USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA | PERU | POLITICAS EN SALUD

EL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

Los puntos de vista expresados por los autores en esta publicación no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional – USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

Índice

1. Aspectos generales 8

1.1 El aseguramiento universal en salud: Ley 29344 8

1.2 Elementos y características del PEAS 9

1.3 Fundamentos del PEAS 10

2. El proceso de formulación del PEAS 12

2.1 Pautas establecidas por la Ley 29344 12

2.2 El proceso de formulación técnica 13

2.2.1 Formulación de los contenidos clínicos del PEAS 13

2.2.2 Formulación de los contenidos financieros del PEAS (análisis actuarial) 14

3. Formulación de contenidos clínicos 16

3.1 Selección de las condiciones asegurables 16

3.1.1 El algoritmo de priorización 16

3.1.2 De condiciones a variantes 28

3.2 Definición de las intervenciones según esquemas de manejo integral 29

3.2.1 Formulación de contenidos clínicos en el PEAS: Las prestaciones 29

3.2.2 Formulación de contenidos clínicos en el PEAS: Los medicamentos 31

3.3 Evidencias para la selección de prestaciones 36

3.4 Condiciones garantizadas 62

3.5 Criterios para definir las garantías de calidad y oportunidad 62

3.6 La validación clínica 64

3.7 El proceso de validación 65

4. Formulación de requerimientos financieros 67

4.1 El costo de la provisión del PEAS 67

4.2 Metodología de cálculo del volumen probable de beneficios prestacionales 69

4.3 Metodología de costeo unitario de procedimientos 70

4.3.1 Limitaciones de la metodología de costeo empleada 75

Lista de tablas

Tabla I: Condiciones asegurables 20

Tabla II: Ejemplo de variantes clínicas 28

Tabla III: Esquema de manejo del Embarazo, parto y puerperio, para la variante clínica "Embarazo de gestante con anemia" 30

Tabla IV: Criterios para la selección de medicamentos no incluidos en PNUME 32

Tabla V: Evidencias basadas en normativas del sector Salud 37

Tabla VI: Evidencias basadas en la literatura internacional 40

Tabla VII: Garantías de calidad y oportunidad para la condición asegurable "Hemorragia en la segunda mitad del embarazo" 64

Tabla VIII: Componentes del costo de provisión 68

Tabla IX: Probabilidad de uso de servicios de salud 70

Tabla X: Características diferenciales del costeo según la perspectiva de análisis empleada 71

Lista de figuras

Figura I: Algoritmo de priorización de las condiciones asegurables 18

Figura II: Selección de medicamentos según condiciones y variantes clínicas del PEAS 33

Figura III: Interrelación de Factores y Variables para la determinación. Costos totales unitarios de Procedimientos Médicos del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud 74

Figura IV: Costeo de la atención integral de una condición priorizada a partir del costeo estándar de procedimientos 76

1 ASPECTOS GENERALES

1.1 EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD: LEY 29344

Abril del año 2009 marca un hito decisivo en la historia de la política pública de salud en el Perú: en ese mes, luego de un largo proceso iniciado en el año 2006, que involucró a múltiples actores en diversas etapas, el Poder Ejecutivo promulgó la **Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud** (Ley 29344). En esta nueva legislación se establecen políticas claras dirigidas a reducir, tanto las barreras para acceder al sistema de salud, como también las inequidades relacionadas con el financiamiento y acceso a la prestación de servicios de salud.

Entre los objetivos del aseguramiento se encuentran:

- **Proteger** a la población del riesgo de empobrecimiento que implica la ocurrencia de un evento de enfermedad. Para ello, se establece que toda persona residente en el país deberá estar afiliada a algún tipo de seguro (público o privado). El Estado se responsabiliza del financiamiento de las necesidades de salud de la población en situación de pobreza. Esto implica una mejora en la **equidad** para el acceso universal a la atención de salud, con independencia de la capacidad de pago de las personas.

- **Garantizar** los derechos a la atención de salud de toda la población, clarificando el alcance de estos derechos y estableciendo mecanismos para que la población demande su cumplimiento a través de:

1. La definición de un **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud** (PEAS) que actuará como un **contrato social explícito,** respecto de las prestaciones mínimas y la calidad de las mismas que todo afiliado a un seguro público o privado tendrá derecho a recibir.

2. La creación de la **Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud**, instancia de supervisión sectorial encargada de velar por el cumplimiento de los requerimientos de financiamiento y la provisión del PEAS por parte de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento y los prestadores de servicios de salud, sean estos públicos o privados

1.2 ELEMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DEL PEAS

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) puede definirse como una **lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud**, sean estas públicas, privadas o mixtas, **están obligadas a financiar, como mínimo, a todos los asegurados**, y contiene **garantías explícitas de oportunidad y calidad** para todos los beneficiarios.

De acuerdo a la norma, se entiende como **condiciones asegurables** a los estados de salud que se busca mantener, en caso de la población sana, o recuperar, en caso de la población enferma, y son susceptibles de ser financiados mediante esquemas de aseguramiento. Asimismo, se entiende por **intervenciones** a las **prestaciones y/o conjunto de prestaciones** en salud (de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación) orientadas al manejo de las condiciones asegurables.

Finalmente, ***las garantías de calidad y oportunidad***, asociadas a cada tipo de prestación incluida en el plan de beneficios, hacen referencia a los estándares de calidad de la prestación y los tiempos máximos de espera que toda red prestadora de servicios de salud está obligada a ofrecer a sus usuarios.

En este marco, el PEAS tiene las siguientes características:

- **Es universal**: Beneficia a toda la población cubierta por un seguro de salud, incluyendo a los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), así como a los cotizantes de la Seguridad Social y de los seguros privados y sus derecho habientes.

- **Es explícito**: Contiene listas **positivas** de las condiciones asegurables y de las

prestaciones de salud que, como mínimo, todas las instituciones aseguradoras están obligadas a financiar a sus afiliados, a diferencia de los planes de beneficios actuales que se basan en listas negativas o exclusiones. La definición de este plan busca romper con la asimetría actual, en virtud de la cual, el Estado otorga un subsidio o el asegurado cotiza una cantidad de dinero, sin que el asegurador esté obligado a explicitar su cobertura, ni a otorgar garantías de acceso y de calidad sobre esa cobertura.

- **Está garantizado**: El Estado asignará los recursos para financiar las prestaciones contenidas en el PEAS a la población bajo los regímenes subsidiado y semicontributivo, y supervisará el cumplimiento del financiamiento y la provisión del PEAS por parte de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento y los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.

- **Es integral:** Considera todas las fases de evolución clínica de una enfermedad o condición asegurable mediante esquemas de manejo integral que cubren: prestaciones de carácter promocional, preventivo, de diagnóstico y también aquellas prestaciones recuperativas y de rehabilitación.

- **Es auditable:** Las garantías de calidad y oportunidad definidas en el PEAS se expresan mediante indicadores cuantificables que permitirán a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento el seguimiento y la verificación del cumplimiento por parte de los prestadores de salud.

- **Es incremental:** El PEAS se evaluará, por norma, cada dos años para incluir progresivamente más condiciones de salud. Su aplicación no afecta los derechos adquiridos a través de otros planes de salud que actualmente recibe la población afiliada a otros regímenes de aseguramiento.

1.3 FUNDAMENTOS DEL PEAS

Existen diversos argumentos que fundamentan la necesidad de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud con las características mencionadas, entre los cuales se puede señalar los siguientes:

- **Epidemiológicos**: La formulación del PEAS está basada en la existencia de un grupo de enfermedades que producen un daño mayor en la población, en términos de muertes prematuras o en suma de años de discapacidad. Este grupo de enfermedades exige tratamiento prioritario y una garantía total en prevención, control o recuperación.

- **Financieros**: La formulación del PEAS parte de reconocer que las restricciones presupuestales del sector salud, principalmente el subsector público, impiden que todos los derechos en salud puedan ser garantizados bajo las mismas condiciones de acceso, financiamiento y calidad. En este escenario de restricción presupuestaria, el reto del **Estado** está centrado en definir un **conjunto mínimo de derechos en salud a garantizar para toda la población**; un conjunto mínimo que sea socialmente aceptable y financieramente viable.

- **Legales:** Los derechos en salud y las garantías que se explicitan en el PEAS son legalmente **vinculantes**, constituyendo un derecho exigible por el ciudadano.

- **Sociales:** El carácter explícito y vinculante de los derechos en salud que se estipulan en el PEAS reduce el riesgo de que el sector salud, principalmente el sector público, se vea afectado por potenciales ajustes fiscales que, eventualmente, pudieran reducir la provisión y calidad de los servicios de salud en los segmentos de menores recursos.

- **Eficiencia:** La implementación del PEAS permitirá impulsar perfeccionamientos en procesos clave que posibiliten, a su vez, mejorar la eficiencia del financiamiento y aseguramiento en salud. Por ejemplo aquellos vinculados a la afiliación y prestación, también los sistemas de información, los mecanismos de pagos y de logística de medicamentos, entre otros. Así, para garantizar las prestaciones contenidas en el PEAS, de acuerdo a los estándares definidos, se requiere que el sector cuente con un sistema de monitoreo así como un sistema de pago a prestadores; monitoreo y pagos en base a resultados[1] como instrumentos que permitirán, al financiador, llevar adelante procesos eficientes y efectivos de compras de servicios.

1 Cabe señalar que, en el pasado, no ha habido apoyo político suficiente para llevar a cabo estas reformas, debido a que sus defensores se focalizaron en resaltar los instrumentos per se sin alinearlos con un objetivo predeterminado, como es el de mejorar la cobertura de beneficios y la calidad de la prestación (Baeza, et al 2006).

2 EL PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PEAS

2.1 PAUTAS ESTABLECIDAS POR LA LEY Nº 29344

El proceso de formulación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud empezó a mediados del 2007, por iniciativa de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del Ministerio de Salud (MINSA), y se extendió hasta finales del 2009. Para la formulación del PEAS, el MINSA ha seguido las pautas establecidas en el artículo 15° de la Ley N° 29344, es decir:

1. Se ha empleado **estudios de carga de enfermedad y epidemiológicos** que reflejan la situación de salud de la población del país, tomando en cuenta las prioridades regionales (ver acápite 3.1).

2. Se ha recogido las **prioridades sanitarias** del sector salud (ver acápite 3.1).

3. Se ha garantizado un **manejo integral** de la atención de salud, mediante la inclusión de prestaciones de carácter preventivo, promocional, de servicio al diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación para cada una de las condiciones asegurables (ver acápite 3.2).

4. Se ha incorporado prestaciones para la atención de la **población sana** en sus diferentes ciclos de vida (ver acápite 3.2).

5. No se está vulnerando derechos adquiridos de la población al haberse considerado las condiciones y procedimientos médicos incorporados en los planes de beneficios, públicos o privados, vigentes a la aprobación de la Ley (ver acápites 3.1 y 3.2).

6. La selección de **procedimientos** se ha realizado sobre la base de evidencias de costo/efectividad, en los casos en los que existiera información disponible (ver acápite 3.2).

7. Se ha tomado en consideración las **restricciones** de oferta de servicios de salud (ver acápite 3.2).

8. Ha realizado **valoraciones actuariales** para determinar el subsidio requerido por el Seguro Integral de Salud para brindar el PEAS a la población en situación de pobreza (ver capítulo 4).

2.2 EL PROCESO DE FORMULACIÓN TÉCNICA

La formulación técnica del PEAS abordó dos dimensiones de análisis: **clínica y financiera** (Tabla I).

2.2.1 FORMULACIÓN DE LOS CONTENIDOS CLÍNICOS DEL PEAS

En esta dimensión se busca responder a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las **condiciones asegurables prioritarias** cuyo tratamiento integral resulta **obligatorio** financiar para todas las instituciones aseguradoras (públicos o privadas)?

- ¿Cuál es el conjunto de **prestaciones mínimas**, por cada condición asegurable priorizada, que deberán ser cubiertas por todos los financiadores?

- ¿Cuál es el conjunto de **garantías de calidad y oportunidad** cuyo cumplimiento, por parte de todos los prestadores de servicios de salud, debiera salvaguardar el Estado?

Para este proceso la DGSP requirió definir criterios y algoritmos de priorización de condiciones asegurables. También fue necesario realizar el análisis del ciclo de enfermedad para cada una de las condiciones asegurables, con el fin de identificar variantes clínicas que debieran ser incorporadas en el PEAS. Asimismo, procedió a la revisión de la literatura para identificar los procedimientos costo-efectivos y sobre esa base formular esquemas de manejo integral para la atención de las condiciones asegurables. Finalmente, desarrolló una metodología para definir los estándares de calidad y de oportunidad para un conjunto de condiciones asegurables. Una descripción más detallada de los alcances y usos de estas herramientas en el proceso de formulación

del PEAS se presenta en el capítulo 3.

En el proceso de formulación de los contenidos clínicos del PEAS se incluyó una etapa de **validación** clínica y social, donde se socializaron los avances en la formulación PEAS con expertos clínicos y representantes de diversas instancias sociales, con el propósito de recibir comentarios y realizar ajustes a los contenidos clínicos.

2.2.2 FORMULACIÓN DE LOS CONTENIDOS FINANCIEROS DEL PEAS (ANÁLISIS ACTUARIAL)

En esta dimensión de análisis se buscó generar los sustentos financieros que permitiesen movilizar los recursos necesarios para garantizar la cobertura del PEAS a la población afiliada al régimen subsidiado. Así, en esta etapa:

- Se estimó los costos estándar **unitarios** de cada una de las prestaciones priorizadas en el PEAS.

- Se estimó el **costo total por evento asegurable**, es decir el costo total correspondiente a la atención integral de cada una de las condiciones asegurables contenidas en el PEAS y sus respectivas variantes clínicas.

- Se llevó a cabo proyecciones de la demanda de servicios de salud para cada una de las condiciones asegurables priorizadas sobre la base de información disponible con respecto a: (a) **niveles de prevalencia y/o incidencia** de cada condición asegurable (probabilidad de ocurrencia de un evento de enfermedad) y (b) **probabilidades de acceso** a los servicios de salud de la población en situación de pobreza.

- Se calculó la **prima de riesgo** del PEAS para la población en situación de pobreza, es decir el **subsidio per cápita** que el Estado debiera aportar para garantizar el financiamiento de las condiciones y prestaciones contenidas en el PEAS a la población afiliada al régimen subsidiado (población en situación de pobreza)

- Finalmente, en esta etapa se estimó la **brecha financiera** por cada una de las fuentes de financiamiento del régimen subsidiado.

3 FORMULACIÓN DE CONTENIDOS CLÍNICOS

3.1 SELECCIÓN DE LAS CONDICIONES ASEGURABLES

3.1.1 EL ALGORITMO DE PRIORIZACIÓN

Los criterios de selección de las condiciones asegurables fueron desarrollados tomando las siguientes orientaciones generales planteadas por la DGSP para la formulación del PEAS:

1. Qué el PEAS responda al **perfil demográfico y epidemiológico** del país, es decir que cubra aquellos eventos que representan mayor carga de enfermedad y que sea consistente con los cambios en la composición etaria de la población y las prioridades sanitarias nacionales y regionales. **Este criterio es consistente con lo estipulado en el artículo 15, incisos 1 y 2 de la Ley 29344.**

2. Qué el PEAS **proteja financieramente** a los hogares, es decir que cubra determinados eventos, principalmente aquellos que requieran de atención hospitalaria y cuyo tratamiento pueda afectar negativamente la situación económica o el nivel de bienestar de los hogares.

3. Qué el PEAS garantice el carácter **integral** de la atención de todas las condiciones asegurables priorizadas en la red de servicios de salud.

4. Qué el PEAS no descuide la atención de determinadas **necesidades de salud pública**, por ejemplo las vinculadas a condiciones inmuno prevenibles **en la población sana**. Esta orientación busca reducir la posibilidad de que se presente un sesgo en la selección hacia condiciones de carácter recuperativo relacionadas a la salud individual y se deje de lado el financiamiento de condiciones que involucran prestaciones de carácter preventivo y promocional para la atención de la población sana. **Este criterio es consistente con lo estipulado en el artículo 15°, inciso 4 de la Ley N° 29344.**

5. Qué el PEAS no vulnere los beneficios que actualmente vienen recibiendo la población afiliada al régimen subsidiado, **de manera consistente con el principio de irreversibilidad señalado en el artículo 4 de la Ley N° 29344 y el artículo 15°, inciso 5 de la misma ley.**

   En este marco, se planteó un **algoritmo de priorización de las condiciones asegurables** basado en criterios epidemiológico, económico, de integralidad, de salud pública e irreversibilidad, cuya lógica y etapas se detalla a continuación:

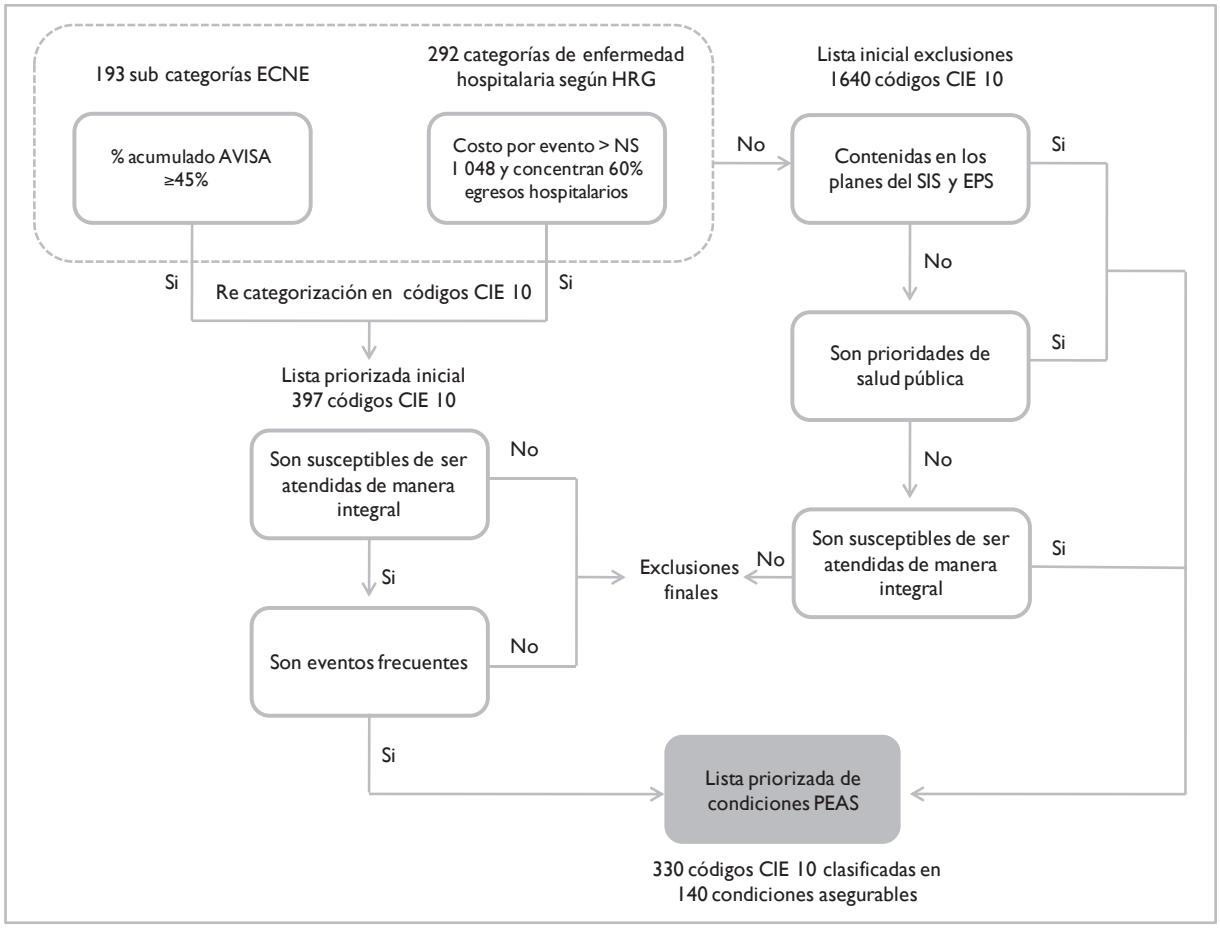
   • **Etapa 1: Priorización inicial.** De acuerdo a este algoritmo, se procedió en primer lugar a aplicar un **criterio epidemiológico** para seleccionar aquellas condiciones que contribuyen a explicar la mayor carga de enfermedad del país. Para ello, se analizó las 193 sub categorías de problemas de salud considerados en *el **Estudio de Carga de Enfermedad (ECNE) elaborado por el MINSA*** (2004) y se seleccionaron aquellas que contribuyen a explicar más del 45% de los años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (AVISA).

   De manera complementaria, se aplicó un **criterio económico** para seleccionar las condiciones que requieren de tratamiento ambulatorio y que debido a su alto costo podrían generar empobrecimiento en la población. Para ello se analizó 292 categorías de enfermedad que son atendidas en el sistema hospitalario, clasificadas según la metodología HRG (Grupos relacionados por uso de Recursos en Servicios de Salud)[2] y se seleccionaron aquellas cuyo costo HRG excedía a NS/ 1 048 por evento y concentran el 60% de los egresos hospitalarios.

   Cabe señalar que el umbral monetario establecido se determinó utilizando la definición empleada en la literatura internacional para identificar las llamadas enfermedades **catastróficas**: enfermedades cuyo costo por evento excede al 30% del gasto familiar medio de las familias en situación de pobreza extrema, excluyendo gastos de alimentación. Para ello, se utilizó la información de gasto de los hogares provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del año 2008 que elabora el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

2 Al respecto ver Telyukov, A et..al (2001).

FIGURA I: ALGORITMO DE PRIORIZACIÓN DE LAS CONDICIONES ASEGURABLES



Como resultado de la aplicación de ambos criterios y luego de re-clasificar las categorías de enfermedad y otros problemas de salud, según código CIE-10, se obtuvo una **lista priorizada inicial** conteniendo 397 categorías de un universo de 2036. En consecuencia, 1639 categorías fueron excluidas.

- **Etapa II: Exclusiones.** Posteriormente, se revisó la lista priorizada inicial y se excluyeron de ella aquellas condiciones cuyo *manejo integral* no puede ser garantizado por la red de servicios de salud debido a restricciones de oferta. Asimismo, se excluyeron aquellas enfermedades, principalmente de carácter hospitalario, cuya ocurrencia es poco *frecuente*.

- **Etapa III: Inclusiones.** Finalmente, se reconsideró algunas exclusiones iniciales. Así, se incorporaron a la lista priorizada categorías de enfermedad, que si bien no cumplían con los criterios epidemiológicos o económicos, están siendo cubiertas por el SIS (según lo estipulado en los DS. 015-2006, DS. 004-07 y DS. 003-08) o por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Asimismo, se incorporaron algunas condiciones que, desde una perspectiva de salud pública debieran ser financiadas, tales como las vinculadas a enfermedades transmisibles, inmuno-prevenibles, metaxénicas, entre otras.

En la tabla 1 se presenta el listado de las 140 condiciones, según grupo y criterio de inclusión utilizado. De estas condiciones, 5 están vinculadas a la población sana, 28 son condiciones obstétricas y 5 ginecológicas, 23 son condiciones pediátricas, 7 son condiciones neoplásicas, 31 son condiciones transmisibles y 41 son no transmisibles. Este listado cubre el 65% de la carga nacional de enfermedad,

TABLA I: CONDICIONES ASEGURABLES

Condiciones asegurables	Condición específica	Condición general	Criterio de inclusión
Recién nacido sano	Población sana	Población sana	Salud Pública
Niño sano			Salud Pública
Adolescente sano			Salud Pública
Joven y adulto sano			Salud Pública
Adulto mayor sano			Salud Pública
Aborto incompleto sin complicaciones	Aborto	Condiciones obstétricas y ginecológicas	Carga de enfermedad
Aborto incompleto con complicaciones			Integralidad
Embarazo, parto y puerperio normal	Embarazo, parto y puerperio normal		Salud Pública
Enfermedad del trofoblasto	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio		Integralidad
Hiperemesis gravídica			Integralidad
Embarazo ectópico			Carga de enfermedad
Óbito fetal			Integralidad
Hemorragia de la segunda mitad del embarazo			Carga de enfermedad
Diabetes gestacional			Carga de enfermedad
Embarazo complicado por polihidramnios			Integralidad
Desproporción feto-pélvica			Integralidad
Gestación múltiple			Integralidad
Embarazo prolongado			Integralidad

TABLA I: CONDICIONES ASEGURABLES

Condiciones asegurables	Condición específica	Condición general	Criterio de inclusión
Gestante mayor de 35 años	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	Condiciones obstétricas y ginecológicas	Carga de enfermedad
Infección materna			Salud Pública
Enfermedad hipertensiva del embarazo			Carga de enfermedad
Embarazo complicado por isoinmunización Rh (-)			Integralidad
Retraso en el crecimiento intrauterino/Oligohidramnios			Integralidad
Embarazo complicado por riesgo de hipoxia fetal			Integralidad
Gestación complicada con embolia			Carga de enfermedad
Amenaza de parto pretérmino. Parto pretérmino			Integralidad
Embarazo complicado por fracaso en la inducción del parto / Trabajo de parto prolongado / Distocia de presentación / Prolapso de cordón			Integralidad
Desgarro perineal grado III ó IV de cérvix		Condiciones obstétricas y ginecológicas	Integralidad
Hemorragia post parto			Integralidad
Retención de membranas / placenta			Carga de enfermedad
Sepsis puerperal			Integralidad
Infección urinaria en embarazo, parto y puerperio			Integralidad

TABLA I: CONDICIONES ASEGURABLES

Condiciones asegurables	Condición específica	Condición general	Criterio de inclusión
Puerperio complicado por infecciones y complicaciones venosas			Integralidad
Distopia genital	Condiciones ginecológicas		Salud Pública
Vulvovaginitis			Salud Pública
Enfermedad inflamatoria pélvica	Condiciones ginecológicas		Salud Pública
Enfermedades benignas de mama			Salud Pública
Menopausia			Salud Pública
Neonato afectado por el parto	Condiciones que afectan al recién nacido	Condiciones pediátricas	Carga de enfermedad
Neonato afectado por condiciones maternas			Integralidad
Neonato de bajo peso al nacer / Prematurez			Carga de enfermedad
Infecciones neonatales			Integralidad
Sepsis neonatal			Carga de enfermedad
Trastornos metabólicos (Hipoglicemia neonatal, hipocalcemia, hipomagnesemia)			Integralidad
Ictericia neonatal no fisiológica			Integralidad
Asfixia del nacimiento			Carga de enfermedad
Dificultad respiratoria en el recién nacido			Integralidad
Convulsiones (neonatales, manejo del estado convulsivo)			Carga de enfermedad

TABLA I: CONDICIONES ASEGURABLES

Condiciones asegurables	Condición específica	Condición general	Criterio de inclusión
Hipotiroidismo congénito		Condiciones pediátricas	Salud Pública
Incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido			Carga de enfermedad
Infección respiratoria aguda	Otras condiciones que afectan al menor de 12 años		Económicas
Crisis convulsiva, estado convulsivo			Económicas
Hidrocefalia congénita			Económicas
Enfermedades inmunoprevenibles (inmunizaciones)			Carga de enfermedad
Fiebre de origen desconocido (FOD) en menores de 36 meses			Carga de enfermedad
Paladar hendido			Salud Pública
Displasia congénita de cadera			Integralidad
Enfermedad diarreica			Salud Pública
Parasitosis intestinal			Salud Pública
Desnutrición			Carga de enfermedad
Anemia nutricional			Carga de enfermedad
Cáncer de cuello uterino	Tumores del aparato genital femenino	Condiciones neoplásicas	Carga de enfermedad
Miomatosis uterina			Carga de enfermedad
Cáncer de mama			Carga de enfermedad
Hipertrofia prostática	Otros tumores		Carga de enfermedad
Neoplasia de colon			Carga de enfermedad

TABLA I: CONDICIONES ASEGURABLES

Condiciones asegurables	Condición específica	Condición general	Criterio de inclusión
Neoplasia de estómago			Carga de enfermedad
Neoplasia de próstata			Carga de enfermedad
Neumonía extrahospitalaria	Infecciones del aparato respiratorio	Condiciones transmisibles	Carga de enfermedad
Tuberculosis pulmonar			Integralidad
Tuberculosis extrapulmonar			Integralidad
Tuberculosis con complicaciones			Integralidad
Tuberculosis multidrogoresistente			Integralidad
Infección urinaria baja	Infecciones del aparato genitourinario y las de transmisión predominantemente sexual		Salud Pública
Infección urinaria alta			Integralidad
Infección por VIH			Integralidad
Enfermedades de transmisión sexual			Carga de enfermedad
SIDA			Carga de enfermedad
Malaria	Otras infecciones		Salud Pública
Bartonelosis			Carga de enfermedad
Dengue clásico			Salud Pública
Dengue hemorrágico			Salud Pública
Tripanosomiasis			Salud Pública
Leishmaniasis			Salud Pública
Peste			Salud Pública

TABLA I: CONDICIONES ASEGURABLES

Condiciones asegurables	Condición específica	Condición general	Criterio de inclusión
Fiebre amarilla (manejo de casos severos)			Salud Pública
Rabia			Salud Pública
Quiste hidatídico			Salud Pública
Lepra			Salud Pública
Infecciones cutáneas bacterianas			Salud Pública
Infestaciones de piel y anexos			Integralidad
Micosis cutánea			Salud Pública
Absceso cutáneo / Carbunco			Integralidad
Varicela			Económicas
Brucelosis			Salud Pública
Hepatitis			Carga de enfermedad
Conjuntivitis			Salud Pública
Blefaritis, orzuelo y chalazión			Integralidad
Caries , pulpitis y gingivitis			Integralidad
Esquizofrenia	Condiciones mentales	Condiciones no transmisibles	Carga de enfermedad
Ansiedad			Salud Pública
Depresión			Carga de enfermedad
Alcoholismo			Carga de enfermedad
Asma bronquial			Carga de enfermedad

TABLA I: CONDICIONES ASEGURABLES

Condiciones asegurables	Condición específica	Condición general	Criterio de inclusión
Hipertensión arterial	Condiciones crónicas y degenerativas	Condiciones no transmisibles	Salud Pública
Diabetes mellitus no complicada			Carga de enfermedad
Hipertiroidismo e hipotiroidismo			Carga de enfermedad
Hiperlipidemia / Dislipidemias			Carga de enfermedad
Obesidad			Carga de enfermedad
Cataratas			Económicas
Trastornos de la refracción			Salud Pública
Glaucoma			Salud Pública
Osteoporosis			Carga de enfermedad
Osteoartrosis			Carga de enfermedad
Artritis reumatoidea			Carga de enfermedad
Enfermedad de discos vertebrales			Carga de enfermedad
Enfermedad de Parkinson			Carga de enfermedad
Epilepsia			Carga de enfermedad
Apendicitis aguda	Condiciones agudas		Económicas
Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación			Salud Pública
Hemorragia digestiva aguda alta			Económicas
Colelitiasis			Económicas
Cuerpo extraño en aparato digestivo			Económicas

TABLA I: CONDICIONES ASEGURABLES

Condiciones asegurables	Condición específica	Condición general	Criterio de inclusión
Obstrucción intestinal	Condiciones agudas	Condiciones no transmisibles	Económicas
Síndrome de espalda dolorosa			Económicas
Heridas contusiones y traumatismos superficiales			Salud Pública
Lesión de partes blandas de miembro superior / miembro inferior			Económicas
Fractura de columna y pelvis			Carga de enfermedad
Fractura de extremidades			Carga de enfermedad
Traumatismos múltiples severos			Carga de enfermedad
Traumatismo intracraneal			Económicas
Desorden vascular cerebral isquémico	Condiciones agudas		Económicas
Desorden vascular cerebral hemorrágico			Económicas
Lesiones asociadas a violencia intrafamiliar			Carga de enfermedad
Litiasis urinaria			Económicas
Intoxicación por organo-fosforados			Carga de enfermedad
Cuerpo extraño en aparato respiratorio			Salud Pública
Insuficiencia respiratoria			Salud Pública
Quemaduras			Carga de enfermedad
Enfermedad isquémica del corazón			Carga de enfermedad

3.1.2 DE CONDICIONES A VARIANTES

Las 140 **condiciones asegurables** priorizadas fueron desagregadas en **variantes clínicas**, las cuales representan casos que, presentando similitudes sintomáticas de una enfermedad, muestran diferencias sensibles en: (a) el tipo y periodo de latencia, (b) la gravedad de la afectación y (c) en el perfil del curso clínico. Así por ejemplo, para el caso de la condición asegurable referida al dengue, se está considerando las variantes clínicas denominadas dengue clásico y dengue hemorrágico. Ambos casos, si bien son provocados por un mismo vector (mosquito), se diferencian entre sí por la severidad de la enfermedad en el individuo.

TABLA II: EJEMPLO DE VARIANTES CLÍNICAS

Condición asegurable	Variante clínica
Enfermedad del troboflasto	Mola hidatidiforme (benigna) Legrado uterino
	Mola hidatidiforme (benigna) AMEU
	Tumor troboflástico de la gestación no metastásico. Legrado uterino
	Tumor troboflástico de la gestación no metastásico. AMEU
Hepatitis	Hepatitis A
	Hepatitis Viral B Grupo de riesgo
	Hepatitis Viral B aguda sin complicaciones
	Hepatitis Viral B aguda casos severos
	Hepatitis Viral B crónica sin tratamiento
	Hepatitis Viral B crónica Antígeno de superficie negativo Entecavir
	Hepatitis Viral B crónica Antígeno de superficie negativo biopsia hepática en cuña Entecavir
	Hepatitis Viral B crónica Antígeno de superficie negativo biopsia hepática con aguja percutánea Entecavir
	Hepatitis Viral B crónica Antígeno de superficie positivo Entecavir
	Hepatitis Viral B crónica Antígeno de superficie positivo biopsia hepática en cuña Entecavir
	Hepatitis Viral B crónica Antígeno de superficie positivo biopsia hepática con aguja percutánea Entecavir

Para la identificación de las variantes clínicas y para cada condición asegurable priorizada, se analizó la respectiva **historia natural de la enfermedad**, es decir la secuencia o curso de acontecimientos que ocurren en el organismo humano desde el periodo pre-patogénico; esto incluye los factores de riesgo y/o la acción secuencial de las causas componentes (etiología); hasta el periodo patogénico (periodo de latencia, periodo clínico y desenlace, es decir cura, muerte, secuela, reinfección, recurrencia, etc). Dicho de otro modo: la historia natural de una enfermedad es su evolución sin intervención médica, en tanto el curso clínico describe la evolución de una enfermedad que se encuentra bajo atención médica. Gracias al conocimiento de la historia natural de una enfermedad es posible conocer la causa o etiología de ésta así como los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

La desagregación de las condiciones asegurables en **variantes** es relevante por sus implicancias **financieras**. En efecto, cada variante implica diferentes tipos de tratamiento y por lo tanto, distintos costos prestacionales. Si bien una condición puede ser desagregada en múltiples variantes, se ha acotado a aquellas que son las más comunes para la realidad peruana.

3.2 DEFINICIÓN DE LAS INTERVENCIONES SEGÚN ESQUEMAS DE MANEJO INTEGRAL

3.2.1 FORMULACIÓN DE CONTENIDOS CLÍNICOS EN EL PEAS: LAS PRESTACIONES

La definición de las intervenciones se basó en el desarrollo de **esquemas de manejo integral** (EMI) para cada condición asegurable. El EMI configura las prestaciones de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación que son requeridas para atender a un individuo en una ***red o micro red*** durante las diferentes fases de la historia natural de una enfermedad, tanto en el periodo pre-patogénico como patogénico.

TABLA III: ESQUEMA DE MANEJO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, PARA LA VARIANTE CLÍNICA "EMBARAZO DE GESTANTE CON ANEMIA"

TIPO DE ATENCIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN	CÓDIGO CPT	PROCEDIMIENTO	COBERTURA POR EVENTO
Prevención	I	59425	Atención prenatal	13
	I	D0120	Consulta estomatológica no especializada	2
	I, II, III	99412	Psicoprofilaxis	6
	I, II, III	88141	Citopatología cervical o vaginal y tamizaje manual (Papanicolaou)	1
	I, II, III	99344	Visita familiar integral	4
	I	99207	Atención en salud mental	2
	I	99209	Atención en nutrición	3
	I	90702	Toxoides absorbidos del tétanos y de la difteria, (DT)	3
Diagnóstico	I	76811	Ultrasonido de útero grávido y evaluación fetal detallada	2
	I	76817	Ecografía transvaginal obstétrica	1
	I	85027	Hemograma completo	1
	I	87086	Urocultivo con recuento de colonias	2
	I	82565	Creatinina en sangre	1
	I	82947	Glucosa cuantitativa en sangre	1
	I	82950	Prueba de sobrecarga de glucosa	1
	I	85018	Dosaje de hemoglobina	2
	I	86592	Prueba de sífilis cualitativa (VDRL,RPR)	2
	I	86703	ELISA o prueba rápida para HIV-1 y HIV-2	2
	I	86900	Grupo Sanguíneo	1
	I	86901	Factor RH	1
	I	76819	Perfil biofísico fetal sin Test no estresante	2
Tratamiento	I	85014	Hematocrito	1
Seguimiento	I	99402	Consejería Planificación Familiar	1

En la tabla III se muestra el esquema de manejo integral del embarazo, parto y puerperio para la variante clínica "Gestante con anemia".

Los criterios utilizados para seleccionar las prestaciones fueron los siguientes:

1. Para el caso de las condiciones asegurables que cuentan con guías de manejo clínico elaboradas por el MINSA, se consideraron las prestaciones contenidas en dichas guías.

2. Para el caso de las condiciones asegurables que no tenían guías de manejo clínico elaboradas por el MINSA, se consideraron aquellas prestaciones que, según la literatura internacional, cuentan con evidencia de efectividad o costo-efectividad para el manejo de la condición de salud. Como fuente de referencia, se utilizaron estudios con revisiones sistemáticas sobre el manejo clínico de determinadas condiciones asegurables disponibles en las bases de datos de Medline, Cochrane, NICE y LILACS.

3. Qué sean susceptibles de ser brindadas por una red o micro red pública de salud para garantizar la integralidad de la atención de todas las condiciones asegurables priorizadas.

3.2.2 FORMULACIÓN DE CONTENIDOS CLÍNICOS EN EL PEAS: LOS MEDICAMENTOS

A CRITERIOS DE SELECCIÓN

El tratamiento de elección de las diferentes condiciones y variantes clínicas del PEAS, en el marco de un uso racional de medicamentos[3], se realiza en base a las Guías de Práctica Clínica Estandarizadas (GPCE) del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que incluye los medicamentos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.

La selección de medicamentos del PEAS tuvo las siguientes opciones:

3 Uso racional de medicamentos significa que "… los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad… ". Conferencia Internacional sobre Uso Racional de Medicamentos, Kenia, 1985.

1. Cuando existe la GPCE (Guía de Práctica Clínica Estandarizada) para la condición y variante clínica establecida, la selección se realiza en base a las GPCE del PEAS (ver Fig. N° 2).

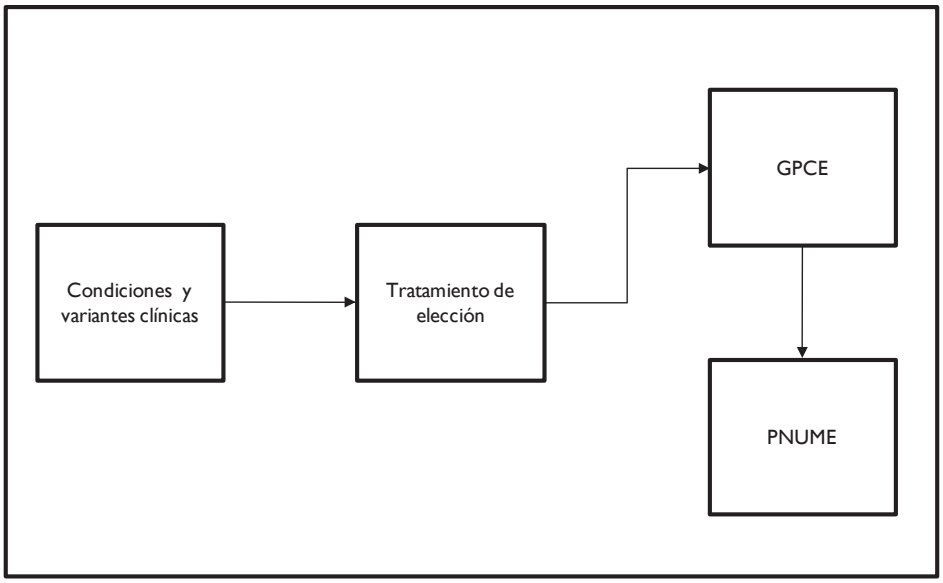
2. Cuando las GPCE no se encuentran desarrolladas para la condición o variante clínica establecida.

   Ante una nueva indicación para un medicamento ya existente, una nueva forma farmacéutica y/o concentración diferente (ver Tabla N° 1V) se debe seguir los siguientes criterios para la selección[4] y propuesta de inclusión de medicamentos en el PNUME (ver Fig. N° 2):

TABLA IV: CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN PNUME	
1er criterio: En concordancia con Medicina Basada en Evidencia la selección de medicamentos debe considerar:	a) Eficacia, b) Seguridad, y c) Efectividad.
2° criterio: En correlación con Medicina Basada en Eficiencia la selección debe considerar:	d) Costo-eficacia, e) Estimación de impacto económico y de los beneficios sobre la salud y f) Definición de las condiciones de uso.

4 Castro y Puigventós. Bases para la evaluación y selección de medicamentos. Seminario curso de farmacia clínica. Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Marzo, 2003.

FIGURA II. SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS SEGÚN CONDICIONES Y VARIANTES CLÍNICAS DEL PEAS



Modificado de Selección de Medicamentos Esenciales. Serie Perspectivas Políticas sobre medicamentos de la OMS, Junio 2002

PRIMER CRITERIO: UTILIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

Eficacia: La evaluación de la eficacia debe realizarse de acuerdo a los resultados de los Ensayos Clínicos de Fase III, publicados en la literatura científica, con distribución aleatoria de los pacientes y con presencia de controles. Sus resultados deben ser válidos, clínicamente relevantes y aplicables a los tipos de pacientes atendidos en el ámbito de salud en donde se utilizarán los medicamentos.

Seguridad: La seguridad se evalúa en base a los resultados de ensayos clínicos, estudios observacionales bien diseñados y reportes de Farmacovigilancia. Se debe prestar especial atención a las reacciones adversas (RAM) más importantes, ya sea por su frecuencia o por su gravedad.

Efectividad: Un medicamento es efectivo cuando es eficaz en el **contexto real** de la atención clínica usual. Por ello, es importante determinar, en primer lugar, si la población sobre la que se ha realizado el ensayo clínico es similar a la del contexto, para considerar la obtención de resultados equivalentes.

SEGUNDO CRITERIO: UTILIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA BASADA EN EFICIENCIA

- **Evaluación económica:** Se debe considerar el costo total del medicamento, el cual incluye el precio de compra y los costos de administración y monitoreo.

- **Estimación de impacto económico y de los beneficios sobre la salud:** Se debe estimar el total de tratamientos en un periodo de tiempo dado, usualmente un año, y de ésta manera se podrá realizar una estimación del gasto probable y del beneficio total que se podría esperar, siempre y cuando los fármacos se empleen en las indicaciones y condiciones avaladas por las evidencias de los ensayos clínicos.

- **Condiciones de uso:** Los resultados de los ensayos clínicos deben proporcionar información suficiente para definir las indicaciones, lo que permite racionalizar el uso del medicamento, utilizándose para aquellos pacientes en los que se espera lograr un efecto farmacológico significativo. Esta estratificación es el primer paso para incorporar estos conceptos en las GPCE que pueden ajustarse o desarrollarse posteriormente. La determinación de las condiciones de uso para grupos de pacientes específicos es fundamental para la eficiencia en la selección.

B FUENTES DE INFORMACIÓN[5]

Entre las referencias bibliográficas más importantes para determinar la eficacia, seguridad, efectividad, impacto económico y condiciones de uso de los medicamentos, tenemos las siguientes bases de datos:

5 Biblioteca Virtual en Salud. BIREME, OPS-OMS

- **Cochrane Library:** La Biblioteca Cochrane es una colección de fuentes de información actualizada sobre Medicina Basada en Evidencia (MBE), incluyendo la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, que son revisiones preparadas por los Grupos de la Colaboración Cochrane. El acceso a la Biblioteca Cochrane a través de la red BVS está disponible para los países de América Latina y el Caribe, exclusivamente.

- **UpToDate:** Recurso de información médico clínica disponible en versiones para Internet, CD-ROM y Pocket PC. Su diseño, permite responder preguntas clínicas de forma fácil, rápida y concisa; sigue los principios de la MBE.

- **MEDLINE:** Es una base de datos de la literatura internacional en el área médica y biomédica, producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, National Library of Medicine, NLM pòr sus siglas en inglés) que contiene referencias bibliográficas y resúmenes de más de 5.000 títulos de revistas publicadas en los Estados Unidos y en otros 70 países. Contiene referencias de artículos publicados desde 1966 hasta el momento. Cubre las áreas de: medicina, biomedicina, enfermería, odontología, veterinaria y ciencias afines. La actualización de la base de datos es mensual.

- **EMBASE:** Excerpta Medica data BASE. Una base de datos de bibliografía producida por la empresa Elsevier. Es la versión electrónica del conocido índice: "Excerpta Médica". Contiene más de 8 millones de referencias, desde 1974 hasta la actualidad, provenientes de unas 4.000 revistas científicas de 70 países.

- **OVID:** Permite obtener respuestas rápidas a preguntas clínicas bajo el concepto MBE. Incluye guías de tratamiento y diagnóstico, descripción de medicamentos y productos naturales. ontiene 1.200 temas de medicina en formato práctico y rápido. Incluye MEDLINE desde 1996 hasta la fecha y también Guías de práctica clínica producidas por la Agencia de Investigación y Calidad en Salud (Agency of Health Research and Quality, AHRQ) del Departamento de Salud de los EEUU. Proporciona amplia información acerca de más de 28.000 medicamentos de la A a la Z e informes sobre el uso y farmacología de los productos naturales y también reportes dirigidos a los pacientes.

- **LILACS:** Es un índice bibliográfico de la literatura en ciencias de la salud publicado en los países de América Latina y el Caribe desde 1982. Se trata de un producto cooperativo de la Red BVS. En 2009, LILACS atinge 500.000 mil registros bibliográficos de artículos publicados en cerca de 1.500 revistas sobre ciencias de la salud, de los cuales aproximadamente 800 están actualmente indizados.

- En ellos se buscará la Validez (cercanía a la verdad), Impacto (tamaño del efecto) y su Aplicabilidad (utilidad para nuestra práctica clínica usual) del medicamento para la indicación propuesta.

3.3 EVIDENCIAS PARA LA SELECCIÓN DE PRESTACIONES

En las tablas V y VI se detallan las evidencias utilizadas para la selección del conjunto de prestaciones para atender cada condición asegurable de manera integral basadas en las normativas del sector y en la literatura internacional, respectivamente:

TABLA V: EVIDENCIAS BASADAS EN NORMATIVAS DEL SECTOR SALUD

Condición	Evidencia
Población sana	
Recién nacido sano	Norma Técnica de la Atención Integral de la Niña y el Niño. RM: N° 292-2006/MINSA. RM N° 193-2008/MINSA NT 063-2008-DGSP V.01.
Niño y niña sana	Norma Técnica de la Atención Integral de la Niña y el Niño. RM: N° 292-2006/MINSA. RM N° 193-2008/MINSA NT 063-2008-DGSP V.01.
Adolescente sano	Norma Técnica de la Atención Integral de Salud en la etapa de vida Adolescente. RM: N° 633-2005/MINSA. Documento Técnico de Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención. RM. N° 1077-2006/MINSA, Protocolos de Consejería para la Atención Integral del Adolescente RM. N° 583-2005/MINSA.
Adulto sano	Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Varón y Mujer, aprobada con Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA y la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores aprobada con Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA.
Adulto mayor sano	Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores aprobada con Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA.
Condiciones obstétricas y ginecológicas	
Aborto incompleto sin complicaciones	Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de resolución (Pág.19-26), aprobado mediante R.M. 695-2006/MINSA.
Aborto complicado	Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (Módulo III) aprobada por RM 668-2004/MINSA y la Guía Técnica "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva" aprobada por RM-695-2006/MINSA (Pág. 2-7, 42-46).
Embarazo, parto y puerperio normal	Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (Pág. 40-42) aprobada por RM 668-2004/MINSA y Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva. R.M. N° 695-2006/MINSA.
Embarazo complicado con o sin parto y puerperio normal	Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (Módulo III) aprobada por RM 668-2004/MINSA. Guía Técnica "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva" aprobada por RM-695-2006/MINSA (Pág. 8-11, 12-16, 32-36, 60-63).
Embarazo con parto complicado y puerperio normal	"Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva" (Módulo III) aprobadas mediante R.M. 668-2004/MINSA.
Embarazo y parto normal con puerperio complicado	"Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva" (Módulo III) aprobada por R.M. 668-2004/MINSA y la Guía Técnica "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva" aprobada por RM-695-2006/MINSA (Pág. 17-22, 55-59).
Condiciones ginecológicas	Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (Pág.8-10, 19-28), aprobado mediante R.M. 668-2004/MINSA.
Condiciones pediátricas	
Condiciones que afectan al recién nacido	Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas por RM 668-2004/MINSA (Pág. 15). Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de resolución, aprobadas mediante R.M. 695-2006/MINSA. Directiva N° 020-

TABLA V: EVIDENCIAS BASADAS EN NORMATIVAS DEL SECTOR SALUD

Condición	Evidencia
	MINSA/DGSP-V.01: Sistema de Atención para el Tratamiento Antirretroviral en los Niños Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, aprobado mediante R.M. 731-2003 SA/DM. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (pág. 21-22) aprobadas por RM 668-2004/MINSA. Guías de Práctica Clínica para la atención del recién nacido (pág. 27-34, 35-44, 75-80, 81-90, 91-96), aprobadas mediante R.M. 1041-2006/MINSA. Guías de Práctica Clínica en Emergencias en Pediatría (pág. 01-08 II), aprobadas por RM 511-2005/MINSA. Guías de práctica clínica para las patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño. (Pág.87-98), aprobadas mediante R.M. 291-2006/MINSA.
Condiciones neurológica que afectan al niño	Guías de Práctica Clínica en Emergencias en Pediatría (pág. 01-08 II), aprobadas por RM 511-2005/MINSA. Guías de Práctica Clínica para las patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño (Pág. 18-29, 29-35) aprobadas por R.M. 291-2006/MINSA. Procedimientos y protocolos de atención en salud infantil (Pág. 246-253; 350-356), aprobados con R.V.M. 011-099-SA-DGSP.
Condición neoplasias	
	Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva (Pág. 22-27) aprobadas por RM 668-2004/MINSA.
Condiciones transmisibles	
Infecciones del aparato respiratorio	Guías de práctica clínica para las patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño. (Pág.48-54, 87-98), aprobadas mediante R.M. 291-2006/MINSA. Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, aprobada mediante R.M. 383-2006/MINSA. Guía nacional de atención del paciente con infección VIH – SIDA, aprobada con R.M. 081-99-SA-DM. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva (Pág. 1-30 VI), aprobadas con R.M. 668-2004/MINSA.
Infecciones transmitidas por vectores	Norma técnica de salud para la atención de la malaria y malaria grave en el Perú (Pág. 1-114), aprobada con R.M. 076-2007/MINSA. Norma técnica de salud para la atención de Bartonelosis o Enfermedad de Carrión en el Perú (Pág. 1-50), aprobada con R.M. 647-2006/MINSA. Módulo Técnico: Dengue clásico y dengue hemorrágico Ministerio de Salud, OGE, INS, 2000. Módulo Técnico: Enfermedad de Chagas, Ministerio de Salud, OGE, INS, 2000. Módulo Técnico: Leishmaniasis, Ministerio de Salud, OGE, INS, 2000. Módulo Técnico Norma y Procedimientos para la Prevención y Control de la Peste en el Perú (RM 172-2001 SA/DM).

TABLA V: EVIDENCIAS BASADAS EN NORMATIVAS DEL SECTOR SALUD

Condición	Evidencia
	Módulo Técnico Fiebre Amarilla. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Módulo Técnico: Rabia Urbana y Silvestre. Protocolos de Vigilancia Epidemiológica - Parte I Oficina General de Epidemiología - Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la Rabia Humana en el Perú. (RM 981-2006/MINSA).
Infecciones de la piel y de los tegumentos	Norma técnica para la eliminación de la Lepra (Pág. 1-78), aprobada con R.M. 994 -2005/MINSA. Procedimientos y Protocolos de atención en salud infantil (Pág. 403-406), aprobados con R.V.M. 011-099-SA-DGSP. Norma técnica para el diagnóstico y tratamiento de la brucelosis humana, aprobada con R.M. 978 -2003-SA/DM. Guía de práctica clínica estomatológica (Pág. 3-14), aprobada con R.M. 453-2005/MINSA. Guías de prácticas clínicas para las patologías más frecuentes o cuidados esenciales en el niño o niña, aprobadas por R.M. 291-2006/MINSA.
Condiciones no transmisibles	
Condiciones mentales	Guía de práctica clínica aprobada por RM 750-2008-MINSA. Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría (Pág. 1-28, 29-39), aprobadas por R.M. 648-2006/MINSA.
Condiciones crónicas y degenerativas de otros sistemas	Guías de práctica clínica sobre las patologías más frecuentes en la especialidad de neurología (Pág. 14 -29), aprobadas con R.M. 692-2006/MINSA. Guías de práctica clínica Guías de Práctica Clínica en Emergencia en el Adulto 516-2005/MINSA o Guias de Práctica Clínica en Emergencias en Pediatría R.M. 291-2006/MINSA Guías de prácticas clínicas para las patologías más frecuentes o cuidados esenciales en el niño o niña (Pág. 68-86), aprobadas por R.M. 291-2006/MINSA. Procedimientos o protocolos de atención en salud infantil (Pág. 511-514, 530-537), aprobados por R.V.M. 011-099-SA-DGSP. Procedimientos o protocolos de atención en salud infantil (Pág. 511-514), aprobados por R.V.M. 011-099-SA-DGSP.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
Población sana	
Condiciones obstétricas y ginecológicas	
Condiciones ginecológicas	Prolapso Uterino: 1. Grupo de Estudio del Suelo Pelviano en la Mujer. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). I Congreso Nacional sobre disfunciones del suelo pelviano. Barcelona 2002. 2. Hernández A. Disfunción del piso pelviano. Prolapso de órganos pélvicos. Actualidad Gíneco Obstétrica. Vol 13 N° 3 y 4. Julio Agosto 2001. 3. Hospital General de México. Prolapso de Órganos Pélvicos. Guía diagnóstica en Ginecología y Obstetricia. 4. Michael O'Shaughnessy, Incontinence Urinary: Comprehensive Review of Medical and Surgical Aspects. eMedicine. Last Updated: February 9, 2007. 5. González M, Castillo-Pino E, Malfatto G, et al. Programa Protocolizado de Fortalecimiento del Piso Pelviano para la Mujer Adulta. Arch. Gin. Obstet., abr. 2004, vol.42, no.1, p.7-10. 6. Braun H, Rojas I, Gonzalez F, et al. Prolapso Genital Severo: Consideraciones clínicas, fisiopatológicas y de técnica quirúrgica al momento de su corrección. Rev. chil. obstet. ginecol. 2004, vol.69, no.2, p.149-156. 7. María Isabel Mercado, Paul Medina, José Pacheco. La Técnica de Kelly Modificada en la Corrección Quirúrgica de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Ginecol. Obstet. 2004; 50 (2) : 86-96. 8. Kondo A, Emoto A, Katoh K, Ozawa H, Kamihira O. Long-term results of the pelvic floor muscle training for female urinary incontinence: An 8-year transition tree and predictive parameters. Neurourol Urodyn. 2007, Jan 31. Vulvovaginitis: 1. Carr PL, Rothberg, Friedman, Felsenstein D, Pliskin JS. "Shotgun" versus sequential testing. Cost-effectiveness of diagnostic strategies for vaginitis. J Gen Intern Med. 2005 Sep; 20(9): 793-9. 2. Lopez J, Marttinez A., Blano M., Vulvovaginitis.Guias Clinicas 2005; 5(30). 3. Carreras Matóns J. Apectos actuales en laEvaluacion y tratamiento de las Vulvaginitis. Institut Clinic de Obstetricia, Ginecologia y neonatologia. Med Integral 2002; 40(5): 185-89. 4. Navarrete W, DominguezY,Castro I, et al. Evaluación de los criterios de Nugent y Amsel para el diagnóstico de vaginosis bacteriana. Rev. méd. Chile, jul. 2000, vol.128, no.7, p.767-771. ISSN 0034-9887. 5. Anuritha Tirumani MD, Mark J. Leber, Vulvovaginitis. http://www.emedicine.com (17/04/2007). 6. Linda O Eckert MD. Acute Vulvovaginitis. New England Journal of Medicine set 2006; 355(12): 1244-52.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	7. RUIZ, Marielos. Vulvovaginitis inespecífica. Acta pediátr. costarric, 2001,15(1): 41-47. Enfermedades benignas de la mama: 1. Eva Chalas, Joseph P. Costantino, D. Lawrence Wickerham, Norman Wolmark, George C. Lewis, Cynthia Bergman and Carolyn D. Runowicz. Benign gynecologic conditions among participants in the Breast Cancer. Prevention Trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 192, Issue 4, April 2005, Pages 1230-1237. 2. Howard A Blumstein, Breast Abscess and Masses. eMedicine, Last Updated: October 27, 2005. 3. Amy E. Wallace, Todd A. MacKenzie and William B. Weeks. Women's primary care providers and breast cancer screening. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 194, Issue 3, March 2006, Pages 744-748. Menopausia 1. Mascitelli L, Pezzetta F. 1. Management of Menopausal Symptoms. The American Journal of Medicine, Volume 120, Issue 2, February 2007, Page 9. 2. Horna López, Alejandra et al. Perfil sintomático en mujeres peri y posmenopáusicas. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 312.6. 3. Rivas Elodia, Factores relacionados por la demanda de atención médica durante el climaterio. Revista Cubana de Endocrinología; 2006; 17(2). 4. Mario Amore, Pietro Di Donato, Annalisa Berti, Aldopaolo Palareti, Carla Chirico, Alessandro Papalini and Stefano Zucchini. 14. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. Maturitas, Volume 56, Issue 3, 20 March 2007, Pages 303-311. 5 Arrigada Marina. Recomendaciones para el tratamiento en la menopausia. REV CHILR OEVB SCTHEITL OGBINSETCEOTL G 2IN00E5C; O7L0 (52)0:0 354; 07-03(455).
Condiciones pediátricas	
Condiciones que afectan al recién nacido	Afecciones neonatales que afectan al desarrollo: 1. AlexanderG, Slay M. Prematurity at birrth: trends, racial disparities and epidemiology. 2002; 8: 215 – 220. 2. Guía de Practica clinica de atencion de emergencias neonatales. Recien Nacido Prematuro. DIRESA. NEO. MINSA. 2006. 3. Guías Regionales de Atencion de Emergencias Neonatales.MINSA. PARSALUD OCTUBRE 2006. 4. RM. N°668-2004/MINSA del 21 de junio del 2004. 5. Norwitz ER, Robinson JN. A systematic approach to the management of preterm labor. Semin Perinatol. 2001 Aug; 25(4): 223-35. Dificultades respiratorias del recién nacido: 1. AlexanderG, Slay M. Prematurity at birrth: trends, racial disparities and epidemiology. 2002; 8: 215 – 220.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	2. RM N°1041-2006-MINSA Guía de Práctica Clínica para la atención del recién nacido con asfixia al nacimiento. 3. Norwitz ER, Robinson JN. A systematic approach to the management of preterm labor. Semin Perinatol. 2001 Aug;25(4):223-35. 4. RM N°1041-2006-MINSA Guía de Práctica Clínica para la atención del recién nacido con dificultad respiratoria neonatal. 5. Guía de práctica clínica de atención de emergencias neonatales. Recién Nacido Prematuro. DIRESA. NEO. MINSA. 2006. 6. Guías Regionales de Atención de Emergencias Neonatales. MINSA. PARSALUD OCTUBRE 2006. 7. RM. N°668-2004/MINSA del 21 de junio del 2004.
Condiciones respiratorias que afectan al niño	<u>Bronquitis y bronquiolitis</u> 1. Smith S, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Harnden AR, Jefferson T, Matheson NJ, Rivetti A. Vacunas para la prevención de la influenza en niños sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. 2. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibióticos para la bronquitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. 3. Norma técnica para la elaboración de guías de práctica clínica. NT 027 -MINSA/DGSP - V01. 4. Tratamiento sintomático de la tos en niños con infección del tracto respiratorio superior. Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen VI. Número 23. Julio/septiembre 2004. 5. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibióticos para la bronquitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software. 6. Information Leaflet and Antibiotic Prescribing Strategies for Acute Lower Respiratory Tract Infection A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2005; 293: 3029-3035. 7. Review: commonly used pharmacological treatments for bronchiolitis in children do not seem to be effective. Arch Dis Child Ed Pract 89:79, 2004. 8. Management of Bronchiolitis in Infants and Children". Evidence Report/Technology Assessment N°69. Agency Healthcare Research & Quality. Texto completo: http://www.ahrq.gov/clinic/evrptfiles.htm.
Otras condiciones que afectan al niño	<u>Diarrea infecciosa</u> 1. OPS/DPC/CD/296/Agosto 2004. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	2. Gardner H, Hill D. Treatment of Giardiasis. Clinical Microbiology Reviews, Vol 14, N° 01 Jan. 2001, p. 114–128. 3. Tanyuksel M, Petri WA Jr. Laboratory Diagnosis of Amebiasis. Clinical Microbiology Reviews, Oct. 2003, p. 713–729, vol 16, N° 04. 4. Fung HB, Doan TL. Tinidazole: a nitroimidazole antiprotozoal agent. Clin Ther. 2005. Dec; 27(12): 1859-84. 5. John Hopkins Division of Infectious Diseases Antibiotic Guide http://hopkins-abxguide.org. 6. Cabrera M, Verástegui M, Cabrera R. Prevalencia de enteroparasitosis en una comunidad altoandina de la Provincia de Víctor Fajardo, Ayacucho, Perú. Rev. Gastroenterol. Perú 2005; 25: 150-155. 7. Cheng-Ng R, Castellano-Cañizales J, Díaz-Suárez O, Villalobos-Perozo R. Prevalencia de Giardiasis en Hogares de Cuidado Diario en el municipio San Francisco, estado Zulia, Venezuela. Invest. clín v.43 n.4 Maracaibo dic. 2002. 8. Romani L, Terashima A, Florencio L, Quijano C, Canales M, Tello R. Estudio comparativo, prevalencia de Hymenolepis nana y otros enteroparásitos en el distrito de San Lorenzo de Quinti, Huarochirí. Rev. Diagnóstico, vol 44, N°3, julio - setiembre 2005. 9. Wolfe M. Giardiasis. Clinical Microbiology Reviews, Jan. 1992, vol 5, N°01, p. 93-100. 10. Musher DM, Musher BL. Review article: Medical Progress - Contagious Acute Gastrointestinal Infections. NEJM 351; 23 december 2, 2004, pp 2417-2427. 11. Gualberto FA, Heller L. Endemic Cryptosporidium infection and drinking water source: a systematic review and meta-analyses. Water Sci Technol. 2006; 54(3): 231-8. 12. V Curtis, S Cairncross. Effect of washing hands with soap on diarrhoea risk in the community: a systematic review. Lancet Infectious diseases 2003, 5. 13. Current Trends Update: Cholera - Western Hemisphere, and Recommendations for Treatment of Cholera. MMWR 40(32); 562-565. Publication date: 08/16/1991. 14. Wells BG, Dipiro JT, Schwinghammer TL, Hamilton CW. Pharmacotherapy handbook. Fifth Edition. Mc Graw-Hill, 2003. 15. Parry CM, Hien TT, Dougan G, White NJ, Farrar JJ. Medical Progress: Typhoid fever. NEJM, Vol. 347, No. 22. November 28, 2002. 16. Manual Merck, 2001. 17. G A Losonsky, C Ferreccio, K L Kotloff, S Kaintuck, J B Robbins, and M M Levine. Development and evaluation of an enzyme-linked immunosorbent assay for serum Vi antibodies for detection of chronic Salmonella typhi carriers. J Clin Microbiol. 1987 December; 25(12): 2266–2269. 18. Jesudason MV, Sivakumar S. Prospective evaluation of a rapid diagnostic test Typhidot for typhoid fever. Indian J Med Res. 2006 Apr; 123(4): 513-6.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	Parasitosis 1. OPS/DPC/CD/296/Agosto 2004. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. 2. Diaz S, Candil A, Uribe M, Willms K. Serology as an indicator of Taenia solium tapeworm infections in a rural community in Mexico. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1990 Jul-Aug; 84(4): 563-6. 3. Lohiya GS, Tan-Figueroa L, Crinella FM, Lohiya S. Epidemiology and control of enterobiasis in a developmental center. West J Med. 2000 May; 172(5): 305-8. 4. Kucik CJ, Martin GL, Sortor BV. Common Intestinal Parasites. American Family Physician. March 1, 2004. 5. http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/pinworm/factsht_pinworm.htm. Division of parasitic diseases. Parasitic disease information. Pinworm infection. 1999. 6. John Hopkins Division of Infectious Diseases Antibiotic Guide http://hopkins-abxguide.org/ 7. Maguire JH. Tapeworms and Seizures — Treatment and Prevention. NEJM 350;3. january 15, 2004. 8. Cabrera M, Verástegui M, Cabrera R. Prevalencia de enteroparasitosis en una comunidad altoandina de la Provincia de Víctor Fajardo, Ayacucho, Perú. Rev. Gastroenterol. Perú 2005; 25: 150-155. 9. Contreras 0, Espinoza Y, Cruzado C. Estudio parasitológico realizado en la población infantil del Distrito de Pacaraos. Provincia de Lima, Departamento de Lima, 1992. Revista Peruana de Epidemología - Vol. 7 N° 1 Julio 1994. 10. Romani L, Terashima A, Florencio L, Quijano C, Canales M, Tello R. Estudio comparativo, prevalencia de Hymenolepis nana y otros enteroparásitos en el distrito de San Lorenzo de Quinti, Huarochirí. Rev. Diagnóstico, vol 44, N°3, julio - setiembre 2005. 11. Ibáñez N, Jara C, Guerra A, Díaz E. Prevalencia del enteroparasitismo en escolares de comunidades nativas del Alto Marañón, Amazonas, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública 21(3), 2004. 12. Maco V et al. Distribución de la Entereoparasitosis en el Altiplano Peruano: Estudio en 6 comunidades rurales del departamento de Puno, Perú. Rev. Gastroenterol. Perú v.22 n.4 Lima oct./dic. 2002. 13. Marcos L, Terashima A, Samalvides F, Alvarez H, Tello R, Canales M, Demarini J, Gotuzzo E. Tiabendazol para el control de la infección Strongyloides stercoralis en una zona hiperendémica en el Perú. Rev Gastroenterol. Perú 2005; 25: 341-348. 14. G. Román. La neurocisticercosis: una perspectiva de salud pública. Rev Neurol 2003; 36 (1): 71-74. 15. Yori PP, et al. Seroepidemiology of Strongyloidiasis in the peruvian amazon. Am. J. Trop. Med. Hyg., 74(1), 2006, pp. 97–102. 16. Kucik CJ, Martin GL, Sortor BV. Common Intestinal Parasites. American Family Physician, Volume 69, Number 5 / march 1, 2004.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	17. Huisa BN, Menacho LA, Rodriguez S, Bustos JA, Gilman RH, Tsang VCW, Gonzalez AE, García HH for the cysticercosis working group in Perú. Taeniasis and cysticercosis in housemaids working in affluent neighborhoods in Lima, Perú. Am. J. Trop. Med. Hyg., 73(3), 2005, pp. 496–500. 18. Kim BJ, Yeon JW, Ock MS. Infection rates of Enterobius vermicularis and Clonorchis sinensis of primary school children in Hamyang-gun, Gyeongsangnam-do (Province) Korea. The Korea Journal of Parasitology. Vol 39, N° 04, 323-325, december 2001. 19. Huapaya P, Suárez R, Espinoza Y. Utilidad de exámenes parasitológicos y serológicos como métodos de diagnóstico de estrongiloidiosis humana. Ejercicio de meta análisis. Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Vol. 63, N° 1 - 2002. Págs. 7 - 12. 20. Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA. Review Article: Current Concepts: Amebiasis. NEJM 348; 16 april 17, 2003. 21. Martínez JJ et al. Teniosis y detección de anticuerpos anticisticerco en personas de una comunidad rural del estado de Guerrero. Salud pública Méx vol.45 no.2 Cuernavaca Mar./Apr. 2003. 22. Tanyuksel M, Petri WA Jr.Laboratory Diagnosis of Amebiasis. Clinical Microbiology Reviews, Oct. 2003, p. 713–729, vol 16, N° 04. 23. Evangelopoulos A, Legakis N, Vakalis N. Microscopy, PCR and ELISA applied to the epidemiology of amoebiasis in Greece. Parasitol Int. 2001 Sep; 50(3): 185-9. <u>Anemia:</u> 1. D. Kapur, S. Sharma and K. N. Agarwal. Effectiveness of Nutrition Education, Iron Supplementation or both on Iron Status in Children. Indian Pediatrics; 2003; 40: 1131-1144. 2. Criterios de Programación 2007. MINSA. 3. Larocque R, Casapia M, Gotuzzo E, MacLean JD, Soto JC, Rahme E, Gyorkos TW. A double-blind randomized controlled trial of antenatal mebendazole to reduce low birthweight in a hookworm-endemic area of Peru. Trop Med Int Health. 2006 Oct; 11(10): 1485-95. 4. Informe Nacional de Prevalencia de Anemia y Niveles de Hemoglobina en Niñas y Niños de 12 a 35 meses y en Mujeres en Edad Fértil- 2003. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del INS. 5. Norhayati M, Fatmah MS, Yusof S, Edariah AB. Intestinal parasitic infections in man: a review. Med J Malaysia. 2003 Jun; 58(2): 296-305; quiz 306. 6. Pedro Huapaya, Yrma Espinoza, Alina Huiza, Carlos Sevilla, Herman Vildósola. Tratamiento de Strongyloides stercoralis con ivermectina y tiabendazole. An. Fac. med. v.64 n.2 Lima abr. /jun. 2003.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condiciones neoplásias	
	Cáncer de cérvix 1. Garcia Agustin. Cervical Cancer. eMedicine. Updated July 6, 2006. Cáncer de mama: 1. Shen Y, Parmigiani G. A model-based comparison of breast cancer screening strategies: mammograms and clinical breast examinations. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005 Feb; 14(2): 529-32.
Condiciones transmisibles	
Infecciones del aparato respiratorio	Infecciones respiratorias no complicadas
Condición	**Evidencia**
	1. Smith S, Demicheli V, Di Pietrantonj C, et al. Vaccines for preventing influenza in healthy children. Cochrane Database Syst Rev 2006; (1). 2. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria - Vol. 3 Número 1: Enero-Febrero 2000 . "Influenza (Gripe): prevención y tratamiento". 3. Criterios técnicos y recomendaciones basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica. Tratamiento de la faringoamigdalitis. Dirección de medicamentos y terapéutica. Costa Rica 2005. 4. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis.The CPG Working Group for Antibiotics. 2006. 5. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibióticos para la faringitis (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007. Número 1. 6. Russell K, Wiebe N, Saenz A, Ausejo Segura M, Johnson D, Hartling L, Klassen TP. Glucocorticoides para el crup (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. 7. Croup: assessment and evidence-based management. Dominic A Fitzgerald and Henry A Kilham. MJA 2003; 179: 372–377. 8. Análisis de la situación de la salud del Perú 2005. Dirección General de Epidemiología. MINSA. Lima. Perú. Julio del 2006. 9. Ministerio de Salud. Guía Clínica Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en menores de 5 años. 1st Ed. Santiago: Minsal, Chile 2005. 10. Randomized Trial of a Single Dose of Oral Dexamethasone for Mild Croup. N. Engl. J. Med. 351 (13): 1306-1313, 2004. Otitis media: 1. Treatment of Acute Otitis Media Consensus Recommendations. Alejandro Hoberman, Colin D. Marchant, Sheldon L. Kaplan and Sandor Feldman. Clin Pediatr (Phila) 2002; 41; 373.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	2. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Pediatrics 2004; 113; 1451-1465. 3. Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibióticos para la otitis media aguda en niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford. 4. Eficacia de ibuprofeno y paracetamol como antitérmicos. Carabaño Aguado,. Jiménez López, M. López-Cerón Pinilla, A.M.ª Pello Lázaro, P. Balugo Bengoechea, M. Baro Fernández y J. Ruiz Contreras. An Pediatr (Barc) 2005; 62(2): 117-22. 5. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Febrero 2005.Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia de División Médica. Dirección de Medicamentos y Terapéutica. 6. Impact on respiratory tract infections of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine administered at 3, 5 and 11 months of age. Susanna Esposito,1 Alessandro Lizioli,2 Annalisa Lastrico,1 Enrica Begliatti,1 Alessandro Rognoni, Respir Res. 2007; 8(1): 12. 7. Smith S, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Harnden AR, Jefferson T, Matheson NJ, Rivetti A. Vaccines for preventing influenza in healthy children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006. 8. The pneumococcal conjugate vaccine. Jacobson RM, Poland GA. Minerva Pediatr. 2002 Aug; 54(4): 295-303. <u>Neumonía</u> 1. OPS/DPC/CD/296/Agosto 2004. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. 2. Benguigui Y, Antuñano FJL, Schmunis G, Yunes J. Infecções Respiratórias em Crianças. Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Washington-DC, 1998. 3. Nascimento CM, Souza HH. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. Volume 15 (6) | June 30, 2004 | página(s) 380-7. 4. Benguigui Y, Bissot A. Organización Panamericana de la Salud. Desafíos en la atención pediátrica en el siglo XXI: la estrategia AIEPI en el XIII Congreso Latinoamericano de Pediatría, Panamá 2003. Washington, D.C: OPS, © 2005. (Serie OPS/FCH/CA/05/9.E) 5. Ministry of Health, Singapure. MOH. Clinical Practice Guidelines. Use of antibiotics in adults. Feb 2006. 6. John Hopkins Division of Infectious Diseases Antibiotic Guide http://hopkins-abxguide.org. 7. DGSP-DAIS. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. 2004. 8. Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR, Painter J, Billhimer W, Altaf A, Hoekstra RM. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	9. Fica A. Prevención y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes adultos: Un enfoque para la atención primaria. Rev Chil Infect (2002); 19 (4): 207-219. 10. Kenneth Mc Intosh. Community-acquired pneumonia in children. NEJM Vol 346, N° 06, Feb 7, 2002. 11. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM, Musher DM, Whitney C. Update of Practice Guidelines for the Management of Community-Acquired Pneumonia in Immunocompetent Adults. CID 2003: 37 (1 dec) pp 1405-1433. 12. Gutiérrez R, Soto L. Manejo y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Acta Med Per. 23(1) 2006 pp: 21-25. 13. Díaz A, Labarca J, Pérez C, Ruiz M, Wolff M. Tratamiento de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. Rev Chil Enf Respir 2005; 21: 117-131. 14. Halm EA, Teirstein AS. Management of Community-Acquired Pneumonia. NEJM, Vol 347, N° 25, dec19, 2002. 15. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, Bernis L, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?. Lancet, Vol, 365 March 12, 2005. 16. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Childhood: British Thoracic Society Standards of Care Committee. Thorax, Volume 57 Supplement 1, May 2002, pp i1-i24. 17. Rhew David. Community-Acquired Pneumonia. In: Evidence-Based Infectious Diseases. Edited by: Mark Loeb, Marek Smieja, Fiona Smaill. BMJ Books, 2004.
Infecciones de transmisión sexual	1. B T Goh : Syphilis in adults Sex. Transm. Inf. 2005;81;448-452. 2. Peter Liu, MD : Syphilis , eMedicine World Medical Library, Specialties > Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry, and Surgery > Infectious Diseases Last Updated: August 1, 2006. 3. D A Lewis and H Young : Syphilis Sex. Transm. Inf. 2006;82;13-15. 4. B T Goh and P C van Voorst Vader : European guideline for the management of syphilis International Journal of STD & AIDS 2001; Volume 12, Supplement 3, 31 October 2001, pp. 14-26(3). 5. Larry I Lutwick, MD : Gonococcal Infections eMedicine World Medical Library, Specialties > Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry, and Surgery > Infectious Diseases Last Updated: June 29, 2006. 6. Emily J. Erbelding, M.D., M.P.H., and Jonathan M. Zenilman, M.D. : Toward Better Control of Sexually Transmitted Diseases N Engl J Med 2005; 352: 720-21. 7. Hussain T, Kulshreshtha KK, Sinha S, Yadav VS, Katoch VM. HIV, HBV, HCV, and syphilis co-infections among patients attending the STD clinics of district hospitals in Northern India. Int J Infect Dis. 2006 Sep; 10(5): 358-63. Epub 2006 May 4.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	8. Larry I Lutwick, MD : Chlamydial Genitourinary Infections , eMedicine World Medical Library, Specialties > Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry, and Surgery > Infectious Diseases Last Updated: June 29, 2006. 9. Stary A : European guideline for the management of chlamydial infection, International Journal of STD & AIDS, Volume 12, Supplement 3, 31 October 2001, pp. 30-33(4). 11. C Carder, D Mercey and P Benn : Chlamydia trachomatis Sex. Transm. Inf. 2006; 82; 10-12. 12. D A Lewis and C A Ison : Chancroid Sex. Transm. Inf. 2006; 82; 19-20. 13. R W Roest and W I van der Meijden : European guideline for the management of tropical genito-ulcerative diseases International Journal of STD & AIDS 2001; 12 (Suppl. 3): 78± 83. 14. Sogn DD, Evans R 3rd, Shepherd GM, Casale TB, Condemi J, Greenberger PA, Kohler PF, Saxon A, Summers RJ, VanArsdel PP Jr, et al. Results of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Clinical Trial to test the predictive value of skin testing with major and minor penicillin derivatives in hospitalized adults. Arch Intern Med. 1992 May; 152(5): 1025-32.
Infecciones de la piel y de los tegumentos	Infecciones a la piel 1. OPS/DPC/CD/296/Agosto 2004. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. 2. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Everett D, Dellinger P, Goldstein EJC, Gorbach SL, Hirschmann JV, Kaplan EL, Montoya JG, Wade JC. IDSA Guidelines: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections. CID 2005:41 (15 November). 3. Eduardo de Zubiría. Revisión de temas: Alergia a fármacos Parte II. Reacciones alérgicas a betalactámicos. Revista de asma, alergia e inmunología. Volumen 11. Número 2, Junio 2002. 4. S Koning, AP Verhagen, LWA van Suijlekom-Smit, A Morris, CC Butler, JC van der Wouden. Interventions for impetigo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue. 5. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatments for impetigo. Br J Gen Pract. 2003 Jun; 53(491): 480-7. 6. Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR, Painter J, Billhimer W, Altaf A, Hoekstra RM. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. Lancet. 2005 Jul 16-22; 366(9481): 225-33. 7. Stulberg DL, Penrod MA, Blatny RA. Common Bacterial Skin Infections. American Family Physician july 1, 2002/ Vol 66, N° 1. 8. Gorwitz RJ, Jernigan DB, Powers JH, Jernigan JA and other experts. Strategies for Clinical Management of MRSA in the Community: Summary of an Experts' Meeting Convened by the Centers for Disease Control and Prevention March 2006.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	9. Borlaug G, Davis JP, Fox BC. Community associated methicillin resistant Staphylococcus aureus (CAMRSA). Guidelines for Clinical Management and Control of Transmission. PPH 42160. October, 2005. 10. Ellis Simonsen SM, van Orman ER, Hatch BE. Cellulitis incidence in a defined population. Epidemiology and Infection 134(2): 293-299 Abr, 2006. Onicomicosis 1. Lilly KK, Koshnick RL, Grill JP, Khalil ZM, Nelson DB, Warshaw EM. Cost-effectiveness of diagnostic tests for toenail onychomycosis: a repeated-measure, single-blinded, cross-sectional evaluation of 7 diagnostic tests. J Am Acad Dermatol. 2006 Oct; 55(4). 2. Casciano J, et al. Economic analysis of oral and topical therapies for onychomycosis of the toenails and fingernails. Manag Care. 2003 Mar; 12(3):47-54. 3. Warshaw EM. Evaluating costs for onychomycosis treatments: a practitioner's perspective. J. Am Podiatr Med Assoc. 2006 Jan-Feb; 96(1): 38-52. 4. Krob AH, Fleischer AB Jr, D'Agostino R Jr, Feldman SR. Terbinafine is more effective than itraconazole in treating toenail onychomycosis: results from a meta-analysis of randomized controlled trials. J Cutan Med Surg. 2003 Jul-Aug; 7(4): 306-11. 5. Crawford F, Young P, Godfrey C, Bell-Syer SE, Hart R, Brunt E, Russell I. Oral treatments for toenail onychomycosis: a systematic review. Arch Dermatol. 2002 Jun; 138(6): 811-6. 6. Baran R, Richert B. The management of onychomycosis. Ann Dermatol Venereol. 2003 Dec; 130(12 Pt 2): 1260-71. 7. John Hopkins Division of Infectious Diseases Antibiotic Guide http://hopkins-abxguide.org. 8. Tausch I, Brautigam M, Weidinger G, Jones TC. Evaluation of 6 weeks treatment of terbinafine in tinea unguium in a double-blind trial comparing 6 and 12 weeks therapy. The Lagos V Study Group. Br J Dermatol. 1997 May; 136(5): 737-42. 9. Drs. C. Henríquez, C. Guillén, B. Bustamante, R. Tello. Micosis superficial en poblaciones selváticas Prevalencia en cuatro comunidades rurales: Santa Rosa de Tiocayu, Pamashto, Bello Horizonte y Sachavacayoc. Folia Dermatológica Peruana - Vol. 11 N°. 1 Abril 2000. 10. Fuentes-Rivera D. Epidemiología y diagnóstico clínico-etiológico de onicomicosis en un centr médico universitario (junio 97- mayo 1999) Dermatología Peruana - Vol. 10, N° 1, enero - junio 2000. 11. Aditya K. Gupta, Jennifer E. Ryder, Melody Chow, Elizabeth A. Cooper. Review: Dermatophytosis: The Management of Fungal Infections. SKINmed: Dermatology for the Clinician, 4; 5: 305-310 (September/October, 2005). 12. Vender RB, Lynde CW, Poulin Y. Prevalence and epidemiology of onychomycosis. J Cutan Med Surg. 2006 Dec; 10 Suppl 2: S28-33. 13. Padilla A et al. Estudio clínico y epidemiológico de las dermatofitosis en una Zona básica de Salud de Jaén. Revista Iberoamericana de Micología 2002, vol. 19, no1, pp. 36-39.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	14. Gunduz T, Yesim D, Sacar T, Hilmioglu S, Baydur H, Inci R, Tümbay E. Onychomycosis in primary school children: association with socioeconomic conditions. Volume 49 Issue 5 Page 431 - September 2006. 15. Perea S, et al. Prevalence and risk factors of tinea unguium and tinea pedis in the general population in Spain. J Clin Microbiol. 2000 Sep; 38(9): 3226-30. 16.Levy LA. Epidemiology of onychomycosis in special-risk populations. J Am Podiatr Med Assoc. 1997 Dec; 87(12): 546-50. 17. Tosti A, Hay R, Arenas-Guzman R. Patients at risk of onychomycosis--risk factor identification and active prevention. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 Sep; 19 Suppl 1: 13-6. 18. Ogasawara Y. Prevalence and patient's consciousness of tinea pedis and onychomycosis. Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi. 2003; 44(4): 253-60. 19. OPS/DPC/CD/296/Agosto 2004. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. 20. Aisha Sethi, MD; Richard Antaya. Systemic Antifungal Therapy for Cutaneous Infections in Children. Pediatr Infect Dis J. 2006; 25(7): 643-644. 21. Humphrey KM, Cork MJ, Haycox A. A retrospective cost-effectiveness analysis of the treatment of onychomycosis in general practice. Br J Dermatol. 1998 Oct;139 (4): 660-4. 22. Recommendations for the management of onychomycosis in adults. University of Texas at Austin, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program. Austin (TX): University of Texas at Austin, School of Nursing; 2003 May. 16 p. 23. Baran R. Topical amorolfine for 15 months combined with 12 weeks of oral terbinafine, a cost-effective treatment for onychomycosis. Br J Dermatol. 2001 Oct; 145 Suppl 60: 15-9. 24. Gupta AK, Jain HC, Lynde CW, Macdonald P, Cooper EA, Summerbell RC. Prevalence and epidemiology of onychomycosis in patients visiting physicians' offices: a multicenter canadian survey of 15,000 patients. J Am Acad Dermatol. 2000 Aug; 43(2 Pt 1): 244-8. <u>Tiña</u> 1. Lilly KK, Koshnick RL, Grill JP, Khalil ZM, Nelson DB, Warshaw EM. Cost-effectiveness of diagnostic tests for toenail onychomycosis: a repeated-measure, single-blinded, cross-sectional evaluation of 7 diagnostic tests. J Am Acad Dermatol. 2006 Oct; 55(4): 620-6. Epub 2006 Jun 13. 2. Frieden IJ. Williams JV, Honig PJ, McGinley KJ. Tinea capitis: asymptomatic carriage of infection. Pediatr Infect Dis J. 1999; 18: 186–190. 3. Semiquantitative study of tinea capitis and the asymptomatic carrier state in inner-city school children. Pediatrics. 1995; 96: 265–267. 4. Ali-Shtayeh MS, Salameh AA, Abu-Ghdeib SI, Jamous RM, Khraim H. Prevalence of tinea capitis as well as of asymptomatic carriers in school children in Nablus area (Palestine). Mycoses. 2002 Jun; 45(5-6): 188-94.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	5. Greer DL. Treatment of symptom-free carriers in management of tinea capitis. Lancet. 1996; 348: 350. 6. Pomeranz AJ, Sabnis SS, McGrath GJ, Esterly NB. Asymptomatic dermatophyte carriers in the households of children with tinea capitis. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999 May; 153(5): 483-6. 7. John Hopkins Division of Infectious Diseases Antibiotic Guide http://hopkins-abxguide.org. 8. Red Book Online. American Academy of Pediatrics. 9. Fleece et al. Griseofulvin Versus Terbinafine in the Treatment of Tinea Capitis A Meta-analysis of Randomized, Clinical Trials. Pediatrics,Vol. 114 No. 5 November 2004, pp. 1312-1315. 10. L C Fuller,F J Child, G Midgley, E M Higgins. Clinical Review: Diagnosis and management of scalp ringworm. BMJ 2003; 326: 539-541. 11. Aditya K. Gupta, Jennifer E. Ryder, Melody Chow, Elizabeth A. Cooper. Review: Dermatophytosis: The Management of Fungal Infections. SKINmed: Dermatology for the Clinician, 4; 5: 305-310 (September/October, 2005). 12. Cuétara, Del Palacio, Pereiro & Noriega. Prevalence of undetected tinea capitis in a prospective school survey in Madrid: emergence of new causative fungi. British Journal of Dermatology. Volume 138 Issue 4 Page 658 - April 1998 . 13. Padilla A; Sampedro A ; Sampedro P ; Delgado V. Estudio clínico y epidemiológico de las dermatofitosis en una Zona básica de Salud de Jaén. Revista Iberoamericana de Micología 2002, vol. 19, no1, pp. 36-39. 14. OPS/DPC/CD/296/Agosto 2004. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. 15. Trivino-Duran L, Torres-Rodriguez JM, Martinez-Roig A, Cortina C, Belver V, Perez-Gonzalez M, Jansa JM. Prevalence of tinea capitis and tinea pedis in Barcelona schoolchildren. Pediatr Infect Dis J. 2005 Feb; 24(2): 137-41. 16. Sahin I, Oksuz S, Kaya D, Sencan I, Cetinkaya R. Dermatophytes in the rural area of Duzce, Turkey. Mycoses. 2004 Dec; 47(11-12): 470-4.
Otras infecciones	Hepatitis: 1. Pyrsopoulos Nikolaus. Hepatitis B. eMedicine, Updated February 2007. 2. Gilroy Richard, Hepatitis A. eMedicine, Updated May 30, 2006. 3. Valenzuela M T, Jacobs RJ, Arteaga O, Navarrete M S, Meyerhoff AS, Innis BL. Cost-effectiveness of universal childhood hepatitis A vaccination in Chile. Vaccine 2005. 4. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Protocolo de trabajo: Evaluación de la persistencia de anticuerpos protectores luego de la aplicación de monodosis de vacuna anti HAV. Argentina 2006.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	5. Prevalence and Incidence of Hepatitis B. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/Tropicales/capacita/MAESTRIA2005/2005/justificacion.htm. Conjuntivitis: 1.- Leibowitz H. M. : Primary Care : The red eye N Engl J Med 2000; 343: 345-351, Aug 3, 2000. 2.- Michael A Silverman, MD: Conjunctivitis , eMedicine World Medical Library, Specialties > Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry, and Surgery > Infectious Diseases Last Updated: May 10, 2006 . 3.-Garza Velasco Raúl, Conjuntivitis bacteriana en la población adulta, Frecuencia de las especies detectables mediante cultivos microbiológicos, Lab acta 1997; 9(4) : 99-104. 4. Silvermann Michael. Conjunctivitis. eMedicine. Updated: May 8, 2007. Anemia y parasitosis: 1. Imelda Angeles-Agdeppa, Lourdes S. Paulino, Adelisa C. Ramos, Unita Marie Etorma, Tommaso Cavalli-Sforza, and Silvano Milani. Government-Industry Partnership in Weekly Iron-Folic Acid Supplementation for Women of Reproductive Age in the Philippines: Impact on Iron Status. Nutritional Reviews, Vol 13, N° 12; S116-S125. 2 D. Kapur, S. Sharma and K. N. Agarwal. Effectiveness of Nutrition Education, Iron Supplementation or both on Iron Status in Children. Indian Pediatrics; 2003; 40: 1131-1144. 3. Criterios de Programación 2007. MINSA. 4. Larocque R, Casapia M, Gotuzzo E, MacLean JD, Soto JC, Rahme E, Gyorkos TW. A double-blind randomized controlled trial of antenatal mebendazole to reduce low birthweight in a hookworm-endemic area of Peru. Trop Med Int Health. 2006 Oct; 11(10): 1485-95. 5. Hilary M. Creed-Kanashiro, Tula G. Uribe, Rosario M. Bartolini, Mary N. Fukumoto, Teresa T. López, Nelly M. Zavaleta and Margaret E. Bentley. Improving Dietary Intake to Prevent Anemia in Adolescent Girls through Community Kitchens in a Periurban Population of Lima, Peru. Journal of Nutrition. 2000; 130: 459S-461S. 6. Informe Nacional de Prevalencia de Anemia y Niveles de Hemoglobina en Niñas y Niños de 12 a 35 meses y en Mujeres en Edad Fértil- 2003. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del INS. 7. Norhayati M, Fatmah MS, Yusof S, Edariah AB. Intestinal parasitic infections in man: a review. Med J Malaysia. 2003 Jun; 58(2): 296-305; quiz 306. 8. Wells, Barbara; Dipiro Joseph T, Schwinghammer Terry L, Hamilton Cindy W. Pharmacotherapy Handbook. Fifth Edition, 2003. 9. Pedro Huapaya, Yrma Espinoza, Alina Huiza, Carlos Sevilla, Herman Vildósola. Tratamiento de Strongyloides stercoralis con ivermectina y tiabendazole. An. Fac. Med. V.64 n.2 Lima Abr./Jun. 2003.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condiciones no transmisibles	
Condiciones mentales	Esquizofrenia: 1. Gerstein, Paul. Schizophrenia. eMedicine. Updated January 23 2007. Ansiedad: 1. Clinical Guidelines for the Management of Anxiety. Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Clinical Guideline. December 2004. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Clinical Excellence, London. 2. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology 19 (6) 2005. pp: 567-596. 3. Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MM, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, Andrews G, Vos T. Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2004 Aug; 38(8): 602-12. 4. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV / No. 4 / 2005. 5. Otto MW, Smits JAJ, Reese HE. Cognitive-Behavioral Therapy for the treatment of Anxiety Disorders. J Clin Psychiatry 2004; 65 (suppl 5): 34-41. 6. Dhillon S, Scott LJ, Plosker GL. Escitalopram: a review of its use in the management of anxiety disorders. CNS Drugs. 2006; 20(9): 763-90. 7. Kurt Kroenke et al. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. Annals of Internal Medicine. 2007; 146: 317-325. 8. el-Rufaie OE, Absood GH. Minor psychiatric morbidity in primary health care: prevalence, nature and severity. Int J Soc Psychiatry. 1993 Autumn; 39(3): 159-66.
Condición	**Evidencia**
	Depresión: 1. Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23 December 2004. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Clinical Excellence, London. 2. Lopez J, Lopez MA, Vargas BE, Villamil V. The Cochrane Central Register of Controlled Trials: Double blind study with antidepressant, brief psychotherapy and placebo in patients with mild to moderate depression. Salud Mental 2004, 27: 5; pp: 53-61. 3. SECTA: Partners for change. Costing Clinical Guidelines: Depression (England and Wales). National Institute for Clinical Excellence. Nov 2004. 4. World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. OMS, 2001. 5. J. John Mann. Review: Drug therapy. The Medical Management of Depression. NEJM; 353; 17, 27 oct 2005.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	6. Julian Leff. The state of the evidence Mental health services and barriers to implementation. 7. Depresion in Primary Care: Volume I. Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). April 1993. 8. Demyttenaere K, Hemels ME, Hudry J, Annemans L. A cost-effectiveness model of escitalopram, citalopram,and venlafaxine as first-line treatment for major depressive disorder in Belgium. Clin Ther. 2005 Jan; 27(1): 111-24. 9. Croom KF, Plosker GL. Spotlight on the pharmacoeconomics of escitalopram in depression. CNS Drugs. 2004; 18(7): 469-73. 10. Croom KF, Plosker GL. Escitalopram: a pharmacoeconomic review of its use in depression. Pharmacoeconomics. 2003; 21(16): 1185-209. 11. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, Gillman MW. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. J Epidemiol Community Health. 2006 Mar; 60(3): 221-7. <u>Alcoholismo:</u> 1. Ludbrook A, Godfrey C, Wyness L, Parrott S, Haw S, Napper M and Van Teijlingen E. Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland: A literature review. Health Economics Research Unit. University of York, Health Education Board Scotland and University of Aberdeen, 2002. 2. Fiellin D et al. Screening for alcohol problems in Primary Care: A Systematic Review. Arch. Intern. Med. 2000; 160: 1977-1989. 3. World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. OMS, 2001. 4. Carrington M et al. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. Arch int Med. 1999; 159: 1681-1689. 5. Nick Heather, Duncan Raistrick and Christine Godfrey. A summary of the Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. The National Treatment Agency for Substance Misuse. England, 2006. 6. Ayudando a Pacientes que Beben en Exceso: Guía para profesionales de la salud. Edición Actualizada del 2005. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de Salud. Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo.
Condiciones crónicas y degenerativas de otros sistemas	<u>Diabetes mellitus no complicada:</u> 1. Seclén S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, y col. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa sierra y selva del Perú. Acta Med Peru 1999; 17(1): 8-12.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	2. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. The Lancet 2006; 368:1673-1679. 3. Sociedad Peruana de Endocrinología. Consenso para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus y la Intolerancia a la Glucosa. Acta Médica Peruana Julio-Setiembre 1999; 17(1): 55-64. 4. Tuomilheto J, Lindstrom J. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. NEJM; 344, 18. 2001. 5. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. NEJM; 346, 6. Feb2002. 6. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetologia 2006; 49: 1711-1721. 7. NathanD. Initial management of glycemia in type 2 Diabetes Mellitus. NEJM Vol. 347 No 17 Oct 2002. 8. Inzucchi S. Oral Antihyperglycemic Therapy for Type 2 Diabetes: Scientific Review JAMA, Jan 2002; 287: 360 - 372. 9. Global Guideline for Type 2 Diabetes. International Diabetes Federation. 2005. 10. Steven E, Kahn M et al. Glycemic Durability of Rosiglitazone, Metformin or Glyburide Monotherapy. NEJM; 355, 26. Dic 2006. 11. Herman W H, Thomas M P. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing Type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. Annals of Internal Medicine 142(5) 2005. 12. Gillies C, Abrams K. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. BMJ; Vol 334. Feb 2007. 13. Rush Micheal, Diabetes. eMedicine. Updated April 25, 2002. <u>Hipertensión arterial no complicada:</u> 1. Ministerio de Salud del Perú. Guía de Hipertensión Arterial. 2005. 2. Austi, Régulo. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Acta Médica Peruana Vol 23 No 2. 2006. 3. The Seventh Report of the Joint National Committee of Prevention on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (The JNC Report). JAMA Vol 289 No. 9. 2003. 4. Blood Pressure Lowering Treatment Trialist's Collaboration. Effects of different blood pressure lowering regimes on major cardiovascular events: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Lancet 2003; 362:1527-1545.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	5. The ALLHAT Officer and Coordinators for the ALLHAT Collaborative research Group: Major Outcomes in high risk hypertensive patients randomized to angiotensin converting enzyme inhibitors, calcium channel blockers versus diuretics: the Antihypertensive and Lipid lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002; 288; 2981-2997. 6. Adnan I. Qureshi, M. Fareed K. Surib, Jawad F. Kirmanib, Afshin A. Divanib. Prevalence and trends of prehypertension and hypertension in United States: National Health and Nutrition Examination Surveys 1976 to 2000. Med Sci Monit, 2005; 11(9): CR403-409. 7. Sharma Sat. Hypertension. eMedicine. Updated June 4, 2007. <u>Obesidad</u> 1. Suzanne R. Hawley, Heidi Beckman, and Thomas Bishop. Development of an Obesity Prevention and Management Program for Children and Adolescents in a Rural Setting. Journal of Community Health Nursing, 2006, 23(2), 69–80. 2. Sally M. Davis, Theresa Clay, Mary Smyth, Joel Gittelsohn, Vivian Arviso, Hilary Flint-Wagner, Bonnie Holy Rock, Richard A. Brice, Lauve Metcalfe, Dawn Stewart, Maihan Vu, and Elaine J. Stone. Pathways curriculum and family interventions to promote healthful eating and physical activity in American Indian schoolchildren. Preventive Medicine 37 (2003) S24–S34. 3. Baiocchi, Nelly y Marin, Carmen. Perfiles Nutricionales Por Países. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Perú, Diciembre 2000. 4. Plourde, Gilles. Preventing and managing pediatric obesity. Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien; VOL 52: MARCH • MARS 2006. 5. C Edwards, D Nicholls, H Croker, S Van Zyl, R Viner and J Wardle. Family-based behavioural treatment of obesity:acceptability and effectiveness in the UK; European Journal of Clinical Nutrition (2006) 60, 587–592. <u>Catarata:</u> 1. Ocampo Vicente, Foster Stephen. Cataract, Senile. eMedicine, September 15, 2005. 2. US Department of Health and Human Services. Guide to Clinical Preventive Services. Report of the US Preventive Services Task Force. Second Edition. 1996. 3. Z Wadud, H Kuper, S Polack, R Lindfield, M R Akm, K A Choudhury, T Lindfield, H Limburg and A Foster. Rapid assessment of avoidable blindness and needs assessment of cataract surgical services in Satkhira District, Bangladesh. British Journal of Ophthalmology 2006; 90: 1225-1229. 4. Luis Pongo Águila; Rómulo Carrión; Winston Luna; Juan Carlos Silva; Hans Limburg. Ceguera por catarata en personas mayores de 50 años en una zona semi rural del norte del Perú. Rev Panam Salud Pública vol.17 no.5-6 Washington May/June 2005. <u>Glaucoma:</u> 1. Wallace LM, Alward MD. Medical Managment of Glaucoma. New england Journal of medicine. Oct 1998; 339(18): 1298-1307.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	2. Elliott K, Jamees C. Glaucoma Medciations. Use and safety in the Elderly Population Drugs Aging 2006; 23(4): 321-332. 3. Ayim K Darkeh, Glaucoma, Acute Angle-Closure. eMedicine, Glaucoma, Updated May 2, 2006. 4. Moreno Lourdes.Epidemiológia del Glaucoma.Revista de Ciencias Médicas. La Habana 2006;12(1). 5. Ortiz GE. Avances en la genética de los glaucomas. Rev Cubana Oftalmol 1999; 12(2):77-83. 6. Sebastián Ferreiro López y Silvia Ruiz Navarro. Oftalmología en Atención Primaria. Editorial: Formaciòn Alcalá. Febrero 2003 (2ª Edición). 7. Francisca García de Blas Gonzáleza et al. Utilidad de una estrategia de cribado de hipertensión ocular y glaucoma en atención primaria. Atención Primaria, Volumen 39 - Número 04 p. 181 – 184. 8. Varma R, et al; Prevalence of open-angle glaucoma and ocular hypertension in Latinos: the Los Angeles Latino Eye Study. Ophthalmology. 2004 Aug; 111(8): 1439-48. 9. Wells, Barbara; Dipiro Joseph T, Schwinghammer Terry L, Hamilton Cindy W. Pharmacotherapy Handbook. Fifth Edition, 2003. 10. Ayim K Darkeh, Glaucoma, Acute Angle-Closure. eMedicine, Glaucoma, Updated May 2, 2006. <u>Osteoporosis</u>: 1. Miriam F. Delaney. Strategies for the prevention and treatment of osteoporosis during early postmenopause. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 194, Issue 2, Supplement 1, February 2006, Pages S12-S23. 2. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. NIH Conensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. JAMA 2001; 285; 785-795. 3. Nancy E. Lane. Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 194, Issue 2, Supplement 1, February 2006, Pages S3-S11. 4. George A. Kelley and Kristi S. Kelley. Exercise and bone mineral density at the femoral neck in postmenopausal women: A meta-analysis of controlled clinical trials with individual patient data. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 194, Issue 3, March 2006, Pages 760-767. 5.Análisis de Situación de Salud. DISA IV Lima Este.2006. 6. Salaffi F, Silveri F, Stancati A, Grassi W. Development and validation of the osteoporosis prescreening risk assessment (OPERA) tool to facilitate identification of women likely to have low bone density. Clin Rheumatol. 2005 Jun; 24(3): 203-11. Epub 2004 Nov 12. 7. Siris ES, Miller PD, Barrett-Connor E, Identification and Fracture Outcomes of Undiagnosed Low Bone Mineral Density in Postmenopausal Women: Results of the National Osteoporosis Risk Assesment. JAMA 2001; 286: 2815.2822.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	8. Hervas Angulo. Documento para el Manejo de la osteoporosis en atención primaria. Documento técnico de la dirección de atención primaria del servicio Navarro de Salud. 2006. Osteartrosis: 1. Perfil del adulto mayor. Perú - Intra II. MINSA. 2004. 2. Protocolo para el esqueleto axial. Sociedad Española de Reumatología. Enero, 2007. 3. Battle-Gualda E, Jovani V, Ivorra J, et al. Las Enfermedades del Aparato Locomotor en España. Magnitud y Recursos Humanos Especializados. Sociedad Española de Reumatología. Enero, 2007. 4. Artrosis I: Fases iniciales. Farma Atención. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceúticos. Mayo, 2003. 5. Pockler-Schoniger C, Wollanka H. Pathophysiology, neurology and diagnostic radiology of degenerative diseases of the lumbar spine. Radiologe. Feb, 2007. 6. Sheded D, Benzel EC. Cervical Sondylosis Anatomy: pathophysiology and biomechanics. Neurosurgery. 2007 Jan; 60 (1supp 1 1): S7-13. 7. Furqan H Siddiqui, Siriporn Janchai, Osteoarthritis. Last Updated: April 6, 2007. 8. Gillian A. Hawker et al. Differences Between Men and Women in the Rate of Use of Hip and Knee Arthroplasty. The New England Journal of Medicine. April 6, 2000. 9. Marta Buszewicz, Self management of arthritis in primary care: randomised controlled trial. BMJ, doi: 10.1136/bmj.38965.375718.80 (published 13 October 2006). Epilepsia: 1. Burneo JG, y col. Understanding the burden of epilepsy in Latin America: a systematic review of its prevalence and incidence. Epilepsy Research 2005; 66: 63–74. 2. Quiñones M y Lira D. Perfil epidemiológico de la epilepsia en una población hospitalaria en Lima, Perú. Rev Neurol 2004; 38: 712-715. 3. Hauser W.Incidence and Prevalence Epilepsy: A Comprehensive TesbooK . Engel Jr and Pedley TA . Philadelphia, 1997. 4. Browne T and Holmes G. Epilepsy. NEJM Vol 344, No 15. April 2001. 5. Pato A, Cimas I, Lorenzo J. Impacto económico de la epilepsia. Rev Neurol 2004; 39: 450-453. 6. French JA et al. Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs, I: Treatment of new-onset epilepsy: report of the TTA and QSS Subcommittees of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. Neurology 2004; 62: 1252-1260. 7. Alberto Altuzarra Corral y cols. Recomendaciones terapeuticas en epilepsia de la sociedad andaluza de epilepsia.Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. 2004.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	Asma: 1. Evidence-based guideline on the primary care management of asthma. Family Practice 2001; 18: 223-229. Eccles M, Rousseau N, Higgings B and Tomas L for the North of England Asthma Guideline Development Group. 2. Canadian asthma consensus report, 1999. Louis-Philippe Boulet, MD*, Allan Becker, MD, Denis Bérubé, MD, Robert Beveridge, MD¶, Pierre Ernst, MD. CMAJ • November 30, 1999; 161 (90111). 3. A Controlled Trial of an Environmental Tobacco Smoke Reduction Intervention in Low-Income Children With Asthma. Sandra R. Wilson, PhD; Eileen G. Yamada, MD, MPH; Reddivalam Sudhakar, MD; Lauro Roberto, MD; David Mannino, MD, FCCP; Carolina Mejia, BA and Nancy Huss, RN. Chest. 2001;120:1709-1722. 4. Manejo del asma en el primer nivel de atención. Medicina de Urgencias. Revisión sistemática. Centro Estatal de Información en Salud. Mexico DF. 2003. 5. Consenso sobre el tratamiento del asma infantil. Sociedad Española de Neumología Pediátrica y Sociedad Española de Inmunología y Alergia Pediátrica. Enero 2006. 6. Becker JM, Arora A, Scarfone RJ, Spector ND, Fontana-Penn ME, Gracely E et al. Oral versus intravenous corticosteroids in children hospitalized with asthma. J Allergy Clin Immunol 1999; 103: 586-590. World Health Organization. The immunological basis for immunization. 7. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Educación para el autocuidado y examen médico regular para adultos con asma (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. 8. Ram FSF, Cates CJ, Ducharme FM. Agonistas beta2 de acción prolongada versus antileucotrienos como tratamiento adicional a los corticosteroides inhalados para el asma crónica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. 9. Montelukast and fluticasone compared with salmeterol and fluticasone in protecting against asthma exacerbation in adults: one year, double blind, randomised, comparative trial. Leif Bjermer, Hans Bisgaard, Jean Bousquet, Leonardo M Fabbri, Andrew P Greening, Tari Haahtela, BMJ VOLUME 327 18 OCTOBER 2003. 10. British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline British Thoracic Society Scottish Intercollegiate Guidelines Network General Practice Airways Group Revised edition November 2005. 11. OGE. Semana epidemiológica 32. MINSA/OGE/RENACE. 2005. Lesiones por violencia familiar: 1. Asociación Mundial de Psiquiatría: Consenso sobre la violencia interpesonal contra la mujer. 2005. 2. Güezmes A, Palomino N. Ramos M. Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú: Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. OMS - UPCH.

TABLA VI: EVIDENCIAS BASADAS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Condición	Evidencia
	3. Measure DHS, ORC Macro, 2004 Profiling Domestic Violence: A multicountry Study. Perú. 2000. 4. Ministerio de Salud. Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil. Lima; 2001. 5. Velzeboer M. La violencia contra las mujeres: Responde el sector salud. Publicación Ocasional No 12. Washington DC; OPS. 2003. 6. WHO. Global consultation on violence and health; violence a public health priority. Ginebra: OMS. 1996. 7. Yactayo M, Rondón M, Mendoza M. Trastorno de estrés post traumático en adolescentes embarazadas en Lima. Psiquiatría y Salud Integral. 2001; 1:127 - 132. 8. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental. Aprobado por RM 943-2006/MINSA. 9. Lynn Barkley Burnett, Domestic Violence, eMedicine, Last Updated: January 17, 2006. 10. ENDES 1004. 11. Angelo P Giardino, Child Abuse & Neglect: Physical Abuse. eMedicine, Last Updated: June 15, 2006.

Como se ve, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud contiene una serie procedimientos médicos que se utilizan en el manejo de las 140 condiciones asegurables.

3.4 CONDICIONES GARANTIZADAS

Para el inicio del proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud, el MINSA estableció como principio el de buscar la garantía de la calidad y oportunidad de la atención de las condiciones asegurables ginecológicas y obstétricas así como de las pediátricas. ¿Cómo?

3.5 CRITERIOS PARA DEFINIR LAS GARANTÍAS DE CALIDAD Y OPORTUNIDAD

La **calidad**, desde la perspectiva técnica, identifica **el conjunto de atributos con que las prestaciones de salud**, tomando como punto de partida el conocimiento vigente, aumentan la probabilidad de obtener los resultados buscados, incluyendo la mayor satisfacción del usuario. También contempla los requisitos que deben cumplir las instituciones prestadoras de salud para garantizar calidad del servicio prestado.

La calidad en este contexto, se refiere al desempeño de la atención en salud que tiene la capacidad de generar un impacto o resultado positivo. Es un concepto relativo, determinado por condiciones socioculturales, económicas y por el desarrollo de la ciencia y tecnología.

El Ministerio de Salud es responsable de la definición de los **protocolos** que garantizan el desempeño de la atención en salud. Las revisiones se justifican en la medida que aparece nueva evidencia de la eficacia o efectividad de las acciones o prestaciones propuestas, o de acuerdo a la disponibilidad de recursos, siendo deseable un análisis de costo - efectividad.

El PEAS refuerza la práctica del uso de evidencia científica para definir las prestaciones garantizadas, lo que se traduce en los **algoritmos de ejecución**. Dichos algoritmos son flujogramas decisionales que orientan a los profesionales -y que también debieran orientar a los usuarios- sobre las acciones y prestaciones, necesarias y efectivas para resolver integralmente un problema de salud, en el nivel apropiado de atención, incluyendo los sistemas de derivación y contraderivación.

En cuanto a la garantía de calidad y también de oportunidad, **el instrumento que define el contenido preciso de estos derechos es el algoritmo**. Respecto a la calidad señalará el equipamiento, insumos, infraestructura y recursos humanos adecuados para la entrega de prestaciones en el nivel de atención correspondiente. Sobre la oportunidad, el algoritmo debe precisar los tiempos de espera, el momento de su partida que compromete el sistema, además de definir el caso sospechoso (que requiere confirmación diagnóstica) y el caso confirmado (que requiere tratamiento).

En este contexto, un primer elemento a definir es el de identificar en qué parte del proceso de atención debieran aplicarse las garantías explícitas. Sobre la base del análisis de los flujogramas y algoritmo de decisión clínica de cada una de las condiciones garantizadas, se priorizaron aquellos pasos del proceso cuya ejecución: (a) modifica definitivamente el manejo del caso y (b) modifica el desenlace clínico.

Una vez identificados estos aspectos críticos, se identificaron los elementos para ser incluidos en las garantías de de calidad, en respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué profesional de salud debe hacer el manejo del procedimiento crítico identificado?
2. ¿Qué atributos debe tener el procedimiento sujeto a garantías de calidad?
3. ¿Cuántos seguimientos se requieren para completar el esquema de manejo integrado?

Por ejemplo, en el manejo integrado de la Hemorragia de la segunda mitad del embarazo se definieron las siguientes garantías de calidad y oportunidad:

TABLA VII: GARANTÍAS DE CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA LA CONDICIÓN ASEGURABLE "HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO"

Garantías de oportunidad	1. En establecimientos del primer nivel de atención a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo se le deberá canalizar vía endovenosa, estabilizar e iniciar la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 minutos. 2. En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención la culminación de la gestación por hemorragia de la segunda mitad del embarazo y con alteraciones hemodinámicas será por cesárea y el tiempo para el inicio de la misma no excederá los 30 minutos.
Garantías de calidad	1. La intervención quirúrgica será realizada por médico gineco obstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.

Sobre la base de esta metodología, la DGSP elaboró una propuesta de garantías de calidad y oportunidad, principalmente en las referidas a la población sana y materno infantil. La decisión de iniciar con estas condiciones se debió a que los establecimientos de salud son heterogéneos y a la fecha de aprobación de la Ley no todos contaban con la capacidad para brindar atenciones de salud según estándares deseados.

3.6 LA VALIDACIÓN CLÍNICA

En el primer trimestre de 2008 el MINSA realizó un proceso de **validación** con el propósito de recoger sugerencias sobre el contenido de las prestaciones para el manejo clínico de las condiciones asegurables y "ajustar" el PEAS,. El proceso de validación contó con la opinión de expertos y profesionales que brindan atención a la población en las condiciones asegurables del PEAS. La composición de dicho panel de expertos fue la siguiente:

- Especialistas procedentes de las sociedades científicas acreditadas en el Colegio Médico del Perú.

- Docentes e investigadores universitarios.
- Jefes de departamento o servicio de hospitales de MINSA, EsSalud, FFAA y sector privado (EPS y prestadores).
- Jefes de redes seleccionadas MINSA y EsSalud.
- Especialistas procedentes de empresas aseguradoras.
- Expertos de laboratorios y grupos farmacéuticos.

La materia de validación abarcó los siguientes aspectos:

- Definición de **variantes clínicas de presentación de las condiciones asegurables.**
- Identificación de los **procedimientos** médicos empleados para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de las condiciones asegurables.
- **Número de interacciones aplicables** a los procedimientos médicos identificados en el ítem anterior.
- Identificación de los **medicamentos** empleados para el manejo de las condiciones asegurables.

3.7 EL PROCESO DE VALIDACIÓN

La validación de cada condición asegurable se ejecutó en una fase **no presencial** (individual) y otra fase **presencial** (grupal). Durante la fase no presencial se usaron las **matrices** de manejo integral de condiciones, las mismas que fueron revisadas por cada miembro del sub-grupo de trabajo y luego discutidas en la fase presencial.

En un primer momento, se sostuvo una reunión de **sensibilización** con autoridades y representantes de sociedades científicas, colegios profesionales, autoridades

universitarias, funcionarios y directivos de hospitales y redes seleccionadas del MINSA, EsSalud, FFAA, EPS y clínicas privadas.

En una segunda reunión con 184 especialistas, se explicó el proceso y se entregó, para su revisión, matrices de manejo integral. A continuación, mediante trabajo grupal, y con apoyo de un facilitador, se revisaron y anotaron las sugerencias sobre cada matriz de manejo integral de las condiciones del PEAS. Estas matrices fueron sistematizadas y las sugerencias incluidas para ajuste del PEAS.

4 FORMULACIÓN DE REQUERIMIENTOS FINANCIEROS

En el presente capítulo se describirá la metodología para determinar los requerimientos financieros globales para cubrir las prestaciones contenidas en el PEAS. El volumen de financiamiento estará determinado directamente por el **costo de la provisión** del PEAS, es decir, el valor probable del conjunto de servicios de salud que, a una fecha de valorización, demandarían los afiliados al seguro público como consecuencia de la ocurrencia de eventos asegurables. Para fines del cálculo de requerimientos, se define como **población objetivo** a aquella afiliada al régimen subsidiado de aseguramiento (SIS) al inicio de la implementación del aseguramiento universal en salud (2009).

4.1 EL COSTO DE LA PROVISIÓN DEL PEAS

La medición de los costos de provisión del PEAS, se realizará sobre la base del cálculo del valor bruto de producción (VBP), es decir la valorización a **costos totales** del conjunto de beneficios prestacionales que podrían ser demandados por la población afiliada durante un año determinado. El costo de provisión (CP) está compuesto por dos elementos (a) el **volumen probable** de beneficios prestacionales a ser demandado por la población afiliada al SIS y (b) el **precio de referencia:**

$$CP_t = \sum_{j=1}^{k} \sum_{i=1}^{m} PR_j \; x \; \Pr ob_j \; x \; P_{ji} \; x \; CU_{ji} \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots (1)$$

Donde:

TABLA VIII: COMPONENTES DEL COSTO DE PROVISIÓN

Componentes CA	Variable	Descripción	Unidad de medida
Volumen probable de beneficios prestacionales	PR_{jt}	Población afiliada en riesgo ante la condición de salud j en el periodo t	Número personas
	$Prob_{it}$	Probabilidad que la población en riesgo demande servicios de salud en el periodo t	Porcentaje
	P_{jit}	Prestación i contenida en el Plan demandada por la población en riesgo j en el periodo t	Unidades físicas
Precio	CU_{jit}	Costo unitario de la prestación i demandada por la población en riesgo j	Unidades monetarias

Respecto al volumen de beneficios prestacionales, este indicador está reflejando la **demanda de uso** de los servicios de salud por parte de la población afiliada al SIS y no las **necesidades de atención** de salud por parte de esta población. Desde una perspectiva financiera, el primer concepto es más relevante por cuanto hace referencia a los servicios que efectivamente son utilizados por la población; mientras que el segundo hace referencia a los servicios de salud que se requerirían para atender las necesidades de salud. Ambos conceptos serían equivalentes si, ante la ocurrencia de un evento de enfermedad, en todos los casos, la población acudiese a los servicios de salud para su atención. Esto último implicaría que la probabilidad de demandar servicios de salud fuese unitaria, lo cual es improbable para la realidad peruana actual por cuanto existen "barreras de entrada" de carácter geográfico y cultural, entre otras. Se espera que con el AUS, la barrera principal para el acceso -el gasto para el usuario- disminuya.

El precio de referencia incluye:

- Costos unitarios **fijos**, relacionados al costo de recursos humanos, equipamiento y la infraestructura, gastos de administración.
- Costos unitarios **variables**, relacionados al costo de los insumos, material

médico y quirúrgico, medicamentos, servicios de mantenimientos de equipo y otros costos que permiten la operatividad de los establecimientos de salud.

El resultado de dividir el costo total de la provisión del PEAS entre el valor esperado de la población afiliada al SIS en un año determinado representa el **subsidio per cápita** que debiera cubrirse por toda fuente de financiamiento. Considerando la metodología empleada, se trata de un subsidio mínimo.[6]

4.2 METODOLOGÍA DE CÁLCULO DEL VOLUMEN PROBABLE DE BENEFICIOS PRESTACIONALES

Como se ha indicado en el acápite anterior, el volumen probable de beneficios prestacionales está compuesto por tres elementos. El primero, referido al **número de personas afiliadas** al SIS expuestas a riesgo de ocurrencia de cada uno de los eventos asegurables contenidos en el PEAS, y por lo tanto susceptibles de demandar de servicios de salud. Para ello, se ha empleado las tasas de incidencia y prevalencia contenidas en el **Estudio Nacional de Carga de Enfermedad** (MINSA, 2004) para cada una de las condiciones asegurables (incluyendo variantes clínicas). En el caso de no contar con información, se utilizó las tasas de incidencia o prevalencia de países similares.

El segundo elemento es la **probabilidad** de que cada una de las poblaciones expuestas a riesgos efectivamente demande servicios de salud, indicador que permite aproximarse a **la demanda de uso**. Esta probabilidad fue estimada utilizando la información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) y definida a partir del producto de la tasa de auto reporte de enfermedad (E/P) y la tasa de utilización de los servicios de salud por parte de la población enferma (U/E):

6 No se ha empleado una metodología actuarial para la determinación del subsidio per cápita, debido: (a) el SIS maneja un fondo nocional y los subsidios son determinados anualmente (b) el financiamiento a la población afiliada se realiza bajo un sistema de reparto, en el cual, las obligaciones financieras suelen ser calzadas con los recursos generados durante un año fiscal (pay-as-you-go) y, (c) existe la posibilidad de recurrir al financiamiento público para atender cualquier desequilibrio que se origine por riesgos de insuficiencia de prima u otros factores dentro de un ejercicio fiscal.

$$\Pr ob_t = \frac{E}{P} x \frac{U}{E} \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots (2)$$

TABLA IX: PROBABILIDAD DE USO DE SERVICIOS DE SALUD

Variable	Descripción	Unidad de medida
E	Total de población afiliada al SIS que se auto reporta enferma	Número personas
P	Total de población afiliada al SIS	Número personas
U	Población que se auto reporta enferma que utiliza los servicios de salud	Número personas

En esta orientación, de aproximarnos a la **demanda específica de cada condición asegurable**, principalmente las referidas a las condiciones obstétricas y ginecológicas y las pediátricas, el indicador de demanda se desagregó por sexo, grupos etáreos y áreas geográficas.

4.3 METODOLOGÍA DE COSTEO UNITARIO DE PROCEDIMIENTOS

Se trata de definir las garantías de protección financiera que se van a brindar a la población en relación al paquete básico de aseguramiento. Aquí es fundamental la definición del **valor** para las intervenciones identificadas. El proceso de costeo es crítico pues proporciona los cimientos sobre los cuales se pueden iniciar las estimaciones de tipo actuarial. La definición de la **metodología de costeo** a ser empleada es igualmente importante por esta misma razón. Diferentes metodologías de costeo de un mismo proceso productivo pueden conducir a diferentes resultados. Así, por ejemplo, los **costos observados** (o costeo por absorción) proporcionan información importante para la **gestión** de los servicios de salud, ya que son costos que se dan en condiciones cotidianas de funcionamiento del proveedor. En contraste, los costos

de naturaleza **estándar** proporcionan información de carácter normativo (para propósitos de diseño normativo). Una de las principales diferencias surge a partir de la incorporación de costos de ineficiencia prestacional (de nivel micro) u organizacional (de nivel macro). **El costeo estándar tiene como supuesto una organización eficiente de los servicios**, así como una **dinámica de producción de servicios** que es igualmente eficiente. En otras palabras, la metodología de costeo estándar hace uso de un enfoque de "**tolerancia cero**" (traducido en la ausencia de subsidios) **hacia la ineficiencia**. En consideración a esto último es que se ha optado por emplear el enfoque estándar de costeo de servicios.

Otro elemento importante para el proceso de costeo corresponde a la **perspectiva de costeo** que se va a emplear. Tal como en el caso precedente, la utilización de diferentes perspectivas tiene un correlato directo sobre los estimados de costos correspondientes. El origen de las diferencias se ilustra en la Tabla XII. Para propósitos de diseño del paquete esencial de aseguramiento universal se ha tomado **la perspectiva del comprador**, función que estará siendo asumida por el sector público.

TABLA X: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL COSTEO SEGÚN LA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS EMPLEADA[7]

Componente de costo	Perspectiva		
	Social	Comprador	Proveedor
Costos de los servicios de salud	Todos	Gastos negociados	Gastos de los servicios proporcionados
Costos generados en la productividad del afectado	Incluido	Excluidos	Ninguno
Cuidadores informales	Incluido	Excluidos	Excluidos
Transporte	Todos	Si lo hubiese pagado el servicio	Excluidos
Otros servicios que no son de salud	Todos	Si lo hubiese pagado el servicio	Excluidos
Ausencia por enfermedad	Costos de administración unicamente	Si lo hubiese pagado el servicio + c. administración	Excluidos
Beneficios de discapacidad / pensiones	Costos de administración unicamente	Si lo hubiese pagado el servicio + c. administración	Excluidos

7 Tomado de Centre for Health Economics (2005).

Centrándonos en el proceso de costeo propiamente dicho, se ha considerado como premisa inicial el hecho de que los procedimientos médicos son resultado de procesos productivos que se dan en las organizaciones prestadoras de salud. En el desarrollo de estos procesos productivos interviene un conjunto de recursos (factores de producción) y variables. Recursos y variables que son de diferente tipo y su participación, comportamiento y, consecuentemente, sus costos son también diferenciados dependiendo del procedimiento analizado. El diseño metodológico recoge esta diferenciación por factor y variable para cada uno de los procedimientos médicos.

Para la medición de los costos unitarios de procedimientos se utilizó la metodología **de costeo estándar,** es decir, asumiendo que la producción de servicios de salud se otorga en condiciones de eficiencia técnica. En este sentido, el costo estándar es un indicador referencial o predeterminado que actúa como un patrón de eficiencia.

De manera general, esta metodología plantea un conjunto de consideraciones generales que se describen a continuación:

- Los procedimientos médicos son **resultado de procesos** productivos que se dan en las organizaciones prestadoras de servicios de salud. En el desarrollo de estos procesos productivos intervienen un conjunto de **recursos** (factores de producción) **y variables,** los cuales son de diferente tipo y su participación, comportamiento y, consecuentemente, sus costos son también diferenciados dependiendo del procedimiento que se está produciendo. El diseño metodológico recoge esta **diferenciación por factor y variable para cada uno de los procedimientos médicos**.

- La función de producción de los procedimientos médicos, es decir, la relación técnica que existe entre los recursos y variables, es **técnicamente eficiente**; es decir que no se generan menos productos de los que se debía producir.

- Los recursos y variables considerados se basan en los **protocolos** o **guías** de atención. Entre ellos, se identifican los siguientes:

Factores de producción:

- **Recursos humanos** en relación directa y complementaria con la prestación del procedimiento médico.
- **Equipamiento básico** con el que se presta el procedimiento médico, el cual será diferenciado por tipo de ambiente físico.
- **Equipamiento adicional** por tipo de procedimiento médico, de acuerdo al caso.
- **Insumos** necesarios para la prestación del procedimiento médico.
- **Infraestructura** en la que se otorga la prestación de los procedimientos médicos.
- **Servicios intermedios**.
- **Servicios generales y Gastos administrativos**, referidos a los recursos que intervienen indirectamente en la prestación de los procedimientos médicos.

Variable:

Tiempo empleado en la prestación de los procedimientos médicos.

• Para cada uno de los procedimientos médicos del PEAS se establecieron en detalle los factores de producción que intervienen y el nivel de participación de cada uno de ellos. Esta información se recogerá de las guías y protocolos de atención que, de manera estándar, consignan dicha información (incluyendo la variable tiempo).

• La valoración de cada uno de los factores y variables mencionadas se realizará de acuerdo a los criterios específicos establecidos, siguiendo los patrones de producción estándar, teóricos, en condiciones de normalidad. Se entiende por **normalidad** el **rendimiento eficiente** de los recursos involucrados, el cual incorpora niveles de pérdida según la programación, uso o vida útil de los mismos.

• En términos generales, la determinación de los valores para cada uno de los factores se hará sobre la base de criterios económicos (costos, precios de mercado),

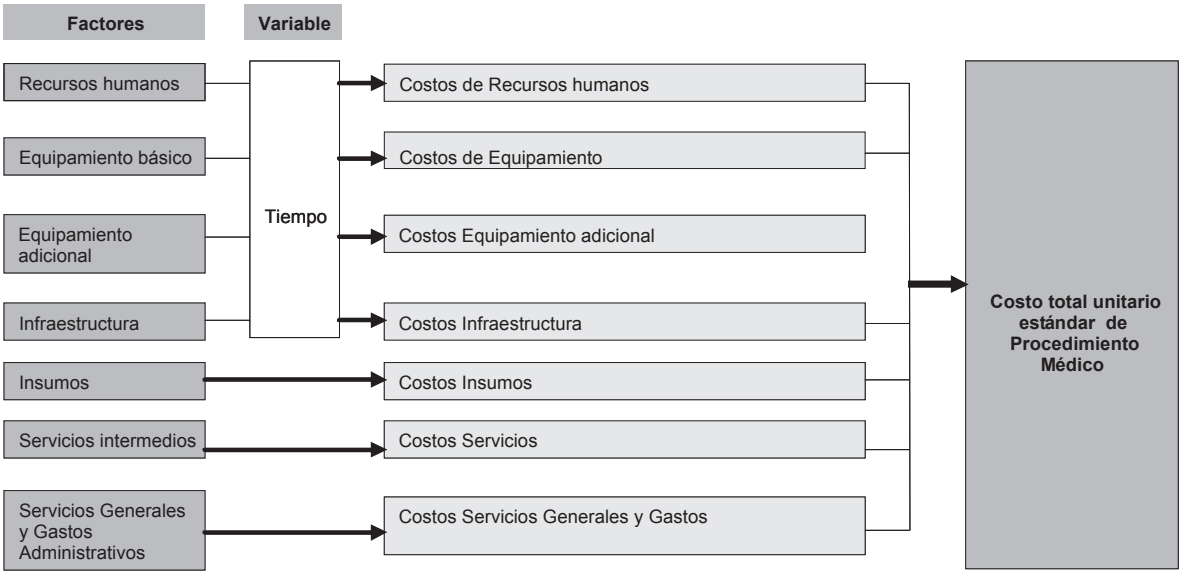
debido al uso del costeo estándar, especialmente en la determinación de tarifas.

• Dado el alcance que tiene la estimación de los costos estándar para la determinación de tarifas que permitan el intercambio de servicios entre el Ministerio de Salud y otras instituciones prestadoras, se tomará, como referente central, las valoraciones económicas que maneja el MINSA.

• Debido a que el PEAS incorpora procedimientos que se otorgan en establecimientos de salud de diferente categoría (Puestos de Salud hasta Hospitales Especializados), la metodología establecerá esa diferenciación en aquellos procedimientos que solo pueden ser realizados en determinado tipo de establecimientos (ejemplo, procedimientos complejos que solo se realizan en hospitales III-1).

• Finalmente, la valoraciones establecidas para cada factor y variable de cada uno de los procedimientos se interrelacionan, lo cual se expresa en una fórmula matemática que integra todas estas consideraciones y da como resultado final el **costo total unitario estándar por cada procedimiento médico**. En la siguiente gráfica se observa dicha interrelación para la estimación de los costos (ver Figura III).

FIGURA III: INTERRELACIÓN DE FACTORES Y VARIABLES PARA LA DETERMINACIÓN COSTOS TOTALES UNITARIOS DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DEL PLAN DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL



Costo estándar de Procedimiento médico	$= [(Rh_d \times t_p) + (Rh_c \times t_t)] + (Eq \times t_t) + (Ea \times t_t) + (If \times t_t) + I + Si + Sc$

Donde:

Rh_d	=	Recurso Humano directamente relacionado
Rh_c	=	Recurso Humano en relación complementaria
t_p	=	tiempo de la prestación en sí
t_t	=	tiempo total de la prestación
Eq	=	Equipamiento básico
Ea	=	Equipamiento adicional
I	=	Insumos
If	=	Infraestructura
Sg	=	Servicios generales
Sa	=	Servicios administrativos

4.3.1 LIMITACIONES DE LA METODOLOGÍA DE COSTEO EMPLEADA

Aunque la metodología de costeo estándar facilita la estimación de primas de aseguramiento público basadas en procesos productivos normalizados o eficientes, también cuenta con ciertas limitaciones, cuyo reconocimiento permitirá –dentro de lo posible- prevenir distorsiones en los estimados financieros del paquete esencial de aseguramiento (Figura IV). Dichas limitaciones se mencionan a continuación:

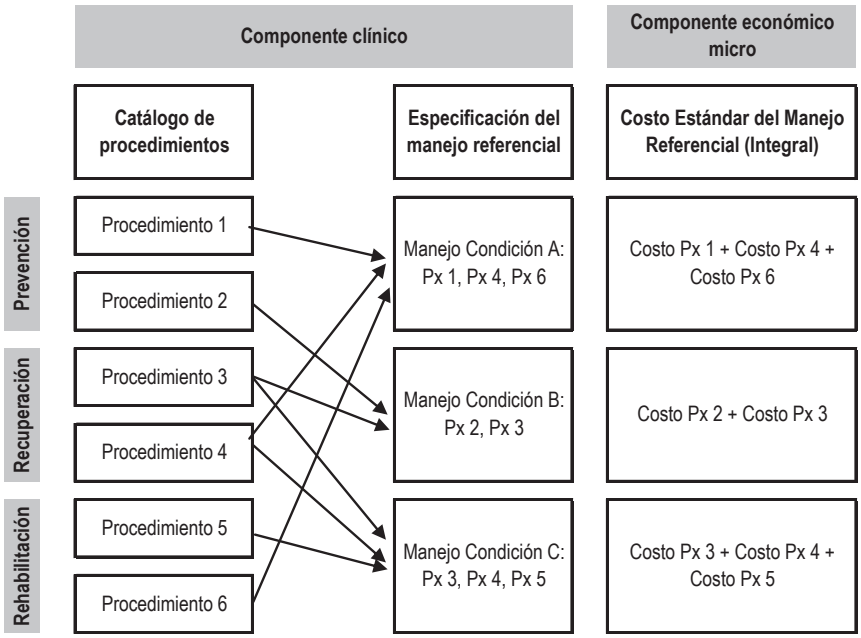
- Las estimaciones de costos toman como referencia la información oficial **más reciente** disponible. En ausencia de información actualizada, la consecuencia previsible es que los costos estándares estén igualmente desfasados, ello acarrea, por tanto, la generación de potenciales desequilibrios financieros en los proveedores de servicios. Para el presente estudio, la información empleada ha correspondido al año 2006. Si bien esta información es considerada válida para el año 2007, requiere ser **actualizada** de cara a ejercicios fiscales posteriores.

- La metodología de costeo puede generar inmediatas tensiones financieras en aquellos prestadores que están lejos de niveles de eficiencia operativa. Considerando que el nivel de ineficiencia en los proveedores públicos de servicios de salud bordea

el 40%, los estimados financieros globales podrían estar siendo considerados en forma insuficiente.

• La perspectiva de costeo empleada (institucional) no permite valorizar el costo social de aquellas condiciones que además de generar discapacidad en la persona, extienden sus consecuencias económicas sobre el entorno familiar más cercano. Así, el impacto económico de determinadas condiciones puede estar subestimado.

FIGURA IV. COSTEO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE UNA CONDICIÓN PRIORIZADA A PARTIR DEL COSTEO ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTOS



ANEXO

LEY N° 29344

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO.

El Congreso de la República
Ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA;

Ha dado la Ley siguiente.

LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. Objeto de la Ley
La presente Ley tiene el objeto de establecer 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, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

Artículo 2°. Ámbito de aplicación
La presente Ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud y comprendidas en el Capítulo II, en todo el territorio nacional.

Artículo 3°. Del aseguramiento universal en salud
El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS),

Artículo 4°. Principios
Los principios del aseguramiento universal en salud son los siguientes:

1 Universalidad.- La salud es un derecho fundamental consagrado en la Constitución Política del Perú y demás documentos y convenios suscritos por el Estado peruano y otras leyes de menor jerarquía, por ello, el aseguramiento universal en salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.
2. Solidaridad.- Conjunto de actos y normas orientados a compensar el costo de la atención a quien la necesite con el aporte de los contribuyentes y del Estado Se refiere al mecanismo de financiamiento mediante la compensación de los aportes entre grupos de diferentes edades, riesgos de enfermedad o segmentos económicos, entre otros.
3 Unidad.- Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos, financiamiento y prestaciones para alcanzar los objetivos contemplados en la presente Ley
4. Integralidad.- Otorgamiento de todas las prestaciones necesarias para solucionar determinados problemas de salud.
5. Equidad.- El sistema de salud provee servicios de salud de calidad a toda la población peruana, priorizando a la población más vulnerable y de menos recursos. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrece financiamiento subsidiado para la población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.
6. Irreversibilidad.- Los derechos adquiridos previamente al proceso de aseguramiento universal en salud y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior.
7. Participativo.- Se define coma el ejercicio de la ciudadanía en la formulación y seguimiento de políticas de aseguramiento universal en salud.

Artículo 5°. Características
El aseguramiento universal en salud tiene las siguientes características:

1 Obligatorio. La afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud es obligatoria para toda la población residente.
2. Progresivo.- El proceso de aseguramiento universal en salud es gradual y continuo, busca la inclusión de todas las personas residentes en el Perú al sistema y la ampliación de la cobertura de los planes de aseguramiento.
3. Garantizado.- El Estado asegura a toda la población cubierta bajo el esquema de aseguramiento universal en salud, un sistema de protección social en salud que incluye garantías explicitas relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con las que deben ser otorgadas las prestaciones.
4. Regulado.- Las reglas que rigen a los diversos actores involucrados en el proceso de financiamiento y prestación de servicios de salud para alcanzar el aseguramiento universal en salud

son definidas por las instancias competentes, según lo establecido en la presente Ley.

5. Descentralizado.- El proceso se organiza de manera progresiva y descentralizada en los niveles nacional, regional y local, en concordancia con las políticas del Gobierno Nacional.
6 Portable.- La condición de asegurado, una vez incluido en el sistema, lo acompaña en todo el territorio nacional.
7. Transparente.- El proceso de aseguramiento universal en salud cuenta con mecanismos de gestión que aseguran la rendición de cuentas a la ciudadanía.
8. Sostenible.- El aseguramiento universal en salud es una política de Estado financiada, con garantía de su permanencia en el tiempo.

CAPÍTULO II
DE LOS AGENTES VINCULADOS AL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 6°.- Del órgano rector.
El Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector en el sector salud, tiene la responsabilidad de establecer, de manera descentralizada y participativa, las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud.

Artículo 7°.- De las instituciones administradoras de Fondos de aseguramiento en salud.
Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sujetas a la presente Ley, son aquellas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados, entre ellas, las siguientes:

1. Seguro Integral de Salud.
2. Seguro Social de Salud (EsSalud).
3. Sanidades de las Fuerzas Armadas.
4. Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
5. Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
6. Compañías de Seguros Privados de Salud.
7. Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagados.
8. Auto seguros y fondos de salud,
9. Otras modalidades de aseguramiento público. privado o mixto, distintas a las señaladas anteriormente.

Artículo 8°.- De las instituciones prestadoras de servicios de salud.
Son los establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención.

Artículo 9°. De la instancia supervisora.
Créase la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera y encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, así como supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia, a fin de velar por lo siguiente:

1, El aseguramiento universal en salud y su promoción.
2.- El uso eficiente y oportuno de los fondos destinados a dicho proceso.
3.- La calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones.
4.-La reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal.
5.- El establecimiento de mecanismos de conciliación y arbitraje entre los usuarios y las instituciones prestadoras y financiadoras, vinculados al proceso de aseguramiento universal en salud.
6.- La transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados
5. Otras que se le asigne por ley para el mejor cumplimiento de la supervisión del proceso de aseguramiento universal en salud.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, además, registra, autoriza, regula y supervisa el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud y a todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular y anticipado.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud supervisa que el valor de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de servicios proteja los intereses de los asegurados.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, para el ejercicio de sus funciones, goza de facultades sancionadoras. Las infracciones y sanciones son tipificadas en el reglamento de la presente Ley.

La presente disposición no afecta la competencia de supervisión de la Superintendencia de Banca. Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones sobre las empresas de seguros reguladas par la Ley N° 26702, Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

Artículo 10°. De la conformaci6n del Directorio de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
El Directorio de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud está integrado por los siguientes miembros:

1. Dos (2) representantes del Ministerio de Salud, uno de los cuales lo preside.
2. Un (1) representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
3.- Un (1) representante del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
4.- Un (1) representante del Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

El Presidente y los miembros del Directorio son nombrados por resolución suprema.

CAPÍTULO III
PLANES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 11°.- Definiciones básicas
Para efecto de la presente Ley se señalan as siguientes definiciones:

Condiciones asegurables. Son los estados de salud que se buscan mantener, en caso de la población sana, o recuperar, en caso de la población enferma, que son susceptibles de ser financiados mediante esquemas de aseguramiento.

Intervenciones. Son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación, orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de aseguramiento universal en salud.

Prestación. Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los usuarios.

Artículo 12°. Planes de aseguramiento en salud.
Los planes de aseguramiento en salud son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las administradoras de fondos de aseguramiento y se clasifican en los siguientes grupos:

1. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
2 Planes complementarios.
3. Planes específicos.

Artículo 13°.- Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como mínimo, son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas y contiene garantías explicitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

Artículo 14°. De la obligatoriedad
El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es ofertado de manera obligatoria por todas las instituciones

administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento ante las instancias de regulación y supervisión respectivas, sin perjuicio de las acciones legales que pudieran instaurarse ante la autoridad correspondiente por su inobservancia o cumplimiento tardío o deficiente.

Artículo 15°.- Del proceso de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

El Ministerio de Salud es el ente encargado de elaborar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que se aprueba por decreto supremo y se elabora sobre la base de lo siguiente:

1. Estudios de carga de enfermedad y otros estudios epidemiológicos que reflejen la situación de salud de la población del país, tomando en cuenta las prioridades regionales.
2. Planes de beneficios compatibles con las prioridades sanitarias del sector salud.
3. Manejo integral de la persona, que incluya las intervenciones de promoción, prevención. diagnostico, tratamiento y rehabilitación de salud.
4. Prestaciones de atención a la población sana en sus diferentes ciclos de vida, como parte de sus actividades de promoción y prevención
5. Análisis de diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en los planes de aseguramiento existentes públicos, privados y mixtos.
6. Procedimientos efectivos basados en evidencias y análisis de costo-efectividad, siempre y cuando esta información esté disponible.
7. Capacidad de oferta del sistema de salud peruano.
8. Análisis actuariales y estimaciones financieras,

Artículo 16°.- De la evaluación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

La composición del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se evalúa cada dos (2) años pudiendo reformularse para incluir progresivamente más condiciones de salud, según disponibilidad financiera y oferta de servicios.

Artículo 17°.- De los planes complementarios.

Las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud pueden ofrecer planes que complementen el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). La regulación de estos planes así como la fiscalización del cumplimiento están a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

Artículo 18°.- Planes de aseguramiento específicos y derechos adquiridos.

Los planes de aseguramiento en salud específicos del Seguro Social de Salud (EsSalud), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, que posean mejores condiciones que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), se mantienen vigentes para los nuevos afiliados a dichas instituciones de acuerdo con la normativa aplicable a cada caso.

Ninguna entidad pública, privada o mixta que brinde servicios de aseguramiento en salud puede invocar las normas de la presente Ley para afectar los derechos adquiridos contenidos en los planes contratados, reduciendo las intervenciones o prestaciones contenidas en ellos

CAPÍTULO IV
FINANCIAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Artículo 19°.- De los regímenes de financiamiento

A partir de la vigencia de la presente Ley, todos los peruanos son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en su condición de afiliados a los siguientes regímenes:

1, El régimen contributivo. Comprende a las personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a través de un pago a cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.
2. El régimen subsidiado: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.
3. El régimen semicontributivo. Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda.

El Poder Ejecutivo establece los mecanismos de regulación que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente Ley

Artículo 20°.- De las fuentes de financiamiento de los regímenes subsidiado y semicontributivo.

Los fondos intangibles destinados exclusivamente a cubrir las prestaciones contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) para los afiliados al régimen subsidiado y semicontributivo son los siguientes:

1. Los recursos asignados por el Estado a la vigencia de la presente Ley, al Seguro Integral de Salud y los demás que se asignen posteriormente.
2. Los aportes y contribuciones que realicen los afiliados al Seguro Integral de Salud, de acuerdo con el régimen de financiamiento.
3. Los fondos que los gobiernos regionales y locales les asignen en base a la adecuación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
4. Otros que la ley les asigne.

El Estado debe incrementar progresivamente, cada año, de manera obligatoria los fondos destinados al financiamiento del régimen subsidiado y semicontributivo.

Artículo 21°.- Del financiamiento de la lista de enfermedades de alto costo de atención.

Las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el PEAS pueden ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). El listado de las enfermedades que serán aseguradas deberá ser definido previamente por el Ministerio de Salud.

CAPÍTULO V
DE LA ARTICULACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD

Artículo 22°.- Criterios para la articulación de las instituciones prestadoras de salud.

Las instituciones prestadoras de salud, bajo la orientación del Ministerio de Salud, articulan sus servicios de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los prestadores.
2. Aplicación de Guías de Práctica Clínica estandarizadas del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
3. Sistema de identificación, sobre la base del Documento Nacional de Identidad, que permite reconocer la condición de asegurado.
4. Criterios de intercambio de servicios basados en el cumplimiento de los principios de complementariedad y subsidiaridad.
5. Mecanismos de pago e intercambio de servicios que rigen las transacciones de compraventa de servicios entre las instituciones prestadoras y la provisión de las prestaciones contempladas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en las que intervenga al menos una institución pública.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

PRIMERA.- Del inicio del proceso de aseguramiento universal en salud.

El Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento universal en salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en regiones piloto, priorizando las zonas de pobreza y extrema pobreza, según el Censo Nacional 2007.

SEGUNDA.- Del financiamiento de los pilotos

El Ministerio de Economía y Finanzas transfiere los fondos necesarios para la implementación de los pilotos del

Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en las regiones seleccionadas por el Ministerio de Salud.

TERCERA.- Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

Toda mención a la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud en los dispositivos legales, normas administrativas, registros administrativos, así como en los actos y contratos en general, se entiende referida a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

El Ministerio de Salud reglamenta el proceso de cambio de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud en Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

CUARTA.- Información al Congreso de la República.

El Ministerio de Salud da cuenta anualmente al Congreso de la República sobre el proceso de aseguramiento universal en salud.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Plazo de elaboración del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

El Ministerio de Salud elaborará el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en el plazo de sesenta (60) días posteriores a la vigencia de la presente Ley.

SEGUNDA.- Del organismo implementador.

El Ministerio de Salud mediante decreto supremo y en un plazo de treinta (30) días contados a partir de la vigencia de la presente Ley, establecerá el Comité Técnico Implementador responsable de la conducción del proceso de aseguramiento universal en salud que tendrá un plazo máximo de funcionamiento de dos (2) años.

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA.- Reglamentación

El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley, en el plazo de noventa (90) días.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA.- **Derogatoria**

Derógase o modifícanse las normas que se opongan a la presente Ley.

Comunícase al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los treinta días del mes de marzo de dos mil nueve.

JAVIER VELÁSQUEZ QUESQUÉN
Presidente del Congreso de la República

ALEJANDRO AGUINAGA RECUENCO
Primer Vicepresidente del Congreso de la República

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dada en la Casa de Gobierno, en Lima, a los ocho días del mes de abril del año dos mil nueve

ALAN GARCÍA PÉREZ
Presidente Constitucional de la República

YEHUDE SIMON MUNARO
Presidente del Consejo de Ministros

334935-1