



ADOLESCENTES:

Derecho al aseguramiento y atención en salud sexual, reproductiva y mental en el Perú

Balance Normativo

Canada

unicef 
para cada niño y niña

ADOLESCENTES: DERECHO AL ASEGURAMIENTO
Y ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA
Y MENTAL EN EL PERÚ
BALANCE NORMATIVO

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Parque Melitón Porrás 350, Miraflores, Lima, Perú
Teléfono: 6130707 / Fax: 4470370
www.unicef.org/peru

Coordinación del estudio por el equipo de UNICEF en el Perú a cargo de: Magaly Ascate, Oficial de Salud Adolescente; Carlos Rojas, Oficial de Monitoreo y Evaluación; Mariela del Pilar Tavera Palomino, contratista en salud adolescente.

Investigación a cargo de: Investigadora principal Marcela Patricia María Huaita Alegre; Asistentes de investigación Julissa Chávez Granda y Connie Vila Córdova.

Foto de carátula:
©UNICEF Perú/García R.

Elaboración de contenidos:
UNICEF Perú

Corrección de estilo:
Cecilia Heraud Pérez
Silvana Velasco San Martín

Diseño y diagramación:
Hugo Poémape
Dorina Vereau

ADOLESCENTES:
**Derecho al aseguramiento y atención en salud
sexual, reproductiva y mental en el Perú**

Balance Normativo

Agradecimiento especial a las personas que participaron en el proceso de validación y colaboraron con información relevante para realizar el presente estudio:

Ana De Mendoza	UNICEF Perú
Alberto Stella	ONUSIDA Perú
Markus Behrend	UNFPA Perú
Carmen Murguía	UNFPA Perú
Luis Robles Guerrero	Ministerio de Salud
Rosario Susana del Solar Ponce	Ministerio de Salud
Isabel Eugenia Pacheco Cantalicio	Ministerio de Salud
María Elena Yumbato Pinto	Ministerio de Salud
Ruth Espinoza Villafuerte	Ministerio de Salud
Marvin Kelly Morales Miranda	Ministerio de Salud
MC. Juan Alberto Cashpa Frias	SuSalud
Jorge Sánchez Acosta	SuSalud
Rebeca Cumpa Suyón	Dirección Regional de Salud de Lambayeque
María Paniagua Segovia	Dirección Regional de Salud de Ayacucho
Marco Iván Cárdenas Rosas	Seguro Integral de Salud
Sonia Melissa Ortiz Yngaruca	Seguro Integral de Salud
Magali Barrantes Miranda	EsSalud
Jorge Antonio Grández Portocarrero	EsSalud
Lanti Murrillo Álvarez	EsSalud
Elsa Oré Torre	EsSalud
Maribel Castro Reyes	SaludPol
Marylin Barragán Pacheco	SaludPol
Gloria Diaz Salazar	Dirección de Salud del Ejército

Agradecimiento especial a las personas que participaron en el proceso de validación y colaboraron con información relevante para realizar el presente estudio:

Keith Cindy Loayza Peñafiel	Dirección de Salud del Ejército
Pedro Antonio Arredondo Montoya	Fondo de Salud de la Marina
Fredy Ramírez Geldres	Fondo de Salud de la Marina
Felipe Salaverry Romo	Fondo de Salud de la Marina
Cinthia Aquije	Fondo de Salud de las Fuerza Aérea del Perú
Silvia Capriolo Malásquez	Fondo de Salud de la Fuerza Aérea del Perú
Luis Felipe Mondoñedo Chávez	Sanidad de las Fuerzas Armadas
Mario Valega Pacora	MAPFRE Seguros
Doctor Francisco Monge Zegarra	Pacíficos Seguros
María Alejandra Retamozo	Pacíficos Seguros
Rodolfo Carlos Flores	Rímac Seguros
Ivonne Rodríguez Rojas	CSalud
Franklin Leandro Herrera	CSalud
Wendy Albán	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
María del Carmen Calle Dávila	Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud
Lucy López Reyes	Inppares

Índice

Resumen Ejecutivo.....	9
Introducción	13

Primera parte: Adolescentes y su derecho a la salud

1. Adolescentes: su derecho a la salud y el Estado peruano	18
1.1. Definición de adolescente	18
1.1.1. Capacidad o incapacidad de las y los adolescentes.....	19
1.1.1.1. Concepciones contradictorias	19
1.1.1.2. Capacidad de adolescentes con hijos o sin hijos.....	21
1.2. Adolescentes y el derecho a la salud	22
1.2.1. Edad para acceder a los métodos de planificación familiar porque ya iniciaron sus relaciones sexuales	22
1.2.2. Procesos de planificación, monitoreo y evaluación como garantía del derecho a la salud de las y los adolescentes	24
1.3. Tipos de obligaciones del Estado y niveles de salud frente a la y el adolescente	24
1.3.1. Elementos esenciales del derecho a la salud y el marco normativo nacional.....	25
1.4. Los estándares internacionales del derecho a la salud y esferas de especial preocupación en el caso de la y el adolescente	28
1.4.1. Accesibilidad económica y proceso de aseguramiento	30
2. Sistema de salud en el Perú: Hacia el aseguramiento universal.....	32
2.1. Avanzar de la promesa al hecho: El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud	32
2.1.1. PEAS para salud adolescente.....	33
2.2. Las IAFAS y los regímenes de aseguramiento en salud	37
2.2.1. Cobertura del PEAS e IAFAS	38

2.3. Normas técnicas para salud adolescente y su correspondencia con coberturas PEAS	39
--	----

3. Cobertura y aseguramiento universal en salud: la realidad para la adolescencia

42

3.1. Perfil de las y los adolescentes asegurados.....	42
---	----

3.2. Coberturas de aseguramiento	43
--	----

3.2.1. Por región	43
-------------------------	----

3.2.2. Por edad.....	45
----------------------	----

3.3. IAFAS y cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud para las y los adolescentes	47
--	----

3.3.1. Cobertura del PEAS por tipo de IAFAS.....	50
--	----

Segunda Parte: Derecho aún lejano: adolescentes y las barreras por superar para gozar de su derecho a la salud

4. Metodología	58
-----------------------------	-----------

5. Hallazgos y desafíos.....	60
-------------------------------------	-----------

5.1. Barreras de ingreso.....	60
-------------------------------	----

5.2. Barreras en el tiempo	61
----------------------------------	----

5.3. Barreras por razón de género	62
---	----

5.4. Barreras por estado civil	64
--------------------------------------	----

5.5. Barreras por condición de salud.....	66
---	----

5.6. Barrera por capacidad civil.....	67
---------------------------------------	----

5.7. Barreras por cambio en tipo de seguro	68
--	----

6. Por su pleno bienestar: ¿cómo modificar la actual normativa?	70
--	-----------

7. Conclusiones	74
------------------------------	-----------

Bibliografía consultada	77
--------------------------------------	-----------

Glosario de términos	80
-----------------------------------	-----------

Anexos:

Anexo I: Cantidad de asegurados de doce a diecisiete años por tipo de cobertura según IAFAS. Información proporcionada por SuSalud	81
--	----

Anexo II: Normativa de carácter general referida a adolescentes mencionada en el informe	82
--	----

Anexo III: Normativa que desarrolla el derecho a la salud aplicable a adolescentes	84
--	----

Resumen Ejecutivo

El presente estudio se realiza en el marco del Programa de Cooperación Perú – UNICEF 2017-2021 que busca promover los derechos de las y los adolescentes, las niñas y los niños, y la creación de oportunidades equitativas para que cada uno de ellos, sin distinción de género, etnia, lugar de residencia, condición de vida o de cualquier otra índole, desarrollen su potencial. Tiene como uno de sus componentes contribuir a que las y los adolescentes cuenten con mayores oportunidades para disfrutar de una vida saludable, aprender a lo largo de ella y ejercer plenamente su ciudadanía.

Los objetivos de este informe son:

- Identificar y analizar las barreras y vacíos normativos de diferentes niveles que limitan el acceso de la población adolescente a los servicios de salud para prevención y atención de VIH/SIDA, embarazo, depresión y violencia en las Ipress (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) administradas por las diferentes Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, teniendo como referencia el nivel de cumplimiento de los compromisos vinculantes y no vinculantes del Estado peruano y las observaciones establecidas por el Comité de los Derechos del Niño.
- Identificar y analizar el nivel de consistencia y coherencia entre las diferentes normativas emitidas por el Estado peruano para la prevención y atención de VIH/SIDA, embarazo, depresión y violencia en adolescentes.
- Identificar y analizar las barreras y vacíos normativos para el acceso de adolescentes a un seguro de salud desde las diferentes Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS.
- Identificar y analizar el nivel de consistencia y coherencia entre la normatividad emitida por el ente rector en salud (Ministerio de Salud), y los documentos o protocolos emitidos por las diferentes Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS en relación con la prevención y atención de VIH/SIDA, embarazo, depresión y violencia en adolescentes.

En ese sentido, en el informe, luego de abordar algunas problemáticas que se dan en torno a la categoría adolescente y el reconocimiento de sus capacidades, revisa las obligaciones del Estado frente al derecho a la salud que este grupo de nuestra población debe gozar. Uno de estos ámbitos es el de aseguramiento en salud, tema poco abordado desde la perspectiva de las y los adolescentes. Por ello el estudio busca identificar y analizar las barreras y vacíos normativos para el acceso de adolescentes a un seguro de salud desde las diferentes IAFAS, teniendo en cuenta, especialmente, aquellas barreras y vacíos normativos que limitan el acceso de la población adolescente a los servicios de salud para prevención y atención de VIH/SIDA, embarazo, depresión y violencia.

La principal conclusión, a nivel del sistema de salud, es la necesidad de conciliar las diferentes visiones de los y las adolescentes que se encuentran en la normatividad peruana para garantizar su derecho a la salud. Se identifica que aún persisten normas restrictivas que limitan los criterios de elegibilidad para esta población, como por ejemplo la remisión de la Ley General de Salud a la norma del Código Civil que define a la población adolescente como incapaces absolutos (doce a dieciséis años) o relativos (dieciséis a dieciocho años) y por tanto no pueden dar consentimiento sin la presencia de padres o tutores, lo mismo que se contrapone al estándar de confidencialidad y privacidad (aceptabilidad) recomendado por la Convención sobre los Derechos del Niño.

De otro lado, establecer los catorce años como una edad determinada para dar consentimiento válido para el inicio de relaciones sexuales no violatorias de su integridad sexual es problemático, especialmente por el factor cultural. Dado que si bien puede proteger a determinadas adolescentes porque determina una violación presunta, también puede oponerse a la accesibilidad a los servicios sin discriminación por razón de la edad.

En materia de aseguramiento, el sistema de salud peruano está fragmentado y segmentado lo cual ocasiona que no se sepa exactamente

cuántos seguros tiene una persona. Si bien ello no se restringe al grupo adolescente, resulta importante mencionarlo porque afecta el goce del derecho a la salud para este grupo poblacional.

La cobertura del aseguramiento en salud está alcanzando a la población adolescente en mayor medida que a la población en general. A pesar de ello existe 20% de la población adolescente sin seguro (Censo 2017), es decir, poco más de medio millón de peruanos y peruanas. Sin embargo, el número de adolescentes que no tienen algún seguro aumenta con la edad: se pasa de 93,334 adolescentes que a los doce años sin con seguro, a 112,706 que a los diecisiete años no cuentan con uno, aumentando de 17% a 23% los que carecen de él, según datos del Censo 2017. Las y los adolescentes de algunas regiones del país, especialmente las del sur, podrían estar enfrentando mayor dificultad para gozar de algún tipo de seguro (Puno, Tacna, Arequipa, Madre de Dios, Ica, Lima provincias, La Libertad, Piura).

El SIS es el gran asegurador para la población adolescente, seguido de EsSalud. Sin embargo, del total de adolescentes que gozan de algún tipo de seguro de salud, aproximadamente el 3% tiene una cobertura en planes por debajo del PEAS.

En las IAFAS públicas no se oferta el PEAS en todos los casos, existiendo por ejemplo más de un 10% de adolescentes de EsSalud que no reciben PEAS completo. De acuerdo a SuSalud solo las IAFAS de las Fuerzas Armadas y Policiales estarían ofertando el PEAS a toda la población adolescente que está bajo su régimen. En el sistema privado los autoseguros son los que estarían ofreciendo en mayor medida PEAS completos para este grupo poblacional.

La cobertura en torno a la violencia intrafamiliar está prevista en el PEAS en relación únicamente con manifestaciones de violencia física. Otras relativas a salud mental, como la depresión, no están asociadas a la violencia intrafamiliar, pero sí están previstas de manera autónoma, de manera tal que si se le identifica debería tener la cobertura correspondiente. Los períodos de carencia o espera varían entre IAFAS (SIS, EsSalud; Seguros privados), sin que ello esté, en

apariencia, debidamente justificado con estudios actuariales.

En el SIS la ficha de focalización de hogares puede constituirse en una barrera de ingreso, cuando la o el adolescente proveniente de una familia no pobre recurre al sistema de manera independiente, dado que por sí mismo no constituye un hogar y es persona dependiente de su familia de origen¹. Además, existe riesgo de pérdida de seguro al cambiar de situación laboral personalmente o sus padres, especialmente cuando tiene que pasar de EsSalud al SIS, porque EsSalud no les da de baja pero tampoco les atienden luego del período que la ley prevé y en el SIS aparecen como con cobertura.

Uno de los temas de mayor alarma por su inconstitucionalidad es que algunas IAFAS públicas no cubren los gastos por maternidad a las hijas adolescentes embarazadas, porque no se extiende el concepto de “beneficiario” del sistema al producto de su embarazo. Al respecto, hay normatividad interna expresa tanto en EsSalud como en Saludpol e IAFAS de las FFAA. No así en los seguros privados que sí le dan cobertura.

Además, en algunas IAFAS de las Fuerzas Armadas y Policía se excluye de cobertura a las hijas/

hijos que se casan, sin especificar edad, y en el caso de la Policía también hay exclusión expresa en los casos de las adolescentes que deciden convivir con su pareja.

La eficiencia técnica de la provisión de servicios de atención de salud a las y los adolescentes se ve comprometida por las barreras antes reseñadas y por algunas propias de la oferta del servicio; por ejemplo, que para gozar del derecho no es suficiente la partida de nacimiento que evidencie la vinculación parental, sino que deben estar inscritos en una ficha familiar en las IAFAS de las FFAA.

Asimismo, desde el sector público se identifica una ausencia de indicadores relativos a la etapa de vida adolescente en el documento que regula precisamente la medición de avances de los programas presupuestales. Barrera en el nivel instrumental pero que va a tener un fuerte impacto en el nivel programático y organizativo, dado que se opone a la disponibilidad de data de programas estratégicos.

Esperamos que el presente estudio contribuya a reflexionar sobre la importancia de garantizar la salud de la población adolescente pues ello sin duda contribuirá a asegurar sus derechos, mejorar su futuro y el de nuestro país.

Lima, febrero de 2020.

1 El proceso de afiliación al SIS ha cambiado posteriormente al cierre del presente estudio.

Las y los adolescentes en el Perú hoy: ¿Cómo se está garantizando su derecho al aseguramiento en salud?

Introducción

El Perú cuenta con un marco normativo y de políticas públicas específico para adolescentes. Existe el Código de los Niños y Adolescentes, vigente desde el 2000, y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, que tiene rango de ley desde el 2015.

En materia de salud, con la Ley de Aseguramiento Universal en Salud —Ley n.º 29344²— se estableció un marco normativo para garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona, incluidos las y los adolescentes, a la seguridad social en salud. En el artículo 3 de esta Ley se dispone que 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)”.

Es así como, en principio, toda/o peruana/o —incluyendo a la población adolescente— debería tener un plan mínimo de protección en salud, y de acuerdo a sus condiciones particulares podría contar con mejores coberturas. El PEAS o plan mínimo contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que deben ser financiadas a todas las personas en nuestro país, y debe ser ofertado por la totalidad de las IAFAS registradas ante SuSalud.

Adicionalmente, se tiene los Lineamientos de política de salud de las y los adolescentes (2005), el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021, así como normas técnicas diversas: Norma Técnica n.º 034-MINSA/DGSP-V.01; la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente (aprobada en el 2005 y actualizada en el 2012)³; la Norma Técnica n.º 095-MINSA/

2 Publicada en el Diario Oficial El Peruano el 9 de abril de 2009.

3 La Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente ha tenido

DGSP.V.01; la Norma Técnica de Salud: Criterios y los Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes (2012).

A pesar de ello, la Ley General de Salud –Ley n.º 26842–, en su Artículo 4 aún considera a la y el adolescente como sujeto incapaz basándose en lo dispuesto por el Código Civil, lo que constituye una barrera importante para acceder a los servicios de salud. La capacidad y la adolescencia serán desarrolladas más adelante. Un esfuerzo importante para limitar el impacto de dicha ley ha sido la aprobación de la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (Resolución Ministerial n.º 652-2016/MINSA, numeral 5.1.5.), la cual establece que las actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico, por lo que no se requiere la autorización de los padres o representantes para que las y los adolescentes accedan a información, servicios y métodos anticonceptivos temporales. Sin embargo, otra Norma, también emitida por el Ministerio de Salud, la contradice pues establece la necesidad del consentimiento de los padres para abrir de una historia clínica⁴. Cabe mencionar que para que un usuario o usuaria reciba algún servicio de salud, ya sea consejería o un método anticonceptivo, primero se le tiene que abrir una historia clínica.

Es por ello que, en un informe reciente, la Defensoría del Pueblo (julio 2018) recomienda al Estado peruano “[...]revisar y modificar la normativa sobre servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes, con el fin de garantizar que las y los adolescentes accedan a los servicios de salud en el momento que los necesitan [...]” (Defensoría del Pueblo 2018: p. 57).

En ese sentido, este informe busca identificar y analizar las barreras y vacíos normativos para el acceso de adolescentes a un seguro de salud

desde las diferentes IAFAS, teniendo en cuenta, especialmente, las barreras y vacíos normativos que limitan el acceso de la población adolescente a los servicios de salud para prevención y atención de VIH/SIDA, embarazo, depresión y violencia.

Sobre la violencia que pueden sufrir las y los adolescentes –en sus relaciones de pareja o en el ámbito familiar– está contemplada como condición asegurable por el PEAS; es una de las 41 condiciones no transmisibles y se denomina como “Lesiones asociadas a violencia intrafamiliar”. De acuerdo con la investigación realizada, esta violencia no es atendida como una condición en sí misma, sino que dependerá del impacto que haya causado en la o el adolescente. Es decir, que la violencia es considerada y atendida por otras condiciones asegurables que se encuentran en el PEAS, dependiendo del daño causado. Así, si la violencia ejercida contra un o una adolescente es física, entonces se atenderán las lesiones causadas por ese tipo de violencia en tanto sean cubiertas por el PEAS. Lo mismo sucede con la violencia psicológica y sexual. En todos los casos, la atención será realizada teniendo en cuenta los flujogramas de atención que estén en los siguientes documentos: Guía Técnica para la Atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género⁵ (Flujograma para la atención de la persona afectada por la violencia basada en género en un hospital general); Guía Técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja⁶ (Flujo de atención de mujeres en situación de violencia en las Ipress) y las Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil⁷ (Flujograma de atención a niñas y niños y adolescentes en situación de violencia familiar en hospitales).

una nueva actualización en octubre del 2019, posteriormente al cierre del presente estudio.

4 Norma Técnica para la Gestión de la Historia Clínica, aprobada con Resolución Ministerial n.º 214-2018/MINSA.

5 Para más información, revisar: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf

6 Para más información, revisar <https://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2017/03/guia-tecnica-salud-mental.pdf>

7 Para más información, revisar http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/120_NORVIOFAM.pdf

Finalmente, es importante mencionar que este informe se realiza en el marco del Programa de Cooperación Perú – UNICEF 2017-2021 que busca promover los derechos de las y los adolescentes, las niñas y los niños, y la creación de oportunidades equitativas para que, sin distinción de género, etnia, lugar de residencia, con-

dición de vida o de cualquier otra índole, puedan desarrollar plenamente su potencial teniendo como uno de sus componentes, el contribuir a que la población adolescente cuente con mayores oportunidades para vivir una vida saludable, aprender a lo largo de su vida y ejercer plenamente su ciudadanía.



PRIMERA PARTE: Adolescentes y su derecho a la salud





1. Adolescentes: su derecho a la salud y el Estado peruano

1.1. Definición de adolescente

La adolescencia es una etapa en la que se pueden reconocer determinados indicadores relacionados con el desarrollo y la madurez, que normalmente pueden ser mejor identificados por la psicología o la medicina que por las normas jurídicas. Por ello, la adolescencia es una categoría problemática en las legislaciones de todos los países.

Frente a ello, la Convención sobre los Derechos del Niño⁸ no dispone de manera taxativa

una edad fija para establecer la diferencia entre quienes pueden ser reconocidos bajo la categoría de “niños” y quienes bajo la categoría de “adolescentes”. Por el contrario, la Convención utiliza de manera general el término “niño” para referirse a “todo ser humano menor de 18 años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (Artículo 1), reconociendo el ejercicio de sus derechos de acuerdo a la madurez y el desarrollo de la personalidad, que sucede de manera diferente en cada persona.

Sin embargo, esta solución que sin duda es legítima a un ente protector de los derechos humanos, parece no funcionar en las legislaciones

8 Incorporada a la normatividad interna por la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución Política del Perú.

nacionales que se esfuerzan por establecer una edad determinada para que las y los adolescentes comiencen a asumir responsabilidades de manera directa, acordes con su edad y madurez. La dificultad reside en que la edad señalada para el reconocimiento de responsabilidades diferenciadas fluctúa entre los doce, catorce y dieciséis años, dependiendo del acto que realice la o el adolescente. Aunque esto es válido para todos los ámbitos (civil, penal, laboral, familiar), nos interesa detenernos en el ámbito del derecho a la salud y su regulación en el Perú.

En el caso peruano, a diferencia de la Convención sobre los Derechos del Niño, el Código de los Niños y Adolescentes reconoce que adolescente es aquella persona que se encuentra desde los doce hasta cumplir los dieciocho años (Artículo I del Título Preliminar), lo que resulta clave para el reconocimiento de sus derechos en el ámbito de la salud. Así, en materia de regulación de la salud, por muchos años en el Perú se siguieron los lineamientos dados por la OMS como estándar internacional⁹. De acuerdo con ello se establecía que la adolescencia correspondía al “grupo etario comprendido entre los 10 y 19 años”, discrepando abiertamente de lo dispuesto por el Código de los Niños y Adolescentes. Sin embargo, desde el año 2009, la normativa en salud se alineó con lo establecido por el Código de los Niños y Adolescentes, y se unificó la determinación de la adolescencia entre los doce años y los diecisiete años, once meses y veintinueve días (Resolución Ministerial n.º 538-2009/MINSA).

1.1.1. Capacidad o incapacidad de las y los adolescentes

1.1.1.1. Concepciones contradictorias

En el Perú, a partir de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, las disposiciones en materia de derechos humanos son parte del marco normativo y tienen jerarquía constitucional. Más aún, podríamos decir que nuestra Constitución, que es posterior a la en-

trada en vigencia de este tratado, las incorpora en su totalidad.

Sin embargo, algunas normas —aún vigentes en nuestro país— han sido desarrolladas bajo la vigencia de la Doctrina de la “Situación Irregular” en la que la o el adolescente no era considerada/o como sujeto de derechos. Esto pasa por ejemplo con algunas normas del Código Civil. Las normas sobre capacidad de las y los adolescentes establecen como regla general que cuando son menores de dieciséis años son absolutamente incapaces, mientras que quienes están en el rango mayores de dieciséis y menores de dieciocho años de edad son relativamente incapaces, salvo para situaciones de excepción consideradas en normas con rango de ley. Veamos los artículos del CC pertinentes:

Art 43.- Son absolutamente incapaces:

1. Los menores de dieciseis años, salvo para aquellos actos determinados por ley”.

Art. 44.- Son relativamente incapaces:

Los mayores de dieciseis y menores de dieciocho años.

Código Civil

Esta norma grafica el paradigma normativo que regía antes de la Convención sobre los Derechos del Niño y que ha sido superado posteriormente por las disposiciones del Código de los Niños y Adolescentes, que reconoce en su artículo IV del Título Preliminar que “el adolescente goza de los derechos específicos relacionados con su proceso de desarrollo”, y que “tienen capacidad especial para la realización de los actos civiles autorizados por este Código y demás leyes”.

Sin embargo, al no haberse derogado expresamente la norma del Código Civil, surge una confrontación de paradigmas normativos que debiera resolverse en función criterios como:

- **La inconstitucionalidad** de normas que van contra las de rango superior (Código Civil vs. Constitución Política del Perú integrada con la Convención sobre los Derechos del Niño).

9 “Norma técnica para la atención integral de salud en la etapa de vida adolescente”. NT n.º 034 /MINSA/DGSP-V.01 (aprobada por RM 633-2005/MINSA).

- **El principio de interés superior del niño** (Código de los Niños y Adolescentes es más protector que el Código Civil).
- **Normas de especialización** (al ser de igual jerarquía, el Código de los Niños y Adolescentes debiera primar por sobre el Código Civil, por ser especial y posterior).

Cuadro 1

Convención sobre los Derechos del Niño: Cambio de paradigma (Perú, 1990)	Doctrina de la situación irregular	Doctrina de la protección integral
	Normatividad dada antes de la CDN	Normatividad posterior a la Convención sobre los Derechos del Niño
Constituciones del Perú	1933, 1979	1993
Legislación interna vigente	Código Civil 1984 Código Penal 1991	Nuevo Código de los Niños y Adolescentes, 2000

A pesar de lo antes argumentado, la Ley General de Salud, dictada en el 2007 Ley n.º 26842, al normar el consentimiento de las personas para ser sometidas a tratamiento médico o quirúrgico, se remite a lo dispuesto en el Código Civil de manera general, no solo para el caso de las y

los adolescentes sino para el de todas las personas con algún problema de discapacidad, delegando la regulación de cuestiones específicas a normas reglamentarias, las mismas que deben establecer los casos y requisitos por cumplirse para que el consentimiento se considere válido.

Artículo 4º Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso. En caso de que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces a que se refieren los numerales 1 al 3 del artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido.

Ley General de Salud

Esta remisión normativa de la Ley General de Salud al Código Civil en materia del consentimiento que debe ser dado para intervenciones en salud relacionada a las y los adolescentes ha sido, y todavía es, una de las mayores barreras a ser corregidas, por cuanto su interpretación literal y restringida va en contra de los estándares de derechos humanos de especial relevancia para el grupo adolescente (confidencialidad y consentimiento propio) y, por tanto, es una barrera para el ejercicio de derechos por parte de este grupo.

Entre los argumentos para su derogación, están:

- **No es una norma especial** pensada en el grupo de adolescentes, por lo que en su aplicación deben primar las normas especiales como el Código de los Niños y Adolescentes.
- **Constituye un obstáculo** para el ejercicio de derechos fundamentales y, en esa medida, es claramente inconstitucional.

A pesar de los esfuerzos desplegados en los últimos años para derogar dicha norma, ello no se ha logrado y sigue vigente generando ruido en relación con la toma de decisiones en materia del derecho a la salud de este grupo etario.

Sin embargo, el Minsa, como ente rector en materia de salud, ha establecido en su normatividad interna parámetros diferentes, teniendo en consideración la problemática de salud de la población adolescente. Así, por ejemplo, la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (Resolución Ministerial n.º 652-2016/MINSA, Numeral 5.1.5.) no exige el consentimiento de los padres o representantes para la atención de la o el adolescente, al establecer que los actos que se realizan en dicha consulta (consejería y provisión de métodos de PF) no están comprendidos en la definición de “tratamiento médico o quirúrgico” al que hace referencia la Ley General de Salud. Ello, si bien ha sido un avance importante, limita en cuanto a otras decisiones de mayor envergadura que pudieran requerir las o los adolescentes en relación con su salud sexual y reproductiva, por ejemplo. Además, posteriormente a dicha norma, se oficializó otra

emitida también por el Minsa, la cual la contradice: la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (Resolución Ministerial n.º 214-2018/MINSA, Numeral 5.2.2. formato 16). Esta última establece que para abrir la historia clínica a menores de edad se tomará el consentimiento informado de su madre o padre, apoderado o representante legal, sin distinguir el procedimiento. Siendo en este punto pertinente tener en cuenta que para que un/a adolescente pueda recibir un método anticonceptivo, esta prestación debe ser registrada en la historia clínica, así como las demás prestaciones de salud que reciba. Esta contradicción normativa hace que finalmente quien decida exigir o no la presencia de los padres sea el o la prestador/a de servicios, en cada caso concreto, lo que lleva a la total discrecionalidad por parte del servidor/a público y la consiguiente vulnerabilidad para el/la adolescente.

1.1.1.2. Capacidad de adolescentes con hijas/os o sin hijas/os

Una norma reciente (Decreto Legislativo n.º 1384) que modifica el último párrafo del artículo 42 del Código Civil, ha establecido excepcionalmente el cese de la “incapacidad” de las y los adolescentes desde los catorce años cuando tienen un/a hijo/a.

Al respecto, el Código Civil ha generado una distorsión que crea varias situaciones problemáticas, por ejemplo:

- **Adolescentes mayores de catorce y menores de dieciséis años que no tienen hijas/os:** son incapaces absolutos, incluyendo a quienes son sexualmente activos/as o están embarazadas, por lo que, en principio, para cualquier decisión deberá pedirse el consentimiento de los padres. Salvo para la consejería y eventual entrega de métodos anticonceptivos previstos en la Norma Técnica respectiva, dependiendo en cada caso concreto del prestador/a de servicios, como antes se analizó.
- **Adolescentes mayores de dieciséis y menores de dieciocho años que no tienen hijas/os:** son incapaces relativos, incluyendo a quienes son

sexualmente activos/as o están embarazadas, por lo que, en principio, pueden tomar decisiones por sí mismos en los casos expresamente previstos por ley, de lo contrario deberá pedirse el consentimiento de los padres.

- **Adolescentes de catorce años a partir del nacimiento de un/a hijo/a:** se convierten en personas absolutamente capaces y ya no requieren para nada el consentimiento de los padres.

Entonces, de acuerdo a la normatividad vigente, el nacimiento de un hijo determina la absoluta independencia de las y los adolescentes, quienes ya no requerirán de la intervención de sus padres en ninguna esfera de su vida. Al respecto, discrepamos de esta norma (Decreto Legislativo n.º 1384), dado que la capacidad de tomar decisiones de una persona debe estar directamente relacionada con su grado de madurez y no con su capacidad de convertirse en madre o padre. Adicionalmente, esta puede tener implicancias negativas en torno a la cobertura de aseguramiento de personas que son consideradas absolutamente capaces e independientes de sus padres.

1.2. Adolescentes y el derecho a la salud

Antes de aproximarnos a la problemática del goce y garantía del derecho a la salud de las y los adolescentes, revisemos algunas definiciones básicas y de consenso general que nos ayudarán a dimensionar lo complejo de la tarea.

En primer lugar, para definir a la salud recogeremos lo establecido por la OMS, en el sentido que la salud es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”* y, por tanto, el derecho a la salud será el derecho *“[al] disfrute del más alto nivel posible de salud” el mismo que será “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, condición social o económica”*¹⁰. Precizando esto último podríamos identificar otras

condiciones socioeconómicas que deben ser consideradas como la edad, etnia, orientación sexual, discapacidad, entre otras.

Asimismo, en dicho documento se reconoce que el nivel de salud puede ser determinado por factores externos al sector salud y que tienen que ver, por ejemplo, con el acceso al agua y saneamiento, nutrición, vivienda, entre otros, es decir los llamados “factores condicionantes”.

Para el caso que nos ocupa diremos entonces que el derecho a la salud de las y los adolescentes puede ser definido como el derecho de toda persona mayor de doce y menor de dieciocho años, al disfrute del más alto nivel posible de salud, sin distinción de raza, religión, creencia política, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra condición social o económica.

1.2.1. Edad para acceder a los métodos de planificación familiar porque ya iniciaron sus relaciones sexuales

Luego de años de marchas y contramarchas respecto de la penalización de las relaciones sexuales por parte de las y los adolescentes, la Ley n.º 30838 (4 agosto 2018), ha dispuesto lo siguiente en el Código Penal:

Artículo 173.- Violación sexual de menor de edad: El que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, con un menor de catorce años, será reprimido con pena de cadena perpetua.

Esta regulación ha permitido que se retorne al concepto de “violación sexual presunta” en todos los casos de adolescentes mayores de doce y menores de catorce años que sean sexualmente activos y, por tanto, se penaliza drásticamente a quienes mantengan relaciones sexuales con ellos.

10 Esta definición adoptada en 1946 en la Constitución de la OMS fue reafirmada en 1978 en la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata.



Esta norma, si bien es protectora y está basada en el principio de capacidad evolutiva de parte de las y los adolescentes en relación con el ejercicio de su sexualidad, señala una edad clave bajo la cual no se reconoce su capacidad para el ejercicio de su libertad sexual.

La pregunta que surge en materia de salud es si será posible reconocer la capacidad de las y los adolescentes que son sexualmente activos mayores de doce y menores de catorce años para proveerle de métodos anticonceptivos, por ejemplo, cuando este ejercicio de su libertad sexual lo estaría convirtiendo en víctima de un delito o eventualmente perpetrador de este.

Ello sin duda requiere una evaluación mucho más profunda y en casos determinados, que no es permitida en la regulación general, sino que deberán interpretarse en los casos concretos. En esa línea, en la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (Resolución Ministerial

n.º 652-2016/MINSA) no se hace referencia a una edad establecida para efectos de consejería y entrega de métodos de PF, lo que permitiría eventualmente dar métodos anticonceptivos a adolescentes mayores de doce y menores de catorce años.

Vemos claramente la tensión entre ambos marcos normativos, y la necesidad de la aplicación de los estándares de derechos humanos y los principios constitucionales de protección de los derechos de la población adolescente.

En aplicación de estos principios, en especial el del interés superior de la infancia, sin duda será importante la entrega de métodos de PF a adolescentes mayores de doce y menores de catorce años sexualmente activos, en lugar de restringir este acceso y ponerles en riesgo de un embarazo no intencional o a una infección de trasmisión sexual.

1.2.2. Procesos de planificación, monitoreo y evaluación como garantía del derecho a la salud de las y los adolescentes

Dada toda la normatividad que existe resulta importante revisar los mecanismos que ayudan al Estado a su planificación y cumplimiento efectivo. Así lo reconoce, por ejemplo, el Consenso de Montevideo en su párrafo 78 en donde los Estados se comprometen a:

78. Ampliar y perfeccionar los procesos de descentralización, desconcentración y planificación participativa en los ámbitos subnacionales y locales, favoreciendo la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios básicos, educación y salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva y la prevención de la violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres.

En esa línea de pensamiento resulta importante revisar los instrumentos desarrollados por el Estado peruano que le permiten el cabal cumplimiento de sus metas y objetivos, de manera descentralizada.

Así tenemos, por ejemplo, el documento técnico denominado *“Definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales”* aprobado por Resolución Ministerial n.º 907-2016/MINSA, cuyo objetivo estandarizar la definición operacional, el criterio de programación y fuente para determinar el avance de la meta física de los productos que son entregados al/la ciudadano/a través de los programas presupuestales de salud.

Dada la envergadura de dicho documento es pertinente verificar la presencia de indicadores expresos que revelen el cumplimiento de metas con relación al grupo poblacional adolescente. Ello sin embargo no ha sido logrado adecuadamente; así lo demuestra el Informe n.º 56-2016-EVAL-DINEV-DGIESP/MINSA que fue presentado a la Dirección de Salud Sexual y Re-

productiva del 9 de agosto 2016. Dicho informe revela que *“(…) no es factible realizar un monitoreo y una evaluación del cumplimiento de los diferentes planes aprobados con Decreto Supremo, como por ejemplo el Plan Multisectorial de prevención de embarazo adolescente (…)”* ello, entre otros factores, porque *“ni el indicador, ni el criterio de programación de la sub finalidad son diferenciados por etapas de vida (adolescente, joven, adulto), por tanto, tampoco es factible identificar en la consulta amigable del MEF, cuánto de la meta física y financiera relacionada con la Planificación Familiar ha sido destinada para la etapa de vida adolescente”*.

El mismo informe desarrolla interesantes alternativas para que los indicadores y criterios de programación de los subproductos y finalidades de los programas presupuestales, diferencien por etapas de vida, lo que permitiría el cabal monitoreo y evaluación oportuna de las metas físicas y financieras destinadas para cumplir los objetivos y resultados de los planes relativos a la salud de las y los adolescentes.

Este vacío normativo tiene como consecuencia clara la imposibilidad del monitoreo de indicadores relacionados con las obligaciones del Estado para garantizar el acceso a los servicios de salud y, por tanto, la desprotección de los derechos por parte del grupo adolescente.

1.3. Tipos de obligaciones del Estado y niveles de salud frente a la y el adolescente

En varios estudios (Gruskin y Tarantola 2001, Huaita et al 2007) se han analizado las diversas relaciones entre la salud y los derechos humanos, así como los niveles de interrelación e indivisibilidad del goce de los derechos humanos, de manera tal que para gozar efectivamente del derecho a la salud, los Estados debían garantizar una gama más amplia de derechos (no discriminación, seguridad, libertades fundamentales, educación, vida familiar, beneficio de avances científicos, y un largo etc.). Lo mismo que se retroalimenta cuando comprendemos que el nivel de salud de una persona depende de una serie de factores

externos a la atención médica propiamente dicha. De acuerdo a ello, las obligaciones del Estado frente a las y los adolescentes se pueden organizar en tres niveles (ver Cuadro 2).

1.3.1. Elementos esenciales del derecho a la salud y el marco normativo nacional

Desde el marco de los derechos humanos debemos recoger el importante esfuerzo hecho por la Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su Observación General (OG) n.º 14 estableció los cuatro elementos relacionados con los estándares de atención en la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad (párr. 12). Veamos qué establece cada estándar:

Cuadro 2

Obligaciones del Estado frente a las y los adolescentes		
	Tipo de obligación	Contenido
1	Relacionadas con los resultados de salud individual y colectiva	Comprenden aquellas metas que los Estados se encuentran comprometidos a cumplir y que están en diferentes documentos de consenso internacional: Objetivos de Desarrollo Sostenible, Plataforma del Cairo, Beijing, Montevideo, entre otros.
2	Relacionadas con el sistema de cuidado de la salud	Incluye bienes y servicios disponibles, adecuados, accesibles, aceptables, cultural y económicamente apropiados, de calidad y equitativos, incluyendo aquellos necesarios para el tratamiento y rehabilitación de enfermedades, medicinas esenciales, así como cuidado fundamental y oportuno.
3	Relacionadas con los factores sociales determinantes de la salud	Comprende, entre otros, el acceso al agua y saneamiento, nutrición, educación, vivienda, condiciones medio ambientales y ocupacionales adecuadas y la libertad frente a la violencia.



Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General n.º 14

Elementos relacionados con los estándares de atención en la salud

a) Disponibilidad.

Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Los servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado tomando en cuenta las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud.

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de todo Estado.

b) Accesibilidad.

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones:

- **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad com-

prende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

- **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- **Acceso a la información:** comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. El acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean confidenciales.

c) Aceptabilidad

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad

Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y un buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

La propuesta desarrollada por la Comisión ha sido ampliamente recogida por los diversos cuerpos que monitorean los derechos humanos tanto en el Sistema de Naciones Unidas como en el Interamericano, por lo que resulta crucial como marco para el desarrollo de este trabajo.

Cuadro 3

Niveles de política al interior del sistema de salud		
Nivel de política	Objetivo principal	Cuestiones que considerar
1. Sistémico	Equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio para la elegibilidad de la población • Aspectos institucionales: Organismos públicos que participan en la atención de la salud • Niveles de gobierno • Combinación de sector público y privado • Participación de la población • Generadores de recursos • Otros sectores que influyen en la salud
2. Programático	Asignación eficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de prioridades • Eficacia de las intervenciones en función del costo
3. Organización	Eficiencia técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Productividad • Calidad del servicio
4. Instrumental	Inteligencia institucional para mejorar el funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de información, Investigación científica, Desarrollo de tecnología, Desarrollo de recursos humanos

La propuesta desarrollada por la Comisión ha sido ampliamente recogida por los diversos cuerpos que monitorean los derechos humanos tanto en el Sistema de Naciones Unidas como en el Interamericano, por lo que resulta crucial como marco para el desarrollo de este trabajo.

De otro lado, para abordar lo relativo a las obligaciones del Estado en materia del sistema de salud y tomando como referencia lo desarrollado por Julio Frenk (1992), Huaita et al (2007) se identificaron diferentes niveles de política al interior del sistema de salud. De acuerdo a este planteamiento, en las políticas que rigen el sistema de salud hay cuatro niveles: nivel sistémico, nivel programático, nivel organizacional y nivel instrumental, los que tendrán diferente objetivo central, por lo que la normatividad que se desarrolla obedece a lógicas diferentes (ver Cuadro 3).

Ambos marcos; el de los estándares de derechos humanos y el de las políticas en el campo de la salud se van a desarrollar a través de una amplia

gama de normas. Entonces, un tercer elemento que debemos introducir es el marco político normativo, que a su vez reconoce una jerarquía normativa y que tiene a la CPP como principal fuente de referencia de las obligaciones del Estado, donde están reconocidos los derechos fundamentales pero que requieren del desarrollo de una serie de normas y políticas para su operatividad. Estas pueden ser: el marco constitucional, las leyes, el marco político o lineamientos de política y la normatividad que permite la creación de estructuras, planes y mecanismos.

1.4. Los estándares internacionales del derecho a la salud y esferas de especial preocupación en el caso de la y el adolescente

Como ya se ha mencionado, la adolescencia es una etapa del curso de vida en la cual las personas, en términos generales, aparentan ser saludables, han terminado la etapa infantil y

están en un momento de desarrollo y madurez corporal, mental y emocional. Sin embargo, desde hace ya un tiempo se ha identificado claramente que en esta etapa de la vida dos ámbitos deben ser los aspectos centrales de preocupación de los Estados: la salud sexual y reproductiva, y la salud mental. Ello por cuanto, la adolescencia marca en muchos casos el

inicio de la vida sexual, pero también porque las y los adolescentes están en pleno desarrollo y no cuentan con la madurez suficiente para enfrentar los problemas que pueden sobrevenir a partir de sus acciones. Con relación a este punto, el Comité de Derechos del Niño ha señalado en su Observación General n.º 4, lo siguiente:

La atención primaria de salud debe incluir servicios adecuados a las necesidades de los adolescentes, concediendo especial atención a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental.

Comité DN, Observación General 4, párr. 41.

Para las adolescentes, esta etapa puede ser de extrema vulnerabilidad dado que su desarrollo físico puede exponerlas a un inicio sexual tem-

prano, violencia sexual y a embarazos no intencionales. Sobre este aspecto, el Comité de Derechos del Niño ha señalado en su Observación General n.º 22, que:

Todos los adolescentes deben poder acceder a servicios, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en línea o presenciales, gratuitos, confidenciales, adaptados a sus necesidades y no discriminatorios, que deben cubrir, entre otros asuntos, la planificación familiar, los métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, la prevención, la atención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, los servicios de salud materna y la higiene menstrual.

Comité de Derechos del Niño, Observación General 22, párr. 59.

Sobre la accesibilidad económica y el proceso de aseguramiento, el artículo 24 de la Convención de

Derechos del Niño, ha establecido que:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

(...)

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

(...)

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

(...)

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

Asimismo, el Código de los Niños y Adolescentes en su Artículo 21 sostiene que los menores de edad tienen derecho a la atención integral de salud:

el niño y el adolescente tienen derecho a la atención integral de su salud, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas.

El acceso a los servicios de salud es un derecho de las y los adolescentes que debe ser dado por los Estados a través de políticas públicas de prevención y de atención. Una de las políticas más importantes para hacer accesible la salud a toda la población adolescente, es la de aseguramiento, dado que a través de ésta se va a materializar la atención efectiva de la salud.



©UNICEF Perú/García R.

1.4.1. Accesibilidad económica y proceso de aseguramiento

Dado que esta población menor de edad está sujeta a una serie de vulnerabilidades, su derecho al acceso a los servicios de salud debería

estar garantizado por parte del sistema a través del aseguramiento en salud, especialmente con coberturas en las áreas priorizadas antes identificadas. Así, diferentes cuerpos normativos han expresado su preocupación en relación con la accesibilidad económica: asequibilidad.

Cuadro 4

Accesibilidad económica (asequibilidad)		
Salud en general	Embarazo y salud reproductiva	VIH
<p>“El derecho de los adolescentes a tener acceso a información adecuada es fundamental si los Estados Partes han de promover medidas económicamente racionales, incluso a través de leyes, políticas y programas, con respecto a numerosas situaciones relacionadas con la salud, como las incluidas en los artículos 24 y 33 relativas a la planificación familiar, la prevención de accidentes, la protección contra prácticas tradicionales peligrosas, con inclusión de los matrimonios precoces, la mutilación genital de la mujer, y el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales”.</p> <p>Comité de Derechos del Niño, Observación General 4, párr. 10.</p>	<p>“La falta de acceso a esos servicios contribuye a que las adolescentes sean el colectivo de mujeres con mayor riesgo de morir o de sufrir lesiones graves o permanentes durante el embarazo y el parto. Todos los adolescentes deben poder acceder a servicios, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en línea o presenciales, gratuitos, confidenciales, adaptados a sus necesidades y no discriminatorios, que deben cubrir, entre otros asuntos, la planificación familiar, los métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, la prevención, la atención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, los servicios de salud materna y la higiene menstrual”.</p> <p>Comité de Derechos del Niño, Observación General 22, párr. 59.</p>	<p>“Los Estados Partes también deberían, en particular: (...) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/ SIDA)”.</p> <p>Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. Recomendación General 24, párr. 33.b.</p>



©UNICEF Perú

2. Sistema de salud en el Perú: Hacia el **aseguramiento** universal

2.1. Avanzar de la promesa al hecho: **El plan Esencial de Aseguramiento en Salud**

El concepto de aseguramiento en salud es que todas las personas en un Estado accedan a algún seguro de salud con una protección básica garantizada para todos, tengan o no capacidad contributiva. Es con esta aspiración que se promulga en el Perú la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud —Ley n° 29344. A partir de esta se emite una serie de disposiciones a fin de normar no solo el acceso sino también la regulación, el financiamiento, la prestación y la supervisión del aseguramiento en salud.

De acuerdo con el modelo peruano, se deberían establecer hasta tres tipos de planes de aseguramiento explicados en el Cuadro 5 (página 33).

Es así que, en principio, toda/o peruana/o —incluyendo a la población adolescente— debería tener un plan mínimo de aseguramiento en salud, y de acuerdo a sus condiciones particulares podría acceder a mejores coberturas, pero en ningún caso una menor.

Así, de acuerdo con el Artículo 86 del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo n.º 008-2010-SA, el PEAS contiene la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones

que como mínimo son financiadas a todos los asegurados en el país, en concordancia con el Artículo 13 de la Ley Marco, bajo los regímenes subsidiado, semi contributivo y contributivo y debe ser ofertado por la totalidad de las IAFAS registradas ante SuSalud.

Dado que el sistema de salud en el Perú es segmentado y fragmentado —tal como veremos en el Gráfico 1 (página 34)—, existen instituciones que administran los fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) que, en términos generales, podrían clasificarse en:

1. **IAFAS** que pertenecen al subsistema público y su financiamiento es a través de un régimen contributivo indirecto o subsidiado: SIS.
2. **IAFAS** que pertenecen al subsistema público y su financiamiento es a través de un régimen contributivo directo: EsSalud, Fondo de la Sanidad de las Fuerzas Policiales, el Ejército y la Marina.
3. **IAFAS** que pertenecen al subsistema privado y su financiamiento es a través de un régimen contributivo privado: EPS y seguros privados.

Para garantizar el funcionamiento del sistema se creó SuSalud que, entre otras funciones, le corresponde: “registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud” (Artículo 9 de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud).

2.1.1. PEAS para salud adolescente

El PEAS contiene, entre otros, la lista de condiciones asegurables, es decir, los estados de salud que se busca mantener en el caso de la población sana o recuperar en el caso de población enferma; así como las intervenciones que son el conjunto de prestaciones en salud de carácter preventivo, recuperativo y de rehabilitación para la atención de las condiciones de salud de las y los usuarios.

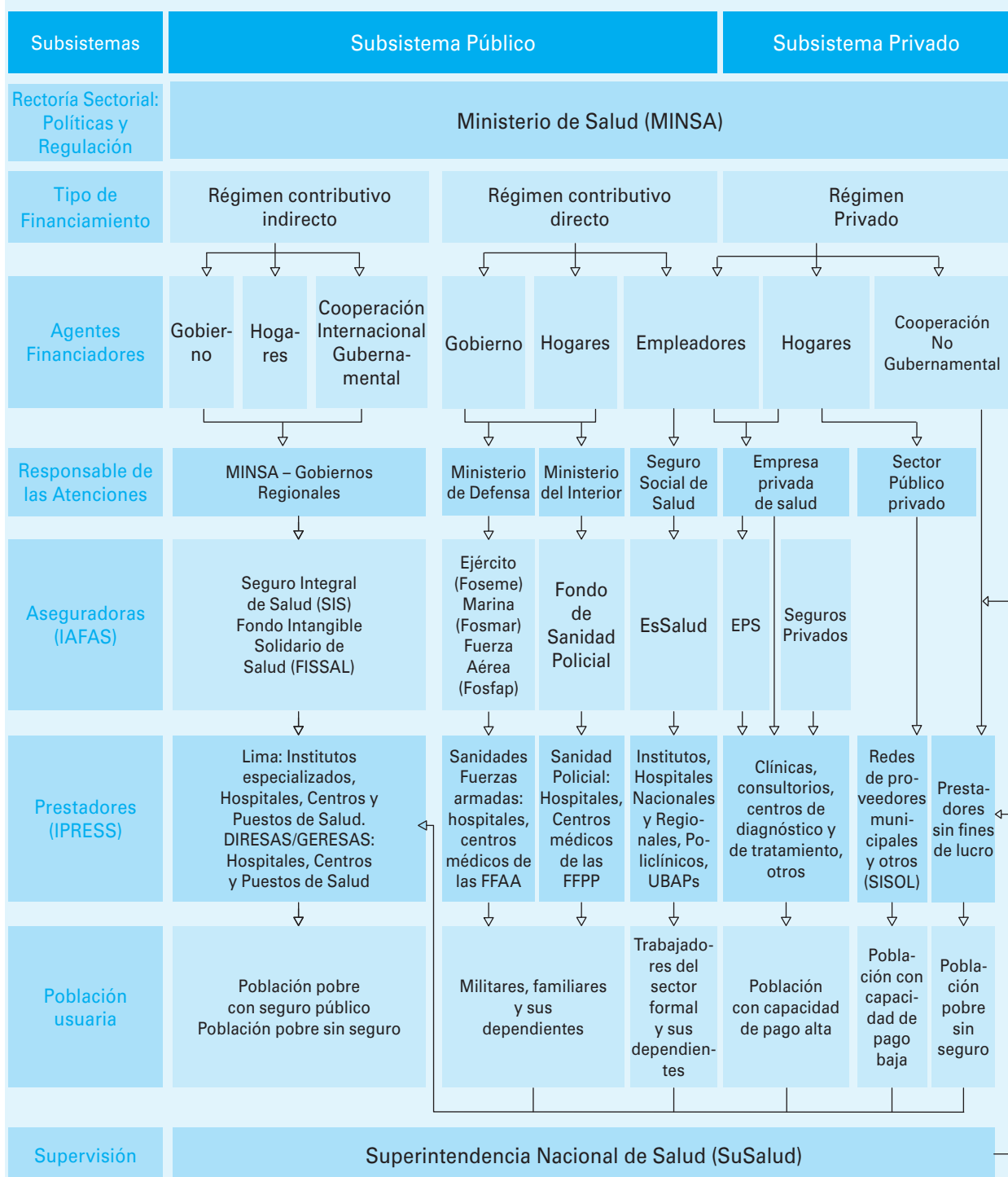
De acuerdo a esto se han identificado seis condiciones generales y 140 condiciones específicas. A partir de ello, un primer ejercicio es conocer cuáles son las condiciones asegurables por el PEAS en los cuatro temas priorizados (salud sexual y reproductiva: embarazo y VIH/SIDA; salud mental: depresión y violencia). (ver Cuadro 6, página 35)

Cuadro 5

Tipos de planes de aseguramiento	
Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)	Este Plan debe regir como plan básico para todas las personas y debe ser ofertado por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress), de manera tal que su cobertura sería exigible en cualquier tipo de seguro de salud.
Planes complementarios	Dado que el PEAS tiene un número limitado de condiciones asegurables, las Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) están en libertad de ofrecer planes que complementen estas condiciones para mejorar la cobertura de riesgos en salud.
Planes específicos	Si en el momento de promulgarse la norma hubo planes de aseguramiento vigentes con mejores condiciones que el PEAS, la ley determinó que estos planes mantengan sus coberturas para nuevos afiliados a dichas instituciones (EsSalud, PNP, FFAA), con el fin de no reducir las prestaciones que ya se les reconocía.

Gráfico 1

Sistema de Salud en el Perú



Fuente: Ministerio de Salud, modificada de Lazo-Gonzales, O. y otros. El Sistema de Salud en Perú: Situación y Desafíos. 2016.

Cuadro 6

Condiciones del PEAS	Condiciones para la atención de salud adolescente
Población sana:	<p>Prevención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de crecimiento y desarrollo 2. Vacunación 3. Orientación/consejería 4. <u>Atención en planificación familiar</u> 5. Control de psicología 6. Atención de salud bucal <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: Laboratorio • Seguimiento: Consulta externa
Condiciones obstétricas y ginecológicas	<p>Condiciones obstétricas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aborto incompleto sin complicaciones 2. Aborto incompleto con complicaciones 3. <u>Embarazo, parto y puerperio normal</u> 4. Enfermedad del trofoblasto 5. Hiperémesis gravídica 6. Embarazo ectópico 7. Óbito fetal 8. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo 9. Diabetes gestacional 10. Embarazo complicado por polihidramnios 11. Desproporción feto pélvica 12. Gestación múltiple 13. Embarazo prolongado 14. Gestante mayor de 35 años 15. Infección materna 16. Enfermedad hipertensiva del embarazo 17. Embarazo complicado por isoimmunización Rh (-) 18. Retraso en el crecimiento intrauterino / Oligohidramnios 19. Embarazo complicado por riesgo de hipoxia fetal 20. Gestación complicada con embolia 21. Amenaza de parto pretérmino. Parto pretérmino 22. Embarazo complicado por fracaso en la inducción del parto / Trabajo de parto prolongado / Distocia de presentación / Prolapso del cordón 23. Desgarro perineal grado III o IV / Desgarro de cérvix 24. Hemorragia posparto 25. Retención de membranas / Placenta 26. Sepsis puerperal 27. Infección urinaria en embarazo, parto y puerperio 28. Puerperio <p>Condiciones ginecológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distopia genital • Vulvovaginitis • Enfermedad inflamatoria pélvica • Enfermedades benignas de mama • Menopausia (no aplicable)

Cuadro 6

Condiciones del PEAS	Condiciones para la atención de salud adolescente
Condiciones transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones del aparato respiratorio • Infecciones del aparato genitourinario y de transmisión sexual <ul style="list-style-type: none"> - Infección urinaria baja - Infección urinaria alta - Enfermedades de transmisión sexual - <u>Infección por VIH</u> - <u>SIDA</u> • Otras infecciones
Condiciones no transmisibles	<p>Condiciones mentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia - Ansiedad - <u>Depresión</u> - Alcoholismo <p>Condiciones crónicas y degenerativas - Condiciones agudas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apendicitis aguda - Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación - Hemorragia digestiva aguda alta - Colelitiasis - Cuerpo extraño en aparato digestivo - Obstrucción intestinal - Síndrome de espalda dolorosa - Heridas contusiones y traumatismos superficiales - Lesión de partes blandas de miembro superior/ miembro inferior - Fractura de columna y pelvis - Fractura de extremidades - Traumatismos múltiples severos - Traumatismo intracraneal - Desorden vascular cerebral isquémico - Desorden vascular cerebral hemorrágico - <u>Lesiones asociadas a violencia intrafamiliar</u> - Litiasis urinaria - Intoxicación por órgano-fosforados - Cuerpo extraño en aparato respiratorio - Insuficiencia respiratoria - Quemaduras - Enfermedad isquémica del corazón

De acuerdo a nuestro análisis identificamos algunas intervenciones significativas para las cuatro áreas priorizadas, entendiendo que están cubiertas por el PEAS, constituirían entonces el derecho mínimo exigible por toda persona adolescente con relación al sistema de salud. La presente investigación está dirigida a saber si efectivamente las IAFAS están respetando estas condiciones asegurables y realizan las intervenciones o dan las prestaciones correspondientes.

2.2. Las IAFAS y los Regímenes de aseguramiento en salud

La complejidad de nuestro sistema de salud se refleja en la oferta del aseguramiento. Los siguientes gráficos nos ayudarán a entender mejor las lógicas de las IAFAS públicas y privadas. (ver Cuadro 7 y 8)

Cuadro 7

Descripción de IAFAS públicas	
SIS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Integral de Salud. • Tipo de seguro: Seguro gratuito, independiente, emprendedor y MYPES (microempresa y pequeña empresa). • Acceso gratuito a la atención básica de salud para población pobre y en pobreza extrema, así como algunos grupos adicionales por su condición de vulnerabilidad. • Cubre PEAS y plan complementario.
ESSALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Social del Perú: Cubre todas las prestaciones de capa simple (atenciones más frecuentes y menos complicadas, principalmente ambulatorias) y los de capa compleja (casos de mayor severidad). • En algunos casos cubre PEAS total y en otros solo parcialmente. • Asegura a trabajadores formales pero también a independientes. • Tipo de seguro: Más seguro, Más Salud, Seguro Agrario y EsSalud independiente.
SALUDPOL	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrece dos tipos de cobertura: i) la regular: para titulares y derechohabientes; y, ii) la total: para titulares en servicio. • Cubre PEAS en plan específico.
FOSFAP	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigido a la atención del titular de la Fuerza Aerea del Perú y las familias • Cubre PEAS en plan específico • Tiene cobertura de acuerdo a aporte: Primera Capa: Cobertura o pago único de gastos que realiza el titular afiliado, según una escala determinada; Segunda Capa: son gastos por tratamiento médicos y quirúrgicos, que sobrepasen el monto fijado por la primera capa, una cobertura de un monto máximo. En algunos casos para ello se ofrece un plan complementario con un pago adicional.
FOSMAR	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigido a la atención del personal militar en situación de actividad de la Marina de Guerra del Perú y retiro así como de las de sus familiares dependientes. • Cubre PEAS en plan específico • Cobertura de acuerdo a aportes: Primera y segunda capa.
FOSPEME	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigido a las familias del Ejército peruano. • Cubre PEAS en Plan específico • Cobertura de acuerdo a aporte: primera y segunda capa

Cuadro 8

Descripción de IAFAS privadas			
PREPAGADAS	EPS	Empresa de Seguros	Autoseguros
<p>Entidades que tienen un seguro que oferta atención exclusiva en su propia infraestructura.</p> <p>Clínicas que ofrecen seguros: Anglo Americana, El Golf, Good Hope, Javier Prado, Ricardo Palma, San Borja, San Pablo.</p> <p>Instituciones particulares: ONCOSALUD, COA, CSALUD, FESALUD.</p>	<p>Entidades Prestadoras de Salud, pueden complementar los servicios que presta ESSALUD al régimen contributivo con infraestructura propia o de terceros.</p> <p>En principio, cubren todas las prestaciones de capa simple, quedando la capa compleja para ESSALUD. La EPS puede otorgar mayores coberturas. Ej.: MAPFRE EPS, La Positiva EPS, Pacífico EPS, Rímac EPS, Sanitas Perú EPS.</p>	<p>Entidades que tienen un seguro que oferta atención en diferentes prestadores (centro de salud o clínica).</p> <p>Están bajo el marco de la Ley de Aseguradoras y supervisadas por la SBS.</p> <p>Ej.: MAPFRE Seguros, La Positiva Seguros, Pacífico Seguros, Rímac Seguros, BNP Paibas Cardif.</p>	<p>Es un fondo interno que cubre los gastos de salud de los miembros de una organización.</p> <p>Las personas que están bajo este régimen recuperan los gastos de atención médica, consultas y gastos de medicina de ellos y sus familiares.</p> <p>Ej.: BCR del Perú, MEF, MINCETUR, CORPAC, ENAPU, FEBAN, PAMEF SEDAPAL, MANF PetroPerú, SEMEFA CMP, SIMA, UNMSM.</p>

2.2.1. Cobertura del PEAS y las IAFAS

De acuerdo a lo establecido por el marco normativo, hay algunas obligaciones a las que deben estar sujetas las IAFAS y son las siguientes:

- **PEAS: Plan de Beneficios**

El Plan de Beneficios define las intervenciones, prestaciones y garantías explícitas de oportunidad y calidad, cuyas coberturas se encuentran aseguradas y financiadas por las IAFAS, en concordancia con el Artículo 13 de la Ley. (Art. 86 DS 008-2010-SA)

Preexistencias: En ningún caso una preexistencia incluida en las condiciones asegurables del PEAS será pasible de exclusión. La Declaración de enfermedad preexistente es obligatoria por parte del asegurado, al momento de su afiliación. (Art. 89 DS 008-2010-SA)

Periodo de carencia: Las emergencias no presentan periodos de carencias en ninguno de los regímenes de financiamiento. Las prestaciones incluidas en el PEAS no consideran periodos de carencia en el régimen subsidiado. El régimen contributivo y semicontributivo podrá considerar periodos de carencia de acuerdo a sus respectivas normas. En los regímenes contributivo y semicontributivo, para el caso de maternidad, será suficiente que la asegurada haya estado afiliada al momento de la concepción. (Art. 9 DS 008-2010-SA)

- **Planes específicos**

EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional del Perú, en donde la estructuración de las coberturas para sus afiliados, en tanto posean mejores condiciones respecto al PEAS, mantienen sus coberturas de beneficios vigentes bajo dichos planes, debien-

do incorporar las garantías explícitas previstas en la Ley. (Art. 94 DS 008-2010-SA)

- Planes complementarios

Son aquellos ofertados por las IAFAS que otorgan prestaciones no comprendidas en el PEAS. Su regulación y fiscalización está a cargo de SuSalud. (Art. 99 DS 008-2010-SA)

- Las IAFAS mencionadas en el Artículo 7 de la Ley, deben garantizar que sus asegurados tengan la cobertura vigente del Plan de Beneficios correspondiente al PEAS.
- Los afiliados que libre y voluntariamente así lo decidan podrán contratar planes complementarios. En ningún caso se podrá condicionar el otorgamiento de las coberturas del PEAS a la contratación de coberturas adicionales.
- Los planes complementarios son estructurados por las IAFAS respetando las condiciones del PEAS. El valor de estos es determinado en función de la extensión y características de la cobertura ofertada. Las IAFAS fijan las exclusiones de cada plan complementario.
- Los planes complementarios podrán incorporar el criterio de enfermedad o dolencia preexistente para los afiliados, sujetándose para ello a la legislación vigente y a lo dispuesto en el presente Reglamento, siempre y cuando dicho criterio esté claramente definido en el plan de aseguramiento y los afiliados al plan hayan sido debidamente informados.
- Las preexistencias no serán motivo para la exclusión de la afiliación al PEAS, la cobertura del nuevo plan de salud deberá ser de acuerdo a lo pactado por las partes. (Art.100 DS 008-2010-SA)

2.3. Normas técnicas para salud adolescente y su correspondencia con coberturas PEAS

Como ya hemos explicado, el PEAS es el listado de las condiciones asegurables mínimas con las que se busca mantener la salud en el caso de la población adolescente sana o recuperarla en el caso de la población adolescente enferma. Adicionalmente, el Estado deberá establecer cómo se van a atender estas condiciones asegurables para garantizar la salud de esta población. Para ello se han publicado ciertos planes y normas técnicas que veremos a continuación. (ver Cuadro 9, página 40)

Del cuadro se desprende que casi todas las condiciones asegurables materia de estudio —respecto de su prevención y atención— han sido contempladas en una Norma Técnica específica para adolescentes, salvo lo relacionado a salud mental. En efecto, no se ha previsto una norma técnica dirigida a la atención específica de la salud mental de adolescentes, a pesar de que la adolescencia es una etapa de cambios. Es preocupante que la salud mental haya quedado relegada y no sea un aspecto importante que tratar, ya que el nivel de depresión en la población adolescente es considerable, siendo identificada como la mayor causa de morbilidad entre los doce y diecisiete años de edad (INSM, 2013). Al respecto en el 2017, de acuerdo a datos del Minsa, se registraron 753 intentos de suicidio, de los cuales más de la mitad eran de mujeres (52,5%) y una cuarta parte (25,6%) correspondía al grupo de quince a diecinueve años, es decir, el grupo adolescente presenta la mayor prevalencia de intentos de suicidio por grupo etario (Villafane 2019, p. 10).

Cuadro 9

Planes y normas técnicas para atender el PEAS		
Condiciones asegurables	Adolescente	Norma técnica
Población sana	Prevención: Atención en Planificación Familiar Atención Integral de Salud	Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021. Decreto Supremo n.º 012-2013-SA, de fecha 7 de noviembre de 2013. Resolución Ministerial n.º 525-2016-MINSA. Modifican Norma Técnica de Planificación Familiar, de fecha 27.07.2016. Resolución Ministerial n.º 1001-2019/MINSA. Norma Técnica n.º 157-MINSA/DIGIESP-V.03, la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente.
Condiciones obstétricas	Embarazo, parto y puerperio normal	Resolución Ministerial n.º 518-2016-MINSA. Aprueban Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, de fecha 25.07.2016. Resolución Ministerial n.º 130-2017/MINSA, que aprueba la Norma Técnica: "Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente Durante el Embarazo, Parto y Puerperio".
Condiciones transmisibles	Infección por VIH SIDA	Resolución Ministerial n.º 567-2013/MINSA, que aprueba la NTS n.º 102-MINSA/DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)".
Condiciones no transmisibles	Depresión	Guía técnica de diagnóstico y tratamiento de depresión en adultos de 18 a 65 años para médicos no psiquiatras, de fecha 22.04.2013. Resolución Ministerial n.º 648-2006, MINSA de fecha 18.07.2006 que aprueba Guía de práctica clínica en depresión.
Condiciones no transmisibles	Lesiones asociadas a violencia intrafamiliar	Resolución Ministerial n.º 472-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria n.º 041/MINSA-DGSP-V.01 que regula el Funcionamiento de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud-MAMIS. Resolución Ministerial n.º 455-2001/SA/BM, que aprueba Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil, de fecha 25.07.2001. Resolución Ministerial n.º 141-2007/MINSA, que aprueba " <i>Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género</i> ", de fecha 13.02.2007.



©UNICEF Perú/Arrascue R.

3. Cobertura y aseguramiento universal en salud: la realidad para la adolescencia

Como se sabe, y así lo ha reconocido el Comité de Derechos del Niño (Observación General 4, párr. 2), las y los adolescentes constituyen un grupo de población sano, pero que asumen conductas de riesgo. Esta se desarrolla en muchos casos por su relativa vulnerabilidad y por la presión ejercida por la sociedad, incluyendo a las y los propios adolescentes. A continuación, veremos cómo se está cubriendo la demanda de atención en salud a la población adolescente peruana.

3.1. Perfil de las y los adolescentes aseguradas/os

El Perú entre el 2005 – 2047 vive lo que se denomina el “bono demográfico”, es decir, que

la población en edad de trabajar es mayor a la población dependiente, y por tanto es un período fundamental para acelerar y afianzar el desarrollo económico y social del país¹¹. En esta visión, la generación actual de adolescentes es clave porque como país debemos procurar que lleguen a la etapa adulta desarrollando todo su potencial, no solo porque es su derecho humano sino también por el efecto que ello tendrá en materia de fuerza de trabajo futura y condiciones de envejecimiento. Esto se va a lograr siem-

11 Desafíos y prioridades: política de adolescentes y jóvenes en el Perú. UNFPA. https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Desafios_y_prioridades_politica_de_adolescencia_y_jovenes_Peru_-_ONU.pdf

pre que el Estado peruano proteja de manera efectiva los derechos de la población adolescente, por ejemplo, a través del aseguramiento universal en salud que es el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que deben tener las personas desde su nacimiento hasta su muerte; así lo ha señalado la Ley Marco en Aseguramiento en Salud - Ley n.º 29344.

De acuerdo a los datos oficiales, para el 2017, en el Perú se calculaba un promedio de personas entre diez y diecinueve años que asciende a 5,035,905, lo que de acuerdo al censo representa aproximadamente un 17 % de la población total de 29, 381, 884¹².

3.2. Coberturas de aseguramiento

De acuerdo a datos del último censo realizado en el 2017, de un total de 3, 018, 035 adolescentes, casi un 20% no cuenta con seguro, es decir 610,947 adolescentes. Este porcentaje es un poco menor con relación a la cobertura nacional, en donde a pesar de haberse ampliado significativamente la cobertura de seguro de salud, especialmente por el SIS, un 25% de adultos no se encuentra asegurado¹³.

En ese sentido, se puede verificar que la ampliación de la cobertura del aseguramiento en salud está alcanzando a la población adolescente en mayor medida que a la población en general. Sin embargo, aún persiste preocupación porque habría un 20% de adolescentes que no tendría cobertura, por lo que para solucionar cualquier eventualidad van a tener que asumirlo de manera directa (gasto de bolsillo), a pesar de que esta

población no tiene ingresos o, si los tiene, son muy magros.

3.2.1. Por región

Una primera información relevante es la geográfica, es decir, en qué regiones del país la población —y por tanto las y los adolescentes— están teniendo una mayor cobertura de seguro de salud. Así, de acuerdo con el INEI, son diez regiones que tendrían una cobertura por debajo del promedio nacional (76,7%): Piura, Lima provincias, Puno, La Libertad, Ica, Tacna, Arequipa y Madre de Dios. En ese sentido, es preciso analizar información referente a la situación de aseguramiento en salud de la población adolescente en estas regiones, pues podrían estar enfrentando mayor dificultad que en otras. (ver Gráfico 2)

Si comparamos los últimos tres años, es decir, entre el 2016 y el 2018, podemos ver que de acuerdo a los datos de la Endes se ha incrementado el embarazo adolescente en regiones como Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Junín, Loreto, Moquegua, por lo que el tema de las coberturas en salud resulta aún más preocupante. Nos parece relevante tener en cuenta el embarazo adolescente, no solo por el control y atención que requiere como evento mismo de salud, sino por lo que significa en relación con el inicio temprano de relaciones sexuales (que no necesariamente terminan en un embarazo), pero que pueden acarrear ITS y situaciones de depresión o violencia, eventos todos que deberían estar cubiertos por el sistema de salud. (ver Gráfico 3)

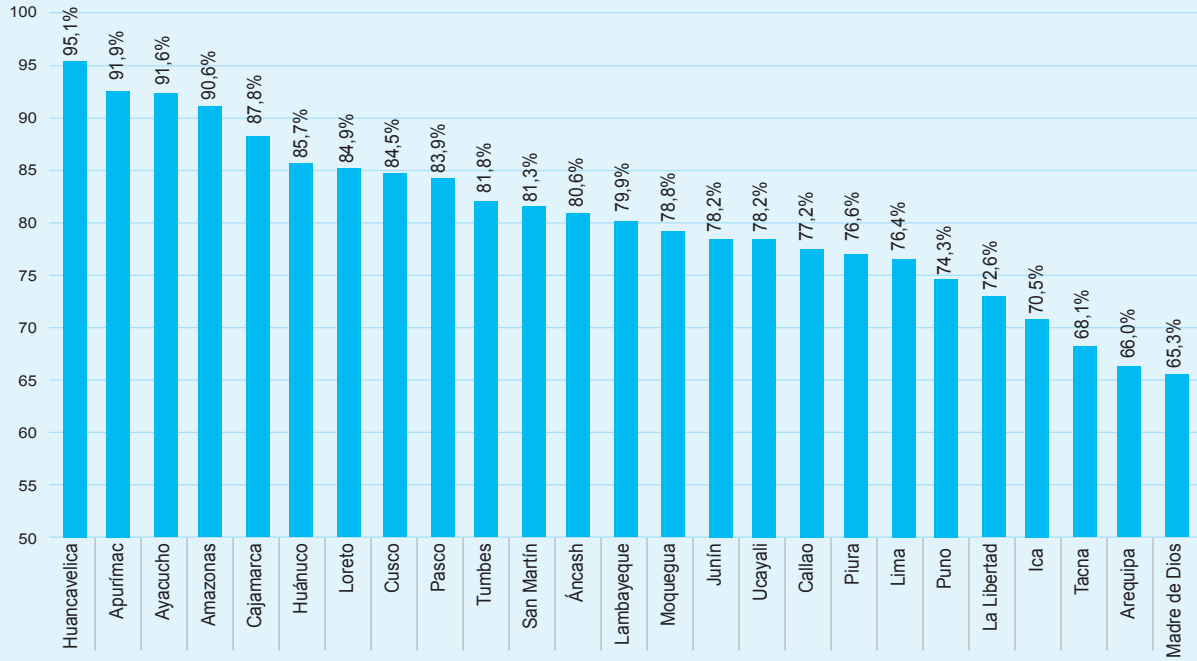
12 El INEI utiliza el corte por edades de 10 a 14 y de 15 a 19, de manera que el grupo que se caracteriza de acuerdo a estos datos son “adolescentes de 10 a 19”, conforme la definición de la OMS. No siendo posible hacer el corte en las edades

de 12 hasta antes de cumplir 18 años, como lo establece la normativa nacional.

13 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Brechas de Género, 2017, p. 68.

Gráfico 2

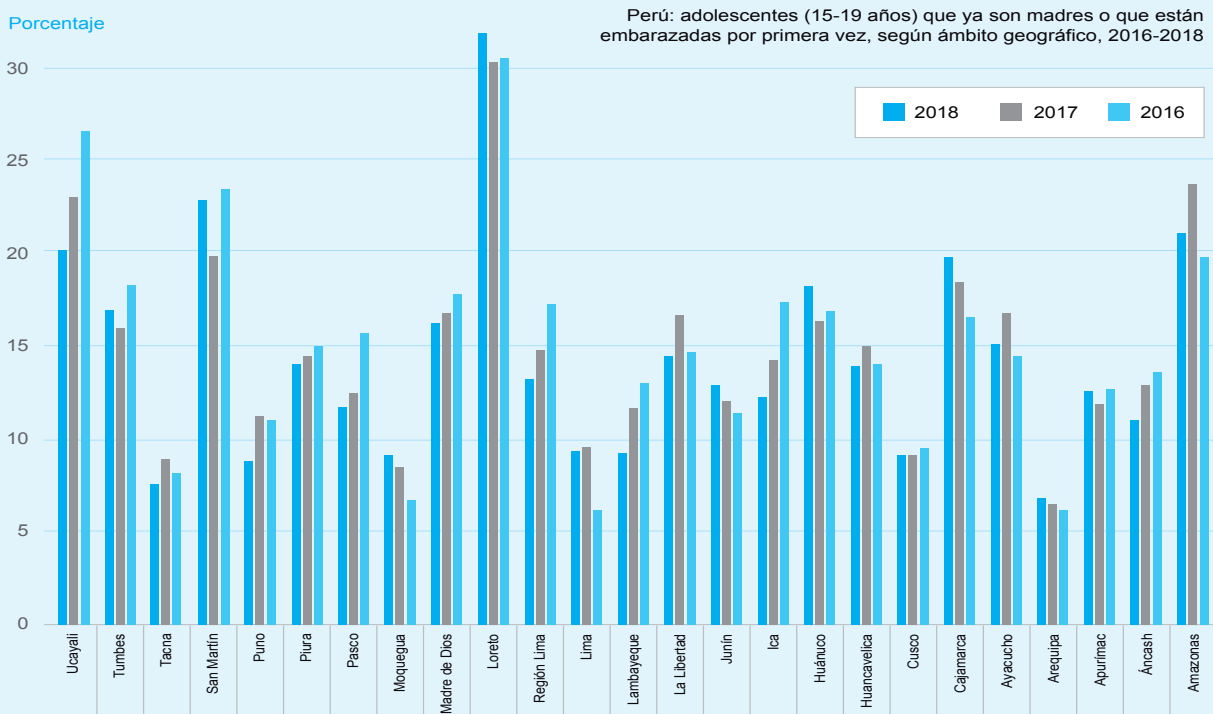
Perú: porcentaje de población afiliada a un seguro de salud según región (porcentaje)



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, Enaho, II trimestre 2018. Elaboración: SuSalud-IID.

Gráfico 3

Embarazo adolescente según regiones (en porcentaje)



Fuente: INEI Endes 2016, 2017, 2018. Elaboración propia.

3.2.2. Por edad

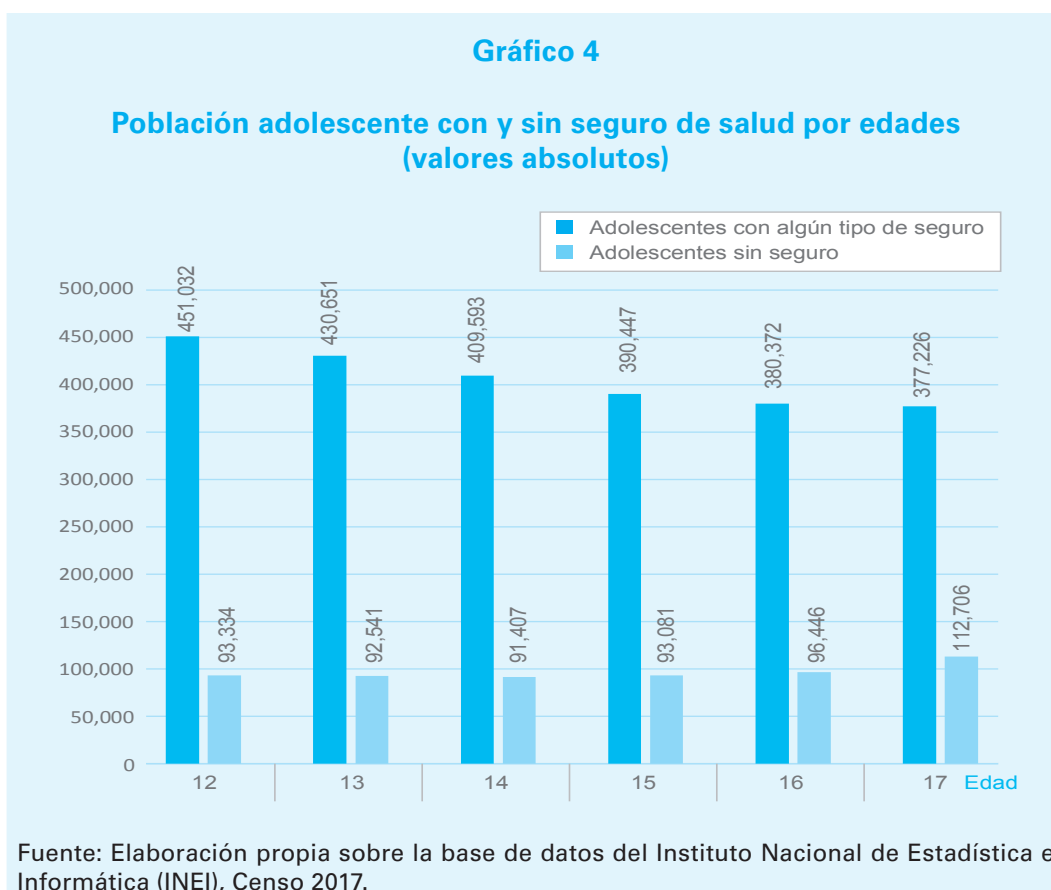
Si nos fijamos en la cobertura del seguro de salud en adolescentes por edades, de doce a diecisiete años, identificamos que a más edad, menor cobertura. En efecto, de acuerdo a los datos del censo, a pesar de que el número de las y los adolescentes disminuye con la edad (de

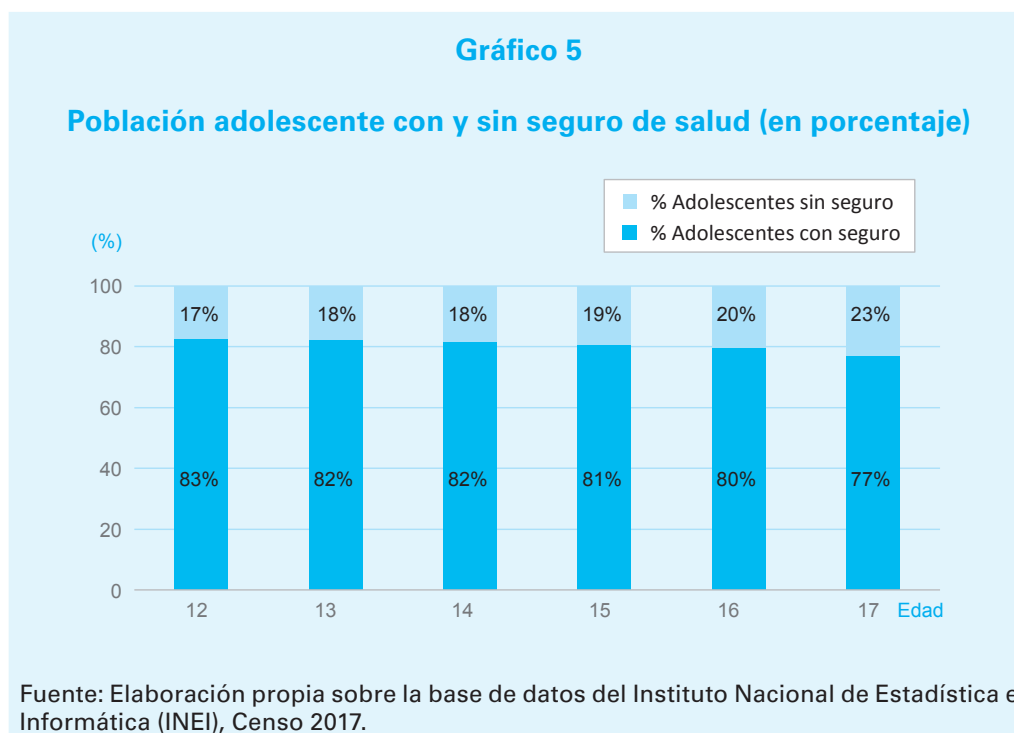
544,366 adolescentes de doce años, a 489,932 adolescentes de diecisiete años), el número de adolescentes sin seguro aumenta con la edad: se pasa de 93,334 adolescentes que a los doce años no cuentan con seguro, a 112,706 que a los diecisiete años no tienen uno, aumentado de 17% a un 23% proporcionalmente. Veamos el siguiente cuadro ilustrativo:

Cuadro 10

Adolescentes que cuentan con algún tipo de seguro y que no tienen seguro de salud, por edad			
Edad en años	Con algún tipo de seguro	No tiene seguro	Total
12 años	451,032	93,334	544,366
13 años	430,651	92,541	523,192
14 años	409,593	91,407	501,000
15 años	390,447	93,081	483,528
16 años	380,372	96,446	476,818
17 años	377,226	112,706	489,932

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Censo 2017.





Esto de por sí es alarmante puesto que, aparentemente, son adolescentes que salen del sistema. Nuevamente, aquí hay una oportunidad para seguir explorando, con data histórica y con

estudios de caso en regiones. Algunas situaciones detectadas en el estudio se encuadran en esta figura, como las siguientes:

Casos de adolescentes sin cobertura de aseguramiento en salud ¹⁴:

Padres que dejaron de trabajar formalmente y lo hacen por cuenta propia o informalmente y/o tiene algún patrimonio, pero no cuentan con seguro de salud para su familia. Por su condición económica, su hogar no califica para que sus hijos/as adolescentes sean cubiertos por el SIS por no estar en pobreza o extrema pobreza, Sin embargo, las y los adolescentes no cuentan con recursos propios para solventar este gasto.

Adolescentes que al iniciar un trabajo o tienen ingresos económicos temporales, ya no califican al SIS por no estar en condiciones de pobreza o extrema pobreza, pero tampoco tienen un seguro particular que pueda cubrirles ciertas eventualidades.

¹⁴

Hasta aquí entonces hemos visto cómo el 20% de la población adolescente peruana carece de

seguro, y por lo que a pesar de ser menores de edad el Estado no logra cubrir un derecho mínimo a que gocen de algún tipo de aseguramiento en salud. Esta situación es más crítica a medida que se avanza en edad y, especialmente, preocupante en las regiones del sur del Perú, donde hay menos cobertura de aseguramiento, y al mismo tiempo existen indicadores de una vida sexual activa entre adolescentes así como de embarazos.

¹⁴ Esta situación cambió posteriormente al cierre del estudio ya que el 28 de noviembre del 2019 se publicó en El Peruano el Decreto de Urgencia n.º 017-2019, el cual establece que se debe afiliarse al SIS a toda persona residente en el territorio nacional que no cuente con algún seguro de salud, independientemente de la clasificación socioeconómica.

3.3. IAFAS y cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud para las y los adolescentes

En términos generales podríamos agrupar a la población adolescente en tres tipos de regímenes: el subsidiado, el semicontributivo y el contributivo, y a cada IAFAS en una modalidad. Sin embargo, en la realidad el sistema es más complejo y las IAFAS van a ofertar diversos tipos de seguros. (ver Cuadro 11)

De acuerdo a los datos del censo, podríamos distinguir entre adolescentes con seguro o sin seguro. Ahora, a partir de los datos de SuSalud, vamos a distinguir entre la población adolescente que cuenta con seguro que cubre el PEAS, y aquella que cuenta con algún tipo de seguro pero que no contiene la cobertura mínima del PEAS. Sin embargo, debemos advertir que también existe población adolescente que tiene cobertura PEAS por más de un tipo de seguro.

Entonces tendremos cuatro grupos de adolescentes:

1. Adolescentes sin ningún tipo de cobertura
2. Adolescentes que tienen algún seguro pero que no cubre el plan esencial (PEAS)
3. Adolescentes que tienen cobertura PEAS con un seguro
4. Adolescentes que tienen más de un seguro con cobertura PEAS

En el Cuadro 12 proporcionado por SuSalud que da cuenta de la cantidad de adolescentes asegurados/as que tienen al menos una cobertura que incluye el PEAS y los que tienen algún seguro de salud pero que en ninguno de ellos tienen cobertura PEAS, a diciembre del 2018.

En el caso de las y los adolescentes que tienen cobertura por debajo del PEAS, cada persona es contada una sola vez. Es decir, habría 90,600 adolescentes en esta condición.

Mientras que en el caso de los asegurados/as que cuentan con PEAS, se puede encontrar asegurados/as que pertenecen a una o más IAFAS como por ejemplo los asegurados de las EPS que también figuran en EsSalud. En cuyo caso se podría estar duplicando la estadística.

Cuadro 11

Tipo de aseguramiento	Beneficiario/as	Financiamiento	Tipo de IAFAS
Subsidiado	Adolescentes provenientes de familias en pobreza o pobreza extrema, o incorporados por alguna condición especial de vulnerabilidad	Estado	SIS
Semicontributivo	Adolescentes que trabajan o que son hijos/as de trabajadores, incluye al seguro de MYPES del SIS	Estado y trabajadores/as o dueños de MYPES	EsSalud, SIS (MYPES)
Contributivo	Adolescentes que son independientes o provienen de familias no pobres (profesionales, empresarios, miembros de las FFAA o FFPP, etc.).	Particulares	Seguros privados, EsSalud, familiares de FFAA y FFPP.

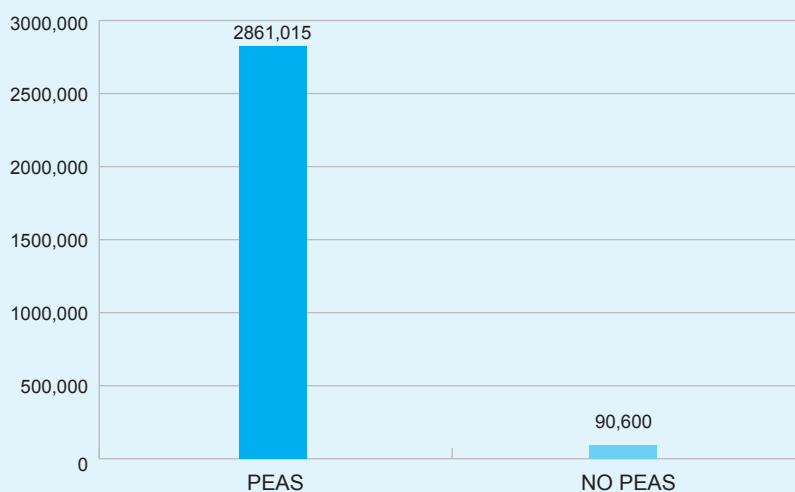
Cuadro 12

Cantidad de asegurados con cobertura PEAS según edad			
Edad	PEAS	NO PEAS	Total general
12	506855	16451	523306
13	524499	15937	540436
14	500442	15807	516249
15	461016	14867	475883
16	439,817	14068	453885
17	428,386	13,470	441856
Total general	2861015	90600	2951615

Fuente: Registro de Afiliados al AUS. | Fecha: 19/12/2018
Elaborado por Intendencia de Investigación y Desarrollo. SuSalud.

Gráfico 6

Adolescentes que cuentan con seguro de salud (PEAS o NO PEAS) 2018 (en números)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos SuSalud.

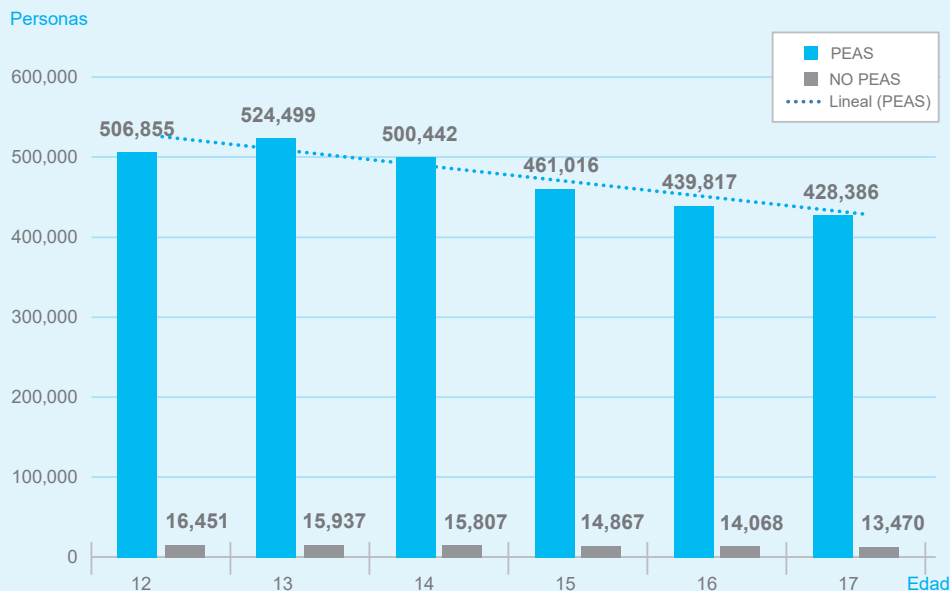
Del Gráfico 8, podemos deducir que del total de adolescentes que gozan de algún tipo de seguro de salud, aproximadamente el 3% tiene una cobertura en planes por debajo del PEAS.

El siguiente dato que podemos analizar es la cobertura del PEAS por edades: Si bien en números absolutos hay una disminución del total de adolescentes que gozan de la cobertura del plan esencial (PEAS), cuando lo vemos en porcentaje,

la cobertura se mantiene sin mayores cambios. Hay aproximadamente un 3% de adolescentes en todas las edades que gozan de algún tipo de seguro pero que no tienen la cobertura esencial del PEAS, mientras que en el 97% aproximado de casos, las/los adolescentes con cobertura van a gozar por lo menos del PEAS (podrían acceder a mayores beneficios si tuvieran algún plan complementario adicional).

Gráfico 7

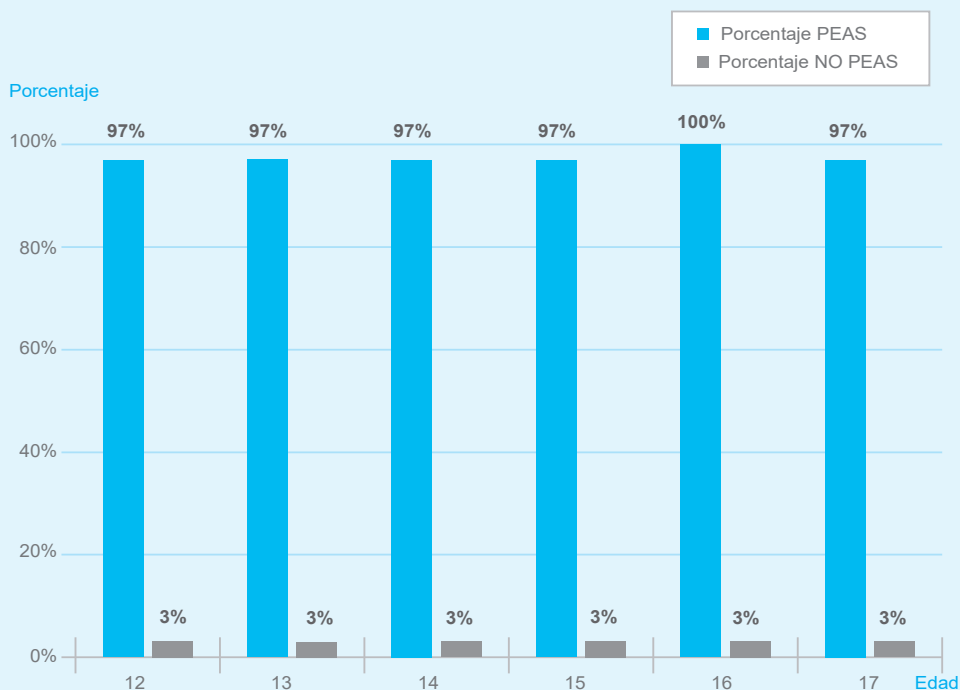
Adolescentes que cuentan con algún seguro de salud (o no peas) según edad, 2018 (en números)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de SuSalud.

Gráfico 8

Adolescentes que cuentan con algún seguro de salud (PEAS o NO PEAS) según edad, 2018 (en porcentaje)



Fuente: Registro de Afiliados al AUS.

Fecha: 19/12/2018 Elaborado por Intendencia de Investigación y Desarrollo.

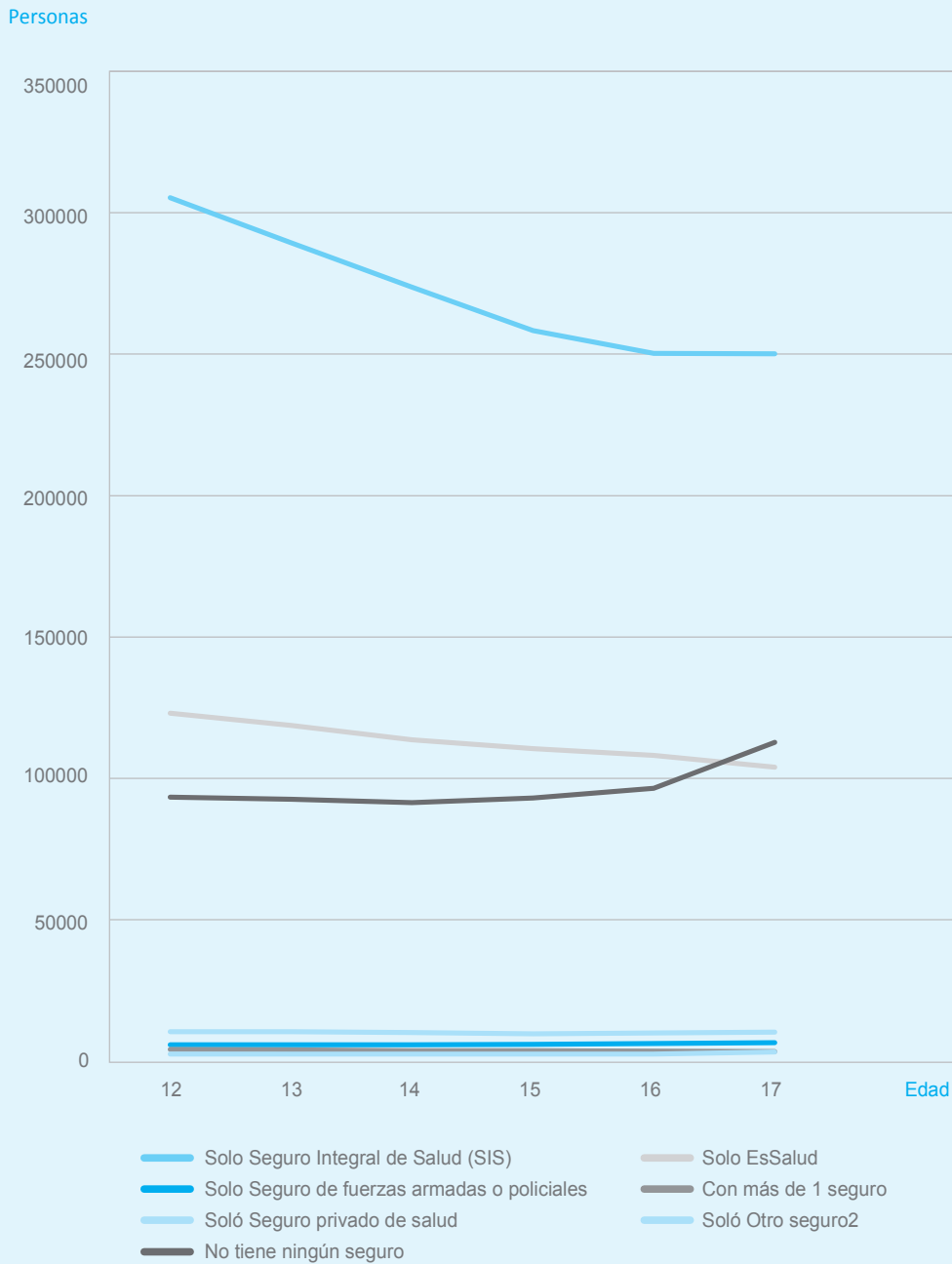
3.3.1. Cobertura del PEAS por tipo de IAFAS

De acuerdo al Censo Nacional 2017, hay un número mayor de adolescentes de doce años que goza de seguro en comparación con las y los

adolescentes de diecisiete. Si nos fijamos por tipo de seguro, también se observa una disminución significativa de cobertura a través del SIS y una ligera disminución de cobertura en EsSalud, a medida que se avanza en edad.

Gráfico 9

Población adolescente absoluta por tipo de seguro y sin seguro (valores absolutos)

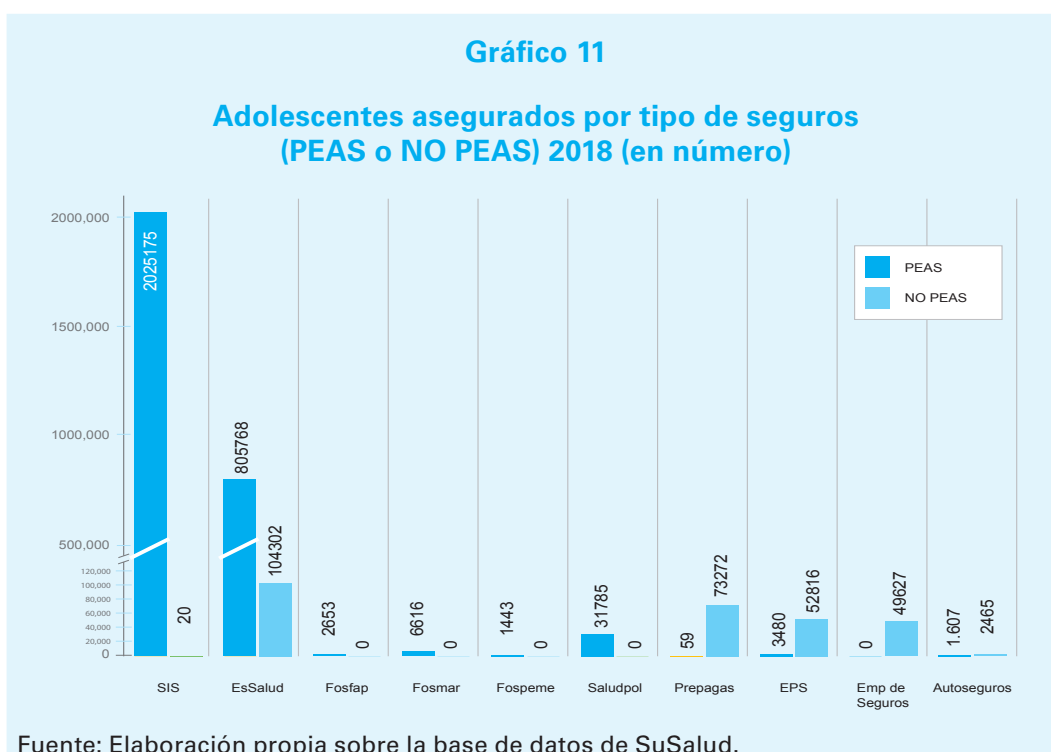
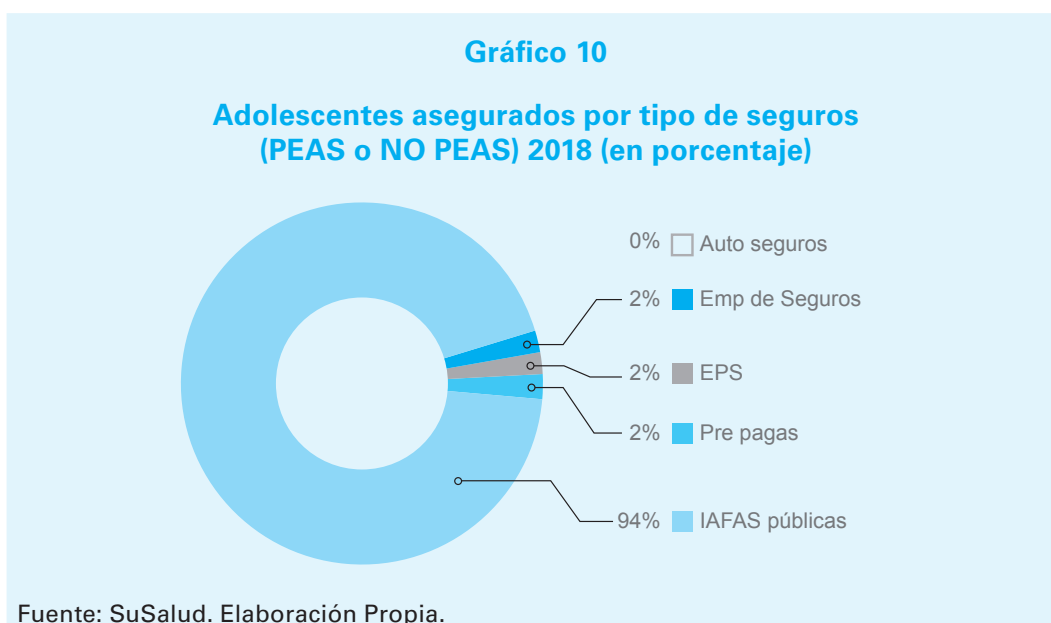


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Censo 2017.

De otro lado, la data proporcionada por SuSalud nos permite analizar los tipos de cobertura que tiene la población adolescente. Para ello, nos preguntamos ¿cuál es el grupo adolescente que tiene mejor cobertura de acuerdo a su plan?, ¿el grupo que está bajo el sistema de las IAFAS públicas o quienes están bajo las IAFAS privadas? Si el PEAS ofrece la cobertura esencial mínima, ¿cuántos adolescentes gozan de una cobertura adicional (complementaria)?

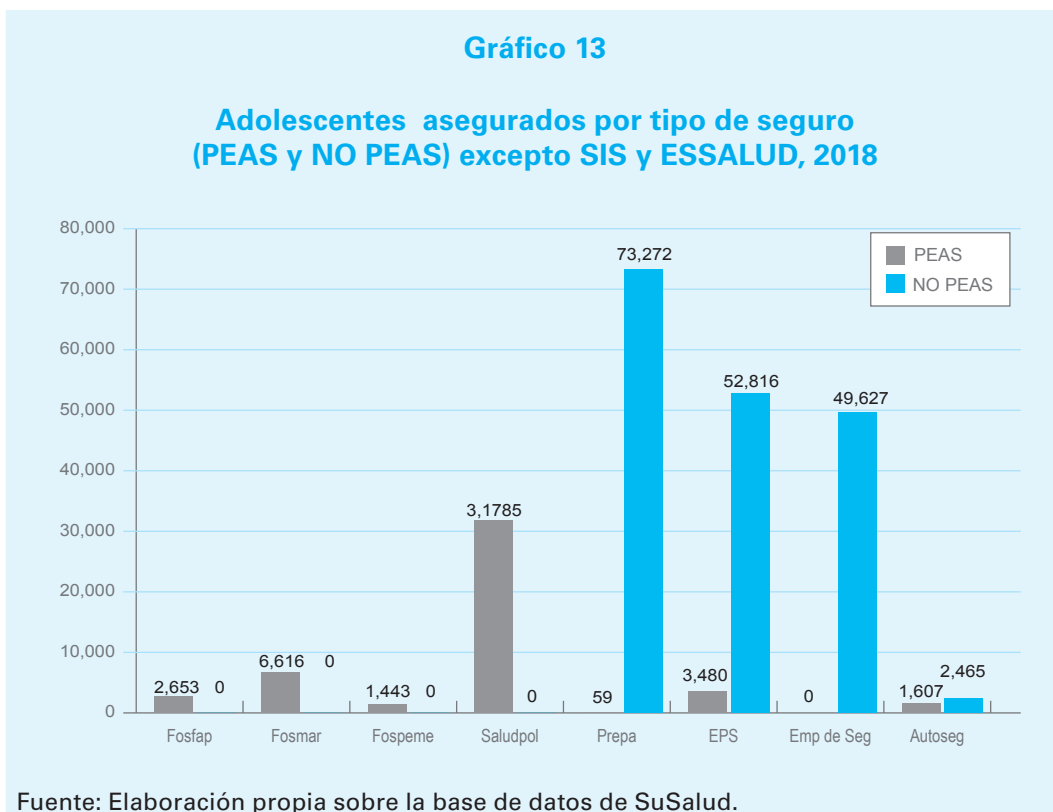
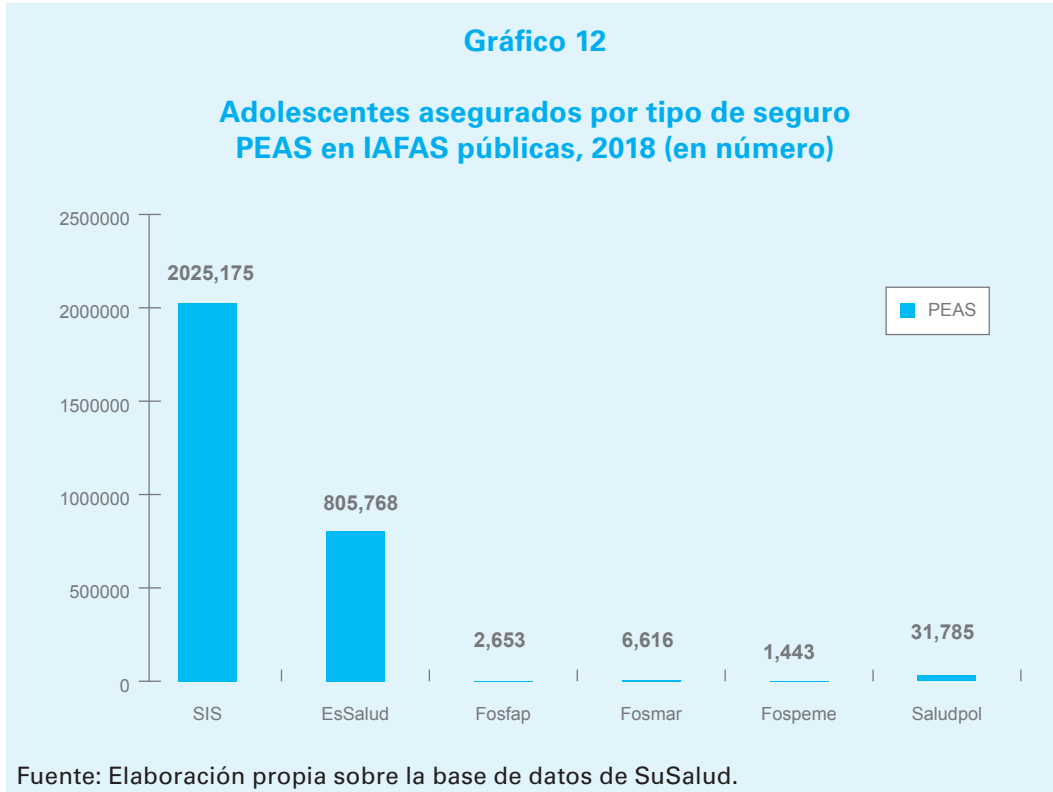
De acuerdo con la información proporcionada por SuSalud, el 94% de adolescentes gozan de algún tipo de seguro a través de una IAFAS pública (SIS, EsSalud, IAFAS de las Fuerzas Policiales o de las Fuerzas Armadas), mientras que las IAFAS Privadas cubren al 6% (Prepagas 2%, EPS 2%, Empresas de seguros 2%, mientras que los autoseguros no llegan al 1%). (ver Gráfico 10)

De lejos el SIS es la IAFAS que cubre un mayor número de adolescentes, seguido de EsSalud como se observa en los siguientes gráficos:



Dentro de las IAFAS públicas, la que tiene una mayor cobertura es el SIS, seguido por EsSalud, y de lejos por las IAFAS de la Policía, Marina, Aviación y Ejército, como se muestra en el Gráfico 12.

Sacando al SIS y EsSalud que son las IAFAS con mayor cobertura poblacional, la distribución de la cobertura a la población adolescente se redistribuye de la siguiente manera: (ver Gráfico 13)





©UNICEF Perú/Velarde C.

Es decir, que son las IAFAS privadas las que estarían atendiendo a una mayor cantidad de población adolescente. En primer lugar, las Prepagas, en segundo lugar, las EPS y en tercer lugar las empresas de seguros, seguidas de lejos por la IAFAS de la Policía.

Ahora bien, lo curioso es que no necesariamente el hecho que las y los adolescentes tengan cobertura por una IAFAS pública significa que se tiene la cobertura del Plan esencial PEAS. Así, de acuerdo a lo informado por SuSalud tanto las IAFAS públicas como las privadas ofrecen aseguramiento que no cubre el PEAS.

Cuando analizamos la situación en detalle, resulta que EsSalud tiene un porcentaje considerable de adolescentes asegurados a quienes no les cubre el PEAS, mientras que, en los casos de las IAFAS del sector privado, aunque su cobertura es sustantivamente menor en números, la mayoría de ellas no ofrece el paquete PEAS, como se ilustra en el Gráfico 14.

De acuerdo a este gráfico solo las IAFAS de las Fuerzas Armadas y Policiales estarían ofertando el PEAS a todas/os las y los adolescentes que están bajo su régimen. En el caso del SIS hay

un número mínimo (20) de adolescentes que estarían recibiendo solo parte del PEAS con algunos beneficios complementarios. El caso de EsSalud es preocupante porque hay un 11% de adolescentes que no estaría gozando del paquete PEAS completo sino solo parcialmente, lo que representaría más de cien mil adolescentes. (ver Gráfico 14)

Un comentario aparte merecen las IAFAS privadas las cuales a pesar de estar dirigidas a un público con capacidad de pago, en todos los casos su oferta es prioritariamente de planes que no comprenden el paquete completo PEAS. En la mayoría de los casos solo cubren parcialmente el PEAS con algún complemento. Solamente en el caso de Autoseguros un 40% de adolescentes estarían recibiendo cobertura que cubre el paquete PEAS.

Del total de adolescentes cubiertos con paquete PEAS por las IAFAS privadas, las EPS tendrían una mayor población cubierta (68%) seguidas de los autoseguros (31%), como lo demuestra el Gráfico 16.

Si por el contrario analizamos la población adolescente cubierta por IAFAS privadas con

paquetes parciales (No PEAS), encontramos que son las IAFAS prepagas las que tienen al 41% de esta población, seguidas de las EPS que alcanzan el 30%, seguidos muy de cerca con un

28% de las empresas de seguros, siendo que estas últimas ofrecen en una alta proporción solo paquetes complementarios. (ver Gráfico 17)

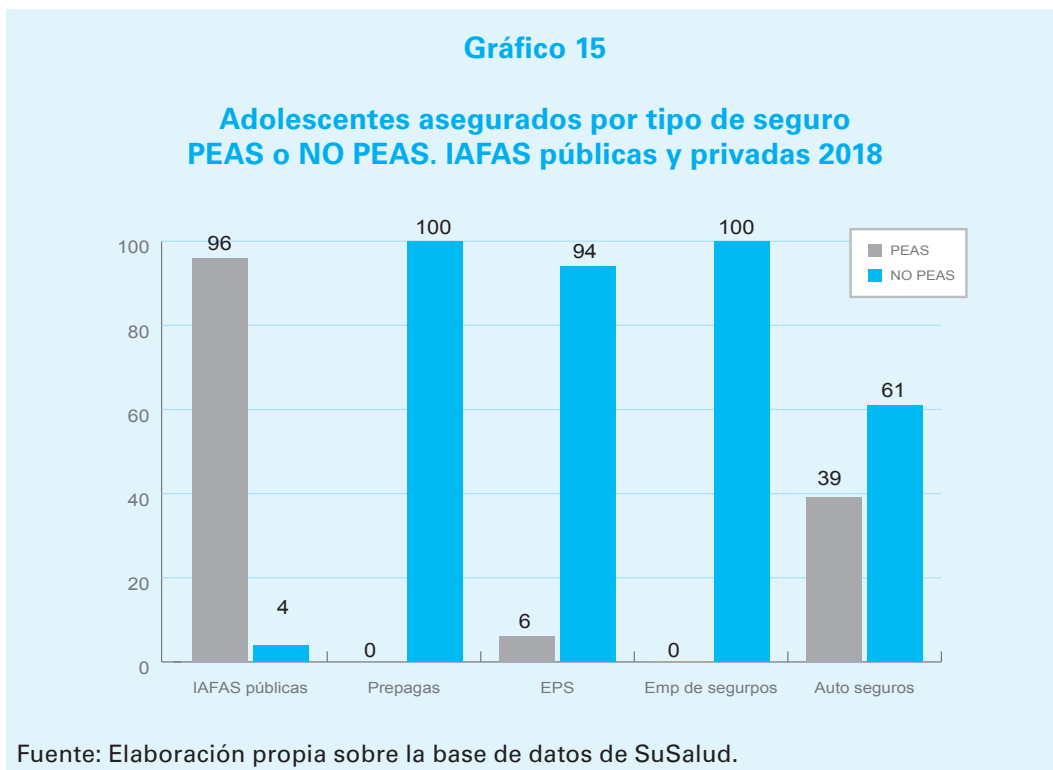
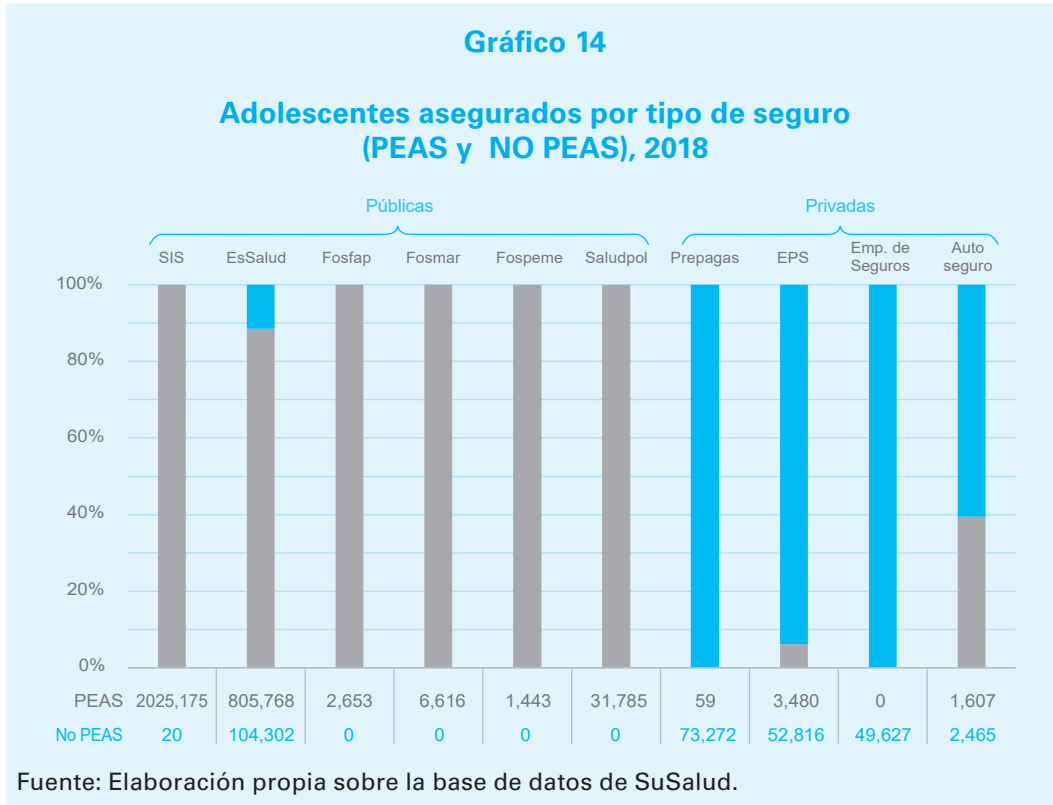
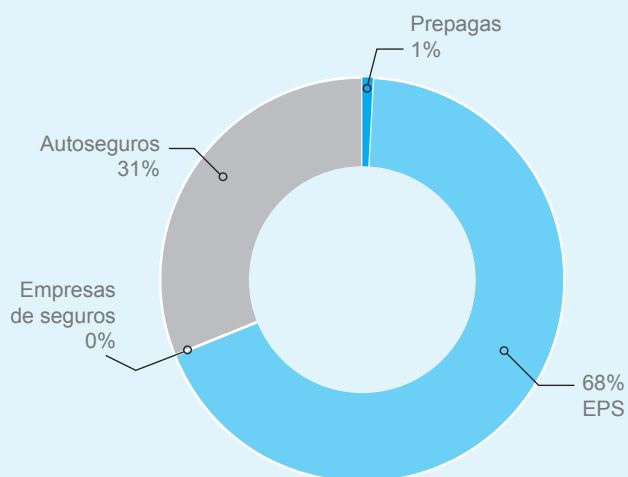


Gráfico 16

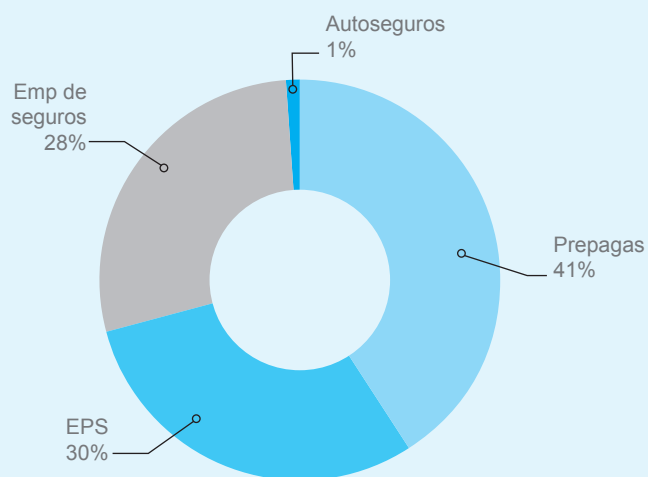
Adolescentes asegurados por tipo de seguro PEAS con exclusión de IAFAS públicas- 2018 (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de SuSalud.

Gráfico 17

Adolescentes asegurados por tipo de seguro NO PEAS - IAFAS privadas 2018 (en porcentaje)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de SuSalud.



SEGUNDA PARTE:
Derecho aún lejano: **adolescentes** y
las **barreras** por superar para gozar
de su **derecho a la salud**





©UNICEF Perú/Vilca J.

4. Metodología

Ante este panorama, en la segunda parte del estudio abordaremos las barreras que en la práctica deben enfrentar las y los adolescentes para hacer efectivo su derecho al aseguramiento en salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva y salud mental.

Para comprender mejor la problemática y eventualmente diseñar una ruta para la remoción de barreras que pudiesen subsistir en el sistema para la protección del derecho a la salud de las y los adolescentes, se obtuvo información utilizando diferentes técnicas:

a) Información disponible en páginas web o usuarios directos: para elaborar una ficha que se envió a todas las IAFAS públicas y a una selección de IAFAS privadas en las que se preguntaba sobre las posibles barreras

de acceso y atención de la población adolescente a los servicios de salud en temas específicos (embarazo, ITS/VIH-SIDA, depresión y violencia), con el fin de identificar la base normativa de las disposiciones que están incorporadas en los contratos, directivas, información promocional y otros referidos al sistema de aseguramiento de su institución.

b) Reunión informativa con SuSalud en donde se corroboró cierta información y se solicitaron datos sobre población adolescente con seguros y tipo de cobertura.

c) Reuniones técnicas: se llevaron a cabo dos reuniones técnicas, una con IAFAS públicas y otra con IAFAS privadas. Las reuniones se dividieron en tres etapas: (i) Encuadre de la reunión técnica: El rol de las IAFAS para

facilitar el acceso de las y los adolescentes a servicios de salud. (ii) Identificación de barreras, en donde se entregó a cada IAFAS pública o privada la ficha elaborada por la consultoría con información contenida en cada página web de las IAFAS para confrontarla con la elaborada por ellos, con el fin de comprobar la información de barreras que se identificaron y (iii) Plenaria: en la que se cotejó si existe o no una base normativa o en qué está basada la información detallada en el formato realizado por la consultoría y entregado a cada IAFAS. A

estas reuniones también se invitó a SuSalud cuyos representantes participaron en la reunión con las IAFAS privadas.

d) Entrevistas semiestructuradas a informantes claves de ambos sectores: Del sector público se entrevistó a informantes de dos regiones del país que han tenido a su cargo el área de salud adolescente durante más de diez años: Ayacucho y Lambayeque; y del sector privado se entrevistó a dos representantes de EPS.



©NO ubicada

5. Hallazgos y desafíos

5.1. Barreras de ingreso

Si bien la salud es un derecho individual, para cubrir los costos de su aseguramiento las y los adolescentes son considerados como parte de un grupo familiar. Se requiere entonces que la familia tenga la documentación en orden para que el seguro los alcance.

Se dispone que para gozar del derecho a la salud no es suficiente la partida de nacimiento que evidencie la vinculación parental, sino que deben estar inscritos en una ficha familiar.

IAFAS: Fospeme, Fosmar, Fosfap, SIS

a) Ficha de focalización de hogares para atención en el SIS

Este documento puede constituirse en una barrera de ingreso¹⁵, cuando la o el adolescente recurre al sistema independientemente de su familia (Ej.: por temas de salud sexual o reproductiva). Puede suceder que, de acuerdo a la ficha, su familia no califica en una situación de pobreza y por tanto debe atenderse en otro sector para lo cual debe solicitar a los padres el permiso o acompañamiento correspondiente para poder atenderse donde le corresponda. Dado lo delicado de la situación, puede ser que la o el adolescente no confíe su situación o requerimiento de salud a su familia

¹⁵ Esta situación ha cambiado para el SIS, posteriormente al cierre del estudio.

y en la práctica se quede sin cobertura de ningún tipo.

La manera como se resuelve esta situación es pidiendo que se excluya a el o la adolescente del otro seguro para que pueda ser atendido/a por el SIS. Esto suele suceder especialmente en los casos de embarazo, en donde los otros seguros prefieren no asumir el costo de un nacimiento, y la adolescente es “transferida” para atención pública con cobertura del SIS.

Al respecto, pensamos que este es un caso en donde se debe atender a el o la adolescente en el punto a donde acude, y luego hacer un canje/compensación del costo del servicio y no rechazar la atención en ningún caso. Ello, especialmente, por cuanto las y los adolescentes siendo una población aparentemente sana, difícilmente recurren a un servicio de salud, por lo que si acuden y no se les atiende puede constituir un gran riesgo para su salud y la vulneración de sus derechos.

b) Ficha familiar de bienestar social

Otras IAFAS, por ejemplo las pertenecientes a las Fuerzas Armadas, establecen como regla general que las familias de los/as titulares estén inscritas en una base de datos de las Direcciones de Bienestar (o sus equivalentes), pues así reciben una serie de beneficios, entre ellos los planes de salud.

- **Fosmar:** En un documento¹⁶ que se encuentra en la página web de Fosmar y en el Anexo C de Dipermar 12-16, se señala que el único medio para que los familiares de un titular sean afiliados es a través de la ficha de inscripción, debidamente firmada y con huella digital. Asimismo, como requisito previo a dicha afiliación, es obligatorio que el titular los registre en la base de datos de la Dirección de Administración de Personal de la Marina (Diperadmon).

La dificultad radicaría en que pueden existir problemas respecto de hijos/as extramatrimoniales que no necesariamente tienen un buen vínculo con sus progenitores, y que tendrían que estar en esta base de datos para gozar de dicha cobertura.

Una salida que consideramos adecuada es la establecida en Saludpol en donde se ha establecido que en el caso de menores de edad con más de catorce (14) años, estos podrán solicitar su inscripción directamente. En este supuesto, Saludpol aplicará el control posterior a las inscripciones de beneficiarios, notificando al titular en caso de confirmarse el registro irregular del derecho.

5.2. Barreras en el tiempo

Se establecen períodos de carencia o espera con amplia variabilidad, sin que ello esté aparentemente debidamente justificado.

EsSalud, Seguros Privados

Todas las IAFAS concordaron con lo establecido por la norma sobre que las emergencias no presentan periodos de carencias en ninguno de los regímenes de financiamiento. Sin embargo, para el caso del régimen contributivo y semi-contributivo, la norma dispone que este período se establecerá de acuerdo a su propia normatividad; ello ha devenido en que dichos períodos de carencia son altamente variables y no parecen estar basados en estudios actuariales. Por ejemplo, para el caso de EsSalud el período de espera para ser atendido en tratamiento médico por infecciones por VIH /SIDA es de veinticuatro meses, mientras que en las IAFAS privadas puede ser de treinta y seis. Al preguntársele a un representante de una empresa aseguradora sobre la razón del plazo expresó que esto respondería a una lógica más bien de fidelidad del asegurado/a, para que no se vaya a otra compañía, perdiendo la cobertura ya ganada.

En la POSITIVA EPS la cobertura de maternidad se da siempre que haya concebido bajo el plan.

16 Para mayor detalle revisar: <https://iafasfosmar.com/index.php/escribenos/preguntas-frecuentes>

De no ser así, se tendrá que esperar diez meses para la atención. En C-SALUD el periodo de espera es de veinticuatro horas después de que la adolescente es afiliada.

5.3. Barreras por razón de género

Siendo la maternidad un riesgo de salud para las mujeres en edad fértil, este hecho puede tener consecuencias negativas para las adolescentes, desde que no se le cubra durante su proceso de embarazo y parto, hasta que se les expulse de manera definitiva del sistema. Veamos:

No se cubre los gastos por maternidad a las hijas adolescentes embarazadas.

EsSalud: Más Salud: Seguro Potestativo y Saludpol

La Cláusula 6.1 del Contrato “+ Salud Seguro Potestativo”¹⁷ establece expresamente que “No se cobertura la maternidad de menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo”.

Dicha cláusula es una barrera que se configura como una debilidad del contrato porque la cobertura a la adolescente se debe ofrecer de manera obligatoria, se encuentre embarazada o no. En ese sentido, dicha cláusula debe ser removida por ser inconstitucional al establecer una discriminación en el goce del derecho a la salud de las mujeres adolescentes¹⁸.

Esta misma situación se establece en SALUDPOL, pero con una salvedad:

Una de las causales para la exclusión del registro de beneficiarios es que:

(...)

e. La hija beneficiaria que resulte embarazada, respecto a las atenciones gineco obstétricas y neonatales, y las complicaciones que resulten del embarazo, parto y puerperio, a excepción de que dicha situación fuera producto de una violación sexual”. Numeral 23.2.e. del Reglamento del Decreto Legislativo N.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú. Aprobado por Decreto Supremo N.º 002-2015-IN¹⁹. Resolución de Gerencia General 125-2018-IN-SALUDPOL-GG, de fecha 19 de julio de 2018, mediante la cual se aprobó el documento Técnico denominado “Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional.

Es decir, en esta disposición se establece una diferencia sustancial relacionada con la voluntad de la adolescente. Si el embarazo es producto de una violación sexual (estarían comprendidos los casos de violaciones presuntas de adolescentes entre doce y trece, y las de violaciones probadas de adolescentes entre catorce y diecisiete), las adolescentes no serían sancionadas con la expulsión del sistema. Caso contrario, es decir, que el embarazo sea producto de una relación sexual consentida, la sanción a su conducta es el perder la cobertura gineco obstétrica y de maternidad en la IAFAS de la “familia policial”. Frente a ello, los representantes de esta IAFAS manifestaron que en estos casos se coordina con el SIS o EsSalud, según sea el caso, y se dan las facilidades para emitir una constancia de beneficiaria inactiva, de forma que pueda migrar rápidamente a otra IAFAS.

Ahora bien, la determinación de la “violación” es un hecho que no sabemos en la práctica qué exigencia de prueba debe tener. Si bastará solo con el dicho de la víctima, si debe ser corroborada con la denuncia policial, o se exigirá que haya inicio del juicio. Lo real es que no es

17 Para mayor detalle revisar: http://www.essalud.gob.pe/downloads/CONTRATO_DE_+SALUD_SEGURO_POTESTATIVO.pdf.

18 Al respecto, funcionarios de EsSalud el jueves 13 de diciembre de 2018 en una reunión técnica con otras IAFAS reconocieron que efectivamente tal cláusula constituía una barrera. Con posterioridad a la reunión técnica, el contrato que

la contenía fue removido de la página web y sustituido por otro que ya no la contenía. Esperamos que esto haya sido un cambio definitivo en las cláusulas del Contrato “+ Salud Seguro Potestativo”.

19 Para mayor detalle revisar: https://www.saludpol.gob.pe/wp-content/uploads/Ley_Reglamento/DECRETO-SUPREMO-N-002-2015-IN.pdf

razonable exigir la resolución “condenatoria”, porque en nuestro país esto llevará varios años de litigio, con lo que se sobrepasaría largamente el período de gestación en el que la adolescente requiere la atención. Si ello es así, entonces cabe preguntarse qué sentido tiene establecer esta diferenciación sobre si el embarazo es o no producto de una violación. Ello no podrá ser determinado fehacientemente sino muy probablemente con posterioridad al nacimiento. De manera tal que esta barrera es absolutamente de orden moral y no jurídica, siendo el mensaje que las adolescentes con una vida sexual activa —y por tanto con riesgo de embarazo— serán sancionadas por su conducta sexual privándoseles de su derecho al aseguramiento en salud de la “familia policial”. Norma a todas luces discriminatoria que va en contra de las mujeres adolescentes sexualmente activas.

Una reflexión aparte, nos merece el rol que cumple SuSalud respecto de esta normatividad discriminatoria. Al respecto, un representante de esta entidad manifestó que SuSalud ha advertido ya algunas de estas deficiencias en la normativa interna, por ejemplo, de Saludpol pero que no se ha logrado un cambio efectivo en la normatividad para que dichas deficiencias sean modificadas.

Se expulsa totalmente del sistema a las hijas adolescentes embarazadas.

Fosfap

Una situación similar se da en las IAFAS de las FFAA. Este es el caso, por ejemplo, de la IAFAS de la Fuerza Aérea que expresamente establece:

- Manual FAP 160.3. CAP VII. 2 Exclusiones: o) Embarazo, parto, abortos y/o complicaciones en familiares afiliados al Fosfap diferentes a la cónyuge.
- Ordenanza 2012: “...las hijas del titular, por estado de gestación perderán las prestaciones asistenciales”.

Cuando se les pregunta a los representantes de la IAFAS, cuál es la justificación para la exclusión, manifiestan que al interpretar la ley, los

“derechohabientes” solo pueden extenderse hasta las hijas y los hijos, no así a los/as nietos/as, por lo que ese nacimiento no puede ser cubierto. A pesar de ello se comentó que, en la realidad, frente a determinados casos para no dejar a ningún paciente desamparado, si existe algún problema que no se resuelve en el hospital central o a través de la IAFAS, se llama a una Junta. En dicho caso, el director se reúne con los integrantes para determinar cómo ayudar a la persona. A veces un porcentaje aporta la IAFAS para el paciente y el otro porcentaje lo asume el titular. Es decir, que la adolescente no puede ser atendida por derecho propio, sino que estará sometida a la voluntad caritativa del comité.

El embarazo entonces no solo va a determinar que la adolescente no tenga cobertura durante el embarazo y parto (o eventual pérdida o aborto), sino que la consecuencia es la expulsión total del sistema. La adolescente pasa a formar un grupo familiar diferente que no goza más de la cobertura del seguro.

Cuando se les hizo hincapié en las consecuencias de esa interpretación restrictiva, los representantes de las IAFAS de las FFAA en general manifestaron que requerirían una precisión expresa por parte de SuSalud sobre la cobertura de PEAS para que se permita cubrir a personas vulnerables y específicamente el caso “materno infantil” que se plantea. Creemos que esta es una posición restrictiva que no deriva de la norma sino de la interpretación que de ella hacen estas IAFAS y que se ve reflejada en su normativa interna.

En general la IAFAS a la que van a migrar las adolescentes expulsadas de los sistemas es el SIS. Al respecto, el SIS manifiesta que la actualización de la ficha de desafiliación no se hace de manera tan rápida como lo establece la norma, lo que obliga a hacer coordinaciones particulares; y otra limitación es que la calificación del SIS es no solo de la adolescente sino de su familia de origen, que muy probablemente no está en situación de pobreza ni de pobreza extrema. A pesar de ello, se reconoce que en el SIS se hace todo lo posible por atender a todas las adolescentes embarazadas, por la prioridad que ello tiene en el sector salud.

5.4. Barreras por estado civil

Se excluye de cobertura a las hijas/hijos que se casan, sin especificar edad, con lo que podrían estar alentando la convivencia o la irresponsabilidad paterna en caso el matrimonio se origine en un embarazo.

Fosmar, Fosfap, Saludpol

Nuevamente, las IAFAS de las Fuerzas Armadas y Policiales, excluyen de su condición de beneficiarios/as a los hijos/as de lo/as titulares que contraen matrimonio. En este caso, pueden verse afectados/as adolescentes desde los dieciséis años, que es la edad en la que se permite casarse (de acuerdo al Código Civil).

La razón por la que se les excluye es porque al casarse se estaría formando una nueva familia que en sí misma debería gozar de alguna cobertura de seguro de salud. Al respecto hay varios supuestos diferenciados, los que aparentemente no han analizado quienes han aprobado la norma.

- Los seguros, casi siempre están cubriendo a los hijos/as hasta los veinticinco años, dado que se supone que están en una edad todavía dependiente en donde cursan estudios y dependen de los padres.
- Por ello, si una persona decide asumir responsabilidades familiares por sí misma, parece correcto que asuma también los riesgos de salud del nuevo grupo familiar.
- Sin embargo, la norma al no distinguir hijos/as mayores y menores de edad, y la situación particular por la que se contrae matrimonio, puede dar lugar a algunos supuestos como los siguientes: Adolescentes que deciden (o son obligadas por su familia) casarse al haber salido embarazadas. Esta situación que se presenta con mayor frecuencia de la que se quisiera, tendría entonces las siguientes consecuencias negativas:

- La adolescente se casa y pierde la cobertura del seguro que tenía, debiendo pasar a otro sistema.
- La adolescente no se casa para no perder el seguro, lo mismo que puede ser un incentivo para la irresponsabilidad del padre de la criatura.
- La adolescente no se casa, pero convive con su pareja, sin formalizar la unión.

Con mayor precisión, Saludpol establece que se excluye del registro de beneficiarios, no solo a quien contraiga matrimonio, sino a quien se encuentre en convivencia o unión de hecho. Así lo ha establecido el Art. 23. 2. g del Reglamento del Decreto Legislativo n.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú. Aprobado por Decreto Supremo n.º 002-2015-IN.

Son causales de la exclusión del Registro de Beneficiarios:

(...)

g. El hijo sobreviviente del personal policial con derecho a pensión que contraiga nupcias o se encuentre en convivencia en unión de hecho.

Más allá de las precisiones que se podrían hacer a estos supuestos previstos en las normas, la reflexión nos lleva a llamar la atención sobre la vulnerabilidad del grupo adolescente al cual estas normas les son aplicables, pero en las que probablemente no se ha pensado en el momento de aprobarlas.

Creemos que ello amerita una reflexión de las instituciones, dado que en circunstancias de alta vulnerabilidad social, como es enfrentar un embarazo en una edad temprana en la vida, las adolescentes parece que no solo tienen que lidiar con ello, sino también con el cierre de oportunidades para garantizar su derecho a la salud, lo mismo que no se restringe al evento del embarazo y parto sino a su salud tanto física como mental.

En general, en el sistema privado en el caso de las adolescentes embarazadas se da cobertura



a la hija porque es derechohabiente legal del/a titular, pero no al nieto/a. A la adolescente la cubren hasta después del parto y el cambio de estado civil del/la menor de edad no hace que

sea desafiliada/o. No se le saca de la base de datos ni se le da de baja del registro de afiliados hasta que cumpla los dieciocho años, o lo que corresponda según el tipo de seguro.

Adolescentes y edad para contraer matrimonio

Con relación a la edad regulada para el matrimonio, el 4 de septiembre de 2018, mediante el Decreto Legislativo n.º 1384 se añadió al Artículo 42 del Código Civil un párrafo que establece lo siguiente: “Excepcionalmente tienen plena capacidad de ejercicio los mayores de catorce años y menores de dieciocho años que contraigan matrimonio, o quienes ejerciten la paternidad”. Al respecto, se considera que esta norma tiene que ser interpretada a la luz del artículo 241 del Código Civil vigente que solo autoriza el matrimonio de menores de dieciséis años de edad.

Al respecto hay quienes opinan que tal norma ha efectuado una derogación tácita del artículo 241 y que ahora las y los adolescentes pueden casarse a partir de los catorce años. Nuestra posición al respecto es que el nuevo Artículo 42 debe interpretarse de manera conjunta con el Artículo 241 y por tanto no permite el matrimonio de cualquier adolescente desde los catorce años.

A pesar de ello, debemos reconocer que se requiere una mejor regulación en relación con la capacidad de las y los adolescentes de contraer matrimonio, pues estaríamos ante tres supuestos diferentes:

- Adolescentes desde los catorce años: no pueden contraer matrimonio (Art. 241 Código Civil)
- Adolescentes desde los dieciséis años: Pueden contraer matrimonio con autorización de los padres (Art. 241 Código Civil)
- Adolescentes desde los catorce años con hijos/as: Al gozar de capacidad absoluta pueden contraer matrimonio, sin autorización de los padres. (Art. 42, según Decreto Legislativo 13 84)

Esta interpretación, más bien restrictiva en términos de reconocer la capacidad de adolescentes para contraer matrimonio, se basa en las recomendaciones hechas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos del Niño que han condenado el matrimonio infantil como una forma de matrimonio forzoso, señalando que el mínimo para consentir deben ser los dieciséis años:

20. El matrimonio infantil se considera una forma de matrimonio forzoso, ya que no se cuenta con el consentimiento pleno, libre e informado de una de las partes o de ninguna de ellas. Como una cuestión de respeto a las capacidades en evolución del niño y a su autonomía a la hora de tomar decisiones que afectan a su vida, en circunstancias excepcionales se puede permitir el matrimonio de un niño maduro y capaz menor de 18 años, siempre y cuando el niño tenga como mínimo 16 años de edad y tales decisiones las adopte un juez basándose en motivos excepcionales legítimos definidos por la legislación y en pruebas de madurez, sin dejarse influir por la cultura ni la tradición. (Recomendación General 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Observación General 18 del Comité de Derechos del Niño).

5.5. Barreras por condición de salud

Se excluyen expresamente algunas atenciones como las de ITS y las de salud mental.

FFAA y FFPP: Respeto de planes complementarios

Al respecto, se debe hacer una diferencia en el caso de los titulares de las FFAA y FFPP; estos no tienen limitación en montos de cobertura porque la institución armada respalda totalmente su recuperación. Sin embargo, la situación de las y

los adolescentes se regula por ser familiar (hija/hijo) del/la titular.

De acuerdo con lo manifestado por estas entidades, las IAFAS ofertan un seguro que es complementario al plan básico que debe cubrir el PEAS y está dirigido solo a familiares del/la titular. En este tipo de seguros complementarios, el/la titular debe cubrir los eventos en salud hasta por un monto determinado de manera directa; por encima de ello está cubierto por el seguro. Estos seguros complementarios entonces excluyen de manera expresa: Anticoncepción, VIH/SIDA, Síndrome ansioso depresivo, entre otros, todo lo cual debe estar cubierto por el PEAS.

Al respecto, representantes de estas IAFAS manifestaron que las IAFAS de las FFAA requieren de un periodo de transición para transformarse en un financiador. En el año 2013 los recursos con los que contaban no alcanzaban para toda la población al ser una IAFAS CONTRIBUTIVA; por ello, el reto es que se cubra con el PEAS sin necesidad de aportes complementarios, lo cual aún está pendiente. En la práctica, pareciera que las y los adolescentes que enfrentan estos problemas de salud deben acudir al sistema público, porque no encontrarían respaldo de acuerdo a su tipo de aseguramiento.

EL PEAS solo contempla violencia física (lesiones) como expresión de violencia intrafamiliar

- La cobertura en torno a la violencia intrafamiliar está prevista en el PEAS en relación únicamente a lesiones por violencia física. Otras manifestaciones relativas a salud mental, como la depresión, no están asociadas a la violencia intrafamiliar, pero sí están previstas de manera autónoma, de manera tal que si se le identifica debería tener la cobertura correspondiente. De hecho, las normas técnicas revisadas prevén directamente esta derivación, por lo que en la práctica esta omisión no debería significar una falta de cobertura. (Ver normas técnicas ad hoc)

5.6. Barrera por capacidad civil

Se exige acompañamiento de padres o tutores a mujeres adolescentes solteras o en unión de hecho para controles prenatales o parto, así como a adolescentes hombres y mujeres para aplicar pruebas o tratamiento de VIH/SIDA por falta de capacidad civil.

IAFAS públicas y privadas

Para que las y los adolescentes accedan a información, servicios y metodologías anticoncepti-

vas temporales, la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (Resolución Ministerial n.º 652-2016/MINSA, numeral 5.1.5) ha establecido que las actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico, por lo que no se requiere la autorización de los padres o representantes²⁰. A pesar de este avance, esta norma tiene una aplicación restringida por cuanto en la mentalidad de las y los proveedores está presente la exigencia de la participación de padres o tutores para la autorización de cualquier evento en la salud de adolescentes, y más aún si existen normas del mismo sector que se contradicen.

Y efectivamente, una vez la adolescente está embarazada las cosas cambian, puesto que si no es mayor de edad se le exige la presencia de padres o tutores tanto para controles prenatales como para el momento del parto, o para pruebas de VIH o cualquier otro tipo de tratamiento en salud.

De igual manera si el evento en salud requiere la apertura de una historia clínica, de acuerdo a la normativa vigente, para tal evento se requerirá el consentimiento informado de los padres o tutores de el o la adolescente²¹.

De acuerdo con un informante del SIS, hasta que el Minsa no adecue las normas correspondientes no se pueden eliminar algunas barreras como por ejemplo la exigencia de que la adolescente vaya acompañada de sus padres para controles prenatales y para dar a luz, puesto que son ellos los que deben dar su consentimiento. Es más, se han dado casos en que la adolescente embarazada quería atenderse con su pareja, pero no pudieron hacerlo porque debía acudir con su padre o madre.

²⁰ A pesar de ello, un informe reciente de la Defensoría del Pueblo (julio 2018), "Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes", reconoce que 25,3% de los establecimientos supervisados, exigen la presencia de los progenitores, medida que deviene en una práctica discriminatoria (p. 55).

²¹ Ver: NTS n.º 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial n.º 214-2018/MINSA.

En el caso de las aseguradoras privadas, en su mayoría declararon que no son ellas sino las clínicas, es decir, en la entidad prestadora del servicio directo, donde se tendrá la decisión si atienden a las o los adolescentes solos/as o con sus padres, o con su pareja. Y también si se hace entrega o no de métodos anticonceptivos; en todo caso no son ellas las que ponen restricciones al respecto.

Un antecedente interesante, manifestado por un informante del SIS, es cómo la maternidad en algunos casos otorga capacidad civil para eventos en salud. Es el caso de las adolescentes internas en centros juveniles que están bajo la tutela del Estado ciertamente, pero si están embarazadas o tienen hijos/as, ellas serán las que tomen las decisiones sin necesidad de ninguna intervención adicional.

Como habíamos señalado antes, una reciente modificación al Código Civil (Decreto Legislativo 1384) reconoce capacidad plena de ejercicio de las y los adolescentes desde los catorce años cuando tienen un/a hijo/a (art. 42 del Código Civil). De acuerdo entonces a esta norma, el nacimiento de un hijo determina la absoluta independencia de las y los adolescentes, quienes ya no requerirán la intervención de sus padres en ninguna esfera de su vida.

Adquisición de capacidad por maternidad o paternidad: Adolescentes de catorce años o más a partir del nacimiento de un/a hijo/a, se convierten en personas absolutamente capaces, y ya no requieren para nada el consentimiento de los padres.

Código Civil

Como consecuencia de ello, las y los adolescentes, a partir de que son padres deberán constituir una nueva entidad familiar con independencia de sus padres, y ya no requerirán ni el consentimiento ni su autorización para las futuras decisiones que puedan tomar en todos los actos de su vida, incluyendo lo relacionado con el asegu-

ramiento en salud, independizándose totalmente de sus padres.

Entonces, querría decir que siendo capaces absolutos, deben salir de la tutela y protección de sus padres para asumir sus responsabilidades como personas adultas. En materia de salud, ello refuerza la visión de algunas IAFAS de expulsar a las y los adolescentes de su cobertura, una vez que han asumido responsabilidades paternas y maternas. Ello —como dijimos— nos parece contraproducente pues en un momento crítico de su vida en vez de ampliárseles el apoyo, se les restringe obligándoles a que asuman una “adultez” que no tienen.

Al respecto, creemos que esta norma debe ser revisada y que debe ser restablecida la normatividad que facultaba a adolescentes desde los catorce años a tomar decisiones en torno a su hijo o hija, pero que no les restrinja el amparo que ellos mismos necesitan y el goce de derechos —como el de aseguramiento en salud— dado que están en proceso de maduración y no son realmente independientes para solventarse sus necesidades en salud.

5.7. Barreras por cambio en tipo de seguro

Al cambiar de situación laboral, hay cambio de tipo de seguro, pero no hay actualización inmediata y puede quedar sin ninguna cobertura.

SIS, EsSalud

De acuerdo a los informantes, tanto del SIS como de las regiones, en algunos casos las adolescentes que han tenido un trabajo con cobertura de seguro (P. ej.: EsSalud) son descargadas o dadas de baja del SIS. Sin embargo, al dejar de trabajar, su desafiliación no es automática en EsSalud y va a ser rechazada por el SIS, perdiendo la atención en ambos sistemas. Esto mismo ocurre cuando son los padres los que cambian de tipo de seguro, por lo que se requiere una mejor transferencia de datos entre ambos sistemas.



6. Por su pleno bienestar: ¿cómo modificar la actual normativa?

A continuación, explicaremos qué documentos se deben modificar para que las barreras identificadas sean eliminadas y a qué entidad le corresponde tal modificación:

Cuadro 13

Barrera identificada	Documentos modificar	Quién debe modificar
Para gozar del derecho a la salud no es suficiente la partida de nacimiento que evidencie la vinculación parental sino que deben estar inscritos en una ficha familiar.	Fosmar Anexo C: Ficha familiar de bienestar social ²² de la Directiva para el funcionamiento del plan de salud de segunda capa para el personal superior, subalterno y familiares directos-Dipermar 12-16. Fospeme Formato de afiliación. ²³ Fosfap FORMATO "FICHA DE INSCRIPCIÓN Y ACTUALIZACIÓN" que se encuentra en el Anexo A del MANUAL FAP 160-324.	Que las IAFAS Fosmar, Fospeme y Fosfap a través de sus normativas internas y monitoreadas por SuSalud, establezcan de manera expresa que las y los adolescentes mayores de catorce (14) años podrán solicitar su inscripción directamente sin la necesidad de contar con una Ficha de familiar, y que la institución aplicará el control posterior a las inscripciones de beneficiarios, notificando al titular en caso de confirmarse el registro irregular del derecho.
Ficha de focalización de hogares puede constituirse en una barrera de ingreso, cuando la o el adolescente proveniente de una familia no pobre, recurre al sistema de manera independiente y sin la compañía de su familia.	SIS Artículo 78 ²⁵ del Reglamento de la Ley n.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud referido a Ficha de focalización de hogares, aprobado por Decreto Supremo n.º 008-2010-SA.	A través de una normativa interna del SIS, se debe establecer que se deberá atender a la o el adolescente en el Centro de Salud al que acude, y luego realizar un canje/compensación del costo del servicio con la IAFAS correspondiente y no rechazar la atención de la o el adolescente en ningún caso.
Períodos de carencia o espera con amplia variabilidad, sin que ello se encuentre debidamente justificado.	Artículo 90 ²⁶ denominado "PERIODO DE CARENCIA" del Reglamento de la Ley n.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo n.º 008-2010-SA.	Que se desarrollen estudios actuariales dirigidos por el Minsa que permitan un cálculo apropiado respecto a los periodos de carencia y espera.
No se cubren los gastos por maternidad a las hijas adolescentes embarazadas.	EsSalud Cláusula 6.1 del Contrato "+ Salud Seguro Potestativo" ²⁷ . Saludpol Artículo 23.2.e. del Reglamento ²⁸ del Decreto Legislativo n.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, aprobado por Decreto Supremo n.º 002-2015-IN: 23.2 Son causales de la exclusión del Registro de Beneficiarios: (...) e. La hija beneficiaria que resulte embarazada, respecto a las atenciones gineco obstétricas y neonatales, y las complicaciones que resulten del embarazo, parto y puerperio, a excepción de que dicha situación fuera producto de una violación sexual.	Cláusula contractual que debe ser removida por ser inconstitucional al establecer una discriminación en el goce del derecho a la salud de las mujeres adolescentes. Que el Ministerio del Interior en coordinación con el Minsa, modifique el DS n.º 002-2015-IN que aprueba el reglamento del Decreto Legislativo n.º 1174, por ser inconstitucional.

22 Para más información verificar: https://iafasfosmar.pe/documentos/DIPERMAR_PLAN_SEGUNDACAPA.pdf

23 Para más información verificar: <https://iafasep.gob.pe/wp-content/uploads/2019/06/AFILIACION-SEGUNDA-CAPA-2019-1ERA-PARTE-1.pdf>

24 Para más información verificar: http://iafasfap.gob.pe/normas/man160_3.pdf

25 Para más información verificar: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/274328/245511_DS008-2010-SA.pdf20190110-18386-o1liddt.pdf

26 Para más información verificar: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/274328/245511_DS008-2010-SA.pdf20190110-18386-o1liddt.pdf

27 A partir de la incidencia que se hizo (al presentarse los resultados preliminares del estudio), EsSalud suprimió tal cláusula contractual en el contrato del seguro potestativo que se exhibe en su página web.

28 Para más información verificar: https://www.saludpol.gob.pe/wp-content/uploads/Ley_Reglamento/DECRETO-SUPREMO-N-002-2015-IN.pdf

Cuadro 13

Barrera identificada	Documentos a modificar	Quién debe modificar
Expulsión del sistema a las hijas adolescentes embarazadas.	Fosfap Manual FAP 160.3. CAP VII. 2 Exclusiones: o) ²⁹ Embarazo, parto, abortos y/o complicaciones en familiares afiliados al Fosfap diferentes a la cónyuge. Ordenanza FAP 150-2. Numeral 6, E, 2), h): las hijas del titular, por estado de gestación perderán las prestaciones asistenciales.	Que Fosfap modifique su normativa interna, es decir, el Manual FAP 160.3. CAP VII. 2, Exclusiones: O) y la Ordenanza FAP 150-2. Numeral 6, E, 2), h): por ser discriminatorias.
Exclusión de cobertura a las hijas/hijos que se casan, sin especificar edad.	Fosmar Dipermar 12 16 ³⁰ : Anexo A: Exclusiones: 2.b.4 "La desafiliación al PLAN a los familiares afiliados se dará en los casos siguientes: (...) 4. Por contraer matrimonio los hijos (varones y mujeres). Fosfap Artículo 6., e, 2), g) de la Ordenanza FAP 150-2: "Se perderán las prestaciones asistenciales para el titular y sus familiares por las siguientes causales (...) g) Para los (las) hijos(as) del titular, por contraer matrimonio. Saludpol Artículo 23. 2. g del Reglamento del Decreto Legislativo n.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú. Aprobado por Decreto Supremo n.º 002-2015-IN: g. El hijo sobreviviente del personal policial con derecho a pensión que contraiga nupcias (...)"	Que Fosmar y Fosfap modifiquen sus normas internas en lo referente a hijos/hijas adolescentes. El Minsa y el Mininter en coordinación deberán modificar el Reglamento del Decreto Legislativo n.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, aprobado por DS n.º 002-2015-IN.
Exclusión de cobertura a las hijas/hijos que viven en unión de hecho.	Saludpol Artículo 23. 2. g del Reglamento del Decreto Legislativo n.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú. Aprobado por Decreto Supremo n.º 002-2015-IN: "El hijo sobreviviente del personal policial con derecho a pensión que (...) se encuentre en convivencia en unión de hecho".	El Minsa y el Mininter en coordinación deberán modificar en lo referente a adolescentes el reglamento del Decreto Legislativo n.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, aprobado por DS n.º 002-2015-IN.
Exclusión expresa de algunas atenciones como las de ITS y las de salud mental.	Fosmar Dipermar 12 16, en segunda capa: Anexo A: Exclusiones 1.t) Gastos por infección por VIH/SIDA Dipermar 12 16: Anexo A: Exclusiones 1.n) Anticoncepción.	Que las lafas Fosmar, Fospeme y Fosfap a través de sus normativas internas y monitoreadas por SuSalud modifiquen sus Planes Complementarios de manera que éstos cubran lo establecido en el PEAS.

29 Para más información verificar: https://www.saludpol.gob.pe/wp-content/uploads/Ley_Reglamento/DECRETO-SUPREMO-N-002-2015-IN.pdf

30 Para más información verificar: http://iafasfap.gob.pe/normas/ORD_FAP_150_2.pdf

31 Para más información verificar: https://iafasfosmar.pe/documentos/DIPERMAR_PLAN_SEGUNDACAPA.pdf

Cuadro 13

Barrera identificada	Documentos a modificar	Quién debe modificar
Exclusión expresa de algunas atenciones como las de ITS y las de salud mental.	<p>Fosfap Manual FAP 160-3: CAP VII. 2 Exclusiones: n) VIH/SIDA.</p> <p>Fospeme Resolución de IAFAS EP Fospeme n° 0028-2018-DE/IAFAS EP del 09 de febrero de 2018 Reglamento del Programa de Salud Segunda Capa: Artículo 42°.- EXCLUSIONES El PROGRAMA: Síndrome ansioso depresivo (sin especificar preexistencia).</p>	Que las IAFAS Fosmar, Fospeme y Fosfap a través de sus normativas internas y monitoreadas por SuSalud modifiquen sus Planes Complementarios de manera que éstos cubran lo establecido en el PEAS.
Incapacidad absoluta de adolescentes.	<p>Artículo 4 de la Ley General de Salud considera al/la adolescente como sujeto incapaz, de acuerdo a lo dispuesto por el Código Civil.</p> <p>NTS n.º 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, aprobada por Resolución Ministerial n.º 214-2018/Minsa.</p>	<p>Modificación de la Ley General de Salud (Ley N.º 26842) por el Congreso de la República.</p> <p>Modificación por ley del Código Civil, respecto del articulado que considera incapaz a todo adolescente.</p> <p>Minsa debería modificar la NTS n.º 139-MINSA/2018/DGAIN (Numeral 5.2.2, formato 16) haciendo concordancia expresa de esta norma con la NT de planificación familiar (Resolución Ministerial n.º 652-2016/Minsa, numeral 5.1.5), que establece que las actividades de planificación familiar no constituyen tratamiento médico, por lo que no se requiere la autorización de los padres o representantes para que las y los adolescentes accedan a información, servicios y metodologías anti-conceptivas temporales.</p>
Reconocimiento de capacidad plena a adolescentes desde los 14 años, a partir del nacimiento del hijo/a.	Modificación del artículo 42 del Código Civil para que se elimine la oración: “Excepcionalmente tienen plena capacidad de ejercicio los mayores de catorce años y menores de dieciocho años que contraigan matrimonio, o quienes ejerciten la paternidad”, que fue introducida por el Decreto Legislativo 1384.	Modificación del artículo 42 del CC por ley del Congreso de la República.
Pérdida de seguro al cambiar de situación laboral personalmente o sus padres.	SIS, EsSalud	SIS debe mejorar su sistema informático para que exista coordinación interna de datos en la cobertura.
Establecer indicadores expresos que revelen el cumplimiento de metas en relación al grupo poblacional adolescente, cuando se precian los indicadores y criterios de programación de los subproductos y finalidades de los programas presupuestales.	Modificar la Resolución Ministerial n.º 907-2016/Minsa, “Definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales” para que se diferencien por etapas de vida los indicadores de manera tal que permita el monitoreo y evaluación oportuna de las metas físicas y financieras destinadas para el cumplimiento de los objetivos y resultados de los planes relativos a la salud de las y los adolescentes.	Minsa en coordinación con el MEF deberá modificar la Resolución Ministerial n.º 907-2016/Minsa que aprueba las “Definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales”.



©UNICEF Perú/Barco S.

7. Conclusiones

Los principales estándares de derechos humanos exigibles a los Estados, relacionados con la salud del grupo adolescente, están referidos a Disponibilidad (Necesidad de data desagregada, programas específicos, servicios adecuados y personal capacitado); Accesibilidad (Acceso a información y servicios sin discriminación por la edad); Aceptabilidad (Confidencialidad y privacidad, consentimiento con independencia de la participación de padres o terceros); Calidad (Base científica de la información y productos).

En este estudio se ha enfatizado en la dimensión de accesibilidad detallándose, especialmente, las limitaciones que se encuentran en el marco del aseguramiento en salud. Para ello vamos a presentar las principales conclusiones en función de los niveles de política al interior del sistema de salud peruano.

A nivel sistémico

A nivel del sistema de salud identificamos las siguientes barreras:

- El reconocimiento de capacidad plena a adolescentes desde los catorce años, a partir del nacimiento del hijo/a, puede tener un impacto negativo en materia de salud, por cuanto puede salir de la esfera de protección de los padres, incluso para gozar de aseguramiento en salud.
- A pesar de ello persisten normas restrictivas que limitan los criterios de elegibilidad para la atención de esta población. En efecto, la remisión de la Ley General de Salud a la norma del Código Civil que establece a los adolescentes como incapaces absolutos (doce a dieciséis años) o relativos (dieciséis menor de dieciocho años) y no pueden dar consentimiento, se

constituye en una barrera en el nivel sistémico de la política de salud, que se contrapone al estándar de confidencialidad y privacidad (aceptabilidad), lo que se refleja en todo el sistema, como lo hemos visto en la normativa de la historia clínica.

- Establecer una edad determinada (catorce años) para dar consentimiento válido para el inicio de relaciones sexuales no violatorias de su integridad sexual es problemático especialmente por el factor cultural. Dado que si bien puede proteger a determinadas adolescentes porque establece una violación presunta, también puede constituirse en una barrera que se opone a la accesibilidad a los servicios sin discriminación por razón de la edad.
- El sistema de salud peruano se encuentra fragmentado y segmentado lo cual ocasiona que no se sepa exactamente con cuántos seguros cuenta una persona. Si bien ello no se restringe al grupo adolescente, resulta importante mencionarlo porque afecta el goce del derecho a la salud de este grupo poblacional.

A nivel programático

Los planes de aseguramiento muestran las prioridades que el sistema de salud ha previsto respecto de la atención de su población. Al respecto:

- No hay claridad en la información sobre la oferta de los planes de aseguramiento, violando de esta manera el derecho a la información en materia de salud. El SIS y EsSalud son las dos entidades que a través de su página web dan mayor información sobre las coberturas que ofrecen y su base legal. Esto disminuye ostensiblemente en relación con otras IAFAS, como las de las Fuerzas Armadas y Policiales, así como las privadas.
- SuSalud ofrece información de tipo normativo, pero no en relación con la oferta de planes y su cobertura real.
- Hay discrepancia en la nomenclatura del plan esencial de aseguramiento. En algunas instituciones aparece la referencia a la cobertura de primera capa (que debería corresponder al PEAS) y de segunda capa (que correspondería al complementario). Sin embargo, no se precisa si existe o no esa correspondencia.
- En las IAFAS privadas la cobertura depende del plan de pago y existen planes que ofrecen coberturas inferiores al PEAS.
- La cobertura del aseguramiento en salud está alcanzando a la población adolescente en mayor medida que a la población en general; a pesar de ello existe 20% de adolescentes que no cuentan con ningún tipo de seguro (Censo 2017), es decir, poco más de medio millón de peruanos y peruanas.
- Las y los adolescentes de las regiones del sur podrían estar enfrentando mayor dificultad que en otras regiones del país para gozar de algún tipo de seguro, entre ellas: Ica, Arequipa, Puno, Madre de Dios y Tacna.
- La edad puede ser un factor de mayor riesgo en determinadas eventualidades de salud para adolescentes (salud sexual y reproductiva, salud mental), sin embargo no hay un aumento en sus coberturas de seguro de salud. Por el contrario, el número de adolescentes que no cuentan con algún seguro aumenta con la edad: se pasa de 93,334 adolescentes que a los doce años no cuentan con seguro, a 112,706 que a los diecisiete años no cuentan con uno, aumentando de 17% a 23% los que no cuentan con seguro, según datos del Censo 2017.
- A medida que avanza la edad disminuye el número de adolescentes que gozan de la cobertura por el SIS o por EsSalud, aumentando el número que no cuenta con algún seguro, según datos del Censo 2017.
- El SIS es el gran asegurador para las y los adolescentes, seguido de EsSalud.
- Del total de adolescentes que gozan de algún tipo de seguro de salud, aproximadamente el 3% tiene una cobertura en planes por debajo del PEAS.

- Aún en las IAFAS públicas encontramos que no se oferta el PEAS en todos los casos, existiendo por ejemplo más de un 10% de adolescentes de EsSalud que no reciben PEAS completo.
- De acuerdo a SuSalud solo las IAFAS de las Fuerzas Armadas y Policiales estarían ofertando el PEAS a toda la población adolescente que está bajo su régimen.
- En el sistema privado los Autoseguros son los que estarían ofertando en mayor medida PEAS completo para este grupo poblacional.
- La cobertura en torno a la violencia intrafamiliar está prevista en el PEAS en relación únicamente a lesiones, es decir, con manifestaciones de violencia física; otras manifestaciones relativas a salud mental, como la depresión, no están asociadas a la violencia intrafamiliar, pero sí están previstas de manera autónoma, de forma tal que si se le identifica debería tener la cobertura correspondiente.
- Los períodos de carencia o espera tienen una amplia variabilidad entre IAFAS (SIS, EsSalud, seguros privados), sin que ello esté en apariencia debidamente justificado con estudios actuariales.
- En el SIS la ficha de focalización de hogares puede constituirse en una barrera de ingreso, cuando la o el adolescente proveniente de una familia no pobre recurre al sistema de manera independiente, dado que por sí mismo no constituye un hogar y es persona dependiente de su familia de origen.
- No se cubren los gastos por maternidad a las hijas adolescentes embarazadas porque no se extiende el concepto de “beneficiario” del sistema al producto de su embarazo. Al respecto hay normatividad interna expresa tanto en EsSalud como en Saludpol e IAFAS de las FFAA. No así en los seguros privados que sí le dan cobertura.
- Se excluye de cobertura a las hijas/hijos que se casan, sin especificar edad en IAFAS de

las FFAA y Policía. En el caso de la Policía también hay exclusión expresa en los casos de las adolescentes que deciden convivir con su pareja.

- Para la cobertura de planes complementarios hay exclusión expresa de algunas atenciones como las de ITS y las de salud mental en las IAFAS de las FFAA y FFPP.
- Existe riesgo de pérdida de seguro al cambiar de situación laboral personalmente o sus padres, especialmente cuando tiene que pasar de EsSalud al SIS porque EsSalud no les da de baja pero tampoco les atienden luego de período que la ley prevé y en el SIS aparecen como con cobertura.

A nivel de la organización

La eficiencia técnica de la provisión de servicios de atención de salud a las y los adolescentes se ve comprometida por las barreras antes reseñadas y por algunas propias de la oferta del servicio.

- Para gozar del derecho no es suficiente la partida de nacimiento que evidencie la vinculación parental, sino que deben estar inscritos en una ficha familiar en las IAFAS de las FFAA.

A nivel instrumental

Se necesita una mejor data para las decisiones en salud:

- Ausencia de indicadores y metas específicas para la etapa de vida adolescente en los productos/subproductos y actividades establecidas en el documento que regula precisamente la medición de avances de los programas presupuestales. Barrera en el nivel instrumental pero que va a tener un fuerte impacto en el nivel programático y organizativo a nivel de las unidades ejecutoras del sector salud, dado que se opone a la disponibilidad de data de programas estratégicos.

Bibliografía consultada

BARRIGUES, Alfonso

2013 *Salud Sexual y Reproductiva: un derecho básico de adolescentes y jóvenes* [diapositiva]. Consulta: 27 de setiembre de 2018.
http://www.unfpa.org.br/Arquivos/apresentacao_seminario_alfonso_espanhol.pdf

CASTILLA, Karlos

La protección de los derechos humanos de niñas y niños en el sistema interamericano de derechos humanos

Consulta: 27 de septiembre de 2018.

https://www.upf.edu/dhes-alfa/materiales/res/dhgv_pdf/DHGV_Manual.43-72.pdf

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS

s/f *The reproductive rights of adolescents: A Toll for Health and Empowerment*

Consulta: 27 de septiembre de 2018.

https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/adolescents%20bp_FINAL.pdf

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

2016 *Manual jurídico para la atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes*. México: Secretaría de Salud, pp. 87-125. Consulta: 27 de septiembre de 2018
<https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/MAISSRA%202017.pdf>

CEPAL

2013 *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014*. Montevideo, 12 al 15 de agosto de 2013.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE LOS DERECHOS HUMANOS

2017 *Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección. Ser.L/V/II.166 Doc. 206/17. 30 noviembre 2017. Consulta: 27 de septiembre de 2018.*
<http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/nna-garantiaderechos.pdf>

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

2003 *Observación General n° 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Consulta: 27 de septiembre de 2018.* https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fGC%2f2003%2f4&Lang=en

2016 *Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño al Estado peruano. Traducción y transcripción oficial sobre las Observaciones finales a los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú. Aprobadas en el 71 periodo de sesiones del Comité de los Derechos del Niño, realizado del 11 al 29 de enero de 2016. Consulta: 27 de septiembre de 2018.*
https://www.unicef.org/peru/spanish/Observaciones_finales_del_Comite_de_los_Derechos_del_Nino_al_Estado_Peruano.pdf

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

2017 *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos n.º 5: Niños, Niñas y Adolescentes. Consulta: 27 de setiembre de 2018.*
<http://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/ninosninas3.pdf>

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

2011 *Las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño al Estado peruano: un balance de su cumplimiento. Serie Documentos Defensoriales-Documento n.º 15. Lima. Consulta: 27 de septiembre de 2018.*

<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Documento-Defensorial-15.pdf>

2018 *Resultados de la supervisión defensoría a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes. Informe n.º 0011-2018-DP/ANA.*

FRENK, Julio

1992 *Diversos Aspectos de la Reforma de los Sistemas de Salud. En La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Publicación Científica OPS n.º 540.*

GRUSKIN Y TARANTOLA

2001 *Health and Human Rights. Oxford Textbook on Public Health. Eds. R. Detels, R Beaghole. Oxford University Press.*

HUAITA, Marcela; CARRASCO, Víctor; CASTILLO, Oscar y Marisol CORDERO

2007 *Derecho a la Salud. Alcances, obligaciones estatales y balance de políticas públicas. Documento de Trabajo. Perú: Defensoría del Pueblo.*

INTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA – INEI

2017 *Perú. Brechas de Género 2017. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres. Lima, 582 p.*

2018 *Población afiliada a algún seguro de salud. Sobre la base de Los Censos Nacionales: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima, 34 p.*

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL – INSM

2013 *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao, Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Suplemento 1. Lima.*

LAZO, Oswaldo; ALCALDE, Jacqueline y Olga ESPINOZA

2016 *El sistema de salud en Perú, situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú y REP S.A.C.*

MESA DE CONCERTACIÓN DE LUCHA CONTRA LA POBREZA – MCLP

- 2018 Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Subgrupo *Prevención del Embarazo en Adolescentes ALERTA n.º 1-2018-SC/MCLCP Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País* - Junio del 2018.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

- 2006 *Implementación de Redes Locales Multi-sectoriales de Desarrollo Juvenil. Documento Técnico*. Lima: Ministerio de Salud. Consulta: 27 de septiembre de 2018.
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/138_redeslocales.pdf
- 2015 *Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa-Etapa de Vida Joven*. Serie de Manuales HIS n.º 13. Lima, Perú: Ministerio de Salud. Consulta: 27 de septiembre de 2018.
https://www.saludarequipa.gob.pe/redisplay/descargas/manuales_HIS2015/Joven_2015.pdf

MINISTERIO DE SALUD-C.S.S. REPÚBLICA DE PANAMÁ

- 2006 *Compilación de Convenios Internacionales y Leyes Nacionales de Protección en Salud Integral a la Población Adolescente (10-19 años) con énfasis en salud Sexual y Reproductiva*. Consultora: Licda. Edith Quirós Bonnett. Proyecto “Servicios Amigables para Adolescentes” PAN/02/01. Consulta: 27 de septiembre de 2018.
https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/compilacion_de_convenios_internacionales_y_leyes_nacionales_.pdf

UNFPA, ONUSIDA, UNICEF y PNUD

- 2017 *Análisis de legislación y políticas públicas para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Situación en 17 países de América Latina*. Versión preliminar.

VILLAFANE ALVA, José Ronald

- 2019 *Construcción del documento normativo para el cuidado integral de la salud mental adolescente*. UNICEF. Informe de consultoría.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

- 2017 *Leading the realization of human rights to health and through health: report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents*. Consulta: 27 de septiembre de 2018.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255540/9789241512459-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 2014 *Basic Documents*. Forty-eighth edition. Consulta: 27 de septiembre de 2018.
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>

WORLD VISION

- 2013 *El Estado y la protección de la niñez y la adolescencia. Diagnóstico del Sistema de Protección en el Perú*. Consultora: María Isabel Merino Gómez. Lima: World Vision Perú. Consulta: 27 de septiembre de 2018.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3186.pdf>

Glosario de Términos

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CC	Código Civil
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
CNA	Código de los Niños y Adolescentes
COMITÉ DN	Comité de los Derechos del Niño
CPP	Constitución Política del Perú
Endes	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPS	Entidades Prestadoras de Salud, empresas que proporcionan servicios de salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas y complementan la cobertura que da EsSalud
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, públicas, privadas o mixtas, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados
Minsa	Ministerio de Salud
Mininter	Ministerio del Interior
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNAIA	Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, el listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones garantizadas por el Aseguramiento Universal en Salud, que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud
PF	Planificación Familiar
PPR	Presupuesto por resultado
SBS	Superintendencia de Banca y Seguros
SIS	Sistema Integral de Salud
SuSalud	Superintendencia Nacional de Salud

ANEXO I:

Cantidad de asegurados de doce a diecisiete años por tipo de cobertura según IAFAS. Información proporcionada por SuSalud

Grupo IAFAS	Nombre IAFAS	Con PEAS			Sin PEAS			Total general
		Solo PEAS	PEAS y Complementos	Plan Específico	Parte de PEAS	Parte de PEAS y complementarios	Solo complementarios	
Públicos	EsSalud		8	805768	23345	86	80871	910078
	Fosfap			2653				2653
	Fosmar			6616				6616
	Fospeme			1443				1443
	Saludpol			31785				31785
	Sis	24	2025151			20		2025195
Total Públicas		24	2025159	848265	23345	20	80871	2025195
Prepagos	Clínica anglo Americana					24		240
	Clínica El Golf					75		75
	Clínica Good Hoop	21				36		59
	Clínica Javier prado					9		9
	Clínica Montefiori	34						34
	Clínica Ricardo Palma					1710		1710
	Clínica San Borja					265		265
	Clínica San Pablo	4			299	2490	190	2973
	COA						12	12
	CSalud					1383		1383
	Fesalud				58		77	135
Oncosalud					66426		66426	
Total Prepagos		59			357	72636	279	73331
EPS	La Positiva EPOS		142					142
	Mapfre EPS		2				2011	2013
	Pacífico EPS		7			28727		28734
	Rímac EPS	937	560			22075		23572
	Sanitas Perú EPS		1832			50802	3	1835
Total EPS		937	2543			50802	2014	56296
Emp. Seguros	BNP Paribas Cardí						3625	3625
	Mapfre Seguro						557	557
	Pacífico Seguros					21022		21022
	Positiva Seguros					4137	93	4230
	Rímac Seguros						20193	20193
Total Emp. Seguros						25159	24468	49627
Autoseguros	Autoseg. BCR del Perú		95					95
	Autoseguros MEF		57					57
	Autoseguros Mincetur		19					19
	Corpac		229					229
	Enapu		60					60
	Feban					741		741
	Pamef Sedapal		639					639
	Pamef PetroPerú		457					457
	Semefa CMP						454	454
	Sima		51					51
UNMSM				1270			1270	
Total Autoseguros			1607		1270	741	454	4072
Total general		1020	2029309	848265	24972	149444	108086	3161096

ANEXO II:

Normativa de carácter general referida a adolescentes mencionada en el informe

Convención sobre los Derechos del Niño (Cdn)	Artículo 1	Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.
Constitución Política del Perú	Interpretación de los derechos fundamentales	Cuarta.- Las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú.
Código Civil (CC)	Artículo 42.- Capacidad de Ejercicio Plena	Toda persona mayor de dieciocho años tiene plena capacidad de ejercicio. Esto incluye a todas las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás y en todos los aspectos de la vida, independientemente de si usan o requieren de ajustes razonables o apoyos para la manifestación de su voluntad. Excepcionalmente tienen plena capacidad de ejercicio los mayores de catorce años y menores de dieciocho años que contraigan matrimonio, o quienes ejerciten la paternidad.
	Artículo 43.- Incapacidad Absoluta	Son absolutamente incapaces: 1.- Los menores de dieciséis años, salvo para aquellos actos determinados por la ley.
	Artículo 44.- Capacidad de Ejercicio Restringida	Tienen capacidad de ejercicio restringida: 1.- Los mayores de dieciséis y menores de dieciocho años de edad
Código de los Niños y Adolescentes (CNA)	Artículo I.- Definición	Se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años de edad y adolescente desde los doce hasta cumplir los dieciocho años de edad. El Estado protege al concebido para todo lo que le favorece. Si existiera duda acerca de la edad de una persona, se le considerará niño o adolescente mientras no se pruebe lo contrario.
	Artículo IV Título Preliminar.- Capacidad	Además de los derechos inherentes a la persona humana, el niño y el adolescente gozan de los derechos específicos relacionados con su proceso de desarrollo. Tienen capacidad especial para la realización de los actos civiles autorizados por este código y demás leyes.

	<p>Artículo IV Título Preliminar.- Capacidad</p>	<p>La Ley establece las circunstancias en que el ejercicio de estos actos requiere de un régimen de asistencia y determina responsabilidades.</p> <p>En caso de infracción a la ley penal, el niño y el adolescente menor de catorce (14) años será sujeto de medidas de protección y el adolescente mayor de catorce (14) años de medidas socio-educativas.</p>
Código Penal	<p>Artículo 173.- Violación sexual de menor de edad</p>	<p>El que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, con un menor de catorce años, será reprimido con pena de cadena perpetua</p>
	<p>Artículo 120°.- Aborto sentimental y eugenésico</p>	<p>El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente; o 2. Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico
<p>Ley de Aseguramiento Universal en Salud - Ley n° 29344</p>	<p>Artículo 3.- Del Aseguramiento Universal en Salud</p>	<p>“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)”.</p>
<p>Ley General de Salud (Lgs) Ley n° 26842</p>	<p>Artículo 4</p>	<p>Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso. En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces a que se refieren los numerales 1 al 3 del artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos. El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido.</p>

ANEXO III:

Normativa que desarrolla el derecho a la salud aplicable a adolescentes

Marco Constitucional	Constitución Política del Perú
Leyes sustantivas	<ul style="list-style-type: none"> • Ley n.º 26842. Ley General de Salud. • Código de los Niños y Adolescentes. • Decreto Legislativo n.º 1161 - Aprueba Ley de Organización y Funciones del MINSA. 07-dic-2013. • Ley n.º 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
Políticas Nacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo Nacional. • Decreto Supremo n.º 001-2012-MIMP, de fecha 20 de abril del 2012 aprueba Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. • Decreto Supremo n.º 008-2016-MIMP de 26 julio 2016 aprueba Plan Nacional contra la Violencia de Género. • Resolución Ministerial n.º 107-2005/MINSA, de fecha 14 de febrero de 2005 aprueba Lineamientos de políticas de salud del adolescente.

Políticas operativas/regulación

Salud general	<ul style="list-style-type: none"> • Ley n.º 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. • Ley n.º 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. • Ley n.º 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. • Decreto Supremo n.º 013-2002-SA, aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud. • Decreto Supremo n.º 023-2005-SA, aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y sus modificatorias. • Decreto Supremo n.º 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • Decreto Supremo n.º 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS. • Decreto Supremo n.º 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley n.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su modificatoria. • Decreto Supremo n.º 014-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y sus modificatorias. • Decreto Supremo N.º 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios y sus modificatorias. • Decreto Supremo n.º 005-2012-TR, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
---------------	--

Marco Constitucional	Constitución Política del Perú
Salud general	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Supremo n.º 013-2014-SA, que dicta disposiciones referidas al Sistema Peruano de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia. • Decreto Supremo n.º 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley n.º 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud. • Decreto Supremo n.º 027-2015-SA, aprueba el Reglamento de la Ley n.º 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. • Decreto Supremo n.º 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su modificatoria. • Resolución Ministerial n.º 751-2004/MINSA, que aprueba la NT n.º 018-MINSA/DGSPV.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”. • Resolución Ministerial n.º 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. • Resolución Ministerial n.º 638-2006/MINSA, que aprueba la NTS n.º 047-MINSA/DGSPV.01, Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. • Resolución Ministerial n.º 696-2006/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud”. • Resolución Ministerial n.º 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS n.º 050-MINSA/DGSP- V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”. • Resolución Ministerial n.º 552-2007/MINSA, que aprueba la NTS n.º 057-MINSA/DIGEMID-V.01 Norma Técnica de Salud: “Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitarias para los Establecimientos del Sector Salud”. • Resolución Ministerial n.º 480-2008/MINSA, que aprueba la NTS n.º 068-MINSA/DGSPV.1, Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales y su modificatoria. • Resolución Ministerial n.º 013-2009/MINSA, que aprueba el “Manual de Buenas Prácticas de Dispensación”. • Resolución Ministerial n.º 369-2011/MINSA, que aprueba el “Listado de productos farmacéuticos y dispositivos médicos estratégicos y de soporte utilizados en las Intervenciones Sanitarias definidas por la Dirección General de Salud de las Personas”. • Resolución Ministerial n.º 464-2011/MINSA, que aprueba el documento técnico: “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad”. • Resolución Ministerial n.º 540.2011/MINSA, que aprueba la NTS n.º 091-MINSA/DIGEMID V.01 “Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales”.

Marco Constitucional	Constitución Política del Perú
Salud general	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial n.º 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS n.º 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: “Categoría de Establecimientos del Sector Salud”. fecha 13 de julio de 2011. • Resolución Ministerial n.º 506-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria n.º 046 - MINSA/DGE-V.01 que establece la Notificación y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública. • Resolución Ministerial n.º 099-2014/MINSA, que aprueba la “Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud” 31 enero 2014. • Resolución Ministerial n.º 399-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud y sus modificatorias. • Resolución Ministerial n. 367-2016-MINSA. Aprueban el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector Salud. 09 junio 2016. • Resolución Ministerial n.º 502-2016-MINSA. Aprueban la NTS n.º 029-MINSA-DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. 18 julio 2016. • Resolución Ministerial n.º 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”. • Resolución Ministerial n.º 1069-2017/MINSA, que aprueba Directiva Administrativa n.º 242-MINSA/2017/DGAIN “Directiva administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud en el primer nivel de atención”. • Resolución Ministerial n.º 116-2018/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa n.º 249-MINSA/2018/DIGEMID “Gestión del Sistema integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED”. • Resolución Ministerial n.º 214-2018/MINSA que aprueba la NTS n.º 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
Salud adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de políticas de salud del adolescente. (Lineamiento 1) Resolución Ministerial n.º 107-2005/MINSA, de fecha 14 de febrero de 2005. • Resolución Ministerial n.º 583-2005/MINSA, que aprueba los “Protocolos de Consejería para Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente”. • Resolución Ministerial n.º 328-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Centros de Desarrollo Juvenil, un Modelo de Atención Integral de Salud para Adolescentes”. • Resolución Ministerial n.º 636-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Análisis de la Situación de Salud de las y los Adolescentes – Ubicándolos y Ubicándonos”. • Resolución Ministerial n.º 464-2011/MINSA, que aprueba el documento técnico: Análisis de la Situación de salud de las y los Jóvenes, “Una Mirada al Bono Demográfico”.

Marco Constitucional	Constitución Política del Perú
Salud adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial n.º 503-2012/MINSA de fecha 15 de junio del 2012 aprueba Norma Técnica N.º 095-MINSA/DGSP.V.01, Norma Técnica de Salud: Criterios y Estándares de Evaluación de Servicios Diferenciados de Atención Integral de Salud para Adolescentes. Resolución Ministerial n.º 1001-2019/MINSA, de fecha 25 de octubre de 2019 actualiza Norma Técnica n.º 034-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Resolución Ministerial 633-2005/MINSA, de fecha 22 de agosto de 2005. Resolución Ministerial n.º 917-2014/MINSA, que aprueba el documento Técnico: “Orientaciones para la Atención Integral de las y los Adolescentes en el I Nivel de Atención”. Resolución Ministerial n.º 437-2017/MINSA, que aprueba el documento Técnico: “Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú”.
Salud sexual y reproductiva (general)	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial n.º 668-2004/MINSA, que aprueba el documento denominado “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”. Resolución Directoral n.º 0180-2008-ED, que aprueba los “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral”. Norma Técnica de Planificación Familiar n.º 032-MINSA/ DGSP-V.01 Resolución Ministerial n.º 536-2005/MINSA, de fecha 14 de julio del 2005 fue reemplazada por la Norma Técnica n.º 124-2016-MISA-V.01 Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. Resolución Ministerial n.º 652-2016/MINSA, del 31 de agosto de 2016. Ítem 7.3.2 sobre disponibilidad de métodos anticonceptivos, literal b. Ítem 5.1.5 sobre consentimiento informado en materia de planificación familiar. Resolución Ministerial n.º 525-2016-MINSA. Modifican Norma Técnica de Planificación Familiar. 27-jul-2016. Resolución Ministerial n.º 518-2016-MINSA. Aprueban Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural. 25-jul-2016.
Embarazo adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021. Decreto Supremo n.º 012-2013-SA, de fecha 7 de noviembre de 2013. Resolución Ministerial n.º 130-2017/MINSA, que aprueba la Norma Técnica: “Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente Durante el Embarazo, Parto y Puerperio”.
VIH general	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Supremo n.º 035-2015-SA, que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual — ITS y el VIH. PEM ITS VIH 2015 — 2019. Resolución Ministerial n.º 985-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B, en el Perú 2017-2021”.

Marco Constitucional	Constitución Política del Perú
VIH general	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial n.º 1328-2003 SA/DM, que aprueba la “Norma Técnica para el Sistema de Articulación de Servicios de Consejeros Educadores de Pares para Personas que viven con VIH/SIDA” NT n.º 003-MINSA/DGSP- V 01. • Resolución Ministerial n.º 242-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria n.º 022- MINSA/DGSP-V.01, “Directiva Sanitaria para la distribución del condón masculino a usuarios/as en servicios de Salud”. • Resolución Ministerial n.º 263-2009/MINSA, que aprueba la NTS n.º 077-MINSA/DGSPV.01, Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú, y su modificatoria aprobada con Resolución Ministerial n.º 084-2012/MINSA. • Resolución Ministerial n.º 264-2009/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico: Consejería en ITSNIH y SIDA”. • Resolución Ministerial n.º 566-2011/MINSA, que aprueba la NTS n.º 092-MINSA/DGSPV.01 “Norma Técnica de Salud para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral B en el Perú”. • Resolución Ministerial n.º 715-2013/MINSA, que aprueba la NTS n.º 104 - MINSA/DGSP - V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis”. • Resolución Ministerial n.º 619-2014/MINSA, que aprueba la NTS n.º 108 - MINSNDGSP - V 01 “Norma Técnica de Salud para la prevención de la Transmisión Madre - Niño del VIH y la Sífilis”. • Resolución Ministerial n.º 117-2015/MINSA, que aprueba la NTS n.º 115 - MINSA/DGE - V.01 “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú”. • Resolución Ministerial n.º 350-2015/MINSA, Declara el 10 de Junio de cada año como el “Día Nacional de la prueba de VIH”. • Resolución Ministerial n.º 980-2016/MINSA, que aprueba la NTS n.º 126-MINSA/2016/DGIESP “Norma Técnica de Salud de Atención Integral de la Población Trans Femenina para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA” y su modificatoria RM n.º 715-2017/MINSA, que modifica el sub numeral 4.4.1. • Resolución Ministerial n.º 985-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B, en el Perú 2017-2021”. • Resolución Ministerial n.º 1012-2016/MINSA, que aprueba la NTS n.º 129- MINSA/2016/DGIESP “Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con pertinencia intercultural” y su modificatoria aprobada por Resolución Ministerial n.º 716-2017/MINSA, que modifica el subnumeral 6.4.3. • R.M. n.º 117-2015/MINSA. Aprueban la Norma Técnica de Salud n.º 115-MINSA/DGE-V.01 para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú. • Resolución Ministerial 215-2018/MINSA del 13 mayo 2018 aprueba NTS n.º 097-MINSA/DGSP-V.03 “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” (Hace referencia a adolescentes).

Marco Constitucional	Constitución Política del Perú
VIH (adolescente)	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial n.º 567-2013/MINSA, que aprueba la NTS n.º 102-MINSA/DGSPV.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”.
Salud Mental (general)	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial n.º 075-2004/MINSA, que aprueba “Lineamientos para la acción en salud mental” del 28 de enero de 2004. Resolución Ministerial 771-2004/MINSA se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, 27 de julio del 2004. R.M.943-2006/MINSA aprueba el Plan Nacional de Salud Mental. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL MATRIZ DE MONITOREO. Ley 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. 24 de junio de 2012. D.S. n.º 033-2015-SA aprueba el Reglamento de la Ley 29889. 6 de octubre de 2015. Resolución Ministerial n.º 250-2016/MINSA aprueba Lineamientos para la Atención en Salud Mental a Personas Afectadas por la Violencia durante el Período 1980 – 2000. Resolución Ministerial n.º 356-2018/MINSA aprueba “Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018–2021”.
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. - Lima: Ministerio de Salud, 2005. 22. Guía técnica de diagnóstico y tratamiento de depresión en adultos de 18 a 65 años para médicos no psiquiatras 22.04.2013. RM. n.º 648-2006. MINSA del 18 jul 2006 aprueba Guía de práctica clínica en depresión.
Violencia	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial n.º 455-2001/SA/BM, que aprueba Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil. Del 25 de julio de 2001. Resolución Ministerial n.º 141-2007/MINSA, que aprueba “Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género” del 13 de febrero de 2007.
Violencia (adolescentes)	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial n.º 472-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria n.º 041/MINSA-DGSP-V.01 que regula el Funcionamiento de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud-MAMIS.

-  UNICEF Perú
-  UNICEF Perú
-  @UNICEF Perú
-  @UNICEF Perú
-  UNICEF Perú
-  www.unicef.org/peru
-  lima@unicef.org

unicef 

para cada niño y niña

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF
Lima 18, Peru. Teléfono: (51-1)613 0707 Fax: (51-1) 447 0370
Parque Melitón Porras 350. Apartado 15074