

ISSN 1726-4634

VOLUMEN 41 SUPLEMENTO 1 AÑO 2024

# REVISTA PERUANA DE MEDICINA EXPERIMENTAL Y SALUD PÚBLICA

**XVII CONGRESO CIENTÍFICO INTERNACIONAL DEL  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD**

## **POBREZA E INEQUIDAD EN SALUD**



LIMA, PERÚ

# RESÚMENES DEL XVII CONGRESO CIENTÍFICO INTERNACIONAL DEL INS

Hugo Arroyo-Hernández<sup>1</sup>, S. Pilar Suguimoto-Watanabe<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Editor adjunto, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Presidenta del Comité Asesor Científico, XVII Congreso Científico Internacional del Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú

## PRESENTACIÓN

El XVII Congreso Científico Internacional del Instituto Nacional de Salud es el evento anual más importante de nuestra institución. Después del último congreso realizado de forma presencial en el 2019, este 2024 hemos regresado a la presencialidad. El tema central del congreso tiene como objetivo analizar las relaciones entre la pobreza y las inequidades en la salud, con el fin de identificar soluciones sostenibles y promover políticas públicas y prácticas efectivas que mejoren la salud y el bienestar de las poblaciones más vulnerables.

Si bien el número de resúmenes recibidos en años anteriores fue mayor al de este año, ello demandaba mayores recursos y tiempo para su selección. En ediciones anteriores del congreso las temáticas de los resúmenes fueron diversas o sin restricciones, mientras que este año la convocatoria estuvo centrada específicamente en el tema del congreso. En el 2024, se decidió que la presentación de las investigaciones fuera en la modalidad de póster, aceptando un total de 30 resúmenes, los cuales se publican como suplemento en el presente número de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.

La exposición en póster científico tiene como desventajas la restricción del espacio físico y la disponibilidad de los paneles para su presentación. Sin embargo, cuenta con la ventaja de dar visibilidad a las investigaciones frente a un gran número de asistentes, comparado con la presentación oral, mediante información visual y resumida que facilita la comprensión de ideas clave a través de gráficos, diagramas y tablas. También permite interactuar directamente con otros investigadores, lo cual puede llevar a establecer colaboraciones futuras, y recibir retroalimentación valiosa que puede enriquecer el trabajo, especialmente en etapas iniciales de una investigación o para temas muy específicos.

La respuesta que recibió la convocatoria de resúmenes de investigación del XVII Congreso Científico Internacional del Instituto Nacional de Salud ha sido satisfactoria y es el reflejo del importante trabajo que realizan desde el ámbito académico y científico los investigadores del Perú. Un jurado compuesto por profesionales de reconocido prestigio en el ámbito de la investigación evaluó los posters y seleccionó los mejores. De esta manera fomentamos la investigación y el desarrollo científico en beneficio de la salud pública del país.



Ysis Roa-Meggo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Obstetricia y Enfermería "Hilda Zoraida Baca Neglia". Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

**Objetivo.** Comprender las experiencias de mujeres con infertilidad y los efectos sociales, emocionales y económicos de los tratamientos de reproducción asistida en un contexto de altos costos y desigualdad en el sistema de salud.

**Introducción.** La infertilidad afecta a 1 de cada 6 personas en el mundo, generando importantes consecuencias sociales y psicológicas, como frustración y estigmatización. Aunque la ley general de salud en Perú garantiza el derecho a tratamientos de reproducción asistida, estos son mayormente accesibles solo en el sector privado, con costos que oscilan entre US\$3,500 y US\$5,000 por ciclo, inasequibles para la mayoría de la población, cuyo ingreso mínimo anual es de aproximadamente US\$3,236.

**Métodos.** Este estudio etnográfico busca comprender las experiencias de seis mujeres que asisten a una clínica privada en Lima, centrándose en los significados que ellas mismas otorgan a su situación.

**Resultados.** Las entrevistadas comparten que el tratamiento de infertilidad ha alterado su vida de pareja, especialmente en lo socioeconómico, ya que deben conseguir financiamiento para cubrir los costos de los tratamientos. La infertilidad se percibe como un evento traumático, generando tristeza y desgaste emocional, además de la tensión provocada por el gasto y la incertidumbre sobre el éxito del tratamiento. El estudio también aborda el abandono estatal en salud y en aspectos legales. Las mujeres reportan un mal trato en los servicios públicos de salud, donde las citas son escasas y el diagnóstico se dilata, afectando sus posibilidades reproductivas. Además, la falta de regulación en clínicas privadas puede llevar a que sean explotadas por profesionales que prometen resultados irreales y ofrecen procedimientos no autorizados.

**Conclusión.** La combinación de altos costos y un entorno poco regulado contribuye al empobrecimiento de las parejas infértiles y afecta su salud mental, muchas veces requiriendo atención profesional adicional.

**Palabras clave.** infertilidad, esterilidad, pobreza, salud, inequidad, costos.

**Correspondencia.** [yroam@usmp.pe](mailto:yroam@usmp.pe)

Miguel Cabanillas-Lazo<sup>1</sup>, Paulo Ruiz-Grosso<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

**Introducción.** La satisfacción del paciente constituye un indicador fundamental de la calidad de atención médica, calidad de vida y adherencia al tratamiento. Las minorías étnicas frecuentemente enfrentan barreras que limitan su acceso a una atención sanitaria adecuada. En Perú, pese a las políticas de equidad en salud, persisten disparidades que requieren análisis.

**Objetivo.** Determinar la asociación entre la pertenencia a una minoría étnica y el nivel de satisfacción con la atención médica en pacientes de consulta externa.

**Métodos.** Análisis secundario de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) 2016, con diseño transversal y representatividad nacional. Se incluyeron pacientes de 18 años o más atendidos en consulta externa. La satisfacción se midió con la escala ESCOME y la etnia mediante el idioma hablado en el hogar, considerando como minoría los idiomas distintos al español. El análisis empleó regresión lineal con coeficientes beta ajustados por edad, sexo y región.

**Resultados.** De 12 332 pacientes, 2.3% pertenecían a una minoría étnica, con media de satisfacción de 127.5. No hubo asociación significativa entre pertenecer a una minoría étnica y la satisfacción ( $\beta$ : -0.06; IC 95%: -3.55; 3.43). Sin embargo, los pacientes de minorías étnicas atendidos en el primer nivel ( $\beta$ : 13.03; IC 95%: 6.08;19.99) y en establecimiento del Ministerio de Salud ( $\beta$ : 6.73; IC 95%: 2.76;10.69) reportaron mayor satisfacción. En contraste, en el segundo nivel de atención ( $\beta$ : -8.57; IC 95%: -12.35;-4.79) y en establecimientos de FFAA y PNP ( $\beta$ : -24.78; IC 95%: -30.63;-18.93), reportaron menor satisfacción.

**Conclusión.** Aunque no se encontró una asociación general entre etnia y satisfacción, la satisfacción varía según nivel de atención y tipo de seguro, sugiriendo la necesidad de fortalecer la capacitación intercultural y estrategias específicas para minorías étnicas.

**Palabras clave.** Etnicidad; satisfacción del paciente; atención médica; salud pública; Perú.

**Correspondencia.** Miguel Francisco Cabanillas Lazo; [mfcl2013@gmail.com](mailto:mfcl2013@gmail.com)

Eduardo Miranda-Ulloa<sup>1</sup>, Soledad Romero-Ruiz<sup>1</sup>, Ronal Briceño-Espinoza<sup>1</sup>, Dilan SuárezAgüero<sup>1</sup>, Edgardo Mamani-Huamán<sup>1</sup>, Maribel Acuña<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio de Referencia Nacional de Virus de Transmisión Sexual, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

**Introducción.** Debido a resultados no concluyentes a VIH en gestantes y puérperas de las zonas más alejadas y pobres del Perú, se retrasa el inicio al tratamiento antirretroviral, ocasionando un alto riesgo de la transmisión madre-niño, tal es así que, existe la necesidad de incorporar una prueba confirmatoria aplicable en el punto de atención del paciente.

**Objetivo.** Evaluar el rendimiento diagnóstico de la prueba rápida confirmatoria inmunocromatográfica Bio-Rad Geenius™ HIV-1/2.

**Métodos.** Se usó como prueba de referencia INNO-LIA HIV I/II. Se analizaron 242 sueros: 50 positivos a VIH-1, 50 negativos a VIH-1/2, 50 interferentes y 92 “indeterminados” a la prueba confirmatoria de Inmunofluorescencia Indirecta de VIH-1 (IFI VIH1). Se calculó la exactitud y precisión diagnóstica evaluándose la reproducibilidad del kit en seis laboratorios de la costa, sierra y selva del Perú; el ensayo que dura 35 minutos, cuesta dos veces menos que el Inmunoblot; estudio aprobado (OI-012-22) por el CIEI-INS.

**Resultados.** Se obtuvo 100% de sensibilidad y repetibilidad; especificidad de 98,4% (lectura visual) y 97,6% (lector Geenius) (no hubo falsos positivos y negativos). 100% de concordancia frente a la prueba de referencia, para resolver los sueros “indeterminados” a IFI VIH-1. 100% de concordancia en la reproducibilidad para laboratorios con altitudes de 34 hasta 3399 m.s.n.m., temperaturas entre 18,1°C y 32,6°C y humedad relativa medioambiental entre 30% y 92%.

**Conclusión.** Debido a su alta exactitud y precisión diagnóstica y a la factibilidad de aplicarla directamente en el lugar de atención del paciente, hemos sugerido a la DPVIH del MINSA, la inclusión de la prueba rápida confirmatoria Bio-Rad Geenius™ HIV-1/2 en el algoritmo peruano, para contribuir al diagnóstico temprano de las gestantes y puérperas de las regiones más alejadas y pobres, reduciendo el riesgo de transmisión materno-infantil, permitiendo el acceso oportuno al tratamiento antirretroviral durante la gestación y profilaxis al recién nacido.

**Palabras clave.** VIH-1; Geenius™; INNO-LIA™; algoritmo diagnóstico.

**Correspondencia.** Eduardo Fernando Miranda Ulloa, [fernandoul@hotmail.com](mailto:fernandoul@hotmail.com)

## DESARROLLO DE UN WESTERN BLOT COMPARANDO DOS CONJUGADOS PARA EL DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO DEL VIRUS LINFOTRÓPICO T HUMANO TIPO 1 (HTLV-1)

Sandy Quispe-Baltazar<sup>1</sup>, Eduardo Miranda-Ulloa<sup>1</sup>, Soledad Romero-Ruiz<sup>1</sup>,  
Ronald Briceño Espinoza<sup>1</sup>, Kevin Serrano-Segura<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio de Referencia Nacional de Virus de Transmisión Sexual, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Laboratorio de Referencia Nacional de Bacteriología Clínica, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

**Introducción.** El virus linfotrópico T humano tipo 1 (HTLV-1), es endémico en el Perú y ataca principalmente a las personas pobres y las vuelve más pobres, enfermándolas de neoplasias tipo leucemias, linfomas y parálisis en las piernas. El diagnóstico confirmatorio no está disponible en áreas endémicas debido a los altos costos de los kits comerciales.

**Objetivo.** Desarrollar un Western blot in house de bajo costo comparando dos conjugados para el diagnóstico confirmatorio de HTLV-1.

**Métodos.** Se usó como prueba de referencia INNO-LIA HTLV I/II. Se analizaron 160 sueros: 60 positivos a HTLV-1, 50 negativos a HTLV-1/2 y 50 interferentes; los 160 sueros referenciales fueron procesados por un western blot usando paralelamente un conjugado Anti IgG humano preparado en cabra y un conjugado Anti IgG humano preparado en conejo. Se calculó la exactitud diagnóstica, siendo el criterio de positividad la aparición de la banda gp-21, con al menos una de las siguientes bandas; p19; p24 o gp-46; el ensayo que dura 4 horas, cuesta siete veces menos que el Inmunoblot; estudio aprobado (OI-012-19) por el CIEI-INS y financiado con el Convenio N°: 022-2019-FONDECYT.

**Resultados.** Entre los principales hallazgos se obtuvo un 98,3% de sensibilidad, 100,0% de especificidad y un índice de validez de 99,4% usando el conjugado preparado en conejo y conjugado preparado en cabra. No hubo falsos positivos y negativos y sólo hubo un indeterminado para cada conjugado.

**Conclusión.** El kit in house presentó igual exactitud diagnóstica al ser analizado con conjugado preparado en conejo o en cabra y debido a su bajo costo y alta eficiencia diagnóstica, se propondrá ser transferido a los laboratorios referenciales de las zonas endémicas del Perú, con la finalidad de que los pacientes de las zonas más pobres y alejadas tengan acceso a un tratamiento oportuno y así evitar más muertes.

**Palabras clave.** HTLV-1; INNO-LIA™; diagnóstico; Western blot

**Correspondencia.** Sandy Quispe Baltazar, [sandyqui00@gmail.com](mailto:sandyqui00@gmail.com)

**Carlos Rojas-Roque<sup>1</sup>, Rodrigo Vargas-Fernández<sup>2</sup>, Jamee Guerra Valencia<sup>3</sup>, Akram Hernández-Vásquez<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Centre for Health Economics, University of York, York, Reino Unido.

<sup>2</sup> Epidemiology and Health Economics Research (EHER), Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.

<sup>4</sup> Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

**Introducción.** Los tiempos de atención en salud han aumentado tras la pandemia de COVID-19, exacerbando las desigualdades persistentes. Identificar estas desigualdades es fundamental para diseñar intervenciones que promuevan la equidad en el acceso a la atención médica.

**Objetivo.** Evaluar las desigualdades en el tiempo de espera de programación de cita, según diversas características individuales y contextuales.

**Métodos.** Estudio de datos secundarios de la ENAHO 2023 con 10483 entrevistados de 18 años o más. La variable resultado fue el “tiempo de espera de programación de cita” (TEPC), medido en días desde la solicitud de cita hasta la programación de atención. Se utilizaron modelos multivariados lineales generalizados con distribución gamma y enlace log para estimar el tiempo promedio en días, ajustado por covariables, características individuales y contextuales, bajo el marco PROGRESS Plus.

**Resultados.** El TEPC promedio global fue 4.69 días (desviación estándar [DE]: 0.33). Los residentes en áreas urbanas esperan, en promedio, 3.78 días más que los rurales. El TEPC en la Costa supera en 5.02 días al de los residentes en la Selva, mientras que en la Sierra no hubo diferencias. Las personas con educación secundaria y las mayores de 60 años experimentan mayores TEPC, al igual que aquellos con presencia de enfermedades crónicas (3.52 días). Los usuarios de EsSalud reportan TEPC más largos, con un promedio de 7.34 días adicionales respecto a otros subsectores de salud. Las personas en condición de pobreza tuvieron menores TEPC (-1.78 días). No se encontraron diferencias en el sexo y la presencia de limitaciones.

**Conclusión.** Las desigualdades en el TEPC están influenciadas por factores como la ubicación geográfica, nivel socioeconómico y condiciones de salud. Los resultados subrayan la necesidad de implementar políticas públicas que reduzcan estas brechas y garanticen un acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población.

**Palabras clave.** Accesibilidad a los Servicios de Salud; Encuestas y Cuestionarios; Disparidades en Atención de Salud; Perú.

**Correspondencia.** Carlos Rojas-Roque, [carlos.rojasroque@york.ac.uk](mailto:carlos.rojasroque@york.ac.uk)

Sandy Quispe-Baltazar<sup>1</sup>, Eduardo Miranda-Ulloa<sup>1</sup>, Soledad Romero-Ruiz<sup>1</sup>, Ronal BriceñoEspinoza<sup>1</sup>, Kevin Serrano-Segura<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio de Referencia Nacional de Virus de Transmisión Sexual, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Laboratorio de Referencia Nacional de Bacteriología Clínica, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

**Introducción.** la cisticercosis en los cerdos constituye un problema para la salud pública en la provincia de Andahuaylas, por ser una infección zoonótica con prevalencias de 23%; el Ministerio de Salud determinó que entre 12.2% y 13% de humanos de los ámbitos urbano y rural tenían *Taenia solium*. Esta parasitosis origina neurocisticercosis en humanos y detrimentos económicos a los criadores, debido, especialmente, a la crianza de porcinos con acceso a defecaciones humanas.

**Objetivo.** el objetivo de la investigación fue encontrar la asociación entre la cisticercosis porcina y los factores comprometidos en la crianza de traspatio en viviendas rurales del distrito José María Arguedas, Andahuaylas, Apurímac, 2023; con una pobreza de 44,6%.

**Métodos.** el estudio fue básico, analítico y transversal. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Dirección Regional de Salud Apurímac. Se contó con los consentimientos informados de los propietarios de los porcinos. Mediante un muestreo aleatorio simple, se seleccionó la muestra (246 cerdos). Se distinguió en la base de datos SIGSA de SENASA las viviendas de los propietarios de los porcinos, donde, se recabó las muestras sanguíneas (5 porcinos por vivienda), hasta conseguir las muestras serológicas para ser analizados a través del ensayo ligado a inmunoabsorción ELISA. El procesamiento y análisis estadístico se realizó con los programas Excel para Windows 2010 y Epidat 4.2.

**Resultados.** la seroprevalencia de cisticercosis en los cerdos fue de 14,7% (IC95%=10.1-19.3). Las prevalencias más altas correspondieron a los centros poblados Checche, Sacclaya y Huancabamba (60%, 20% y 16,4%, respectivamente). Se encontró asociación entre la cisticercosis y el género de sus propietarios ( $p<0,05$ ), así como con el conocimiento de que las personas podrían contagiarse ( $p<0,05$ ).

**Conclusión.** los porcinos cuyos criadores son mujeres poseyeron más riesgo de tener cisticercosis en comparación a los porcinos criados por varones (OR=3,2; IC95%=1,3-8,2;  $p=0,015$ ).

**Palabras clave.** *Cysticercus cellulosae*, seroepidemiología, cerdos, animales de crianza

**Correspondencia.** Aldo Alim Valderrama Pomé, [avalderrama@unamba.edu.pe](mailto:avalderrama@unamba.edu.pe)

Diana Pamela Palacios-Vivanco<sup>1</sup>, Sandra Galindo-Ludeña<sup>2</sup>, Victor Hugo Moquillaza-Alcantara<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Clínica de infertilidad "InMater", Programa InMater Contigo, Servicio de obstetricia, Lima, Perú

<sup>2</sup> Clínica de infertilidad "InMater", Programa InMater Contigo, Unidad de banco, Lima, Perú

<sup>3</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado, Lima, Perú

**Introducción.** La infertilidad constituye un problema de salud pública; sin embargo, la evidencia sobre las características socioeconómicas de las mujeres diagnosticadas sigue siendo limitada. Esta información es crucial para orientar el diseño de políticas de salud inclusivas que promuevan un acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva.

**Objetivo.** Determinar la distribución de infertilidad femenina según índice de riqueza, lugar de residencia y seguro de salud en el Perú, 2023.

**Métodos.** Análisis de 36202 datos obtenidos de mujeres en edad reproductiva participantes en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Perú (2023). La infertilidad fue autoreportada y se consideraron las variables: Lugar de residencia (urbano y rural), índice de riqueza (de muy pobre a muy rico) y seguro de salud al que está afiliada (no presenta, seguro integral de salud, seguro social de salud, privado y fuerzas armadas y policiales). Las estimaciones se realizaron considerando el muestreo complejo del estudio.

**Resultados.** El 2.37% [IC95%:2.23-2.51%] de las mujeres en edad reproductiva residentes en el Perú reportaron infertilidad. De las mujeres infértiles (n=509), en el entorno rural ninguna se atendió en establecimientos privados. Además, quienes se atienden en el seguro integral de salud (SIS) son principalmente muy pobre (80.1%) y pobre (18.2%) en el entorno rural, mientras que en la urbanización son principalmente rico (28.7%) y medio (25.18%). Por último, la población infértil atendida en el sector privado urbano solo es muy rica (94.97%) y rica (5.03%).

**Conclusión.** La distribución de las mujeres infértiles es heterogénea. En las zonas rurales, las mujeres pobres dependen del SIS, mientras que, en las áreas urbanas, el acceso a servicios privados está restringido a mujeres de altos ingresos. Estas disparidades sugieren barreras en el acceso a servicios de salud reproductiva.

**Palabras clave.** Factores socioeconómicos; Infertilidad femenina; Población; Servicios de salud reproductiva.

**Correspondencia.** Diana Pamela Palacios Vivanco, [diana.palacios@inmater.pe](mailto:diana.palacios@inmater.pe)

Akram Hernández-Vásquez<sup>1</sup>, Jamee Guerra Valencia<sup>2</sup>, Rodrigo Vargas-Fernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Epidemiology and Health Economics Research (EHER), Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

**Introducción.** El suministro de agua intermitente (SAI) afecta a millones de hogares, limitando el acceso a agua segura y generando mayor morbilidad. Su presencia limita alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

**Objetivo.** Estimar la proporción de hogares en Perú con SAI, su desigualdad socioeconómica y analizar su asociación con características socioeconómicas y geográficas.

**Métodos.** Se utilizó la ENAHO 2023. Se definió SAI como el suministro de agua entubada durante menos de 24 horas/día, al menos un día a la semana. Se incluyó 29328 hogares. Se emplearon curvas e índices de concentración (InC). La asociación entre SAI y el área de residencia, región geográfica, densidad poblacional e Índice de desarrollo humano (IDH) se exploró mediante modelos lineales generalizados.

**Resultados.** 42.8% de los hogares tuvo SAI. Tumbes, Ica, Lambayeque, Loreto y Piura tuvieron mayores porcentajes de SAI. En hogares con SAI, el suministro promedio de agua fue de 7 horas/día. El InC mostró mayor frecuencia de SAI en hogares de menor gasto mensual per cápita ( $-0.0850$ ,  $p < 0,001$ ). Los hogares urbanos (razón de prevalencia [RP] 1,82; IC95% 1,67-2,00), aquellos de la región Costa sin Lima Metropolitana (RP 1,47; IC95% 1,36-1,59), con densidad poblacional media (RP 1,08; IC95% 1,02-1,15) e IDH medio (RP 1,13; IC95% 1,06-1,20), presentaron mayor prevalencia de SAI. Contrariamente, los hogares en Lima Metropolitana (RP 0,37; IC95% 0,32-0,43), con densidad poblacional alta (RP 0,47; IC95% 0,41-0,54) e IDH alto (RP 0,38; IC95% 0,32-0,46) presentaron menor prevalencia.

**Conclusión.** Se evidencia el acceso desigual al agua en Perú, destacando la necesidad de estrategias adaptadas a contextos urbanos y geográficos específicos para garantizar el acceso equitativo al agua en un contexto de cambio climático y emergencias hídricas.

**Palabras clave:** Abastecimiento de agua; Saneamiento; Desarrollo sostenible; Factores socioeconómicos; Perú.

**Correspondencia.** Akram Hernández-Vásquez, [ahernandez@usil.edu.pe](mailto:ahernandez@usil.edu.pe)

Lucía Villar Bernaola<sup>1</sup>, Akram Hernández-Vásquez<sup>1</sup>, Maricela Curisínche Rojas<sup>1</sup>, Raúl Timana Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú.

**Introducción.** El cáncer es una de las patologías con mayor carga de enfermedad, afectando en mayor medida a los países en desarrollo. En Perú, la baja participación en pruebas de tamizaje de cáncer y las barreras estructurales incrementan las desigualdades en el acceso a la detección temprana, limitando la efectividad de las políticas públicas en el control del cáncer.

**Objetivo.** Evaluar las desigualdades y brechas en la realización de pruebas de tamizaje de cáncer en los servicios de salud públicos peruanos según distritos.

**Métodos.** Se analizaron datos del HIS para construir tasas de realización de tamizaje para tres tipos de cáncer (mama, colorrectal y próstata) entre los años 2021-2023 por cada 1000 personas afiliadas a junio de 2022 al Seguro Integral de Salud en cada distrito de análisis. Se evaluó la cobertura de tamizaje mediante la proporción de población objetivo tamizada y se utilizó el Índice de Desarrollo Humano (IDH) distrital como indicador de desigualdad. Se realizaron análisis espaciales de distribución de brechas y se aplicaron índices de Kuznets y de concentración para evaluar la desigualdad.

**Resultados.** Las tasas promedio de tamizaje de cáncer son bajas y varían según el tipo de prueba y el IDH distrital (PSA 104,87; sangre oculta en heces 97,27; mamografía 15,41). La mamografía, el test de sangre oculta en heces y el dosaje de antígeno prostático se concentraron en distritos de mayor IDH. Distritos de la Selva y algunas áreas de la Costa y Sierra presentaron amplias brechas en cobertura, alcanzando valores cercanos al 100% de falta de tamizaje.

**Conclusión.** El acceso al tamizaje de cáncer en Perú es desigual, siendo necesario implementar estrategias de salud pública que prioricen áreas con baja cobertura y mejoren los sistemas de información para optimizar la detección temprana de cáncer, para «no dejar a nadie atrás».

**Palabras clave:** Tamizaje de cáncer; Desigualdades sociales; Perú.

**Correspondencia.** Lucía Villar Bernaola, [lvillar@ins.gob.pe](mailto:lvillar@ins.gob.pe)

Franko O. García-Solórzano<sup>1</sup>, Deici Dávila-Altamirado<sup>1</sup>, Katherin Solano<sup>1</sup>, Elida Paredes<sup>1</sup>, Milagritos N. Asmat<sup>1</sup>, Diego Azañedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

**Introducción.** La depresión es una de las principales causas de años de vida perdidos en población adulta. En un país tan heterogéneo como el Perú, el acceso oportuno al tratamiento puede estar condicionado por desigualdades geográficas y socioeconómicas, lo que dificulta la equidad en salud mental.

**Objetivo.** Evaluar la desigualdad geográfica en el acceso a tratamiento de salud mental en adultos peruanos que presentan sintomatología depresiva.

**Metodología.** Se utilizaron datos secundarios de la ENDES2023, de individuos mayores de 18 años con sintomatología depresiva en el último año, según el PHQ9. El acceso al tratamiento fue medido mediante la pregunta ¿En los últimos 12 meses recibió tratamiento de algún profesional de salud por depresión, tristeza, desánimo, falta de interés o irritabilidad? La desigualdad fue estimada mediante el índice de concentración de Erreygers (ECI), curvas de concentración, y Equiplots; según categorías de área de residencia (urbana/rural) y región natural de residencia (Lima Metropolitana/Costa/Sierra/Selva).

**Resultados.** La población estudiada estuvo constituida por 2,205 adultos con sintomatología depresiva. La prevalencia de acceso al tratamiento de salud mental fue del 13.9%. Se encontró que el acceso al tratamiento, tanto a nivel nacional (ECI= 0,011, p=0,001), como en el área de residencia urbana (ECI=0,09, p=0,013), y en la región natural de la sierra (ECI=0,15, p=0,001), mostró una mayor concentración en la población de mayores ingresos.

**Conclusión.** Nuestro estudio muestra que el acceso al tratamiento de salud mental para adultos con sintomatología depresiva es desigual, estando más concentrado en la población de mayores recursos, especialmente en aquellas personas que residen en zonas urbanas y en la región de la sierra.

**Palabras clave:** Indicadores de Desigualdad en Salud; Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud; Salud Mental; Perú.

**Correspondencia.** Franko O. García-Solórzano, [franko.gs25@gmail.com](mailto:franko.gs25@gmail.com)

Flavia Rioja-Torres<sup>1</sup>, J. Matías Bardales-Rodríguez<sup>1</sup>, Akram Hernández-Vásquez<sup>2</sup>, Renato Díaz-Ruiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CHANGE RESEARCH Working Group, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Epidemiology and Health Economics Research (EHER), Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

**Introducción.** El vólvulo intestinal es una condición clínico-quirúrgica que requiere una atención urgente. Las características geográficas y territoriales, particularmente la altitud, pueden influir en la distribución de esta patología. Sin embargo, son escasos los estudios que exploren la carga de enfermedad y desigualdades en la ocurrencia del vólvulo intestinal entre los diferentes contextos geográficos en Perú.

**Objetivo.** Evaluar las desigualdades geográficas en las tasas de hospitalización por vólvulo intestinal en el Perú, durante el año 2023.

**Métodos.** Se realizó un estudio ecológico basado en datos secundarios de hospitalizaciones de SuSalud en 2023. Se calculó la tasa de hospitalización por vólvulo intestinal estandarizada por edad (según los estándares de la OMS) por cada 100000/habitantes para los 24 departamentos y la Provincia Constitucional del Callao (unidades de análisis). Se realizó una distribución espacial de la tasa de hospitalización por quintiles según las unidades de análisis. La altitud se consideró según la altura de las capitales de unidad de análisis. La correlación entre altitud y tasa de hospitalización se evaluó utilizando el coeficiente de correlación de Pearson junto con su intervalo de confianza al 95%.

**Resultados.** Los departamentos ubicados en la sierra sur del Perú presentaron las tasas de hospitalización más altas (Cusco: 8,32; Puno: 5,95; Ayacucho: 5,42; Apurímac: 4,07; Junín: 3,6), en comparación con otros departamentos de la Costa (Lima: 1,09) y Selva (Loreto: 0,26). La correlación entre altitud y la tasa de hospitalización por vólvulo intestinal fue de 0,65 (IC95% 0,34-0,83).

**Conclusión.** Los resultados muestran que las tasas de hospitalización por vólvulo intestinal son más altas en los departamentos de la sierra sur, zonas caracterizadas por su alta altitud. Asimismo, existe una relación positiva entre la altitud y la tasa de hospitalización por vólvulo intestinal en los departamentos del Perú.

**Palabras clave:** Vólvulo intestinal; Hospitalización; Altitud; Desigualdades geográficas; Perú.

**Correspondencia.** Flavia Rioja-Torres, [100042203@cientifica.edu.pe](mailto:100042203@cientifica.edu.pe)

Ximena Fernanda Crovetto Saavedra<sup>1</sup>, César Del Castillo López<sup>2</sup>, Tais De Souza Barbosa<sup>3</sup>, Juana Rosmeri Salas Huamani<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad César Vallejo

<sup>2</sup> Departamento Académico de Odontología Social, Facultad de Estomatología, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

<sup>3</sup> Instituto de Ciencia y Tecnología, Departamento de Odontopediatría y Odontología Social, Facultad de Odontología, Universidad Estadual de Sao Paulo.

**Introducción.** En el Perú, la caries dental es un problema de salud pública y siendo su etiología multifactorial, es necesario investigar los factores socioeconómicos asociados a esta condición.

**Objetivo.** Este estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los determinantes sociales de la salud, el capital social y la experiencia de caries dental en niños peruanos. Se contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI-UPCH) - Humanos (nº 59474).

**Métodos.** Se seleccionaron 61 escolares de 12 años, de ambos sexos, del municipio de Pampacolca, Arequipa; quienes fueron evaluados según la experiencia de caries dental (CPOD) por un examinador previamente calibrado (Kappa = 0,90). A través de entrevistas a los padres o tutores (n=61), se evaluaron las siguientes variables: determinantes sociales de la salud (género, ingresos, educación, condiciones de vivienda, empleo, saneamiento ambiental y acceso a servicios de salud) y capital social (cognición, ciudadanía y sociedad) a través del instrumento *Short Version of Adapted Social Capital Assessment Tool* (SASCAT). Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman (r) y los coeficientes de determinación (r<sup>2</sup>), considerando 3 grupos: muestra total, DMF≤3 y DMF>5.

**Resultados.** La media (±DE) fue de 5,25 ± 2,94. El mayor CPOD se correlacionó positivamente con la falta de empleo en el total de la muestra (r=0,26; r<sup>2</sup>=6,91%; p<0,05) y negativamente con menor escolaridad materna (r=-0,63; r<sup>2</sup>=39,94%; p<0,01) y menor acceso a los servicios de salud (r=-0,60; r<sup>2</sup>=36,6%; p<0,01) en los grupos CPOD≤3 y CPOD>5, respectivamente. En el grupo CPOD≤3, también hubo una correlación significativa entre el capital social cognitivo y un mayor CPOD (r=0,49; r<sup>2</sup>=29,40%; p<0,05).

**Conclusión.** En conclusión, la alta prevalencia de caries dental en la muestra evaluada se asoció con determinantes sociales de la salud y capital social.

**Palabras clave.** Determinantes sociales de la salud; capital social; caries dental; prevalencia

**Correspondencia.** Juana Rosmeri Salas Huamani, [jsalashu@ucv.edu.pe](mailto:jsalashu@ucv.edu.pe)

Jamee Guerra Valencia<sup>1</sup>, Rodrigo Vargas-Fernández<sup>2</sup>, Carlos Rojas-Roque<sup>3</sup>, Akram Hernández-Vásquez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Epidemiology and Health Economics Research (EHER), Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

<sup>3</sup> Centre for Health Economics, University of York, York, Reino Unido.

<sup>4</sup> Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

**Introducción.** La diabetes *mellitus* es una causa importante de morbimortalidad a nivel global, por sus complicaciones vasculares. El diagnóstico temprano puede reducir la incidencia de estas complicaciones. No obstante, en países en desarrollo, el acceso a diagnóstico y control de la diabetes depende del nivel socioeconómico y acceso a servicios de salud.

**Objetivo.** Estimar la proporción de personas en Perú que se realizaron una prueba de glucosa en sangre (PGS) en el último año, y analizar su desigualdades socioeconómicas y geográficas.

**Métodos.** Se utilizó la ENDES 2023, incluyendo 9499 adultos de 35 a 70 años con sobrepeso y obesidad, bajo la recomendación de *U.S. Preventive Services Task Force*. La PGS se estableció a través de una respuesta afirmativa a la pregunta: ¿En los últimos 12 meses, algún médico u otro personal de salud le ha medido la glucosa o el “azúcar” en la sangre? Como estratificador de desigualdad se utilizó el índice de bienestar. Se realizó una descomposición del Índice de concentración de Erreygers (ICE) para estimar la contribución de las características evaluadas en la desigualdad. Además, se evaluó la distribución del desenlace entre los quintiles de bienestar por unidades político-administrativas.

**Resultados.** Solo 3 de cada 10 adultos se realizaron una PGS. La diferencia entre el mayor y menor quintil de bienestar fue de 27 puntos porcentuales. El ICE fue de 0,2090 ( $p < 0,001$ ). Tener educación superior (61,5%) y residencia rural (10,6%) fueron los mayor contribuyentes de esta desigualdad. En la mayoría de unidades político-administrativas, las personas con mayor quintil de bienestar tuvieron una mayor proporción de realización de PGS.

**Conclusión.** Nuestros hallazgos revelan una significativa desigualdad en la realización de PGS en Perú, con brechas marcadas según nivel educativo y área de residencia, factores que resultaron ser los principales contribuyentes a estas desigualdades.

**Palabras clave.** Glucemia; Diagnóstico temprano; Disparidades Socioeconómicas en Salud; Indicadores de Desigualdad en Salud; Perú.

**Correspondencia.** Jamee Guerra Valencia, [jamee.guerra@upn.pe](mailto:jamee.guerra@upn.pe)

**Yolanda Angulo-Bazán<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Subdirección de Medicina Complementaria. Centro Nacional de Investigación Social e Interculturalidad en Salud (CENSI). Instituto Nacional de Salud (INS).

**Introducción.** El enfoque participativo busca el involucramiento activo de la comunidad en todas las etapas de la investigación, desde el diseño hasta la aplicación de las soluciones obtenidas, bajo valores de justicia, honestidad, respeto y cuidado. La aplicación de este tipo de enfoques cobra especial importancia en la solución de problemas de salud en grupos históricamente excluidos y vulnerados, como poblaciones indígenas, usualmente instrumentalizados como fuente de datos o de insumos biológicos.

**Objetivo.** Evaluar la aplicación del enfoque participativo en publicaciones científicas sobre salud en poblaciones indígenas peruanas realizadas entre los años 2003 a 2024.

**Métodos.** Estudio descriptivo. Se realizó una búsqueda sistemática de información en Scopus. Se excluyeron estudios de bases de datos secundarios, revisiones sistemáticas o narrativas, o no disponibles en texto completo. Se recolectó información sobre mención directa a enfoque participativo y cumplimiento del mismo en cuatro momentos: a. planteamiento de la pregunta / objetivos; b. establecimiento del diseño; c. implementación del estudio; d. análisis y disseminación de resultados y e. evaluación del estudio. Además, se evaluó otros aspectos como la aprobación por un comité institucional de ética en investigación (CIEI).

**Resultados.** Se incluyeron 51 estudios, solo tres aludieron explícitamente el uso del enfoque participativo (5,9%). Sin embargo, 18 estudios (35,3%) aludieron al involucramiento de la comunidad en alguna etapa de la investigación, todos ellos incluyen la implementación (proceso de consentimiento informado) y solo tres, la evaluación. Adicionalmente, siete estudios (13,7%) no consignaron aprobación ética y 11 (21,5%) solo fueron aprobados por CIEIs del extranjero.

**Conclusión.** La mayoría de las publicaciones realizadas en salud en poblaciones indígenas peruanas en los últimos 20 años no tuvieron un enfoque participativo manifiesto. Es urgente fomentar el empoderamiento de la comunidad ante las iniciativas de investigación en salud, priorizando la solución de problemas reales bajo especial énfasis de justicia y respeto.

**Palabras clave.** Pueblos Indígenas; Evaluación de la Investigación en Salud; Ética en Investigación; Investigación Participativa Basada en la Comunidad (Fuente: DeCS BIREME)

**Correspondencia.** Yolanda Angulo Bazán, [yangulo@ins.gob.pe](mailto:yangulo@ins.gob.pe)

Paula Regina Durand-Anahua<sup>1</sup>, Víctor Roman-Lazarte<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigación de Estudiantes de Medicina (CIESMED), Universidad Privada de Tacna, Tacna, Perú.

<sup>2</sup> Subunidad de Investigación e Innovación Tecnológica, Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, Lima, Perú.

**Introducción.** El embarazo adolescente es un problema de salud pública con una alta frecuencia principalmente en países de bajos y medianos ingresos. Aunque en Perú las tasas de embarazo adolescente han ido en disminución en la última década, estas pueden tener una diferencia en los distintos departamentos o provincias dentro del territorio peruano.

**Objetivo:** Identificar la presencia de desigualdades y conocer la distribución espacial acerca del embarazo adolescente en Perú durante el 2023.

**Método:** Se realizó un análisis secundario a partir de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) 2023. Se realizó un análisis mediante el índice de concentración de Erreyger (ECI) y posterior a ello se realizó un análisis de descomposición para identificar las contribuciones de los determinantes a la desigualdad observada. También se realizó el análisis espacial mediante un mapa coroplético y se evaluó la distribución y agrupación mediante el índice de Moran Global.

**Resultados.** La tasa global de embarazo adolescente fue del 10.1%, la tasa más alta corresponde a la ciudad de Ucayali con 20.90%. El índice ponderado de embarazo adolescente fue de -0.0389 ( $p < 0.001$ ) hacia el índice de riqueza más bajo. El análisis de descomposición muestra que la zona rural (57.81 %) y la autopercepción no mestiza o blanca (31.77 %) son los principales determinantes que explican las desigualdades sobre el embarazo adolescente. Además, el análisis espacial mostró un  $I = 0.4668$  (patrón de distribución agrupado) a nivel departamental.

**Conclusión.** El embarazo adolescente en Perú muestra una distribución desigual en 2023. La tasa general fue de 10.1%, alcanzando su máximo en Ucayali (20.9%). El índice de concentración y el análisis espacial revelaron un patrón de desigualdad socioeconómica y geográfica, indicando la necesidad de intervenciones dirigidas a las poblaciones más vulnerables para reducir estas tasas.

**Palabras clave.** Embarazo en Adolescencia, Inequidades en Salud, Demografía, Índice de concentración normalizado de Erreygers.

**Correspondencia.** Paula Regina Durand Anahua, [reginadurand29@gmail.com](mailto:reginadurand29@gmail.com)

Lucero Del Carmen Espinoza Levano<sup>1</sup>, Renato Antonio Torres Calle<sup>1</sup>, Claudia Luz Arone Torvisco<sup>1</sup>, Bernardette Cotrina Urteaga<sup>1</sup>, Berenice Rodríguez Zea<sup>1</sup>, Alexis German Murillo Carrasco<sup>2</sup>, Dayana Ticona Tiña<sup>3</sup>, Maria Edit Rospigliosi Morales<sup>4</sup>, Daysi Zulema Diaz Obregón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) de ESSALUD, Perú.

<sup>2</sup> Immunology and Cancer Research Group (IMMUCA), Lima, Perú.

<sup>3</sup> ONG Innovación y Ciencia al Cuidado y Respaldo de la Sociedad (INNOVACARE), Lima, Perú.

<sup>4</sup> Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

**Introducción.** Los trastornos del habla y lenguaje en niños requieren intervención temprana, pero el acceso a ésta es limitado en diversas regiones del país. En 2023, el Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) de EsSalud implementó un programa de Telerehabilitación para abordar esta necesidad.

**Objetivo.** Identificar factores asociados de la adherencia a la Telerehabilitación en Terapia de Lenguaje en niños de Perú.

**Métodos.** Estudio longitudinal, retrospectivo y analítico de datos secundarios de una población de 1039 niños (0 a 11 años) con trastornos del lenguaje atendidos en el CENATE de marzo 2023 a julio 2024 en 14 departamentos del Perú. Se emplearon análisis descriptivo y regresión multivariable para evaluar los factores asociados a la adherencia.

**Resultados.** Se recopilieron datos de 1039 niños, principalmente varones (66%) y menores de 5 años (73%). Los diagnósticos más comunes fueron trastornos del desarrollo del habla y lenguaje (49.1%) y trastornos específicos del habla (37.2%). La media mensual fue de 605 atenciones (9.91 por paciente), el 88% de los niños recibieron entre 4 y 8 atenciones mensuales, considerado adecuado. Lima (33%), Piura (17%), Cusco (13%) y Apurímac (11%) registraron la mayor frecuencia de usuarios. La adherencia adecuada se asoció significativamente con el departamento de adscripción de los niños asegurados, especialmente Ayacucho, con OR=3.72 para más de 4 sesiones y OR=3.99 para más de 8 sesiones al mes; no se asoció con edad, sexo, diagnóstico o nivel de atención en salud.

**Conclusión.** La adherencia de la Telerehabilitación en Terapia de Lenguaje en niños de Perú fue adecuada en 88%. Se asoció significativamente al departamento de adscripción, más no con la edad, sexo, diagnóstico, ni nivel de atención en salud. La Telemedicina reduce brechas de acceso. Sin embargo, otros factores no estructurales podrían influir en la adherencia.

**Palabras clave.** Telerehabilitación; terapia de lenguaje; adherencia; pediatría; factores asociados.

**Correspondencia.** Daysi Zulema Diaz Obregón, [daysiz.diaz.o@gmail.com](mailto:daysiz.diaz.o@gmail.com)

## DESARROLLO Y OPTIMIZACIÓN DE UNA PCR MULTIPLEX EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES FEBRILES DESATENDIDAS

Yanina Zárate Sulca<sup>1</sup>, Lizbeth Vilca Machaca<sup>1</sup>, Giovanna Mendoza Mujica<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio de Metaxénicas y Zoonosis Bacterianas - SUDET-CNSP/INS

**Introducción.** Las infecciones por *Bartonella bacilliformis*, *Rickettsia felis* y *Ehrlichia chaffeensis* causan enfermedades febriles desatendidas que afectan a poblaciones vulnerables en situación de pobreza en el Perú. La detección de estos patógenos requiere cultivos bacterianos y celulares prolongados, lo que retrasa el diagnóstico. Un método rápido es esencial para mejorar el diagnóstico y tratamiento. La implementación de una RT-PCR multiplex permitirá detectar estos patógenos simultáneamente, reduciendo el tiempo de diagnóstico y facilitando intervenciones de salud pública más efectivas en poblaciones de alto riesgo.

**Objetivo.** Optimizar un método de RT-PCR multiplex in-house para la detección simultánea de *Bartonella bacilliformis*, *Rickettsia felis*, *Ehrlichia chaffeensis* y un control endógeno humano, proporcionando un diagnóstico rápido, sensible y específico en muestras humanas.

**Métodos.** Se diseñaron primers y sondas específicas para cada patógeno y el control humano. La especificidad se evaluó mediante PCR convencional y RT-PCR simplex, ajustando temperaturas de *annealing* y otras condiciones. Para optimizar el ensayo multiplex, se ajustaron concentraciones de primers y sondas, temperaturas, número de ciclos y condiciones de reacción, verificando la eficiencia mediante curvas estándar.

**Resultados.** En formato multiplex, el ensayo mostró eficiencias superiores al 95% en cada canal, con alta especificidad y sensibilidad en pruebas iniciales para la detección simultánea de los tres patógenos y el control humano.

**Conclusión.** La optimización de este método de RT-PCR multiplex representa un avance significativo hacia una herramienta diagnóstica para la detección de patógenos causantes de enfermedades febriles desatendidas en poblaciones vulnerables, permitiendo intervenciones más rápidas en salud pública. Actualmente, se están realizando estudios de validación para asegurar precisión y reproducibilidad, con el objetivo de implementar esta técnica en diagnóstico y vigilancia epidemiológica en comunidades en riesgo.

**Palabras clave.** RT-PCR Multiplex; Enfermedad de Carrión; Rickettsiosis, Ehrlichiosis.

**Correspondencia.** Giovanna Mendoza Mujica, [gmendoza@ins.gob.pe](mailto:gmendoza@ins.gob.pe)

María F. Fernández<sup>1</sup>, Victor Roman-Lazarte<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro de Investigación de Estudiantes de Medicina (CIESMED), Universidad Privada de Tacna, Tacna, Perú

<sup>2</sup> Subunidad de Investigación e Innovación Tecnológica, Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, Lima, Perú.

**Introducción.** El Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS) busca brindar una atención integral a las poblaciones más vulnerables en zonas de bajo nivel de desarrollo del Perú mediante la labor de profesionales de la salud recientemente titulados y colegiados. Sin embargo, estos enfrentan condiciones adversas, como dificultades geográficas, falta de recursos y una inseguridad que abarca maltrato, acoso y muerte.

**Objetivo.** Describir las muertes de profesionales de la salud durante el SERUMS en el periodo 2015-2024.

**Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo en base a la información brindada por el Ministerio de Salud (luego de la solicitud de información mediante la plataforma de transparencia) y también mediante notas periodísticas. Se hizo un análisis descriptivo con respecto a las variables recolectadas (profesión, edad, departamento, grado de dificultad del puesto de salud y causa de fallecimiento).

**Resultados.** Se analizaron 39 fallecimientos, el 53.85% fueron de sexo masculino (n = 21). En el 2020, se tuvieron 7 fallecimientos siendo el año con mayor cantidad de fallecidos, con respecto a las profesiones, el 43.59% fueron médicos/as (n = 17) seguido de enfermeros/as con un 23.08 % (n = 9). El 69.23 % (n = 27) fueron a causa de un accidente de tránsito. De los fallecimientos a los que se obtuvo acceso a más información (n = 21), el 52.38 % fueron de un establecimiento GD - 5 (n = 11).

**Conclusiones.** El SERUMS expone a los profesionales de salud en Perú a condiciones de riesgo significativas, con una alta incidencia de accidentes y fallecimientos en áreas de difícil acceso. Las difíciles condiciones laborales, especialmente en zonas de alta dificultad, resaltan la necesidad urgente de mejorar la seguridad y el apoyo a estos profesionales que trabajan en las regiones más vulnerables del país.

**Palabras clave.** servicios de salud, mortalidad, rural, recursos humanos, profesional de salud.

**Correspondencia.** Victor Eduardo Roman Lazarte, [victor.md.1998@gmail.com](mailto:victor.md.1998@gmail.com)

José Casquero-Cavero<sup>1</sup>, Cecilia Gazzo-Baca<sup>1</sup>, Shana Galindo-Sánchez<sup>1</sup>, Estela Huamán-Angeles<sup>1</sup>, George Obregón-Boltan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú

**Introducción.** La centralización del sistema de salud ha afectado la equidad en el acceso a recursos para el personal sanitario en las regiones. Antes de la pandemia de COVID-19, el Instituto Nacional de Salud (INS) realizaba capacitaciones en bioseguridad de manera presencial, limitando la participación debido a los altos costos de desplazamiento desde Lima. Con la pandemia, la capacitación en bioseguridad fue fundamental, particularmente para el personal sanitario encargado de las pruebas de detección del SARS-CoV-2. Esto impulsó al INS a adoptar plataformas virtuales para facilitar el acceso a la formación al personal sanitario a nivel nacional.

**Objetivo.** Evaluar el impacto del uso de tecnologías de la información en la reducción de inequidades en el acceso al conocimiento en bioseguridad entre el personal sanitario de Lima-Callao y las regiones.

**Métodos.** En 2023, se aplicó un cuestionario validado, siendo distribuido a través de correo electrónico y WhatsApp® a una muestra representativa de personal de laboratorios de referencia (269 en regiones y 76 en Lima y Callao). El análisis estadístico se realizó con StataSE versión 18. Se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para normalidad y la prueba de Mann-Whitney para diferencias entre grupos.

**Resultados.** El promedio de conocimientos en bioseguridad fue de 14.9 en regiones y 14.2 en Lima-Callao, sin diferencias significativas, sugiriendo que las plataformas virtuales han equilibrado las oportunidades de acceso a la capacitación.

**Conclusión.** Las tecnologías de la información han permitido al personal sanitario de regiones alcanzar niveles de conocimiento similares a los de Lima-Callao, demostrando su eficacia en reducir la inequidad en el acceso a la formación en bioseguridad, mitigando el impacto de la centralización.

**Palabras clave.** Inequidad; Bioseguridad; Capacitación; Tecnologías de la información

**Correspondencia.** Jose Casquero Cavero, [jcasquero@ins.gob.pe](mailto:jcasquero@ins.gob.pe),

## RELACIÓN ENTRE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LAS FAMILIAS DE PREESCOLARES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL

Natalia Fidelia Barrientos Odias<sup>1</sup>, Luzmila Victoria Troncoso-Corzo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Escuela Profesional de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Instituto de Investigación de Bioquímica y Nutrición Alberto Guzmán Barrón. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

**Introducción.** La seguridad alimentaria es el derecho donde las personas tienen en todo momento una suficiente cantidad y calidad de alimentos que le permitan una vida saludable y activa. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos para disminuir el hambre, característica principal de la pobreza, la seguridad alimentaria está bastante influenciada por características sociales, económicas, culturales, entre otros.

**Objetivo.** Determinar la relación entre seguridad alimentaria y características sociodemográficas en familias de preescolares de una institución educativa inicial del distrito de San Juan de Lurigancho en Lima, 2023.

**Métodos.** Es un estudio con un enfoque cuantitativo de tipo analítico, observacional, de corte transversal y prospectivo, con una muestra de 77 familias que tenían niños de 3 a 5 años de edad. Se aplicó la Escala latinoamericana y caribeña de seguridad alimentaria (ELCSA) a los encargados de la alimentación, y se midieron las variables sociodemográficas como: Edad, grado de instrucción y lugar de origen. Se realizó el análisis mediante la regresión logística binaria.

**Resultados.** Tres de cada cuatro familias padecen de algún tipo de inseguridad alimentaria. En cuanto al mayor grupo etario estuvo conformado por el de "< 20 a 30 años". Con respecto al grado de instrucción, casi la mayoría tenía secundaria completa (41.6%). El lugar de origen de aproximadamente la mayoría fue la región sierra con un 49.4%. Además, se encontró una relación significativa entre la Seguridad alimentaria con el grado de instrucción (OR = 0.084, p<0.001).

**Conclusión.** Se encontró solo relación entre la seguridad alimentaria y el grado de instrucción de los encargados de la alimentación de los preescolares de la institución educativa inicial estudiada.

**Palabras claves.** Seguridad alimentaria; características sociodemográficas; preescolares.

**Correspondencia.** Natalia Fidelia Barrientos Odias, [natbarr.2303@gmail.com](mailto:natbarr.2303@gmail.com)

Claudio Intimayta-Escalante<sup>1</sup>, Edward Mezones-Holguin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

<sup>2</sup> Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

**Introducción.** La desigualdad en el acceso a la salud está relacionada con las brechas entre condiciones sociales, demográficas y económicas adversas.

**Objetivo.** Explorar la percepción de la desigualdad en el acceso a la salud para un modelo explicativo en Perú.

**Métodos.** Desarrollamos un estudio transversal con la Encuesta Nacional de Percepción de Desigualdades en Perú del 2024. El análisis se desarrolló con ecuaciones estructurales mediante el estimador de máxima verosimilitud y ponderación de muestra compleja. El Índice Comparativo de Ajuste (CFI), Índice de Tucker-Lewis (TLI), Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) y la Raíz Cuadrada Media Residual Estandarizada (SRMR) fueron evaluados para el ajuste del modelo. El modelo consideró variables como la percepción de desigualdad en el acceso a la salud, educación, justicia y empleo. Además, se incluyó el sexo, la orientación sexual, el área y lugar de residencia, el nivel de riqueza y la etnicidad.

**Resultados.** Entre los 1508 encuestados, el 67.19% percibía como muy desigual el acceso a la salud, seguido por el 17.27% (algo desigual), el 12.70% (poco desigual) y 2.85% (nada desigual). El modelo presentó índices adecuados de ajuste (CFI: 0.97; TLI: 0.93; RMSEA: 0.04; SRMR: 0.05). La percepción de desigualdad en educación ( $\beta$ : 0.26; 95%IC: 0.18 a 0.34,  $p < 0.01$ ), justicia ( $\beta$ : 0.28; 95%IC: 0.16 a 0.40,  $p < 0.01$ ) y entre ciudades y zonas rurales ( $\beta$ : 0.10; 95%IC: 0.03 a 0.18,  $p = 0.01$ ) se relacionaban con la percepción de la desigualdad en el acceso salud en los peruanos. En contraste con la desigualdad entre ricos y pobres ( $\beta$ : 0.05; 95%IC: -0.01 a 0.11,  $p = 0.08$ ), aunque las otras variables se relacionaban el nivel de riqueza ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión.** Las percepciones de desigualdad en el acceso a la educación, justicia y entre las ciudades o zonas rurales explicaron la percepción de desigualdad en el acceso a la salud para los peruanos.

**Palabras clave.** Monitoreo de las Desigualdades en Salud; Inequidad Social; Factores Socioeconómicos; Perú.

**Correspondencia.** Claudio Rolando Intimayta Escalante, [claudio.intimayta@unmsm.edu.pe](mailto:claudio.intimayta@unmsm.edu.pe)

Aquiles Antonio Vilchez-Gutarra<sup>1</sup>, Alfredo Enrique Oyola-García<sup>1</sup>, Romina Juscamaita-Bartra<sup>1</sup>, Valeria Pérez-Muto<sup>2,3</sup>, Kevin Edgard García Auqui<sup>3</sup>, Karina Bardales-Ortiz<sup>1</sup>, Julio Pérez Díaz<sup>1</sup>, Kimberlly Phiorella Mori-Temple<sup>1</sup>, Mirtha Gabriela Soto-Cabezas<sup>1</sup>, César Vladimir Munayco-Escate<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Peru), Lima, Perú.

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España.

<sup>3</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

**Introducción.** América Latina es una de las regiones con mayor inequidad. A pesar de esfuerzos para evaluar las desigualdades de salud entre países, queda mucho por estudiar en relación a las disparidades dentro de cada país.

**Objetivo.** Analizar la desigualdad sociogeográfica de la mortalidad de menores de cinco años en Perú.

**Métodos.** Estudio observacional, analítico y ecológico que evaluó la tasa de mortalidad en menores de cinco años en 24 departamentos del Perú, Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao. Las desigualdades se analizaron calculando las brechas y gradientes a partir del producto bruto interno (PBI), la población en pobreza monetaria y población en pobreza no monetaria (PPM y PPNM).

**Resultados.** Las mayores brechas absolutas de mortalidad se observaron en 2014 para PBI (13,05) y PPNM (19,57) y en 2018 para PPM (8,71), disminuyendo progresivamente en los años siguientes. La brecha relativa osciló entre 1,45 (PPM, 2015) y 2,30 (PPNM 2014), con tendencia a la disminución -especialmente- con PPNM. El índice de concentración de desigualdad evidenció mayor impacto de la mortalidad en los grupos más desaventajados en los años tempranos -entre -0,13 y -0,18- y al final del periodo -entre -0,09 y -0,12-. De manera similar, el gradiente de desigualdad absoluta disminuyó durante los años estudiados, en presencia de los indicadores socioeconómicos evaluados. Los cambios porcentuales anuales promedio de los indicadores estuvieron entre -0,27 y 0,02 con cambio positivo en la mortalidad entre 2017 y 2018 y mayor cambio negativo entre 2018 y 2020.

**Conclusión.** A pesar de que las brechas y los gradientes de desigualdad se redujeron en los últimos años, la mortalidad en menores de cinco años aún se concentra desproporcionadamente en los territorios más desaventajados socioeconómicamente. Es crucial reconocer las disparidades fundamentales en el desarrollo socioeconómico según territorios geográficos del país y cómo estas impactan en las inequidades en salud.

**Palabras clave.** Desigualdades en salud, mortalidad infantil, factores socioeconómicos

**Correspondencia.** Valeria Perez Muto, [Valeria.p.muto@gmail.com](mailto:Valeria.p.muto@gmail.com)

Oween Paul Sanchez Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Piura. Lima, Perú

**Introducción.** Los casos de Enfermedad de Carrión históricamente se han asociado a poblaciones rurales y en extrema pobreza. Entre 2017-2023 no se reportaron más de 10 casos por semana epidemiológica, pero en 2024 se observó un aumento en la incidencia.

**Objetivo.** Describir las tendencias de la incidencia de la Enfermedad de Carrión en los departamentos del Perú durante 2013-2024.

**Métodos.** Este estudio ecológico mixto utiliza datos de la Red Nacional de Epidemiología, junto con datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística e Informática y del Directorio Nacional de Centros Poblados para clasificar por pisos altitudinales. Los datos se analizaron según incidencia departamental, razón varón/mujer, distribución por edad y subtipo de enfermedad (agudo, eruptivo y no determinado). Se creó un corredor endémico con datos de 2013 a 2022 y se comparó con la curva epidémica de 2023 y 2024.

**Resultados.** En el periodo 2013-2022 se registraron 2632 casos, concentrados en Ancash (29.71%) y Piura (21.12%), con predominio de la presentación aguda (62.31%) y mayor incidencia en niños (41.95%). La Yunga marítima representó el 42.97% de los casos. Las macro-regiones Norte y Centro mantuvieron una incidencia sostenida. En 2024, la curva epidémica alcanzó zona epidémica desde la semana 08, con un pico de 183 casos en la semana 19.

**Conclusión.** El brote de Enfermedad de Carrión en 2024 resalta la vulnerabilidad persistente de las poblaciones en situación de pobreza y enfatiza la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica y las estrategias de prevención en las zonas de riesgo para mitigar futuros brotes.

**Palabras clave.** Enfermedad de Carrión, Análisis Espacio-temporal, Mapeo geográfico, Tasa de incidencia.

**Correspondencia.** Oween Paul Sanchez Ramos, [oween.sanchez@alum.udel.edu.pe](mailto:oween.sanchez@alum.udel.edu.pe)

Aquiles Antonio Vilchez-Gutarra<sup>1</sup>, Alfredo Enrique Oyola-García<sup>1</sup>, Romina Juscamaita-Bartra<sup>1</sup>, Valeria Pérez-Muto<sup>2,3</sup>, Kevin Edgard García Auqui<sup>3</sup>, Karina Bardales-Ortiz<sup>1</sup>, Julio Pérez Díaz<sup>1</sup>, Kimberlly Phiorella Mori-Temple<sup>1</sup>, Mirtha Gabriela Soto-Cabezas<sup>1</sup>, César Vladimir Munayco-Escate<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Peru), Lima, Perú.

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España.

<sup>3</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

**Introducción.** La atención del parto por personal calificado es fundamental para reducir la morbilidad materna y neonatal.

**Objetivo.** Analizar la desigualdad sociogeográfica en la atención del parto sin asistencia de personal calificado en el Perú.

**Métodos.** Estudio observacional que evaluó las brechas y gradientes de desigualdad, así como el cambio porcentual anual promedio según la metodología de la OPS, usando datos agregados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

**Resultados.** Entre 2017 y 2021, se observó una disminución general en la proporción de partos sin asistencia de personal calificado. La brecha absoluta de desigualdad disminuyó considerablemente en todos los estratificadores por producto bruto interno (PBI), pobreza no monetaria (PPNM) y pobreza no monetaria (PPNM). Según PBI, la brecha relativa pasó de 4,7 a 3,9 y el IDP bajó de 7,0 a 4,9, también con un ICD negativo constante. Según PPM, se observó un aumento temporal en la brecha relativa a 3,6 en 2019, y el IDP disminuyó de 9,0 a 3,5 con un ICD negativo. Para PPNM, la brecha absoluta disminuyó de 16% en 2017 a 9% en 2021, el IDP pasó de 16,5 a 10,7 y el ICD de 0,52 a 0,44.

**Conclusión.** La desigualdad sociogeográfica en la atención de partos sin asistencia de personal calificado ha disminuido, pero persisten las disparidades que afectan los territorios de menor condición socioeconómica. Se requieren políticas de salud específicas para asegurar el acceso universal a salud.

**Palabras clave:** Inequidades en Salud, salud materna, parto, pobreza.

**Correspondencia.** Kevin Edgard Garcia Auqui, [kevin.garcia5@unmsm.edu.pe](mailto:kevin.garcia5@unmsm.edu.pe)

## DESAFÍOS, ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEMONITOREO EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN PERÚ

Roxane del Pilar Herrera Morales<sup>1</sup>, Bernardette Cotrina Urteaga<sup>1</sup>, Berenice Rodríguez Zea<sup>1</sup>, Cintya Barrón Sarmiento<sup>1</sup>, Glorobaldo Gerson Martínez Salazar<sup>1</sup>, Alexis German Murillo Carrasco<sup>2</sup>, Dayana Ticona Tiña<sup>3</sup>, Daysi Zulema Diaz Obregón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) de ESSALUD, Perú

<sup>2</sup> Immunology and Cancer Research Group (IMMUCA), Lima, Perú

<sup>3</sup> ONG Innovación y Ciencia al Cuidado y Respaldo de la Sociedad (INNOVACARE), Lima, Perú.

**Introducción.** La tuberculosis es un problema de salud pública en el Perú, con altos índices de abandono en el tratamiento, especialmente en poblaciones vulnerables. El Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) de EsSalud implementó el programa TeleDOT, que emplea la Telemedicina para dar seguimiento a distancia de la Terapia Directamente Observada en zonas de difícil acceso. **Objetivo.** Identificar los desafíos, adherencia y satisfacción de la implementación de un programa de Telemonitoreo en el tratamiento de la Tuberculosis en Perú.

**Métodos.** Es un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se recopilaron datos secundarios de 1,554 pacientes con tuberculosis sensible que cumplieron los criterios de inclusión para recibir TeleDOT, de enero a agosto del 2024 en 12 departamentos del Perú. La adherencia se definió como la proporción de pacientes que no perdieron más del 10% de sus dosis programadas. Se evaluó la satisfacción de los pacientes y personal de salud. Además, se analizaron los desafíos por fases de implementación.

**Resultados.** De 1,554 pacientes evaluados, 68.3% aceptó ingresar al programa TeleDOT. De los 1,062 pacientes que lo recibieron, el 95% mantuvieron una adherencia al tratamiento sin perder más del 10% de sus dosis programadas. La satisfacción alcanzó el 96.8% en pacientes y el 79.3% en el personal de salud. Entre los desafíos destacaron la resistencia al cambio y problemas técnicos en el personal de salud y el desconocimiento en el uso de plataformas por parte de los pacientes.

**Conclusión.** TeleDOT ha demostrado una alta adherencia al tratamiento de tuberculosis sensible a nivel nacional, con elevada satisfacción en los pacientes y en el personal de salud. Sin embargo, ha enfrentado desafíos en cada fase de su implementación. Estos resultados muestran que el Programa TeleDOT tiene potencial para reducir brechas y promover una atención equitativa de la tuberculosis en el Perú.

**Palabras clave.** Tuberculosis; telemedicina; adherencia.

**Correspondencia** Cintya Barrón Sarmiento, [cenate.asesor@essalud.gob.pe](mailto:cenate.asesor@essalud.gob.pe)

Luis Ttito-Paricahua<sup>1</sup>, Rodrigo Vargas-Fernández<sup>2</sup>, Akram Hernández-Vásquez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Epidemiology and Health Economics Research (EHER), Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

<sup>3</sup> Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

**Introducción.** Fortalecer la adaptación a los desastres naturales (DN) es clave para lograr los ODS. En Perú, las condiciones socioeconómicas y características geográficas incrementan la vulnerabilidad a los DN.

**Objetivo.** Estimar la proporción de hogares peruanos afectados por DN, su desigualdad socioeconómica y analizar su asociación con características geográficas.

**Métodos.** Se utilizó la ENAHO 2023, incluyendo 31943 hogares. Un hogar afectado por DN se estableció a través de una afirmación a la pregunta: ¿En los últimos 12 meses, su hogar se vio afectado por alguno de los siguientes problemas: Desastres naturales (sequía, tormenta, plaga, inundación, etc.)? El gasto mensual per cápita (GMPC) del hogar fue el estratificador de desigualdad. Se emplearon índices de concentración para analizar la desigualdad y modelos lineales generalizados para estimar la asociación con características geográficas. Se realizó un análisis espacial mediante interpolación kriging para delimitar las áreas más afectadas.

**Resultados.** Uno de cada 10 hogares peruanos fue afectado por DN. Se observó una mayor frecuencia de DN en hogares de menor GMPC (-0.1473,  $p < 0,001$ ). Los hogares pobres (razón de prevalencia [RP] 1,57; IC95% 1,47-1,71), y en la Sierra Centro (RP 2,01; IC95% 1,66-2,42) y Sur (RP 3,84; IC95% 3,19-4,63) presentaron mayor prevalencia de DN. A mayor altitud, mayor es la prevalencia de DN en los hogares. Contrariamente, los hogares urbanos (RP 0,19; IC95% 0,17-0,22) y en la Costa Centro (RP 0,26; IC95% 0,18-0,40) y Sur (RP 0,13; IC95% 0,06-0,30) tuvieron menor prevalencia. El análisis espacial mostró mayor frecuencia de DN en Puno y Cusco.

**Conclusión.** Los hogares más pobres tienen mayor vulnerabilidad ante los DN, y ciertas características geográficas aumentan su vulnerabilidad. Son necesarias estrategias para mitigar los efectos de los DN en la Sierra.

**Palabras clave.** Desastres Naturales; Desarrollo sostenible; Factores socioeconómicos; Perú.

**Correspondencia.** Luis Ttito-Paricahua, [luis.fttito.p@gmail.com](mailto:luis.fttito.p@gmail.com)

Rodrigo Vargas-Fernández<sup>1</sup>, Akram Hernández-Vásquez<sup>2</sup>, Jamee Guerra Valencia<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Epidemiology and Health Economics Research (EHER), Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

<sup>2</sup> Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada del Norte, Lima, Perú

**Introducción.** Latinoamérica es una de las regiones más desiguales del mundo, con marcadas diferencias en los sistemas de salud y amplia variedad étnica. La autopercepción de salud, que puede reflejar tanto el estado de salud como las condiciones sociales, varía entre distintos grupos étnicos y demográficos.

**Objetivo.** Evaluar la autopercepción de salud en 10 ciudades latinoamericanas e identificar las desigualdades basadas en etnicidad ajustado por características individuales.

**Métodos.** Se utilizó la Encuesta ECAF 2021 elaborada por el Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (CAF), con una muestra representativa de 10 ciudades en América Latina (Lima, Ciudad de México, Buenos Aires, Sao Paulo, Bogotá, Panamá, La Paz, Quito, Asunción y Montevideo). La autopercepción de salud alta fue el desenlace de interés. Se empleó un modelo multinivel que incluyó un modelo nulo (solo intercepto y efecto aleatorio de ciudad) y un modelo completo con efectos fijos de etnia ajustada por sexo (hombre, mujer), adulto mayor (no [ $<60$ ], sí [ $60$  años o más]), sobrepeso/obesidad (no, sí), trabajo actual (no, sí). se informan odds ratio (OR) junto con sus IC95%, mientras que la varianza del intercepto indicó la variabilidad entre ciudades.

**Resultados.** En el modelo nulo, la probabilidad de autopercepción de salud alta fue baja (OR 0,32), y la varianza significativa entre ciudades (0.194). Al incluir la variable etnicidad ajustada por sexo, edad y sobrepeso/obesidad, se encontró que, las personas de etnia blanca tuvieron una mayor probabilidad de autopercepción de salud alta en comparación con los nativos (OR 1,34; IC95% 1,06-1,68;  $p < 0,013$ ).

**Conclusión.** Los hallazgos evidencian desigualdades en la autopercepción de salud en ciudades latinoamericanas, con una percepción más alta en personas de etnia blanca que en nativas. Esto subraya la necesidad urgente de políticas que aborden estas brechas étnicas en salud.

**Palabras clave.** Inequidades étnicas; América Latina; Desigualdades de la salud.

**Correspondencia.** Rodrigo Vargas-Fernández, [jvargasf@cientifica.edu.pe](mailto:jvargasf@cientifica.edu.pe)

Yahaira Mamani-Ticona<sup>1</sup>, Claudio Intimayta-Escalante<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional del Altiplano, Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú

<sup>2</sup> Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

**Introducción.** La tuberculosis es una enfermedad con impacto de condiciones sociales, demográficas y económicas en su incidencia y mortalidad.

**Objetivo.** Evaluar el impacto de las condiciones sociodemográficas en la mortalidad por tuberculosis en la población peruana.

**Métodos.** Estudio transversal desarrollado con datos del Sistema Informático Nacional de Defunciones o SINADEF Perú desde 2017 hasta 2023 para identificar cualquier muerte por tuberculosis. La desigualdad en mortalidad fue evaluada mediante el riesgo atribuible poblacional (RAP) en relación con factores sociodemográficos (sexo, nivel educativo, área de residencia y etnicidad) y sanitarios (afiliación a seguro y comorbilidad con VIH/SIDA).

**Resultados.** Entre los 11407 muertos por tuberculosis en Perú. El 69.98% eran hombres y la edad promedio era de 53.95 años. El 43.82% tenía educación secundaria, seguidos por el 34.70% con primaria y el 11.54% con educación superior. El 34.73% vivía en Lima y el 71.93% en áreas rurales. Además, el 87.08% era blanco o mestizo. Mientras el 70.28% estaba afiliado al SIS y 13.05% tenía VIH/SIDA. La identificación étnica como quechua o aymara (RAP: -4.43) y afroperuano u otros (RAP: -5.60) tenía un impacto negativo en comparación a los peruanos identificados como blanco o mestizo. Así como la educación universitaria (RAP: -2.12) o secundaria (RAP: -0.08), en contraposición a la educación primaria (RAP: 0.19) con respecto a aquellos sin educación. De manera similar a los hombres (RAP: 0.60) y quienes viven en áreas rurales (RAP: 0.90) o fuera de Lima (RAP: 0.73). Mientras la afiliación a EsSalud (RAP: -2.18) u otros seguros (RAP: -3.52) con respecto a los afiliados al SIS tenían un impacto negativo. De manera similar, a quienes tenían también VIH/SIDA (RAP: -5.65).

**Conclusión.** Las condiciones sociodemográficas como la etnicidad o educación y sanitarias como la afiliación a diferentes seguros o comorbilidad de VIH/SIDA, determinan desigualdades de mortalidad por tuberculosis en Perú.

**Palabras clave.** Monitoreo de las Desigualdades en Salud; Inequidad Social; Factores Socioeconómicos; Tuberculosis; Perú.

**Correspondencia.** Yahaira Mosheleyne Mamani Ticona, [yamamaniti@est.unap.edu.pe](mailto:yamamaniti@est.unap.edu.pe)

**Brando Ortiz-Saavedra<sup>1</sup>, Elizbet S. Montes-Madariaga<sup>1</sup>, Carlos Ballon-Salcedo<sup>1</sup>, Oscar Moreno-Loaiza<sup>2</sup>, Stéphane Cullati<sup>3</sup>, Patricia Chocano-Bedoya<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú.

<sup>2</sup>Carlos Chagas Filho Institute of Biophysics, Federal University of Rio de Janeiro, Brazil.

<sup>3</sup>Population Health Laboratory (#PopHealthLab), University of Fribourg, Route des Arsenaux Fribourg, Switzerland.

<sup>4</sup>Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern, Switzerland.

**Introducción.** La triple carga de malnutrición (TCM) en el hogar es definida como la coexistencia de un niño con desnutrición y deficiencia de micronutrientes junto con una madre con sobrepeso/obesidad. El Perú ha experimentado una rápida transición nutricional con una ligera disminución en las tasas de desnutrición y anemia en niños, acompañado de un aumento en las tasas de obesidad en adultos. Esto podría ocasionar el desarrollo de TCM en el hogar.

**Objetivo.** Evaluar la prevalencia y determinantes sociodemográficos asociados a la TCM en el Perú.

**Métodos.** Análisis transversal secundario de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar del 2023. La TCM fue definida como la coexistencia en el mismo hogar de una madre con sobrepeso/obesidad e hijo con desnutrición y anemia. Las variables independientes incluidas fueron determinantes sociodemográficas a nivel materno, infantil y del hogar. Calculamos proporciones ponderadas con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Usamos modelos de regresión logística binaria univariados y multivariados para explorar la asociación entre TCM y los determinantes sociodemográficos. En el modelo multivariable se incluyó aquellas covariables que obtuvieron un valor  $p < 0.05$  en el modelo univariado.

**Resultados.** Incluimos 15950 diadas madre-hijo. La prevalencia de TCM fue de 2.19%. En el análisis multivariado, los determinantes asociados a una mayor probabilidad de presentar TCM fueron residir en selva y que la madre tuviera 3 hijos vivos o más. Mientras que los determinantes asociados a una menor probabilidad de presentar TCM fueron residir en la sierra, que la madre tenga educación superior, edad del niño de 37 a 59 meses y un peso al nacer mayor de 2500 gramos.

**Conclusión.** La prevalencia de TCM en el Perú fue baja. Recomendamos plantear nuevas políticas

de salud que aborden los determinantes sociodemográficos asociados a la TCM.

**Palabras clave.** Malnutrición; Anemia; Factor de riesgo; Perú.

**Correspondencia.** Brando Ortiz-Saavedra. [jortiz@unsa.edu.pe](mailto:jortiz@unsa.edu.pe)

Luis Ttito-Paricahua<sup>1</sup>, Fritzi Pilar Villalba-Ugarte<sup>1</sup>, Ana Garrido-Peñaloza<sup>1</sup>, Rodrigo Vargas-Fernández<sup>2</sup>, Akram Hernández-Vásquez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Epidemiology and Health Economics Research (EHER), Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

<sup>3</sup> Centro de Excelencia en Investigaciones Económicas y Sociales en Salud, Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

**Introducción.** El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres peruanas con una alta morbilidad. Aunque el Ministerio de Salud recomienda mamografías bienales para mujeres de 40 a 69 años, la cobertura es limitada, especialmente en zonas rurales y grupos vulnerables.

**Objetivo.** Estimar la frecuencia de realización de mamografías en mujeres peruanas de 40 a 69 años, y determinar sus desigualdades socioeconómicas.

**Métodos.** Estudio transversal con datos de la ENDES 2023, incluyendo 5763 mujeres entre 40-69 años. La variable dependiente fue la realización de mamografía en los últimos 24 meses, que fue autorreportado por las mujeres a través de la pregunta: Alguna vez un médico/profesional de salud le ha realizado un examen de mamografía?. El índice de bienestar fue la variable estratificadora de desigualdad. Se empleó una descomposición del índice de concentración de Erreygers (ECI) para identificar los factores que contribuyeron con la desigualdad.

**Resultados.** Una de cada 10 mujeres se realizó una mamografía en los últimos 24 meses. Se observa que, a mayor quintil de riqueza, mayor es la proporción de mujeres que se realizaron una mamografía. Este patrón se ratificó con el ECI, donde se reportó que las mamografías bienales se concentraron más en mujeres con mayor quintil de riqueza (0,1848;  $p < 0,001$ ). Los mayores contribuyentes de esta desigualdad fueron tener una educación superior (+44.8%), residir en un área rural (+14.1%), y autoidentificarse como nativo (+10.1%), mientras que tener un seguro de salud (-6.1) tuvo una contribución negativa en la desigualdad.

**Conclusión.** Existen importantes desigualdades en la realización de mamografías en Perú determinadas por factores socioeconómicos. Es esencial implementar políticas que mejoren la cobertura de esta prueba de tamizaje en poblaciones vulnerables, lo que contribuirá a reducir la carga de enfermedad por cáncer de mama en el país.

**Palabras clave.** Mamografía; Desigualdades socioeconómicas; Salud pública; Perú.

**Correspondencia.** Fritzi Pilar Villalba-Ugarte, [fritzivi@gmail.com](mailto:fritzivi@gmail.com)



<https://rpmesp.ins.gob.pe>

**Instituto Nacional de Salud**

Calle Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú

Tel.: (511) 748 1111 anexo 2122

Correo electrónico: [rpmesp@ins.gob.pe](mailto:rpmesp@ins.gob.pe)

