



# **BOLETÍN DE SALUD Y ECONOMÍA**

## **(Edición N° 1 – Año 2)**

**Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos**  
**Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización**

Enero 2023

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

## CONTENIDO:

1. Editorial	2
2. Análisis Económico	3
a) Minsa	3
b) EsSalud	5
3. Artículos	7
a) Seguros Privados de Salud	7
b) Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	9
c) Gasto de bolsillo con enfoque de género	13
d) Análisis de impacto presupuestal fármaco	17
e) Análisis normativo del Aseguramiento	21
f) Necesidad de las transfusiones	25

## EQUIPO TÉCNICO:

### Director General de la OGPPM

- CPC Felipe Meza

### Director Ejecutivo de la OPEE

- Eco. Inder Delgado

### Columnistas de la OPEE

- Eco. Alberto Barrenechea
- Eco. César Gil Malca
- Eco. Luis Mercado
- Eco. Athenas Yabar

### Columnistas invitados

- Eco. Stefany S. Fernández
- Dra. Guiselle Lozada
- Mg. Estela D. Aliano

### Asistente de la OPEE

- Maribel Ferrari

## 1. EDITORIAL:

La primera edición del 2023 del Boletín de Salud y Economía de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM) ha sido elaborada con la colaboración de especialistas del sector Salud, a quienes expresamos nuestro agradecimiento e invitamos a continuar aportando en este espacio de reflexión y difusión de conocimiento.

En esta edición, como parte del análisis económico, se presenta la evolución de la producción intermedia y de la ejecución presupuestal al mes de noviembre del 2022, tanto en el ámbito del Ministerio de Salud (Minsa) como en el ámbito de EsSalud. Durante el segundo semestre destaca un cambio en el perfil de los pacientes, que ahora son No Covid, lo cual refleja el esfuerzo del sector en el restablecimiento de los servicios que fueron afectados por la pandemia.

En la sección de artículos se presentan resúmenes de informes económico-financieros relacionados con la situación de las IAFAS Públicas y Privadas de nuestro sistema de salud, así como resúmenes de trabajos de investigación que relacionan los temas de salud y economía, tanto en los ámbitos clínicos o de servicios de salud como en el ámbito de aseguramiento en salud.

Estamos asistiendo al inicio del año 2023 y se vislumbra un cambio favorable de la evolución de la pandemia de la covid-19 en nuestro país. Que las fiestas navideñas hayan renovado nuestra fe y entusiasmo para seguir luchando por un país saludable y que el 2023 nos de la oportunidad de mejorar lo que estamos haciendo.

**Rosa Bertha Gutiérrez Palomino**

Ministra de Salud

## PUBLICACIÓN:

Si desea presentar artículos para el Boletín de Salud y Economía, coordinar:

[boletinopee@minsa.gob.pe](mailto:boletinopee@minsa.gob.pe)

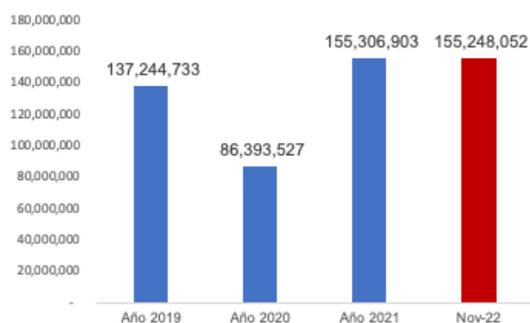
## 2. ANÁLISIS ECONÓMICO:

### a) Ministerio de Salud (Minsa)

#### Producción en Salud: (Oferta)

De acuerdo con la información disponible en Reunis relacionada con las atenciones de salud a nivel nacional que pertenecen al ámbito Minsa se presenta a continuación la evolución desde el periodo prepandemia (Año 2019) y durante la pandemia (Años 2020 a Nov 2022):

Atenciones en Consulta Externa



Fuente: REUNIS - HIS MINSAs - Ámbito MINSAs (A Nivel Nacional)

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, en el año 2020 se redujo temporalmente la oferta ambulatoria del primer nivel de atención. En el año 2021 se aprecia una recuperación debido a la reapertura gradual de la oferta de salud al 100% y al incremento en el número de atenciones derivado de pacientes Covid.

#### Demanda atendida en Salud:

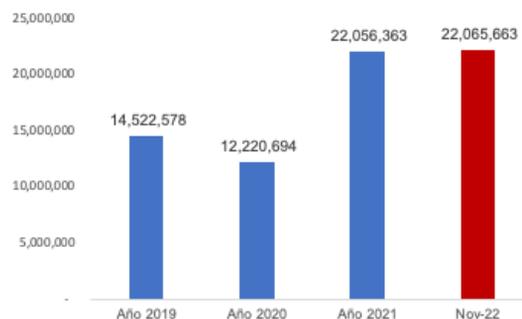
En el año 2021, se inició el proceso de vacunación, pero en paralelo, se registró un incremento significativo del número de casos de pacientes Covid.

En el año 2019, el ratio de atenciones entre atendidos fue de 9.45 y durante la pandemia se redujo a alrededor de 7, esto debido al perfil de atención ambulatoria de

*Eco. Alberto Barrenechea*

urgencias y emergencias que caracterizaba a los pacientes de consulta externa, ya sea por ser casos covid-19 o por descompensación de alguna enfermedad crónica u oncológica, entre otras.

Atendidos en Consulta Externa

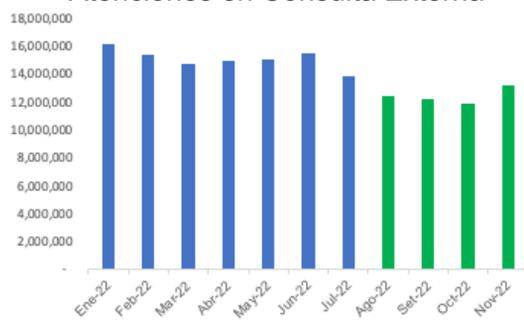


Fuente: REUNIS - HIS MINSAs - Ámbito MINSAs (A Nivel Nacional)

#### Situación a Noviembre 2022:

Con el avance y efectividad de la vacunación se redujo el número de atenciones y atendidos de pacientes Covid, desde el mes de enero al mes de julio aproximadamente.

Atenciones en Consulta Externa



Fuente: REUNIS - HIS MINSAs - Ámbito MINSAs (A Nivel Nacional)

A partir del mes de agosto en adelante el perfil de paciente es principalmente No Covid (crónicos, oncológicos, etc).

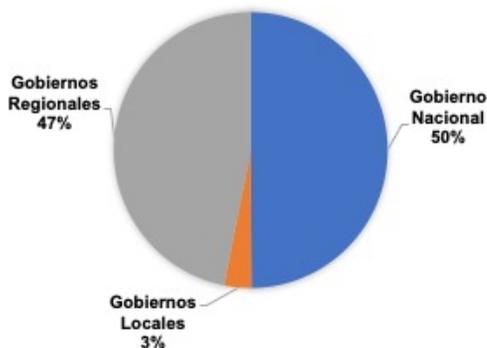
## 2. ANÁLISIS ECONÓMICO:

### a) Ministerio de Salud (Minsa)

#### Composición del gasto en salud:

De acuerdo con la información disponible en el portal de Consulta Amigable del MEF, el gasto en salud se concentra en los niveles de gobierno nacional y regional.

Ejecución presupuestal (S/.)  
(Enero-Noviembre 2022)

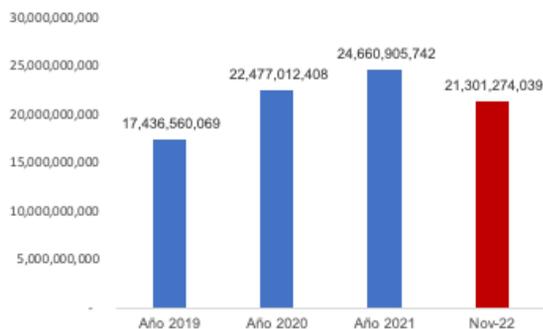


Fuente: Consulta amigable

#### Evolución del gasto en salud:

En el gráfico siguiente se aprecia que el gasto en salud se incrementó durante la pandemia con la finalidad de financiar la producción intermedia en salud para luchar contra la covid-19. En el año 2020 se incrementó en 29% y en el 2021 en 10%, respecto al año anterior.

Ejecución presupuestal (S/.)  
(Año 2019 – Nov 2022)



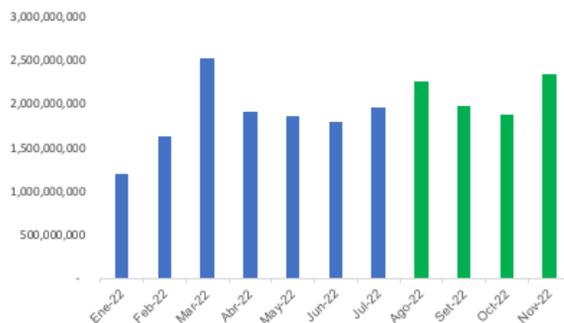
Fuente: Consulta amigable

*Eco. Alberto Barrenechea*

#### Evolución del gasto del año 2022:

El gasto devengado en salud a lo largo del año 2022 acompaña la planificación y programación de los servicios de salud en dos momentos: de enero a julio, con predominio de pacientes Covid; y en el periodo agosto-noviembre para pacientes No Covid.

Ejecución presupuestal (S/.)  
(Ene – Nov 2022)



Fuente: Consulta amigable

#### Retos para el año 2023:

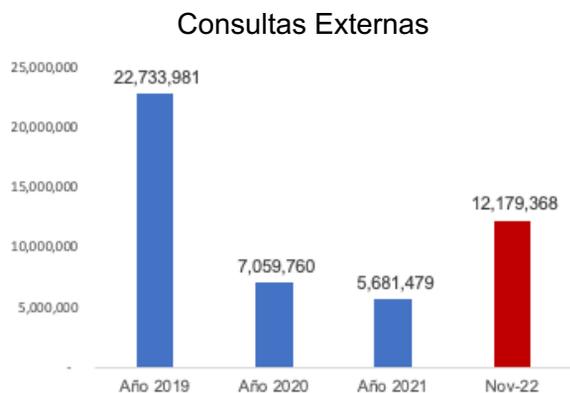
El aseguramiento universal en salud llegó a su meta máxima hacia finales del año 2021 al completar la afiliación de todos los peruanos a una IAFAS pública, de seguridad social o privada. Lo cual ha sido el resultado de la aplicación del nuevo marco normativo generado a partir de la emisión de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud, en el 2019.

Prácticamente el 70% de los peruanos se encuentran afiliados a la IAFAS SIS-FISSAL. Sin embargo, se debe asignar mayores recursos para lograr una cobertura prestacional efectiva de los afiliados.

## 2. ANÁLISIS ECONÓMICO: b) Seguro Social de Salud (EsSalud)

### Producción en Salud: (Oferta)

De acuerdo con la información disponible en el reporte estadístico denominado “EsSalud en Cifras”, se aprecia que el volumen de consultas externas a noviembre del año 2022 presenta una brecha respecto al periodo pre-pandemia (Año 2019).



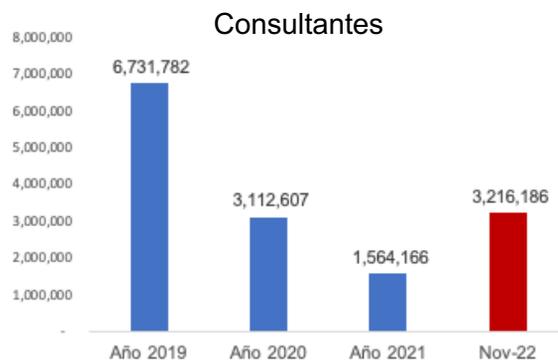
Fuente: EsSalud en Cifras

EsSalud ha recuperado el volumen de consultas externas en lo que va del año 2022 con respecto a los años 2020 y 2021, dado que reabrió sus IPRESS del primer nivel de atención y comenzó a dar atención a los pacientes No Covid. Sin embargo, no ha logrado aún regresar a los niveles prepandemia del año 2019, la recuperación se encuentra en el orden del 53.5%.

### Demanda atendida en salud:

El nivel de consultantes a noviembre del 2022 representa el 47.7% respecto de los niveles del año 2019 (pre-pandemia). La relación de consultas entre consultantes era de 3.4 en el año 2019 y descendió a 2.26 en el año 2020, subió a 3.63 en el año 2021 y llegó a 3.78 a noviembre del 2022.

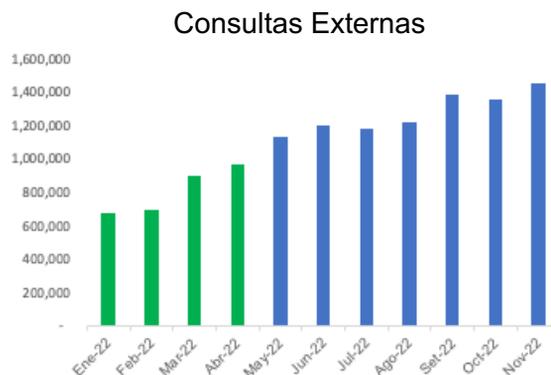
### Eco. Alberto Barrenechea



Fuente: EsSalud en Cifras

### Situación a noviembre 2022:

EsSalud evidencia esfuerzos significativos a lo largo del año 2022 por recuperar el performance de los niveles de producción intermedia del año 2019 que era de 1.89 millones de consultas por mes. En el mes de noviembre del 2022 llegó a 1.45 millones de consultas.



Fuente: EsSalud en Cifras

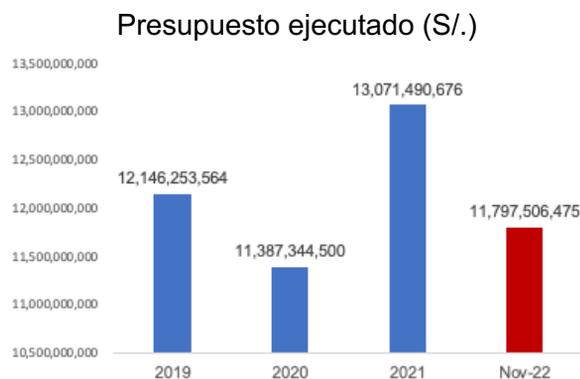
En los primeros meses del año 2022 se vio afectada tanto la demanda de pacientes como la oferta de personal médico debido a la pandemia de la covid-19. A partir del mes de mayo se aprecia una recuperación significativa y se espera que en el año 2023 se logre alcanzar los niveles del 2019 o incluso superarlos.

## 2. ANÁLISIS ECONÓMICO: b) Seguro Social de Salud (EsSalud)

*Eco. Alberto Barrenechea*

### Evolución del gasto en salud:

En el gráfico siguiente se aprecia la evolución del gasto ejecutado en salud para el período 2019 (pre pandemia) al periodo a noviembre 2022, de acuerdo con la información disponible en el reporte de informe de evaluación presupuestal (Reporte FONAFE)



Fuente: Reporte FONAFE (Informe de Evaluación Presupuestal)

En el año 2020 se produjo una reducción del orden del 6% del gasto en salud, dado que se cerró la oferta del primer nivel de atención, sin embargo se usó al 100% la infraestructura hospitalaria, lo cual explica el gasto del 2020.

En el 2021 se incrementó el gasto en salud en 15% con respecto al año 2020 y en 8% con respecto al año 2019 (prepandemia), porque se tuvo que financiar la parte más dura de la pandemia, destinando mayores recursos a las áreas críticas y cuidados intermedios, así como para complementar los trabajos del Minsa relacionados con la vacunación de sus asegurados a nivel nacional. A noviembre del 2022, EsSalud presenta una ejecución de S/ 11,8 mil millones que representan un avance del 87,4% del presupuesto de egresos.

### Situación del gasto en el año 2022:

EsSalud muestra un buen performance en la ejecución del gasto en salud y se aprecia un comportamiento relativamente homogéneo a lo largo del año 2022.



Fuente: Reporte FONAFE (Informe de Evaluación Presupuestal)

Cabe recordar que a diferencia del Minsa, EsSalud presenta una estructura de oferta de servicios de salud con predominio de IPRESS Hospitalarias e Institutos Especializados, e invirtió significativamente durante la pandemia en equipamiento con tecnología para enfrentar con efectividad a la covid-19.

### Retos para el año 2023:

EsSalud se concentrará en el financiamiento de atenciones de pacientes No Covid, de otro lado se han hecho anuncios respecto a un incremento significativo del recurso humano médico que se incorporará a la oferta asistencial y fortalecerá la capacidad de resolución frente a la demanda contenida y embalsada de citas diferidas en sus IPRESS del primer nivel de atención, así como en los servicios hospitalarios.

## 3. ARTÍCULOS:

### a) Seguros Privados de Salud

#### Resumen:

Los seguros privados de salud son aquellos que ofrecen una cobertura médica a sus usuarios a cambio del pago de una prima anual. En nuestro país, los ofrecen empresas aseguradoras como: Rímac, Pacífico, La Positiva, Mapfre, entre otras.

En el presente artículo se analiza la información de aseguramiento en salud correspondiente al subsector de Seguros Privados de Salud para el período 2019-2022. Para ello se tomó la información de los boletines anuales y trimestrales de SuSalud, además de los boletines estadísticos de la SBS.

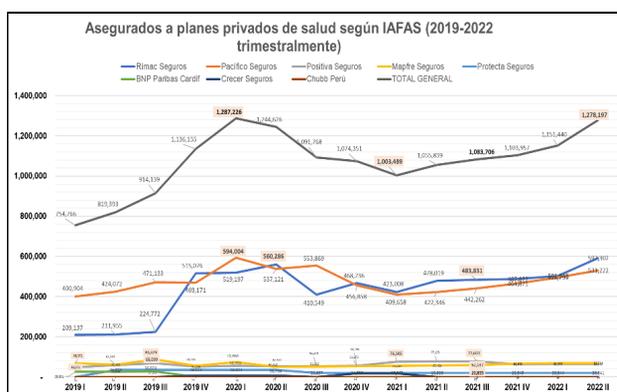
#### Afiliados:

La población afiliada a este tipo de seguros es aquella que prefiere recibir atención médica en clínicas privadas. A diferencia de los planes EPS mediante los cuales el asegurado también puede recibir atención médica en clínicas, los seguros privados son contratados directamente por el asegurado sin necesidad de estar bajo la planilla de una empresa; por lo que muchos empresarios, trabajadores independientes y personas que están en transición de un trabajo a otro suele afiliarse a este tipo de seguros.

Como se puede observar, este subsector tiene más de 1.2 millones de afiliados de los cuales más del 85% está dividido entre las aseguradoras Rímac y Pacífico, en tanto que le siguen La Positiva y Mapfre con un porcentaje aproximado de 12%, es

#### Eco. Athenas Yabar

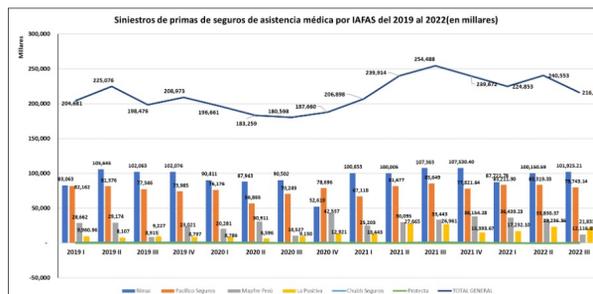
decir, más del 97% del mercado de seguros se concentra en 4 empresas.



Fuente: SBS- estadísticas

#### Siniestralidad:

La siniestralidad del subsector ha sido en promedio del 56% para el año 2020, 63% en el 2021 y 57% en el 2022. A comparación de las prepagas, han podido manejar mucho mejor los riesgos que se dieron durante la pandemia, alcanzando un monto máximo de 254.4 millones de soles durante el tercer trimestre del 2021.



Fuente: SBS- estadísticas

## 3. ARTÍCULOS:

### a) Seguros Privados de Salud

Aunque cabe precisar que, si bien el subsector tuvo un índice de siniestralidad moderada en términos generales, La Positiva y Mapfre Seguros alcanzaron índices de 120% y 97% respectivamente en el cuarto trimestre del 2020. A lo que se puede inferir que Rímac Seguros y Pacífico, al ser las dos empresas con mayor capital y presencia en el mercado, lograron distribuir mejor su cartera de riesgo con diversas reaseguradoras.

#### Ingresos:

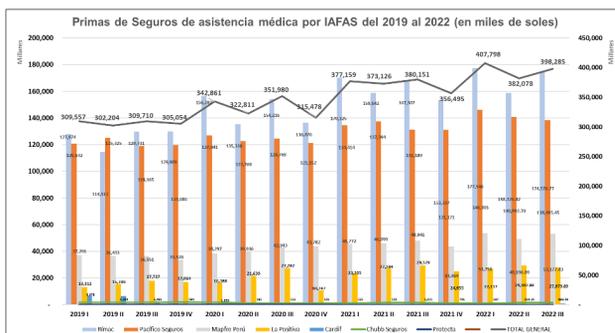
En el subsector de Seguros Privados de Salud, el financiamiento lo realiza íntegramente el asegurado, a diferencia de una EPS que en parte se financia con el 2.25% del crédito de EsSalud. En los seguros privados el asegurado debe pagar una prima anual, cuyo costo estará directamente relacionado con la edad del asegurado, porcentaje de cobertura y red de clínicas afiliadas. Asimismo, el asegurado deberá pagar un deducible por atención médica y deberá asumir un copago en medicinas, exámenes médicos e intervenciones quirúrgicas, según el plan de salud contratado.

En el gráfico siguiente se observa cómo se ha comportado el total de las primas por asistencia médica según cada entidad aseguradora. En el 2019 fue de 306.6 millones de soles. Para inicios del 2020 el acumulado se incrementó a 342.8 millones de soles, pero en los siguientes trimestres hubieron caídas en primas por más de 30 millones de soles, esto principalmente debido a la pandemia.

#### Eco. Athenas Yabar

Para el 2020, muchos asegurados tuvieron que dejar su seguro debido a la incertidumbre económica y laboral. Para el 2021 las primas declaradas a la SBS por parte de las empresas aseguradoras fueron de 371.7 millones en promedio, ello debido al aumento en la cantidad de afiliados y el cese de restricciones sanitarias, aunque también se debe al aumento en las tarifas.

Para el 2022 el acumulado en primas aumentó a 396 millones de soles, ello debido principalmente al incremento de los afiliados, pero también por el encarecimiento en el costo de los seguros.



Fuente: SBS- estadísticas

#### Conclusiones:

En el mercado de seguros de salud, se observa que Rímac y Pacífico presentan más del 86% del mercado y un 12% es coberturado por La Positiva y Mapfre, en tanto que menos de un 2% se reparten entre Protecta, Crecer y Chubb Seguros. Se evidencia un incremento de la siniestralidad.

## 3. ARTÍCULOS:

### b) Entidades Prestadoras de Salud

*Eco. Luis Mercado*

#### Resumen:

El presente artículo sistematiza la información disponible del funcionamiento y evolución de las EPS referida a los tres tipos de cobertura: la poblacional, prestacional y financiera. Se ha tomado como principal insumo los reportes y boletines trimestrales brindados por SuSalud.

Creadas en 1997, las EPS se han consolidado como actrices relevantes en el funcionamiento del sistema de salud peruano, cumpliendo un rol complementario a la cobertura brindada por EsSalud, liberando parcialmente la demanda percibida por ésta y redirigiéndola al sector privado.

#### Introducción:

A lo largo de 25 años, las EPS se han consolidado como un elemento relevante dentro del sistema peruano de salud, brindando coberturas adicionales a los trabajadores que puedan pagar una cotización adicional al 9% contribuido a EsSalud, de forma que la demanda de salud de este sector de la población se redirige al sector privado, aliviando la carga de la demanda a la seguridad social pública.

El presente artículo resume un informe presentado a la Oficina de Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM) y busca, de esta manera, presentar de forma resumida el funcionamiento y la evolución de las EPS para el período reciente 2019 – 2021.

La principal fuente de información utilizada son los reportes emitidos por SuSalud, los cuales muestran datos de aseguramiento, atención y los estados financieros para el período 2019 – 2021.

#### Cobertura Poblacional:

Las EPS brindan seguros de salud con cobertura complementaria a la brindada por EsSalud; estos planes son denominados como seguros regulares. Estos seguros aplican a los trabajadores de las empresas que hayan optado por contar con los servicios de una EPS. Adicionalmente, las EPS ofrecen seguros con coberturas similares a sus planes regulares, pero que no están sujetos a la obligatoriedad del seguro social, principalmente dirigidos a trabajadores autónomos o público en general que busque contar con este tipo de cobertura; a estos planes se los conoce como potestativo.

Además, brindan seguros complementarios para trabajo de riesgo (SCTR) que puede ser contratado por separado o en conjunto, siendo obligatorio para algunos sectores laborales según normativa, así como también pueden ser contratados de forma potestativa por trabajadores informales o autónomos que lo consideren necesario. Estos seguros, sin embargo, son de alcance y cobertura diferenciada, por lo que no serán considerados para el análisis de las EPS.

La Tabla 1 muestra la evolución del nivel de aseguramiento de las EPS para el último lustro, considerando tanto los asegurados por planes regulares (titulares y derechohabientes) y por potestativos.

## 3. ARTÍCULOS:

### b) Entidades Prestadoras de Salud

Podemos ver que, entre 2017 y 2021, los asegurados han crecido en más del 10%, con casi 100 mil nuevos asegurados. No obstante, una parte considerable de este cambio se dio en la etapa pre-pandemia (creciendo en 7,3% de 2017 a 2019), mientras que el crecimiento en tiempos de pandemia fue más modesto (3,1% entre 2019 y 2021).

Tabla 1: Aseguramiento EPS, 2017 - 2021

Año	Asegurados	Crec. (%)
2017	891,758	-
2018	937,097	5.1
2019	957,076	2.1
2020	959,125	0.2
2021	986,689	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>94,931</b>	<b>10.6</b>

Fuente: SuSalud (2022).

Puede observarse que, el año 2020, el nivel de aseguramiento apenas creció un 0,2%; ello se debe a que se produjo una reducción de más de 10 mil asegurados derechohabientes del plan regular, en contraparte a un crecimiento de 13,6 mil asegurados de planes potestativos.

En conjunto, hemos podido observar un incremento en el nivel de las atenciones brindadas por consulta ambulatoria y hospitalización para el período 2019 – 2021. En el caso de las atenciones por emergencia, se mostró una reducción al año 2020, recuperándose parcialmente al año 2021 (ver Tabla 2).

### *Eco. Luis Mercado*

Tabla 2: Atenciones por Planes Regulares y Potestativos, 2017 - 2021

	2019	2020	2021
Consulta Externa	2,709,546	3,179,259	4,329,759
Hospitalización	52,693	64,042	74,689
Emergencia	355,360	315,705	330,359
<b>Total</b>	<b>3,117,599</b>	<b>3,559,006</b>	<b>4,734,807</b>

Fuente: Susalud (2022).

### Cobertura Prestacional:

Originalmente, la Ley N° 26790 establecía un Plan Mínimo de Atención que debía ofrecer tanto el seguro social como las EPS. A raíz de la Ley N° 29344 “Ley de Aseguramiento Universal”, publicada en 2009, este PMA fue reemplazado por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el cual definía las condiciones y casos cubiertos por los seguros de salud regulares. Para el 2021-III, el 98% de los asegurados a EPS contaban con un plan de cobertura asociado al PEAS.

Al respecto, en 2021 el PEAS fue actualizado, incrementando la cobertura provista por este plan. En la versión original de 2009, el PEAS contemplaba 140 condiciones asegurables, mientras que a 2021 pasó a contemplar 153 condiciones para personas con enfermedad, así como 9 condiciones asegurables para personas sanas (162 en total). En 2009, el PEAS cubría hasta 936 diagnósticos CIE-10, ascendiendo a 1 691 diagnósticos en 2021. El PEAS de 2009, a su vez, señalaba 22 garantías explícitas de oportunidad y 12 garantías de calidad; para la versión actualizada de 2021, las garantías explícitas de oportunidad ascendieron a 30 y las de calidad a 14.

## 3. ARTÍCULOS:

### b) Entidades Prestadoras de Salud

#### Cobertura Financiera:

El financiamiento de las EPS está asociado al sistema de aportes a Essalud. En este sistema, los trabajadores pueden decidir tomar una cuarta parte de sus aportaciones a Essalud (2,25% de sus salarios) como crédito para contratar, a través su empleador, una EPS privada que brinde la cobertura complementaria señalada en la sección anterior.

La EPS cotiza el pago de una prima de seguro por los trabajadores de cada empresa, de la cual este 2,25% es deducido de los aportes a Essalud. Así, el trabajador seguiría aportando un 6,75% de su salario a Essalud por la cobertura que éste le brindaría, mientras que el 2,25% restante sería aportado a la EPS, además del monto restante necesario para cubrir la prima de seguro cotizada por la EPS.

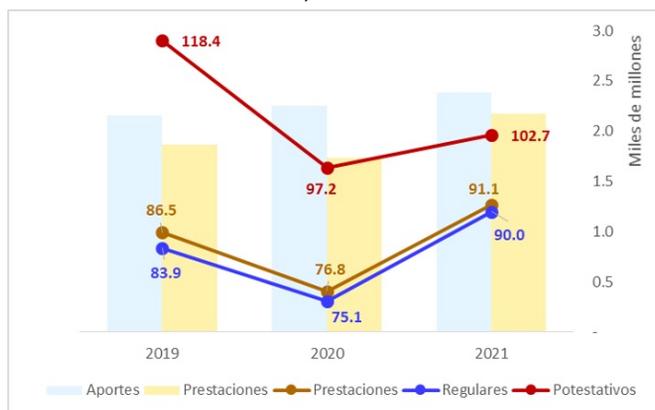
A través de la siniestralidad, podemos dilucidar en qué medida los ingresos percibidos por aportaciones son utilizados en prestaciones de salud. El Gráfico 3 nos muestra la evolución del nivel de siniestralidad tanto para los planes regulares como potestativos.

En primer lugar, resalta la fuerte correlación entre la siniestralidad del total del sistema con la de los planes regulares; ello se debe a que tanto los aportes como las prestaciones dadas a asegurados de planes regulares representan alrededor de 90% del total. En 2021, por planes regulares se aportó 2,2 mil millones de soles, mientras que los planes potestativos produjeron 204 millones.

#### Eco. Luis Mercado

Pese a que los potestativos representan una fracción minoritaria, su siniestralidad es consistentemente mayor, dado que, al no estar asegurados debido a una obligación legal, son aquellas personas con un perfil de mayor riesgo quienes buscan obtener un seguro potestativo; esto se refleja en que su siniestralidad para 2019 y 2021 supera el 100%.

Grupo 3: Siniestralidad, Aportaciones y Prestaciones, EPS 2019 - 2021



Fuente: SUSALUD (2020, 2021, 2022).

Dadas las circunstancias del 2020, resulta particularmente llamativo que las aportaciones no se hayan reducido, mas sí lo hicieron las prestaciones. Ello puede deberse al incremento de asegurados por planes potestativos, tal como se vio en la sección anterior, aunado a la retracción de la demanda por servicios generales de salud (no relacionados al covid-19) dado las medidas restrictivas impuestas por la pandemia.

## 3. ARTÍCULOS:

### b) Entidades Prestadoras de Salud

*Eco. Luis Mercado*

#### Conclusiones:

- 1) Las EPS surgieron en 1997 a través de la Ley N° 26790 “Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud” con el fin de brindar cobertura complementaria a la dada por Essalud, aliviando la carga de diagnósticos de alta frecuencia y baja complejidad de la seguridad social pública.
- 2) El sistema de EPS registró 891 800 asegurados a 2017, mostrando un crecimiento del 10,6% a 2021. Este crecimiento se dio principalmente durante el período prepandemia.
- 3) Las atenciones se redujeron dramáticamente en el 2020-III, relativo al mismo trimestre del 2019, mostrando una importante recuperación para el 2021-III.
- 4) El principal ingreso de las EPS son las contribuciones por afiliación. Las EPS cotizan y ofrecen planes de salud complementarios al de EsSalud a los empleados que lo soliciten. A la prima de seguro cotizada por la EPS, se le otorga un crédito equivalente a la cuarta parte del aporte a EsSalud (2,25% del salario del trabajador).
- 5) La siniestralidad de los planes potestativos es superior al 100% para 2019 y 2021, siendo considerablemente más elevado que la de los planes regulares. Ello se debe al perfil de riesgo de los asegurados a planes potestativos. Al no requerirlo por ley, solo aquellas personas que autoperciban una alta probabilidad de enfermedad y gastos recuperativos buscarán contar con un seguro.

6) En el año 2020, el ingreso por aportaciones se expandió y el gasto en prestaciones se redujo. Ello puede deberse al incremento de personas afiliadas a planes potestativos durante este año, en conjunto con la retracción de la demanda por servicios de salud no covid dadas las medidas restrictivas por la pandemia.

#### Referencias:

1. SuSalud (2020) Anuario Estadístico 2019.
2. <https://www.gob.pe/institucion/susalud/inform-es-publicaciones/832175-anuario-estadistico-2019>
3. SUSALUD (2021) Anuario Estadístico 2020.
4. <https://www.gob.pe/institucion/susalud/inform-es-publicaciones/2000927-anuario-estadistico-2020>
5. SUSALUD (2022) Anuario Estadístico 2021.
6. <https://www.gob.pe/institucion/susalud/inform-es-publicaciones/3329517-anuario-estadistico-2021>
7. SUSALUD (s.f.) Reporte Mensual de EPS 2019 - 2021.
8. <https://www.gob.pe/institucion/susalud/inform-es-publicaciones>
9. Decreto Supremo N° 023-2021-SA. Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. 24 de julio de 2021.
10. Ley N° 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. 15 de mayo de 1997.
11. Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. 8 de abril de 2010.

## 3. ARTÍCULOS:

### c) Gasto de Bolsillo (Enfoque de Género)

*Eco. César Gil Malca*

#### Resumen:

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó un documento denominado “Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género”, el cual tiene como objetivo la promoción de la igualdad de género cuando en una sociedad se enfrenta el riesgo de una mala salud. Para ello, en el documento se aplica el análisis de género a todos los aspectos de la salud, incluidos sus mecanismos de financiamiento. Aún cuando se ha implementado la cobertura universal de salud en los países de América Latina, continúa siendo un problema la amplia variedad de gastos directos de bolsillo en salud, los cuales, en muchos casos, representan una significativa proporción de los ingresos disponibles y llevan a los hogares a una situación de pobreza. En dicho contexto, se pone de manifiesto que las dimensiones de género de estos gastos han recibido poca atención.

El estudio de la OPS presenta un análisis de las dimensiones de género que tienen los gastos directos de bolsillo en salud en los países de América Latina, incluido el Perú, con el fin de ser consideradas dentro de las políticas públicas y, de ese modo, potenciar la cobertura universal de salud para abordar eficazmente las desigualdades.

#### Introducción:

Por su relevancia, la igualdad de género es considerada como un Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), definido de la siguiente manera: “Lograr la igualdad de

género y empoderar a todas las mujeres y las niñas” (ODS N°5). Por consiguiente, es importante aplicar el enfoque de género a todos los aspectos del sistema de salud, incluido los mecanismos de financiamiento.

El problema relacionado con la existencia de los Gastos Directos de Bolsillo de salud (GDB) es intensificado por la desigualdad de género. En esa línea, la OPS aporta un análisis de las dimensiones de género de los GDB en el marco del financiamiento de la atención de salud y en la reducción de la pobreza y la desigualdad, valiéndose de información de países de América Latina, incluido el Perú.

En este sentido, en el presente artículo, se presentará de manera sucinta: (i) qué es la Cobertura Universal de Salud (CUS) como respuesta al GDB, (ii) cuán necesario es aplicar un análisis de género y cómo se vinculan el género, los hogares y la pobreza, y (iii) las conclusiones del estudio de la OPS.

#### La cobertura universal de salud como respuesta al gasto directo de bolsillo

La OMS (2021) define a los Pagos Directos de Bolsillos (PDB) como aquellos realizados directamente por las personas a los prestadores de servicios de salud en el momento de solicitar sus servicios. Se excluye cualquier pago efectuado por adelantado por servicios de salud, como, por ejemplo, los realizados en forma de impuestos, primas o aportaciones de seguros y reembolsos. Otro concepto importante para el análisis es el de los

## 3. ARTÍCULOS:

### c) Gasto de Bolsillo (Enfoque de Género)

*Eco. César Gil Malca*

Gastos Directos de Bolsillos (GDB), que incluye no solo los PDB, sino también los copagos, las tasas de coaseguro y las sumas deducibles, los gastos de transporte y los relacionados con la hospitalización.

Los GDB pueden llegar a representar una proporción significativa de los ingresos disponibles y conducir a los hogares a una situación de pobreza, por lo que una respuesta a esta preocupación es la protección económica en el ámbito de la salud impulsando la CUS. Para ello, en América Latina se implementaron políticas destinadas a afiliar a la población a los programas de seguro social, como el Seguro Popular en México, el Seguro Integral de Salud en Perú o el Plan AUGE en Chile (Atun et al. 2015).

Sin embargo, estos programas no han eliminado la carga de los GDB, especialmente en el caso de algunas enfermedades y servicios de salud. En los países de ingresos bajos y medianos se encontró que la diabetes se asocia a una mayor probabilidad de tener gastos catastróficos (Smith-Spangler et al. 2012). Asimismo, otro estudio revela que existen niveles altos de GDB a pesar de haberse implementado servicios de salud materna gratuitos para las mujeres (Dalinjong et al. 2018).

La persistencia de los GDB, pese a la aparente eliminación de los obstáculos económicos, hace pensar en la existencia de otros factores como el análisis interseccional en el ámbito de la salud

(Sen y Östlin, 2008). Según Springer et al. (2012) dicho enfoque analiza las intersecciones simultáneas entre los aspectos de la diferencia social y la identidad (tomando en cuenta los significados de raza o etnia, condición de indígena, género, y otros) y las formas de opresión sistémica (racismo, sexismo, entre otros).

En el caso de Perú, es importante aplicar este enfoque cuando se trata de entender los efectos sobre el género de los GDB. Samuel (2016) señala que a las mujeres se les ve como más indígenas que a los hombres, y que por ello sufren formas más profundas de exclusión social; asimismo, encuentra que en las comunidades indígenas se les pide a las mujeres afiliadas al SIS realizar un pago por el uso de la cama del hospital donde dan a luz, así como por la comida mientras dura su estancia.

#### La necesidad de un análisis de género:

Existen factores socioeconómicos que generan mayor PDB en las mujeres que en los hombres, como se evidencia en el PDB relativo por género de cuatro países de América Latina, tales como Guatemala (2,2), Nicaragua (1,5), Bolivia (1,3) y Perú (Ver Tabla N°1).

Tabla N°1. PDB medios por sexo según países seleccionados de la Región

	Hombres	Mujeres	Total	Proporción Mujeres/Hombres
	(US\$)			
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2014)	46	62	54	1,3
Guatemala (2014)	39	87	64	2,2
Nicaragua (2009)	44	66	55	1,5
Perú (2015)	66	87	77	1,3

Fuente: Prieto y Montañez (2017).

## 3. ARTÍCULOS:

### c) Gasto de Bolsillo (Enfoque de Género)

*Eco. César Gil Malca*

Por su parte, Prieto y Montañez (2017) ponen en evidencia que las mujeres en Perú destinan más PDB que los hombres a lo largo de su vida, encontrando cierta variación por grupos etarios (Ver Tabla N°2).

Tabla N°2. PDB individuales como porcentaje de los PDB de los hogares, por grupo etario y sexo Perú, 2015

Grupo etario	Hombres	Mujeres	Total	Proporción Mujeres/Hombres
De 0 a 4 años	18,5	17,7	18,1	1,0
De 5 a 14 años	12,5	12,9	12,7	1,0
De 15 a 44 años	22,5	26,6	24,6	1,2
De 45 a 65 años	32,1	36,9	34,7	1,2
Más de 65 años	40,8	49,6	45,5	1,2
Total	23,7	27,8	25,8	1,2

Fuente: Prieto y Montañez (2017).

Un enfoque de género para estudiar los GDB es algo más que determinar si las mujeres o los hombres tienen más probabilidades de incurrir en gastos en el sector de la salud. Esta perspectiva implica prestar atención al papel que desempeñan las relaciones de género en la producción de la vulnerabilidad a la mala salud, así como a las condiciones que favorecen la desigualdad de género en relación a la salud (Gideon 2016).

En América Latina, tanto los hombres como las mujeres tienen empleos informales. No obstante, las mujeres tienen más probabilidades de trabajar en el sector informal que en el formal y, por lo tanto, tienen menos derecho a acceder al seguro social y, por lo tanto, son más vulnerables a los GDB (Gideon 2014). En

este sentido, a continuación, se presentan algunas condiciones que afectan a las mujeres, las cuales deben tenerse en cuenta en el debate del GDB para lograr resultados más equitativos en materia de género.

#### El reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado

Una de las limitaciones de muchas políticas de salud ha sido el desconocimiento de la importancia del trabajo de cuidados no remunerado que sustenta la salud y el bienestar de las personas y los hogares (Folbre 1994). Esta actividad es tan importante para el mantenimiento de la salud que algunos analistas han afirmado que debe ser reconocida en la producción de la atención de salud.

Tanto en América Latina como en el resto del mundo, el trabajo de cuidados no remunerado es realizado principalmente por las mujeres (incluyendo el cuidado de enfermos y personas mayores, cocinar, limpiar y cuidar a los niños) y, además, la existencia de normas de género les asigna con frecuencia la responsabilidad principal de la salud y el bienestar de los miembros del hogar.

#### Las diferencias de género en cuanto al uso del tiempo

Estudios recientes de América Latina han demostrado que, incluso cuando se incorporan al trabajo remunerado, las mujeres conservan sus responsabilidades de trabajo de cuidado no remunerado en el hogar y tienden a trabajar durante más horas en el día (una hora y media más al día que los hombres) tratando de combinar sus

## 3. ARTÍCULOS:

### c) Gasto de Bolsillo (Enfoque de Género)

*Eco. César Gil Malca*

funciones remuneradas y no remuneradas (Amarante y Rossel 2017, Campaña et al. 2018, Gammage 2010).

Hay pruebas claras de que el uso del tiempo de las mujeres y los hombres en Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Perú refleja estas tendencias con mayor notoriedad, y que en cada país las mujeres dedican más tiempo (dos tercios del trabajo doméstico no remunerado) al trabajo no remunerado que los hombres, además de trabajar un mayor número de horas al día en general que los hombres (Aguirre y Ferrari 2013).

#### ¿Por qué todos estos elementos son relevantes para los gastos directos de bolsillo?

El uso del tiempo es fundamental para hacer un análisis de género de los GDB. Estudios demuestran que cuando alguien se enferma no solo se incurre en una carga económica, sino que hay otros costos indirectos, en particular la carga de tiempo, que puede suponer mayor carga para los hogares (Sauerborn et al. 1996).

Además, McIntyre et al. (2006) afirma que cuando las mujeres se enferman se pierden más horas de tiempo productivo, en gran parte debido a las largas horas que trabajan las mujeres en relación con los hombres. Asimismo, estos costos indirectos de la mala salud suponen una carga mayor para los hogares de ingresos más bajos que para los de ingresos más altos.

#### El género, los hogares y la pobreza:

Los miembros de la familia no comparten

el mismo acceso a los recursos en el hogar y se comportan de modo diferente en tiempos de dificultades económicas, razón por la cual es preciso que los responsables políticos comprendan la naturaleza de la pobreza en función del género, ya que esto proporcionará información fundamental sobre la capacidad diferencial de las mujeres y hombres para afrontar los GDB.

El trabajo de cuidados no remunerado dificulta a las mujeres al acceso al mercado laboral, permitiéndoles también obtener empleos con sueldos dignos. Los indicadores muestran que hay grandes disparidades por razones de género en cuanto a niveles de ingresos de las mujeres y su participación en el mercado laboral.

#### Conclusiones

Existe la necesidad de emplear un enfoque de género a la hora de considerar las repercusiones diferenciadas de los GDB. A pesar de implementar la CUS, en una gran variedad de países, ya que las personas siguen enfrentándose a una amplia gama de GDB que empobrece a los hogares.

Se debe poner énfasis en la importancia de comprender la dimensión de género que tiene la vulnerabilidad a la mala salud, así como la naturaleza de género de los caminos que conducen a la pobreza, ya que estos arrojan luz sobre las limitaciones y los desafíos a los que se enfrentan las mujeres de ingresos bajos, en particular cuando se trata de hacer frente al efecto de los GDB.

Se subraya la conveniencia de emplear un análisis integral y complementario al enfoque de género aplicado al GDB.

## 3. ARTÍCULOS:

### d) Impacto presupuestal de fármaco

*Eco. Stefany S. Fernández*

#### Resumen

**Objetivo:** Estimar el impacto presupuestario de Nivolumab 240 mg con Pembrolizumab de 200 mg en tratamiento adyuvante para pacientes con melanoma cutáneo operado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

**Método:** Se ha desarrollado un modelo de impacto presupuestario con dos escenarios, donde Pembrolizumab está aprobado como tratamiento para pacientes con melanoma cutáneo operado; es decir, el escenario actual y otro escenario donde Nivolumab está aprobado, nuevo escenario. Los recursos considerados en el modelo son los costos de adquisición, costo de administración de medicamento, costo de monitoreo y costo de eventos adversos. Se ha realizado un análisis de sensibilidad considerando el coste de adquisición del medicamento, siendo esta la variable que demanda el mayor gasto.

**Resultado:** El coste total del escenario con Pembrolizumab se estima en un total de S/14 167 059. En el escenario con Nivolumab se estima un total de S/15 594 973. Este análisis demuestra que la incorporación de Nivolumab requiere un mayor esfuerzo presupuestario de S/1 427 914 en el horizonte temporal de 3 años. En el análisis de sensibilidad utilizamos el parámetro -15% sobre el costo de adquisición del medicamento. El coste total del escenario con Pembrolizumab asciende a S/14 167 059 y el escenario con Nivolumab a S/13 476 487, con ello obtenemos un impacto presupuestario negativo; esto significa un ahorro total de -S/690 592 frente al caso base.

**Conclusiones:** Se observa que en el caso base se requerirá un mayor esfuerzo presupuestario y solo si se disminuye el costo de adquisición del medicamento, como se indica en el análisis de sensibilidad, se podrá obtener ahorro.

#### Introducción

En el Perú, el melanoma maligno es la décimo tercera neoplasia con mayor frecuencia, alcanzando una incidencia de 1.8 por cada 100 000 personas con una mortalidad de 1.0 por cada 100 000, registrándose una incidencia de 1282 nuevos casos y una mortalidad de 364 casos anualmente. (1)

La resección quirúrgica de la lesión cutánea primaria y ganglionar con intención curativa es el estándar de tratamiento para los pacientes con melanoma primario de piel en estadios tempranos. Sin embargo, a pesar de la cirugía con intención curativa, un porcentaje de pacientes presentan recurrencia de enfermedad durante su evolución, especialmente aquellos con melanoma cutáneo estadio III. (2)

Nivolumab y Pembrolizumab son agentes anti-PD1 y están reconocido por la FDA y EMA como parte del tratamiento adyuvante en melanoma cutáneo operado estadio III. (3) Actualmente en el INEN se utiliza el Pembrolizumab en este tipo de tratamiento, pero la evidencia obtenida hasta la fecha nos permite considerar además a Nivolumab como agente de elección en adyuvancia en pacientes con melanoma cutáneo estadio III operado, por lo que se necesita realizar un

## 3. ARTÍCULOS:

### d) Análisis impacto presupuestal fármaco *Eco. Stefany S. Fernández*

Análisis de Impacto Presupuestal de ambas tecnologías para definir la preferencia de uso de Nivolumab o Pembrolizumab en el tratamiento adyuvante.

Este Análisis de Impacto Presupuestal está diseñado para evaluar el impacto financiero de la adopción de Nivolumab como tratamiento adyuvante de melanoma cutáneo estadio III operado. Adicionalmente, el contenido del estudio se dividirá en las siguientes secciones: detalles de la población, costeo, la modelación de escenarios, interpretación de los resultados, análisis de sensibilidad y conclusión de los hallazgos.

#### Métodos

La población elegible para este análisis fue de 15 pacientes con diagnóstico de melanoma cutáneo estadio IIIA-B-C-D operados, que es una estimación del departamento de Oncología Médica de los 3 últimos años. Este número aumenta cada año en 1,2 %, utilizando la tasa de crecimiento anual de la población para el 2021. (4)

Para estimar el impacto presupuestario se han comparado dos escenarios: uno donde solo Pembrolizumab está aprobado como tratamiento adyuvante; es decir, el escenario actual, por lo tanto, tendrá una cuota de mercado del 100%, y otro escenario donde Nivolumab está aprobado. Como en el primer año habrá pacientes que sigan recibiendo Pembrolizumab, esto representaría una cuota del 30% y

Nivolumab del 70%, los demás años tendrá una cuota del 100%. El impacto presupuestario se ha estimado como la diferencia entre ambos escenarios, representando así el impacto de la decisión de administrar Nivolumab en vez de Pembrolizumab en el INEN.

Los pacientes reciben una dosis fija de 240 mg para Nivolumab; una vez cada 2 semanas durante 52 semanas y 200 mg para Pembrolizumab; una vez cada 3 semanas por 52 semanas que es lo que dura el tratamiento adyuvante. El tratamiento es por 12 meses y el costo de adquisición del medicamento se obtiene multiplicando el precio por aplicación con el número de viales necesarios para cada dosis. (26 dosis de Nivolumab y 17 dosis de Pembrolizumab)

El costo de administración y monitoreo se obtuvo del tarifario del INEN (5) y se obtiene multiplicando el costo de la administración por el número de dosis (26 y 17) por curso de tratamiento y de igual forma se calcula el costo de monitoreo.

Para el manejo de los eventos adversos, nuestro modelo incluyó los EA de Grado 3 o más. Se utilizaron los EA con una tasa de incidencia  $\geq 1\%$  en al menos un comparador. Se utilizaron publicaciones de ensayos clínicos pivótales de Fase III para obtener tasas de incidencia para todos los comparadores. (6) (7) El costo por cada EA se desarrolló con la ayuda de las Guías de Práctica Clínica (ESMO y ASCO) para obtener el procedimiento médico en cada evento adverso y así hallar el costo de cada uno de ellos. (8) (9)

## 3. ARTÍCULOS:

### d) Análisis impacto presupuestal fármaco

*Eco. Stefany S. Fernández*

El horizonte temporal para el Análisis de Impacto Presupuestario es de 3 años. No se consideró una tasa de descuento, ya que los flujos financieros se comparan a lo largo del tiempo. Los costes se han considerado desde la perspectiva del Sistema Integrado de Salud (S.I.S). Se realizó una matriz de costos mediante el programa Microsoft Excel 2016 para Windows. El costo total de tratamiento por paciente se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 1: Costo de tratamiento por paciente

REGIMENES	Duración del tratamiento (meses)	Costo de adquisición de medicamentos	Costo de la administración de medicamentos	Costo de monitoreo de medicamentos	Costo de EA	Costo Total
Nivolumab	12	S/ 340.035,02	S/ 1.170,00	S/ 520,00	S/ 40,87	S/ 341.765,89
Pembrolizumab	12	S/ 306.161,16	S/ 765,00	S/ 340,00	S/ 120,89	S/ 307.387,05

#### Resultados:

El coste total en el caso base con Pembrolizumab se estima en un total de S/14 167 059. En el caso de la intervención con Nivolumab se estima un total de S/15 594 973. El Impacto presupuestario entre ambos demuestra que la incorporación de Nivolumab requiere un mayor esfuerzo presupuestario de S/1 427 914 en el horizonte temporal de 3 años. (véase la Tabla 2)

Se realizó el Análisis de Sensibilidad asumiendo un precio mínimo del -15% sobre el Coste de adquisición del medicamento, siendo esta la variable que demanda el mayor gasto.

El impacto presupuestario fue favorable frente al caso base. Se puede interpretar a partir del primer año del modelo, con un ahorro total de -S/ 690,592 frente al caso base. (véase la Tabla 3)

Tabla 2: Impacto Presupuestario Total

DIFERENCIA CASO BASE Y CASO INTERVENCIÓN	Año 1	Año 2	Año 3
CASO BASE	S/ 4,666,135	S/ 4,722,129	S/ 4,778,795
CASO INTERVENCIÓN	S/ 5,031,445	S/ 5,250,262	S/ 5,313,265
IMPACTO PRESUPUESTARIO (Anual)	S/ 365,310	S/ 528,133	S/ 534,471

Figura 1: Impacto Presupuestario Anual

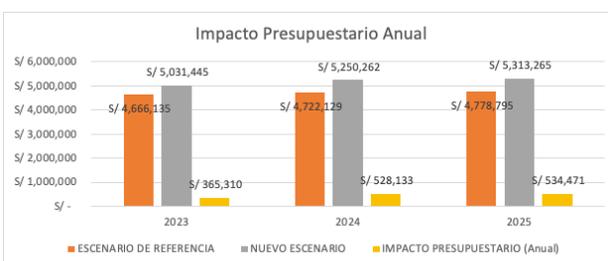
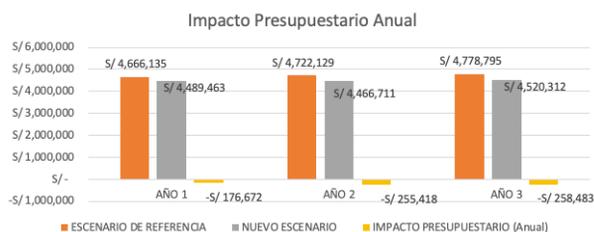


Tabla 3: Análisis de sensibilidad -15%

DIFERENCIA CASO BASE Y CASO INTERVENCIÓN	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
ESCENARIO DE REFERENCIA	S/ 4.666.135	S/ 4.722.129	S/ 4.778.795
NUEVO ESCENARIO	S/ 4.489.463	S/ 4.466.711	S/ 4.520.312
IMPACTO PRESUPUESTARIO (Anual)	-S/ 176.672	-S/ 255.418	-S/ 258.483

Figura 2: Análisis de Sensibilidad -15%



## 3. ARTÍCULOS:

### d) Análisis impacto presupuestal fármaco *Eco. Stefany S. Fernández*

#### Conclusión:

El costo de tratamiento por paciente de Nivolumab es mayor que el de Pembrolizumab (S/341 765,89 vs. S/307 387,05) debido al mayor costo de adquisición, administración y monitoreo del fármaco. Nivolumab tiene un menor riesgo de presentar eventos adversos grado 3 y 4 en comparación con Pembrolizumab, pero a pesar de ello, este ahorro en costos por eventos adversos no logra superar a los otros costos en los que Pembrolizumab es menor.

El Análisis de Sensibilidad mostró que solo reduciendo en 15% el costo de adquisición del medicamento se podrá obtener ahorro desde el primer año. Si bien Nivolumab presenta similar eficacia que Pembrolizumab, el impacto económico que genera la adopción de este medicamento para el análisis resulta en un mayor esfuerzo presupuestal de S/1 427 914 durante los 3 años.

El presente análisis muestra algunas limitaciones. El Perú no cuenta con un Informe en el que se detalle el costo por cada evento adverso, se debe desarrollar uno a nivel nacional, para que pueda estar al alcance de todos y ser utilizado para futuros análisis.

Así mismo para obtener la tasa de incidencia de los eventos adversos se tomó de la literatura los eventos  $\geq 1$  %, por ser los que generan un impacto significativo al realizar los costos. Los pacientes han presentado algunos eventos adversos, pero

a la fecha no se cuenta con tasa de incidencia de los eventos adversos del INEN.

#### Referencias:

- 1) GLOBOCAN 2020. Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
- 2) Rockberg J, Amelio JM, Taylor A, Jørgensen L, Ragnhammar P, Hansson J. (2016) Epidemiology of cutaneous melanoma in Sweden-Stage-specific survival and rate of recurrence. *Int J Cancer*; 139(12):2722-2729. doi: 10.1002/ijc.30407.
- 3) UFETS-INEN (2021) Evaluación de tecnología sanitaria revisión rápida N° 020-2021 Seguridad y Eficacia de Nivolumab comparado con Pembrolizumab en tratamiento adyuvante de pacientes con Melanoma cutáneo operado.
- 4) World Bank. (2021). Crecimiento de la población (% anual) - Perú. <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.pop.grow?locations=PE&view=map>
- 5) INEN (2021) "Tarifario Institucional Integrado de Procedimientos Médicos y/o Sanitarios del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN 2021".
- 6) Weber, J., Mandala, M., Del Vecchio, M., Gogas, H. J., Arance, A. M., Cowey, C. L., Dalle, S., Schenker, M., Chiarion-Sileni, V., Marquez-Rodas, I., Grob, J.-J., Butler, M. O., Middleton, M. R., Maio, M., Atkinson, V., Queirolo, P., Gonzalez, R., Kudchadkar, R. R., Smylie, M., ... Ascierto, P. A. (2017). Adjuvant nivolumab versus ipilimumab in resected stage III or IV melanoma. *New England Journal of Medicine*, 377(19), 1824-1835. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1709030>
- 7) Eggermont, A. M. M., Blank, C. U., Mandala, M., Long, G. V., Atkinson, V., Dalle, S., Haydon, A., Lichinitser, M., Khattak, A., Carlino, M. S., Sandhu, S., Larkin, J., Puig, S., Ascierto, P. A., Rutkowski, P., Schadendorf, D., Koonstra, R., Hernandez-Aya, L., Maio, M., ... Robert, C. (2018). Adjuvant Pembrolizumab versus Placebo in Resected Stage III Melanoma. *The New England Journal of Medicine*, 378(19), 1789-1801. [10.1056/NEJMoa1802357].
- 8) J. B. A. G. Haanen<sup>1</sup>, F. Carbone<sup>2</sup>, C. Robert<sup>3</sup>, K. M. Kerr<sup>4</sup>, S. Peters<sup>5</sup>, J. Larkin<sup>6</sup> & K. Jordan<sup>7</sup> (2017) Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.
- 9) Bryan J. Schneider, MD<sup>1</sup>; MD<sup>26</sup> (2021) Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: ASCO Guideline Update: DOI <https://doi.org/10.1200/JCO.21.01440>

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)  
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

## 3. ARTÍCULOS:

### e) Análisis normativo del Aseguramiento

*Dra. Guiselle Lozada*

#### Resumen:

Con esta publicación, la Dirección de Aseguramiento en Salud (DAS) tiene como objetivo informar la evolución de los dispositivos legales para mejorar y facilitar la cobertura universal en salud, generando evidencia para una adecuada toma de decisiones por la Alta Dirección de MINSA.

Desde la aprobación de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud, en el 2019, se han emitido dispositivos legales que permitieron incrementar el acceso de la población al seguro de salud público, con énfasis en los grupos poblacionales más vulnerables y en su momento, promovido por la pandemia por la covid-19. Asimismo, se incrementó la cobertura prestacional, al incluir un mayor número de condiciones asegurables al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y se crearon mecanismos y procedimientos para el uso eficiente y adecuado de los fondos públicos destinados a salud.

Actualmente, la DAS se encuentra elaborando documentos normativos en tópicos relacionados al financiamiento de las RIS, alto costo, portabilidad y monitoreo del aseguramiento en salud, marcando un horizonte hacia tópicos de gran impacto, que aún no han sido normados, para continuar en la mejora del acceso universal a los servicios de salud, cobertura prestacional y financiera y la articulación intersectorial.

#### Introducción:

Según la OMS, el acceso y la cobertura universal de salud son condiciones necesarias para lograr la salud y el

bienestar de la población e implican que todas las personas tengan acceso, sin discriminación, a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, con protección financiera, evitando exponer a los usuarios a dificultades financieras.

La Constitución Política del Perú, en el artículo N°7, establece: “El Derecho a la Salud, como el derecho de todos a la protección de la salud...”; en el artículo N°9: “El Estado determina la política nacional de salud, para facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud”. Asimismo, en el artículo N°11 establece que “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas...”.

En ese contexto político, a través de la Ley N°29344, LMAUS (2009), se establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud.

La Dirección de Aseguramiento en Salud (DAS) fue creada como un órgano de línea en la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN) mediante el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de MINSA, aprobado mediante Decreto Supremo N°008-2017-SA.

Entre las principales funciones de la DAS, está la de formular e implementar la política sectorial, normas, lineamientos, estrategias y proyectos en materia de aseguramiento en salud en el país, así como monitorear y evaluar sus resultados; en ese sentido,

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

## 3. ARTÍCULOS:

### e) Análisis normativo del Aseguramiento

*Dra. Guiselle Lozada*

desde la aprobación de LMAUS, la DAS ha venido elaborando dispositivos legales que permitieron incrementar el acceso de la población al seguro de salud público. Este artículo informará sobre la evolución de tales dispositivos legales, iniciando con la descripción del acceso a los servicios de salud, seguirá con la cobertura prestacional y finalizará con la cobertura financiera.

#### Respecto del acceso a los servicios de salud:

Con la promulgación de la Ley N°29344, LMAUS, se establecen las disposiciones para normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del financiamiento.

En ese sentido, y con la finalidad de continuar con el cierre de brecha en acceso al aseguramiento en salud, se aprobó el Decreto de Urgencia N°017-2019, mediante el cual, se dispone que la IAFAS SIS afilie de manera independiente de su clasificación socioeconómica a toda persona residente en territorio nacional que no cuente con un seguro de salud.

Asimismo, mediante Decreto Supremo N°002-2020-SA, se faculta al SIS a afiliar a las personas consideradas en condición de vulnerabilidad sanitaria priorizada, como son personas con diagnóstico de VIH/Sida, tuberculosis o con discapacidad severa.

En el marco de la Emergencia Sanitaria por covid-19, se aprobó el Decreto Legislativo N°1466, el cual establece que, las IAFAS SIS afilie de manera excepcional al régimen subsidiado a las personas peruanas y

extranjeras, residentes o no, que se encuentren en territorio nacional y no cuenten con un seguro de salud, siempre que se encuentren con el diagnóstico o sospecha de diagnóstico de covid-19. De igual forma, dispone la afiliación de las personas en situación de abandono en calle que no cuenten con un seguro de salud.

Con la aprobación del Decreto de Urgencia N°046-2021 y su modificatoria, Decreto de Urgencia N°078-2021, se autoriza a la IAFAS SIS a:

- Financiar la cobertura PEAS y Plan Complementario, en marco del DU N°017-2019.
- Afiliar a toda persona de nacionalidad peruana residente o no en territorio nacional, que no cuente con ningún seguro de salud, o se encuentre en situación de latencia o carencia, independientemente de la clasificación socioeconómica.
- Financiar la afiliación y prestación de salud a toda población indocumentada de las comunidades nativas amazónicas y altoandinas, independientemente de la clasificación socioeconómica.
- Prevé los periodos de carencia, manteniendo su cobertura a la IAFAS SIS mientras dure dicho proceso cuando se incorporen a otro seguro.

Estas disposiciones legales permitieron el incremento del número de personas afiliadas a un seguro de salud público o privado hasta el 98%, siendo la IAFAS SIS la que sostiene un mayor porcentaje de afiliados: 70%; seguido por la IAFAS EsSalud 30%; al 15 de noviembre del 2022, según el Boletín Informativo Regina SuSalud.

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

## 3. ARTÍCULOS:

### e) Análisis normativo del Aseguramiento

*Dra. Guiselle Lozada*

#### Respecto del acceso a los servicios de salud:

El Aseguramiento Universal en Salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en territorio nacional disponga de un seguro que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud, según el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

En ese sentido, mediante el Decreto Supremo N°023-2021-SA, se actualiza el listado de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones a financiar, así como las garantías explícitas; la actualización del PEAS incluye 162 condiciones asegurables, 1691 diagnósticos según CIE-10, 1387 procedimientos médicos y sanitarios. De acuerdo con el reporte de SuSalud, al 15 de noviembre de 2022, el 99.4% de las personas que cuentan con un seguro de salud tienen la cobertura del PEAS.

Mediante Resolución Ministerial N°592-2022/MINSA, se aprobó el Documento Técnico “Lineamientos para la elaboración de los Planes Complementarios y Planes Específicos”, con la finalidad de contribuir a que los afiliados cuenten con la cobertura de las prestaciones de salud de los Planes Complementarios y Planes Específicos al estandarizar los criterios para la formulación de estos planes en todas las IAFAS.

#### Respecto de la cobertura financiera:

El sistema de salud en el país es segmentado y fragmentado, en el cual coexisten múltiples subsistemas de salud

con diferentes fuentes de financiamiento, mecanismos de afiliación y prestación de servicios que no logran articularse entre sí; generando ineficiencia en la utilización de los recursos asignados a la salud.

En este contexto, para reducir la segmentación del financiamiento en el sistema de salud, DAS ha propuesto el “Modelo de Financiamiento de las Prestaciones de Salud de las Redes Integradas de Salud”, el cual contribuirá a mejorar la protección financiera en salud de la población residente en el país a través de la mancomunación de sus fuentes de financiamiento, reduciendo el gasto de bolsillo para lograr mayor eficiencia y eficacia en el uso de recursos destinados a las RIS.

Asimismo, se aprobaron los mecanismos para el pago de las prestaciones contratadas que efectúa la IAFAS SIS a las IPRESS, mediante Decreto Supremo N°006-2020-SA, los cuales son: per cápita, pago por episodio de atención en salud, pago por paquete, grupos relacionados de diagnóstico y pago por prestaciones, pago por procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos. En ese sentido, mediante Resolución Ministerial N°446-2021 se aprobó la metodología de cálculo para la valorización de las unidades de pago de los mecanismos de pago a ser utilizados por la IAFAS SIS.

Por otro lado, mediante Resolución Ministerial N°539-2022/MINSA, se aprobaron los “Costos Estándares de los Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el PEAS vigente” para ser

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

## 3. ARTÍCULOS:

### e) Análisis normativo del Aseguramiento

*Dra. Guiselle Lozada*

utilizado como referencia al realizar los procesos de negociación entre IAFAS e IPRESS públicos y privados, en marco del intercambio prestacional en salud.

Finalmente, la DAS se encuentra elaborando documentos normativos en tópicos como alto costo, portabilidad y monitoreo del aseguramiento en salud, marcando un horizonte hacia tópicos de gran impacto, que aún no han sido normados, para continuar en la mejora del acceso universal a los servicios de salud, cobertura prestacional y financiera y la articulación intersectorial.

#### Conclusiones:

- 1) Las disposiciones legales que amplían el acceso al Aseguramiento Universal en Salud permitieron el incremento del número de personas afiliadas a un seguro de salud hasta el 98%, siendo la IAFAS SIS la que sostiene un mayor porcentaje de afiliados: 70%, al 15 de noviembre del 2022, según el Boletín Informativo Regina SuSalud.
- 2) Mediante Decreto Supremo N°023-2021-SA, se actualizó el listado de condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones a financiar, así como las garantías explícitas; la actualización del PEAS incluye 162 condiciones asegurables, 1691 diagnósticos según CIE-10, 1387 procedimientos médicos y sanitarios, incrementando la cobertura prestacional de los afiliados a un seguro de salud.

- 3) En relación a la cobertura financiera, se continúa el análisis de los mecanismos de pago, el análisis de la organización del financiamiento y del alto costo en salud con el objetivo de mejorar el uso de los fondos públicos destinados al aseguramiento universal en salud.

#### Referencias:

- 1) Boletín Informativo Regina SuSalud (2022). Registro Nominal de Asegurados. [https://bi.susalud.gob.pe/QvAJAXZfc/open\\_doc.htm?document=QV%20Produccion%20FSIG\\_SUSALUD.qvw&host=QVS%40srvqlikias1&anonymous=true](https://bi.susalud.gob.pe/QvAJAXZfc/open_doc.htm?document=QV%20Produccion%20FSIG_SUSALUD.qvw&host=QVS%40srvqlikias1&anonymous=true)
- 2) Organización Panamericana de la Salud (2021). Marco de Monitoreo para la Salud Universal de las Américas. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53299?locale-attribute=es>
- 3) Organización Panamericana de la Salud (2018). Indicadores de Salud, aspectos conceptuales y operativos. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058>

## 3. ARTÍCULOS:

### f) Necesidad de las transfusiones

#### Resumen:

El objetivo fue evaluar la necesidad de transfusión sanguínea y hemocomponentes en pacientes atendidos en el Servicio del Banco de Sangre del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2018. Estudio observacional, retrospectivo, transversal, de enfoque cuantitativo y alcance descriptivo. La transfusión sanguínea y hemocomponentes fueron necesarias en el 87,9% de los pacientes, siendo la anemia (49%) y plaquetopenia (34,4%) los motivos más frecuentes. La transfusión urgente se observó en el 79,6% de los pacientes y electiva en el 20,4%. Los pacientes con transfusión necesaria e innecesaria fueron principalmente varones (51,1% y 66,7% respectivamente); mayormente los pacientes con transfusión necesaria e innecesaria presentaron factor sanguíneo RH+ (99,7% y 100% respectivamente); el grupo sanguíneo O se observó en el 81,2% y 66,7% de pacientes con transfusión necesaria e innecesaria respectivamente. Los pacientes con transfusión necesaria fueron mayormente de 30 a 59 años de edad (58%), diagnosticados de leucemia (44,5%), contrariamente a los de transfusión innecesaria quienes fueron  $\geq 60$  años (55,6%) y no tuvieron un diagnóstico sobresaliente. La transfusión de glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco y crioprecipitados fueron necesarias en el 52,7%, 38,6%, 4,7% y 2,2% de los pacientes, respectivamente; pero en el 33,3%, 22,2%, 0,0% y 33,3% de los pacientes la transfusión fue innecesaria. La transfusión sanguínea y hemocomponentes fue necesaria y urgente, debido a la anemia y plaquetopenia en pacientes atendidos en

*Mg. Estela D. Aliano*

el Servicio del Banco de Sangre del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2018.

#### Introducción:

La medicina transfusional es una especialidad que abarca todos los aspectos competentes al proceso de la transfusión, utilizando como único insumo la sangre, este genera un alto gasto económico, ya que requiere de diversos procesos y cuidados para ser considerada como un producto óptimo y ser transfundido en el receptor (Contreras y Martínez, 2015).

Este proceso permite salvar millones de vidas, mejorar la calidad de vida e incrementar la esperanza de vida de los pacientes, haciendo posible la realización de intervenciones quirúrgicas complejas con estimaciones óptimas de sobrevida. También puede utilizarse con fines preventivos, aunque en menor frecuencia, debido al riesgo en el paciente, por ello su empleo racional es de suma importancia (Martínez, Rivero, y Fernández, 2015; Delgado, 2012).

Las transfusiones sanguíneas innecesarias son generadoras de patologías infectocontagiosas, incrementando no solo el costo de la atención sanitaria, sino generando disminución de este recurso. A nivel nacional no se cuenta con un sistema de hemovigilancia para los procesos de transfusión sanguínea, donde se pueda dar seguimiento a los pacientes transfundidos, ni con registros sobre las indicaciones y la utilización del insumo sanguíneo en general. Esta problemática se evidenció en la investigación de Estuco (2011), quien

## 3. ARTÍCULOS:

### f) Necesidad de las transfusiones

determinó en 180 indicaciones de transfusión que el 38% fueron innecesarias.

El impacto del uso irracional de las transfusiones de sangre en los pacientes es amplio. Se ha especificado que incrementa el riesgo de efectos adversos, aumenta los cambios hemodinámicos (en particular, las alteraciones cardíacas), y crece el riesgo de enfermedades transmisibles (Custodio, 2013). Considerando esta problemática, se propuso evaluar las indicaciones de transfusión sanguínea y hemocomponentes en pacientes atendidos en el Servicio de Banco de Sangre del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; este estudio se dividió de la siguiente manera: I. Introducción, II. Cuerpo, III. Conclusiones tentativas. IV. Referencias.

#### Análisis:

**Tipo de investigación:** Estudio observacional descriptivo no experimental, retrospectivo, transversal. De enfoque cuantitativo y de alcance descriptivo.

**Población y muestra:** La población estuvo conformada por 6300 pacientes, de los cuales se incluyeron 363 pacientes sometidos a un episodio de transfusión sanguínea y hemocomponentes en el servicio de Banco de Sangre del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Se incluyeron historias clínicas de pacientes adultos (>18 años), de ambos sexos, de los diferentes servicios Médico-Oncológicos, sometido a un solo episodio de transfusión sanguínea y hemocomponentes. Se excluyeron las historias clínicas de paciente

*Mg. Estela D. Aliano*

politransfundido, con información incompleta (datos clínicos y de laboratorio) y con datos incompletos.

**Instrumento:** Para realizar la recolección de los datos se recurrió a la documentación. Para lograr la recopilación se diseñó una ficha de datos. Se evaluó la validez de contenido de la ficha de recolección a través del juicio de 5 expertos. Se utilizó la prueba Binomial con un nivel de significancia del 5%, la cual fue significativa ( $p=0,031$ ) para todos los ítems, es decir, sí hay concordancia entre los jueces, porque la mayoría está de acuerdo con cada ítem. Asimismo, el grado de concordancia entre los jueces fue del 100%, por lo tanto, el instrumento presenta validez de contenido.

**Análisis estadístico:** Para el análisis descriptivo univariado de las características generales y clínicas de los pacientes se utilizaron medidas de tendencia central (promedios) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo, valor máximo) para datos cuantitativos; y frecuencias absolutas y porcentuales para datos cualitativos. Para presentar los resultados de los análisis descriptivos univariados se utilizaron tablas de frecuencias, mientras que para el análisis comparativo se utilizaron tablas de contingencia, además se construyeron diagramas de barras y diagramas circulares.

**Resultados:** La transfusión sanguínea y hemocomponentes fue necesaria en el 87,9% (319) de los pacientes, discutible en el 9,6% (35) e innecesaria en el 2,5% (9). Los principales motivos de transfusión sanguínea y hemocomponentes fueron anemia (49%),

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

## 3. ARTÍCULOS:

### f) Necesidad de las transfusiones

plaquetopenia (34,4%) y, en menor proporción, hemostasia (9,6%). La transfusión sanguínea y hemocomponentes fue urgente para el 79,6% de los pacientes y electiva para el 20,4%. Los pacientes con transfusión necesaria e innecesaria fueron principalmente varones (51,1% y 66,7% respectivamente); mayormente, los pacientes con transfusión necesaria e innecesaria presentaron factor sanguíneo RH+ (99,7% y 100% respectivamente) y el grupo sanguíneo O se observó en el 81,2% y 66,7% de pacientes con transfusión necesaria e innecesaria respectivamente. Los pacientes con transfusión necesaria fueron mayormente de 30 a 59 años de edad (58%), diagnosticados de Leucemia (44,5%), contrariamente a los de transfusión innecesaria quienes fueron  $\geq 60$  años (55,6%) y no tuvieron un diagnóstico sobresaliente. La transfusión de glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco y crioprecipitados fueron necesarias en el 52,7%, 38,6%, 4,7% y 2,2% de los pacientes, respectivamente; pero en el 33,3%, 22,2%, 0,0% y 33,3% de los pacientes la transfusión fue innecesaria. La transfusión sanguínea y hemocomponentes fue necesaria y urgente, debido a la anemia y plaquetopenia.

#### Conclusiones tentativas:

1.- La transfusión sanguínea y hemocomponentes fue necesaria en el 87,9% de los pacientes atendidos en el servicio del Banco de Sangre del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, entre enero y julio de 2018.

2.- Anemia y plaquetopenia, en ese orden, fueron los motivos más frecuentes para

*Mg. Estela D. Aliano*

indicación de transfusión sanguínea y hemocomponentes en pacientes atendidos en el servicio del Banco de Sangre del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, entre enero y julio de 2018.

3.- La indicación de transfusión sanguínea y hemocomponentes fue de tipo urgente en el 79,6% de los pacientes atendidos en el servicio del Banco de Sangre del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, entre enero y julio de 2018.

4.- Tanto los pacientes con transfusión necesaria como innecesaria fueron principalmente varones, atendidos en el servicio de medicina. Por otro lado, los pacientes con transfusión necesaria fueron mayormente de 30 a 59 años de edad, contrariamente a los pacientes con transfusión innecesaria, quienes fueron  $\geq 60$  años. Asimismo, los pacientes con transfusión de glóbulos rojos fueron principalmente mujeres de 30 a 59 años de edad atendidas en el servicio de medicina. Mientras que los pacientes con transfusión de plaquetas, plasma fresco o crioprecipitados fueron principalmente varones de 30 a 59 años de edad atendidos en el servicio de medicina.

5.- Los pacientes con transfusión necesaria fueron principalmente diagnosticados de leucemia, tratados con quimioterapia, su factor sanguíneo fue RH+ y su grupo sanguíneo O; mientras que los pacientes con transfusión innecesaria no tuvieron un diagnóstico sobresaliente entre los demás, aunque también la mayoría fueron tratados por quimioterapia, tenían factor sanguíneo RH+ y pertenecían al grupo sanguíneo O.

## 3. ARTÍCULOS:

### f) Necesidad de las transfusiones

6.- La transfusión de glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco y crioprecipitados se presentó en el 52,7%, 38,6%, 4,7% y 2,2% de los pacientes con transfusión necesaria, respectivamente, Mientras que la transfusión de glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco y crioprecipitados se presentó en el 33,3%, 22,2%, 0,0% y 33,3% de los pacientes con transfusión innecesaria, respectivamente.

7.- El presente estudio es de diseño retrospectivo y no se requirió de la participación directa de los pacientes seleccionados, sino que se recopiló los datos de las historias clínicas, solicitudes transfusionales, entre otras fuentes secundarias. En este contexto, la principal limitación del estudio fue el acceso a las fuentes de información, para lo cual se solicitaron con antelación los permisos de ejecución del estudio al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, específicamente, al servicio de Banco de Sangre. Finalmente, es importante recalcar que los resultados obtenidos serán válidos para la población del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y servirá como referencia para futuros estudios en diferentes realidades nosocomiales del país.

#### Referencias:

1.-Bendezú, F. (2015). Características epidemiológicas del uso clínico de hemocomponentes Hospital nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. 2015. (Tesis de segunda especialidad). Universidad de San Martín de Porres. Perú.

2.-Chargoy, E., Quezada, S., Cacique, C. (2014). Evaluación de la transfusión de hemoderivados en el Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE, Oaxaca, de acuerdo con la Guía para el uso clínico de la sangre. Rev Hematol Mex, 15(4), 174-183.

#### Mg. Estela D. Aliano

3.-Contreras, M., y Martínez, M. (2015). Medicina transfusional en el siglo XXI. Rev. Med. Clin. Condes, 26(6), 726-743

4.-Custodio, J. (2013). Transfusiones sanguíneas innecesarias. Un hábito dañino en nuestros hospitales. Rev. Cuerpo Méd. HNAAA, 6(1), 55-56.

5.-De la Guerra, C., Rámiz, M., Solano, G., García, N., Franco, R., De la Villa, F. (2010). Adecuación de las transfusiones en un servicio de medicina interna” Rev Gac Med Bilbao, 107 (2), 46-51.

6.-Delgado, M. (2012). Transfusión sanguínea. Uso racional. Revista Colombiana de Anestesiología, 40(4), 247-248

7.-Estuco, L. (2011). Criterios utilizados para indicación de transfusión de paquetes globulares en pacientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo de octubre – diciembre 2010. (Tesis de grado). Universidad nacional Jorge Basadre G-Tacna. Perú.

8.-Flores, W. (2011). Prescripción inadecuada de transfusión sanguínea en un hospital de referencia de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública, 28(4), 617-622.

9.-González, J., Cantú, O., Gallardo, I., Treviño, O., Rivera, I., Arato, N., et al. (2012). Indicaciones, uso y efecto terapéutico en la administración de hemocomponentes en un hospital de tercer nivel. Medicina Universitaria, 14(55),72-79

10.-Langlais, M; Dargere, M; Le Niger, C; Goetghebeur, D. (2018). Appropriate use of red blood cell transfusion in the emergency department before and after a specific protocol. Transfus Clin Biol. 2018; DOI: 10.1016/j.tracl.2018.03.003.

11.-Martínez, A., Rivero, R., Fernández, N. (2015). Efectos adversos en la cadena transfusional en el Instituto de Hematología e Inmunología. Revista Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoter, 31(3),288-300

12.-Quintana M, Borobia, A, García J, Maroun C, Fabra S, Caracas A, et al. (2017). “Appropriate use of red blood cell transfusion in emergency departments: a study in five emergency departments” Blood Transfus, 15(3),199-206.

13.-Rojas, D. (2017) Uso racional de los hemocomponentes en el Hospital Antonio Lorena de Cusco, 2016. (Tesis de grado). Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Perú.

14.-Valencia, W., Villada, I., Calero, S., Muñoz, D., Varela, P., Villada, L. (2012). Análisis de la práctica transfusional en un hospital de segundo nivel en Cali, Colombia entre junio y noviembre de 2010. Rev Estud Med Univ Ind Sant, 25 (2), 107-112.

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

## Instituciones con investigaciones y estudios de Economía de la Salud:

- Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
- Banco Mundial
- Banco Interamericano de Desarrollo
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
- Organización Internacional del Trabajo
- Universidades
- Centros de Investigación
- ONG's
- Fundaciones
- Otros

## Asociaciones de Economía de la Salud:

- Asociación de Economía de la Salud de España => [www.aes.es](http://www.aes.es)
- Asociación de Economía de la Salud de Chile => [www.aes-chile.cl](http://www.aes-chile.cl)
- Asociación de Economía de la Salud de Argentina => [www.aesargentina.org](http://www.aesargentina.org)
- Asociación de Economía de la Salud de Uruguay => [www.aesuruguay.org.uy](http://www.aesuruguay.org.uy)



## Generación de conocimiento en salud y economía:

La Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM), promueve, a través del presente **Boletín de Salud y Economía**, que tanto los órganos centrales y dependencias del Minsa, así como diversos actores académicos, privados o sociedad civil puedan proporcionar los resultados de sus estudios, trabajos de investigación, evaluaciones y similares en la que se presenten temas que vinculen la Salud y Economía, tales como: a) Producción, b) Financiamiento, c) Evaluaciones económicas, d) Inversiones, e) Costos, f) Presupuestos, g) Aseguramiento en Salud, h) Procesos, i) Tecnología en Salud, j) Atención Primaria y Hospitalaria, k) Farmacoeconomía, l) Capital Humano e Intelectual, entre otros.