

Aseguramiento Universal en Salud de jóvenes peruanos

Avances y limitaciones según el análisis de casos en los distritos de Callería, El Porvenir y Vilcashuamán



Financiado por:

LA COOPERACIÓN BELGA
AL DESARROLLO



Operado por:



CIES
consorcio de investigación
económica y social

Con la participación de:



APCI

Agencia Peruana de Cooperación Internacional



CTB

AGENCIA BELGA
DE DESARROLLO

Aseguramiento Universal en Salud de jóvenes peruanos

Avances y limitaciones según el análisis
de casos en los distritos de Callería, El Porvenir
y Vilcashuamán

Ollanta Humala Tasso
Presidente de la República

Jaime Saavedra Chanduví
Ministro de Educación

René Galarreta Achahuanco
Secretario Nacional de la Juventud

Julio Raúl Corcuera Portugal
Director de Investigación y Desarrollo

© 2014 CIES

© Secretaría Nacional de la Juventud (Senaju)
Calle Compostela 142, Santiago de Surco, Lima 33, Perú
Teléfono [511] 271-4943
www.juventud.gob.pe

Autores

José Cabrera, Giovanna Baltazar y Walter Alcántara

Corrección de estilo

Juan Carlos Bondy

Coordinación y revisión

Nancy Tarqui Tipo
Cecilia Caparachin Puente

Diseño de la carátula

Carlos Eduardo Lluferi Riveros

Primera edición

Abril de 2014

Impreso por: Servicios Gráficos JMD S.R.L.
Av. José Gálvez 1549 - Lince

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: N° 2014-10688

Las opiniones expresadas en esta publicación son de responsabilidad de sus autores y no necesariamente representan las posturas oficiales del Ministerio de Educación, Senaju, las instituciones auspiciadoras y las organizaciones a las que pertenecen los autores.

Índice

Presentación	5
Resumen ejecutivo	9
I. Introducción	12
II. Metodología de estudio	15
2.1. Objetivo general	15
2.2. Objetivos específicos	15
2.3. Diseño de estudio	15
2.4. Ámbito de evaluación	18
2.5. Actividades desarrolladas	19
2.5.1. Trabajo de gabinete	19
2.5.1.1. Revisión de la normatividad	19
2.5.1.2. Revisión de fuente secundaria	19
2.5.1.3. Análisis de fuente secundaria	19
2.5.2. Trabajo de campo	20
2.5.2.1. Evaluación de los establecimientos de salud	20
2.5.2.2. Entrevista a actores clave	21
2.5.2.3. Evaluación de usuarios	21
2.5.2.4. Evaluación de no usuarios	21
III. Hallazgos y resultados	22
3.1. Características de la población joven	22
3.2. Avances en la política de aseguramiento	30
3.2.1. Antecedentes	31

3.2.2. El Aseguramiento Universal de Salud (AUS)	32
3.2.3. Evolución normativa y el joven	37
3.3. Avances en la implementación del aseguramiento	51
3.3.1. Gestión de los fondos	51
3.3.2. Gestión de coberturas	55
3.3.3. Gestión de los servicios	63
3.3.3.1. Percepción del estado de salud	63
3.3.3.2. Demanda de servicios	65
3.3.3.3. Análisis de la morbilidad de los adolescentes y los jóvenes	67
3.3.3.4. Características de los establecimientos de salud	74
3.3.3.5. Satisfacción del servicio	88
3.3.3.6. Proceso de afiliación al SIS	90
3.3.3.7. Proceso de atención	104
IV. Barreras identificadas	108
V. Limitaciones y dificultades en el desarrollo del estudio	111
VI. Conclusiones	112
VII. Recomendaciones de política	118
VIII. Bibliografía	221

Presentación

Desde hace ya algunas décadas en el país, la composición de su población en lo que respecta a la estructura por edades viene variando considerablemente. La cantidad de población en edad de trabajar ha aumentado, mientras que el número de población dependiente ha disminuido. Este proceso es conocido como *bono demográfico*. En la etapa de bono demográfico la principal proporción de población está concentrada en el grupo de 15 a 59 años de edad, grupo considerado potencialmente activo económicamente. Este contexto demográfico da al país una oportunidad sin precedentes para su mejoramiento económico y social. Por ello es importante materializar políticas públicas adecuadas dirigidas a las juventudes, quienes en este momento representan el más importante capital humano con el que cuenta el país y sobre quienes recaerá la responsabilidad de ser el soporte de las generaciones envejecidas en el futuro cercano.

El aprovechamiento de este contexto población es crucial y absolutamente necesario. Esto puede lograrse a través de una mayor y mejor cobertura en temas de educación, salud, trabajo, entre otros, dirigida a su población joven. La mejora en cantidad y calidad en estos servicios no solo repercutirá entre los jóvenes del país, sino lo hará también en mayores niveles de desarrollo para la sociedad en su conjunto.

En este sentido, la Secretaría Nacional de la Juventud (Senaju), organismo del Estado peruano encargado de formular y articular políticas públicas que contribuyan al desarrollo integral de los jóvenes,

incluyendo temas como el mejoramiento de las condiciones de salud, la calidad de vida y la inclusión social de los jóvenes, en especial de quienes afrontan diversas formas de vulnerabilidad social, diseñó, encargó y supervisó la realización del estudio *Evaluación de avances y limitaciones en la implementación del AUS en jóvenes peruanos: análisis de caso en los distritos de Callería, El Porvenir y Vilcashuamán* para evaluar los avances, limitaciones, obstáculos e impacto de la implementación del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en la población de 15 a 29 años de edad.

Desde el año 2009, cuando se promulgó la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (Ley 29344), la cual establece 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)”, el AUS se ha venido implementando gradualmente en algunas zonas del país priorizadas en función de indicadores de pobreza y exclusión social.

La publicación que presentamos ahora ofrece los resultados de la evaluación de la implementación y cobertura del AUS en la población joven de tres zonas del país con altos índices de pobreza y pobreza extrema: en Ayacucho, el distrito de Vilcashuamán de la provincia del mismo nombre; en Ucayali, el distrito de Callería, provincia de Coronel Portillo; y en La Libertad, el distrito de El Porvenir, provincia de Trujillo. Además, el informe contiene recomendaciones para la formulación de políticas públicas que apunten a mejorar la calidad de la atención y la adecuación de las iniciativas de AUS a las necesidades y problemas de salud de la población joven.

Estos esfuerzos por dar a conocer las condiciones del AUS de los jóvenes son importantes, pues como se detalla en el estudio, si bien existen avances importantes en este campo, existen aún algunas barreras que obstaculizan la implementación óptima y efectiva del AUS. Entre algunas de las barreras identificadas y descritas en esta publicación tenemos que existe poco conocimiento de los usuarios

jóvenes de los beneficios a los que pueden acceder mediante el aseguramiento, a la vez que con frecuencia la juventud manifiesta no sentir la necesidad de asegurarse por la vitalidad que los caracteriza. Estos y los demás hallazgos del estudio nos permiten dar cuenta de la necesidad de mejorar la oferta de salud enfocándola en las principales características y problemáticas de la juventud peruana. Para hacer esto posible, una de las recomendaciones de políticas públicas que propone el documento es promover la atención diferenciada, tanto en aspectos materiales –como infraestructura y equipamiento– como, y sobre todo, en aspectos humanos, potenciando las capacidades del personal de salud para que pueda relacionarse con éxito con los jóvenes usuarios.

Estamos convencidos de que este estudio será apreciado como un valioso aporte al conocimiento de la problemática de los jóvenes en temas de salud y sus implicancias en torno a su aseguramiento.

Finalmente, debemos agradecer a todas las instancias involucradas que hicieron posible esta publicación realizada a través del Fondo de Estudios y Consultorías Belga-Peruano (FECBP), financiada por la Cooperación Belga al Desarrollo, operada por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), y con el apoyo de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) y la Agencia Belga de Desarrollo (CTB). Asimismo, a las entidades involucradas durante el desarrollo del estudio, como EsSalud, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Ministerio de Salud (Minsa), Seguro Integral de Salud (SIS), Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), y a los jóvenes que participaron en la investigación.

René Galarreta Achahuanco
Secretario Nacional de la Juventud

Resumen ejecutivo

El presente estudio, *Evaluación de avances y limitaciones en la implementación del AUS en jóvenes peruanos: análisis de caso en los distritos de Callería, El Porvenir y Vilcashuamán*, tiene la finalidad de evidenciar a través del análisis de fuentes secundarias y estudio cualitativo el avance y las limitaciones de 2009 a 2012 del AUS en los jóvenes de 15 a 29 años.

Metodología

El presente estudio es observacional-analítico con una estrategia de estudio de caso para el ámbito definido por la Senaju, específicamente los distritos de El Porvenir (departamento de La Libertad), Callería (departamento de Pucallpa) y Vilcashuamán (departamento de Ayacucho).

Se ha procedido al análisis de fuentes secundarias para establecer estadísticas sobre las características generales de los jóvenes, la cobertura de aseguramiento y su evolución a lo largo del tiempo, las causas de consulta más frecuentes, entre otros aspectos.

Se ha procedido también a la evaluación de los establecimientos de salud en los distritos del estudio, mediante instrumentos emitidos por el Ministerio de Salud (Minsa) para la evaluación de calidad de atención y satisfacción de los usuarios.

También se ha realizado grupos focales con jóvenes no afiliados al SIS en los distritos del estudio y a actores clave de diferentes instancias locales y regionales.

A continuación, se presentan los principales resultados.

Avances

- La firma de convenios regionales, que han permitido mayores recursos destinados hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), hecho que es reconocido por los gestores del AUS.
- La emisión de leyes y normas específicas referidas a la implementación del AUS.
- La emisión de leyes y normas que permiten la ampliación de la cobertura.
- La emisión de normas para la mejora de la oferta de servicios de salud.
- El avance en la cobertura de aseguramiento de la población, impulsado principalmente desde el Estado.

Barreras

- Existe desconocimiento de los usuarios acerca de los beneficios a los que pueden acceder mediante el SIS.
- No existe una demanda sentida de la necesidad de afiliarse a un seguro de salud, al ser un grupo con baja morbilidad.
- El nivel de satisfacción con el servicio es baja y está orientado más a la calidez que a la calidad.
- No se cuentan con recursos humanos ni equipamiento para el nivel de resolución que corresponde.
- Los servicios diferenciados están en proceso de implementación en relación con la normativa, pero en términos operativos aún no se aplica.
- La normatividad del SIS no contempla especificaciones para el grupo de jóvenes.

- Existen vacíos normativos en la transición de joven dependiente de los padres a jóvenes mayores de edad.
- La calificación familiar perjudica la calificación del joven.
- Los criterios de calificación del Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh) son muy cuestionados por los actores y los usuarios en sus criterios de selección.
- Si bien los fondos asignados pueden garantizar la atención mediante el SIS, los servicios no están preparados para este proceso.

I. Introducción

En abril de 2009 se promulgó la Ley 29344, “Ley Marco de Aseguramiento en Salud”, y en 2010, mediante el Decreto Supremo 008-2010-SA, se emitió su Reglamento. Ambos documentos legales determinan el marco normativo del AUS, que tiene por finalidad garantizar el derecho pleno y progresivo de todos los ciudadanos a la seguridad social en salud. Una población asegurada permitirá tener acceso a un plan de salud cubierto financieramente, lo cual puede significar una reducción sustancial en el gasto familiar, ya que impactará positivamente en la economía del hogar. Asimismo, a partir de la dación de la ley y el decreto supremo se norma el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión de aseguramiento para todos los actores involucrados; es decir, queda delimitado el curso de acción de la política del aseguramiento en todas sus instancias.

A partir de entonces se han desarrollado algunos esfuerzos de investigación en el ámbito del AUS para analizar sus avances. Tal vez cabe destacar el realizado por el ente rector político encargado, el Minsa, que en 2011 presentó el primer *Informe de gestión y avances del proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud (2009-2011)*, documento en el cual se señala como resultado más notorio que la implementación del AUS ha tenido un significativo aumento en la cobertura de la población asegurada. Paralelamente, el Minsa comenzó a proponer esquemas de evaluación de resultados y seguimiento de procesos, que plasmaron en la *Propuesta de diseño para la evaluación de resultados del Aseguramiento Universal en el Perú*, elaborado en 2010, donde se define el marco conceptual para la

evaluación de la intervención del AUS. Asimismo, existen antecedentes de análisis del AUS por parte de las principales instituciones involucradas en la implementación, como el SIS y la Sunasa, presentados a través de informes de gestión y avances en el periodo que comprende el estudio. Lamentablemente, en los documentos revisados no se encontró tratamiento específico referente a la temática joven, por lo que este estudio se presenta como innovador en esta materia.

Por otra parte, es imperativo reiterar la necesidad del Estado de avanzar hacia la universalización del aseguramiento, para así reducir diferencias notorias en el acceso a los servicios de salud y hacer rentables socialmente los recursos que asignan al sector salud, lo que implica un cambio en el financiamiento, gestión y regulación (Wilson, Velásquez y Ponce, 2009). Vale decir que mediante la implementación del AUS se desarrollarán acciones que alcancen impacto sobre las condiciones de salud de la población, el gasto de los hogares, la equidad en acceso a estos servicios, así como la oportunidad y la calidad de atención.

También el Estado se encuentra en la obligación de garantizar este derecho. Para tener éxito, requiere incrementar operativamente las coberturas de aseguramiento y la entrega de las prestaciones a la población, así como de la garantía de calidad en la prestación, orientando estos esfuerzos hacia los grupos que menos son favorecidos, como es el caso de los jóvenes. Según las encuestas nacionales, en 2012 alrededor del 50% de los jóvenes no contaba con algún tipo de seguro de salud (Enaho, 2012), lo que evidenciaba una cobertura limitada.

Sobre este punto, diversos estudios reafirman la necesidad de reforzar y redireccionar las políticas públicas a favor de los jóvenes, en los diferentes niveles de gobierno, bajo el principio de que al buscar su bienestar se potencia el crecimiento social de la población y las generaciones futuras.

En tal sentido, la Senaju, en concordancia con su sexto lineamiento de política nacional de juventudes (“Promover estilos de vida y entornos saludables para jóvenes”), considera importante contar con un estudio que aporte al mejoramiento de las condiciones de salud, la calidad de vida y la inclusión social de los jóvenes, en particular de quienes afrontan diversas formas de vulnerabilidad social, por lo que convoca a

evaluar los avances, limitaciones y obstáculos del AUS en la población de 15 a 29 años. Se espera que este estudio ofrezca recomendaciones para introducir un enfoque generacional para la implementación de la política.

El enfoque planteado para esta evaluación es la de estudio de caso en tres distritos, a propuesta de Senaju: Callería, en el departamento de Ucayali, El Porvenir, en el departamento de La Libertad, y Vilcashuamán, en el departamento de Ayacucho. Este diseño permite profundizar en la evaluación de los procesos dentro de los cuales se desarrollan las actividades de implementación y atención a través del AUS, a través de herramientas cuantitativas y cualitativas.

El estudio está dividido en seis capítulos. En el primero se aborda lo relacionado con la metodología del estudio y contiene la descripción de los objetivos planteados para la investigación, el ámbito de la evaluación, las unidades de observación, y las actividades desarrolladas en gabinete y durante el trabajo de campo. En el segundo capítulo se detallan los avances alcanzados por el estudio al término del presente documento. El tercero describe los resultados preliminares, que incluyen la descripción de los avances en la política e implementación del aseguramiento relacionado con el joven. En el cuarto capítulo detallamos las barreras identificadas durante la implementación del AUS, y en el quinto, las limitaciones y dificultades durante el desarrollo del presente estudio. Finalmente, en el sexto capítulo se mencionan las conclusiones finales alcanzadas y las recomendaciones de la presente investigación.

II. Metodología de estudio

2.1. Objetivo general

Realizar un estudio cuantitativo (a partir de una fuente secundaria) y cualitativo de los avances y limitaciones (2009 y 2012) de la implementación del AUS en jóvenes.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar los cambios en la normatividad del AUS y su especificación en el grupo de interés.
- Determinar los factores asociados al AUS en los jóvenes de 15 a 29 años a través de las fuentes secundarias.
- Identificar la percepción de los actores clave en el proceso de implementación del AUS.
- Determinar el proceso de atención de salud y afiliación al AUS, identificando las barreras, limitaciones y potencialidades.
- Hallar la relación entre la percepción de los usuarios y no usuarios y el proceso de atención y aseguramiento en los establecimientos de salud.

2.3. Diseño de estudio

El diseño de estudio planteado para esta evaluación tiene como estrategia general el estudio de casos. Este diseño permite profundizar en

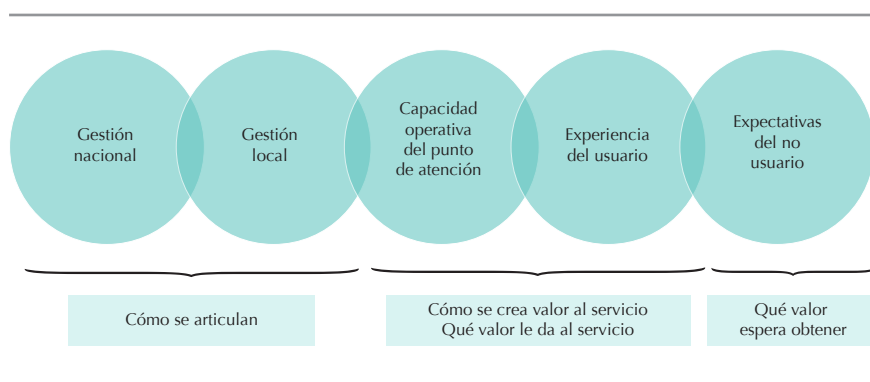
la evaluación de los procesos dentro de los cuales se desarrollan las actividades de implementación a través del AUS. Las herramientas metodológicas a ser utilizadas en los estudios de caso son principalmente cualitativas y de trabajo de gabinete. Esta última incluye la revisión de la normatividad y el análisis de fuentes secundarias para establecer estadísticas que caractericen a los jóvenes de 15 a 29 años.

Escapa a los objetivos de esta evaluación demostrar el efecto o impacto logrado por el AUS en los usuarios finales de los servicios de salud. El interés prioritario se centra en determinar las especificaciones en la normatividad para la atención a los jóvenes, los establecimientos de salud, el flujo de la ejecución y, por último, los testimonios de la experiencia de los usuarios respecto al servicio del AUS.

El enfoque de la evaluación se realizará mediante el desarrollo de un flujo de cadena de valor que seguirá una secuencia desde la gestión nacional hasta la prestación de servicios y la opinión del usuario y las expectativas del no usuario, y viceversa (ver gráfico 1).

Para el abordaje de los actores y de la información requerida se ha elaborado un modelo de evaluación en el que se consideran los diferentes niveles de gestión.

Gráfico 1
FLUJO DE LA CADENA DE VALOR



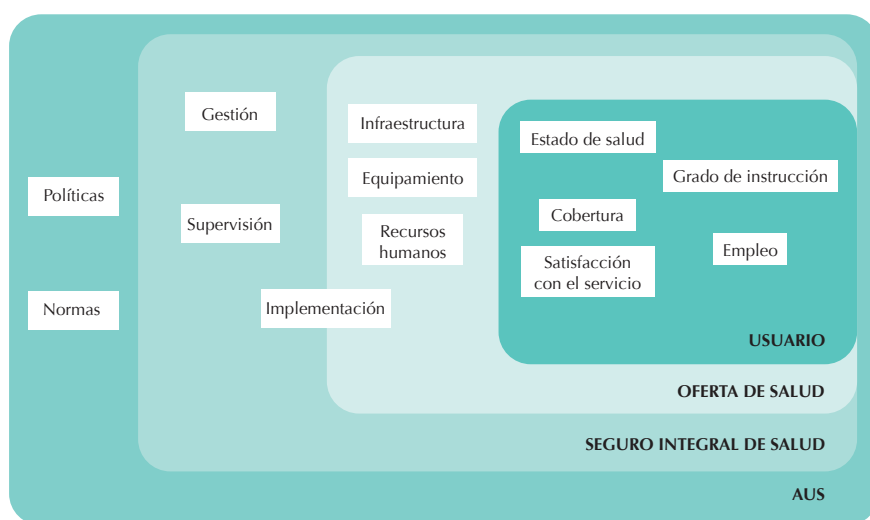
Fuente: Elaboración propia.

Partiendo de la hipótesis general de que el empleo determina la condición de aseguramiento de los jóvenes, y tomando en cuenta la información secundaria que manifiesta precariedad laboral en términos de protección social, la presente evaluación ha considerado como unidad de observación la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (lafas) al SIS, debido a que es el programa estatal que debería cubrir a toda la población joven que no tiene acceso a otros tipos de seguro.

En el marco del AUS, durante la presente evaluación se ha realizado una revisión de las políticas y normas del aseguramiento universal en la búsqueda de la especificación para la atención del grupo de interés, que en este caso son los jóvenes de 15 a 29 años.

A nivel de la lafas, se han evaluado los procesos de gestión de los fondos y gestión de la implementación, mediante entrevistas a actores clave, jóvenes y fuentes secundarias.

Gráfico 2 MARCO DE REFERENCIA DE LA EVALUACIÓN



Fuente: Elaboración propia.

Otro actor que cumple el rol del prestador del servicio son los establecimientos de salud. Se ha realizado una evaluación de la calidad de los servicios mediante la aplicación de listas de chequeo, tomando en cuenta los criterios utilizados por el Minsa para la categoría del local, mediante entrevistas a los responsables del establecimiento de salud o los encargados del tema joven, y desde la percepción de los usuarios del AUS y/o SIS.

En términos del usuario, se ha evaluado a jóvenes afiliados al SIS y a jóvenes que no han accedido a este servicio, con el fin de determinar la satisfacción con el programa y las barreras que se encuentran para el uso del SIS (ver gráfico 2).

2.4. Ámbito de evaluación

El ámbito de evaluación comprende los distritos de Vilcashuamán, Callería y El Porvenir, que representan a las regiones geográficas costa, sierra y selva, respectivamente.

Para la evaluación se seleccionaron establecimientos de salud del primer nivel, debido a que alrededor del 80% de las atenciones se realizan de esa forma (los usuarios del SIS básicamente se atienden aquí).

Tabla 1
ÁMBITOS EVALUADOS

Provincia	Distrito	Centro poblado	Establecimiento de salud
Ayacucho			
Vilcashuamán	Vilcashuamán	Vilcashuamán	C. S. de Vilcashuamán (I-4) P. S. Colccapampa (I-1)
Ucayali			
Coronel Portillo	Callería	Callería	C. S. 9 de Octubre (I-3) P. S. 2 de Mayo (I-2)
La Libertad			
Trujillo	El Porvenir	El Porvenir	C. S. Alto Trujillo (I-4) P. S. Buen Pastor (I-2)

2.5. Actividades desarrolladas

Las estrategias para el desarrollo de la presente evaluación comprenden el trabajo de gabinete y el trabajo de campo en los ámbitos establecidos.

2.5.1. Trabajo de gabinete

El trabajo de gabinete ha contemplado las siguientes actividades:

2.5.1.1. Revisión de la normatividad

Para la revisión de la normatividad se ha contemplado el desarrollo de una matriz cronológica de la evolución desde 2002, cuando mediante la Ley 27657 se creó el SIS como un organismo descentralizado adscrito al Minsa, hasta las actualizaciones de la normatividad descrita en la Ley 29344, que otorga el marco del AUS.

2.5.1.2. Revisión de fuente secundaria

Para esta actividad se ha procedido con la búsqueda de estudios y experiencias de intervenciones locales relacionadas con la atención de salud y las experiencias acerca del AUS. Para ello, se estableció una red de contactos a través de las instituciones que participan de una u otra forma en el presente proceso.

2.5.1.3. Análisis de fuente secundaria

Se ha considerado analizar diversas fuentes secundarias, a fin de caracterizar a los jóvenes del ámbito seleccionado con mayor exactitud.

En ese sentido, se han revisado diferentes bases de datos de los distritos de Vilcashuamán, Callería y El Porvenir, en busca de la información que se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 2**CRITERIOS PARA ANÁLISIS DE FUENTE SECUNDARIA**

Base de datos	Variables a explorar	Requerimiento
Seguro Integral de Salud Se realizó el análisis para todas las personas de 15 a 29 años	Proporción de jóvenes atendidos por el SIS según año Distribución de atenciones según causas atendidos con el SIS Distribución según sexo de las atenciones Numero de atención por año	Base de datos del SIS de 2009, 2010, 2011 y 2012
Base de datos de Senaju	Distribución de jóvenes según nivel de instrucción alcanzado Distribución de jóvenes según la condición laboral Distribución de jóvenes según el tipo de trabajo que realiza Proporción de jóvenes que acceden a algún tipo de seguro	Encuesta Nacional de la Juventud - Enajuv 2011
Enaho	Proporción de población y jóvenes que acceden a algún tipo de seguro Promedio y mediana de gasto total de la familia y de las familias con jóvenes Promedio y mediana de gasto en salud en los hogares de los jóvenes en las regiones	Base de datos de atenciones de 2009, 2010, 2011 y 2012

2.5.2. Trabajo de campo**2.5.2.1. Evaluación de los establecimientos de salud**

Se realizó en dos establecimientos por ámbito según la siguiente secuencia:

- **Verificación de la capacidad resolutive:** utilizando los instrumentos de medición de calidad de los servicios elaborados por el Minsa, que comprende la verificación de la infraestructura, los equipos y los recursos humanos.

- **Evaluación del proceso de atención de salud y afiliación:** para la elaboración del flujograma de atención se procedió a la observación en el establecimiento de salud. Posteriormente, mediante la entrevista a los jóvenes, se completaron algunos procesos y se pudo determinar algunas apreciaciones sobre el servicio.
- **Identificación de jóvenes usuarios del AUS:** mediante la revisión de los registros de las atenciones y la verificación de la condición de la atención, se procedió a hacer una lista de jóvenes que vivían en el centro poblado del ámbito, con el propósito de poder ubicarlos y entrevistarlos en su domicilio.

Para la selección de los jóvenes a evaluar se pidió acceso de los afiliados del establecimiento de salud en el rango de edad de interés. Luego se realizó una lista de los jóvenes siguiendo patrones de cercanía al establecimiento de salud. Al inicio se visitó a los que vivían más cerca, y luego, a medida en que se los iba ubicando, a los que estaban más lejos.

2.5.2.2. Entrevista a actores clave

Para esta tarea se procedió a entablar contacto desde Lima y hacer citas para las entrevistas. Luego se entregaron las cartas de coordinación y se realizaron las entrevistas en el tiempo establecido por los jóvenes.

2.5.2.3. Evaluación de usuarios

Se ha mencionado anteriormente que para selección de los usuarios se procedió a la verificación de registros en los establecimientos seleccionados para su identificación y, por último, a la búsqueda en sus domicilios.

Con el consentimiento de los jóvenes, se procedió al grabado de las entrevistas. En los casos en que no admitieron la grabación se procedió a la entrevista escrita.

2.5.2.4. Evaluación de no usuarios

Para esta actividad se procedió a una convocatoria mediante las asociaciones de jóvenes (en algunos casos, con el apoyo de funcionarios municipales) para el desarrollo de grupos focales. En el caso de Vilcashuamán, se realizaron entrevistas individuales debido a que no se obtuvo el éxito esperado en la convocatoria.

III. Hallazgos y resultados

3.1. Características de la población joven

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2009), en el documento de proyección poblacional reportado para 2012, el 27% de la población tenía de 15 a 29 años. Este dato concuerda con el reportado por Senaju (2012), que se indica que el 28% de la población del país se encuentra en este grupo.

Si observamos la proporción de jóvenes en el ámbito del presente estudio, notaremos que para 2012 (INEI, 2009) es similar al reportado a nivel nacional: el 25% en el distrito de Vilcashuamán, el 29% en Ayacucho, el 30% en El Porvenir, el 28% en La Libertad y el 25% en la población de Callería son jóvenes de 15 a 29 años. En el departamento de Ucayali existe la misma proporción.

Respecto a la distribución de la población según sexo, tenemos que a nivel nacional y en La Libertad es equitativa: 50% de jóvenes varones y 50% de jóvenes mujeres. En Ayacucho la proporción es de 51% y 49%, y en Ucayali la diferencia es mayor, pues tenemos 53% y 47% de varones y mujeres, respectivamente.

Por otro lado, el índice de masculinidad es diferente en cada departamento del ámbito de interés. En Ayacucho tenemos 104 varones por cada 100 mujeres, en La Libertad el índice es de 99 varones por cada 100 mujeres y en Callería tenemos 113 varones por cada 100 mujeres (INEI, 2009). Esta información es de suma importancia en

Tabla 3
PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 15 A 29 AÑOS SEGÚN
ÁMBITO DE ESTUDIO

Nivel de instrucción	Población	Porcentaje de 15 a 29 años
Perú	30.135.875	27%
Ayacucho	666.029	29%
Vilcashuamán	8.367	25%
La Libertad	1.791.659	28%
El Porvenir	170.108	30%
Ucayali	477.616	25%
Callería	149.391	25%

Fuente: Elaboración propia.

términos de demanda de los servicios de salud y de determinar si los establecimientos de salud están preparados para atender este tipo de demanda.

Respecto al nivel de instrucción alcanzado por los jóvenes, para el presente estudio se buscó determinar la calidad de empleo al que pueden acceder y se resaltó la revisión de aquellos que alcanzaron los niveles de calificación para desempeñarse laboralmente.

En ese sentido, podemos observar, por grupos de edad a nivel nacional, que en el grupo de 15 a 19 años el 81% tiene un nivel secundario incompleto y completo. El nivel superior está en proceso, y por ello se reporta como incompleto en el técnico y en el universitario. En el caso de los jóvenes de 20 a 24 años, el 46% ha alcanzado al menos un grado de secundaria y el 14% tiene un nivel superior técnico o universitario completo. Por último, en el grupo de 25 a 29 años, el 43% tiene al menos un grado del nivel secundario y el 25% ha concluido el nivel superior.

Tabla 4
DISTRIBUCIÓN DE JÓVENES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y GRUPO DE EDAD A NIVEL NACIONAL

Nivel de instrucción	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años
Primaria incompleta	3%	4%	7%
Primaria completa	5%	6%	7%
Secundaria incompleta	50%	11%	13%
Secundaria completa	31%	35%	30%
Superior no universitaria incompleta	5%	10%	7%
Superior no universitaria completa	0%	10%	16%
Superior universitaria incompleta	7%	20%	9%
Superior universitaria completa	0%	4%	9%

Fuente: Enajuv. Elaboración propia.

La oferta laboral total de la economía corresponde al conteo de las personas que, basadas en decisiones individuales, participan del mercado de trabajo ya sea laborando o buscando trabajo.

El grupo de interés del presente estudio (jóvenes de 15 a 29 años) se encuentra dentro del grupo denominado “población en edad de trabajar” (PET). Este grupo, a su vez, se divide en dos subgrupos: población económica activa (PEA) y población económica inactiva (PEI).

La PEA u oferta de mano de obra es definida por las personas que han encontrado trabajo o lo buscan activamente. En ese sentido, tenemos que del grupo de jóvenes a nivel nacional, el 66% trabaja o busca trabajo. Si observamos la información por grupos de edad, tenemos que a mayor edad, mayor proporción de personas que trabajan o buscan trabajo.

Según la región, la proporción es similar, a excepción de la costa, que reporta una proporción ligeramente menor en la PEA.

Según el sexo, las diferencias son marcadas entre hombres y mujeres: se reporta el 75% de hombres trabajando o buscando trabajo, mientras que en las mujeres la cifra es de 58%.

Tabla 5
PROPORCIÓN DE POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR SEGÚN PARTICIPACIÓN
EN EL MERCADO LABORAL

Descripción	PEA	No PEA
Por grupos de edad		
De 15 a 19 años	47%	53%
De 20 a 24 años	76%	24%
De 25 a 29 años	83%	17%
Por región		
Costa	63%	37%
Sierra	67%	33%
Selva	67%	33%
Lima Metropolitana	67%	33%
Según sexo		
Masculino	75%	25%
Femenino	58%	42%

Fuente: Enajuv. Elaboración propia.

Según la clasificación de la PEA, como se ha mencionado anteriormente, existen jóvenes que están trabajando (ocupados) o que buscan un trabajo (desocupados).

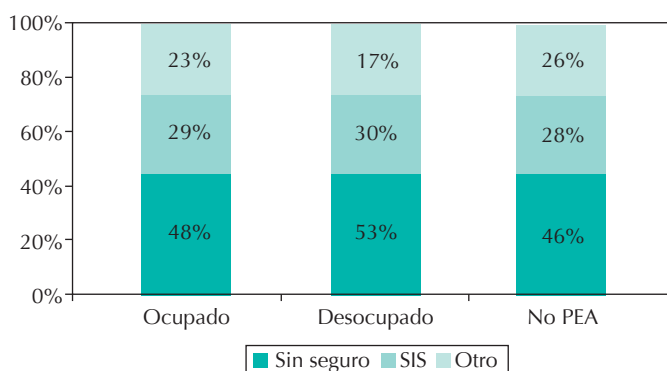
El grupo de desocupados nos da la dimensión de la tasa de desempleo. A nivel nacional, por grupos de edad, es mayor en el grupo de jóvenes de 15 a 19 años. A nivel regional, Lima Metropolitana tiene la tasa de desempleo más alta, seguida de la región costa. Según el sexo, las mujeres tienen una tasa más alta de desempleo respecto a los varones.

Tabla 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICA ACTIVA SEGÚN CARACTERÍSTICAS

Descripción	Ocupado	Desocupados (tasa de desempleo)
Por grupos de edad		
De 15 a 19 años	88%	12%
De 20 a 24 años	91%	9%
De 25 a 29 años	93%	7%
Por región		
Costa	89%	11%
Sierra	93%	7%
Selva	94%	6%
Lima Metropolitana	88%	12%
Según sexo		
Masculino	92%	8%
Femenino	89%	11%

Fuente: Enajuv. Elaboración propia.

Gráfico 3
DISTRIBUCIÓN DE JÓVENES SEGÚN ACCESO A SEGURO Y SITUACIÓN LABORAL A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enajuv. Elaboración propia.

Otra característica importante que debe considerarse es el acceso al seguro según la situación laboral, pues, como se observa en el gráfico 3, a nivel nacional el 48% de los jóvenes ocupados, el 53% de los desocupados y el 46% de los que no trabajan ni buscan trabajo no acceden a ningún tipo de seguro. Asimismo, alrededor del 30% de los jóvenes acceden al SIS y entre el 17% y el 26% acceden a otros tipos de seguros (ver gráfico 3).

En la tabla siguiente observamos que, según la Enaho 2012, a nivel nacional tres de cada cuatro jóvenes que trabajan no tiene contrato, y el 20% tiene un contrato a plazo fijo que considera a los jóvenes que prestan servicios y que conocen desde un inicio la fecha de cese de su contrato.

Tabla 7
CARACTERÍSTICAS DEL EMPLEO DE LOS JÓVENES A NIVEL NACIONAL

Descripción	Ocupado
Tipo de contrato	
Sin contrato	72%
Contrato a plazo fijo	20%
Por locación de servicios	1%
Otros	7%
Relación laboral	
Empleado	28%
Obrero	25%
Trabajador familiar no remunerado	25%
Trabajador independiente	17%
Tipo de retribución que recibe	
No recibe	26%
Sueldo	28%
Salario	24%
Ganancia por negocio	16%
En especie	25%

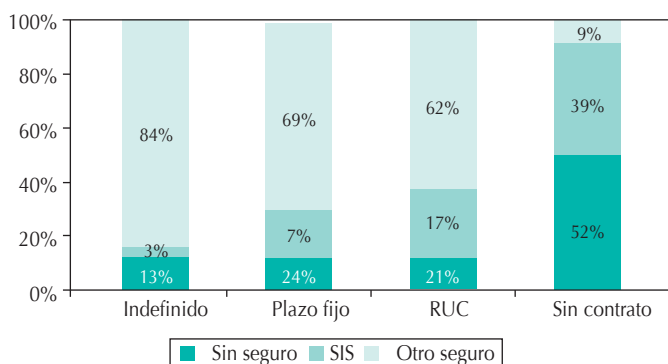
Fuente: Enajuv. Elaboración propia.

Entre las otras modalidades de contrato tenemos el contrato indefinido, el contrato por locación de servicios y los convenios para prácticas o de formación laboral.

Otra característica importante es la relación laboral de los jóvenes. A nivel nacional, el 28% es empleado, el 25% es obrero, el 17% se declaró trabajador independiente y el 25% se declaró trabajador familiar no remunerado.

Cuando se observa la información de los jóvenes que trabajan según el tipo de contrato, tenemos que a menor estabilidad laboral, la proporción de afiliados a algún tipo de seguro disminuye y se incrementa la proporción de no asegurados. La situación de los jóvenes que no tienen contrato se agudiza, pues el 52% no cuenta con un seguro.

Gráfico 4
DISTRIBUCIÓN DE JÓVENES SEGÚN TIPO DE CONTRATO Y TENENCIA DE SEGURO A NIVEL NACIONAL

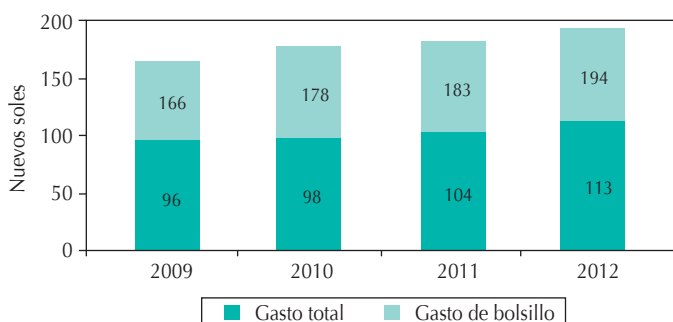


Fuente: Enajuv. Elaboración propia.

A través de la información del empleo en los jóvenes, hemos podido corroborar la precariedad de este y las condiciones informales en que el joven se desenvuelve. El hecho de trabajar no garantiza que se cuente con protección social de salud.

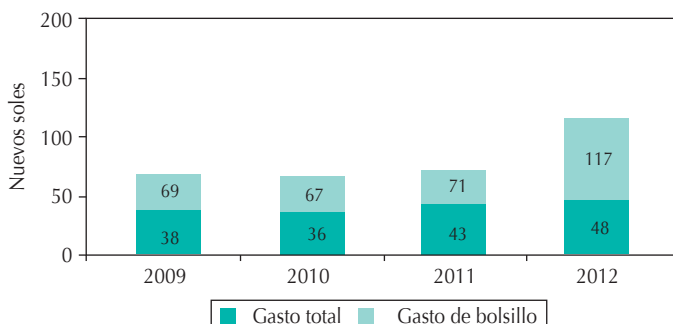
Las implicancias que tiene esta desprotección de los jóvenes no solo afecta su estado de salud, sino también su economía y la de su hogar. En ese sentido, a nivel nacional el promedio del gasto total mensual en salud de las familias, según la Enaho, ha variado entre 2009 y 2012. El gasto efectivo de bolsillo representa alrededor del 60%.

Gráfico 5
PROMEDIO DE GASTO TOTAL Y BOLSILLO EN SALUD SEGÚN AÑO DE LOS HOGARES A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Gráfico 6
PROMEDIO DE GASTO TOTAL Y BOLSILLO EN SALUD SEGÚN AÑO DE LOS JÓVENES A NIVEL NACIONAL

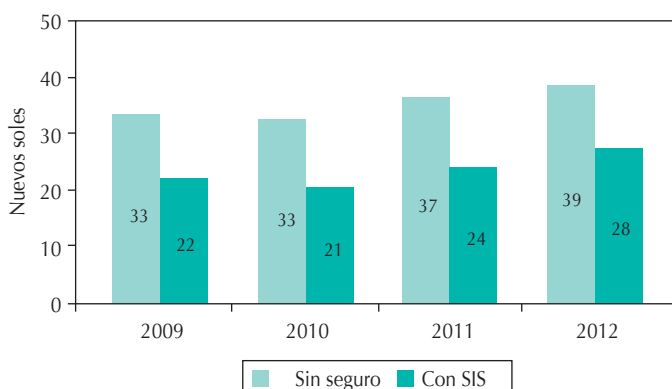


Fuente: Enaho, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Si observamos la información específica de los jóvenes, a nivel nacional el gasto total mensual en salud se ha incrementado de 2009 a 2012. Hasta 2011, el gasto de bolsillo representaba alrededor de la mitad, situación que ha variado en 2012, año en que se ha incrementado el gasto total en salud mensual y el aporte del bolsillo es el 40%.

El gasto mensual a nivel nacional de los jóvenes sin SIS fue 40% mayor de 2009 a 2011, y en 2012 fue 30% mayor.

Gráfico 7
PROMEDIO DE GASTO TOTAL Y BOLSILLO EN SALUD DE LOS JÓVENES SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

3.2. Avances en la política de aseguramiento

En los últimos diez años, las políticas públicas orientadas al sector salud en el Perú han conseguido ampliar significativamente la cobertura de aseguramiento de la población, lo que en teoría debe reflejarse, también, desde una perspectiva social, en una mejora de las condiciones de salud de la población: una ampliación del aseguramiento permite reducir los costos del tratamiento médico, asegura el ahorro de las

familias y aumenta la productividad laboral, lo que genera una mayor eficiencia de los trabajadores (Cortez, 2001).

Efectivamente, durante estos años se produjo una mejora de las condiciones de salud de la población, expresada en el aumento de la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad materno-infantil y la desnutrición, hechos que son acordes con la ampliación de los servicios de salud en el país. No obstante, el logro de estos indicadores difiere entre poblaciones con diferente nivel de ingresos o ubicación geográfica, así como en el acceso a los servicios básicos y la carga de enfermedad de la población (Wilson, Velásquez y Ponce, 2009).

Cabe preguntarse, en este contexto, cuál es el grado de avance en esta materia y cuáles son los sectores de la población desatendidos por los diferentes esquemas de aseguramiento, en particular el de nuestro grupo investigado, los jóvenes, del cual apenas figura en el discurso sobre protección social en el país.

3.2.1. Antecedentes

El Estado tiene el compromiso de orientar políticas que favorezcan la salud de los ciudadanos y garantizar que nadie quede excluido de obtener una adecuada atención ante la eventualidad de una enfermedad. La Constitución Política del Perú, en su artículo 10, declara a la seguridad social como un derecho universal y progresivo, y establece un principio de gradualidad en su implementación, cuya guía normativa y regulatoria está contenida en la Ley de Aseguramiento Universal de julio de 2009 (Ministerio de Salud, 2009) y su Reglamento (Decreto Supremo 008-2010).

Antes de la ley marco, desde la década de 1990 se impulsaron diversas propuestas para reformar los servicios de salud y de seguridad social, lo que se tradujo en un aumento de la inversión en infraestructura de los establecimientos de salud, principalmente en el nivel primario, y una atención focalizada en los más pobres, con acciones concretas para mejorar la atención materno-infantil, en la búsqueda de reducir la desnutrición y la mortalidad infantil.

Al mismo tiempo, se inició un ciclo de reformas para extender la producción y la distribución de los servicios de salud en la seguridad social. Surgieron EsSalud y las empresas prestadoras de salud privadas (EPS), con esquemas separados para la administración de los fondos. Asimismo, se promovió la afiliación de los trabajadores del sector agrario y los microempresarios mediante aportes contributivos menores (Alfageme, 2012).

Posteriormente aparecieron nuevos esquemas de aseguramiento público y focalizado, como el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), de financiamiento solidario, y que luego se integraron en el SIS, institución que centrará su objetivo en ampliar el acceso a los pobres a los servicios de salud, continuando con la política de financiamiento subsidiado, pero incorporando nuevos esquemas de financiamiento de semisubsidio en menor medida.

Sobre el SEG y el SMI debemos decir que se constituyen en los hitos de cambio en cuanto a la modalidad de financiamiento de la atención pública en salud, pues su accionar se focalizó hacia determinados grupos poblacionales de interés. En el caso del SEG, su accionar estuvo dirigido a brindar atención integral en salud a los niños de 3 a 17 años matriculados en escuelas públicas, mientras que el SMI fue diseñado para atender a las mujeres durante el embarazo y el puerperio, así como a los niños y niñas menores de 4 años. Vemos, entonces, que ambos programas abarcaron en cobertura y atención a importantes segmentos de la población joven, principalmente pobre.

No obstante, debemos mencionar que los avances tuvieron alcance limitado en términos de cobertura e impacto en ambos programas (Jaramillo y Parodi, 2004) y, por tanto, también en la población joven.

3.2.2. El Aseguramiento Universal de Salud (AUS)

En la actualidad, diferentes agentes realizan las funciones de financiamiento, administración de fondos y prestación en el sistema de salud del Perú bajo la Ley Marco de Aseguramiento Universal.

Estas funciones son realizadas por el conjunto de instituciones involucradas en el AUS. Así tenemos al Minsa como el órgano que ejerce la rectoría sobre los agentes participantes del proceso; a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (lafas), entidades públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los recursos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos a sus afiliados (SIS, EsSalud, Sanidades, EPS, aseguradoras privadas o mixtas); a la Sunasa, encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las Iafas, así como supervisar a las IPRESS en el ámbito de su competencia; y a estas últimas mencionadas, las IPRESS, conformadas por todos los establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Sunasa, autorizados para brindar servicios de salud correspondientes a su nivel de atención.

Todas las prestaciones de salud brindadas por las IPRESS deberán adecuarse en forma progresiva al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que establece un listado de condiciones asegurables e intervenciones mínimas a las que tiene derecho toda persona. La ley también permite incluir planes complementarios al PEAS, ofertados por las IAFAS para que el afiliado elija libre y voluntariamente, y planes específicos brindados por EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía Nacional.

El PEAS ha incorporado 140 condiciones asegurables, de las cuales se espera que se extiendan paulatinamente hasta cubrir el total de la carga de enfermedades en el Perú. En el caso del SIS, el PEAS ha reemplazado al LPIS, plan que contenía una menor carga de condiciones asegurables. Sobre estos planes este sistema ha establecido la cobertura de beneficios en salud (en su régimen subsidiado y semisub subsidiado), que según el portal web¹ es el siguiente:

1 | Página web del SIS: www.sis.gob.pe

Gastos de prevención:

- **Atenciones preventivas:** inmunizaciones en niños y adultos, atención integral del niño, salud reproductiva, control prenatal, detección precoz del cáncer, suplementos de hierro y vitamina A para niños y gestantes.

Gastos de recuperación:

- **Atenciones ambulatorias:** consulta por medicina general y especializada, gastos por medicinas, laboratorio, radiografías y otros exámenes auxiliares.
- **Atenciones hospitalarias:** atenciones hospitalarias que incluyen: atención médica, medicamentos, insumos, análisis de laboratorio, rayos X, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, diagnóstico por imágenes, estancia hospitalaria.
- **Atenciones quirúrgicas:** atenciones quirúrgicas que incluyen: atención médica y quirúrgica, medicamentos, análisis de laboratorio, rayos X, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, diagnóstico por imágenes, sala de operaciones, sala de recuperación, riesgo quirúrgico, estancia hospitalaria.
- **Atenciones de emergencias:** diagnóstico y tratamiento de las emergencias médicas y quirúrgicas hasta su estabilización. Incluyen: atención médica, medicamentos, análisis de laboratorio, rayos X, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, diagnóstico por imágenes.
- **Atenciones de maternidad y del recién nacido:** gastos prenatales y posnatales, parto normal, parto múltiple, parto complicado, cesárea, complicaciones orgánicas del embarazo, aborto no provocado y la atención integral del neonato. Incluye: atención médica, quirúrgica, medicamentos, análisis de laboratorio, rayos X, exámenes auxiliares, procedimientos especiales, diagnóstico por imágenes, estancia hospitalaria.

Otros gastos:

- **Transporte por evacuación:** traslado de emergencias por referencias y contrarreferencia, por vía aérea o terrestre, según el tope establecido en el listado priorizado de intervenciones sanitarias.
- **Sepelio:** gastos de sepelio, ataúd, capilla ardiente y otros, según el tope establecido en el listado priorizado de intervenciones sanitarias.

Gastos de rehabilitación:

- Gastos de rehabilitación de fracturas o esguinces atendidos en el primer nivel de atención.

En el caso de niños, adolescentes, gestantes y adultos focalizados, el SIS paga la totalidad de las atenciones de salud, excepto las señaladas como exclusiones específicas². El financiamiento puede alcanzar un monto de cinco UIT como atención regular.

En el caso de los adultos no focalizados, el SIS paga las enfermedades comprendidas en el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias y las descritas en el anexo 2 de la Resolución Jefatural 149-2008/SIS.

Por otra parte, se han dado algunas normas complementarias en los últimos años para avanzar en la implementación del AUS. Entre ellas destacan las que se han dispuesto dentro del proceso de reestructuración del SIS, como es el caso de la utilización del Sisfoh para la selección de beneficiarios. Con el Sisfoh se pretende incrementar la cobertura de beneficiarios y disminuir los niveles de filtración. Asimismo, se ha dispuesto que el SIS incorpore la modalidad directa de afiliación para aquellas personas que, independientemente de la evaluación económica del Sisfoh, por su condición de vulnerabilidad extrema tengan la necesidad de incorporarse al sistema. Es el caso, por ejemplo, de los pobladores de comunidades apartadas y en extrema pobreza.

A fin de mejorar y asegurar el financiamiento de las prestaciones a los asegurados al SIS por parte de los establecimientos de salud, la lafas SIS y los gobiernos regionales han acordado establecer los convenios

2 Aplicable al régimen subsidiado y al semisub subsidiado. Incluye: secuela de enfermedades infecciosas y parasitarias, parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos, complicaciones de la atención médica y quirúrgica no clasificadas en otra parte, secuelas de traumatismo, envenenamientos y otras consecuencias de causas extremas, lesiones autoinflingidas, agresiones, complicaciones de la atención médica y quirúrgica, cirugía profiláctica, estética o cosmética, atención por procedimientos de rehabilitación, donantes de órganos, personas en contacto en servicios de salud para procedimientos no realizados, convalecencia, implantes, injertos, dispositivos, prótesis, dependencias de máquinas y otros, secuelas de causas externas de morbilidad y mortalidad, atención fuera del territorio nacional.

capitados, que consisten en un pago adelantado de fondos a la región según el número proyectado de asegurados en los establecimientos de primer nivel aprobados por este convenio (ver tabla 8).

Finalmente, el éxito del modelo de intervención del AUS debe ser medido en su conjunto a través de los resultados y efectos en el individuo o la población (usuarios), componente último de la cadena de valor del sistema de aseguramiento.

Tabla 8
CONVENIOS CAPITADOS

Unidad ejecutora	Fecha de firma	Monto anual de convenio
Áncash	Enero de 2013	19.894.565,91
Ayacucho	Enero de 2012	15.712.568,87
Arequipa	Enero de 2013	10.391.944,27
Cajamarca	Enero de 2013	39.543.029,54
Cusco	Enero de 2013	32.127.015,65
Huánuco	Enero de 2013	28.647.346,33
Ica	Enero de 2013	4.888.372,60
La Libertad	Enero de 2013	22.625.867,15
Lambayeque	Enero de 2013	14.141.607,41
Lima Norte	Enero de 2013	11.135.309,70
Lima Ciudad	Enero de 2013	14.802.028,98
Lima Este	Enero de 2013	10.645.891,49
Lima Sur	Enero de 2013	8.899.728,60
Loreto	Enero de 2013	29.978.053,52
Madre de Dios	Enero de 2013	1.438.358,66
Moquegua	Enero de 2013	1.702.108,66
Pasco	Enero de 2013	4.864.355,94
Piura	Enero de 2013	27.104.377,20
Puno	Enero de 2013	19.129.258,77
San Martín	Enero de 2013	19.232.603,98
Tacna	Enero de 2013	2.071.896,46
Tumbes	Enero de 2013	2.879.707,76
Ucayali	Enero de 2013	8.794.246,56

Fuente: SIS Publicaciones. Elaboración propia.

3.2.3. Evolución normativa y el joven

Como parte de la implementación del AUS y según la Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, existe un conjunto de normas y leyes dadas previas a su promulgación, que constituyen su base normativa, así como otras emitidas de manera posterior, a fin de brindar acciones complementarias a la reforma del aseguramiento en el país, para garantizar el acceso a los servicios de calidad de manera oportuna.

Para efectos de este análisis, podemos mencionar que en 1994 el Minsa comenzó a definir con un grupo de actores sociales los lineamientos que guiarán la política de salud. Resaltan el de “garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables de la población”. Claramente se expresa la intención del Estado de focalizar esfuerzos en los grupos más necesitados.

Posteriormente, en concordancia con esta nueva perspectiva, se revisaron y diseñaron diversos modelos de intervención en salud, que concluyeron en 2002 con la gestación del SIS (Ley 27657). Durante este periodo se observó un progresivo ordenamiento y organización de estos servicios en torno a la demanda como elemento de inclusión y extensión del derecho a la salud, y se concentraron los recursos públicos en segmentos de mayor necesidad, mediante esquemas de aseguramiento de ámbito regional y local. De esta manera, se generaron propuestas de seguros parciales por grupos objetivos.

Este es el caso del SEG, creado en 1997, y el SMI, creado en 1998, los cuales, como habíamos señalado anteriormente, tuvieron limitada cobertura de atención para los jóvenes. Si bien el SEG incorporó dentro de su mecanismo de focalización a la población menos favorecida, al optar como criterio de inclusión solo a los jóvenes inscritos en escuelas públicas, asumiendo ser el grupo que manifiesta la mayor concentración de pobreza, dejó de lado a un grupo importante de jóvenes que no asistía a una institución educativa y probablemente en condiciones de pobreza.

Del mismo modo, el reglamento del SMI establecía que eran elegibles en este programa toda mujer en estado de gestación y hasta 42 días de producido el parto, siempre y cuando no estuviera afiliada a otro seguro. Ello significaba que se debía atender a un vasto sector de jóvenes mujeres de 15 a 29 años, pues en esta edad se concentra una importante cantidad de puérperas. Sin embargo, este seguro se desactivaba a los 42 días después del parto. La beneficiaria podía afiliarse nuevamente solo ante un eventual embarazo, lo cual limitaba su cobertura.

En SIS se implementó sobre esta experiencia en 2001. Desde el inicio tenía cobertura nacional y, por ende, representó el primer programa masivo de aseguramiento para el grupo de jóvenes, al menos los que se encontraban en situación de pobreza. No obstante, en esos años el programa no precisaba de forma ordenada la población beneficiaria ni el plan de beneficios. La situación mejoraría con el transcurso de los años, hasta la implementación del AUS.

En relación con los jóvenes, también hay que resaltar que en 2005 se promulgaron dos normas específicas que pueden considerarse predecesoras de una atención específica para este sector poblacional. La primera es una declaración explícita contenida en la Ley 28588, “Ley que incorpora al Seguro Integral de Salud a la Población Mayor de 17 años en Situación de Extrema Pobreza y Pobreza”, que en su artículo 1.1 enuncia la necesidad de “incorporar con carácter prioritario, en forma sucesiva y de acuerdo con la disponibilidad de presupuesto, la atención de salud por medio del Seguro Integral de Salud [...] a las mujeres mayores de 17 años, no gestantes, en situación de extrema pobreza y pobreza, de las zonas rurales y urbanas [...] y los varones mayores de 17 años en situación de extrema pobreza y pobreza, de las zonas rurales y urbanas”. Es decir, la política de aseguramiento prioriza ampliar la cobertura a todos en todos los grupos de edad y por defecto al grupo de jóvenes.

La segunda norma (034-MINSA/DGSP) es la Norma Técnica para la Atención Integral de la Salud en la Etapa Vida Adolescente, que responde a la necesidad política de “atender la salud de los adolescentes con un enfoque de integralidad, equidad de género, interculturalidad, calidad y pleno respeto de sus derechos, a fin de contribuir a su desarrollo integral”.

El alcance de aplicación de esta norma comprende a un sector de la población joven comprendida entre los 15 y 17 años, y resalta como estrategia general de acción el establecimiento de servicios diferenciados y calidad para los adolescentes que a partir de la fecha deberán implementarse en los establecimientos de salud según su nivel de complejidad y las necesidades y requerimientos de la región o zona.

Asimismo, según esta norma, para lograr la atención integral de salud de los adolescentes se deberán implementar diversas estrategias específicas o un conjunto de acciones que deberán ser incorporadas de acuerdo con la realidad de cada región. El texto proponía las siguientes:

- Descentralización
- Coordinación multisectorial e intersectorial
- Participación activa de adolescentes
- Formación de equipos interdisciplinarios
- Conformación de redes de soporte social
- Utilización de tecnologías de información y comunicación
- Articulación con instituciones educativas saludables
- Formación de adolescentes como educadores de pares
- Implementación de familias fuertes
- Promoción de comunidades saludables
- Promoción de municipios saludables

En cuanto a la cobertura prestacional, la norma contempla que todo adolescente debe contar con un seguro de salud. Además, cada entidad aseguradora —sea pública, privada o mixta— debe garantizar el acceso de los adolescentes al paquete establecido en el PEAS, como mínimo. En el caso de las adolescentes embarazadas derechohabientes, EsSalud debe garantizar su cobertura y atención por embarazo, parto y puerperio.

El PEAS entró en vigencia dentro del marco del AUS, en noviembre de 2009, mediante Decreto Supremo 016-2009-SA, en el cual se aprueba el Listado Priorizado de Condiciones Asegurables e Intervenciones que como mínimo deberán financiar para todos los asegurados de las lafas. Lo resaltante es que de las 140 condiciones asegurables establecidas en el listado, dentro del grupo que corresponde a “población sana” se

especifican dos condiciones, una relacionada con el adolescente y otra con el joven. En el primer caso, se define como “adolescente sano” a la persona comprendida entre los 12 y 17 años de edad, en quien no se ha detectado presencia patológica cuando acude al establecimiento, y comprende como diagnóstico el examen del estado de desarrollo del adolescente, y como prestaciones a financiar, las preventivas, de diagnóstico y seguimiento.

Con respecto al joven, la condición asegurable “joven y adulto y sano” señala a la población comprendida entre los 18 y 59 años a quien no se ha detectado patología cuando acude al establecimiento. Como se ve, en su definición no se realiza distinción entre joven y adulto. Comprende esta condición como diagnóstico el examen médico general, y como prestaciones a financiar, también las preventivas, de diagnóstico y seguimiento.

Recién en junio de 2012, mediante Norma Técnica 095 MINSA/DGPSP, siete años después de dictada la norma 034-MINSA/DGPSP relacionada con la atención integral del adolescente joven, se dictaron los criterios y estándares para la evaluación de estos servicios. En noviembre de ese año se aprobó la norma técnica para la atención integral de salud en la etapa de vida joven (100 MINSA/DGPSP).

Se puede decir que esta norma aborda aspectos más amplios de la atención al joven respecto a las normas anteriores. En primer término, amplía el ámbito de cobertura al incluir a la población entre 18 y 29 años. Y en segundo lugar, precisa algunas componentes de gestión de planificación, programación, supervisión, monitoreo y evaluación, planteando diversos indicadores para la medición, algunos de ellos relacionados con el proceso de aseguramiento del joven.

Finalmente, a partir de la revisión y el análisis de esta documentación podemos afirmar que, además de la normativa de atención y de calidad de atención del joven, no se han identificado otros documentos con normas específicas para los jóvenes.

A continuación, se detallan las normas halladas, de acuerdo con su categoría normativa.

Tabla 9
NORMATIVIDAD RELACIONADA CON EL AUS

Documentos	Fecha	Descripción
Ley 26790	16 de mayo de 1997	Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
Decreto Supremo 009-1997-SA	8 de setiembre de 1997	Se aprueba el Reglamento de la Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley 26790.
Ley 27656	27 de enero de 2002	Crea el Fondo Intangible Solidario de Salud (Fisal).
Ley 27657	28 de enero de 2002	Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Se crea el SIS.
Resolución Suprema 014-2002-MINSA	27 de junio de 2002	Se aprueban los "Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012". El segundo de estos lineamientos hace alusión a la extensión y universalización de la salud y plantea lograr el aseguramiento universal de los ciudadanos para garantizar el acceso a servicios de salud y prevenir la desatención de las familias en contingencias, principalmente la población pobre y extremadamente pobre.
Ley 27812	12 de agosto de 2002	Se determinan las fuentes de financiamiento del SIS.
Ley 28006	17 de junio de 2003	Se aprueba garantizar la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social, y se restituye la autonomía administrativa, económica, financiera y presupuestal de EsSalud.
Norma Técnica 034-2005-MINSA/DGSP	22 de agosto de 2005	Se aprueba la norma técnica para la Atención Integral de la Salud de la Etapa de Vida Adolescente.
Decreto Supremo 004-2007-SA	17 de marzo de 2007	Se establece el listado priorizado de intervenciones sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS.

Documentos	Fecha	Descripción
Decreto Supremo 003-2008-SA	25 de enero de 2008	Se establece el listado priorizado de intervenciones sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materno-neonatal.
Resolución Suprema 002-2008-SA	14 de febrero de 2008	Se constituye la Comisión Multifisectorial, encargada de proponer los mecanismos necesarios que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud (SNS), así como la evaluación de los siguientes procesos: aseguramiento universal, adquisición de medicamentos, atención de emergencias, donaciones y trasplantes, unidad de banco de sangre, optimización de la infraestructura de todos los sectores involucrados en esta resolución suprema, recursos humanos, red de información, calidad del servicio a los pacientes y comunicación social.
Decreto de Urgencia 036-2008	20 de agosto de 2008	Se declaran en emergencia los establecimientos de salud a nivel nacional durante un año y se autoriza una transferencia de partidas al Ministerio de Salud hasta por S/. 49 millones.
Decreto Supremo 019-2008-SA	10 de setiembre de 2008	Se aprueba la directiva administrativa que regula el reembolso de las prestaciones de servicios de salud.
Resolución Ministerial 629-2008-MINSA	13 de setiembre de 2008	Se aprueban condiciones, procedimientos y requisitos para el reembolso de prestaciones brindadas por establecimientos de salud públicos y privados a afiliados del SIS.
Resolución Ministerial 690-2008-MINSA	8 de octubre de 2008	Se establecen disposiciones aplicables para el caso de los asegurados del SIS residentes en el departamento de Loreto que se atienden en el Hospital de Colombia.
Resolución Ministerial 650-2008	24 de setiembre de 2008	Se dispone la no aplicación de la exclusión del listado priorizado de intervenciones sanitarias, referidas a la atención fuera del territorio nacional a los asegurados del SIS residentes en los departamentos de Piura y Tumbes.
Decreto de Urgencia 016-2009	2 de febrero de 2009	Se dispone hasta S/. 175 millones de los recursos a que hace referencia la séptima disposición complementaria y final de la Ley 29291, Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2009, para ser destinado al desarrollo de infraestructura básica y al mantenimiento de establecimientos de salud.

Documentos	Fecha	Descripción
Decreto de Urgencia 022-2009	16 de febrero de 2009	Se establecen medidas extraordinarias y urgentes destinadas a viabilizar la ejecución del mantenimiento y la reposición de equipamiento para los puestos y centros de salud, y los hospitales categoría II-1. Además, establece que los recursos asignados al Ministerio de Salud por el Decreto de Urgencia 016-2009 para el mantenimiento de los puestos y centros de salud a nivel nacional comprenden también el financiamiento de la reposición de equipamiento para dichos establecimientos, y el mantenimiento y reposición de equipamiento para los hospitales con categoría II-1, en el marco del artículo 4 del referido decreto de urgencia.
Ley 29344	9 de abril de 2009	Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud: se da inicio al marco jurídico y el desarrollo normativo del aseguramiento universal en salud.
Resolución Ministerial 240-2009-MINSA	16 de abril de 2009	Se aprueba el tarifario del SIS para los componentes subsidiado, semisubsidiado y definiciones operacionales.
Resolución Ministerial 380-2009-MINSA	11 de junio de 2009	Se aprueban disposiciones esenciales para el financiamiento de prestaciones por el SIS de los asegurados que se atienden en establecimientos de salud del ámbito del valle de los ríos Apurímac y Ene (VRAE).
Decreto Supremo 011-2009-SA	13 de junio de 2009	Se da cumplimiento a la segunda disposición de la Ley 29344 y se establece el Comité Técnico Implementador Nacional (CTIN) como órgano colegiado de conducción del AUS en el nivel nacional; se le asignan funciones y se precisa su conformación. Se dispone que en cada gobierno regional se constituya un Comité Técnico Implementador Regional (CTIR), presidido por el director regional de Salud, responsable de diseñar, ejecutar y coordinar en el ámbito regional las estrategias específicas de implementación del aseguramiento universal y de la evaluación conforme a las directivas del CTIN.

Documentos	Fecha	Descripción
Decreto de Urgencia 085-2009	8 de agosto de 2009	Se dictan medidas extraordinarias y urgentes para que los gobiernos regionales y locales destinen recursos durante los años fiscales 2009 y 2010, a fin de financiar la ejecución de proyectos de inversión pública y mantenimiento de infraestructura a través de núcleos ejecutores, en el marco de las acciones comprendidas en el Plan de Estímulo Económico. Estos recursos fueron destinados para la ejecución del proyecto Casas de Espera, a cargo de comunidades campesinas.
Resolución Ministerial 627-2009-MINSA	15 de septiembre de 2009	Se aprueba el reglamento interno del Comité Técnico Implementador del AUS, responsable de la conducción del proceso del AUS, y se presenta en anexo como parte integrante de la presente resolución.
Resolución Viceministerial 250-2009-SA-DVM	7 de octubre de 2009	Se aprueba el reglamento interno de la Secretaría Técnica del Comité Técnico Implementador del AUS.
Decreto Supremo 227-2009-EF	8 de octubre de 2009	Se autoriza la transferencia de partidas a favor de diversas entidades para el financiamiento de proyectos de inversión pública, actividades de salud y otras medidas, por S/. 40.062.141 al SIS y S/. 3.671.927 al INEN.
Ley 29459	25 de noviembre de 2009	Ley de los Productos Farmacéuticos Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, norma con la que trabaja el AUS.
Decreto Supremo 016-2009-SA	28 de noviembre de 2009	Se aprueba el PEAS, que contiene el listado priorizado de condiciones mínimas asegurable e intervenciones que son financiadas por las Iafas, sean públicas, privadas o mixtas. El PEAS se traduce como un plan de beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.
Resolución Ministerial 810-2009-MINSA	2 de diciembre de 2009	Se oficializan el eslogan y el logo "Salud, derecho de todos" para ser utilizado en materiales de difusión del AUS.

Documentos	Fecha	Descripción
Decreto de Urgencia 114-2009	9 de diciembre de 2009	Se autoriza al Minsa a realizar, mediante resolución ministerial, transferencias financieras por la suma de S/. 35.944.275 a favor de ocho gobiernos regionales y 16 gobiernos locales para el financiamiento de proyectos de inversión pública comprendidos en el marco del AUS y aquellos priorizados por los citados gobiernos.
Resolución Ministerial 839-2009-MINSA	16 de diciembre de 2009	Se oficializa el inicio del proceso de AUS a través de la implementación del PEAS en los pilotos de los departamentos de Huancavelica, Apurímac y Ayacucho; y la provincia de Sánchez Carrión, en el departamento de La Libertad, y el distrito de Salas, en el departamento de Lambayeque.
Resolución Ministerial 839-2009-SA	19 de diciembre de 2009	Se oficializa el inicio del proceso de AUS en las zonas seleccionadas por el Minsa. Estas zonas son de los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica; la provincia de Sánchez Carrión, del departamento de La Libertad; el distrito de Salas, del departamento de Lambayeque; los distritos de Catacaos, Curi Mori, El Tallán, La Unión y La Arena, del departamento de Piura; la Mancomunidad del Bajo Huallaga y Caynarachi, conformada por los distritos de Pongo de Caynarachi y Barranquita, de la provincia de San Martín del departamento de San Martín; y las localidades ubicadas en el VRAE.
Resolución Ministerial 872-2009-MINSA	28 de diciembre de 2009	Se autoriza al SIS a aplicar a partir de la entrada en vigencia del Decreto Supremo 016-2009-SA, el tarifario y las definiciones operacionales aprobadas por la Resolución Ministerial 240-2009-MINSA, en los departamentos piloto en las que se iniciará el proceso del AUS mediante la implementación del PEAS. Se faculta al SIS a realizar las adecuaciones que resultan necesarias para dicha aplicación, así como el mecanismo de pago más adecuado para aquellas prestaciones que no se encuentren comprendidas en la mencionada resolución ministerial y que están comprendidas en el PEAS.
Resolución Ministerial 012-2010-MINSA	8 de enero de 2010	Se aprueba el inicio del proceso de AUS a través de la implementación del PEAS en la ciudadela de Pachacútec, distrito de Ventanilla, Callao.

Documentos	Fecha	Descripción
Resolución Ministerial 100-2010-MINSA	9 de febrero de 2010	Se aprueba el documento técnico "Carga de enfermedad en el marco de la implementación de los pilotos de AUS. Departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica".
Decreto Supremo 008-2010-SA	2 de abril de 2010	Se aprueba el reglamento de la ley marco del AUS.
Resolución Ministerial 405-2010-MINSA	14 de mayo de 2010	Se aprueba el inicio del proceso de AUS en la provincia del Datem del Marañón, del departamento de Loreto, y las provincias de Condorcanqui y Bagua, del departamento de Amazonas, a través de la implementación del PEAS. Asimismo, se establece que los gobiernos regionales de dichos departamentos diseñen la estrategia de reafiliación para el régimen subsidiado del AUS.
Decreto de Urgencia 048-2010	11 de julio de 2010	Se dictan medidas económico-financieras destinadas a implementar el AUS en la población pobre residente en los departamentos de Huancavelica, Ayacucho y Apurímac, y en determinados distritos del departamento de San Martín, La Libertad, Loreto, Amazonas, Lambayeque y Piura, incluyendo los distritos del VRAE de los departamentos de Junín y Cusco, así como Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, mediante el diseño y la implementación de mecanismos orientados a incrementar la cobertura de beneficiarios de dichos departamentos.
Resolución Ministerial 547-2010-MINSA	14 de julio de 2010	Se declara el inicio del proceso de AUS a través de la implementación del PEAS en el piloto de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.
Ley 29561	17 de julio de 2010	Se establece la continuidad en la cobertura de preexistencias en el plan de salud de las entidades prestadoras de salud.
Resolución Ministerial 612-2010-MINSA	3 de agosto de 2010	Modifican disposiciones aprobadas mediante las Resoluciones Ministeriales 422-2007-MINSA y 240-2009-MINSA, referentes a la directiva que regula el proceso de pago para las prestaciones del SIS y al tarifario del SIS.

Documentos	Fecha	Descripción
Resolución Ministerial 618-2010-MINSA	11 de agosto de 2010	Se crea y conforma la Comisión de Asistencia Técnica para la implementación del AUS de ámbito interno del Minsa con un representante del despacho ministerial, un representante del jefe del SIS, el coordinador general de Pairsalud, un representante del director general de la DGSP, un representante del director de la DGPS, un representante del director general de la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento, un representante del director general de la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos y un representante del director general de la OGGP.
Decreto Supremo 177-2010-EF	24 de agosto de 2010	Se autoriza la transferencia de partidas en el presupuesto del sector público para 2010, a favor de los pliegos del SIS, la Sunasa y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) hasta por S/. 50.600.000.
Ley 29571	1 de setiembre de 2010	Código de Protección y Defensa del Consumidor, que brinda un conjunto de disposiciones relacionadas con el aseguramiento y los planes y programas de salud en el título IV: "Protección del consumidor en productos o servicios específicos"; el capítulo 11: "Productos o servicios de salud"; el artículo 67: "Protección de la salud"; artículo 68: "Responsabilidad por la prestación de servicios de Salud; artículo 69: "Seguros de salud"; artículo 70: "Planes y programas ofrecidos por los proveedores de servicios de salud; artículo 71: "Financiamiento de los programas de salud por un tercero"; artículo 72: "Condiciones aplicables a los seguros de salud y planes y programas de salud".
Decreto Supremo 203-2010-EF	4 de octubre de 2010	Se modifica el Decreto Supremo 177-2010-EF, que autoriza transferencia de partidas en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2010, a favor de los pliegos SIS, MEF y la Sunasa.
Decreto de Urgencia 068-2010	8 de octubre de 2010	Se dictan medidas urgentes y excepcionales de carácter temporal en materia económica y financiera, para la atención financiera y presupuestaria de las funciones y servicios a cargo del Minsa, sus organismos públicos y los gobiernos regionales, a efectos de garantizar la prestación de los servicios de salud, fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud a cargo de dichas entidades y continuar la ejecución de proyectos de inversión.

Documentos	Fecha	Descripción
Decreto Supremo 229-2010-EF	17 de noviembre de 2010	Se autoriza una transferencia de partidas en el presupuesto del sector público para el año fiscal 2010, hasta por la suma de S/. 15.590.961, S/. 9.967.506 para el Minsa y S/. 5.623.455 para los gobiernos regionales de los departamentos piloto del AUS. Los montos estaban destinados a la mejora de la oferta de los servicios de salud, que considera la dotación de recursos humanos en Lima, Callao y los departamentos del ámbito de AUS, principalmente en el primer y segundo nivel de atención; así como al equipamiento de establecimientos de salud por concepto de reposición, adquisición de equipamiento menor e instrumental médico.
Decreto Supremo 034-2010-SA	24 de noviembre de 2010	Se aprueban los mecanismos conducentes a la afiliación obligatoria del AUS.
Resolución Ministerial 040-2011-MINSA	18 de enero de 2011	Se aprobaron los lineamientos de política para la vigilancia ciudadana en salud.
Resolución Ministerial 049-2011-MINSA	22 de enero de 2011	Se aprobó el documento técnico "Promoviendo el derecho a la identidad para el ejercicio de derecho a la salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud".
Resolución Ministerial 206-2011-MINSA	19 de marzo de 2011	Se dispone que los establecimientos de salud que reciben o hayan recibido financiamiento del SIS continúen brindando obligatoriamente el PEAS y los planes complementarios aprobados en el marco del AUS.
Resolución Ministerial 226-2011-MINSA	23 de marzo de 2011	Se sustituye el anexo 1, "Tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes subsidiado y semisubsidiado", aprobado por el artículo 1 de la Resolución Ministerial 240-2009-MINSA, y el anexo 2, "Definiciones operacionales", aprobado por el artículo 2 de la Resolución Ministerial 240-2009-MINSA. Se deja sin efecto el artículo 3 de la Resolución Ministerial 612-2010-MINSA.

Documentos	Fecha	Descripción
Resolución Ministerial 729-2003-MINSA/DGSP	14 de junio de 2011	Se deja sin efecto la Resolución Ministerial 729-2003 que aprobó el documento "La salud integral, compromiso de todos. El modelo de atención integral" y se aprueba el documento "Modelo de atención integral basado en familia y comunidad".
Decreto Supremo 011-2011-SA	19 de julio de 2011	Se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
Ley 29761	22 de julio de 2011	Ley de Financiamiento Público de los regímenes subsidiados y semicontributivo del AUS, que establece los principios y el financiamiento para la atención de las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y semicontributivo del AUS; también define las reglas orientadas a fortalecer las acciones en salud, incluidas las tarifas públicas, a través de la determinación de los mecanismos de financiamiento. Deroga la Ley 27656.
Resolución Ministerial 910-2011-MINSA	9 de diciembre de 2011	Se aprueba la modificación del acápite V.2 del proceso de pago de las prestaciones, de la Directiva Administrativa 112-MINSA/SIS-V.01, aprobada por la Resolución Ministerial 422-2007-MINSA, y deja sin efecto el numeral 6 del acápite V.2 del proceso de pago de prestaciones del SIS de la Directiva Administrativa 112-MINSA/SIS-V.01, aprobada por Resolución Ministerial 422-2007-MINSA.
Resolución Ministerial 325-2012- MINSA	24 de abril de 2012	Se aprueba el listado de enfermedades de alto costo de atención.
Decreto Supremo 005-2012-SA	5 de mayo de 2012	Se aprueban disposiciones complementarias relativas al intercambio prestacional entre los establecimientos de salud financiados por el SIS y el Seguro Social de Salud (EsSalud) en el marco de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Documentos	Fecha	Descripción
Ley 29870	28 de mayo de 2012	Ley que deja sin efecto el requisito de afiliación obligatoria a un seguro médico para tener acceso al crédito en el sistema financiero.
Norma Técnica 095 MINSA-DGSP	15 de junio de 2012	Se aprueba norma técnica con “Criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes”.
Decreto Supremo 007-2012-SA	21 de agosto de 2012	Se autoriza al SIS la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) PEAS.
Norma Técnica 034 MINSA-DGSP	28 de noviembre de 2012	Se aprueba la norma técnica de salud para la “Atención integral de salud en la etapa de vida joven”.
Norma Técnica 034 MINSA-DGSP	7 de diciembre de 2012	Se aprueba la norma técnica de salud para la “Atención integral de salud en la etapa de vida adolescente”.
Decreto Supremo 003-2013-SA	6 de marzo de 2013	Se aprueba el Reglamento de Supervisión de la Sunasa aplicable a las lafas y a las IPRESS.
Decreto Supremo 008-2013-SA	20 de junio de 2013	Se amplía el plazo de implementación de las funciones de supervisión y sancionadoras de la Sunasa establecido en la quinta disposición complementaria transitoria del reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo 008-2010-SA.
Resolución Ministerial 366-2013-MINSA	26 de junio de 2013	Se dispone que la Oficina General de Comunicaciones efectuó la republicación del Proyecto de Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Sunasa, aplicables a las lafas y a las IPRESS, en el portal institucional del Minsa, a fin de recibir las sugerencias y comentarios de las entidades públicas o privadas, y de la ciudadanía en general.
Resolución Ministerial 417-2013-MINSA	11 de julio de 2013	Se aprueba el cronograma de implementación de las funciones de supervisión y sancionadoras de la Sunasa que le confiere la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, y su reglamento, cuyo detalle se encuentre en el anexo que forma parte integrante de la resolución ministerial.

3.3. Avances en la implementación del aseguramiento

El SIS y el Minsa son los actores clave en el proceso de implementación del AUS. El primero tiene la categoría de organismo autónomo ejecutor adscrito al Minsa. Como lafas cumple dos roles fundamentales: administrar los fondos que se destinan al financiamiento de las prestaciones de acuerdo con la política del AUS, es decir, asume un rol gestor de los recursos, y ser una institución promotora del acceso con equidad de la población vulnerable y en situación de pobreza y pobreza extrema, por ser este grupo donde se presenta los mayores índices de enfermedad y mortalidad, en un rol que lo involucra en la implementación del proceso AUS.

Por su parte, el Minsa representa el principal ofertante de los servicios de atención de salud a nivel nacional. A través de las IPRESS que administra cumple un rol fundamental en la implementación del AUS, debido a que en los establecimientos de primer nivel se concentra la población más pobre.

A continuación, analizaremos en qué medida pueden existir conexiones en el proceso implementación del AUS vinculado a los jóvenes, dando énfasis en el rol que han desempeñado estos dos actores.

3.3.1. Gestión de los fondos

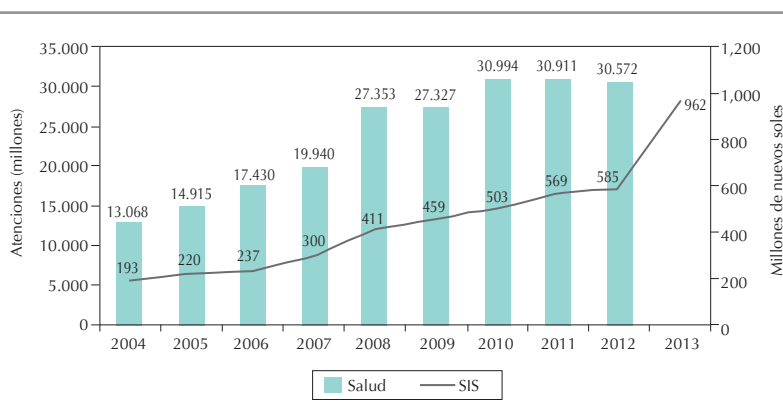
La Ley Marco de Aseguramiento señala que las lafas, con el fin de garantizar la solidez patrimonial y el equilibrio financiero, deben mantener niveles adecuados de solvencia operativa y financiera, determinados en última instancia por la Sunasa. En el caso del SIS, esta exigencia se extiende básicamente al aspecto financiero.

Hay que mencionar como hecho importante acerca del presupuesto del SIS que este ha ido aumentando año tras año. Si esta información es comparada con las atenciones financiadas por el SIS de 2004 a 2012, podemos observar que, a la vez que se incrementaron las atenciones, se aprecia también una correlación positiva en el crecimiento del presupuesto, con lo cual podemos inferir que el SIS efectivamente ha

aumentado su financiamiento en los últimos años. Más aún si tomamos en cuenta el presupuesto de 2013 que bordea los mil millones de soles (aproximadamente el 10% del presupuesto público de salud), pues en la práctica se está duplicando el presupuesto de 2012.

Se espera, entonces, un aumento del número de atenciones a partir del presente año. La pregunta que debe plantearse es si las IPRESS están preparadas para brindar una atención oportuna y de calidad ante un eventual aumento de la cobertura en el presente y siguientes años.

Gráfico 8
NÚMERO DE ATENCIONES POR EL SIS Y PRESUPUESTO 2004-2013



Fuente: MEF, Consulta Amigable, Sunasa. Elaboración propia.

En un análisis detallado se aprecia que la relación atenciones y atendidos ha aumentado ligeramente entre 2010 y 2012³, situación que al parecer también se refleja mediante el incremento de los costos individuales de atención y de atendido en esos mismos años, tal como podemos ver en la tabla 10.

3 La información de 2009 no estaba disponible en los reportes del SIS en el periodo de recolección de información.

Tabla 10
RATIOS DE ATENCIÓN Y ATENDIDOS SIS

Año	Atenciones	Atendidos	Atenciones/ Atendidos	Costo	Costo (deflactado 2010)	Costo/ Atención	Costo/ atendido
2010	30.994.000	7.069.691	4,38	503.200.000	503.200.000	S/. 16,24	S/. 71,18
2011	30.911.000	6.364.129	4,86	569.100.000	543.553.009	S/. 17,58	S/. 85,41
2012	30.572.016	6.255.515	4,89	585.400.000	564.881.253	S/. 18,48	S/. 90,30

Fuente: SIS, Sunasa, MEF. Elaboración propia.

El fondo global nacional de recursos financieros del SIS no parece ser un tema cuestionable para la gestión financiera, situación que es percibida por los funcionarios locales involucrados en la implementación del AUS y/o SIS a nivel local, según el presente estudio. Estos funcionarios indican la importancia para la gestión de haber aumentado el ingreso financiero para sus departamentos:

“Tenemos dos escenarios, un escenario nacional y escenario local. Entenderá que lo que sucede a nivel macro también viene jalando a los niveles de menores... En estos últimos años el SIS ha tenido un crecimiento cualitativo y cuantitativo. Ha aumentado el presupuesto, se ha multiplicado por tres o cuatro veces, de 400 millones a 1.400 más o menos. Se ha avanzado en el aseguramiento universal como una ley nacional y ya prácticamente tiene cobertura nacional en ese contexto”.

Coordinador local SIS, departamento de Ucayali

“Fondos sí existen. Deberían ser coberturadas todas las prestaciones”.

Responsable del AUS, departamento de Ayacucho

Además, en el contexto actual, a partir de la vigencia de los convenios capitados entre el SIS y los gobiernos regionales, se reafirma la percepción de mayor disponibilidad de fondos para las atenciones locales. Los funcionarios reconocen que esta acción ha beneficiado la fluidez de los recursos asignados:

“El convenio capitado nos ha dado la posibilidad de dinero adelantado y esto nos ha permitido tomar muchas medidas, como contratar personal para afiliaciones, para digitaciones, para personal asistencial...”.

Responsable del AUS, departamento de Ucayali

“Hasta el año 2012 era un poco difícil, porque los reembolsos que hacía el SIS central eran después de 83 días, 90 días de haber atendido, pero el SIS, a partir de 2012, también a mitad de año más o menos, cambió la modalidad. El SIS nos paga por adelantado y entonces este en el nivel 1. Con este convenio capital nos hemos favorecido bastante, nos hemos fortalecido porque tenemos el dinero”.

Responsable del AUS, departamento de La Libertad

Sin embargo, el SIS, a diferencia de otras lafas, no cuenta o administra los establecimientos de salud, sino que establece convenios con las DISA y Diresa, que son las encargadas de proporcionar las atenciones de salud. El SIS reembolsa los costos de estas atenciones, por lo que es importante conocer si en este nivel de distribución se observan dificultades en la gestión.

Lo que señalan los funcionarios es que han existido algunos episodios de desajuste en la entrega de fondos, debido a una subestimación del flujo de prestaciones, así como episodios de desabastecimiento de medicamentos en los establecimientos. Estos últimos hechos fueron más frecuentes y se debieron a demoras en los procesos de compra y distribución de parte del Minsa.

“Tenemos inconvenientes en dos o tres redes. Una de ellas ya sobrepasó la producción de su histórico, ya que el capitado no se abastece, porque sobrepasó su producción. En otra de ellas que no se ha asignado el doble, como quedó en un principio, sino se asignó la misma cantidad de su producción; y en otras de ellas, en este caso la red de Otuzco, se le asignó menos a su producción histórica. Entonces, a través de una adenda, se les ha asignado más de millón y medio, que les correspondía”.

Responsable del AUS, departamento de La Libertad

“A nivel central de Lima nos envían los recursos para todos los establecimientos de salud a través de estas 11 unidades ejecutoras. La distribución de los recursos corre por cuenta de la unidad ejecutora a todos los puestos de salud más lejanos, algo inconveniente, podríamos decir, porque puede haber un desabastecimiento de medicinas por muchas razones, por compras o qué sé yo”.

Coordinador local SIS, departamento de Ucayali

“Los medicamentos siguen igual y todavía a nivel nacional. Tenemos que este proceso es muy lento. El desabastecimiento ocurre no porque no haya presupuesto, sino por la cadena administrativa. El presupuesto está garantizado con el capitado antes que haya la prestación de servicio. El proceso administrativo que se lleva a nivel nacional es lento. Hipotéticamente, para optimizar recursos el proceso de las compras nacionales, pasaron a compras regionales y luego locales, pero hasta que lleguen las compras se hace todo un proceso administrativo engorroso. Esa es la razón por la que estamos estableciendo como región cortar esos procesos. Se está haciendo, pero muchas veces se están infringiendo normas administrativas que no son sanitarias”.

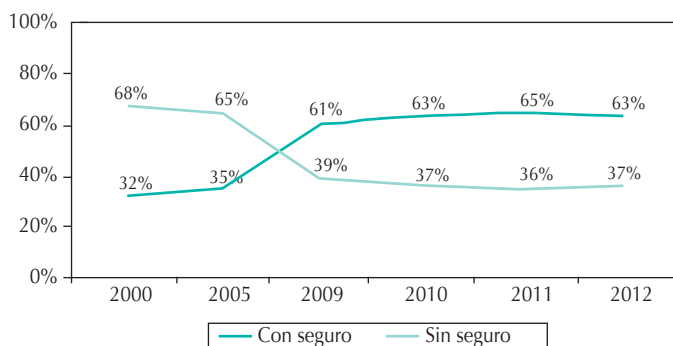
Responsable del AUS, departamento de Ayacucho

3.3.2. Gestión de coberturas

Una de las funciones más importantes que debe llevar a cabo la IAF es la de promover la afiliación de los no asegurados.

En cuanto a la cobertura de afiliación, de acuerdo con los datos de la Enaho, al año 2012, a nivel nacional, el 63% de la población contaba con algún tipo de seguro. Nótese que esta cobertura es significativamente mayor en comparación con la cobertura de asegurados de principios de 2000. En ese periodo era solo del 32%, pero es de 2005 a 2009 cuando se aprecia un aumento significativo, que alcanza niveles de alrededor de 60% la cobertura de la población asegurada. No obstante, desde 2009 se ha llegado a una estacionalidad y no se aprecian aumentos importantes, tal como se puede ver en el siguiente gráfico:

Gráfico 9 PROPORCIÓN DE POBLACIÓN CON SEGURO Y SIN SEGURO A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2000, 2005, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Explorando más a detalle —según los diferentes esquemas de aseguramiento: el Estado, EsSalud y el mercado privado—, el aumento en la cobertura se debe, principalmente, a un esfuerzo del sector público mediante la ampliación de la cobertura del SIS, pues vemos que de 2005 a 2012 a nivel nacional el porcentaje de asegurados a este esquema se incrementó de 16,3% a 33,6%. No es el caso de EsSalud, cuya expansión de servicios está en función del incremento

Tabla 11
COBERTURA DE POBLACIÓN AFILIADA POR TIPO DE SEGURO A NIVEL NACIONAL

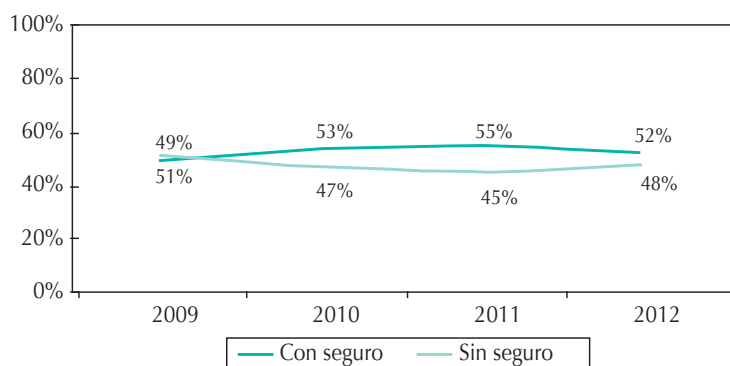
	2000	2005	2009	2010	2011	2012
Con seguro	32,3	35,3	60,6	63,4	64,2	63,4
SIS	-	16,3	33,8	36,3	37,8	33,6
EsSalud	19,3	15,3	21,2	21,6	20,8	23,9
Otros seguro	13,0	3,7	5,6	5,5	5,6	5,9
Sin seguro	67,7	64,7	39,4	36,6	25,8	36,6
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de asegurados	8.392.699	9.817.121	17.654.000	18.682.670	19.130.120	19.106.145

Fuente: SIS, Enaho, 2000, 2005, 2009, 2010, 2011 y 2012.
Elaboración propia.

de la población que trabaja de forma remunerada. El aumento ha sido poco significativo, al igual que el de los otros tipos de seguros.

Al realizar el análisis de la cobertura de aseguramiento pero esta vez solo en el grupo de los jóvenes —es decir, los que están comprendidos entre los 15 y 29 años—, tenemos que a nivel nacional el porcentaje de asegurados durante el periodo de análisis (2009 a 2012) se ha mantenido en alrededor del 50%, por debajo de los niveles de cobertura observados para la población general en aproximadamente 10 puntos porcentuales (ver gráfico 10).

Gráfico 10
PROPORCIÓN DE JÓVENES CON SEGURO Y SIN SEGURO A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2000, 2005, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

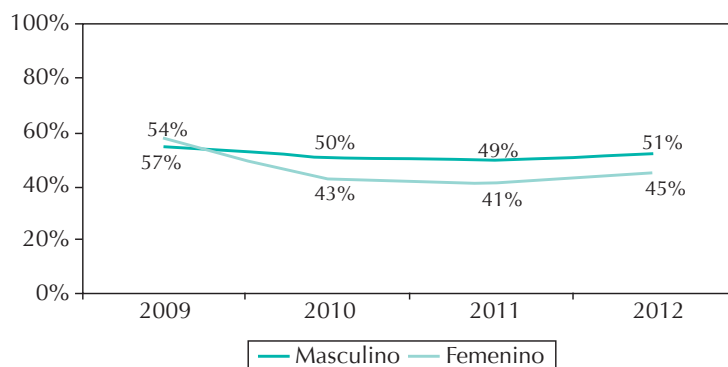
En relación con el avance en el aseguramiento de jóvenes en los últimos años por región geográfica, lo que observamos según la Enaho es una mayor proporción de afiliados en las regiones sierra y selva, a diferencia de la costa, con excepción de Lima Metropolitana, justamente en departamentos donde existe una mayor cobertura del AUS (ver tabla 12).

También se observó el avance del aseguramiento considerando la variable sexo: la cobertura de aseguramiento a nivel nacional en los jóvenes varones se mantiene levemente por encima del aseguramiento en las jóvenes mujeres, situación que no ha cambiado en los últimos años (ver gráfico 11).

Tabla 12**PROPORCIÓN DE JÓVENES CON SEGURO POR REGIÓN GEOGRÁFICA**

	2009	2010	2011	2012
Costa norte	55%	54%	51%	45%
Costa centro	48%	47%	48%	48%
Costa sur	37%	47%	41%	35%
Sierra norte	56%	65%	72%	68%
Sierra centro	55%	62%	65%	60%
Sierra sur	48%	49%	55%	52%
Selva	56%	65%	65%	56%
Lima Metropolitana	43%	46%	48%	68%

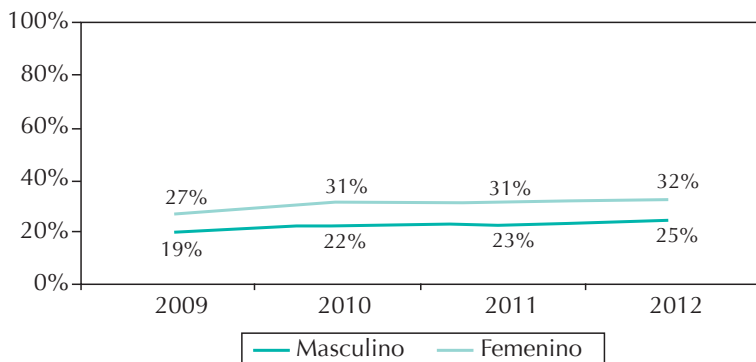
Fuente: Enaho, 2000, 2005, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Gráfico 11**PROPORCIÓN DE JÓVENES CON SEGURO SEGÚN SEXO A NIVEL NACIONAL**

Fuente: Enaho, 2000, 2005, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Esta situación es diferente cuando vemos la proporción de jóvenes asegurados al SIS según sexo a nivel nacional. En este caso, existe una mayor proporción de jóvenes mujeres con cobertura por este sistema que jóvenes varones; la diferencia es más significativa.

Gráfico 12 PROPORCIÓN DE JÓVENES CON SIS SEGÚN SEXO A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2000, 2005, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Al explorar los niveles de aseguramiento en jóvenes según el nivel educativo alcanzado a nivel nacional, apreciamos resultados diversos. La cobertura es relativamente alta en los jóvenes que solo cuentan con nivel de primaria, y relativamente menor en los que alcanzaron el nivel de secundaria y superior.

Tabla 13
PROPORCIÓN DE JÓVENES CON SEGURO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO A NIVEL NACIONAL

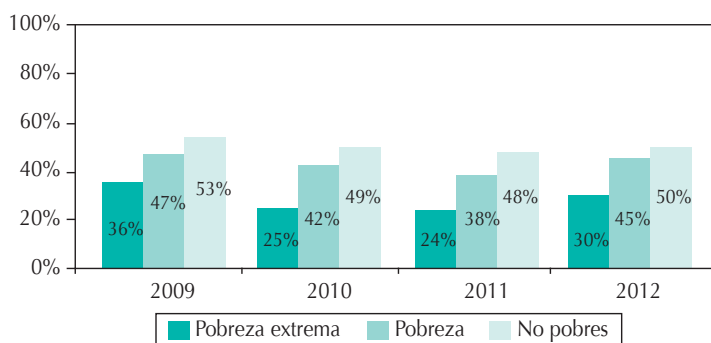
	Sin nivel	Primaria	Secundaria	Superior
2009	56%	57%	40%	46%
2010	65%	63%	57%	52%
2011	65%	67%	49%	56%
2012	61%	58%	46%	54%

Fuente: Enaho, 2000, 2005, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Otro aspecto importante que a continuación analizamos es la cobertura de aseguramiento según la condición de pobreza. En el gráfico

13 a nivel nacional podemos ver un bajo nivel de cobertura de la población joven no pobre, en comparación con la población joven pobre y extremo pobre. La proporción de jóvenes asegurados en este último caso es menor.

Gráfico 13
PROPORCIÓN DE JÓVENES SIN SEGURO SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Por otra parte, en términos de cobertura la gestión del SIS tenía afiliados a diciembre de 2012 a 1.628.114 adolescentes (de 12 a 17 años) y 2.488.695 jóvenes (de 18 a 29 años), que en total sumaban 4.116.809 afiliados.

Si vemos esta información según la magnitud de afiliados por departamento, tenemos que Lima concentra la mayor cantidad de adolescentes y jóvenes afiliados al SIS (15,8%), seguida de Cajamarca (8,8%), Piura (6,8%), Cusco (6,2%) y La Libertad (6,2%). Los cinco departamentos con menor número de afiliados son Pasco (1,1%), Tumbes (0,8%), Madre de Dios (0,5%), Moquegua (0,4%) y Tacna (0,3%), precisamente departamentos que se caracterizan por tener menor población.

En cuanto a la distribución por sexo, en la tabla siguiente vemos que la población afiliada al SIS por sexo en el caso de los adolescentes es equitativa: se registraron 812.170 adolescentes varones afiliados y

Tabla 14
POBLACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES AFILIADA AL SIS SEGÚN REGIÓN (diciembre de 2012)

Región	12 - 17 años		Total 12 - 17 años		18 - 29 años		Total 18 - 29 años		Total general	%	Cobertura SIS adolescentes	Cobertura SIS jóvenes
	F	M	F	M	F	M	F	M				
Nacional	815.944	812.170	1.628.114	1.492.808	995.887	2.488.695	4.116.809	100.0%	44%	39%		
Lima	108.205	104.063	212.268	294.779	144.518	439.297	651.565	15,8%	21%	20%		
Cajamarca	75.303	76.506	151.809	117.522	93.116	210.638	362.447	8,8%	74%	73%		
Piura	58.043	57.936	115.979	98.093	67.216	165.309	281.288	6,8%	48%	45%		
Cusco	56.873	57.478	114.351	82.767	58.067	140.834	255.185	6,2%	67%	58%		
La Libertad	49.754	48.549	98.303	92.335	63.951	156.286	254.589	6,2%	43%	42%		
Loreto	51.843	52.284	104.127	85.250	63.639	148.889	253.016	6,1%	71%	73%		
Áncash	41.312	41.846	83.158	71.168	55.703	126.871	210.029	5,1%	57%	58%		
Huánuco	47.197	48.279	95.476	63.361	49.989	113.350	208.826	5,1%	80%	71%		
Puno	43.976	43.991	87.967	67.474	43.916	111.390	199.357	4,8%	48%	40%		
San Martín	33.598	33.358	66.956	60.577	48.257	108.834	175.790	4,3%	58%	65%		
Junín	33.774	33.003	66.777	59.594	37.325	96.919	163.696	4,0%	38%	35%		
Ayacucho	34.848	35.279	70.127	51.984	41.198	93.182	163.309	4,0%	76%	73%		
Lambayeque	25.375	24.653	50.028	50.435	32.711	83.146	133.174	3,2%	32%	34%		
Huancavelica	28.877	29.349	58.226	35.769	28.834	64.603	122.829	3,0%	82%	73%		
Apurímac	24.616	25.662	50.278	36.231	30.494	66.725	117.003	2,8%	80%	95%		
Amazonas	25.360	25.698	51.058	35.209	28.027	63.236	114.294	2,8%	92%	84%		
Ucayali	17.020	16.235	33.255	36.309	20.205	56.514	89.769	2,2%	47%	54%		
Arequipa	14.323	14.287	28.610	36.935	21.994	58.929	87.539	2,1%	20%	21%		
Callao	13.884	13.117	27.001	36.336	17.043	53.379	80.380	2,0%	25%	24%		
Ica	9.956	9.521	19.477	29.256	16.703	45.959	65.436	1,6%	21%	27%		
Pasco	9.233	9.166	18.399	15.878	11.633	27.511	45.910	1,1%	43%	41%		
Tumbes	5.396	5.038	10.434	13.317	9.668	22.985	33.419	0,8%	39%	46%		
Tacna	3.069	2.957	6.026	9.483	4.357	13.840	19.866	0,5%	16%	18%		
Madre de Dios	2.615	2.460	5.075	7.827	4.735	12.562	17.637	0,4%	32%	37%		
Moquegua	1.494	1.455	2.949	4.919	2.588	7.507	10.456	0,3%	16%	20%		

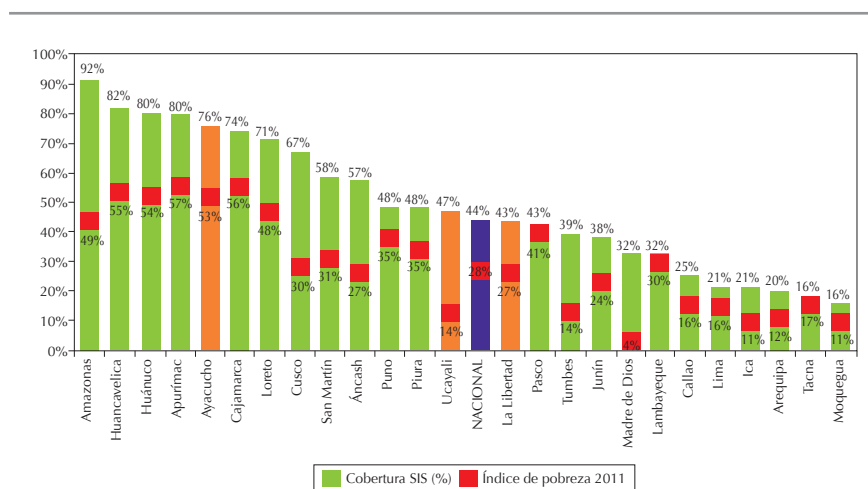
Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

815.944 adolescentes mujeres afiliadas. Esta conclusión varía en el caso de los jóvenes de 18 a 29 años, pues el número de jóvenes mujeres afiliadas al SIS (1.492.808) supera significativamente al número de jóvenes afiliados varones (995.887).

Ahora bien, si analizamos la cobertura en términos de la proporción de la población adolescente y joven afiliada al SIS con respecto a la población total de adolescentes y jóvenes, a nivel nacional la cobertura de adolescentes alcanzó el 44%, aunque tenemos diferencias marcadas de cobertura entre los diferentes departamentos, que están en correlación con la incidencia de pobreza.

Por ejemplo, apreciamos en el gráfico 14 una alta cobertura de adolescentes afiliados al SIS, por encima del 75%, en departamentos con alta pobreza como Amazonas (92%), Huancavelica (82%), Apurímac (80%), Huánuco (80%) y Ayacucho (76%); por el contrario, encontramos baja cobertura en departamentos menos pobres como Lima (21%), Ica (21%), Arequipa (20%), Tacna (16%) y Moquegua (16%).

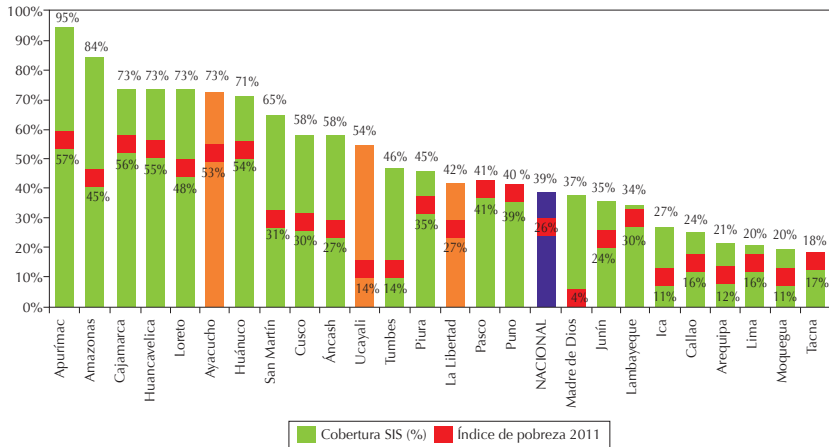
Gráfico 14
COBERTURA DE ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS CON SIS SEGÚN REGIÓN (2012)



Fuente: Base de datos del SIS, proyección de población 2009-2015 (INEI). Elaboración propia.

Gráfico 15

COBERTURA DE JÓVENES DE 18 A 29 AÑOS CON SIS SEGÚN REGIÓN (2012)



Fuente: Base de datos del SIS, proyección de población 2009-2015 (INEI). Elaboración propia.

Esta situación es similar también para el grupo de jóvenes de 18 a 29 años, como se puede ver en el gráfico 15, que alcanzó una cobertura de 39%. En el departamento de Ayacucho la cobertura fue de 73%; en Ucayali, de 54%, y en La Libertad, de 42%.

3.3.3. Gestión de los servicios

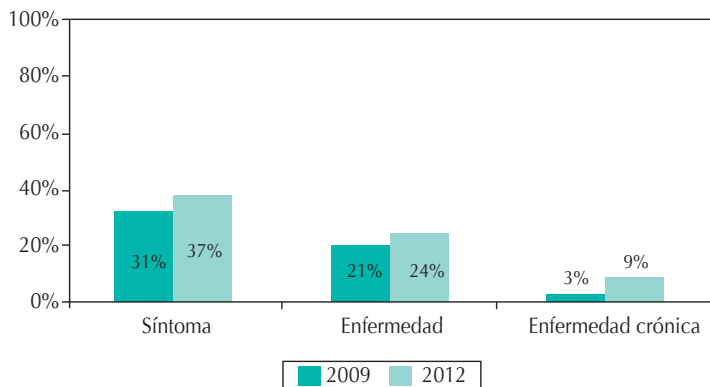
3.3.3.1. Percepción del estado de salud

La Enaho tiene como fin principal proveer información a los diferentes sectores y de soporte objetivo a sus decisiones.

En este sentido, esta encuesta cuenta entre sus secciones con la evaluación de algunos indicadores de salud, cuyo fin es recoger la percepción de afección y/o enfermedad y el uso de los servicios a partir de esta necesidad.

La información que se presenta a continuación corresponde al grupo de jóvenes de 15 a 29 años, según lo consignado en la Enaho a nivel nacional.

Gráfico 16
PROPORCIÓN DE JÓVENES SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE MALESTAR, ENFERMEDAD Y/O ENFERMEDAD CRÓNICA A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2009 y 2012. Elaboración propia.

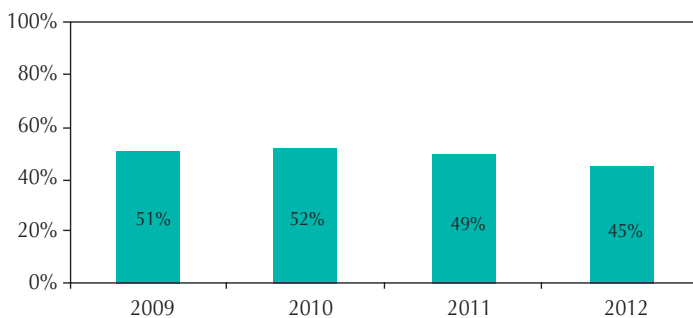
En el gráfico 16, se muestra la proporción de jóvenes que percibieron algún síntoma o malestar, alguna enfermedad o alguna recaída o enfermedad crónica en las cuatro semanas previas a la entrevista. De 2009 a 2012 se incrementó de 31% a 37% la proporción de jóvenes que se perciben con algún síntoma o malestar; de 21% a 24%, de los que se perciben enfermos; y 3% a 9%, de los que se percibieron con alguna recaída de alguna enfermedad o alguna enfermedad crónica.

Al indagar sobre la búsqueda de ayuda en caso de haber presentado algún malestar o síntoma, enfermedad, o recaída o enfermedad crónica, en el gráfico 17 se muestra la proporción de jóvenes que no buscaron ningún tipo de ayuda. Entre 2009 y 2012 la cifra ha disminuido de 51% a 45%.

Como vemos en el gráfico 18, la información según la condición de aseguramiento el acceso al SIS a nivel nacional no necesariamente garantiza la búsqueda de ayuda ante un suceso que afecte su estado de salud.

Gráfico 17

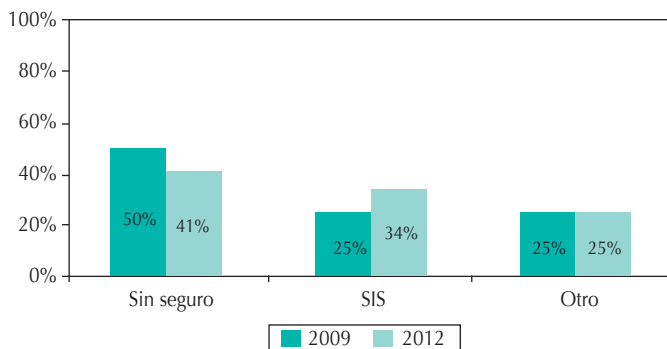
PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO BUSCARON NINGÚN TIPO DE AYUDA EN CASO DE PERCIBIR ALGÚN MALESTAR, ENFERMEDAD Y RECAÍDA Y/O ENFERMEDAD CRÓNICA A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2009, 2010, 2011 y 2012. Elaboración propia.

Gráfico 18

PROPORCIÓN DE JÓVENES QUE NO BUSCARON AYUDA ANTE LA PRESENCIA DE ALGÚN MALESTAR O SÍNTOMA, ENFERMEDAD Y RECAÍDA Y/O ENFERMEDAD CRÓNICA SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO A NIVEL NACIONAL



Fuente: Enaho, 2009 y 2012. Elaboración propia.

3.3.3.2. Demanda de servicios

Otra de las funciones de la lafas consiste en realizar un seguimiento en el comportamiento de la demanda de servicios, que se visibiliza a través de las atenciones brindadas a los asegurados.

En este sentido, en la gestión de la IFAF SIS, en el periodo de enero a diciembre de 2012 se registraron a nivel nacional 1.764.695 adolescentes y jóvenes atendidos, a quienes se brindó un total de 8.387.099 atenciones, lo que representa un promedio de nueve atenciones por atendido.

Como vemos, tenemos una mayor cantidad de atendidos y número de atenciones en jóvenes que en los adolescentes, situación que es similar en los departamentos de Ayacucho, La Libertad y Ucayali. En relación con el promedio de atenciones por atendido, el departamento de Ayacucho supera notoriamente al promedio nacional y, por el contrario, en Ucayali es mucho menor.

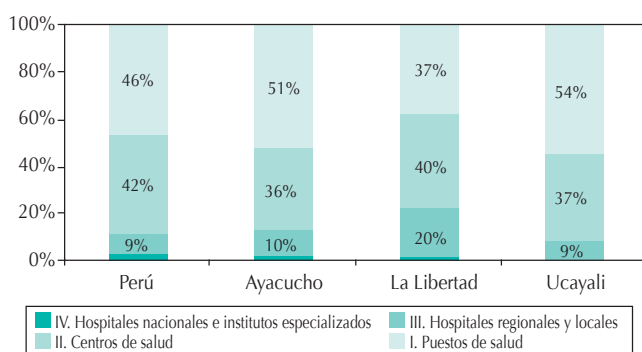
Tabla 15
DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES
POR EL SIS A NIVEL NACIONAL Y POR REGIONES DE ESTUDIO
(enero-diciembre de 2012)

Atenciones	Adolescentes		Jóvenes		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Nacional						
Atenciones	2.759.855	33%	5.627.244	67%	8.387.099	100%
Atendidos	697.643	40%	1.067.052	60%	1.764.695	100%
Promedio de atenciones por atendido	4		5,3		9	
Ayacucho						
Atenciones	212.363	39%	326.649	61%	539.012	100%
Atendidos	42.507	47%	48.788	53%	91.295	100%
Promedio de atenciones por atendido	5		6,7		12	
La Libertad						
Atenciones	190.763	40%	291.830	60%	482.593	100%
Atendidos	44.525	42%	61.223	58%	105.748	100%
Promedio de atenciones por atendido	4,3		4,8		9	
Ucayali						
Atenciones	23.915	24%	75.098	76%	99.013	100%
Atendidos	9.623	31%	21.557	69%	31.180	100%
Promedio de atenciones por atendido	2,5		3,5		6	

Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

Si vemos la distribución de las atenciones según nivel del establecimiento al que acudieron los adolescentes y jóvenes para atenderse, apreciamos que a nivel nacional la gran mayoría se realizó en los puestos de salud y los establecimientos de salud. Fueron menos frecuentes las atenciones realizadas en hospitales, aunque en La Libertad la proporción de atención en esta modalidad es relativamente más frecuente que en Ayacucho y La Libertad (ver gráfico 19).

Gráfico 19
DISTRIBUCIÓN DE ATENCIONES SEGÚN LUGAR EN QUE SE DESARROLLÓ, A NIVEL NACIONAL Y POR REGIONES DE ESTUDIO



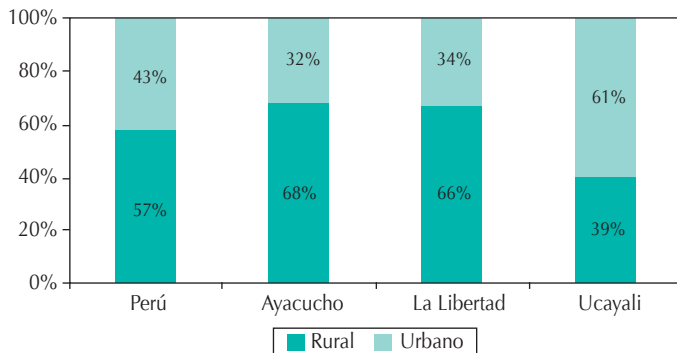
Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

Asimismo, cuando vemos la distribución de las atenciones a nivel nacional por ámbito geográfico, la proporción de atenciones es mayor en el ámbito rural que en el ámbito urbano, al igual que en Ayacucho y La Libertad. En Ucayali la situación es diferente, pues las atenciones son mayores en la zona urbana que en la zona rural (ver gráfico 20).

3.3.3.3. Análisis de la morbilidad de los adolescentes y los jóvenes

Según la Oficina General de Epidemiología (Epidemiología, 2013), durante 2011 en nuestro país las principales causas de atención en los establecimientos de salud, de la población en general, fueron las enfermedades infecciosas con 39%, seguida de las enfermedades digestivas, específicamente las dentales, con 11% y las enfermedades de la piel, tejido osteomuscular y conjuntivo con 9%.

Gráfico 20
DISTRIBUCIÓN DE ATENCIONES SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO A NIVEL NACIONAL Y REGIONES DE ESTUDIO



Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

En la tabla 16 se muestran las causas específicas de atención para la población en general durante 2011. Las infecciones respiratorias agudas representan el 25% de las causas de consulta externa, seguidas de las atenciones por caries dental y enfermedades infecciosas intestinales, con 5% cada una; desnutrición y deficiencias nutricionales, con 4%; infecciones de vías urinarias, helmintiasis, lumbago y otras dorsalgias, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, traumatismos superficiales y heridas, gastritis y duodenitis, con 3% cada una; y, finalmente, infecciones de transmisión sexual, dermatitis, obesidad y otro tipos de hiperalimentación, micosis superficiales y enfermedades pulmonares, con 2% cada una. En total, las causas mencionadas equivalen al 66% de la carga de enfermedad en la población en general.

En relación con las causas de consulta externa en los adolescentes, al igual que la población en general, la primera causa de consulta son las infecciones respiratorias, con 23%; seguida de la caries dental, con 10%; y las deficiencias nutricionales, con 7%. Las siguientes enfermedades representan el 4% de las causas de consulta cada una: enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, helmintiasis, enfermedades infecciosas intestinales, y traumatismos superficiales y

Tabla 16
PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORBILIDAD DE LA POBLACIÓN EN GENERAL EN LA CONSULTA EXTERNA DE LOS ESTABLECIMIENTOS A NIVEL NACIONAL

Diagnóstico	N = 25.349.665
Infecciones de vías respiratorias	25%
Caries dental	5%
Enfermedades infecciosas intestinales	5%
Desnutrición y deficiencias nutricionales	4%
Infección de vías urinarias	3%
Helmintiasis	3%
Lumbago y otras dorsalgias	3%
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	3%
Traumatismos superficiales y heridas	3%
Gastritis y duodenitis	3%
Infecciones de transmisión sexual	2%
Dermatitis	2%
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	2%
Micosis superficiales	2%
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2%
Resto de enfermedades	34%

Fuente: Informe de análisis de situación de salud del Perú. Oficina General de Epidemiología.

heridas. Las siguientes enfermedades representan el 2% de las causas de consulta cada una: micosis superficiales, infección de vías urinarias, gastritis y duodenitis, gingivitis y enfermedades periodontales, dermatitis, infecciones de la piel y del tejido subcutáneo, complicaciones relacionadas con el embarazo, migraña y otros síntomas de cefalea.

Todas las enfermedades mencionadas representan el 70% de la carga de enfermedad de adolescentes en la consulta externa.

Tabla 17**PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORBILIDAD DE LOS ADOLESCENTES (PERSONAS DE 12 A 17 AÑOS) EN LA CONSULTA EXTERNA DE LOS ESTABLECIMIENTOS A NIVEL NACIONAL**

Diagnóstico	N = 2.071.668
Infecciones de vías respiratorias	23%
Caries dental	10%
Desnutrición y deficiencias nutricionales	7%
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	4%
Helmintiasis	4%
Enfermedades infecciosas intestinales	4%
Traumatismos superficiales y heridas	4%
Micosis superficiales	2%
Infección de vías urinarias	2%
Gastritis y duodenitis	2%
Gingivitis y enfermedades periodontales	2%
Dermatitis	2%
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	2%
Complicaciones relacionadas con el embarazo	2%
Migraña y otros síndromes de cefalea	2%
Resto de enfermedades	30%

Fuente: Informe de análisis de situación de salud del Perú. Oficina General de Epidemiología.

Respecto a las causas de consulta externa en los jóvenes, tenemos que a nivel nacional, al igual que lo descrito anteriormente, la primera causa de consulta son las infecciones respiratorias, con 16%; seguida de la caries dental, con 8%; las infecciones de transmisión sexual, infección de vías urinarias y complicaciones relacionadas con el embarazo, con 5% cada una; las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales, gastritis y duodenitis, con 4% cada una; traumatismos superficiales y heridas, enfermedades infecciosas intestinales, infección de las vías genitourinarias en el embarazo, lumbalgia y otras dorsalgias, y enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos, con 3%; y gingivitis y enfermedades periodontales, obesidad y otros tipos de hiperalimentación y micosis superficiales, con 2%.

Las enfermedades mencionadas previamente representan el 66% de la carga de la enfermedad de los jóvenes de 18 a 29 años.

Tabla 18
PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE MORBILIDAD DE LOS JÓVENES (PERSONAS DE 18 A 29 AÑOS) EN LA CONSULTA EXTERNA DE LOS ESTABLECIMIENTOS A NIVEL NACIONAL

Diagnóstico	N = 4.121.807
Infecciones de vías respiratorias	16%
Caries dental	8%
Infecciones de transmisión sexual	5%
Infección de vías urinarias	5%
Complicaciones relacionadas con el embarazo	5%
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	4%
Gastritis y duodenitis	4%
Traumatismos superficiales y heridas	3%
Enfermedades infecciosas intestinales	3%
Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	3%
Lumbalgia y otras dorsalgias	3%
Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	3%
Gingivitis y enfermedades periodontales	2%
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	2%
Micosis superficiales	2%
Resto de enfermedades	34%

Fuente: Informe de análisis de situación de salud del Perú. Oficina General de Epidemiología.

En el gráfico 21 se muestra la proporción según diagnóstico de la atención de las jóvenes en general (personas de 15 a 29 años), los adolescentes (personas de 15 a 17 años) y jóvenes (personas de 18 a 29 años) atendidos con cobertura del SIS. La información se muestra según categoría de diagnóstico de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades.

Como se puede apreciar, para el grupo general tenemos que el 29% de las atenciones corresponde a atenciones en las que se realizaron

Gráfico 21 DISTRIBUCIÓN SEGÚN CATEGORÍA DE DIAGNÓSTICO TOTAL A NIVEL NACIONAL



Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

procedimientos de diagnóstico, como consultas de tamizaje, control de crecimiento y desarrollo, consultas para consejería y atención extramural, entre otros. Las afecciones más frecuentes entre los jóvenes durante las consultas son: problemas respiratorios, digestivos, enfermedades infecciosas o parasitarias, embarazo, parto y puerperio. También tenemos el traumatismo, los envenenamientos u otras enfermedades de causas externas.

En los gráficos 22 y 23 se muestra la frecuencia de las enfermedades según el grupo de edad. Permanecen las cinco más importantes, pero el orden varía en los adolescentes. Pasan a tener mayor importancia en los jóvenes los traumatismos, los envenenamientos y las afecciones por agentes externos. Por su parte, en los jóvenes, luego de las afecciones respiratorias y digestivas, se reporta el embarazo, el control prenatal y el puerperio.

Gráfico 22 DISTRIBUCIÓN SEGÚN CATEGORÍA DE DIAGNÓSTICO DE ADOLESCENTES A NIVEL NACIONAL



Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

Gráfico 23 DISTRIBUCIÓN SEGÚN CATEGORÍA DE DIAGNÓSTICO DE JÓVENES A NIVEL NACIONAL



Fuente: Base de datos del SIS. Elaboración propia.

Como se puede observar en los gráficos anteriores, la mayor proporción de las atenciones corresponde a las que incluyen exámenes o procedimientos de diagnóstico. También se considera la consejería.

En este sentido, y tomando en cuenta la baja morbilidad de los jóvenes y la importancia de la atención preventiva según los documentos del SIS de 2011⁴, el 24,4% del total de atenciones corresponden a las preventivas.

Entre las atenciones preventivas de mayor importancia, en proporción, tenemos la atención relacionada con el embarazo (diagnóstico, control prenatal, exámenes de laboratorio de rutina, atención de puerperio), que representó el 62% de las atenciones preventivas; las consultas para atención de salud bucal, con 16%; la atención para planificación familiar en el servicio de salud reproductiva, con 6%; la detección precoz de cáncer de cuello uterino, con 1,6%; y la detección de problemas de salud mental, con 1,3%.

Como se puede apreciar, según esta información la cobertura del SIS es amplia, pero se limita al uso del servicio de obstetricia.

3.3.3.4. Características de los establecimientos de salud

La organización de los establecimientos de salud por categorías tiene por finalidad abordar las demandas de salud de la población, buscando una optimización en la organización de la oferta de los servicios (que permitirá la consolidación de redes asistenciales articuladas por niveles de complejidad) e implementando una red de referencia y contrarreferencia (Minsa, 2007).

La norma clasifica a los establecimientos de salud según la tabla 19.

4 Seguro Integral de Salud (2011, octubre). Estudio epidemiológico de distribución y frecuencia de atenciones preventivas, recuperativas y de morbilidad en zonas AUS. Perú 2011. Consultado el 11 de marzo de 2014 de http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/biblioteca/pdf/Estudio_Epidemiologico_de_Distribucion_y_Frecuencia_de_Atenc_octubre2011.pdf

Tabla 19
DENOMINACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
SEGÚN CATEGORÍA

Categoría	Descripción
I-1	Puesto de salud
I-2	Puesto de salud con médico
I-3	Centro de salud sin internamiento
I-4	Centro de salud con internamiento
II-1	Hospital I
II-2	Hospital II
III-1	Hospital III
III-2	Instituto especializado

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

El presente estudio evalúa la afiliación de las personas en el primer nivel de atención, debido a que es la que cuenta con mayor proporción de uso. Por ese motivo, en cada distrito se ha seleccionado un establecimiento de mínima categoría y otro de categoría mayor en el nivel que se menciona.

En total se han analizado seis establecimientos de salud en los distritos evaluados, según la tabla 20:

Tabla 20
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EVALUADOS

	Establecimiento de salud	Categoría
El Porvenir	Puesto de Salud Buen Pastor	I-2
	Centro de Salud Alto Trujillo	I-4
Callería	Puesto de Salud 2 de Mayo	I-2
	Centro de Salud 9 de Octubre	I-3
Vilcashuamán	Puesto de Salud Colccapampa	I-1
	Centro de Salud Vilcashuamán	I-4

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

La información que presentamos a continuación es referente a los distritos caso:

Infraestructura

No todos los establecimientos de salud cuentan con los servicios básicos adecuados. En el caso del abastecimiento de agua, el Puesto de Salud 2 de Mayo cuenta con un pozo fuera del establecimiento, que no permite seguir las normas de asepsia adecuadas durante la atención. A su vez, los centros Alto Trujillo 2 y Colccapampa cuentan con pozo séptico que comparten con los pacientes.

Todos los establecimientos cuentan con servicio eléctrico.

Tabla 21

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Establecimiento de salud	Servicios de agua	Servicios de desagüe	Luz
Puesto de Salud Buen Pastor	Red pública	Red pública	Electricidad
Centro de Salud Alto Trujillo	Red pública	Pozo séptico	
Puesto de Salud 2 de Mayo	Pozo fuera del EESS	Red pública	
Centro de Salud 9 de Octubre	Red pública	Red pública	
Puesto de Salud Colccapampa	Agua entubada	Pozo séptico	
Centro de Salud Vilcashuamán	Agua entubada	Red pública	

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Capacidad resolutive

La norma sobre categorización contempla las características que deben cumplir los establecimientos de salud en cuanto al personal mínimo indispensable para cubrir su capacidad de resolución y los equipos con que deben contar para ello. En el presente estudio se ha contemplado la verificación, según esta referencia, de la situación de los servicios y se ha incluido también la observación del equipamiento para la atención de los adolescentes.

En ese sentido, se han evaluado establecimientos de salud de las cuatro categorías del primer nivel: I-1, I-2, I-3 y I-4. A continuación, se realizará la descripción de los establecimientos por categoría.

Establecimientos de salud I-4

Los establecimientos evaluados en la presente categoría son el Centro de Salud Alto Trujillo en El Porvenir y el Centro de Salud Vilcashuamán en Ayacucho.

Recursos humanos

Un centro de salud con categoría de I-4 (con internamiento) debe tener una capacidad resolutive para atender a la demanda en general, la morbilidad de algunas especialidades básicas, partos eutócicos, urgencias y/o emergencias quirúrgicas básicas, y daños trazadores que requieran de atención especializada. Asimismo, debe tener capacidad de referencia y contrarreferencia.

En el cuadro siguiente mostramos la lista de personal requerido para su categoría y el existente. Se carece de personal especializado para la atención médica y la atención en el laboratorio.

Tabla 22

PERSONAL DISPONIBLE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-4

Requerido de la categoría	C. S. Alto Trujillo	C. S. Vilcashuamán
Médico cirujano o médico familiar	X	X
Médicos de especialidad		
Personal de enfermería	X	X
Personal de obstetricia	X	X
Odontólogo	X	X
Técnico o auxiliar de enfermería	X	X
Técnico de laboratorio	X	
Técnico de farmacia	X	X
Técnico o auxiliar de estadística	X	X
Técnico administrativo		X

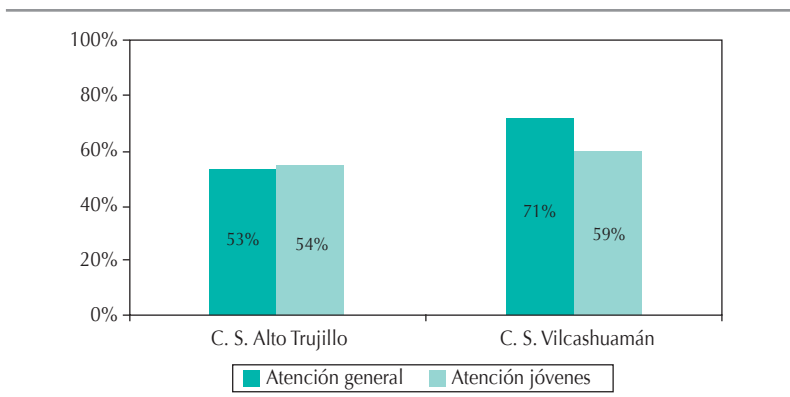
Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Equipos e insumos

El equipamiento de los establecimientos está organizado según los servicios que debería prestar. En el gráfico podemos apreciar que el Centro de Salud Alto Trujillo solo dispone del 53% de los equipos que corresponden a su categoría para la atención y que el Centro de Salud Vilcashuamán dispone del 71%.

Respecto al equipamiento para la atención de los adolescentes, en ambos establecimientos solo se cuenta con la mitad de los insumos mínimos para la atención.

Gráfico 24
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO SEGÚN CATEGORÍA Y PARA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-4



Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Si se observa el detalle por servicios, ninguno de los dos establecimientos de salud cuenta con una sala de operaciones. En Vilcashuamán no disponen de sala de usos múltiples.

Respecto al equipamiento del servicio para la atención a los adolescentes, en ninguno de los establecimientos de salud tiene implementado el Centro de Desarrollo Juvenil. Sin embargo, observamos que en el Centro de Salud Vilcashuamán se realiza la atención diferenciada y en el Centro de Salud Alto Trujillo no se tiene un servicio de atención al adolescente.

Tabla 23
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO SEGÚN SERVICIO

Equipos e insumos	C. S. Alto Trujillo	C. S. Vilcashuamán
Ambiente de observación o reposo	80%	80%
Atención de emergencias (tópico)	72%	93%
Cadena de frío	100%	100%
Consulta externa medicina	45%	100%
Consulta externa mujer	88%	94%
Consultorio de odontología	50%	75%
Consultorio externo niño	64%	45%
Farmacia / Botiquín	50%	100%
Otros	50%	63%
Patología clínica (laboratorio)	73%	73%
Sala de operaciones	0%	0%
Sala de preparación, dilatación, atención del parto y atención del recién nacido	73%	84%
Sala de usos múltiples	33%	0%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

El equipamiento para la atención de los adolescentes está compuesto por elementos de evaluación de crecimiento y desarrollo del adolescente. En ninguno de los establecimientos de salud mencionados se dispone de todo el material (ver tabla 24).

Tabla 24
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO PARA ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE

Equipos e insumos	C. S. Alto Trujillo	C. S. Vilcashuamán
Centro de Desarrollo Juvenil	0%	0%
Del servicio	38%	100%
Equipamiento	76%	64%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Establecimientos de salud I-3

El establecimiento I-3 evaluado es el Centro de Salud 9 de Octubre de Callería.

Recursos humanos

Los establecimientos de salud I-3 corresponden a un centro de salud sin internamiento y que prestan atención médica integral ambulatoria.

Según su categoría, correspondería prestar atención en casos de neumonía, enfermedades infecciosas intestinales que requieren apoyo diagnóstico, parasitosis intestinal, anemias nutricionales, zoonosis bacterianas, tuberculosis, enfermedades transmisibles que requieren de apoyo diagnóstico, accidentes ofídicos, infecciones urinarias, enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos, enfermedades de cavidad bucal, morbilidad cardiovascular básica, etc.

Si observamos la tabla siguiente, podemos apreciar que el Centro de Salud 9 de Octubre no cuenta con el personal especialista de farmacia.

Tabla 25
PERSONAL DISPONIBLE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-3

Requerido de la categoría	C. S. 9 de Octubre
Médico cirujano	X
Enfermera	X
Obstetriz	X
Técnico o auxiliar de enfermería	X
Odontólogo	X
Técnico de laboratorio	X
Técnico de farmacia	
Técnico o auxiliar de estadística	

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Equipos e insumos

Al verificar la disponibilidad de recursos e insumos del Centro de Salud 9 de Octubre, tenemos que cumple con el 75% de disponibilidad. Tras revisar la información detallada, se observa que solo para el caso de los recursos del servicio de laboratorio cuenta con todo lo necesario.

Tabla 26
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO
SEGÚN SERVICIO

Equipos e insumos	75%
Consultorio odontología	62%
Consulta externa niño	53%
Consultorio de la mujer	79%
Tópico	81%
Laboratorio clínico	100%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

En cuanto al equipamiento para la atención del adolescente solo se cuenta con el 39% de los recursos necesario para prestar la atención. La deficiencia más crítica se encuentra en el equipamiento.

Tabla 27
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO PARA
ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE

Equipos e insumos	39%
Centro de desarrollo juvenil	50%
Del servicio	63%
Equipamiento	28%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Establecimientos de salud I-2

Recursos humanos

Los establecimientos clasificados como I-2 corresponden a un puesto de salud con médico. Debería atender infecciones agudas respiratorias infe-

riores y superiores, enfermedades del oído externo y medio complicadas, enfermedades infecciosas intestinales con deshidratación severa que no requieran apoyo diagnóstico, gastritis aguda no complicada, desnutrición que no requiera hospitalización, infecciones virales caracterizadas por lesiones dérmicas no complicadas, asma no complicada, infecciones dérmicas no complicadas, infecciones urinarias que no requieran apoyo diagnóstico, trastornos depresivos, trastornos del párpado, aparato lacrimonal, órbita o conjuntiva no complicados, esguinces y luxaciones simples, morbilidad que requiera cirugía menor no especializada, etc.

Los dos establecimientos cuentan con el personal requerido para la categoría.

Tabla 28

PERSONAL DISPONIBLE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-2

Requerido de la categoría	P. S. Buen Pastor	P. S. 2 de Mayo
Médico general	X	X
Enfermera	X	X
Obstetriz	X	X
Técnicos y auxiliar de enfermería	X	X

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

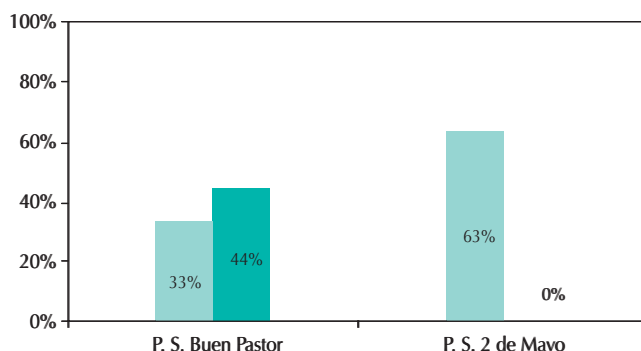
Equipos e insumos

En cuanto al equipamiento de los establecimientos de salud de categoría I-2, ninguno cuenta con todo lo requerido para responder según su categoría. El Puesto de Salud Buen Pastor solo cuenta con el 33% de los equipos requeridos y el Puesto de Salud 2 de Mayo, con el 63%.

Respecto al equipamiento de los servicios de atención al adolescente, en el Puesto de Salud 2 de Mayo no se cuenta con ninguno de los materiales y equipos para la atención del adolescente. Por su parte, el Puesto de Salud Buen Pastor cuenta con parte del equipamiento.

El Puesto de Salud Buen Pastor tiene más deficiencias de equipamiento según la categoría comparado con el Puesto de Salud 2 de Mayo, pues solo cuenta con equipamiento de cadena de frío, consultorio general y el tópico.

Gráfico 25
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO
SEGÚN CATEGORÍA Y PARA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES DE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-2



Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Tabla 29
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO SEGÚN SERVICIO

Requerido de la categoría	P. S. Buen Pastor	P. S. 2 de Mayo
Botiquín	0%	100%
Cadena de frío	100%	100%
Consultorio	53%	60%
Otros	0%	50%
Reposo	0%	100%
Sala de usos múltiples	0%	25%
Tópico	33%	67%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Al observar el detalle del equipamiento para la atención de los adolescentes, tenemos que en el Puesto de Salud 2 de Mayo no se ha contemplado la atención de este grupo y en el Puesto de Salud Buen Pastor, si bien cuentan con algunos equipos, no superan el 50%.

Tabla 30
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO PARA
ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE

Equipos e insumos	P. S. Buen Pastor	P. S. 2 de Mayo
Centro de desarrollo juvenil	25%	0%
Del servicio	50%	0%
Equipamiento	48%	0%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Establecimientos de salud I-1

Recursos humanos

La capacidad resolutive de este nivel básicamente está dada por la atención por consulta externa según la capacidad y competencia del personal a cargo. En estos establecimientos de salud prioritariamente se realizan actividades de fomento, protección y prevención de la salud en todas las etapas de la vida, con un contexto familiar y comunal.

En el puesto de salud se cuenta con un técnico en enfermería. La atención del personal profesional solo se brinda durante las campañas anuales de salud.

Tabla 31
PERSONAL DISPONIBLE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-1

Requerido de la categoría	P. S. Colcapampa
Personal profesional no médico	
Técnico y/o auxiliar de enfermería	X

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Equipos e insumos

El equipamiento del Puesto de Salud Colcapampa cubre el 34% para la categoría. No cuenta con botiquín o farmacia. En el rubro de “otros” se incluye la presencia de ambulancia, grupo electrógeno y medios de comunicación como radio o teléfono.

Tabla 32
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO
SEGÚN SERVICIO

Requerido de la categoría	34%
Botiquín	0%
Cadena de frío vacunas	50%
Consultorio	40%
Otros	0%
Sala de usos múltiples	40%
Tópico	38%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Respecto al equipamiento para atención de los adolescentes, el Puesto de Salud Colccapampa cubre el 31% de los requerimientos. En ninguna de las áreas evaluadas se supera el 30%.

Tabla 33
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE EQUIPAMIENTO PARA
ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE

Equipos e insumos	31%
Centro de desarrollo juvenil	25%
Del servicio	33%
Equipamiento	32%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Atención diferenciada a los adolescentes

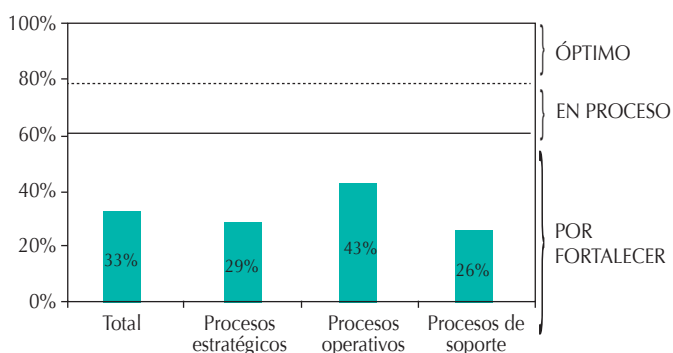
En 2011 se puso en vigencia la norma técnica que determina los criterios de evaluación de la atención diferenciada de los adolescentes. La finalidad es evidenciar la atención diferenciada y determinar su calidad.

Entre las dimensiones evaluadas tenemos:

- **Procesos estratégicos:** incluyen la evaluación de los recursos humanos, la calidad de atención y la atención de los riesgos.
- **Procesos operativos:** evalúa la atención integral y la atención extramural.
- **Procesos de soporte:** evalúa la referencia y contrarreferencia, el apoyo diagnóstico y la gestión de información.

Para la presente evaluación se han utilizado los criterios determinados en la norma mencionada (Minsa, 2011a). En los seis establecimientos de salud evaluados no se cuenta con una atención diferenciada implementada completamente, como se observa en el gráfico 26.

Gráfico 26
PROPORCIÓN DE PUNTAJE OBTENIDO SEGÚN DIMENSIÓN EVALUADA DE LA ATENCIÓN DIFERENCIADA A LOS ADOLESCENTES

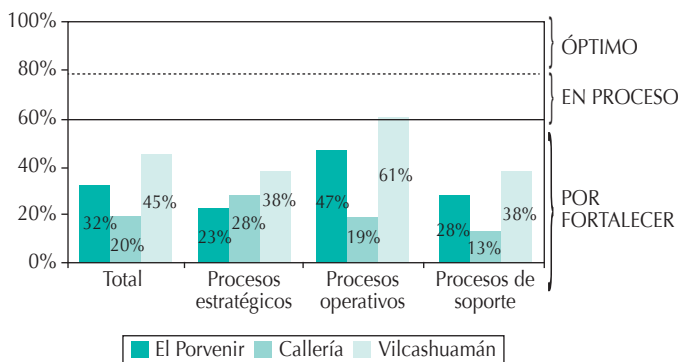


Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Al analizar las diferencias según departamento evaluado, vemos que si bien las carencias en los servicios son generales, Vilcashuamán tiene un avance mayor en la implementación en relación con El Porvenir y Callería. El criterio con mayor porcentaje de cumplimiento se refiere a los procesos operativos que incluyen la atención extramural, punto en el que, como hemos apreciado antes, Vilcashuamán cumple en mayor proporción.

En la tabla 34 se muestran los criterios evaluados según cada dimensión analizada por ámbito.

Gráfico 27 PROPORCIÓN DE PUNTAJE OBTENIDO SEGÚN DIMENSIÓN EVALUADA DE ACUERDO CON EL ÁMBITO DE EVALUACIÓN



Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

Tabla 34
CRITERIOS EVALUADOS SEGÚN DIMENSIÓN POR ÁMBITO

Descripción	El Porvenir	Callería	Vilcashuamán
Procesos estratégicos			
Recursos humanos	19%	25%	44%
Calidad	19%	25%	25%
Atención de riesgos	38%	38%	50%
Procesos operativos			
Atención integral	63%	29%	71%
Atención extramural	17%	0%	42%
Proceso de soporte			
Referencia, contrarreferencia y seguimiento	33%	17%	33%
Apoyo diagnóstico	25%	25%	100%
Gestión de información	25%	6%	25%

Fuente: Formato de evaluación de establecimientos de salud.

El Porvenir

Los criterios que se cumplen en menor proporción son los de recursos humanos, pues solo se cuenta con una enfermera que atiende a los adolescentes en el servicio de crecimiento y desarrollo. La enfermera no ha sido formada para este fin, más allá de su formación profesional.

Si bien se realiza la atención extramural, no se cuenta con un plan de atención de riesgo específico para los adolescentes. Las visitas son programadas con otras prioridades, como seguimiento de sintomáticos respiratorios y la consejería en enfermedades específicas.

Callería

En el Centro de Salud 2 de Mayo se reportó que no se tiene implementado el servicio de atención al adolescente y no cuenta con materiales para este fin. Al visualizar el cumplimiento, vemos que no se realizan las actividades de atención extramural y la gestión de la información no se cumple.

Vilcashuamán

Este ámbito es el que cumple más criterios para la atención diferenciada. Solo se alcanzó el 25% debido a la disponibilidad de los materiales.

3.3.3.5. Satisfacción del servicio

Los conceptos de calidad y servicio son dos concepciones que no se pueden desligar cuando las organizaciones establecen una relación directa con los clientes.

Cuando la organización presta servicios de salud y el cliente acude a restablecer su estado de salud, se requiere una serie de acciones que van más allá del alivio físico, pues también están involucradas una serie de emociones y necesidades. Por lo tanto, la atención del personal administrativo y de salud requiere de una connotación integral que incluye el trato amable.

Para establecer la percepción de los usuarios jóvenes, del ámbito evaluado, acerca de la calidad del servicio a través de la medición de la

satisfacción, se ha considerado la medición usando la *Guía para la evaluación de satisfacción del usuario externo* (Minsa, 2011).

Esta guía se basa en la estructura del cuestionario del Servqual, que contempla cinco dimensiones para la evaluación: el respeto, la capacidad de respuesta, la seguridad, la empatía y los aspectos tangibles.

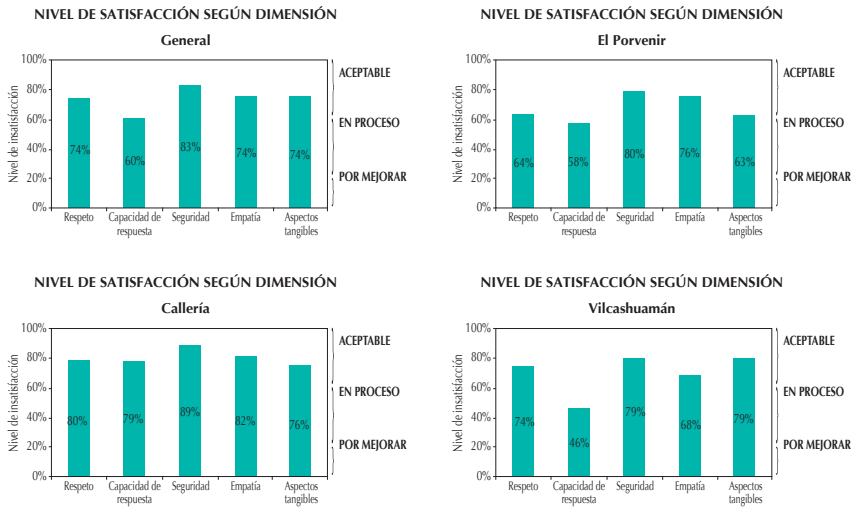
- **Respeto:** implica la confianza que brinda el servicio al ser explicado y entendido correctamente.
- **Capacidad de respuesta:** el servicio se brinda de manera oportuna (existe la disponibilidad para poder brindarlo).
- **Seguridad:** medir lo que producen las actitudes del personal al brindar el servicio (conocimientos, cortesía) y su habilidad de comunicarse e inspirar confianza.
- **Empatía:** la capacidad de proveer cuidados y atención individualizada a los pacientes.
- **Aspectos tangibles:** mide la apariencia de las instalaciones, equipo, personal y materiales utilizados.

Durante el procesamiento de la información se tomaron en cuenta los siguientes puntos de corte para establecer el nivel de satisfacción:

- De 0 a 40%: el cumplimiento de la dimensión requiere mejorar.
- De 40 a 80%: el cumplimiento de la dimensión está en proceso, pero no cubre todos los requerimientos y expectativas.
- De 80% a 100%: el cumplimiento de la dimensión es aceptable.

Según estos criterios, en el gráfico 28 se muestran los resultados de la evaluación. A nivel general, la satisfacción en todas las dimensiones está en proceso. Sin embargo, al darle una mirada por cada ámbito tenemos que el nivel de satisfacción en Callería es mayor en todas las dimensiones, y en Vilcashuamán el nivel de satisfacción en la capacidad de respuesta es menor en relación con los demás.

Gráfico 28



Fuente: Encuesta de satisfacción de usuarios.

3.3.3.6. Proceso de afiliación al SIS

El proceso de afiliación al SIS es normado por la misma institución. Mediante Resolución Jefatural 190-2012 se aprueba la directiva administrativa que regula el proceso de afiliación del régimen subsidiado y se deja sin efecto los anteriores dados en 2011 y 2010.

Los requisitos para la afiliación son:

- El documento nacional de identidad (DNI).
- Estar registrado en el padrón general de hogares del Sisfoh y contar con la calificación respectiva.
- No acceder a otro seguro de salud.

Esta resolución diferencia el proceso de afiliación tomando en cuenta si el establecimiento de salud en que se solicita tiene o no tiene acceso a Internet.

Afiliación en centro con acceso a Internet

- El personal responsable de la afiliación solicita el documento de identidad del solicitante. Su familia, de ser el caso, verifica en el

Sisfoh si se encuentra registrado y si califica para el régimen subsidiado.

- De calificar al régimen subsidiado según el Sisfoh, se verifica si se encuentra con vigencia en la base de datos del EsSalud u otras bases de datos de seguros disponibles. De no tener ningún otro seguro, se procede al registro de la afiliación en el aplicativo informático del SIS.
- Si se encuentra en la base de algún otro tipo de seguro, no se procede al registro y se informa al solicitante de esta condición.
- De contar con calificación para el régimen semicontributivo del SIS, el responsable de la afiliación orientará a la persona para que acceda a dicho régimen.
- De no encontrarse en la base de datos del Sisfoh, no se procederá a la afiliación. En este caso, el responsable orientará a la persona para que solicite su incorporación en el Sisfoh, a fin de que obtenga la calificación que le corresponde.

Afiliación en centro sin acceso a Internet

- El proceso se inicia con el requerimiento del DNI por parte del responsable de la afiliación. Luego se procede al registro de la información en el Formato de Recolección de Datos, que es enviado al Centro de Digitación, en el cual la persona encargada de la digitación realizará el procedimiento de verificación de no contar con otro seguro de salud.
- En el lapso de cinco días hábiles el formato deberá ser devuelto al establecimiento de salud que realizó la solicitud con el resultado de la evaluación. En el caso de los establecimientos de salud, el plazo de respuesta es de 15 días hábiles.
- Cuando el solicitante y/o los integrantes del hogar no se encuentren registrados en el Sisfoh, el responsable autorizado del centro de digitación solicitará su incorporación y registro en el Sisfoh, para la calificación y afiliación al SIS según corresponda.
- El responsable de la afiliación del establecimiento de salud sin internet indicará al usuario la fecha en que debe retornar para conocer los resultados (califica al régimen subsidiado, al semicontributivo o no califica).
- El Formato de Recolección de Datos será archivado, conservado y custodiado en los establecimientos de salud sin acceso a Internet, como fuente de verificación del trámite realizado.

Proceso de afiliación según la referencia de los jóvenes y los gestores

- El proceso de afiliación se inicia con la solicitud del usuario del servicio. En todos los establecimientos de salud se cuenta con una oficina de aseguramiento y existe un responsable de este proceso, el cual reporta a la oficina local del SIS a nivel departamental (Odsis). Sin embargo, no debe dejarse de lado que este procedimiento de captación de afiliados funciona con el supuesto de que todos los jóvenes interesados o demandantes de este servicio están en la capacidad o posibilidad de acudir al establecimiento para realizar este trámite. La realidad confronta algunas situaciones de inaccesibilidad geográfica, principalmente en las zonas rurales del país, debido a la alta dispersión que no facilita el acceso a los jóvenes. Este hecho también se debe al desinterés por el cuidado de la salud, que puede ser más recurrente en jóvenes varones que en las jóvenes mujeres (en esta etapa las mujeres hacen uso frecuente de servicios prenatales y posnatales).

“Las redes de establecimientos estratégicos que salen a las periferias a hacer campaña de afiliación han ayudado a captar y tener mayor números de afiliados, pero una dificultad está en algunas zonas rurales [...], nuestra zona más lejana. Allí, si bien es cierto se impulsa el tema del aseguramiento, la población es bien dispersa. Es otro punto a considerar: la accesibilidad a los servicios de salud. Podemos lograr que ellos se afilien. Se ha logrado la afiliación de muchas personas, pero la accesibilidad de esta persona afiliada al servicio de salud sigue siendo distante por el tema de la dispersión geográfica. Tenemos gente afiliada de la zona rural, pero que está muy distante de llegar al servicio de salud. Esa es otra barrera más que toda geográfica y relacionada con el tema de la accesibilidad vial a los servicios de salud”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de La Libertad

“Nosotros hacemos las afiliaciones temporales, que son las inscripciones que tiene una persona sin DNI. Son para toda la región”.

Responsable de Odsis, departamento de Ayacucho

“Aquí podemos hablar de lo femenino. De acuerdo con los datos que tengo y con mi experiencia, son las mujeres las más cuidadas, porque tienen que ver por los niños, por la familia. Definitivamente la población mujer que podemos ver es de 118 mil de población femenina afiliada versus 88 mil de población masculina afiliada, la población más vulnerable”.

Responsable de Odsis, departamento de Ayacucho

“Siempre la mujer está al cuidado, al concepto del cuidado. Al cuidado de su familia. Por eso la mujer tiende a abordar el tema del cuidado y eso se nota con el tema de la afiliación. En cambio, el varón suele ser renuente a eso. Generalmente cuando siente ya la gravedad recién acude al establecimiento”.

Responsable de Odsis, departamento de Ayacucho

- Sin embargo, se han desarrollado algunas estrategias de captación de estos jóvenes mediante campañas de afiliación impulsadas desde el sector salud, pero se recomienda usar estrategias novedosas, tomando en cuenta en cierta medida la indiferencia del joven.

“Hemos contratado afiliadores en cada centro de digitación. Hay un responsable de afiliar a su población, pero esos afiliadores están estancados... Informan y comunican, salen al campo a verificar los datos”.

Responsable de Odsis, departamento de Ayacucho

“Hay muchas campañas que se han hecho, pero la región a la cual represento en este momento, esta región tan maravillosa, tiene diferentes tipos de etnias. Sería mejor cambiar el modo de nuestros spots publicitarios a los idiomas que tienen cada uno de ellos”.

Coordinadora Etapa Vida Adolescente Minsa, departamento de Ucayali

“Tiene que haber un poco de iniciativa en motivarlos a que se inscriban. Eso hace falta. No vemos propagandas, no vemos gente saliendo a decir: tú tienes derecho a asegurarte gratuitamente a acceder”.

Joven líder, departamento de La Libertad

“Lo que es el ministerio, ha mejorado bastante la parte de afiliación no solo a los jóvenes, sino a todos los grupos etéreos. Ahorita en el centro de salud ya contamos con un personal en la mañana y en la tarde para las afiliaciones. De esta manera se puede cubrir a toda nuestra población. Si bien es cierto que en Alto Trujillo hay una población de pobreza, entonces el índice de pobreza es alto. Eso hace que tengamos que cubrir la mayor cantidad de personas para la afiliación al SIS”.

Jefe de Centro de Salud Alto Trujillo, departamento de La Libertad

- Los requisitos son la fotocopia del DNI y una copia del recibo de luz o agua de la vivienda del solicitante. Señalan los gestores que si bien la indocumentación del joven es un problema que persiste, luego de sucesivas campañas impulsadas desde los municipios y el Reniec, se ha solucionado esta barrera. Además, la norma de elegibilidad automática establecida para algunos distritos priorizados y grupos vulnerables ha permitido incorporar más jóvenes de las zonas más alejadas afectadas principalmente por esta situación. Aun así persisten dificultades para la afiliación.

“Otro cambio que se ha dado y es muy beneficioso es la inscripción temporal. Una dificultad que teníamos es que llegaba un paciente sin DNI y no podía ser atendido por ningún tipo de seguro. Actualmente, la Resolución Jefatural 190, que se emitió en noviembre o diciembre de 2012, ya nos permite inscribir temporalmente a estos usuarios. Esta inscripción tiene una vigencia de 180 días y es por única vez. No solo nos permite inscribir a un indocumentado: nos está permitiendo inscribir a la población de legibilidad automática, es decir, a la población de quintil 1 y quintil 2. Por ejemplo, aquí en Trujillo todavía no, pero sí por Occto, Simbalo, Cusco, Santiago de Chuco, Huamachuco, a toda la provincia de quintil 1 y quintil 2”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de La Libertad

“También nos permite inscribir temporalmente a los pobladores de atención residencial, como albergues y

orfanatos donde se encuentran adolescentes y niños. Eso nos ha ayudado definitivamente bastante, porque teníamos mucha restricción. Cualquier indocumentado no podía adquirir el SIS, definitivamente”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de La Libertad

“Este avance se debe también a que han disminuido todas las restricciones para ser afiliado. Ya nos permite inscribirlos sin DNI, temporalmente e incluso priorizando a los pobladores de un centro acceso residencial”.

Responsable de Odsis, departamento de La Libertad

“Muchos de ellos no tienen partida de nacimiento, porque es un requisito del SIS tener partida de nacimiento, pero felizmente se están haciendo varias campañas a nivel nacional para dar la oportunidad de poder ellos tener su partida de nacimiento y así poder obtener su DNI”.

Jefa de Establecimiento de Salud El Buen Pastor, departamento de La Libertad

“El DNI es subsanable porque todavía hacemos las afiliaciones temporales, que es una parte de inscripción. Una persona tiene 180 días de afiliarlo mediante la inscripción. Eso es para toda la región. El problema es que inscribimos a una población que requiere atención y después de 180 días tiene que ser afiliada. [...] Es un trabajo arduo”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de Ayacucho

“La dificultad grande que tenemos hasta el día de hoy es que muchísimas personas no tienen DNI, en el sentido de que quien no tiene no puede ser afiliado. Pero también hay una resolución ministerial que autoriza una inscripción temporal de 185 días. En este caso acudimos a esta resolución, pero para tener esa facilidad un paciente con la vida en peligro tiene que ser calificada por zona excluida y dispersa. Y aquí en la

región Ucayali los tres distritos grandes, Callería, Manatay y Yarinacocha, son los que mayor cantidad de población grande tienen, tanto en la parte rural como en la urbana. En la rural son inmensos los lugares. Este lugar que usted ve acá en el centro de la ciudad se llama Callería. El distrito de Callería tiene poblados que están a 12 o 13 horas de viaje por río, por peque-peque, y esa población, por estar simplemente en el distrito de Callería, no está dentro de este sistema de focalización como zona dispersa o excluida. Por lo tanto, a esa gente no la puedo afiliar, no la puedo ayudar. Ese es un tema del que incluso yo estoy haciendo una maestría. Estoy tomando ese tema como una problemática y vamos a aportar para que sea modificado”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de Ucayali

“Es un problema bien álgido cuando las personas no tienen ese documento. El porcentaje no le podría decir, pero existe. Callería es el distrito más urbanizado, el más cerca de la ciudad, y hay personas que carecen de ese documento. Entonces, saque línea de cómo será en las zonas alejadas. Para esa contingencia tenemos un dispositivo legal que nos permite como SIS afiliar a personas sin DNI, pero esas personas tienen que estar focalizadas como zonas dispersas o tienen que pertenecer a personas con un dispositivo legal que las faculte a acceder a ese tipo de inscripciones a 180 días. Por ejemplo, víctimas de influencia política, personas que viven en albergues del Estado, niños y niñas alojados. Esas personas tienen la posibilidad de acceder a una inscripción a la cobertura de seguro integral”.

Jefe de Odsis, departamento de Ucayali

- Para la verificación, los usuarios no distinguen cuándo el establecimiento de salud cuenta o no cuenta con acceso a Internet. Solo define el plazo que debe esperar. En general, no causa disconformidad el hecho de tener que esperar, sino cuando no pueden acceder a la calificación. Las causas no siempre son bien explicadas.

“En el sistema no estábamos, así que mis papeles tenían que ir al Santa Isabel para que los vean ahí. A los 15 días me rechazaron porque decían que mi esposo aparecía como inscrito en EsSalud, pero ya no tenemos hace dos años. Después de nuevo han mandado, pero solo con mi nombre y han puesto que estoy embarazada. Ahí recién me han dado, pero después que han pasado como cinco meses. Recién en mayo me han dado, pero solo me van a atender hasta que mi bebé cumpla un mes. Me han dicho que de ahí ya no”.

Carmen (27 años), de El Porvenir

- Los gestores no distinguen que el proceso de verificación sea engorroso ni de tiempos. Incluso señalan que la mayor disponibilidad de recursos les permite contratar personal para apoyar esta labor, sobre todo en los centros de digitación cuando no se dan abasto. Asimismo, la falta de acceso a Internet no se ve como un problema álgido en el proceso. Suelen utilizar otros recursos tecnológicos para afrontarlo.

“Los centros de digitación (aquí los llamamos puntos de digitación) recaban todos los formatos de atención y digitan e ingresan. No tenemos dificultades. Incluso el presupuesto del SIS nos permite contratar digitadores para que no se pierdan las fichas de atención. Ahora es un tema más de aptitud del personal que registra los formatos de atención. Es un tema engorroso y a nadie le gusta estar registrando o quedarse una hora o dos horas para llenar todos los formatos de atención. Espero que más adelante haya un proyecto del SIS para que todo esto sea de manera virtual. Actualmente no hay inconveniente con los puntos de digitación para la afiliación. Todo establecimiento que tenga acceso a Internet tiene usuario y contraseña, así como todo el personal de salud y técnico encargado”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de La Libertad

“De acuerdo con la norma, debería durar cinco días, según la distancia. No cuento con toda la información a la mano de toda la accesibilidad geográfica, pero sí tengo conocimiento, porque he trabajado en el quintil 1 en Sánchez Carrión. Mi

establecimiento estaba a cuatro horas del punto de digitación. Pero yo, como jefe de microrredes, tenía establecimientos, puestos satélites que se encontraban incluso hasta a ocho horas en ambulancia por la accesibilidad. A veces no tenía acceso a transporte y había muchos tramos que tienes que caminar. Considerando eso, se les ha dado un tiempo de dos semanas o un mes como máximo para aquellas zonas muy lejanas. Creo que ahora no hay excusas, que es lo que siempre les comento a mis responsables del seguro. Porque puedes llamar vía RPM o desde donde encuentres señal de Internet. A mí no me van a decir que no hay señal de Internet al 100% o no hay señal de teléfono. Tu camino es un tramo de media hora y encuentras señal. Puedes llamar y brindar los datos, afiliarlo y ya está afiliado. Entonces no hay excusas. He planteado que el tiempo máximo para aquellas zonas más lejanas debe ser de cinco minutos”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de La Libertad

“Realizan todas sus actividades por la tarde (y mandan a digitar a la microrred). Por la tarde realizan sus afiliaciones. En el caso que el equipo se malogre o no cuenten con Internet, lo envían al punto de digitación y ahí los afilian, pero les tomará cuatro días, nomás, no tiene por qué tomarles más”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de La Libertad

“Como región hemos implementado una norma que permite dotar de Internet exclusivo en cada punto de digitación. Hubo dificultades en la última etapa. Tuvimos el contrato con ILAT, que terminó el año y la dificultad fue el traspase de ILAT y las ejecutoras. Íbamos a tomar como región nuevamente, pero como somos normativos y no operativos, tuvimos que dar la potestad a cada ejecutora para que haga el proceso como le corresponde y está dentro de su competencia”.

Responsable de Aseguramiento, departamento de Ayacucho

- La calificación del Sisfoh suele cuestionarse por muchos actores, aunque desde el lado de los gestores reconocen su importancia y recomiendan reforzar su rol desde el municipio.

“Te voy a mencionar la principal limitación que tenemos para tener un programa social como SIS. Tiene que ver con la evaluación social y económica, que la realiza el Sisfoh del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Ahí sí realmente me siento hasta impotente, porque he tenido un caso de influenza de una joven de 15 años, declarada por la región La Libertad en alerta roja, con diagnóstico de síndrome de Down, influenza intubada, grave y con toda la evaluación de la asistente social que ameritaba realmente acceder al SIS, porque el Sisfoh le da la condición de no elegible. Y los que contestan el teléfono simplemente dicen que ellos no evalúan la gravedad. Definitivamente debemos enfocarnos a ellos. Si bien se está reforzando la unidad central de focalización, también debería pensarse que es gradualmente y que deberían dar un plazo de elegibilidad de dos meses, como quedamos en un inicio, o que deberían aceptar los informes por accidentado oficial o por los estados de emergencia que sean emitidos”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de La Libertad

“Lamentablemente tenemos el Sisfoh desactualizado. Tenemos familias que no podemos verificar. Vemos que viven en pobreza extrema, pero no califican. Como esto ocurre permanentemente, hace tres o cuatro meses se ha actualizado. Eso a uno le permite tener mayores afiliaciones”.

Responsable de Puesto de Salud Buen Pastor, departamento de La Libertad

“Lo que pasa es que el Sisfoh, que maneja el MEF, está centralizado en Lima, la provincia principal. Desconoce la geografía, desconoce los lugares lejanos. Esto es un inconveniente muy grande. Creo que el Sisfoh tiene que mejorar sus sistemas de registro para poder salir adelante”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de Ucayali

- En opinión de los gestores en Ayacucho, se requiere mejorar las capacidades del personal municipal en la gestión del Sisfoh. Ello

pasa necesariamente por contar con personal idóneo para el puesto.

“El problema que tenemos en el Sisfoh es que la persona que debe ser elegible es no elegible. La percepción de las municipalidades es que son un órgano complementario, y esta es una tarea más que les ha dado el Estado. No entienden que tienen el poder de decidir cuántas personas acceden a los programas sociales. Y todavía como responsable del Sisfoh ponen a una persona que no está haciendo nada en la municipalidad”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de Ayacucho

“El Sisfoh en un primer momento pertenecía al Ministerio de la Presidencia y empezó con los programas sociales. Pasó al Ministerio de la Mujer [y Poblaciones Vulnerables] y ahora está en el Midis [Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social].

El Midis descentralizó a los gobiernos locales y esa transacción hace que se entorpezca el proceso de la afiliación. Antes mandábamos un correo al Sisfoh central y ellos respondían el levantamiento. Posteriormente mandaron una comunicación [referida a que esa labor recaía en] las oficinas locales. El levantamiento iba a las municipalidades y las municipalidades ahorita tenemos muchos problemas de muchas personas que deben tener acceso al SIS y no lo tienen.

Han salido no elegibles pero son personas pobres. El problema es quién hace el levantamiento de información. Supuestamente las municipalidades deberían mandar a un responsable a hacer el levantamiento de información, pero muchas veces no lo hacen, porque no son personas preparadas para hacer esta tarea. Se supone que debería ser una asistente social quien evalúe la condición económica de la persona. Eso es lo que noto.

El Sisfoh no está entendiendo que es una tarea de una asistente social. Si seguimos poniendo personas técnicas o personas que no hacen nada en la municipalidad, podrían verse cosas que no son”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de Ayacucho

“En caso de afiliación mandamos la comunicación al Sisfoh nivel central, que lo descentraliza, pero se está volviendo a una tendencia muy lejana. Antes la respuesta llegaba en 24 horas. En esta época demora mucho, porque volvió a ser centralizado. No es una estrategia cohesionada. Sé que todavía está dando resultados, pero falta hacerse sostenible. Si van a empezar con algo, deberían hacerlo sostenible en un periodo y hacer la transferencia cuando las cosas están marchando bien y no cuando aún hay debilidad”.

Responsable de Aseguramiento Diresa, departamento de Ayacucho

- Respecto a la afiliación, no son muy claros los criterios que se consideran para afiliar a la familia o a una sola persona. En algunos casos la afiliación individual es una estrategia de los responsables para atender la demanda de los usuarios.

“El AUS es para los ancianos y los pobres. Tienen que ser de acá mismo, de la comunidad, que vivan acá. Los que están de visita y van a la posta tienen que pagar”.

Gerardina (19 años), Colccapampa

“El seguro es para todos, las mujeres, los varones, los niños y los ancianos. Y está dirigido a cualquier persona. Acá en la sierra no hay muchas personas empresarias o comerciantes. Por eso es para todos.

Julia (19 años), Colccapampa

“Todas las personas, niños, niñas, adultos, los que no son profesionales, tienen este tipo de seguro. Los profesionales tienen seguro de EsSalud”.

Dora (21 años), Vilcashuamán

“Solo es para los que no tienen otro seguro, para las personas más necesitadas”.

Tayssi (22 años), El Porvenir

“Es para la gente que no tiene apoyo”.

Martina (27 años), El Porvenir

- Respecto a la gratuidad del proceso, no siempre es bien entendido, puesto que aquellos solicitantes que no cuentan con historia clínica en el establecimiento de salud deben pagar por el derecho a obtenerla. De este modo se genera una confusión: se piensa que se está pagando por la afiliación porque los procesos se dan en paralelo. Si deben enviarse los documentos al centro de digitación, esa consulta no es cubierta por el seguro. El pago también se confunde con el proceso de afiliación.

“Sí, cuesta nueve soles para sacar la historia y cinco soles la primera consulta”.

Martina (27 años), El Porvenir

“La afiliación cuesta un sol”.

Zoe Sherlin (29 años), Callería

Perlita (26 años), Callería

Wilmer (24 años), Callería

“La afiliación cuesta cinco soles”.

Erika (22 años), Callería

Lisbeth (22 años), Callería

“La primera vez que me afilié al SIS me costó un sol.

Fue hace años, desde que apareció el SIS.

Ahora el seguro AUS es gratis”.

Cirilo (29 años), Colccapampa

“A mí me costó veinte céntimos nomás por la copia”.

Julia (19 años), Colccapampa

“Exclusivamente por las medicinas, no cuesta. Pero sí he escuchado que te cobran un monto de cinco o diez soles en las postas, no sé para qué criterio. La otra vez, una tía que es

beneficiaria del SIS quería asegurar a dos sobrinitos y dijo: ‘En la posta me piden cinco o diez soles’. No sé si será para carnet o para qué servicio será. No tengo mucha información al respecto. No sé si será cierto (quizá mi tía quiso cubrir su movilidad), pero eso es lo que he escuchado”.

Líder local, departamento de Ayacucho

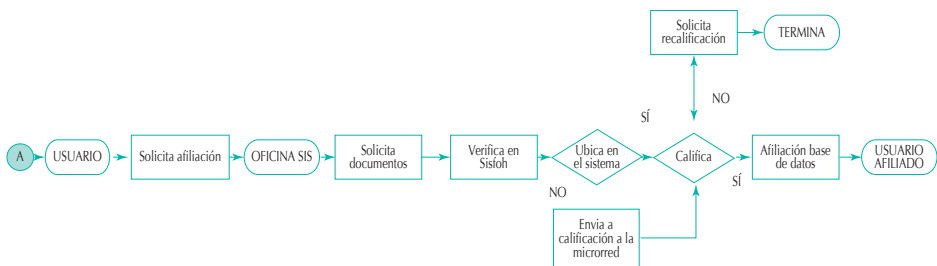
“Por ejemplo, cuando estás mal con la gripe, con bronquios, te recetan medicamentos, y de acuerdo con el SIS, te cubre solo nueve soles o algo así, no me acuerdo bien. El resto lo tienes que comprar con tu dinero”.

Joven no usuaria del SIS, departamento de Ayacucho

En síntesis, cuando los jóvenes describen el proceso de afiliación hacen notar su insatisfacción, debido a que no se les brinda un adecuado servicio según sus expectativas. Existe demora en la respuesta, confusión en tanto a la gratuidad del SIS y falta de información. Todo ello, en combinación con el alto grado de insatisfacción en el servicio descrito anteriormente, retroalimenta la sensación de insatisfacción del joven. Mientras tanto, los gestores señalan en sus opiniones los problemas que deben mejorar en los procesos operativos de afiliación.

En el gráfico 29, presentamos mediante un flujograma cómo describen los jóvenes este proceso.

Gráfico 29
PROCESO DE AFILIACIÓN AL SIS SEGÚN JÓVENES



Fuente: Elaboración propia.

3.3.3.7. Proceso de atención

El proceso de atención en salud se inicia con la demanda de los usuarios de algún servicio de salud. En general, en todos los establecimientos de salud se verifica que el usuario tenga SIS o, en todo caso, en la admisión. Se gestiona la historia clínica y, una vez ubicada o gestionada, se procede a la evaluación de los signos vitales. Luego del registro en la historia clínica, el paciente debe esperar el llamado en el servicio. En el primer nivel de atención la mayor proporción de demanda habitualmente ocurre en los consultorios de medicina general, obstetricia y atención del niño sano.

Para la atención, los usuarios deben acudir al establecimiento de salud y solicitar un número que corresponde al orden de llegada. Los jóvenes entrevistados refieren que se respeta el orden de llegada y toleran la idea de esperar un tiempo adicional si hubiera una emergencia. La espera dura aproximadamente 20 minutos por paciente.

Los jóvenes no valoran tanto los equipos o la minuciosidad con que se realiza la atención. Se brinda mucha importancia al tiempo que se toma el personal y el interés que muestre en el paciente como persona. Ambos aspectos son importantes para ellos, incluso más que la valoración de los equipos o la minuciosidad de la atención.

“Cuando fui por mi dolor de espalda, me atendió el doctor, el jefe. Ese doctor no sabe atender a los pacientes, es bien despota. En cambio, cuando voy a verme con la obstetra, esa señorita sí es bien buena, atiende muy bien”.

Carmen (27 años), El Porvenir

“La atención es mala. Ese doctor no sabe atender a los pacientes. Le pregunté por mis várices y me dijo que él no era especialista en várices. Yo digo: si no es especialista, ¿para qué atienden entonces? Le pregunté quién me iba a ver y me dijo que él era especialista en riñones”.

María (29 años), El Porvenir

“La señora Mari Luz me atiende bonito, con paciencia”.

Elsa (17 años), Colccapampa, Vilcashuamán

“La atención no es buena, porque en la posta la enfermera que nos atendió nos dijo: ‘Esta ampolla tanto cuesta y primero tienen que pagar’. Eso no debería pasar. Primero deben atendernos bien y después pagar los medicamentos. Es decir, primero le interesaba la plata y no el paciente”.

Yuri (28 años), Vilcashuamán

“Quedé satisfecha porque la obstetra me trató bien, me preguntó con confianza y yo le respondí con confianza también”.

Maribel (20 años), Vilcashuamán

Dependiendo de los servicios con que cuenta el establecimiento de salud, los usuarios identifican las debilidades. Luego de la consulta, si se requieren exámenes auxiliares y el local no cuenta con este servicio, el paciente debe ir a otro establecimiento de salud o algún centro particular. Esto ocasiona cierta disconformidad. Lo mismo ocurre con la disponibilidad de los medicamentos.

El proceso termina con las indicaciones del médico o profesional de salud respecto al tratamiento y los cuidados.

Como final del proceso, el usuario debe ir al laboratorio o farmacia antes de irse. La disconformidad con el servicio se enfatiza si no existe disponibilidad de todos los servicios o medicamentos.

“Cubre pastillas, sueros, inyecciones y algunas operaciones cubren incluyen costo de cama. Y lo que falta se compra”.

Cirilo (29 años), Colccapampa

“El AUS te cubre cuando vamos a la posta a hacernos análisis de sangre. Cubre algunas medicinas como pastillas y jarabes. Otras medicinas se tienen que comprar aparte”.

Elsa (17 años), Colccapampa

“Cubre todos los medicamentos en consulta y solo la mitad en operaciones. Hay que pagar la cama y los medicamentos. Me dijeron que el seguro solo cubre en las operaciones la mitad”.

Gerardina (19 años), Colccapampa

“Solo sé que si te detectan cáncer eso no te cubre el seguro. Eso nomás sé porque he escuchado. No me explicaron”.

Julia (19 años), Colccapampa

“Sí, cubre todo, solo para enfermedades simples como la gripe sí cubre, pero lo que es para cáncer no cubre. El seguro es bueno, pero a veces no. Cuando no hay, tengo que comprar, y para cáncer no cubre”.

Marilú (18 años), Colccapampa

“No me acuerdo, creo que es vacunas y vitaminas, y en el parto me han dicho que tendría que pagar la cama. Me dijeron que el seguro me cubriría en diez cosas, creo que era suero y ampolla”.

Nuria (25 años), Vilcashuamán

“Cubre planificación, peso y talla, y en emergencia te cubre hasta la mitad nomás. El resto se tiene que pagar. Se pagan las medicinas que no hay en farmacia”.

Maribel (20 años), Vilcashuamán

“Cubre más que nada los medicamentos. Cuando estás hospitalizado solo tres días, te cubre el seguro. Si pasas más días, te cobran. El seguro solo cubre el parto, pero los medicamentos se compran”.

Dora (21 años), Vilcashuamán

“No, solo para la tos es gratuito. El resto se tiene que pagar, como suero, ampolla”.

Celia (29 años), Vilcashuamán

“Solo cubre medicinas básicas que no hacen nada. A mí me habían recetado diez inyecciones para el dolor. Cada una costaba

cincuenta soles. He tenido que comprar, porque lo que me daban en el hospital no me hacía nada. No es tan bueno, cubre muy poco y las medicinas que dan es solo Panadol, clorfenamina para la alergia a mi hijita, pero nada más”.

María (29 años), El Porvenir

“Sí, cobran los análisis, eso no cubre. Me han mandado cuando estaba embarazada y diez soles he pagado”.

Tamani (17 años), Callería

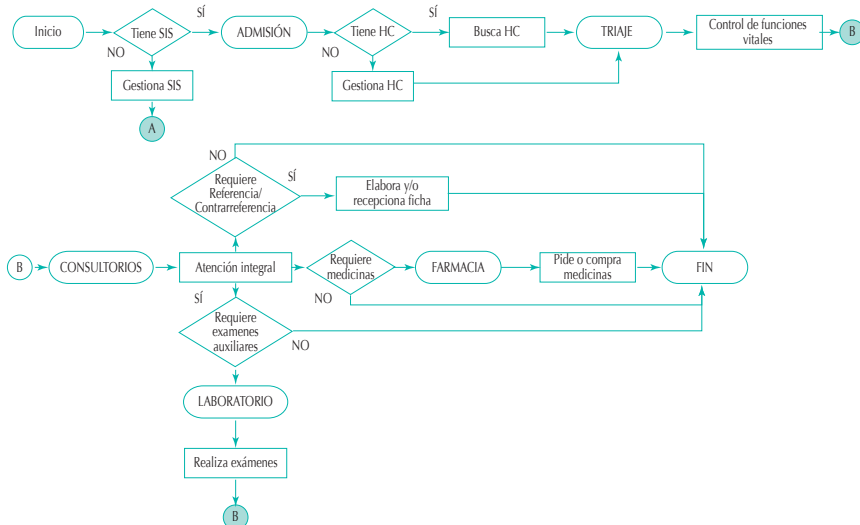
“Aparentemente es gratuito, pero en la gran mayoría se compran los medicamentos”.

Joela (17 años), Callería

“Cubre algunos medicamentos que son genéricos y normalmente se conocen”.

Jovencito (23 años), Callería

Gráfico 30
PROCESOS DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN JÓVENES



Fuente: Elaboración propia.

IV. Barreras identificadas

En los usuarios:

- **Existe desconocimiento de los usuarios acerca de los beneficios a los que pueden acceder mediante el SIS.** En la percepción de muchos jóvenes usuarios y no usuarios, la cobertura de atención es limitada y se expresa, como en muchos casos, en la imposibilidad de acceder a exámenes y medicinas, porque no están disponibles en el establecimiento (o el ámbito) o, si lo están, se requiere realizar algún pago para acceder a ellos. Por tanto, se pierde el sentido de la gratuidad del servicio.
- **No existe una demanda sentida de la necesidad de afiliarse al SIS.** En muchos casos, los jóvenes expresan tener suficiente vitalidad, por lo cual no surge la necesidad de acudir a los establecimientos de salud, salvo en emergencias. Por tanto, disminuye el interés por la afiliación a un seguro de salud. Este hecho denota asimismo la carencia de prácticas de salud preventiva por parte de los jóvenes.
- **El nivel de satisfacción con el servicio es bajo en los jóvenes. Se valora el tiempo que se toma el personal y el interés que muestra en su atención, incluso más que la valoración de los equipos o la minuciosidad de la atención.** Los jóvenes manifiestan sentirse satisfechos con el servicio cuando está asociado al buen trato y la empatía con el paciente, hecho que suele ocurrir en mayor frecuencia con el personal de salud contemporáneo. Según manifiestan, son mejor comprendidos. En caso contrario, optan por calificar

negativamente al servicio, pese a que el episodio ha sido resuelto oportunamente.

En las instituciones prestadoras del servicio:

- **No se cuenta con recursos humanos ni equipamiento para el nivel de resolución que corresponde.** Según la información reportada, los establecimientos evaluados no cuentan con equipos, insumos y el personal requerido para responder adecuadamente a la atención de los servicios de salud para su nivel y en mucha menor medida a los jóvenes.
- **Los servicios diferenciados están en proceso de implementación en relación con la normativa, pero en términos operativos aún no se aplica.** A partir de la aprobación de la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven (095 MINSA/DGPSP-2012), se dispone de un marco regulatorio suficiente para la atención, que es implementado en todos los niveles de salud. Sin embargo, en términos operativos los establecimientos evaluados no tienen suficiente personal calificado, ni el equipamiento ni los insumos requeridos para una atención diferenciada adecuada.

En las instituciones administradoras de fondos:

- **La normatividad del SIS no contempla especificaciones para el grupo de jóvenes.** El SIS, como principal actor en la implementación del AUS y responsable de lograr mayor cobertura del aseguramiento en la población más vulnerable, aún no incorpora en su normatividad especificaciones para el grupo de los jóvenes.
- **Existen vacíos normativos en la transición de joven dependiente de los padres y jóvenes de mayor edad.** Tanto actores como jóvenes expresan esta preocupación, pues este periodo se caracteriza por la alta movilidad laboral (que limita el aseguramiento) y de convivencia (muchas mujeres jóvenes requieren de atención prenatal y posnatal).

- **La calificación familiar perjudica la calificación del joven.** Un joven puede presentar alta necesidad de atención para su salud y no contar con los recursos suficientes para atenderse, pero el hecho de vivir en un hogar no calificado perjudica la opción de recibir el servicio.
- **Los criterios de calificación del Sisfoh son muy cuestionados por los actores y los usuarios en sus criterios de selección.** Esta situación se relaciona con lo anterior. El proceso de actualización del Sisfoh muchas veces no está a la par con el cambio en la condición familiar o aún no ha incorporado a todas las familias de una comunidad.
- **Si bien los fondos asignados pueden garantizar la atención mediante el SIS, los servicios no están preparados para este proceso.** Como hemos visto, existen recursos suficientes para la atención de la demanda. En 2013, el SIS prácticamente ha duplicado su presupuesto, pero hemos visto que los establecimientos evaluados aún no están preparados para una adecuada atención diferenciada.

V. Limitaciones y dificultades en el desarrollo del estudio

A continuación, se presentan las limitaciones y dificultades para el desarrollo del estudio:

- Es necesario tomar en cuenta que esta evaluación corresponde a un estudio de caso, en el que se ha evaluado tres zonas específicas que no son inferenciables ni a nivel distrital, ni departamental.
- La recolección de la información en campo se realizó durante el desarrollo del Congreso Nacional de Juventudes, lo que dificultó la ubicación de los jóvenes líderes del Centro Nacional.
- La Senaju debería contar con un mapa de actores claves del sector salud y juventud actualizado.
- Para estudios similares, se debe considerar balancear los tiempos entre el trabajo de campo y el procesamiento de la información cualitativa.
- Asimismo, se recomienda promover estudios que profundicen el análisis de la información de las bases de datos de salud y el aseguramiento relacionado con la temática del joven.

VI. Conclusiones

Características de la población joven

1. La población joven de 15 a 29 años representa el 27% de la población general (Enaho), aunque esta proporción es ligeramente mayor en el departamento de Ayacucho y menor en el departamento de Ucayali.
2. La distribución según el sexo a nivel nacional es equitativa. Similar situación se aprecia en Ayacucho y La Libertad, pero no en Ucayali, que presenta 53% y 47% de jóvenes varones y jóvenes mujeres, respectivamente. Esta información es de suma importancia para estudiar la demanda de los servicios de salud y determinar si los establecimientos de salud están preparados para atender este tipo de demanda.
3. Respecto al nivel de instrucción alcanzado por los jóvenes, aspecto importante para determinar la calidad de empleo al que pueden acceder, se ha resaltado la revisión de aquellos que han alcanzado niveles que brindan la calificación para desempeñarse laboralmente. En el grupo de 15 a 19 años el 81% tiene un nivel secundario incompleto y completo, y en el nivel superior está en proceso. Por ello, se reporta el nivel incompleto en el nivel técnico y el universitario. El 46% de los jóvenes de 20 a 24 años ha alcanzado al menos secundaria y el 14% presenta un nivel superior técnico o universitario completo. Por último, en el grupo de 25 a 29 años el 43% tiene un nivel secundario y el 25% ha concluido el nivel superior.

4. En cuanto a la condición laboral, resaltan las diferencias marcadas entre hombres y mujeres. El 75% de hombres trabaja o busca trabajo, mientras que en las mujeres la cifra reportada es de 58%. Además, tres de cada cuatro jóvenes que trabajan no tiene contrato, y el 20% tiene un contrato a plazo fijo que considera a los jóvenes que prestan servicios y que conocen desde un inicio la fecha de cese de su contrato. Con esto se corrobora la precariedad de la condición laboral y la informalidad en que el joven se desenvuelve. El hecho de trabajar no garantiza que se cuente con protección social de salud.
5. La desprotección en la salud de los jóvenes no solo puede afectar su estado de salud, sino también su economía y la de su hogar. Según la información específica de los jóvenes de Enaho, el gasto total mensual en salud se ha incrementado de 2009 a 2012. Asimismo, hasta 2011 el gasto de bolsillo representaba alrededor de la mitad. La situación ha variado en 2012, porque se incrementó el gasto total en salud mensual y el aporte del bolsillo en 40%. Por su parte, el gasto mensual de los jóvenes sin seguro integral de salud fue 40% mayor que en el periodo 2009-2011, y en 2012 fue 30% mayor.

Avances en la política y normas del aseguramiento

6. Aumentaron las posibilidades de acceso al aseguramiento para los jóvenes a partir del AUS, pero principalmente a partir del impulso desde el Estado al SIS, mediante la dotación de mayores fondos presupuestales con los que se puede ampliar los recursos para mejorar la cobertura a través de estrategias novedosas de inclusión a jóvenes.
7. A través de los convenios capitados entre el SIS y los gobiernos regionales, los establecimientos pueden contar con más recursos que pueden ser aprovechados para mejorar los servicios diferenciados para la atención de los jóvenes.

8. A partir de la revisión y el análisis de la documentación normativa podemos afirmar que, además de lo referido a la atención y la calidad de atención del joven, no se han identificado documentos con normas específicas para los jóvenes.

Avances en la implementación

9. En general, los recursos financieros del SIS no parece ser un tema cuestionable para la gestión financiera. El presupuesto se ha incrementado de 459 a 585 millones de soles entre 2009 y 2012, y espera duplicarse en el siguiente periodo. La situación es percibida así por los funcionarios locales involucrados en la implementación del AUS y/o SIS a nivel local, pero indican la importancia de seguir aumentando los recursos.
10. A pesar de ello, los funcionarios indican que ha existido algunos episodios de desajuste en la entrega de fondos, debido a una subestimación del flujo de prestaciones y episodios de desabastecimiento de medicamentos en los establecimientos. Estos hechos últimos son más frecuentes y se debieron a demoras en los procesos de compra y distribución de parte del Minsa.
11. En 2012 el 63% de la población contaba con algún tipo de seguro, pero en los jóvenes esta cobertura es menor (alcanza el 52%). Este nivel prácticamente no ha variado en el periodo 2009-2012.
12. El avance en el aseguramiento de jóvenes en los últimos años por región geográfica presenta una mayor proporción de afiliados en las regiones sierra y selva, a diferencia de la costa, con excepción de Lima Metropolitana, precisamente en departamentos en los que existe una mayor cobertura del AUS.
13. En el avance del aseguramiento considerando la variable sexo, la cobertura en los jóvenes varones se mantiene levemente por encima del aseguramiento en las jóvenes mujeres, situación que tampoco ha cambiado en los últimos años.

14. La situación del aseguramiento según el sexo de los jóvenes es proporcionalmente inversa cuando vemos la cobertura de afiliación al SIS. Existe una mayor proporción de jóvenes mujeres que jóvenes varones con cobertura por este sistema, pero en este caso la diferencia es más significativa.
15. Al explorar la cobertura según el nivel educativo alcanzado, apreciamos resultados diversos. La cobertura es relativamente alta en jóvenes que no cuentan con nivel educativo o alcanzaron solo primaria, y relativamente menor en los que alcanzaron el nivel de secundaria y superior.
16. De acuerdo con la condición de pobreza, existe un bajo nivel de cobertura de la población joven no pobre en comparación con la población joven pobre y extremo pobre. La proporción de jóvenes asegurados en este último caso es menor.
17. En términos de número de jóvenes coberturados, la gestión del SIS tenía afiliados a diciembre de 2012 a 1.628.114 adolescentes (de 12 a 17 años) y 2.488.695 jóvenes (de 18 a 29 años), que en total sumaban 4.116.809 afiliados.
18. La distribución por sexo de la población afiliada al SIS en el caso de los adolescentes es equitativa. Se registraron 812.170 adolescentes varones afiliados y 815.944 adolescentes mujeres afiliadas. No es equitativa entre los jóvenes de 18 a 29 años, pues observamos que el número de jóvenes mujeres afiliadas al SIS (1.492.808) supera significativamente al número de jóvenes afiliados varones (995.887).
19. Si analizamos esta cobertura en términos de la proporción de la población adolescente y joven afiliada al SIS con respecto a la población total de adolescentes y jóvenes, a nivel nacional la cobertura de adolescentes alcanzó el 44%.
20. No obstante, tenemos diferencias marcadas de cobertura entre los diferentes departamentos, lo cual está en correlación con la incidencia de pobreza. Apreciamos alta cobertura de adolescentes

afiliados al SIS (por encima del 75%) en departamentos con alta pobreza como Amazonas (92%), Huancavelica (82%), Apurímac (80%), Huánuco (80%) y Ayacucho (76%); por el contrario, encontramos baja cobertura en departamentos menos pobres como Lima (21%), Ica (21%), Arequipa (20%), Tacna (16%) y Moquegua (16%).

21. Respecto a la percepción de salud de los jóvenes, el acceso al SIS no necesariamente garantiza la búsqueda de ayuda ante un suceso que afecte su estado de salud.
22. La demanda de servicios es más alta en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, sobre todo en los puestos y centros de salud.
23. El tipo de afecciones más frecuentes son: enfermedades respiratorias, digestivas, infecciones de diferente etiología, embarazo (control prenatal y puerperio), traumatismos, envenenamientos y afecciones causadas por agentes externos. Si se realiza la diferencia según el grupo de edad, solo variará el orden.
24. Los establecimientos de salud, independientemente de la categoría, no cuentan con los servicios básicos adecuados en los casos observados. Tampoco tienen el personal ni el equipamiento especial para brindar servicios diferenciados para jóvenes y adolescentes.
25. En el mismo sentido, de acuerdo con las normas técnicas del Minsa, es necesario fortalecer los procesos estratégicos, operativos y de soporte.
26. Respecto a la gestión del SIS, los jóvenes que describen el proceso de afiliación hacen notar su insatisfacción porque no se les brinda un adecuado servicio según sus expectativas. Existe demora en la respuesta, confusión acerca de la gratuidad del SIS y falta de información. Todo ello, en combinación con el alto grado de insatisfacción en el servicio, retroalimenta la sensación de insatisfacción del joven.

27. Respecto al proceso de atención del SIS, dependiendo de los servicios con que cuenta el establecimiento de salud, los jóvenes usuarios identifican fácilmente las debilidades. Si se requieren exámenes auxiliares y el establecimiento de salud no cuenta con este servicio, el paciente debe ir a otro establecimiento de salud o centro particular, lo que ocasiona disconformidad. Lo mismo ocurre con la disponibilidad de los medicamentos.

En relación con los objetivos propuestos

28. Se encuentra al alcance de los gestores aprovechar la información de las fuentes secundarias disponibles en las estadísticas nacionales (Enaho, Minsa, etc.) y de los propios gestores del AUS (SIS, Sunasa, etc.), a fin de realizar el seguimiento de los avances del AUS en los jóvenes a lo largo del tiempo.
29. Existe la percepción general en los gestores del AUS del avance en la implementación de la norma a partir de la firma de los convenios capitados.
30. La normatividad del aseguramiento está claramente definida en la Iafas SIS. Sin embargo, en términos operativos a nivel de IPRESS se aplica parcialmente, pues no existen los recursos adecuados ni las capacidades específicas del personal para desarrollar esta labor.
31. Este estudio ha intentado indagar la percepción de los jóvenes usuarios y no usuarios del SIS. El estudio de caso limita el alcance de los hallazgos a otras realidades. Sería conveniente que se evalúe la percepción de la atención del asegurado en este grupo.

VII. Recomendaciones de política

1. Promover la atención diferenciada en infraestructura y equipamiento, pero principalmente en las capacidades del personal de salud.

Actor		Acciones propuestas	Agenda de investigación
Minsa	Rol rector	<p>Redoblar esfuerzos para impulsar el fortalecimiento de la atención diferenciada en los establecimientos de primer nivel y de menor resolución, pero considerando que las características de la demanda del joven en los departamentos es diversa.</p> <p>Realizar un seguimiento permanente al avance de este proceso.</p> <p>Coordinar con encargados de las Diresa para un adecuado uso y optimizado de los recursos locales, sobre todo del recurso humano disponible para este tipo de atención.</p>	<p>Analizar la oferta y la demanda disponible de personal de salud especializado en atención diferenciada en cada departamento. La información de caso por parte de los gestores señala insuficiente personal capacitado para brindar este servicio.</p> <p>Analizar y discutir acerca de los incentivos implícitos por pagos capitados ante el eventual aumento significativo del presupuesto en los próximos años.</p>
	Rol gestor de IPRESS	<p>Organización de los recursos disponibles en términos de uso de espacios, tiempos y trato en la atención de jóvenes y adolescentes.</p>	

Actor		Acciones propuestas	Agenda de investigación
lafas	Sunasa	Incorporar dentro de las acciones de seguimiento y supervisión el avance en la implementación de los servicios diferenciados.	Incluir en reportes del SIS y Sunasa.
Sunasa			

2. Se recomienda que los actores realicen un seguimiento permanente al aseguramiento en los jóvenes, particularmente en el grupo de jóvenes mujeres. Los datos muestran retraso respecto a la cobertura alcanzada a nivel poblacional.

Actor		Acciones propuestas	Agenda de investigación
Minsa	Rol rector	Realizar un seguimiento del avance en la cobertura del aseguramiento para el grupo joven, considerando que existe información longitudinal que puede ser explotada a partir de fuentes secundarias disponibles (Enaho y SIS). Considerar en el análisis avances por variables sexo, nivel educativo y nivel geográfico. Se recomienda que la lafas SIS incluya dentro de su sistema de información pública la cobertura de afiliación y atención. Así también, que incluya en los informes y reportes emitidos no solamente la clasificación por grupos de edad adolescente (12-17 años) y joven (18-29 años), sino también la que se define en los lineamientos de política (15-29 años).	Explorar cuál es el alcance o impacto que ha tenido el avance del aseguramiento en la salud y la economía de jóvenes.
lafas			
Senaju			
Sunasa			

3. Discutir el hecho de que no existen consideraciones especiales para los jóvenes que pasan de la condición de derechohabientes e independientes.

Actor		Acciones propuestas	Agenda de investigación
Minsa	Rol rector	Fomentar espacios de encuentro, diálogo, concertación y decisión con representantes de las IPRESS, autoridades en materia del joven (Senaju), Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo, entre otros, para abordar el tema.	Cuantificar y analizar la dimensión de esta problemática.
Iafas		Promover iniciativas conjuntas entre y SIS y EsSalud para disminuir el riesgo por pérdida de aseguramiento del joven en proceso de transición en ambos sistemas.	

4. Se recomienda desarrollar estrategias atractivas e innovadoras hacia los jóvenes para promover la demanda de atención y aseguramiento, con énfasis hacia un enfoque de salud preventiva, tomando en consideración realizar un trabajo articulado a través de las organizaciones juveniles locales, dado que conocen de fuente directa sus necesidades (o no).

Actor		Acciones propuestas	Agenda de investigación
Minsa	Rol rector	Reconocer la existencia de resistencias en los operadores de servicios públicos de salud para aceptar diversas manifestaciones juveniles, recomendando trabajar en reducir estas brechas que son percibidas negativamente por los jóvenes. Promover el desarrollo de acciones novedosas de promoción de salud preventiva para jóvenes, tomando en cuenta las diversas realidades locales. Considerar la posibilidad de articular este trabajo a través de organizaciones juveniles para potenciar la intervención, debido a que tienen contacto directo con jóvenes que aún no perciben esta necesidad.	Desarrollar un plan de mercadeo social dirigido a este segmento específico de la población.

Actor		Acciones propuestas	Agenda de investigación
Minsa	Rol gestor de IPRESS	<p>Sensibilizar al personal del establecimiento de salud para mejorar el trato al joven.</p> <p>Promover acciones conjuntas entre los establecimientos de salud y los gobiernos locales (oficinas del Sisfoh) para el desarrollo de trabajo extramural, con la finalidad de incrementar la cobertura de afiliación.</p> <p>Difundir la existencia y los beneficios de acceder al SIS en eventos que convoquen a jóvenes.</p>	Verificar el avance en la cobertura de atención y de afiliación para el grupo joven.
Iafas		Promover acciones conjuntas con las Diresa, para el desarrollo de estrategias que busquen la mejora de estos procesos, ya que se identifican demoras y confusiones por falta de estandarización.	
Senaju		Promover la participación de jóvenes en actividades preventivas de salud. Se recomienda hacerlo a través de un trabajo articulado con las organizaciones juveniles locales.	

- Se recomienda evaluar la pertinencia de la calificación del joven a través del Sisfoh. La calificación familiar perjudica la calificación del joven, hecho que es reconocido por todos los actores involucrados en el AUS. Esto merece una mayor discusión externa e interna del SIS y del Minsa.
- Se recomienda uniformizar (o crear) los criterios para la evaluación y seguimiento de las metas de aseguramiento y salud para los jóvenes, en todas las entidades involucradas en el AUS, para de esta manera estandarizar la información. Un seguimiento y un monitoreo pertinentes permitirán conocer en qué medida los servicios son utilizados por los jóvenes y si les beneficia directamente. La información con que se cuenta no permite conocer a ciencia cierta si este tipo de instrumentos o acciones que lleva a cabo el gobierno son reconocidas y utilizadas por los jóvenes, ni tampoco evaluar cuál es el impacto de este tipo de programas en su salud.

VIII. Bibliografía

Alfageme Augusta (2012). *Algunas reflexiones sobre la Ley de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú*, en Revista Moneda Nro. 151 Julio de 2012, pp. 37-41.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2012). *IV Estudio Nacional. Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012*. Lima: Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.

Cortez, Rafael (2001). *El Impacto de los Servicios Públicos de Salud sobre la productividad y la pobreza*, en INEI, Dimensiones de la pobreza en el Perú. Lima: INEI, CIDE.

Durán, Fabio y Chacaltana, Juan (2007). *La protección social de los jóvenes en América Latina*. Lima: Organización Internacional del Trabajo.

Guzmán-Changanaqui, Alfredo (2005). "Reforma sanitaria y aseguramiento universal". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 51, nro. 4, pp. 233-237.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009). *Perú: estimaciones y proyecciones de población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad 1995-2025*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Instituto Nacional de Estadística e Informática 2002 al 2012. *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza - ENAHO*.

Jaramillo, Miguel; Parodi, Sandro (2004). *El Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil: Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso*. Lima. Grupo de análisis para el desarrollo - GRADE (documento de trabajo No. 46), pp. 11-13.

Ministerio de Salud (2009). Ley 29344, Decreto Supremo 008-2010-SA. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.

Ministerio de Salud (2011a). *Norma técnica de salud. Criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes*. Ministerio de Salud: Lima.

Ministerio de Salud (2011b, 11 de julio). Resolución Ministerial 527/2011-MINSA. *Guía técnica para la evaluación de satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo*. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (2011c). Norma Técnica 021 MINSA-DGSP.

Ministerio de Salud (2011d). Registro Ministerial 298-2011/MINSA. *Guía técnica de gestión de promoción de la salud en instituciones educativas para el desarrollo sostenible*.

Organización Mundial de la Salud (s. f.). “¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos?”. Consultado el 11 de marzo de 2014 de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/index.html

Secretaría Nacional de la Juventud (2012). *Encuesta nacional de la juventud. Resultados finales*. Lima: Secretaría Nacional de la Juventud.

Seinfeld, Janice (2007). *Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medios y bajos?* Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico y Consorcio de Investigación Económica y Social.

Wilson, Luis; Velásquez, Aníbal, y Ponce, Carlos (2009). "La ley marco de aseguramiento universal en salud: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su formulación". En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 26, nro. 2, pp. 207-217.



SENAJU

Secretaría Nacional de la Juventud

www.juventud.gob.pe

Calle Compostela 142 Urbanización La Calesa - Santiago de Surco, Lima

Teléfonos: (511) 2722059 - 2714943