy delicado de salud, es derivado a un hospital y es ingresado por el servicio de emergencia.

### ¿Cuáles son las consecuencias de esta situación?

- Ineficiencia en el uso de los recursos de la salud.
- Inequidad en el acceso a los servicios de salud.
- Postergación de tratamientos a los usuarios.
- Exposición a riesgos de contraer infecciones intrahospitalarias a los usuarios y sus familias.
- Baja efectividad clínica para diagnosticar y tratar enfermedades.

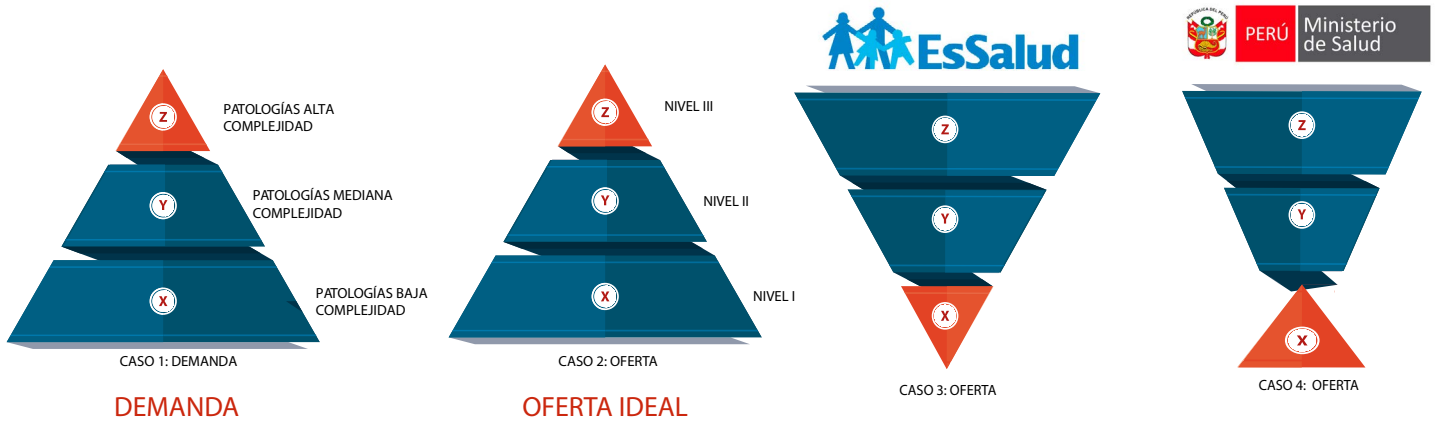
**S/.100**  
millones

**SE GASTA  
ADICIONALMENTE EN  
CONTRATACIÓN Y RENOVACIÓN  
DE PERSONAL POR AÑO**

Este divorcio entre la oferta de establecimientos de salud (Minsa-Gore), centros asistenciales (EsSalud) y clínicas (privados) y la demanda por servicios de salud de los ciudadanos de nuestro país implica, desde un punto de vista clínico, un obstáculo al tratamiento oportuno de las enfermedades y, desde un punto de vista económico a que financiar al sistema de salud sea altamente costoso, y genere pérdidas en términos de vidas humanas, calidad de vidas y gasto de bolsillo.

\* Eco.Universidad del Pacífico. Gerente General de Consultora Decisión.





Fuente: Consultora Decisión

En todo sistema público existen incentivos perversos para traficar influencias, para compras con proveedores, para solicitar bienes y servicios sin justificación o construir edificaciones sin preocuparse de si existe o no financiamiento para los gastos de implementación y puesta en marcha de los nuevos proyectos.

Esta situación se agudiza cuando el sector gubernamental, administra, de manera centralizada y/o concentrada, altos niveles de presupuesto por año, tal es el caso del sector público (Minsa y Gore); y aseguramiento social y/o público (EsSalud y SIS). En nuestro país, las IPRESS (prestadores) y IAFAS (aseguradores), administran miles de millones de soles en (i) compra de bienes y servicios (incluye medicamentos e insumos), (ii) contratación y/o reposición de personal, (iii) contratación y/o reposición de equipos asistenciales y (iv) construcción de infraestructura asistencial.



**El divorcio entre la oferta y demanda genera costos innecesarios y corrupción en los hospitales.**

## Estimaciones y proyecciones para sector público: (escenario conservador)

Compras de medicinas e insumos y materiales => Más de S/. 2.500 millones de soles por año.

Contratación y/o renovación de personal => Más de S/. 100 millones por año.

Compra de equipamiento asistencial=> Más de S/. 100 millones por año.

Inversión en infraestructura (incluye estudios) => Difícil de estimar la ejecución, pero seguramente implica varios millones de soles por año.

La pregunta básica es: **¿Existen los recursos y/o los mecanismos de control eficientes y efectivos que vigilen el dinero de los ciudadanos a nivel nacional?**

Consideramos que se debe conformar un **Comité de alto nivel** conformado por **IAFAS** e **IPRESS**, que evalúe con regularidad si los recursos, mecanismos e incentivos son los idóneos para minimizar el riesgo de corrupción y pérdida del dinero de todos los peruanos.



**S/. 2,500**  
millones de soles  
**SE DESTINA PARA COMPRAS DE MEDICINAS AL AÑO**

**S/. 100**  
millones de soles  
**SE GASTAN EN EQUIPAMIENTO POR AÑO**

**PUBLICIDAD**

**TODO LO QUE NECESITAS SABER SOBRE ECONOMÍA EN SALUD**



Suscríbete a:

[libro@edusalud.org](mailto:libro@edusalud.org)

Ponemos a su disposición la aplicación móvil  
**MANUAL DEL USUARIO – MEDLAB.**

Esta aplicación servirá como **material de consulta**, tanto al médico como a los pacientes sobre **detalles importantes** de **pruebas de laboratorio**.



**En esta aplicación usted podrá encontrar:**

- Nombre de la prueba.
- Tipo de muestra.
- Condiciones para el envío de las muestras.
- Estabilidad de la muestra.
- Valores referenciales.
- Método de proceso.
- Plazo de entrega de resultados.
- Especialidad de laboratorio.

Descárgala **GRATUITAMENTE**



Disponible en el  
App Store





Campañas publicitarias (promoción de la salud) exitosas sobre diabetes en el mundo:

## SUGAR DETOX PAÍS - FRANCIA

Por: Angie Maeshiro

La cadena de supermercados francesa INTERMARCHÉ desarrolló una campaña de concientización en lucha contra la diabetes. Esta consistió en la presentación de un paquete de 6 yogures de chocolate, en el que cada uno contenía un índice cada vez menor de azúcar.

Como parte de la estrategia de *marketing* se realizó una activación, que consistía en una degustación en el punto de venta: se probaba el producto con los diferentes porcentajes de azúcar. Se apoyó con publicidad exterior en paraderos cercanos a la tienda.

El resultado: se terminó el *stock* del producto “desintoxicación de azúcar”, aumentó el tráfico en la tienda en 30% y se convirtió en tendencia en Twitter - Francia, con más de 56 millones de impresiones multimedia y viralización en redes sociales y rebote en señal abierta.

Todo ello le valió a la marca ganarse un Cannes de Plata por mejor publicidad en la categoría de Activación y dos de Oro para la categoría de Relanzamiento - Comercio electrónico, y otra por Cadenas de comida rápida.

Estas son algunas de las piezas gráficas, tanto en francés como en inglés.



Fuente:  
Si deseas ver la campaña, haz clic:





# MARKETING

## LA PRUEBA DE DIABETES

PAÍS - PERÚ

Esta campaña se realizó en el año 2015 y constó de una activación en la Estación de San Juan de Lurigancho en la Línea 1, en donde se efectuó un despistaje de diabetes manera gratuita. Esta campaña contó con soporte gráfico, con el eslogan: "TUS MANOS SIRVEN PARA MUCHAS COSAS, PREVENIR LA DIABETES DEBE SER UNA DE ELLAS". Contó con un registro por medio de un video, que se viralizó por redes sociales.

Si quieres ver lo que pasó en la campaña, puedes hacer clic aquí:



## SWEET KILL

PAÍS - TAILANDIA



Tailandia realizó una de las campañas más impactantes y agresivas sobre esta enfermedad. Las piezas gráficas muestran heridas producto de la diabetes, donde las heridas se sustituye-

ron por dulces, galletas o helados.

El eslogan que acompaña a estas imágenes es el siguiente: "Uncontrolled diabetes cause wound to heal slower - La diabetes descontrolada (o fuera de control) produce heridas que se curan de forma más lenta que otras".

Sin embargo, en redes ha causado controversia, pues el excesivo consumo de dulces no es la única causa que provoca esta enfermedad.

La agencia responsable fue Ogilvy & Mather Bangkok, por encargo de la Asociación contra la Diabetes – Tailandia.







# Maestrías y Doctorados en Salud Pública

## Doctorados en

- Doctorado en Salud Pública
- Doctorado en Ciencias en Investigación Epidemiológica

## Maestrías en

- Maestría en Ciencias en Investigación Epidemiológica
- Maestría en Gerencia en Salud
- Maestría de Gerencia de Proyectos y Programas Sociales
- Maestría en Informática Biomédica en Salud Global
- Maestría en Salud Pública y Salud Global

BECAS



**CIENCIAACTIVA**  
Becas y Co-financiamiento de Concytec



**CONCYTEC**  
CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
ESCUELA DE POSGRADO

### INFORMES

UPCH - Campus Central  
Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería. S.M.P.  
(51-1) 619-7700 anexo 3435/3437  
admission.postgrado@oficinas-upch.pe



## DIABETES: GESTIÓN CLÍNICA

El modelo de atención de salud de España incorporó la atención primaria en salud, desde los inicios de su reforma, es decir a inicios de los años 80. Este fue un modelo integral de atención a la diabetes, con especialización de los médicos endocrinólogos, el cual ha evidenciado hasta la actualidad resultados satisfactorios.

Según el informe de la OCDE del año 2011, al analizar la tasa de hospitalizaciones por ingresos debidos a diabetes mal controlada, se encontró que España muestra la tasa más baja con respecto a los más de 20 países.

La siguiente tabla se extrajo de MSIQ (Módulos para el Seguimiento de Indicadores de Calidad) de Cataluña. Se puede observar como, en el período 2004-2011, en Cataluña hay una disminución muy marcada en el número de hospitalizaciones atribuidas a la diabetes o a sus complicaciones.

1. Revista *Avances en Gestión Clínica* S.A. (2012, 17 de setiembre). "La atención a los diabéticos ¿Es suficiente el modelo local?"

ESTADÍSTICAS DE PACIENTES

Ingreso por diabetes no controlada pasó de 5,9 en 2004 a 2,5 en 2011.

Ingreso por complicaciones de la diabetes a corto plazo pasó de 17,8 en el año 2004 a 13,9 en 2011.

Ingreso por complicaciones de la diabetes a largo plazo: 42,5 en 2004 a 32,2 en 2011.

Ingreso por amputaciones debidas a la diabetes: de 22,7 al año 2004 a 19,9 en 2011.



LO NUEVO EN TECNOLOGÍA EN SALUD:

Por: Angie Maeshiro



La marca japonesa Cogy ha ideado una silla de ruedas semejante a una bicicleta para aquellas personas que no pueden caminar y que necesitan andar por sí solas. Esto se logra con el pedaleo de los pacientes. La única en el mundo que exige el uso de sus piernas.

¿Cómo funciona? Nuestro cerebro emite señales para que podamos realizar todo tipo de movimiento, mensaje que no se concreto en las personas con discapacidad. Por ello, COGY promueve una reacción desde la columna vertebral en lugar del cerebro, donde incluso el más mínimo movimiento en una pierna puede crear una reacción refleja, en la que el miembro paralizado se moverá. La información de los nervios sensoriales modula las redes neuronales del cerebro y la médula espinal. A esto le llamamos la neuromodulación.

En la actualidad, la silla está disponible en dos tallas y en dos colores. El precio es de 329.000 yenes. Es decir, 3.290 dólares americanos aproximadamente.



## HUAWEI Y TELEFÓNICA SE UNEN PARA OFRECER UN HOGAR DIGITAL



La era del hogar digital está a la vuelta de la esquina. Las multinacionales Huawei y Telefónica se unen para lanzar al mercado el hogar inteligente. Este servicio puede ser realidad, gracias a la gran potencia de la empresa china y la eficaz interfaz de la compañía telefónica.

Según Strategy Analytics, más de 245 millones de hogares en el mundo dispondrán de algún producto o servicio del hogar digital en 2020. El objetivo de Telefónica es impulsar la adopción de estos servicios, que permitirán que sus clientes tengan el control de su vida digital.

PUBLICIDAD

**TODO LO QUE NECESITAS SABER SOBRE SEGUROS EN SALUD**



Suscríbete a:

[libro@edusalud.org](mailto:libro@edusalud.org)



Apoyamos en la **Gestión de información Médica** a través de una plataforma tecnológica on-line.

Brindamos **soluciones integrales en salud, seguridad e higiene empresarial** para preservar la salud física y psicológica de los trabajadores.



**Exámenes médicos Ocupacionales.**  
**Levantamiento de observaciones.**  
**Vigilancia Médica.**  
**Monitoreo industrial y ambiental.**

**Implementación, administración y gestión de unidades médicas primarias y de emergencia en Zonas remotas.**



Av. Santa Cruz 367, Miraflores - Lima / T. 203 5900  
e-mail: salud.empresarial@aptus.pe  
**www.aptus.pe**



## SALUD TECH

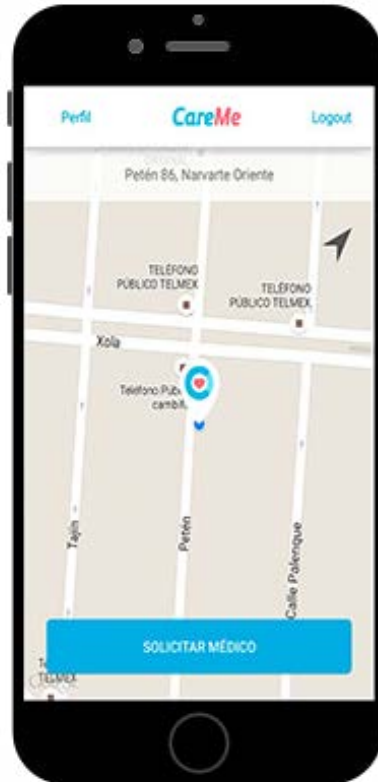


## WE DOCTORS

La era de la telemedicina: alternativa de plataforma en línea para solicitar un médico en internet, realizar una consulta mediante un servicio a domicilio o videollamada. *We doctor* solo está disponible en México.

El emprendimiento en México se está enfocando en el sector salud con dispositivos o plataformas digitales.

## CARE ME



Las empresas emergentes apoyadas por la tecnología (*start-up*) se han constituido en tendencia como nueva forma de hacer empresa. Existen aplicativos para diferentes áreas. Una de ellas, la salud.

Esta aplicación permite a los usuarios solicitar un doctor a domicilio u oficina desde su smartphone.

Desde 2015, está disponible en México: “La consulta médica cuesta 390 pesos, de los cuales 80 por ciento es para el médico y 20 por ciento para la plataforma”, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

## SOCIALDIABETES



Más que un aplicativo es una comunidad para las personas que tienen diabetes. El aplicativo ayuda a los pacientes a realizarse un control de insulina y dosis de hidratos. Los médicos pueden realizar sus consultas de manera remota. Si deseas obtener mayor información, puedes entrar a su página web: [socialdiabetes.com](http://socialdiabetes.com)



## Agenda del SIS: 2016-2021

Por: Alberto Barrenechea

El Seguro Integral de Salud (SIS) es un seguro público que, en un inicio, se creó para proteger a la población pobre extrema que se encontraba excluida de los servicios de salud. Con el paso del tiempo amplió su cobertura a los peruanos pobres.

Durante el mismo periodo, nuestro país crecía económicamente y se reducía el número de peruanos pobres y pobres extremos, por lo que se esperaba la reducción del número de beneficiarios, el mantenimiento de los presupuestos asignados y, por ende, el incremento de la asignación económica per-cápita. Sin embargo, esto no ocurrió; todo lo contrario, se incrementó la cobertura bajo un concepto de “población vulnerable”, que en el extremo incluye a todos los peruanos, se asignaron mayores recursos presupuestales y se pasó de unos **S/. 300 millones** a más de **S/. 1.300 millones** anuales, en los últimos 10 años. De manera paralela, la población asegurada se incrementó de **7 millones** a **17 millones** de peruanos.

Ahora, la pregunta es:



**¿Cuál es la agenda pendiente del SIS para el próximo quinquenio? De manera global, se plantea:**

- 1) Reasignar los fondos que administra el primer nivel de atención, con la finalidad de invertir en la contención de las enfermedades, a partir de mecanismos de prevención, promoción y recuperación pero en estadio temprano de enfermedad.
- 2) Coordinar con las autoridades del Ministerio de Salud en materia de inversiones de infraestructura para que se priorice la construcción y/o ampliación de oferta asistencial (pública y/o privada) en las zonas de pobreza extrema y pobreza, mediante la telemedicina y/o ampliación de oferta móvil (contenedores, carpas, entre otros).
- 3) Potenciar los mecanismos de focalización de la población objetivo. Además de repensar el concepto de población vulnerable y acotar en función de los peruanos que realmente lo merecen. Así, se reducirán los niveles actuales de filtraciones y suplantaciones.
- 4) Sincerar la cobertura de prestaciones de salud que realmente puede costear, porque es inviable financiar el Plan Complementario, que prácticamente abarca todas las patologías del CIE-10.
- 5) Implementar mecanismos técnicos e incentivos para modelar las conductas no deseadas de las IPRESS (prestadores), tales como mecanismos de pago, metas en función de resultados de salud y diseño de programas más horizontales, donde el eje sea el asegurado.
- 6) Diseñar mecanismos de control costo-efectivos con la finalidad de reducir los actos de corrupción.

El SIS y EsSalud son los que deben asegurar a los peruanos desprotegidos.



## ¿COSTOS IRREALES EN SALUD?

Por: Alberto Barrenechea

### ¿Sabemos en realidad cuántos son los costos reales de tratar las enfermedades en el Perú?

Uno de los grandes puntos críticos que enfrenta nuestro sistema de salud peruano es el hecho de que tanto las IPRESS públicas como privadas no conocen, en realidad, cuánto cuestan los tratamientos de las enfermedades. Es decir, no sabemos cuánto dinero se requiere para resolver un caso de tuberculosis, desnutrición crónica, neumonía, entre otros. No tenemos conocimiento del costo de las enfermedades en un hospital del Minsa, en EsSalud o en una clínica privada.

#### EXPERIENCIA DEL SECTOR PÚBLICO

Hace más de siete años que el Ministerio de salud normó criterios para determinar el valor de las tarifas de prestaciones de salud, sobre la base de la metodología de costo estándar. Esta plantea la adopción de una

estructura de costos fija, se alimenta de información presupuestal y establece valores de referencia basados en criterios colegiados (grupo de expertos), con un alto riesgo de error en la valoración.

Como consecuencia de esta experiencia de implantación de costos estándares, se generó el descontento de las IPRESS públicas, el cual se agravó cuando el Seguro Integral de Salud (SIS) validó las tarifas y planteó su actualización en el tiempo.

En el caso del SIS, el componente de recurso humano no forma parte del valor de la tarifa.

En el caso de EsSalud, se realiza la estimación del cálculo de tarifas básicamente para compras extrainstitucionales.

#### EXPERIENCIA DEL SECTOR PRIVADO

La gran mayoría de clínicas privadas muy prestigiosas, tampoco conocen los costos de tratar las enfermedades, sino que en el día a día utilizan un sistema de pago basado en un valor de precios de referencia contenido en el Tarifario Segus. Los factores y/o índices de ajuste se basan en criterios muchas veces discrecionales, ocasionando que las IAFAS e IPRESS privadas no se pongan de acuerdo.

El reto para el nuevo gobierno es implementar, una vez por todas, un sistema de costeo contable y financiero que se alimente desde los servicios de salud y permita articular los centros de costo con los procedimientos laborales de los profesionales de la salud y las enfermedades.





# Diplomados



Diplomado Conjunto  
PUCP-UPCH Gestión  
de Tecnología en  
Salud e Ingeniería  
Clínica



Diplomado en  
Monitoreo y  
Evaluación de Planes,  
Programas y Proyectos  
de Desarrollo



Diplomado en  
Población y Salud:  
Nuevos Conceptos,  
Medidas y  
Aplicaciones



Diplomado en Buenas  
Prácticas, Bioética,  
Regulación y Gestión  
de la Investigación  
Clínica



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
ESCUELA DE POSGRADO

INFORMES  
UPCH - Campus Central  
Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería. S.M.P.  
(51-1) 619-7700 anexo 3435/3437  
[admission.postgrado@oficinas-upch.pe](mailto:admission.postgrado@oficinas-upch.pe)

## ¿POR QUÉ NO SE DEBE CONSUMIR MÁS DE 6 CUCHARITAS DE AZÚCAR AL DÍA?



Por: Yesenia Bravo

En marzo de 2015, ante la epidemia mundial de obesidad, el aumento desmedido de casos de obesidad y de muertes asociadas a la mala nutrición, la OMS pidió a los países del mundo **reducir la ingesta diaria de azúcares al 5% del aporte calórico**, ya que, desde el punto de vista nutricional, el azúcar no es necesario en nuestra alimentación, según explica el Dr. Francesco Branca, director del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS. Por ello, **recomienda reducir el consumo a menos del 5%, equivalente a 25 gr de azúcar (6 cucharitas)**, aproximadamente, ya que al reducir su consumo se pueden observar mejoras en la salud de las personas.

De acuerdo con un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha comprobado que la ingesta de alimentos y bebidas ricos en azúcares libres puede ser una fuente importante de calorías innecesarias, especialmente para los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes, provocando efectos negativos en la salud de las personas, como el sobrepeso, obesidad, diabetes y caries dental.

Los casos de personas en el mundo con estas enfermedades van en aumento: desde 1980 al 2014 el número de diabéticos ha aumentado de 108 millones a 422 millones; y datos del 2012 revelan que en ese año 1,5 millones de personas

**1,5 millones de personas fallecieron a causa de la diabetes solo en el año 2012**

fallecieron a causa de la diabetes. Por esta razón, el consumo de azúcar es un tema de salud pública en relación con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, que han aumentado en estos últimos años en el mundo. Por ello, el interés enfático en que las personas mejoren sus hábitos alimenticios para reducir las tasas de fallecimiento y discapacidad por enfermedades crónicas, ya que son prevenibles y reconocibles.



## LA OFERTA MÓVIL EN EL PERÚ

Por: [Alberto Barrenechea](#)

Las unidades móviles de salud surgieron en un contexto de necesidad e innovación. La movilidad, como característica de un sistema adaptado a la supervivencia, ha sido un avance tecnológico realmente importante en el desarrollo de las actividades hospitalarias. Esta permite no solo el transporte de objetos o servicios, sino también una mayor velocidad de acción y ahorro de recursos en su utilización, aspectos necesarios para un funcionamiento como sistema móvil.

Es en estas circunstancias y condiciones de necesidad, provocada por diversos eventos en el mundo, que se concibe la idea de hospital móvil como un conjunto de recursos mínimos y neces-

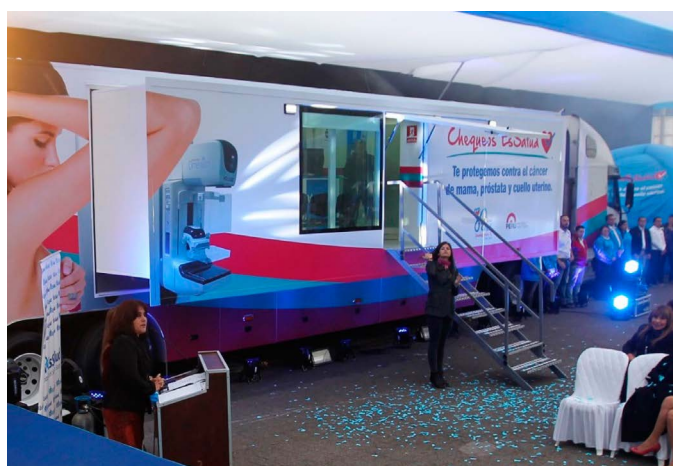
rios con la capacidad de ser implementados y transportados de un lugar a otro. En particular, en zonas con una alta necesidad de atención en salud.

Los hospitales de la Solidaridad se crean en un espacio relacionado con las deficiencias en la atención de la demanda de salud en los sectores más pobres de la ciudad. Estos son propuestos por la Municipalidad Metropolitana de Lima para llevar la oferta de servicios de salud a los distritos y zonas más alejadas de Lima.

Su particularidad nace de su carácter temporal y su infraestructura planteada para ser movilizad hacia donde la demanda lo requiera. Estas características lo diferencian de la típica concepción de los

hospitales y centro médicos tradicionales existentes. Además, contamos con un plan propuesto por EsSalud, Hospital Perú, hospital móvil que otorga prestaciones de salud de apoyo contingencial para ampliar o complementar los servicios de algunos centros asistenciales a nivel nacional. Está dirigido a todos los asegurados, sobre todo a quienes no han accedido a consulta especializada en el centro asistencial. Entre sus objetivos se encuentran: disminuir la falta de algunas especialidades médicas y reducir la lista de espera de los pacientes asegurados.

Esperanza móvil es una iniciativa del Estado peruano que favorece el acercamiento de los servicios de consejería y tamizaje de cáncer en forma gratuita para las personas





mayores de 18 años, mediante unidades móviles instaladas en lugares públicos. Para la ejecución de este plan se contrató los servicios de instituciones especializadas en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, como el Instituto Oncológico de Lima, que se encarga del tamizaje de cáncer y demandó una inversión inicial de S/. 4 millones en el año 2014. Al declararse de interés nacional la atención integral del cáncer a partir del año 2012, el Plan Esperanza permite mejorar el acceso a los servicios oncológicos.

El estado actual de los hospitales permite reconocer su aporte como innovación arquitectónica, mediante la implementación de esta modalidad eficaz como

sistema ambulante. Además, permite el aprovechamiento de espacios de manera temporal y tiene poco impacto ambiental, pues su poca intervención en los espacios públicos permite la reutilización de todos sus elementos. El impacto positivo en el entorno urbano es un aporte, en parte, por la atracción del público visitante y la variedad de usuarios durante el día.

Un segundo aporte de los hospitales se aprecia en la actualidad, en la innovación organizacional del sistema porque se prioriza el ahorro de recursos, el rápido y fácil proceso de acción. Ambas son posibles por la adaptación de todo el planeamiento y funcionamiento como centro de salud a una rutina dinámica

y cambiante. El efecto de estos equipamientos no solo debería extenderse como un interés por estos, sino también por toda obra creada con un fin público y colectivo, principalmente los servicios que tienen la intención de mejorar la calidad de vida de las personas.

## En 2014, S/. 4 millones fue la inversión de tamizaje de cáncer

1. Seguro Integral de Salud (2015). Informe anual julio 2013-diciembre 2014. Lima: Seguro Integral de Salud. Recuperado de [http://www.sis.gob.pe/Portal/mercadeo/Material\\_consulta/BrochureSIS\\_InformeAnualJul2013Dic2014.pdf](http://www.sis.gob.pe/Portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS_InformeAnualJul2013Dic2014.pdf)







INTERNATIONAL PARTS SERVICE PERÚ



# IMPORTADORA **MÁS GRANDE** DE LATINOAMÉRICA



# CANAGLIFLOZINA



*La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), de los Estados Unidos, señala que medicamentos para el tratamiento de la diabetes de tipo 2, como la canagliflozina, pueden provocar un trastorno caracterizado por una elevación en la concentración de cetonas en la sangre y puede hacer necesaria la hospitalización.*

Por: **Karen Cabrera**

El Perú tiene una alta prevalencia de diabetes; de modo que más de **1.993.472** personas padecen de esta enfermedad en el país, lo que representa al **6,4%** de la población, según las cifras de la **Federación Internacional de Diabetes (FID)** en el 2015. Sin embargo, si se considera el ritmo poblacional, el aumento de cambios alimenticios y la disminución de hábitos saludables, lo más probable es que la prevalencia siga aumentando para el año 2017.

De acuerdo con la **FID**, en el 2015, **415 millones de personas tienen diabetes en el mundo** y se estima que para el 2040 esta cifra aumentará a 48,8 millones.

# 48,8 millones

en el mundo padecerán  
esta enfermedad en el  
año **2040**



**1'993,472**  
peruanos  
padecen de  
diabetes tipo 2

En el Perú, se registraron 1,2 millones de casos y se presentaron 7.768 muertes relacionadas con este padecimiento.

La Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (Digemid) aprobó, Canagliflozina como una nueva alternativa para el control y tratamiento de la diabetes tipo 2 en adultos. Sin embargo, poco tiempo después, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos emitió un comunicado advirtiendo que los medicamentos para el tratamiento de la diabetes de tipo 2, como la canagliflozina, pueden provocar cetoacidosis (un trastorno caracterizado por una elevación en la concentración de cetonas en la sangre, que puede hacer necesaria la hospitalización).

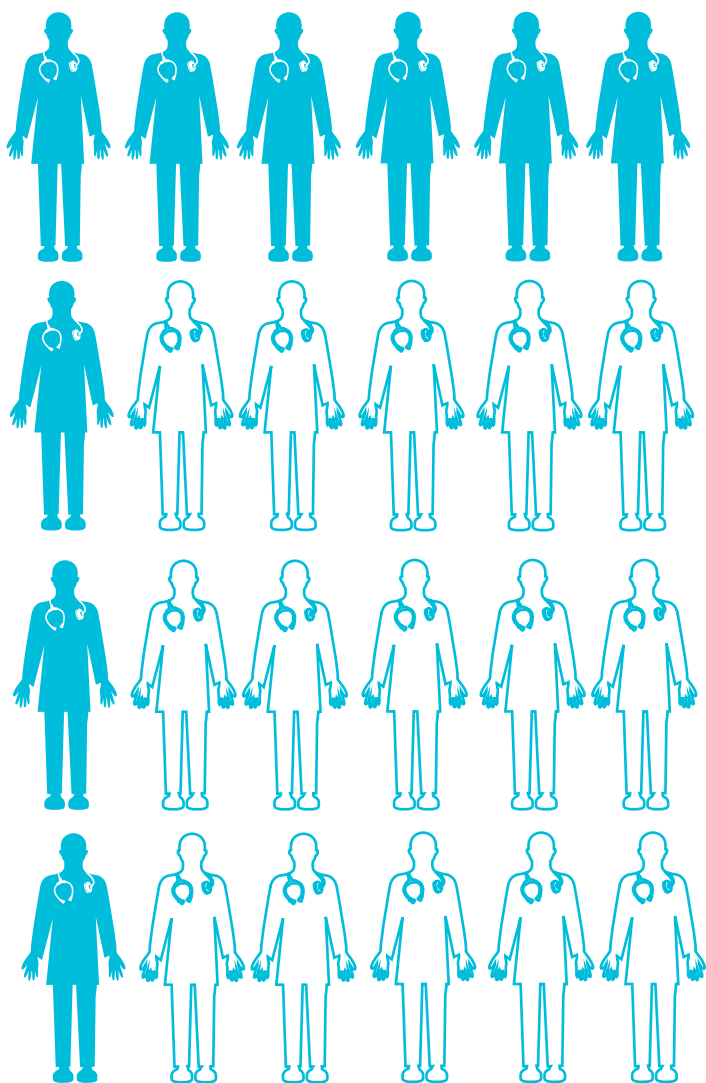
La FDA sigue investigando este problema de seguridad con el fin de determinar si es necesario hacer cambios en la información sobre la prescripción de este tipo de fármacos; inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2), que funcionan a través de los riñones, haciendo que estos extraigan el azúcar del cuerpo eliminándolo mediante la orina, y así reducir la glucemia.

Fuente:

Ministerio de Salud (2015)

Recuperado de:

<http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?seccion=3&IdItem=1835>



## EL PERÚ POSEE MAYOR DÉFICIT EN RECURSOS HUMANOS MÉDICOS, según OMS

Por: Alberto Barrenechea

### Situación Alarmante el Déficit de Recurso Humano Especializado en Salud

**E**l Perú presenta uno de los más altos déficits de recurso humano asistencial (médicos, enfermeras, entre otros) en América Latina y el Caribe, según lo manifestado por la OMS. El déficit de médicos especialistas es aun más alarmante y las cifras se comparan con los países de África Subsahariana.

Si analizamos al interior de las regiones, se aprecia que, por ejemplo, la Región Piura, siendo la segunda región más poblada después de Lima,

**Tenemos el más alto déficit de médicos de familia en América Latina y el Caribe.**

**También, insuficiente oferta de médicos, geriatras, psiquiatras y rehabilitadores.**

presenta uno de los más altos déficits de personal de salud del país.

**LORETO**  
tiene  
**5** por cada **10,000**  
habitantes,  
mientras  
que **LIMA, 18**



## RECURSOS HUMANOS

¿A qué se debe esta situación? A múltiples factores, entre los que se encuentran, según un estudio realizado por Consultora Decisión:

- Utiliza personal de salud especializado de manera innecesaria para atender patologías de baja complejidad en clínicas, policlínicos y centros de salud públicos y privados a nivel nacional.
- Los jóvenes egresados del colegio ya no quieren estudiar carreras profesionales de tan larga duración, frente a otras alternativas.
- Los egresados de la carrera de medicina encuentran oportunidades laborales de trabajo en el exterior, con salarios más competitivos.
- Los profesionales de salud han formado oferta privada para atender a la población y dedican su tiempo a rentabilizar las 8 a 12 horas de trabajo.

Por cada 10.000 habitantes :

**Callao,**  
cuenta con **51**  
profesionales de la salud, el  
mayor entre las regiones.

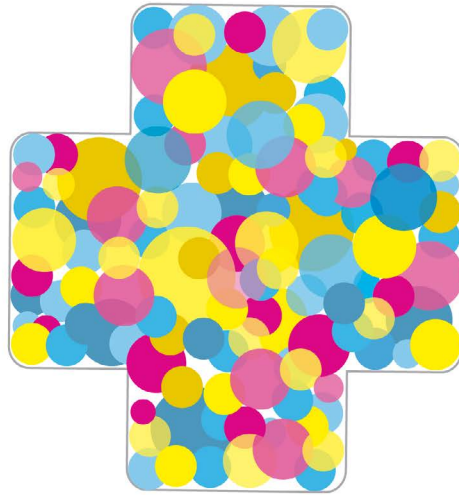
**Moquegua** ocupa el segundo  
lugar, con **31** profesionales de salud.

**Tumbes** cuenta con **25**  
profesionales de la salud.

**Loreto** ocupa el último puesto,  
con **14** profesionales

Fuente: DRHUS Minsa y Gobiernos regionales, 2013





educasalud

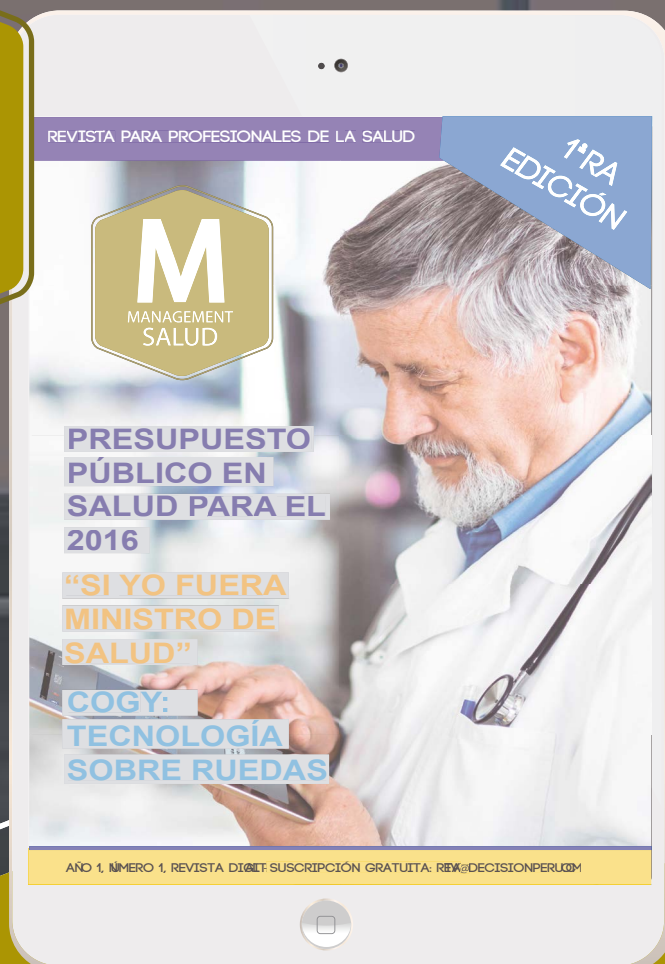
**PRÓXIMAMENTE**





 managementsalud

 managementsalud



## Nueva Revista Digital **MANAGEMENT SALUD**

# **SUSCRÍBETE GRATIS**

[revista@decisionperu.com](mailto:revista@decisionperu.com)

**y recibe información sobre  
“Gestión, Economía y Negocios en Salud”**

Teléfono: 413-9007

Auspiciado por:

**Decisión**  **15 AÑOS**  
Consultores e Investigadores