

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS



TESIS:

**LA VULNERACIÓN DE DERECHOS CONSTITUCIONALES POR
PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO DE
SALUD DE ASCENSIÓN CON RELACIÓN A LA EFICACIA
DE LA LEY N° 29414, HUANCABELICA – 2016.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

DERECHO PÚBLICO

PRESENTADO POR:

Bach. Victoria Pilar ANCCASI DAÑOBEYTIA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

ABOGADO

HUANCABELICA, PERÚ

2020



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N° 25265)

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la sala de Simulación de la Facultad de derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de Huancavelica, en la Ciudad Universitaria, a los 25 días del mes de noviembre de 2020, siendo las 4:00 pm, se reúnen los miembros del jurado calificador conformado por:

Presidente : Dr. DENJIRO FÉLIX DEL CARMEN IPARRAGUIRRE

Secretario : Mg. JOB JOSUÉ PÉREZ VILLANUEVA

Vocal : Dr. PERCY EDUARDO BASUALDO GARCÍA

Aprobación de hora y fecha de sustentación con Resolución Decanal N°072-2020-RD-FDYCCPP-UNH, de fecha 10 de noviembre de 2020.

Para la calificación del trabajo de investigación:

LA VULNERACIÓN DE DERECHOS CONSTITUCIONALES POR PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO DE SALUD DE ASCENSIÓN CON RELACIÓN A LA EFICACIA DE LA LEY N°29414, HUANCAMELICA - 2016.

Cuyo (a) autor (a) es:

Sr. (Srta.) bachiller: ANCCASI DAÑOBEYTIA Victoria Pilar

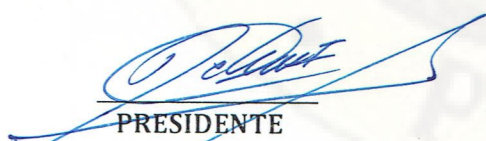
A fin de proceder a la evaluación, se invita al público presente y al sustentante abandonar el recinto, y luego de la correspondiente deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

APROBADO ☒

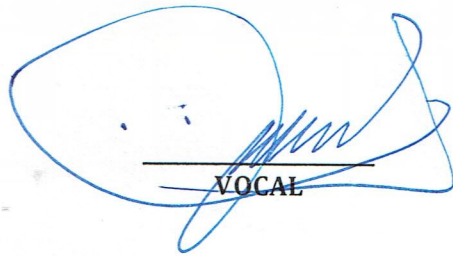
POR: UNANIMIDAD

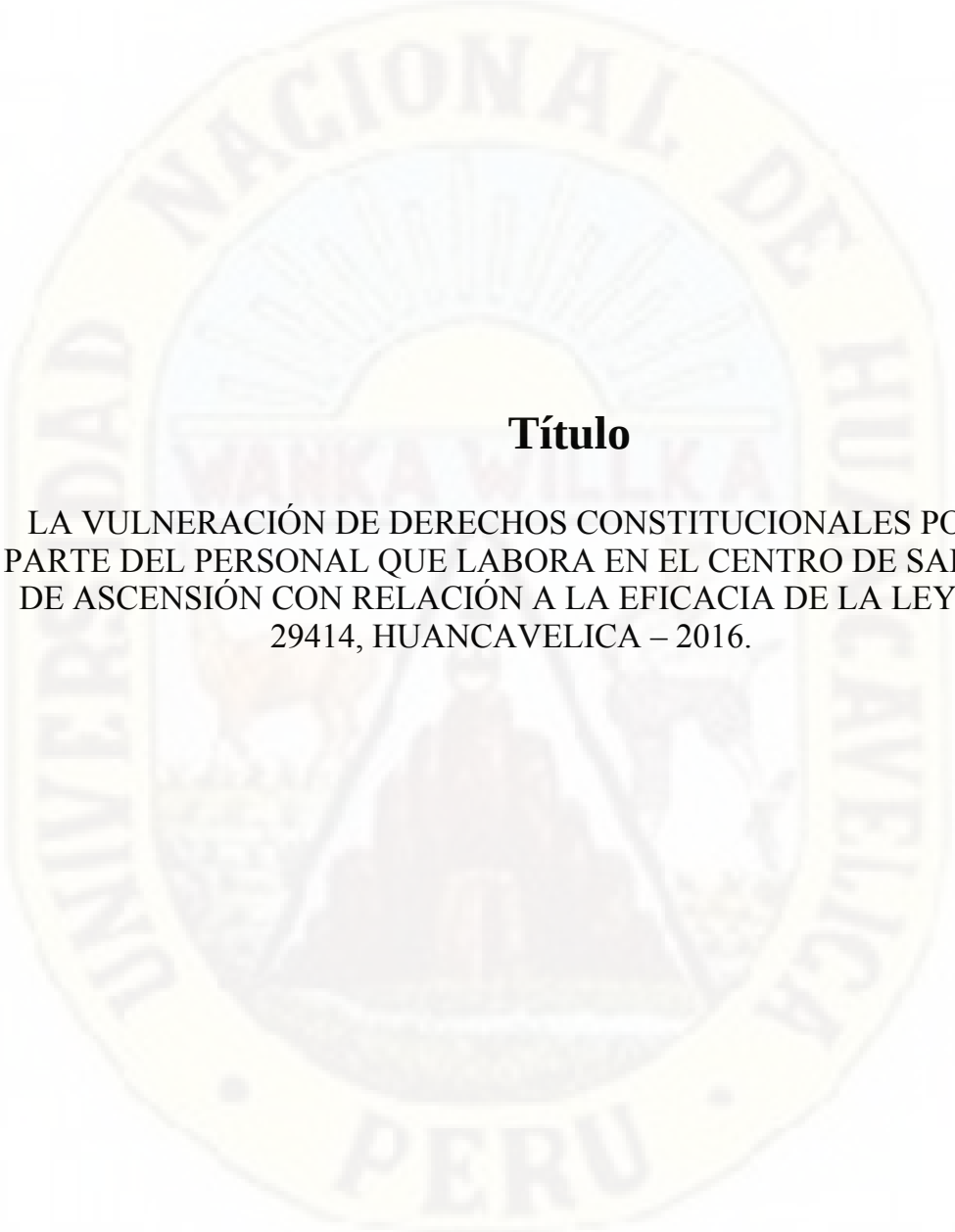
DESAPROBADO ☐

En conformidad con lo actuado, suscribimos al pie.


PRESIDENTE

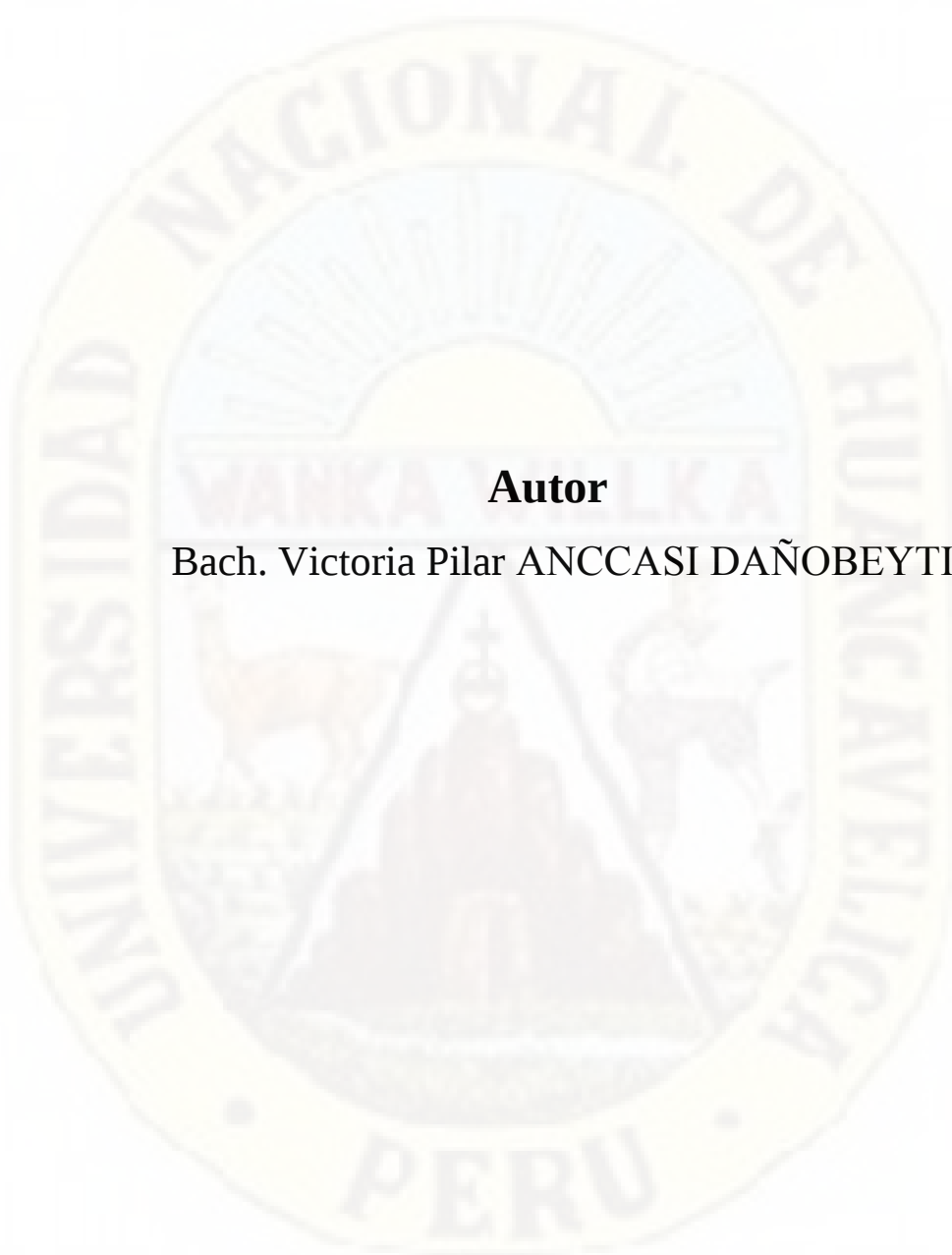

SECRETARIO


VOCAL



Título

LA VULNERACIÓN DE DERECHOS CONSTITUCIONALES POR
PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO DE SALUD
DE ASCENSIÓN CON RELACIÓN A LA EFICACIA DE LA LEY N°
29414, HUANCABELICA – 2016.



Autor

Bach. Victoria Pilar ANCCASI DAÑOBEYTIA

Asesor

Dr. Esteban Eustaquio FLORES APAZA



Dedicatoria

A mi familia y a todas las personas que me apoyaron incondicionalmente durante mi formación dentro de las aulas universitarias para cumplir con mis metas.

El autor

Tabla de contenido

Portada	i
Título	ii
Autor	iii
Asesor.....	iv
Dedicatoria	v
Tabla de contenido	vi
Tabla de contenidos de tablas	viii
Tabla de contenidos de gráficos	x
Resumen.....	xii
Abstrac	xiii
Introducción	xiv
CAPITULO I.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. Descripción del problema	15
1.2. Formulación del problema	21
1.3. Objetivos	22
1.4. Justificación.....	22
CAPITULO II	24
MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes	24
2.2. Bases teóricas	28
2.3. Bases conceptuales.....	42
2.3.2.1. Fuentes Normativas del derecho a la Salud	63
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	86
2.5. HIPÓTESIS.....	88
2.5.1. Hipótesis general.....	88
2.6. VARIABLES.....	88

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....	88
CAPITULO III.....	90
MATERIALES Y MÉTODOS	90
3.1. Ámbito temporal y espacial	90
3.2. Tipo de investigación	91
3.3. Nivel de investigación.....	91
3.3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	91
3.4. Población, muestra y muestreo	92
3.4.1. Población.....	92
3.4.2. Muestra.....	92
3.4.3. Muestreo.....	92
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	92
3.5.1. Técnicas.....	92
3.5.2. Instrumentos.....	92
3.6. Técnicas y procesamiento de análisis de datos	92
CAPITULO IV.....	94
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	94
4.1. Análisis de la información	94
CONCLUSIONES	114
RECOMENDACIONES	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
APÉNDICE	119

Tabla de contenidos de tablas

<i>Tabla 1. Operacionalización de variables</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 2. El total de personas que concurrieron al centro de salud de Ascensión.....</i>	<i>95</i>
<i>Tabla 3. Falta información por parte del personal de salud, vulnera Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016.</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 4. Factor tiempo: Total de usuarios que fueron atendidos de manera rápida</i>	<i>97</i>
<i>Tabla 5. Total, de personas que realizaron alguna queja de ser tardía la atención.</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 6. Total, de personas que consideran que hay una buena atención en el Centro de Salud de Ascensión</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 7. Total, de personas que consideran que el derecho a la salud está respaldado por nuestra Constitución y por otras leyes especiales.....</i>	<i>99</i>
<i>Tabla 8. Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión: Antes de la atención, le informaron sobre sus derechos como usuario.....</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 9. Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión en algún momento le hizo referencia de la ley N° 29414 y su contenido</i>	<i>101</i>
<i>Tabla 10. Total, de personas que tiene conocimiento de la ley N° 29414 en salvaguarda de las personas usuarias a los Centro de Salud</i>	<i>102</i>
<i>Tabla 11. Total, de personas que consideran de forma obligatoria, una información oportuna de los derechos como usuarios del Centro de salud de Ascensión.</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 12. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.</i>	<i>104</i>
<i>Tabla 13. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.</i>	<i>105</i>

Tabla 14. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.
..... 106

Tabla 15. Total, de personas que consideran que existe una adecuada aplicación de la ley N° 29414...... 107

Tabla 16. Reporte de las variables estudiadas a nivel de sus dimensiones..... 108



Tabla de contenidos de gráficos

Gráfico 1. Total, de personas que concurrieron al Centro de Salud de Ascensión... 95

Gráfico 2. Total, de motivo de concurrencia al Centro de Salud de Ascensión..... 95

Gráfico 3. Falta información por parte del personal de salud, vulnera Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016. 96

Gráfico 4. Factor tiempo: Total de usuarios que fueron atendidos de manera rápida 97

Gráfico 5. Total, de personas que realizaron alguna queja de ser tardía la atención. 98

Gráfico 6. Total, de personas que consideran que hay una buena atención en el Centro de Salud de Ascensión..... 99

Gráfico 7. Total, de personas que consideran que el derecho a la salud está respaldado por nuestra Constitución y por otras leyes especiales..... 100

Gráfico 8. Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión: Antes de la atención, le informaron sobre sus derechos como usuario. 101

Gráfico 9. Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión en algún momento le hizo referencia de la ley N° 29414 y su contenido..... 102

Gráfico 10. Total, de personas que tiene conocimiento de la ley N° 29414 en salvaguarda de las personas usuarias a los Centro de Salud 103

Gráfico 11. Total, de personas que consideran de forma obligatoria, una información oportuna de los derechos como usuarios del Centro de salud de Ascensión. 104

Gráfico 12. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna. 105

Gráfico 13. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de

Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.
..... 106

Gráfico 14. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.
..... 107

Gráfico 15. Total, de personas que consideran que existe una adecuada aplicación de la ley N° 29414...... 108

Gráfico 16. Reporte de las variables estudiadas a nivel de sus dimensiones..... 109

Gráfico 17. Gráfico para la contrastación de la Hipótesis. 110

Gráfico 18. Dimensiones de las variables estudiadas 111



Resumen

La importancia de la ejecución de la presente investigación titulado “La vulneración de derechos constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la ley N° 29414, Huancavelica – 2016”, desarrollado y estudiado por la tesista Victoria Pilar Ancasi Dañobeytia, para lo cual me propuse el siguiente problema de investigación ¿Existe vulneración de Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión enmarcada a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016?, y con ello me propuse el siguiente objetivo: Determinar la existencia de la vulneración de Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016.

Como hipótesis me planteé la siguiente respuesta: Si, existe vulneración de los Derechos Constitucionales presentes en la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016. El Tipo de investigación es el Básico. El método que utilice es el Método científico, el Nivel es Descriptivo Simple. La población y muestra consta de 70 encuestados. Con lo que llegamos a los siguientes resultados estadísticos que del total de encuestados que representa el 100% el 60% respondieron que no hay una correcta eficiencia en la aplicación de la ley 29414, mientras que un 40% respondieron que si hay una correcta eficiencia en la aplicación de la ley 29414.

En relación a los resultados se concluye con que existen vulneración de los Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016 ya que hay una gran debilidad en el cumplimiento del derecho a la información y el derecho a decidir, sobre todo al momento de solicitar al paciente su consentimiento para la realización de procedimientos simples y complejos.

Finalmente se recomendó Desarrollar programas y políticas educativas para preparar al personal del Centro de Salud de Ascensión a tratar de forma adecuada al usuario del servicio, enfatizando minimizar los perjuicios, para que el personal sea más efectivo en el desarrollo de sus funciones.

Palabras clave: Vulneración de derechos, derechos en salud , derecho constitucional, derechos humanos

Abstrac

The importance of the execution of the present investigation entitled "The violation of constitutional rights by the personnel that works in the health center of Ascensión in relation to the effectiveness of the law N ° 29414, Huancavelica - 2016", developed and studied by the thesis Victoria Pilar Anccasi Dañobeytia, for which I proposed the following research problem Is there a violation of Constitutional Rights by the staff that works in the health center of Ascensión framed to the effectiveness of Law No. 29414, Huancavelica - 2016 ?, and with that I set myself the following objective: To determine the existence of the violation of Constitutional Rights by the personnel that work in the health center of Ascensión in relation to the effectiveness of Law No. 29414, Huancavelica - 2016.

As hypothesis, I put the following answer: Yes, there is a violation of the Constitutional Rights present in Law No. 29414 by the personnel that works in the health center of Ascensión in relation to the effectiveness of Law No. 29414, Huancavelica - 2016. The type of research is Basic. The method you use is the Scientific Method, the Level is Simple Descriptive. The population and sample consists of 70 respondents. With what we come to the following statistical results that of the total of respondents that represents 100% 60% answered that there is not a correct efficiency in the application of the law 29414, while 40% answered that if there is a correct efficiency in the application of law 29414.

In relation to the results, it is concluded that there is a violation of the Constitutional Rights by the personnel that work in the health center of Ascensión in relation to the effectiveness of Law N ° 29414, Huancavelica - 2016 since there is a great weakness in compliance with the right to information and the right to decide, especially when requesting the patient's consent to perform simple and complex procedures.

Finally, it was recommended to develop educational programs and policies to prepare the personnel of the Health Center of Ascensión to adequately treat the user of the service, emphasizing minimizing the damage, so that the staff is more effective in the development of their functions.

Keywords: Violation of rights, health rights, constitutional law, human rights

Introducción

La relevancia del tema a estudiar radica a la entrada en vigencia de la Ley N° 29414, las entidades de salud y el personal que labora en ella tengan conocimiento suficiente sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; para que en lo posterior no haya vulneración de derechos. La constitución reconoce a la salud como el derecho fundamental, así como también es consagrado como un derecho en la mayoría de los determinantes, y también responsabiliza al Estado para que pueda garantizarla, así como también es necesario organizar el Sistema Público Nacional de la Salud, ya que se tendrá que vincular al Sistema de Seguridad Social. Para así lograr garantizar este derecho supremo en lo que es la salud, el Estado deberá de promover y desarrollar acciones políticas orientadas para así elevar el bienestar compuesto, acceso a los servicios y calidad de vida en los ciudadanos y ciudadanas.

El presente trabajo de investigación lleva por título “La vulneración de derechos constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la ley N° 29414, Huancavelica – 2016”, ha sido elaborado con la finalidad de optar el título profesional de Abogado y que sirva como base para el desarrollo de trabajos a futuro sobre este tema que es de vital importancia para el conocimiento de las normativas correspondiente y a su interpretación adecuada por parte de los profesionales de la Ley. En tal sentido, el presente trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos:

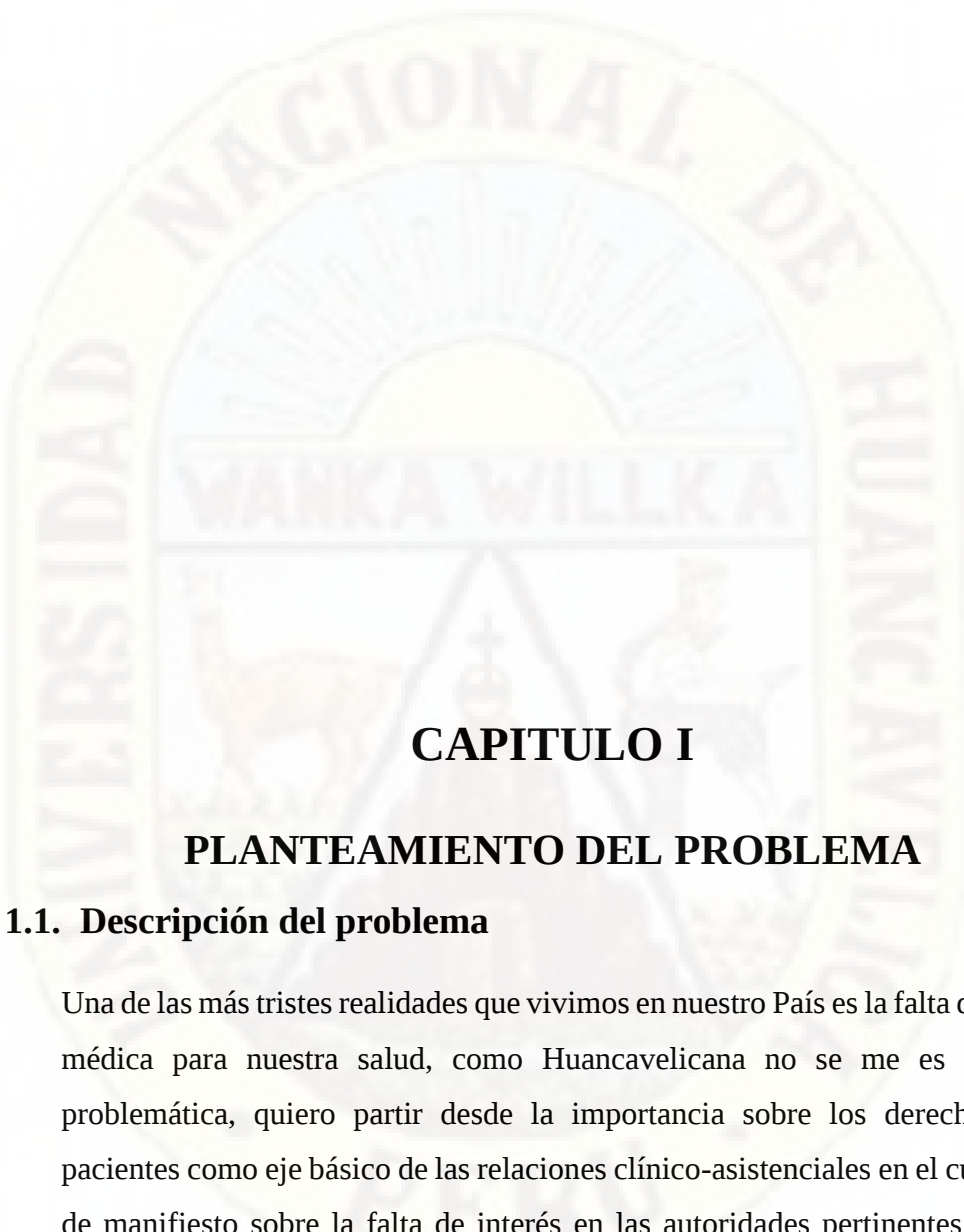
Capítulo I: Planteamiento del problema, constituye la base del trabajo de investigación donde se encuentra la información referente a la formulación del problema, determinación de objetivos de la investigación y justificación del trabajo de investigación.

Capítulo II: Marco teórico, comprende los antecedentes del estudio, bases teóricas, planeamiento de hipótesis, definición de términos básicos, variables y operacionalización de variables.

Capítulo III: Materiales y métodos, comprende el ámbito de estudio, tipo de investigación, nivel de investigación, método de investigación, diseño de la investigación, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos; con el cual se realizó dicha investigación.

Capítulo IV: Discusión de resultados, comprende al análisis de información, prueba de hipótesis, las conclusiones y las recomendaciones respectivamente.

Finalmente se presenta la bibliografía y el apéndice como: Consta de fotografías, documentos emitidos por la escuela profesional, la matriz de consistencia y otros artículos que la investigadora considere importante y que haya contribuido al trabajo.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Una de las más tristes realidades que vivimos en nuestro País es la falta de atención médica para nuestra salud, como Huancavelicana no se me es ajena esta problemática, quiero partir desde la importancia sobre los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales en el cual se pone de manifiesto sobre la falta de interés en las autoridades pertinentes, así como también la falta de equipos biomédicos o las que se encuentren en mal estado, también se trata sobre la ausencia de los profesionales especialistas, el desabastecimiento de los medicamentos y ciertas malas prácticas de almacenamiento son el común denominador de los cuatros principales e importantes hospitales dentro de la región de Huancavelica.

Desde que el hombre habitó la tierra, ha sufrido cambios en el continuo de su salud, en el proceso de estos cambios ha necesitado de la atención de terceros

para restablecerse y proseguir con su cotidianidad, en los albores del tiempo el cuidado de la salud quebrantada estaba a cargo de los médicos de la tribu, adoptándose una posición de absoluta sumisión determinada por el conocimiento y confianza plena de quién brindaba tal atención, modelo conocido como paternalista, donde el médico era el que decidía lo que se debía hacer con el paciente, quién como lo refiere el término, esperaba pacientemente la decisión del médico tratante. (H., 2006).

Con el transcurrir de los tiempos y el avance científico y tecnológico, especialmente el de la salud, se fue presentando la necesidad de la participación del paciente en la toma de decisiones, convirtiéndolo en un agente activo para el cuidado y/o mantenimiento de su salud, cambios que fueron sustentados por las consecuencias de las decisiones tomadas por los galenos sin consulta a los afectados.

La participación del paciente, pasó a ser un derecho sustentado por la ciencia de la bioética y sus principios: no maleficencia, beneficencia, de autonomía y de justicia, (M., 2009) tanto que el hombre por su propia naturaleza y dignidad humana, que están en la esencia de su ser, posee derechos fundamentales, derechos inherentes al hombre mismo los cuales respaldan la sacralidad natural de la vida; (S., 2008) la ONU respalda ésta posición reconociendo el valor supremo de la persona, elevando al hombre a una categoría de valor universal y planetario.¹

Los aspectos de protección y defensa de los pacientes que existen en la actualidad se han ido consolidando de forma progresiva, en especial mediante la creación de un marco normativo y legislativo acorde con la modernización del sistema sanitario. La elaboración del documento consultivo de la Organización Mundial de la Salud (Declaration of the promotion of patients' rights in Europe), documento clave para el desarrollo e implementación de políticas sanitarias,²

¹Declaración Universal de los Derechos Humanos [base de datos en línea]. Madrid: Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas; 2010. [fecha de acceso 22 de mayo del 2012]. URL disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>.

²Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y obligaciones en materia e información y documentación clínica. Ley 41/2002 [en línea]. España: Noticias Jurídicas; 2002. [fecha de acceso 22 de junio del 2012]. URL disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l41-2002.html.

despertó la preocupación de lograr el grado máximo de salud en todo el colectivo, siendo los estados los principales en asumir esta responsabilidad.

Es así que, en el Perú, los derechos de la persona están resguardados por la Constitución Política de 1993 en sus Artículos 1° y 7°, éstos refieren que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad, que implica el cumplimiento de sus derechos, son el fin supremo de la sociedad y del estado ya que todo individuo tiene el derecho a la protección en general de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad en la pertenecen así como el deber de contribuir a su promoción y defensa de cada uno de ellos.³

Se cuenta también con la Ley General de Salud del Perú N°26842 que en su Artículo 4° destaca que sin el consentimiento previo de la persona no se le puede someter a un tratamiento médico o quirúrgico, en caso no esté facultada para otorgar el consentimiento sea por incapacidad legal o por incapacidad para tomar decisiones, es necesario el representante legal para darlo, refiriendo también sus debidas excepciones. Esta misma ley, la cual se modifica en el año 1997, reconoce y pone en vigencia derechos fundamentales del paciente en forma individual, como el respeto a su autonomía;⁴ derechos que son respetados por las instituciones que conforman el sistema de servicios de salud. El MINSA, como ente rector de la salud, señala en su misión :“...la persona es el centro de nuestra misión a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos..., ”aspectos que se contemplan en los principios básicos que orientan las políticas de salud, debido a que tanto el derecho a ser informado, como el del reconocimiento de la autonomía garantizan el respeto a su dignidad y a sus derechos humanos que son inalienables, considerando a la formación y capacitación del recurso humano para mejorar la comprensión y la comunicación en la relación proveedor – usuario.⁵ Actualmente en los servicios de salud del

³Constitución Política del Perú [en línea]. Lima: Oficialía Mayor del Congreso; 2004. [fecha de acceso 18 de julio del 2012]. URL disponible en: <http://www.tc.gob.pe/legconperu/constitucion.html>.

⁴ Ley General de Salud N°26842 [en línea]. Lima: Oficialía Mayor del Congreso; 2006. [fecha de acceso 22 de julio del 2012]. URL disponible en: http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley_general_salud_26842.pdf

⁵Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002 – 2012 y principios fundamentales para el plan estratégico sectorial del quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006 [base de datos en línea]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2002. [fecha de acceso 10 de abril del 2012]. URL disponible en: <http://www.isn.gob.pe/sites/default/files/Lineamientos7.pdf>

MINSA existe la oficina llamada “Atención al ciudadano”, la misma que brinda servicios de información al emigrante, participación ciudadana, consultas, los derechos del asegurado al SIS, derechos en salud sexual, entre otros.⁶

EsSalud, desde hace dos años aproximadamente cuenta con “La Defensoría del Asegurado”, órgano cuya misión es proteger los derechos de los usuarios y supervisar el cumplimiento de las disposiciones. En cada centro asistencial existen estas oficinas asegurando el cumplimiento de la norma, resolver las quejas y/o insatisfacciones por parte de los usuarios y a la vez difunden información sobre los derechos que les corresponde; este arduo trabajo se viene realizando con la ayuda de los asistentes de la Defensoría del Asegurado, quienes emplean carteles, trípticos y boletines que se reparten en los Hospitales.⁷ La información también se difunde a través de internet, ofreciendo el acceso a sus páginas web gratuita y libremente, donde se publica a detalle lo que el interesado debe conocer acerca de sus derechos, reclamos, consultas, entre otros. De acuerdo a Salazar:⁸

Con el paso del tiempo y unido a la evolución experimentada por la ciudadanía, la relación personal de salud - paciente ha cambiado en algunos aspectos, hoy en día, la población tiene acceso a un gran volumen de información sobre salud, proporcionada no sólo por los profesionales sanitarios, en los mismos Hospitales e Instituciones de Salud, sino obtenida también a través de otros canales, como son las asociaciones de pacientes, los medios de comunicación o internet, generando un nivel de formación más elevado al de hace décadas debido a que entiende su salud como un bien individual ante el que puede tomar sus propias decisiones.

El paciente del siglo XXI, ha pasado de ser un paciente a ser un usuario-cliente, dentro de un sistema que difunde información por diferentes medios, permitiéndole empoderarse del conocimiento suficiente para respaldar sus

⁶Atención al ciudadano [base de datos en línea]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2011. [fecha de acceso 15 de julio del 2012]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=5>.

⁷Defensoría del asegurado de Essalud [base de datos en línea]. Lima: Essalud; 2011. [fecha de acceso 23 de julio del 2012]. URL disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/defensoria-del-asegurado/>

⁸Salazar M, Salazar C, Álvarez L, Cabanillas N, Córdova N, Cieza J. Derechos Humanos en Salud y acciones éticas en mujeres hospitalizadas en un Hospital docente: Resultados de estudio piloto. Rev. enferm. Herediana (Lima) 2010; 3(2): 89-95.

derechos; muchas veces con una carrera profesional, con mayores oportunidades de aprendizaje y superación, que se ha acoplado con el avance de la ciencia y la tecnología.⁹

A lo largo de la historia de la salud cambios sociales, culturales, económicos, éticos y políticos han permitido el desarrollo de los derechos de los pacientes. Esto es el reflejo de la importancia que adquieren los conceptos del respeto a la persona y equidad en salud. Una de las consecuencias es que exista énfasis en la creación de mecanismos que aseguren la calidad y la seguridad de la atención en salud.

En cuanto a los deberes de los pacientes existe un desarrollo menor que el de los derechos, estos deberes se relacionan con la colaboración para obtener un beneficio de las acciones en salud y la conciencia de contribuir a un mejor funcionamiento del sistema sanitario, la participación activa del paciente es deseable y a veces indispensable. Por lo tanto, el objetivo es promover y mantener la interacción beneficiosa tanto para el paciente como para profesionales.

La atención en salud abarca un amplio grupo de servicios, en los cuales el paciente interactúa con una serie de profesionales, desempeñando varios roles tales como enfermo, receptor de consejos o bien como un consumidor de productos sanitarios. Los derechos de los pacientes se separan en dos categorías: los derechos sociales y los derechos individuales. Los primeros hacen referencia a la obligación de las autoridades gobernantes, a entregar una atención razonable en el ámbito de la salud pública y entregar un acceso igualitario, eliminando las barreras discriminatorias. Los derechos individuales aluden a áreas como la privacidad, la integridad de las personas y el respeto de la religiosidad.

A partir del 20 de julio de 1197 entro en vigencia la Ley N° 26842 – Ley General de Salud – el Perú ha atravesado momentos coyunturales en materia de salud, ya que su normatividad es extensa y la salud es considerada por muchos como un negocio lucrativo; también porque hay un gran desconocimiento sobre los derechos y deberes de todos aquellos que intervienen en el Sistema de Seguridad Social en Salud, especialmente de los usuarios. Estas razones han sido

⁹Jovell A. El paciente del siglo XXI. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [en línea]. 2006. [fecha de acceso 3 de agosto del 2012]; No 29(3). URL disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/ibc-52276>.

los motivos para el desarrollo de diferentes estudios y elaboración de guías donde se promueven y socializan los derechos y deberes que los pacientes o usuarios del sistema que deben acatar en el momento de acceder a la prestación de los servicios en cualquier institución de salud del territorio nacional.

Pasado los periodos políticos y la inserción de nuevas políticas públicas para el provecho de quienes somos usuarios de la salud, se han dado un sinnúmero de normatividades en sus diversas manifestaciones; quedando aun latente el Derecho a la Salud con que cuentan las personas más necesitadas y humildes de la Región Huancavelica.

Las políticas y los programas relacionados a la salud pueden promover o como también violar los derechos humanos, de manera particular en el derecho a la salud, de acuerdo a la manera en que se formulen y se apliquen los derechos. La ayuda de las medidas vinculadas a respetar y proteger los derechos humanos garantiza la responsabilidad dentro del sector sanitario con respecto de la salud de cada individuo.

Una dirección de la salud establecido en los derechos humanos ofrece ciertas estrategias y soluciones las cuales permiten afrontar y corregir con facilidad las desigualdades, las prácticas discriminatorias y también las relaciones de poder injustas las cuales suelen ser aspectos centrales de la inequidad en las consecuencias sanitarias.

Así, el 30 de setiembre de 2009 entro en vigencia la Ley N° 29414 “¹⁰. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud”, que consta de tres articulados y tres Disposiciones Finales, donde se enumeran derechos como: Acceso a los servicios de salud, Acceso a la información, Atención y recuperación de la salud, Consentimiento informado; que por cierto no guarda eficacia con lo que realmente se presenta día a día en el Centro de Salud de Ascensión.

Ante esta situación en el mes de 13 de agosto del 2015 se aprueba el Reglamento de la Ley N°29414 Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud a través del Decreto Supremo N°027-2015-SA. El Gobierno Peruano mediante Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento N°008-DS-2010-SA, establece el marco

¹⁰<https://www.google.com.pe/search?q=ley+29414&oq=ley+29414&aqs=chrome..69i57j69i59l2.2903j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud.

Ante ello advertimos que en el Centro de Salud de Ascensión no existe una aplicación correcta de la Ley N° 29414, por cuanto la vulneración de los derechos enmarcados en la mencionada ley es latente; ya sea por decirlo en cuanto a la falta de personal de salud y a especialistas, a la prontitud en la atención, a la obtención de servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios, porque se tiene conocimiento que en algunas oportunidades se han hechos uso de medicamentos vencidos; así mismo en cuanto a ser informados adecuada y oportunamente de los derechos que tienen las personas usuarias en calidad de paciente; a recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continua sobre la enfermedad, ya que muchas veces las personas a ser atendidas tienen una cultura muy distinta a la del sector urbano, siendo en muchos casos quechua hablantes. De otro lado también existe tal vulneración al momento de las intervenciones quirúrgicas (de menor grado), anticoncepción quirúrgica entre otras, ya que en su mayoría de oportunidades éstos son aplicados sin importar la opinión del usuario muchas veces teniendo consecuencias negativas.

Es por ello la importancia de la presente investigación para llegar a determinar la eficacia, los efectos y si existe una adecuada aplicación de la mencionada ley; asimismo conocer si la población rural del distrito de Ascensión conoce sus derechos en salud; los resultados de este estudio contribuirá con las entidades que velan por los derechos humanos a mejorar los procesos a fin de no vulnerar los derechos de la persona; así mismo, contribuir con las entidades salud a mejorar sus procesos operativos dentro del marco normativo; impulsar y monitorizar procesos que permitan disminuir e evitar acciones que vulneren los derechos en salud en cumplimiento del Decreto Supremo N°025-2015-SA.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Existe vulneración de Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión enmarcada a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la existencia de la vulneración de Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las principales características de la vulneración de los Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016.
- Identificar la correcta aplicación de la de la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

El presente trabajo de investigación permite generar nuevos conocimientos teóricos que serán usados como base referencial para otras investigaciones relacionadas al tema. Ya que resulta importante la puesta en conocimiento de la Ley N° 29414 para las personas usuarias del Centro de Salud de Ascensión en cuanto a la protección y el respeto de sus derechos constitucionales como son: el derecho Acceso a los servicios de salud, el Acceso a la información, el derecho a la Atención y recuperación de la salud y el derecho Consentimiento informado.

1.4.2. Práctica

La relevancia práctica se materializa a través de la entrada en vigencia de la Ley N° 29414, las entidades de salud y el personal que labora en ella tengan conocimiento suficiente sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; para que en lo posterior no haya vulneración de derechos. La constitución reconoce a la salud como un derecho fundamental e importante, al mismo tiempo también es consagrada como derecho a la gran mayoría de los determinantes, y responsabiliza al Estado para que así pueda garantizarla, así

como también organizar el Sistema Público Nacional de Salud, relacionado al Sistema de Seguridad Social. Para así lograr garantizar este derecho supremo de la salud, el Estado deberá de ser el primero en promover y desarrollar políticas orientadas para así elevar el bienestar colectivo, acceso libre a los servicios y calidad de vida de los individuos en general.

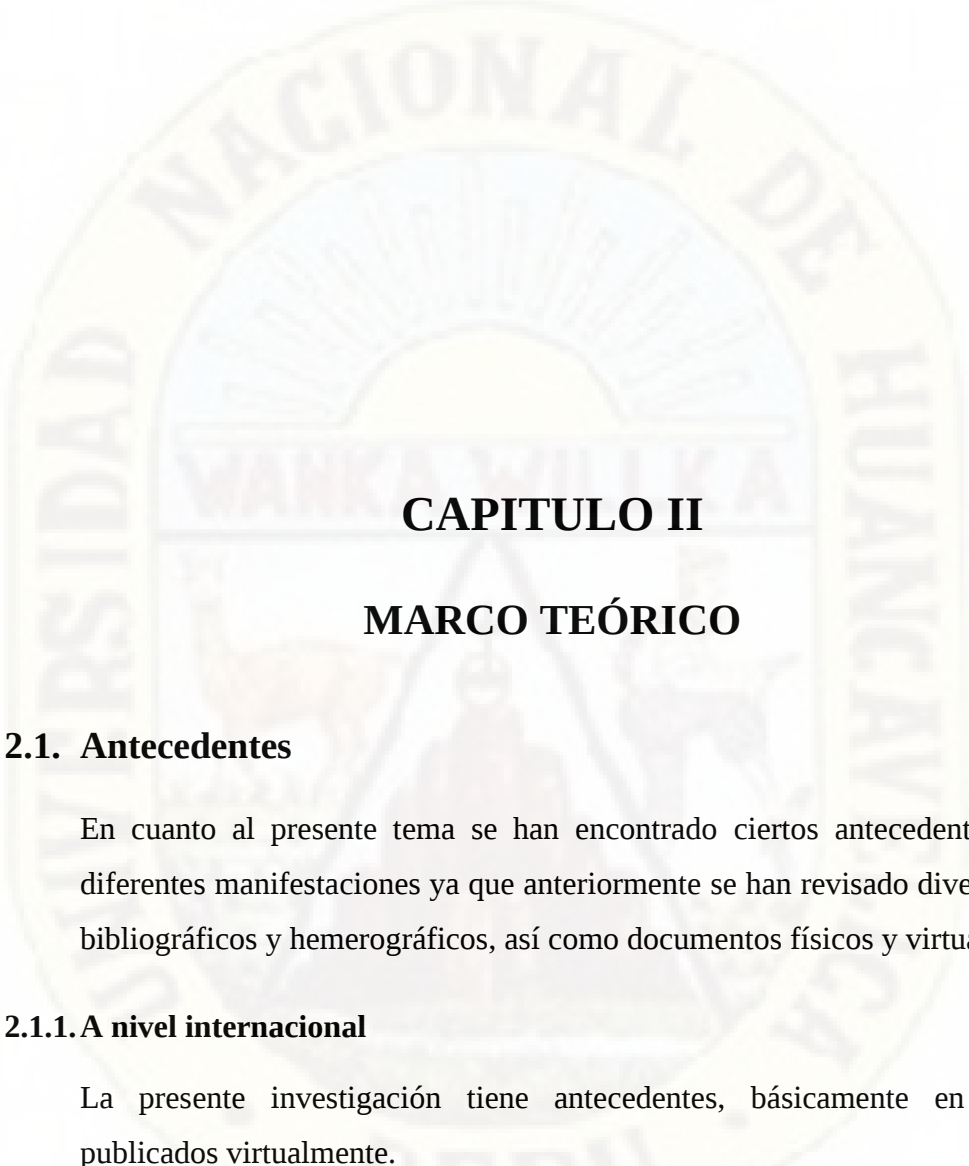
1.4.3. Social

Por ser un problema social que aflige a la persona humana en su situación individual como colectiva; y su no aplicación correcta genera vulneración de derechos constitucionales; nace pues esta iniciativa de demostrar si resulta eficaz la ley N° 29414 en cuanto al respeto de los derechos constitucionales de las personas usuarias de los servicios de salud. según la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. Manifiesta que:

«Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad».

1.4.4. Metodológico

La presente investigación ayudará a comprender y analizar el contexto de una posible problemática que estaría generando el desconocimiento de la Ley N° 29414 y la falta de eficacia de la mencionada ley, tanto del personal que labora en los Centros de Salud y de las personas usuarias de los servicios de salud. Para la búsqueda de conocimiento se hará uso de la técnica de la entrevista y se utilizará como instrumento la encuesta a los por cuanto son las personas perjudicadas.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En cuanto al presente tema se han encontrado ciertos antecedentes en sus diferentes manifestaciones ya que anteriormente se han revisado diversos datos bibliográficos y hemerográficos, así como documentos físicos y virtuales.

2.1.1. A nivel internacional

La presente investigación tiene antecedentes, básicamente en artículos publicados virtualmente.

- a) Adriazola et al. (2014) En la tesis presentada para optar el Grado de Licenciado en Enfermería. *“Percepción usuaria y del equipo de salud de una Unidad de Neonatología sobre iniciativa hospital amigo y Ley de Derechos y Deberes de los pacientes”*. Cuyas conclusiones son: Primera: Al indagar sobre la implementación de la nueva Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, como del Programa Hospital Amigo se dan a conocer debilidades, falencias y fortalezas de un sistema que busca abrir las puertas al usuario entregando una mejor calidad de la atención por parte del equipo

de salud, dando a conocer la percepción usuaria y profesional frente a la aplicación de programas y políticas públicas que son fundamentales para poder mejorar la atención en salud. Segunda: En este escenario el proceso de hospitalización se destaca de manera positiva dentro de la Unidad, donde el actuar del equipo de salud demuestra la confianza, seguridad, organización, compromiso con la salud y los cuidados del paciente, generándose instancias de comunicación usuario – profesional explicando las políticas en salud que afectan directamente a los usuarios, ayudando a generar un ambiente de tranquilidad para enfrentar la etapa de hospitalización. Sin embargo, destaca la calidad de la atención de enfermería, mostrando el alto compromiso en su desempeño, liderazgo y constante preocupación por el estado de salud de los neonatos. Tercera: Finalmente, en cuanto a la experiencia del equipo de salud con los programas y nuevas políticas públicas, si bien las cumplen de manera adecuada, se pueden evidenciar similitudes y discordancias con respecto a las vivencias de los usuarios de la Unidad. Por otra parte, se distingue la percepción de que estas normativas cumplen sus objetivos, pero que además se requieren mejorías en cuanto a la entrega de información referente a estas, que permitirían generar mayor satisfacción usuaria. (Adriazola Diaz, 2014)

- b) Torres y Chaves (2008). En la tesis presentada para optar el Título de Comunicador Social. *“La comunicación en los programas de promoción y prevención de la salud en Bogotá: secretaría distrital de salud, EPS y medios de comunicación”*. Cuyas conclusiones son: Primera: en Colombia aún no se ha hecho evidente la suma importancia de la prevención de la enfermedad como herramienta para aumentar la calidad y nivel de vida de los ciudadanos. Las entidades aún centran sus esfuerzos en mayor medida hacia la curación y no hacia la prevención, siendo esto el causante de que los gastos en medicamentos y tratamientos sean mayores. Es más beneficioso para cualquier Sistema de Salud invertir en prevención que tener que cubrir costosos tratamientos y medicamentos. Segunda: Así pues, el objetivo principal de los programas de promoción y prevención deben estar orientados al mantenimiento de la salud, e incidir en el mejoramiento

de la calidad de vida de la familia y de la comunidad por lo que se pudo confirmar mediante las entrevistas y la revisión de materiales de cada entidad que las estrategias de comunicación utilizadas por las EPS y las IPS para desarrollar los programas de Promoción y Prevención no son suficientes ni acordes a los objetivos, dejando población perteneciente a estas entidades descubierta en la recepción de la información. Tercera: En cuanto a las funciones que cumplen las estrategias implementadas por los actores del Sistema de Salud para la Promoción y Prevención encontramos la dimensión informativa, la movilizadora y la educativa. Ambas son de gran importancia pues aportan armas útiles para el progreso y mejoramiento de la salud en nuestro país. Sin embargo, se ha dejado de lado dimensiones como la construcción de sentido y la comunicación para el cambio social, funciones que si se cumplieran aportarían a la concientización de la comunidad de tener hábitos y costumbres más saludables que mejoren la calidad de vida y nos llevarían a un desarrollo sostenible necesario en los países subdesarrollados. (Torres Montero, 2008).

- c) Monteros (2015). En la tesis presentada para optar el Título de Enfermero. *“Derechos del paciente y su relación con la atención de enfermería en el Área de cirugía del Hospital Isidro Ayora”*. Cuyas conclusiones son: Primera: Los derechos del paciente en el servicio de Cirugía del Hospital General Isidro Ayora son cumplidos en un 71%. Segunda: De seis derechos instaurados por la Ley de Derechos y Amparo al paciente se puede identificar que se cumple mayoritariamente: el derecho a la atención digna, el derecho a no ser discriminado, el derecho a la confidencialidad y el derecho a la atención de emergencia; los cuales son practicados por el personal de enfermería. Tercera: Existen debilidades en el cumplimiento del derecho a la información y el derecho a decidir, sobre todo al momento de solicitar al paciente su consentimiento para la realización de procedimientos simples y complejos. Cuarta: La mayoría de pacientes desconoce cuáles son sus derechos y deberes como usuarios del servicio. (Monteros Cocios, 2015)

2.1.2. A nivel nacional

- a) Canales (2012). En la tesis presentada para optar el Título Profesional de Obstetra. *“Actitud del personal de salud profesional asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/Sida. Del Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. 2011”*. Cuyas conclusiones son: Primera: El 57.8% del Personal de Salud Profesional Asistencial del Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, se encuentra en el grupo de edad de 20 a 30 años siendo el promedio de edad 31 años; y el 64.4% corresponden al sexo femenino. Segunda: La hipótesis de trabajo se confirma ya que el 51.1% del personal de salud profesional asistencial del Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, muestra una actitud desfavorable hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA. (Canales Razuri, 2012)
- b) Cuyubamba (2004). En la tesis presentada para optar el Título de Especialista en Enfermería Intensivista. *“Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de Bioseguridad Del Hospital “Félix Mayorca Soto” Tarma- 2003*. Cuyas conclusiones son: Primera: De 40 (100%) trabajadores de la salud, el 35% (14) tienen un nivel de conocimiento de regular a bajo respectivamente, el 27.5% (11) nivel de conocimiento medio, 25% (1) nivel de conocimiento bajo y ningún profesional tiene nivel de conocimiento alto. Segunda: Según el tipo de profesión el 44.4% (8) de los Enfermeros tiene un nivel de conocimiento regular y el 40.9% (9) de los médicos tienen un nivel de conocimiento bajo. Tercera: Según sexo se observa que el 40% (8) en ambos grupos tienen un nivel de conocimiento bajo. (Cuyubamba Damian, 2004)
- c) Basilio y Villalobos (2013). En la investigación presentada para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. *“Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en Unidades de cuidados críticos del Hospital Belén de Trujillo – 2013”*. Cuyas conclusiones son: Primera: El nivel de conocimiento de las enfermeras de las unidades de cuidados críticos sobre el cuidado del paciente con catéter venoso central fue regular en el 73% de ellos. Segunda: El cuidado brindado por el 70% de enfermeras de las Unidades de Cuidados

Críticos fue regular. Tercera: El Nivel de Conocimiento es un factor que se relaciona significativamente con el cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central. ($P= 0,000$). (Bacilio Perez, 2013).

2.1.3. A Nivel regional y local

A nivel de la Región y de la localidad de Huancavelica no existen trabajos relacionados con las variables de estudio del presente trabajo. Habiéndose realizado la búsqueda en la biblioteca de la Universidad Nacional de Huancavelica y en las demás universidades (Privadas – Facultad de Ciencias de la Salud) de la localidad de Huancavelica.

2.2. Bases teóricas

Marco Histórico

Desde la aparición del hombre (*homo sapiens*) hace aproximadamente 200.000 años, la salud vino jugando un papel muy importante en la organización social de la vida humana. En un principio, la tribu, era el encargado bajo sentimientos de solidaridad y mutua ayuda, de atender las enfermedades de sus integrantes a través de una medicina que tenía dos modelos a saber. (INFOMEDICOS, 2011)

- (i) Un modelo empírico-biológico, basado en la observación y la aplicación de hierbas o brebajes naturales, y
- (ii) Un modelo mágico-espiritual, basado en una concepción animista de la existencia, en el cual los dioses eran quienes castigaban a través de enfermedades a las personas, y en esa comprensión la redención espiritual fue la única salida para obtener la curación. No obstante, lo anterior, durante todo el periodo histórico que va hasta el año 10.000 A.C, el concepto sobre un “derecho” a la salud, comprendido desde un punto de vista más cerca al jurídico, como es aquella prestación social era quien radicada en un individuo, en la cual busca lo único que se busca es garantizarle un completo estado de bienestar físico, mental y social, y que puede ser exigible mediante de mecanismos efectivos a un deudor, que generalmente es el Estado, hasta entonces no existía.

A partir del neolítico, cuando recién el hombre se asienta al lado de los grandes Ríos de los continentes, principalmente (también por la agricultura) por

los cambios climáticos precipitados por la última era de hielo, crea y/o funda las ciudades y las grandes civilizaciones en la antigüedad. En este proceso que iría desde el 10.000 A.C. hasta el año 0 de nuestra era, el concepto de un derecho a la salud, público y universal aún estaba muy lejos de construirse y respetarse, sin embargo, se fueron dando elementos que reflejan la naciente preocupación humana por las diversas situaciones que circundan el derecho a la salud, como la sanidad pública, o la comprensión de los fenómenos naturales las cuales causaban las enfermedades.

Según (Reyes, 1978), El código de Hammurabi consagró algunas normas relacionadas con el ejercicio de la medicina. Por ejemplo, en el canon 2018 se lee:

“Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave con una lanceta de bronce y ha hecho morir al hombre, o si ha abierto la nube del hombre con una lanceta de bronce y se destruye el ojo del hombre, se le cortarán las manos”.

En el antiguo Egipto (3150 a 31 A.C), se pueden encontrar los primeros antecedentes de un sistema de aseguramiento en salud; aunque no universales, hay constancia de algunas instituciones (ejército, sacerdotes, funcionarios públicos) en las cuales sus miembros tenían derecho a la atención en salud, licencia por enfermedad y pensión. Esto se dio entre la novena dinastía (3100 a 2900 A.C) y la décimo novena dinastía (1285 a 1186 A.C). Sobre el particular es bueno citar al historiador griego Herodoto (484 al 425 A.C), quien llamó a los Egipcios “el pueblo de los sanísimos”, sustentado seguramente en las buenas prácticas higiénicas que esta civilización tenía, entre las cuales se ha descubierto el cómo separaban las aguas para el consumo humano, almacenándolas en depósitos de arcilla, y construían canales para el desagüe de las aguas residuales. A pesar de lo dicho, la salud en esta gran civilización, como en muchas otras contemporáneas, era un asunto reservado para las élites.

Los Indostaníes, en ciudades como Mohenjo Daro (2600 a 1800 A.C) implementaron programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, de descanso, y de trabajo. Por otro lado, los Hebreos o también conocidos como pueblo judío, en su libro sagrado la “Torá”, establecieron ciertas reglas de aseo personal, en el levítico, probablemente escrito

en el 1500 A.C. En este código se describe como debería de ser en realidad la higiene personal, el de las letrinas, los cuidados en época de maternidad, la salubridad de los alimentos y la protección del agua.

En el orden cronológico expresado hasta aquí, un suceso importante empezó a definir la base de lo que constituirá la idea fundamental sobre el derecho a la salud como lo conocemos hoy en día. Tal hecho, tendrá lugar en la antigua Grecia (1200 a 146 A.C), civilización en la cual nació la idea del “Logos” y el método científico Empero, a pesar de lo primordial que por sí solos constituyen el desarrollo de los conceptos atrás mencionados, la idea que verdaderamente sería relevante para la construcción de lo que más adelante se daría en llamar “derecho a la salud”, fue entonces el desarrollo del concepto de derecho natural por parte de Aristóteles. De acuerdo a esta forma de pensamiento debe distinguirse entre la justicia legal o convencional y la justicia natural “que en todo lugar tiene la misma fuerza y no existe porque la gente piense esto o aquello.”. Se podría decir entonces, trayendo a la modernidad esta filosofía, que no importa en qué lugar o punto del mundo habite el hombre, por lo cual no importa su raza, su religión, su pensamiento político, su preferencia sexual, su origen familiar o social o cualquier otra circunstancia; siempre habrá una justicia natural, y entre ellas podríamos decir que la salud, es un elemento muy importante de la naturaleza humana.

Durante la existencia del imperio Romano (753 A.C a 476 D.C), se dieron grandes e importantes avances sobre el concepto de la salud como un derecho fundamental. Roma adopta la cultura Griega (146 A.C después de haber logrado la victoria en la batalla de corinto), lo que implica que heredan la idea Aristotélica del derecho natural. Ejemplo de esto es el estoicismo. El imperio Romano es famoso debido a sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción y ejecución de los baños públicos, y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos. Por la actividad militar, Roma tuvo mayor importancia sobre los avances en la medicina, especialmente en cuanto a cirugía se refiere. Las “Veletudinarias”, eran hospitales de campaña, en los cuales prestaban el servicio los “Medicus”, quienes atendían a los legionarios afectados en combate. Sin embargo, no había posibilidades de que exista un derecho fundamental a la salud universal.

Con el advenimiento del cristianismo en Roma, se da un fenómeno importante en la historia del derecho a la salud. La profunda influencia del concepto de compasión dentro del cristianismo, generó uno de los hechos soberanos dentro de la historia de la sociedad occidental. La aplicación práctica de la caridad, fue probablemente la causa individual más poderosa del éxito cristiano. El comentario pagano (informado por Tertuliano): “Miren como esos cristianos se amán unos a otros”, no era una ironía. La caridad Cristiana se expresaba en el cuidado de los pobres, las viudas y los huérfanos, en las visitas a los hermanos en la cárcel, o a los condenados a una muerte en vida en el trabajo en las minas, y en la acción social en tiempos de calamidad, como la hambruna, terremoto, peste o guerra. Por ejemplo, en el año 251 D.C, la Iglesia Romana apoyaba a más de 1500 personas en situación de necesidad. En esa evolución, en el año 390 D.C, Fabiola de Roma, funda un hospital para las personas comunes, denominándolo el “Nosocomiun”, y constituye el primer antecedente histórico documentado de la existencia de un servicio de salud para las personas que no pertenecían a cierta élite. Jerónimo de Estridón, en la epístola LXXVIII, manifestó:

“Fabiola, ha sido la primera mujer que ha construido un hospital para acoger a todos los enfermos que encontraba por las calles: narices corroídas, ojos vacíos, pies y manos secas, vientres hinchados, piernas esqueléticas, carnes podridas con un hormiguero de gusanos..., cuantas veces ella personalmente ha cargado enfermos de lepra... Les daba de comer y hacía beber a aquellos cadáveres vivientes una taza de caldo.”

La salud entonces, bajo el enfoque cristiano que le fue impreso por este importante movimiento religioso, fue asumida bajo la concepción de piedad o compasión. Es importante advertir que lejanas están las visiones de una salud desde la perspectiva de la compasión, a una salud entendida como un derecho humano o fundamental; sin embargo, esto no quiere decir que la piedad, la caridad y la compasión por el débil o enfermo, sean elementos deleznable o reprochables dentro de la idea del derecho a la salud. Una sociedad con una fuerte orientación

caritativa, normalmente ejerce presión sobre su sistema político para que en él esté consagrada la asistencia pública a los más débiles como un derecho.

Durante el siglo XX, se asegura finalmente la idea de derecho a la salud. Este proceso comienza con la fundación de la Organización internacional del trabajo OIT. En el tratado de Versalles, que le puso fin a la primera guerra mundial, los países aliados concluyeron que tras una cruenta guerra que dejó cerca de 6.000.000 de personas muertas, las sólidas bases de una paz duradera, estaban determinadas por la justicia social. En la década de los años 30, bajo el mandato del presidente Enrique Olaya Herrera, en Colombia se ratificaron y aprobaron más de 26 convenios de la OIT (ley 129 de 1931). Muchos de esos convenios estaban relacionados con temas de salud, a saber:

- Convenio No.3 de 1919, relativo a lo que es el empleo de las mujeres del antes y después de haber dado parto.
- Convenio No. 16 de 1921, relativo a lo que es el examen médico en el cual era de manera obligatorio de los menores empleados a bordo de los buques.
- Convenio No. 18 de 1925, relativo a lo que es la indemnización a favor de los trabajadores por diversas enfermedades profesionales.
- Convenio No. 24 de 1927, relativo a lo que es el seguro de enfermedad de los trabajadores pertenecientes a lo que es la industria, del comercio y del servicio doméstico.
- Convenio No. 25 de 1928, relativo a lo que es el seguro de enfermedad de los trabajadores dedicados a la agrícola.

A continuación, el acto legislativo No. 1 de 1936, consagró en su artículo 16:

“La asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quienes, careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado.”

Estos elementos seguían haciendo radicar en el Estado la obligación de prestar el derecho a la salud, sin embargo, se necesitaba un desarrollo legislativo para que este derecho pudiera ser exigible, es decir, aunque se partía de la base de que era inalienable, no era de aplicación inmediata. Esta postura doctrinaria es la que reinará durante gran parte del siglo XX, no solo en Colombia, si no en el resto del mundo.

Terminada la segunda guerra mundial en junio de 1945, gran parte de los países del mundo adoptaron la carta de la organización de las Naciones Unidas. A pesar de que este documento no hace referencia expresa al derecho a la salud, si establece que uno de los fines primordiales de la comunidad internacional es “promover el progreso social” y “elevar el nivel de vida” dentro del concepto más amplio de libertad. Igualmente, en diciembre de 1948, la asamblea general de la ONU, proclamó la declaración universal de los derechos humanos. Esta declaración, no solo se limitó a consagrar derechos individuales, sino también los que se darían en llamar, en un principio, derechos económicos, sociales y culturales (DESC). El derecho a la salud se puede observar en el artículo 22, cuando este expresa que toda persona tiene derecho a “un nivel de vida adecuado” que le asegure a ella y a su familia “la salud y el bienestar”.

Posteriormente a ello, la comunidad internacional continuó desarrollando el concepto sobre el derecho a la salud. En los siguientes instrumentos se puede ver una clara intención de desarrollar la salud como un derecho:

- Pacto internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales PIDESC, acordados en 1966, entrando en absoluta vigencia en 1976. En el artículo 12 en el cual establece que el derecho a la salud es el disfrute del nivel más alto de salud física, mental y social.
- La declaración acerca del progreso y del desarrollo en lo social de 1969. Con relación al derecho a la salud, la declaración señala lo que se mencionara a continuación:

(i) se deberán adoptar ciertos mecanismos las cuales permitan otorgar dichos servicios sanitarios a la población en general,

(ii) se deberán de asegurar instalaciones, medios y tecnologías las cuales sirvan para poder atender a la población que solo requieran servicios médicos y para su bienestar social.

- La declaración de ALMA- ATA, fue quien consagró los diez puntos que debería de cumplir la comunidad internacional, con la finalidad de buscar la universalización del derecho a la salud. Por ejemplo, el punto uno se refiere a lo que es la definición del derecho a la salud, así:

“La Conferencia reafirma tajantemente la salud como aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud. (Subrayas y negrilla fuera de texto.)”

Se hace hincapié en el cómo se define a la salud, como derecho fundamental, situación que lo ubica dentro de aquellos derechos que no requieren un desarrollo legislativo por parte del Estado, siendo de aplicación inmediata.

- El protocolo adicional a la convención americana de derechos humanos, sobre derechos económicos, sociales y culturales DESC, llamado “protocolo de San Salvador” de 1988.

Hasta finales de la década de los 80's, en el mundo político-jurídico internacional seguía vigente la discusión por parte de dos fuerzas de choque; una posición defendía que, los derechos individuales, civiles y políticos (como el voto, las libertades públicas, y la igualdad ante la ley, o igualdad negativa), solo requerían un “no hacer” por parte del Estado, y por ende, con una conducta omisiva de aquél, ya se estaban garantizando, lo que implicaba que fueran de aplicación inmediata y no se necesitara un desarrollo legislativo para su cumplimiento, y por otro lado, se decía que los derechos económicos, sociales y culturales, por ser derechos de carácter prestacional, requerían una actividad del Estado, y esta debía tener un desarrollo normativo específico para poderse cumplir; mientras no existiera dicho desarrollo, estos derechos se entendían

como meras declaraciones de voluntad. La posición contraria a esta idea, fue surgiendo hacia los años 90; autores tan importantes como Luigi Ferrajoli, defendieron la idea de que esa diferenciación entre derechos individuales y derechos económicos sociales y culturales era ilógica pues, ambos requerían acciones positivas y negativas por parte del Estado. La historia, inclinaría la balanza a favor de la segunda posición, y así, los organismos multilaterales, empezaron a conceptualizar sobre la salud como un derecho humano, fundamental, de primera generación y autónomo. Ejemplo de esto fue la declaración y programa de acción de Viena, de 1993, adoptada por la conferencia mundial de derechos humanos, en la cual se estableció que:

Con instrumentos internacionales como el anterior, se evidenciaba un avance final hacia la eliminación del debate mencionado en el párrafo anterior, y se definía el núcleo esencial de lo que es hoy el derecho a la salud, es decir, un derecho universal, indivisible, principal, autónomo. Otros documentos emanados de organismos internacionales reforzaron esta idea, a saber:

- Recomendación general No. 24 de 1999, sobre la mujer y la salud. Fue adoptada por el comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer de la ONU. En ella se dice que la salud es “un derecho básico”.
- Las observaciones del comité de derechos económicos sociales y culturales CESCR:
 - a. La observación general No.1 de 1989.
 - b. La observación general No. 3 de 1990.

En estos instrumentos, el comité reconoce que corresponde a cada Estado “una obligación mínima de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos”.

En Colombia, la Constitución política de 1991, consagraría la salud dentro del capítulo de los derechos económicos, sociales y culturales, ello en el capítulo 2 del Título II, denominado “de los derechos, las garantías y los deberes”. En vigencia de la mencionada constitución, Colombia vivió la implementación de un sistema general de seguridad social en salud, regulado principalmente por la ley 100 de 1993. El modelo que planteaba este sistema, sufrió una constante crisis hasta la actualidad, que no ha sido negada por ninguno de los actores del mismo. Al tratarse de un modelo de aseguramiento basado en

la participación del capital privado, siempre se mantuvo un constante choque, entre la idea de derecho pleno, real y material a la salud, y la protección del interés privado. Igualmente, el modelo neoliberal, que mira al Estado como una “empresa” que debe someterse a una “regla fiscal”, fomentando la privatización de todos los servicios sociales, también constituyó otro factor de choque. Un aspecto muy curioso fue que Margaret Thatcher, quien en Inglaterra implementó las políticas del Neoliberalismo, no impulsó el desmantelamiento del servicio nacional de salud británico (con el que estaba de acuerdo), el cual provee de manera universal, casi de manera gratuita a los ingleses, los servicios médicos que requieren.

No obstante, las ya mencionadas dificultades que afrontó el derecho a la salud en Colombia, la jurisprudencia Constitucional, jugó un papel fundamental en hacer primar los principios del Estado social y democrático de derecho, consagrados en el Título I de la carta magna, denominado “De los principios fundamentales”. Allí se consagran los cuatro principios fundamentales que rigen esta forma de organización política, a saber:

- (i) El de igualdad,
- (ii) El de dignidad humana,
- (iii) El del trabajo y
- (iv) El de la solidaridad. En virtud de estos principios, el Estado Social de Derecho tiene entre sus finalidades más importantes, garantizar la efectividad de los principios, deberes y derechos constitucionales, entre los que cobran especial relevancia los derechos económicos, sociales y culturales, y en particular, el derecho a la salud, brindar especial protección a los más débiles y asegurar un orden político, económico y social justo mediante la distribución y la redistribución.

Todo lo anterior implicó que los conflictos que se generaron entre los ciudadanos, y los actores del sistema de salud, incluyendo las EPS, ARS, y las direcciones seccionales de salud a nivel departamental, por la negación, dilación o deficiente prestación de servicios médicos, se resolvieran principalmente a través de la acción de tutela, lo que provocó un desarrollo

conceptual del derecho a la salud que ocurrió en un periodo de casi 20 años.

(ESPINOZA, 2008)“En un primer momento, la Corte Constitucional consideró que la acción de tutela era una herramienta orientada a garantizar el goce efectivo de los derechos de libertad clásicos y otros como la vida. No obstante, también desde su inicio, la jurisprudencia entendió que algunas de las obligaciones derivadas del derecho a la salud, por más que tuvieran un carácter prestacional y en principio fuera progresivo su cumplimiento, eran tutelables directamente, en tanto eran obligaciones de las que dependían derechos como la vida o la integridad personal, por ejemplo. Esto ha sido denominado la tesis de la conexidad: la obligación que se deriva de un derecho constitucional es exigible por vía de tutela si esta se encuentra en conexidad con el goce efectivo de un derecho fundamental. La Corte Constitucional ha señalado pues, que hay órbitas de la protección del derecho a la salud que deben ser garantizadas por vía de tutela, por la grave afección que implicarían para la salud de la persona y para otros derechos, expresamente reconocidos por la Constitución como ‘derechos de aplicación inmediata’, tales como la vida o la igualdad.” (subrayas y negrilla fuera de texto.)

2.2.1. Doctrina nacional e internacional

Organización Mundial de la Salud OMS

Una de las instituciones más importantes de la salud es la Organización Mundial de la Salud “OMS”, en la cual viene a ser la entidad encargada de resguardar los Derechos Humanos garantizando así la protección de la salud y a la atención respectiva, apropiada y accesible. Es por ello que entendemos que todo individuo tiene el derecho a un mínimo nivel de atención sanitaria que satisfaga sus necesidades básicas y regulares, en un marco de respeto del resto de los integrantes

de su comunidad, asegurando la equidad en el acceso de los servicios de la salud y justicia distributiva en la asignación de los recursos del Estado. Sin embargo;

Según (Robinson, 2015), La Alta Comisionada de los derechos Humanos

“Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública”

Derechos y obligaciones de los beneficiarios del sistema público de salud

Según (Neuquen, 2016). El derecho al acceso y a la información. Es importante para que así el paciente desempeñe un papel importante y activo en lo que es la atención de la salud, es muy importante contar con cierta información acerca de los servicios sanitarios a las que se puede acceder con facilidad y sobre la información importante para su respectivo uso, así como la su situación de su salud. A esos efectos, la información se le debe de presentar de una forma clara, concisa, sencilla, accesible acerca de: diagnóstico, estado de salud, alternativas de curación, duración, resultados esperables, en un diálogo entre las partes las cuales facilite la adopción de decisiones por parte del paciente.

Debe garantizarse al paciente que en la obtención del servicio no sacrificará derechos esenciales a su dignidad como ser humano, ya que se trata de una derivación del derecho a la autodeterminación sobre el propio cuerpo. Este derecho comprende el de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con su salud. No obstante, todo el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con

confidencialidad. Este derecho incluye el derecho del paciente de acceder a la información de su historia clínica, donde conste por escrito y certificado por sus profesionales tratantes y miembros del equipo de salud, todos los datos relativos a su situación de salud, motivo de consultas, antecedentes, diagnósticos principales y secundarios, terapéuticas, evolución, altas de internación y seguimientos. Cuando el paciente lo requiera debe extenderse una copia de su historia clínica certificada o de su epicrisis.

2.2.2. Jurisprudencia

El deber de informar al paciente por parte del equipo de salud en la Ley 20584

Según La ley 20584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud consagra entre otros, el derecho a la información, el que se diferencia entre la información terapéutica, la información administrativa, la información financiera, la información al paciente en cuanto consumidor y, la información destinada a la obtención del consentimiento informado.

Artículo 4º.- Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los integrantes del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los debidos protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, errores en la atención de salud y, en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, todo individuo o quien la represente tiene derecho a tener cierta información acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

Estas obligaciones han tenido un amplio reconocimiento jurisprudencial en el extranjero y en Chile.

La Corte Suprema ha señalado, respecto de las obligaciones de los centros hospitalarios: “se le impone determinadas exigencias, entre las que

destaca una organización de unidades de apoyo, diagnóstico, sistemas de atención de emergencias, disponibilidad de una unidad de apoyo técnico de radiología, instalaciones funcionales para ejecución de exámenes y procedimientos especiales, cuando corresponda; en general, la implementación de todo lo necesario para la correcta atención de pacientes...”

Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

Según la Ley N° 29414

"Artículo 15°.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

- 15.2 Acceso a la información:
 - A ser informada de manera adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.
 - Al momento de conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas que estuvieron a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En el caso de que se encuentre disconformidad con la atención, el usuario deberá de informar del hecho al superior jerárquico.
 - A recibir información importante acerca de los servicios de salud a los que se puede acceder y los requisitos primordiales para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, excepto sobre las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar los procedimientos.
 - A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.

- Al tener acceso al conocimiento oportuno y preciso acerca de las normas, reglamentos y condiciones administrativas de los establecimientos de salud.
- A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada acerca de su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y ciertas alternativas de tratamiento; así como también sobre los riesgos que se pudieran presentar, contraindicaciones, precauciones y advertencias en las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Todo individuo tiene derecho a recibir información clara y verdadera de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
- Al momento de ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.
- A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos que se desarrollara, así como de los riesgos, complicaciones y efectos secundarios de éstos.
- A conocer en forma veraz, completa y de manera oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

A pesar del gran esfuerzo que se viene realizando a favor de la salud y bienestar colectivo de la sociedad, una de las más grandes deficiencias es justamente la aplicación del artículo 15° de la Ley N° 29414, que literalmente promueve *el* “Acceso a la información”: toda persona tiene derecho a ser informada de manera adecuada y oportunamente, es por ello que muchas de las personas no saben con exactitud la enfermedad que tienen, las pastillas que toman, que beneficios o perjuicios que causan con su consumo. Me tomo el atrevimiento de manifestar que los términos que usa el personal de salud son más técnicos y difíciles de entender, con esto solo quiero hacer una reflexión de la

importancia de considerar este trabajo de investigación como una iniciativa de hacer respetar esta ley en toda y cada una de sus dimensiones.

2.3. Bases conceptuales

Derechos fundamentales, políticas públicas y judicialización

a. Derechos humanos fundamentales y políticas públicas

Para su satisfacción y realización plena, los derechos humanos fundamentales, son reconocidos por las diferentes constituciones e instrumentos internacionales, necesitan de políticas públicas que contengan ciertas características. Así, los derechos humanos principales no sólo impactan en el contenido de las políticas públicas y en los destinatarios de las mismas, sino que también, en el procedimiento para su respectiva formulación, implementación, monitoreo y evaluación. Esto también es conocido como enfoque de derechos humanos. Este enfoque coloca a la persona humana como el centro del derecho, la economía, el desarrollo y la acción del Estado. (Adriazola Diaz, 2014).

b. Derechos humanos fundamentales

(Blanco, 2014) nos dice que Toda persona, por el hecho de ser tal, es titular de derechos humanos fundamentales reconocidos en los tratados internacionales, las constituciones y las leyes. Estos derechos incluyen, entre otros, el derecho a la vida, a la libertad, a la salud, a la intimidad, y a la libre expresión del pensamiento humano.

(MERCOSUR, de 2016) esta institución nos manifiesta que un derecho humano fundamental es aquel que se tiene por el solo hecho de ser persona humana. Los derechos humanos fundamentales nacen junto con el individuo y son condiciones importantes para así permitir el desarrollo pleno de su personalidad, preservando su dignidad. La condición de derecho humano fundamental da al individuo el poder de reclamarlo frente a todas las demás, especialmente frente al Estado y al poder. Así, los derechos humanos

fundamentales empoderan a una persona frente a otra, frente al Estado, o frente a instituciones públicas o privadas.

A la luz de la Declaración Universal de Derechos Humanos, reafirmada por la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993, los derechos humanos a continuación presentan las siguientes características:

- Universales
- Indivisibles
- Irrenunciables
- Inalienables
- Interdependientes

Su tratamiento debe ser en pie de igualdad, quiere decir que no hay jerarquías ni diferencias entre ellos mismos.

Deben tener en cuenta las particularidades nacionales y regionales.

También hay que tener en cuenta que, en la evolución histórica de los mismos, como una clara respuesta a garantizar su dignidad humana, se priorizan ciertos grupos en situación de vulnerabilidad, como vendría a ser el caso de niños, mujeres, enfermos mentales, personas con discapacidad, adultos de la tercera edad, así como también personas en condición de pobreza, entre otros. (Abarca, 2009).

Derecho humano fundamental

Como profesional del Derecho yo resumo a los Derechos fundamentales como base elemental del desarrollo social, el cual se caracterizan por ser exigibles ante cualquier persona física o jurídica, pública o privada, y ante los tribunales jurisdiccionales nacionales e internacionales, por los medios que proporciona el ordenamiento jurídico.

“Su carácter fundamental implica que estos pueden ser exigidos, ya sea por su reconocimiento internacional y/o constitucional, o por proteger bienes jurídicos esenciales e indispensables para el desarrollo pleno de la persona

humana. La realización efectiva del derecho se constituye en garantía esencial para el desarrollo pleno de toda persona humana. Por eso, los derechos deben reconocerse en condiciones de igualdad y sin discriminación alguna que resulte contraria a la dignidad humana. (Cuyubamba Damian, 2004).”

Dimensiones exigibles del derecho

Para el jurista (Robinson, 2015) para que un derecho fundamental sea exigible hay que tener en consideración sus **dos dimensiones**: una relacionada con la obligación que tiene el Estado para proveer bienes y servicios, y otra relacionada con la necesidad de que el Estado se abstenga de invadir la esfera de decisión del individuo. Así, en lo que refiere a la primera dimensión, el individuo puede exigir que el Estado brinde ciertas prestaciones sanitarias, por ejemplo, proveer acceso a servicios de salud de forma oportuna, con la mayor calidad posible y en condiciones de igualdad a toda persona que se encuentre en una situación similar, o proporcionar el esquema de vacunación que se requiere. En la segunda dimensión, la persona tiene la facultad de decidir sobre su salud y el Estado no puede intervenir sobre esta opción. Por ejemplo, una persona puede elegir no autorizar una intervención quirúrgica o una transfusión sanguínea.

Es necesario resaltar que el Estado está obligado a proveer los mecanismos legales que permitan asegurar la efectividad de los derechos humanos fundamentales. Para esto, los estados usualmente utilizan el mecanismo de las garantías. Por ejemplo, para proteger la intimidad está la garantía de la inviolabilidad de domicilio y de las comunicaciones orales o escritas; para proteger la autonomía del paciente frente a los establecimientos de salud y el personal sanitario, está el consentimiento informado; para proteger la inocencia y el derecho de defensa de las personas, está la garantía del debido proceso. Inclusive, cuando las garantías establecidas por el Estado resultan insuficientes, no se respetan, o son violadas, se lesiona el derecho y entra en operación la garantía de la justicia (jueces). Por eso se dice que la justicia o control jurisdiccional es la garantía de las garantías.

Todos los derechos no pueden ser exigidos al mismo tiempo, sobre todo aquellos que implican la obligación del Estado de proveer bienes y servicios, y que por ende están condicionados a las posibilidades económicas y al nivel de desarrollo del país. En ese sentido, su cumplimiento se da de manera progresiva. Sin embargo, la progresividad en la realización del derecho no implica que el Estado pierda la obligación de realizarlos; al contrario, el carácter fundamental de esos derechos exige que el Estado priorice recursos públicos para su satisfacción, y que sea eficiente en la utilización de estos recursos, maximizando los beneficios que pueda obtener.

Asimismo, la existencia de limitaciones presupuestarias implica que la asignación de recursos debe basarse en el principio de equidad. Es decir, el Estado debe garantizar que todas las personas que están en la misma situación obtengan la misma prestación. Si sólo se le otorga a unos y a otros no, estamos en presencia de un privilegio y no de un derecho. El principio de equidad requiere, también, que el Estado no deje de considerar situaciones raras o no comunes a fin de que estos casos no queden desprotegidos.

Finalmente, para asegurar la exigibilidad del derecho, el Estado debe ponderar las dimensiones individuales y colectivas del derecho. Un ejemplo de esta ponderación consiste en comprender el impacto que las decisiones en favor del individuo tienen sobre el bienestar del colectivo. “El objeto de la presente contribución es analizar hasta qué punto y de qué modo son exigibles estos derechos, especialmente desde la perspectiva del derecho internacional. Abordaremos así la naturaleza jurídica de los derechos económicos, sociales y culturales, las particularidades de su exigibilidad y las dimensiones de ésta en derecho internacional. Todo esto según: (Estapa, 09 de julio del 2011).”

Los Derechos Humanos fundamentales son evolutivos

Debemos resaltar que los derechos humanos son evolutivos; es decir, en cada época o momento histórico se reconocen ciertos derechos y garantías, como exigencias de la dignidad humana, esenciales para el desarrollo pleno de la personalidad humana. Por ejemplo, la abolición de la esclavitud, porque violaba

la libertad y dignidad humanas; el reconocimiento de los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad; el derecho del voto de la mujer, y tantos otros, fueron incorporados a los tratados internacionales y leyes nacionales de manera progresiva a lo largo de nuestra historia. Es por ello que me tome el atrevimiento de sacar un extracto de la internet sobre: “La tercera generación de derechos, surgida en la doctrina en los años 1980, se vincula con la solidaridad. Los unifica su incidencia en la vida de todos, a escala universal, por lo que precisan para su realización una serie de esfuerzos y cooperaciones en un nivel planetario. Normalmente se incluyen en ella derechos heterogéneos como el derecho a la paz, a la calidad de vida o las garantías frente a la manipulación genética, aunque diferentes juristas asocian estos derechos a otras generaciones: por ejemplo, mientras que para Vallespín Pérez la protección contra la manipulación genética sería un derecho de cuarta generación, para Roberto González Álvarez es una manifestación, ante nuevas amenazas, de derechos de primera generación como el derecho a la vida, la libertad y la integridad física. Este grupo fue promovido a partir de los ochenta para incentivar el progreso social y elevar el nivel de vida de todos los pueblos. (Blanco, 2014).

Derechos Humanos Fundamentales como fin de las políticas públicas

Otro de los temas álgidos es la adopción de políticas públicas, como instrumento adecuado para la concreción de los derechos humanos fundamentales, es un logro de finales del siglo XX. A mi entender la realización efectiva de esos derechos la que otorga legitimación a las políticas públicas está orientados a cumplir este propósito, el Estado tiene que flexibilizar sus estructuras para hacerlas más multisectoriales, interdisciplinarias, participativas, inclusivas, transparentes, con rendición de cuentas y en constante cambio, de tal manera que se desprenda que la persona y sus derechos humanos fundamentales son el fin de las políticas mismas. La industrialización y el progreso tecnológico, son quienes llevan a realizar los descubrimientos médicos y científicos, y para

algunas de las personas dichos descubrimientos mejoran lo que es la calidad de vida; sin embargo, para otros significa contaminación y degradación de los del planeta tierra, lo que significa el empeoramiento de las condiciones de los humanos en su trabajo, como también los retrocesos en su salud, y, en definitiva, ciertos abusos de sus derechos humanos. A continuación, veremos que opinan los especialistas:

"Las condiciones ambientales ayudan claramente a determinar el alcance de las personas a disfrutar de sus derechos básicos a la vida, salud, alimentación adecuada y vivienda, así como al estilo de vida cultural y sus tradiciones. Es tiempo de reconocer que aquellos que contaminan o destruyen el medio ambiente natural no solamente están cometiendo un crimen contra la naturaleza, sino que también están violando los derechos humanos. El comentario extraído de (Topfer, 2016)

Políticas Públicas con enfoque en Derechos Humanos fundamentales

Mucho se ha discutido sobre la intervención de todos los actores en la construcción de las políticas públicas con enfoque en derechos, o basada en derechos, es esencial para que se reconfigure el proceso de integración social que hace que la política se legitime y se implemente a cabalidad. Este proceso debe ir retroalimentándose con participación de todos los actores, ya que las acciones de gobierno no pueden ser estáticas en tanto las realidades son cambiantes, como todo proceso de convivencia humana. Esta nueva forma de construir políticas públicas permitirá que todos los actores comprendan las dificultades políticas, económicas, sociales, culturales y de intereses que se tienen que tener en cuenta en la toma de decisiones de parte del gobierno. Ello permitirá tener una ciudadanía más participativa, que hará que las políticas públicas sean más estables e inclusivas.

Entre los actores claves para la construcción de toda política pública, tenemos los siguientes: (Topfer, 2016)

- Los habitantes, titulares de los derechos y usuarios de los sistemas de salud, educación, vivienda, etcétera, que requieren acceder a todas las prestaciones que a su juicio debieran derivar de las políticas públicas.
- El Poder Legislativo, que al aprobar las leyes fija el marco normativo esencial que regula las políticas públicas.
- El Poder Ejecutivo, regulador que reglamenta, que determina en qué realizará el gasto de su limitado presupuesto y controla su ejecución.
- El Poder Judicial, que resuelve los reclamos que se le plantean, y del que hacen parte los abogados que vehiculizan las demandas.
- El sector público descentralizado, generalmente encargado de prestación de servicios, contratación, financiamiento, entre otras funciones.
- El sector privado industrial, comercial, y de servicios, que realiza muchas de las inversiones y asume los riesgos, y busca por ello recuperar la inversión y generar lucro.
- Organizaciones de la Sociedad Civil que buscan participar en políticas públicas, defendiendo los derechos de los ciudadanos.
- Las universidades y centros académicos donde se genera conocimiento y conciencia crítica respecto a las políticas públicas.
- Los medios de comunicación que difunden con especial ahínco los casos en que existen reclamos por presuntos incumplimientos de las políticas públicas.

Se hace imperativa la flexibilización de estructuras, regulaciones y procedimientos de intermediación entre las diferentes organizaciones y actores sociales -públicos y privados, para posibilitar la construcción de acuerdos, consensos y apoyos imprescindibles para los procesos de políticas públicas, en

aras de la realización de los derechos humanos fundamentales en condiciones de igualdad, equidad y sin discriminación.

Para que el enfoque descrito se viabilice se hace necesario que el gobierno, a través de sus instituciones y y sus decisiones, establezcan mecanismos de interrelación participativos, inclusivos y horizontales en la forma de gobernar. Asimismo, consideramos que es necesario seguir buscando herramientas que permitan tener mayor concertación con todos los actores, ya sean estos públicos privados o mixtos, de carácter nacional e internacional, así como formas de cooperación interregional, regional y global. Ya varios autores hablan de una "desestatización" del gobierno, a la que podrían agregarse las decisiones que tienen que ver con políticas públicas de derechos humanos.

Como se desprende de lo señalado líneas arriba, una herramienta primordial que tienen los gobiernos cuando formulan, implementan, monitorean y evalúan políticas públicas, es el diálogo entre diversos actores y no sólo los planteamientos técnicos, políticos o jurídicos elaborados desde el gobierno. Una forma innovadora para que el diálogo produzca y fluya entre los diversos actores es, por ejemplo, el proceso de cambio, Salud Derecho, impulsado por el Instituto del Banco Mundial, que se esboza como una nueva forma de construir política pública para la realización efectiva de un derecho humano fundamental. Todo esto según (Topfer, 2016).

Las políticas públicas como instrumento para efectivizar los Derechos Humanos Fundamentales

Las personas en convivencia social y en relación con el Estado, demandan de este último, entre otros, bienes y servicios públicos indispensables para el desarrollo de su personalidad. Por ejemplo, servicios de educación, protección de la niñez, saneamiento básico, servicios de salud y protección de su libertad.

Las políticas públicas son las respuestas proporcionadas por el Estado a estas demandas y necesidades. Estas respuestas no se materializan solamente a través de proveer de manera directa los bienes y servicios públicos, sino también por medio de leyes, normas y programas, así como por la creación de

instituciones. Eso no significa, por ejemplo, que sea imprescindible que el Estado provea directamente los alimentos para que sus habitantes no tengan hambre y sean saludables. Por el contrario, el Estado debe asegurar que las leyes, normas y programas de apoyo a la producción agrícola, así como sus políticas de financiamiento, fomento y acuerdos comerciales, garanticen una disponibilidad y distribución de alimentos adecuada, estable, sostenible y equitativa; es decir, que los alimentos lleguen a todas las personas, y a precios asequibles.

En tal sentido puede señalarse que las políticas públicas se caracterizan por:

- a. Ser intencionales, ya sea a través de las acciones o las omisiones del estado.
- b. Ser intervenciones amplias y complejas que resultan de las interacciones y relaciones entre las varias partes que la componen.
- c. Ser interdisciplinarias y sistémicas para asegurar un enfoque integral en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación.

Cabe indicar que esta característica multisectorial de las políticas públicas, implica que muchos actores públicos y privados, de áreas diversas de la sociedad, son afectados por aquellas. Por lo tanto, estos actores pueden ser beneficiados o perjudicados por el éxito o por el fracaso de dichas políticas.

En el ejemplo anterior, los productores agropecuarios y de bienes e insumos agrícolas, los agentes públicos y/o privados de financiamiento y fomento, los comerciantes de alimentos, los consumidores, los ministerios de agricultura, hacienda y comercio, y hasta los productores extranjeros, son algunos de los actores que son directamente afectados por las políticas agrícolas. Estos actores (o “stakeholders”) tienen intereses directos en el éxito o fracaso de estas políticas.

La existencia de múltiples actores vinculados a las políticas públicas, trae consigo también el potencial de que existan o surjan conflictos de intereses, y de que el poder económico de algunos de los actores pueda influir de manera desproporcional, incluso indebida o negativa, sobre los demás. De manera

similar, la asimetría de información que pueda existir entre los actores, o “stakeholders”, también puede llevar a un desbalance en las relaciones de poder que existan entre ellos, y a que las múltiples visiones de cada uno de los actores, necesariamente parcializadas, generen tensiones entre ellos y divergencias entre las diferentes expectativas e intereses legítimos de las partes. Como los tres poderes del Estado, el ejecutivo, el legislativo y el judicial, también son afectados por las políticas públicas, éstas también pueden generar tensiones al interior del Estado e incidir sobre la separación e independencia de estos poderes.

Debe quedar de manifiesto que la persona y sus derechos humanos fundamentales son el centro y destinatario final de las políticas públicas. En otras palabras, las políticas públicas son instrumentos para la satisfacción y realización efectiva de los derechos individuales y colectivos. (Chávez, mayo 2014).

2.3.1. La política pública en el sector salud

2.3.1.1. Su reconocimiento internacional.

Es necesario saber que, en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, la salud es reconocida como: a) un derecho humano fundamental; b) un bien público; c) una obligación que los estados deberán de cumplir, proteger y respetar; y d) un objeto de cooperación no nacional sino internacional en lo que la economía y social entre los mismos Estados.

Como derecho humano, el artículo 25° de la Declaración Universal de Derechos Humanos consagra que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". A su vez, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su artículo 11 proclama que “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

También, el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que toda persona tiene derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Con la finalidad de que este derecho sea satisfecho, su artículo 12.2 dispone que los Estados partes deben adoptar medidas cuya finalidad sea garantizar su ejercicio sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social (igualdad material).

Como bien público que genera deberes y obligaciones, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha enfatizado que “la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados”; éstos “tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción”, así como de “crear un marco normativo adecuado para establecer los parámetros de tratamiento e internación a ser observados por las instituciones de atención de salud”. La obligación de los Estados de regular y fiscalizar no se agota “en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud”

Como objeto de cooperación internacional, la Carta de las Naciones Unidas, con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre sus Estados miembros, enfatiza que la organización se compromete a promover la solución de problemas internacionales de carácter sanitario (artículo 55°, inciso b) y los Estados a adoptar medidas conjuntas o separadamente, en cooperación con la organización, para la realización de tal propósito (artículo 56°). Extruido del autor (Chávez, mayo 2014)

a. La salud

Según el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud— es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición parte de la idea de que las prestaciones sanitarias conducentes al mantenimiento

o recuperación de la salud representan una parte de su contenido, ya que el bienestar físico, mental y social también se satisface a través de medidas de diversa índole, tales como la calidad de los alimentos, una vivienda digna y un medio ambiente adecuado, entre otras.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos citados describen el contenido y la finalidad de este derecho. Así, por ejemplo, la Declaración Universal consagra el “derecho a un nivel de salud adecuado”, la Declaración Americana pregona el “derecho a la preservación de la salud”, el Pacto reconoce el “derecho al más alto nivel posible de salud física y mental” y el Protocolo enuncia el derecho al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

El derecho a la salud se erige como un derecho humano básico y esencial de toda persona. Tiene estrecha relación con los derechos a la vida y a la integridad personal, en tanto que la salud es una condición necesaria y un medio elemental para lograr el bienestar general e individual. Si las personas no pueden acceder a los servicios de salud o no tienen una cobertura sanitaria universal, no puede hablarse de una vida digna.

El derecho a la salud no debe ser entendido como el derecho a estar sano. Este derecho busca proteger la normalidad orgánica funcional de la persona, tanto física como mental y social; así como restablecer la normalidad orgánica funcional cuando se presente una perturbación (enfermedad). En buena cuenta, este derecho garantiza la promoción (estilos de vida saludable y el bienestar), prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad (prestaciones sanitarias).

También puede ser entendido como la facultad que tiene toda persona de acceder y/o de recibir una adecuada atención, asistencia (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación) o prestación sanitaria (medicamentos, tratamientos y tecnologías) del sistema de salud, sea público, privado o mixto. La satisfacción progresiva del derecho a la salud exige que la cobertura del sistema de salud, como se explica más adelante,

sea universal, accesible, equitativa, comprehensiva, de calidad, sostenible, no discriminatoria y participativa.

Su objetivo es preservar un nivel de salud adecuado y lograr el disfrute del más alto nivel del bienestar físico, mental y social de las personas. La salud es un derecho humano fundamental cuya satisfacción requiere de acciones promocionales, preventivas y prestacionales, que pueden brindarse a través de entidades públicas, privadas o mixtas; sin embargo, esto no le resta al Estado su obligación de concretizarlo mediante la legislación correspondiente y a través de una política pública de salud basada en derechos humanos fundamentales, así como de fiscalizar a las entidades públicas como privadas que prestan el servicio de salud.

Para ello, el Estado tiene la obligación de crear los órganos administrativos pertinentes y debe garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones públicas encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas en ese sentido.

Según (Florián, 2014). Este derecho también le impone al Estado la obligación de tener y mantener estructuras sanitarias públicas, dotadas de los recursos financieros, materiales y humanos, necesarios y suficientes, para brindar prestaciones sanitarias adecuadas, de calidad, efectivas y homogéneas. Para alcanzar el más alto nivel posible de salud, debe tenerse en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con que cuenta el Estado.

b. Características y dimensiones

La salud es un derecho social que genera obligaciones positivas, es decir, obligaciones de hacer o de actuar del estado. este derecho presenta las siguientes características:

- Es un derecho básico y primordial para que así las personas logren llevar una vida digna, la cual se fundamenta en el deber de solidaridad y en el principio-derecho de cada dignidad humana. La sociedad a través del pago de los impuestos tiene que asumir ciertas responsabilidades – moral – colectiva para así financiar el sistema de salud.
- Es un derecho mundial, en lo que se refiere al bien público, en lo que deberá de beneficiar a todas las personas en general, sin que importe si ellos aportan o no a lo que es el sistema de salud, ya que el estado tiene la obligación de que proteja la salud de todas las personas, ya que ninguna de las personas puede ser excluid a lo que es el sistema de salud.
- Es un derecho de libertad, ya que toda persona tiene el derecho a controlar su cuerpo y salud, así como el derecho a no recibir torturas ni tratamientos extraños o que la persona no esté de acuerdo con ningún experimento médico.
- Es un derecho de carácter prestacional, en el sentido de que se satisface con la provisión de prestaciones sanitarias de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Para su satisfacción también requiere de una participación protagónica del Estado a través de políticas, planes, programas sociales y servicios públicos para que sea eficaz (acciones positivas), ya que su reconocimiento legal y/o constitucional, sólo le otorga fuerza normativa.
- Es de carácter progresivo, en el sentido de que su satisfacción depende de la disponibilidad presupuestal con que cuente el Estado, lo que de ninguna manera puede justificar la inacción prolongada, pues su satisfacción no puede ser diferida ni regresiva, sino que tiene que ser progresiva.

- Es un derecho vinculante, en el sentido de que permite reclamar judicialmente al Estado o a un privado el cumplimiento de una prestación o de las obligaciones que genera, pues su carácter progresivo no respalda la inacción estatal, sino que obliga al Estado a actuar con plazos razonables para ejecutar políticas concretas y permanentes.

De manera interesante, el derecho a la salud tiene dos dimensiones: la colectiva y la individual.

La dimensión colectiva del derecho a la salud no parte de la idea de que hay que satisfacer la necesidad básica de una persona, es decir, no busca paliar una carencia de salud individual, sino que se enfoca en una determinada o determinable colectividad de pacientes o de enfermedades, en las que se ha constatado la carencia de salud. Para este dilema, la perspectiva filosófica utilitarista plantearía que lo correcto sería posibilitar el mejor nivel de salud para el mayor número de personas atendiendo los recursos disponibles. Bajo el utilitarismo, esta dimensión procura que los recursos limitados del sistema de salud sean asignados a medicamentos, tecnologías o tratamientos de efectividad comprobada y que beneficien al mayor número posible de personas.

Por el contrario, la dimensión individual del derecho a la salud busca la tutela de una necesidad básica de una persona que se produce por la carencia de su salud, lo cual le impide llevar una vida digna. Esta carencia de salud puede ser paliada mediante la atención sanitaria, un medicamento, una tecnología o un tratamiento.

En algunos casos, el sistema de salud puede haber priorizado y ofrecido el medicamento, la tecnología o el tratamiento requerido por la persona, pero en otros casos el Estado pudo haber resuelto no priorizarlo atendiendo razones de costo, efectividad no comprobada o carácter experimental del tratamiento. La protección judicial de la dimensión individual del derecho a la salud se da cuando estos últimos casos se judicializan y se le ordena al Estado que suministre el medicamento de alto costo o brinde el tratamiento experimental demandado. En muchos casos

esta protección judicial puede ser subjetiva, no fundada en evidencia médica objetiva, carecer de sustento técnico (más allá de la prescripción médica) y obviar la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

La realidad evidencia que entre la dimensión individual y la colectiva del derecho a la salud, existe una fuerte tensión en la que termina interviniendo la judicatura. Esta intervención afecta las políticas públicas en salud. Así, la orden judicial del suministro de un medicamento de alto costo no priorizado, podría acarrear que los recursos inicialmente asignados para un grupo de pacientes tengan que ser reasignados a otras personas.

c. La exigibilidad judicial del derecho a la salud: un dilema complejo

Las causas que motivan la judicialización del derecho a la salud, son de diversa índole y enfoque. Algunas se explican por la demanda de un tratamiento con una tecnología que cuenta con insuficiente evidencia, como la delfinoterapia; otras cuestionan las políticas de priorización sanitaria (ver más en “Necesidades, recursos y priorización en salud”) y otras encuentran fallas en la implementación de políticas de prestación de servicios. Esto último ocurre cuando una norma (plan de beneficios) promete la entrega de un servicio, pero en realidad, un paciente no puede acceder a este servicio.

Entonces a continuación se plantea los temas a desarrollar sobre la judicialización del derecho a la salud:

- La ineficiencia del sistema de salud, en particular en materia de prestación de servicios.
- La sostenibilidad del sistema de salud.
- La desigualdad o inequidad en el acceso a servicios.
- La disparidad entre necesidades y recursos.
- El acceso a medicamentos de alto costo, tratamientos experimentales o tecnología cuya efectividad no está probada.
- La insuficiente transparencia y rendición de cuentas en la priorización de medicamentos, tratamientos y tecnología.

d. Sistemas de salud basados en Derechos Humanos Fundamentales

Un sistema de salud establecido en los derechos humanos fundamentales, deberá de propender a hacerse realidad sobre el mandato acerca de las numerosas constituciones, declaraciones y pactos a nivel mundial, las cuales consagran lo que es el derecho a la salud.

Este derecho humano fue afirmado por primera vez en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada por la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946, donde se señala que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. En el mismo preámbulo se entrega la responsabilidad del resguardo de este derecho a los estados, al afirmar que “Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

El reconocimiento del derecho al goce del grado máximo de salud que el individuo pueda lograr, sumado a la obligación asignada a los gobiernos de proveer las medidas sanitarias y sociales adecuadas para lograrlo, influyó paulatinamente en los sistemas de salud. En muchos casos, estas políticas públicas surgieron como continuación y perfeccionamiento de un estado de bienestar que se había comenzado a implementar desde fines del siglo XIX.

En el curso del siglo XX, numerosos países establecieron sistemas de salud que buscaban dar respuesta a las necesidades de cuidado de la población. Muchos de ellos adoptaron modelos de aseguramiento social que buscaban entregar sustento financiero y solidaridad al sistema, mientras que otros fueron financiados a partir de impuestos generales. El modelo de atención buscó integralidad, a partir de una estrategia global centrada en la atención primaria, para desde ahí transformar de modo progresivo y participativo, el derecho a la salud en una realidad.

Uno de los casos paradigmáticos de respuesta a esta necesidad, mediante la organización de un sistema nacional que buscó la consecución de este derecho, fue la creación, en el año 1948, del Sistema Nacional de Salud inglés (National Health Service), cuyos principios rectores (21), periódicamente revisados, mantienen su validez hasta el día de hoy y se han transformado, con el devenir de los años, en un ejemplo para otros países.

Entre estos principios se cuentan algunos de los indicados a continuación que, adaptados con una mirada global, pueden constituirse en un estándar para evaluar el desempeño de otros sistemas en materia de cumplimiento de derechos:

- Comprensividad y no discriminación: Los servicios deben estar disponibles para todos, independientemente de consideraciones de género, raza, discapacidad, edad, orientación sexual, religión, creencias o estado civil. Los servicios deben comprender la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de dolencias tanto físicas como mentales, de un modo respetuoso de los derechos de los individuos.
- Acceso determinado por la necesidad: El acceso a los servicios se debe basar en la necesidad clínica de quien lo requiere y no en la capacidad de pago del individuo. Por lo mismo, no debe existir una barrera económica de acceso, en el punto de atención, que impida el acceso de quien lo necesite.
- Calidad y profesionalismo en la atención: Los servicios deben tener una especial preocupación por la calidad de la atención que se brinda, por su seguridad y efectividad, centrado en el paciente y con un equipo de atención comprometido con los más altos estándares de profesionalismo en sus respectivas funciones.
- Equidad en el acceso: El acceso a las prestaciones de salud debe estar orientado a entregar atención preferencial a quien más lo necesita, sin descuidar los requerimientos del resto de los

individuos. Los sistemas de salud deben, asimismo, promover la igualdad mediante la focalización de servicios a ciertos sectores de la sociedad, cuyas mejoras en salud y expectativa de vida se encuentren rezagadas con respecto al resto de la población.

- Participación, transparencia y rendición de cuentas: La consecución del derecho a la salud, concebido como un derecho humano fundamental, requiere de la participación ciudadana en la formulación de sus objetivos, así como en el control de la gestión y monitorización de sus resultados, de modo transparente.
- Sostenibilidad: Si bien la necesidad de cuidar la sostenibilidad del sistema de salud puede no verse inscrita, de modo evidente, en una lógica de acceso basado en derechos, la situación actual del desarrollo de los servicios obliga a entregar especial atención a este aspecto. La falta de planificación en el crecimiento de un sistema de salud, puede amenazar la propia viabilidad de éste, amenazando o volviendo irreales los valores rectores de equidad y acceso determinado por la necesidad.

Una lógica de derechos en salud no se agota, sin embargo, con la garantía de acceso a servicios de salud organizados de modo equitativo, no discriminatorio y sustentable. Al igual que la educación, la salud se encuentra estrechamente ligada con otros derechos fundamentales. El acceso a agua potable y disposición de excretas, alimentación sana y vivienda segura, condiciones seguras de trabajo y un medio ambiente libre de contaminación, son requisitos esenciales para alcanzar “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” por parte de cada individuo, como lo ordena el compromiso contenido en la constitución de la OMS señalado anteriormente.

La lógica de derechos requiere, asimismo, para no tornarse en una mera aspiración, la posibilidad de demandar su cumplimiento efectivo frente a los tribunales de justicia. Este recurso, aunque disponible, debiera corresponder a una excepción como mecanismo de acceso, toda vez que es responsabilidad de los sistemas de salud y de los gobiernos garantizar el

acceso a las acciones de salud que los individuos requieren, de modo acorde con sus necesidades. (Blanco, 2014).

e. Contenidos de las Políticas Públicas de Salud

Las políticas públicas, basadas en el derecho a la salud, contemplan dos grandes materias para su garantía: los determinantes en salud y los bienes y servicios de salud propiamente dichos, con sus respectivos marcos regulatorios. Los determinantes surgen de la interdependencia en el ejercicio de otros derechos tales como a la vida, a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, entre otros. Por tanto, se consideran como factores propios de las condiciones sociales en las que se desarrolla la vida del individuo y que determinan el estado de salud y el desarrollo de la población. Los bienes y servicios de salud obedecen a la faceta prestacional del derecho en su dimensión positiva. La garantía de este se puede exigir de forma inmediata dada la gravedad y urgencia del asunto, con movilización de recursos o cuando no se requiere de mayores recursos por parte del Estado. También se puede exigir de forma progresiva por la complejidad de las acciones y los recursos requeridos

Las políticas públicas relacionadas con los determinantes sociales en salud, tienen como objeto disminuir las brechas en salud y las diferencias sociales. Para su efectividad, se requiere que los gobiernos coordinen la formulación de políticas intersectoriales, establezcan objetivos comunes, brinden respuestas integradas y hagan una mayor rendición de cuentas en todos los niveles. Igualmente, se requiere una alianza y colaboración entre los territorios, los sectores y la sociedad civil. De allí se origina el planteamiento de «La Salud en Todas las Políticas» (18). Estas políticas incluyen la gestión de acciones colectivas relacionadas con la cohesión social y el capital social de la siguiente manera:

- Promoción de ambientes saludables donde se desarrolla la vida de los individuos y las colectividades, tales como, la vivienda, el barrio, el trabajo, la escuela y los espacios públicos. Estos deben tener acceso a agua potable, estar en un medio ambiente sano como

por ejemplo libres de humo, tener condiciones de saneamiento básico; estar adecuados para la actividad física, entre otros servicios sociales.

- Promoción de estilos de vida saludables que incluye aspecto de seguridad alimentaria, soberanía alimentaria y adecuada nutrición; actividad física y ejercicio con programas o clases basada en ambientes y grupos específicos como niños escolares; y control de factores de riesgo como el tabaquismo en el que se ofrece ayuda para la cesación del hábito.

En ciertos casos estas políticas se garantizan en un marco integral de seguridad y protección social, o también puede ser de manera sectorial mediante «La Salud en Todas las Políticas», con dichos sectores responsables, así como el medio ambiente, educación, agricultura, entre otros. En cualquiera de los casos ya mencionados, el sector salud es el principal en ser un líder, contempla en la política de salud pública la garantía de las acciones colectivas y también es un derecho a colaborar con los otros sectores, para así lograr la intersectorialidad y la complementariedad, con fines al logro de los objetivos e intereses comunes.

El carácter prestacional del derecho origina políticas públicas para así poder garantizarlas. Estos bienes y servicios tienen como fin satisfacer las necesidades en la salud de los individuos, e integran prestaciones en todas las fases en la atención promocional respecto a la salud y en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de dicha enfermedad. Los elementos acerca del derecho que enmarcan estas políticas son la disponibilidad y suficiencia de los establecimientos, bienes, servicios, planes y programas; la accesibilidad que integra la no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad), y el fácil acceso a la información; la aceptabilidad y respeto a la ética médica y cultura de los individuos; y la buena calidad desde el punto de vista científico y médico.

Los sistemas de salud juegan un papel fundamental en la rectoría, regulación, formulación, implementación, monitoreo y evaluación de estas políticas. Es por ello que se requiere la creación de capacidades con mejores recursos, instituciones y personal dedicado y capacitado; la generación de conocimientos y de una base de datos que lo reúna para soportar la toma de decisión; la evaluación comparativa de las diferentes tecnologías y sus consecuencias sanitarias; la evaluación del impacto económico y social; la creación de plataformas regulares de diálogo y resolución de problemas con otros sectores y al interior del sector salud; la participación efectiva de la sociedad en las diferentes etapas del proceso; la cooperación internacional para optimizar recursos y mancomunar esfuerzos; y el fomento de la experimentación y la innovación para encontrar nuevas alternativas de solución, según (MERCOSUR, de 2016).

2.3.2. Reconocimiento del derecho a la salud como derecho autónomo

Uno de los primeros temas a los que se enfrentó el Tribunal al delinear los alcances del derecho a la salud fue el relacionado con su carácter de derecho fundamental.

Aun cuando la Constitución de 1993 expresamente prescribe que «todos tienen derecho a la protección de su salud», el Tribunal fue receptor de alguna jurisprudencia comparada que solo reconoce el carácter ius-fundamental del derecho a la salud cuando este se encuentra engarzado con el derecho a la vida o a la integridad física. (Florián, 2014).

2.3.2.1. Fuentes Normativas del derecho a la Salud

A diferencia de la Constitución de 1979, eran quienes recogían disposiciones más detalladas y relevantes acerca de la protección a la salud y más tuitivas de este derecho fundamental, la Constitución de 1993 se muestra, de hecho, mucho más lacónica y breve. Así, mientras que en la anterior Carta Política se hacía mención expresa, en el artículo 15, sobre la protección de la salud tanto como en lo personal, así como familiar y comunitaria «integral», la Carta de 1993, en el artículo 7, solo menciona sobre el derecho a la protección en la

salud. Por otro lado, mientras en la Constitución de 1993, en el artículo 9, solo se hacen referencia sobre la obligación del Estado de dirigir e imponer la política nacional de la salud y de así facilitar el acceso equitativo a los servicios de la salud, en el Texto de 1979, de acuerdo con el artículo 16, dicha obligación incluía «la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado, los cuales se encargaban en planificar y coordinar la atención «integral» de la salud por medio de organismos públicos y privados, y que ellos son quienes facilitan a todos el acceso «igualitario» a sus servicios, en «calidad adecuada» y con «tendencia a la gratuidad»» (negritas agregadas). En conclusión, en lo atinente a la protección del incapaz, ambas constituciones son semejantes. Así, el artículo 7 de la de 1993 establece: «La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad».

Es obvio que las diferencias entre ambas regulaciones obedecen al trasfondo ideológico en el cual se ubican cada uno de los textos constitucionales. Así, mientras podemos identificar a la Constitución de 1979 con los fundamentos del Estado benefactor, la Carta de 1993 responde al contexto ideológico del neoliberalismo, donde prima un modelo de atención minimalista en materia de prestaciones sociales. Con todo, la lectura de las disposiciones contenidas en la Constitución de 1993 sobre el derecho a la salud debe realizarse teniendo en cuenta lo establecido por los Tratados Internacionales de Derechos Humanos suscritos por el Perú, de conformidad con dicha interpretación sobre los mismos los cuales hayan efectuado los organismos las cuales vienen a ser internacionales y son los encargados de vigilar el respectivo cumplimiento, tal y como lo disponen la Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución y el artículo V del Título Preliminar del Código Procesal Constitucional, respectivamente.

Es así que en la STC 3081-2007-PA/TC, el Tribunal precisa que las primordiales fuentes normativas del Derecho Internacional de los Derechos Humanos donde está recogido el derecho a la salud son los siguientes:

- a) Declaración Universal de los Derechos Humanos (la cual fue aprobada por la resolución legislativa 13282 del 15 de diciembre de 1959), lo mencionan en el artículo 25.1.
- b) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ratificado bajo instrumento de adhesión de fecha 12 de abril de 1978, depositado el 28 de abril de 1978), lo mencionan en el artículo 12.
- c) El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas preciso el contenido normativo del artículo 12 (Observación General N.º 14 (E/C.12/2000/4)».
- d) La Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del individuo (Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, en Bogotá, 1948); el artículo XI establece lo siguiente:
- e) Protocolo Adicional a la Convención Americana acerca de los Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ratificado por el Perú el 4 de junio de 1995), lo mencionan en el artículo 10.

Asimismo, en los diversos casos el Tribunal ha recurrido a los estándares internacionales con el único fin de lograr verificar las exigencias que contiene dicho derecho fundamental.

Así, en el caso del derecho a la salud mental, el Tribunal considero, entre otras, las fuentes normativas que a continuación se detalla:

- a) Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. (AG res. 2856 [XXVI], 26, U.N. GAOR Supp. [No. 29] p. 93, ONU. Doc. A/8429 [1971])
- b) Principios para la Protección de todos los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. (AG.46/119, del 17 de diciembre de 1991)
- c) Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas y/o maneras de Discriminación en contra de las Personas que cuentan con Discapacidad (adoptado con fecha 06/07/99, en la XXIX

Asamblea General de la OEA, ratificado por el Perú el 30 de agosto de 2001)

- d) La Corte Interamericana sobre los Derechos Humanos: el Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (Sentencia del 4 de julio de 2006)
- e) La Declaración de importancia sobre Caracas (Organización Panamericana de la Salud AG/RES.1249-XXIII-O- 1993)
- f) Los Diez Principios Básicos y fundamentales de las Normas para la mejor atención de la Salud Mental. (Organización Mundial de la Salud/División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias)¹¹

Sin embargo, viene a ser recurrente la interpretación del derecho en la salud a partir de dicha interpretación oficial perpetrada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en dicha Observación General 14, además del constante auxilio que hace la jurisprudencia del Tribunal de diferentes tratados y documentos de la Organización Mundial de la Salud. Así, se tiene un claro ejemplo, el caso de la Ley general para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco, el TC declaró sobre la obligación de reducir el consumo del tabaco desde el Convenio Marco de la OMS para así mejorar el Control del Tabaco, aprobado a través de la resolución legislativa 28280, la cual fue publicada el 17 de julio de 2004 (STC 0032-2010PI/TC, FJ. 82). Por su parte, sobre el caso del Aseguramiento Universal en Salud, el TC ha conceptualizado uno de los componentes de la equidad en salud recogiendo ciertos objetivos indicados en el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud: «Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud» (OMS, 2009). Igualmente ha sustentado la necesidad de aumentar los ingresos globales de la salud, como componente de la equidad sanitaria, mediante el financiamiento público y el principio de solidaridad, teniendo en cuenta el

¹¹ STC 3081-2007-PA/TC, FJ. 28; también estos y otros instrumentos internacionales fueron claves en el caso del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (STC 5842-2006-PHC/TC).

Informe de la Organización Mundial de la Salud, titulado La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal (2010).

En términos generales, el TC ha establecido que: Como ya se ha expuesto, la moderna concepción de los derechos sociales implica que no solo constituyan obligaciones de hacer del Estado, sino de toda la sociedad en su conjunto; por ello, la doctrina ha empezado a denominarlos ‘deberes de solidaridad’.

En una sociedad democrática y justa, la responsabilidad por la atención de los más necesitados no recae solamente en el Estado, sino en cada uno de los individuos en calidad de contribuyentes sociales. Es así como adquieren mayor sentido las sanciones jurídicas frente al incumplimiento de estos deberes, por ejemplo, las sanciones que se imponen ante la omisión del pago de impuestos, pues justamente a través de ellos se garantiza la recaudación y una mayor disponibilidad presupuestal para la ejecución de planes sociales. 12.

2.3.3. Delimitación del contenido del derecho a la salud

El TC peruano inicialmente ha sido bastante escueto en la delimitación de las exigencias normativas que se desprenden del derecho a la salud. Así, se ha centrado primero en resaltar las dos facetas que encierra este derecho: la preventiva y la recuperativa, y las obligaciones genéricas que el Estado asume en función a dichas facetas: la promoción de una adecuada calidad de vida y la provisión de servicios de salud adecuados. Aunque en estos elementos puede encontrarse gran parte del contenido de este derecho, su formulación ha sido excesivamente lacónica. El Tribunal ha definido pues, en las primeras fases de su jurisprudencia, el derecho a la salud como:

[...] la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de

¹² STC 2945-2003-AA/TC, FF.JJ. 23-24.

restablecimiento; acciones que el Estado debe proteger tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida, para lo cual debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar.

Ha sido recién con la sentencia emitida en el caso del Aseguramiento Universal en Salud (publicada el 11 de abril de 2012) que el Tribunal establece de un modo exhaustivo y claro cuáles son las exigencias normativas que se desprenden del derecho a la salud. Para hacerlo, el Tribunal recurre a una interpretación bastante amplia del principio de equidad en salud, recogido en el artículo 9 de la Constitución. El Tribunal empieza estableciendo la premisa según la cual «[...] todas las personas tienen derecho a disfrutar de las condiciones y acceder a los servicios de salud, de forma equitativa y con la calidad adecuada». De aquí el Tribunal deriva la obligación del Estado de procurar por diversos medios que las personas puedan alcanzar el nivel más alto posible de salud, sin que en dicho fin la condición social o económica de las personas pueda constituir un obstáculo. En dicho contexto, el Tribunal estima que el principio de igualdad sustantiva, aplicado al campo de la salud, exige que el Estado adopte una preocupación especial por las personas situadas en condiciones especiales de vulnerabilidad, entre ellas por aquellas que no cuentan con los recursos económicos para facilitarse el acceso a los servicios de salud. En síntesis, el Tribunal define el principio de equidad en salud como el más importante que orienta la política pública en salud y que exige «la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud»¹³. Más allá de esta definición, sin embargo, como ya dijimos, lo importante de esta sentencia es que delimita cuáles serían los aspectos fundamentales en los que debe incidir la política pública para satisfacer el ideal de equidad sanitaria. Así, el principio de equidad en salud

¹³ STC 0033-2010-PI/TC, FJ. 32.

tendría como parte de su contenido constitucionalmente protegido los siguientes elementos:

a) En primer lugar, la exigencia de enfrentar las desigualdades sociales que tienen un efecto negativo y dificultan el logro de una buena salud. Como se recoge en la Observación General 14, «[...] el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano [...]» (párrafo 4). Desde que el principio de equidad en salud pretende una equiparación en el goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y no solo en la prestación de los servicios de salud, este exige que se ataquen diversas inequidades sociales que afectan la posibilidad de gozar de buena salud. En particular, los denominados determinantes sociales de la salud, que conforme a la Organización Mundial de la Salud Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, «Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud» (Organización Mundial de la Salud, 2009), en son los siguientes:

- Educación y atención desde la primera infancia
- Entornos urbanos y rurales saludables
- Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno
- Protección social a lo largo de la vida
- Atención universal de salud
- Políticas y programas sanitarios equitativos
- Financiamiento, deuda y ayuda internacional equitativa

- Responsabilidad de los mercados y los sectores privados
 - Equidad de género
 - Expresión y participación políticas
 - Gobernanza mundial eficaz
- b) En segundo lugar, ha de considerarse en el principio de equidad en salud el reconocimiento de la interdependencia de los derechos fundamentales y, por lo tanto, la posibilidad de disfrutar equitativamente de ellos, especialmente de los que tienen incidencia en el goce del derecho a la salud. Como se ha afirmado en la Observación General 14, «El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud» (párrafo 3). De modo que para el acceso equitativo a la salud puede ser tan importante la provisión adecuada de un servicio de salud, así como la no exclusión de la capacidad de hacer oír la voz frente a un trato discriminatorio por parte del Estado.
- c) En tercer lugar, el principio de equidad en salud supone también la posibilidad de acceder a los servicios de salud de modo integral, esto es, con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica, en tanto elementos esenciales de la atención sanitaria, de acuerdo con lo recogido en la Observación General 14 [párrafo 12]. Para la satisfacción de este principio es preciso contar con la posibilidad de «tener un seguro de salud» que cubra determinadas contingencias sanitarias. Es preciso, además, que la persona pueda acceder físicamente al servicio (lo que

supone la presencia cercana y suficiente de centros de salud), y que sea tratada con atenciones que efectivamente prevengan o recuperen su salud (lo que supone la provisión de servicios de calidad), además de ser ética y culturalmente aceptables (lo que exige, por ejemplo, el desarrollo de procedimientos de salud intercultural).

- d) En cuarto lugar, el principio de equidad en salud supone también el respeto al principio de no discriminación en la provisión de los servicios médicos, de acuerdo con lo previsto en el párrafo 12 b) de la Observación General 14. Esta exigencia, contenida en el principio de igualdad formal o igualdad de trato, supone que en la distribución de los servicios de salud no debe restringirse desproporcionadamente el acceso a servicios de salud a un grupo de personas determinadas, sobre la base de motivos prohibidos, o solo porque de ese modo se pueda lograr mejores resultados globales en salud.
- e) Por último, el principio de equidad en salud exige también una asignación de recursos para la salud y una distribución equitativa de dichos recursos. Reconocida la centralidad de la salud en las posibilidades humanas de afrontar una vida digna, la única forma de brindar a todas las personas —dadas las diferencias de recursos económicos entre ellas— un acceso adecuado a los servicios de salud es asignar recursos amplios a este sector, sea a través de la solidaridad de todos los residentes en el país (por medio de impuestos), o de la solidaridad de los usuarios de salud (a través de aportes). También es preciso que una vez obtenidos los recursos para la salud, estos se distribuyan equitativamente, teniendo en cuenta la prioridad en la atención de las poblaciones más desfavorecidas, tal como antes se ha explicitado. Por lo demás, en el uso de los recursos para la salud es necesario guardar niveles adecuados de transparencia y eficiencia, pues dada la escasez de recursos públicos y la competencia entre las distintas necesidades de la población, es preciso que se dé a los recursos el mejor uso posible. La preocupación por esta última dimensión del principio de equidad en salud, en sus facetas de mayores ingresos, mayor equidad y

mayor eficiencia, ha sido puesta de manifiesto en el último Informe de la Organización Mundial de la Salud titulado «La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal» (2010, informe disponible en el siguiente enlace web http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf).¹⁴

2.3.4. Estructura del sistema de Salud del Perú

2.3.4.1. Organización del Sistema de Salud

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud tiene por finalidad coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud. El sistema de salud del Perú comprende proveedores de servicios públicos y privados, cada uno de los cuales incorpora un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se organiza en cinco segmentos, con financiamiento contributivo o de rentas generales asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables, a través del Seguro Integral de Salud (SIS) que subsidia la provisión de servicios a la población en situación de pobreza. La prestación de servicios, tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS, se realiza mediante la red de establecimientos de los Gobiernos regionales y del Ministerio de Salud (MINSA), que están ubicados en las regiones y en la capital de la república (Alcalde-Rabanal *et al.*, 2011). Este subsistema está estructurado en tres niveles: nacional, regional y local. El nivel nacional está conformado por el MINSA, los órganos desconcentrados del MINSA (Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud y los Institutos especializados).¹⁵ El nivel regional está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), pertenecientes a los gobiernos regionales y, el nivel local, por algunas municipalidades encargadas de la administración y el

¹⁴ STC 0033-2010-PI/TC, FJ. 34.

¹⁵ Los Institutos especializados son: Instituto Nacional de Salud del Niño, Instituto Nacional de Salud Mental, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Oftalmología y el Instituto Nacional Materno Perinatal.

presupuesto de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones (MINSA, 2010).

2.3.4.2.Lineamientos de Política tarifaria en el sector Salud

Desde la década de 1980 el MINSA ha realizado esfuerzos por tratar de uniformar y reglamentar los procedimientos que definen las tarifas del sector Salud debido a la existencia de vacíos normativos, como la falta de unidad de criterios para el cobro de los servicios que prestan los establecimientos de salud, la instalación de tarifas que no consideran la capacidad de pago de los usuarios o que no guardan coherencia con la estructura de costos, la ausencia de lineamientos respecto de la definición tanto de tarifas, como de los subsidios y el uso de los ingresos generados por esas tarifas, la falta de estandarización de la cartera de servicios médicos ofrecidos por los establecimientos de salud, y la ausencia de una política general de financiamiento de los servicios de salud. En este contexto, se aprobó, en 2006, el documento “Lineamientos de política tarifaria en el sector Salud”.

Los principios contenidos en ese documento tienen por objetivo establecer directrices y criterios técnicos que regulen la determinación de las tarifas de los servicios de salud en los establecimientos públicos del país, con el fin de mejorar el acceso a estos servicios y, complementariamente, su sostenibilidad operativa y financiera.

Los lineamientos de esta política son los siguientes:

- a) **Equidad:** definición de tarifas escalonadas de acuerdo con la capacidad de pago; provisión de un paquete de atenciones de salud básicas las cuales no son sujetas a cobro alguno; y que las tarifas no se constituyan en barreras de acceso a través de la identificación socioeconómica de los usuarios;
- b) **Transparencia:** suscitar la participación de los ciudadanos; propagar la información tarifaria;

- c) **Tarifas basadas en costos:** definir las tarifas desde la estructura de costos (de un proceso de producción eficiente en servicios de salud), considerando el uso de guías de atención médica normadas y aprobadas por el MINSA.

Para la identificación de la capacidad de pago se utilizan instrumentos técnicos vigentes (FESE, SISFOH; descritos en el Recuadro 6), que consideran tarifas cero (subsidiadas) para el estrato que corresponde a los pobres extremos y a los pobres, y porcentajes crecientes para los demás. Para el caso de enfermedades catastróficas se fijarán montos límites asumiendo el Estado la obligación de atender esos casos.

Por otra parte, la definición de tarifas sobre la base de la estructura de costos permite discriminar entre costos fijos (recursos humanos, equipamiento e infraestructura) y costos variables (insumos, material médico y quirúrgico, medicamentos, servicios de mantenimiento de equipos y otros servicios que permiten la operatividad de los hospitales, junto con los costos de los servicios públicos). Este aspecto es relevante tanto para los financiadores públicos como para los privados. En este esquema, el SIS reembolsa el costo variable, otros financiadores públicos (EsSalud, FFAA y policiales) cubren el costo total del servicio, mientras que los financiadores privados cubren el costo total más un margen adicional.

Existen tarifas referenciales que se toman en cuenta en el intercambio de servicios entre prestadores, el reembolso por financiadores y para cuantificar el monto del subsidio público (para aquellos usuarios sin capacidad de pago). Asimismo, existen tarifas específicas que son definidas por los establecimientos incorporando algunos ajustes de acuerdo con las características propias de sus procesos de producción y de sus potenciales usuarios. Por su parte, cada establecimiento puede aplicar a las tarifas referenciales por lo menos dos factores de ajuste: por sus costos estándares y por la capacidad de pago de sus potenciales usuarios.

Por último, para brindar un panorama general acerca del peso que adquieren estos recursos en el financiamiento de la salud pública es importante destacar que los recursos recaudados directamente (cuando el cobro de tarifas a los usuarios es el principal componente) representaban, en 2005, el 16,1% del financiamiento total del MINSA, lo que implica una reducción respecto al 22,7% que representaban en 2001 y 2002 (MINSA, 2008).

2.3.5. Prestación de servicios de salud

La prestación de servicios de salud es el conjunto de iniciativas organizadas para preservar, proteger y promover la salud de la población; cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos y lograr la sostenibilidad financiera.

“La prestación de servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados por la ley 100 de 1993”, son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”¹⁶.

Las instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc., que pueden ser públicos o privados que prestan el servicio de salud; “se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, haciendo referencia a su capacidad instalada, en tecnología, personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar”.

Las instituciones prestadoras de salud tienen como principio básico la calidad y eficiencia en donde tienen autonomía administrativa, técnica y financiera.

2.3.6. Reseña histórica de los derechos y deberes del paciente

¹⁶ Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social Integral, Libro II, Capítulo II, Artículo 185. Edición 2011. Editorial Unión Ltda.

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera "distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios".

En este documento se establece como derecho No. 22 que “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.¹⁷

Al hablar de derechos humanos, remontándonos a siglos atrás, en las culturas del próximo oriente antiguo eran los dioses quienes interponían las leyes a los hombres, y es por ello que estas eran muy sagradas. En Babilonia, los sacerdotes del dios Samash (dios del sol y de la justicia), ejercían la labor de jueces, labor que posteriormente el mismo dios le asigna al Rey Hammurabi en el año 1790 – 1750 a.c; quien dictaminó que sus funcionarios fueran los que realizaran esa labor; convirtiéndose el hombre, desde ese entonces, en el defensor de sus propios derechos; hecho que quedó representado en una imagen sobre un conjunto escrito de leyes, dicha estela actualmente se encuentra situada en el Museo Louvre. (L., 2004)

Desde entonces, el hombre es el autor y el defensor de sus propios derechos, contemplados en la ley y reafirmados por esta misma a través de tratados; el derecho internacional establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas con respecto a determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar en ocasiones específicas con el objetivo de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos. Los derechos humanos coexisten con el hombre y se

¹⁷ DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), 10 de diciembre de 1948.

caracterizan por ser intrínsecos a la naturaleza humana, favorecen la convivencia, son inalienables, universales, incondicionales e irrevocables, le permiten al hombre alcanzar un desarrollo pleno y hacer uso de las cualidades como la inteligencia, el talento y la conciencia; 21 atributos que le pertenecen por su propia naturaleza, son inherentes e inseparables de su propio ser.

Con el paso del tiempo y en favor de la humanidad, estos derechos han ido tomando formas más específicas porque han sido base para resguardar y proteger a las personas, que, por circunstancias vividas sus derechos se han vulnerado; tal es el caso del Tribunal Militar Norteamericano de Núremberg, donde se condena a varios médicos nazis por los experimentos realizados en los prisioneros de guerra. El código de Núremberg define entonces las condiciones de la experimentación humana en la misma línea que la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, al exigir la existencia del consentimiento informado del grupo a estudiar; son ellos quienes asumen la responsabilidad en forma voluntaria, buscando siempre el bien mayor de la investigación y el mal menor a quienes intervienen como voluntarios. (Abarca, 2009).

2.3.7. Principio de justicia

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio abarca el campo de la filosofía social y política; trata de regular la distribución o la asignación de recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes. Estos problemas se plantean por ejemplo en las listas de espera para trasplantes de órganos o en la distribución de presupuestos para políticas de desarrollo. (J., 2012)

Más adelante surge la Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud, que busca mejorar la atención en las diferentes entidades, instituciones y demás centros de salud, lo que implica entre otros aspectos, el respeto por la autonomía del paciente, proporcionarles información completa y una atención oportuna. El Programa Nacional de Salud destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes y las pacientes, fomenta una cultura

de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico - paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera. Sin embargo para avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, era imprescindible destacar las prerrogativas que las propias disposiciones sanitarias regulan en beneficio de los pacientes, éstas habrían de definirse en forma precisa y difundirse entre los propios usuarios de los servicios de la salud. Es por ello que se encomendó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico la tarea, encaminada a coordinar los esfuerzos institucionales para definir un proyecto que fuera puesto a consideración de las organizaciones sociales. En él se plantearon los derechos de los pacientes frente al médico que le brinda atención, concluyo con el diseño de la presente Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes. 18

En ella se plasman derechos del paciente tales como:

– **Autonomía**

- ✓ Decidir libremente sobre su atención
- ✓ Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

– **Ser informado**

- ✓ Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
- ✓ Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

En nuestro País, de política democrática, nuestra Constitución es la Ley de Leyes que establece los derechos y deberes de los gobernantes y gobernados, sobre la cual descansan los pilares del derecho, justicia y normas del país; ésta controla, regula y defiende los derechos y libertades de los peruanos. Esta carta

¹⁸ Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes N° 4 [en línea]. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2001. [fecha de acceso 5 de junio del 2012]. URL disponible en: <http://bvs.insp.mx/local/File/CARTA%20DER.%20G.%20PACIENTES.pdf>.

magna protege también el derecho a la salud, como lo deja constatar sus siguientes artículos:

Capítulo I: derechos fundamentales de la persona

Artículo 1°. La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.

Artículo 2°. Toda persona tiene derecho:

A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

A las libertades de información, opinión, expresión y difusión del pensamiento mediante la palabra oral o escrita o la imagen, por cualquier medio de comunicación social, sin previa autorización ni censura ni impedimento algunos, bajo las responsabilidades de ley.

Capítulo II: de los derechos sociales y económicos

Artículo 7°. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

Cuatro años después de que nuestra Constitución Política sea creada y por ende puesta en funcionamiento, se promulga para beneficio específico de la salud de todos los peruanos, la Ley de Salud, modificada en Junio de 1997; ésta garantiza el aseguramiento universal y asigna al estado la responsabilidad de proveer servicios de salud pública con cualquier proveedor. También identifica como organismos responsables del financiamiento, aseguramiento y provisión pública al MINSA y Essalud 19, ambos son elementos importantes dentro del sistema nacional de nuestro país; este sistema de salud tiene la

¹⁹ Ley General de Salud N°26842 [en línea]. Lima: Oficialía Mayor del Congreso; 2006. [fecha de acceso 22 de julio del 2012]. URL disponible en: http://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley_general_salud_26842.pdf

finalidad de contar con una organización efectiva, cuyo propósito sea el contribuir con el desarrollo físico, mental y social de las personas que contemple los procesos de aseguramiento universal, adquisición de medicamentos, atención de emergencias, donaciones y trasplantes, bancos de sangre, infraestructura, recursos humanos, sistemas de información y comunicación social.²⁰ Ya que ambos organismos son los mayores responsables en el Perú, de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la Salud, son principalmente ellos el campo de concentración donde la Carta de los Derechos del Paciente, los derechos a la salud promulgados en la Constitución Política del Perú y la Ley de Salud son puestos en marcha para cumplirse y respetarse.

Es así que desde el año 2010 se pone a disposición de los asegurados la Oficina de Defensoría del Asegurado, que es el órgano de apoyo de la Presidencia Ejecutiva, tiene como principal misión proteger los derechos del asegurado, así como supervisar el cumplimiento de los deberes de los mismos; siendo uno de los roles más importantes atender las quejas y reclamos, relacionadas con la vulneración de los derechos de los asegurados que reciben prestaciones de Essalud, facilitando, de ser posible su solución inmediata.²¹

2.3.8. La enfermera y los derechos del paciente

La enfermería como profesión ha heredado un proceso histórico con una filosofía de responsabilidad para con el cuidado de la vida humana, exigiéndole a este campo un proyecto vocacional con sustento de humanismo; como lo señala Jean Watson, quien en su teoría del cuidado humano es capaz de sostener que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, al igual que las relaciones transpersonales de la persona. Watson es una de las teóricas que más énfasis le ha dado a la parte humana de la persona, incluye dentro de sus factores asistenciales la formulación de sistemas de valores, la

²⁰ Academia Peruana de Salud. Historia de la salud en el Perú: Sistema nacional de salud, creación y reformas, instituciones y organizaciones públicas y privadas. Lima: Academia Peruana de Salud; 2008.

²¹ Defensoría del asegurado de Essalud [base de datos en línea]. Lima: Essalud; 2011. [fecha de acceso 23 de julio del 2012]. URL disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/defensoria-del-asegurado/>

inculcación de fe - esperanza, el cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás.²⁸ Es por ello que la enfermería como vocación va directamente relacionada con el bienestar social, su mística con el cuidado del hombre y en todo aspecto que tenga que ver con el mismo, como el aspecto: físico, mental, social, etc.

Son cuatro los aspectos que reviste la responsabilidad de la enfermera: mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y brindar una atención que incluya el respeto por sus derechos. La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de enfermería; no se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o condición social. La enfermera asegura los servicios de enfermería a la persona, familia y comunidad, a la vez coordina sus actividades con otros grupos de profesionales de la salud, es ella quien mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario. Como miembro del equipo sanitario para la prevención, las curaciones y la educación, seguirá conservando la responsabilidad propia de sus actos, y su responsabilidad esencial radica y reside en el hecho de que colabora en la protección de la vida, en el alivio del sufrimiento y en la promoción de la Salud.²²

Cada personal de enfermería representa un potencial de capacidad, eficiencia y humanismo reflejados en actos de voluntad que no requieren de prescripción, indicación o gratificación para ofrecer un trato más humano, mostrando así la habilidad para entender y comprender la situación de cada persona, desarrollando una sensibilidad necesaria que le permita disminuir o mitigar las angustias causadas por un estado patológico o por la pérdida de una vida, o para ayudar a las personas a tener la fortaleza necesaria para afrontar los problemas por una afección y por ende su consecuente pérdida de bienestar económico, social, etc. Por último, tener sensibilidad para asumir actitudes que inspiren confianza en el enfermo y sus familiares, confianza que se basa en el

²² Marenner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta. ed. México: Harcaurt brace; 2000.

reconocimiento de los derechos y la dignidad que tiene la persona como tal. La enfermera al compartir vivencias humanas, dolor, nacimientos y muerte, puede valorar el significado de éstos en la vida del hombre, y a su vez enfoca y mejora su actitud frente a quienes atiende. Debe tener muy clara la importancia de los valores dentro de su perfil personal y profesional. Practicar el humanismo es velar por todo lo digno que tiene la vida del ser humano; este respeto debe condicionar todas las acciones de enfermería para con el hombre desde su concepción hasta su término, incluso después de la muerte.²³

Tal como lo respalda la Declaración sobre los derechos de los pacientes National League for Nursing donde la enfermera tiene la obligación de defender derechos del paciente tales como, derecho de recibir información sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad, opciones y riesgos posibles, presentada en términos que comprenda fácilmente el paciente y sus familiares, de manera que puedan proporcionar su autorización con conocimiento; el derecho de participar en todas las decisiones relacionadas con los cuidados de su salud, contando con información adecuada; el derecho de rechazar tratamientos, medicamentos, o negar su participación en investigaciones o experimentos sin que se tomen represalias en su contra; el derecho de recibir información completa sobre todos sus derechos en las instituciones asistenciales, entre otros.²⁴

2.3.9. Derechos del paciente

La palabra derecho proviene del vocablo latino “directum, que significa no apartarse del buen camino, seguir el sendero señalado por la ley, lo que se dirige o es bien dirigido. En general se entiende por derecho al conjunto de normas jurídicas, creadas por el estado para regular la conducta externa de los hombres y en caso de incumplimiento está prevista de una sanción judicial”²⁵.

²³ León F. Comentario de La carta sobre los derechos de los Pacientes y Enfermos. España: Editorial Xiyos; 2011.

²⁴ Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgico. 8va. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998.

²⁵ Flores, F. y Carvajal G. 2010. Nociones de Derecho Positivo Mexicano. Editorial Porrúa. Vigésima quinta Edición. México 1986, p. 50.(en línea) URL:https://poderjudicial-gto.gob.mx/pdfs/ifsp_conceptosjuridicosfundamentales-1.pdf (Consultado noviembre 24, 2013)

Dentro del ámbito de la salud, el diccionario de la Real Academia Española, define a un paciente como la persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.

Bajo estos dos conceptos se infiere como derechos del paciente al conjunto de normas que rigen las acciones del personal frente a un individuo que recibe atención médica en una institución de salud; estos emanan de los Derechos Humanos, haciendo énfasis en el respeto a la dignidad de la persona de acuerdo a la normativa legal vigente en un país.

En el camino de la historia, el reconocimiento de los derechos del paciente se remonta a la declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, desarrollada en el año 1948, en cuyo artículo 2 expresa “el individuo tiene derecho a recibir cuidados de su salud, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”²⁶

A partir de esta declaración se sentaron las bases para la generación de los derechos del paciente a través de diversas reuniones internacionales:

- a. Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Libertades fundamentales, 1950 Carta Social Europea, 1961.
- b. Convenio Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos, 1966
- c. Convenio Europeo sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- d. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Comisión de Salud y Asuntos Sociales, 1976.

²⁶ Declaración Universal de los Derechos Humanos. (en línea) URL: <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (Consultado julio 25, 2013)

- e. Declaración para la promoción de los derechos del paciente. OMS, 1994.
- f. Derechos de los Pacientes. Asociación Médica Mundial, 1995.
- g. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la biomedicina, 1997.

2.3.9.1. Clasificación

Al hablar de derechos del paciente es necesario hacer una distinción entre derechos sociales e individuales. (Bacilio Perez, 2013).

- **Derechos sociales del paciente:** Hacen referencia a la “obligación social del gobierno y otras entidades públicas o privadas, de proveer una atención sanitaria razonable en el sector de la salud pública para toda la población.”⁵ Suponen el acceso a una atención en salud sin barreras y discriminación, sea esta económica, cultural, geográfica, social o psicológica. Incluyen aspectos como la accesibilidad y la calidad en la atención.
- **Derechos individuales del paciente:** Estos derechos se enfocan directamente en áreas como la integridad de la persona, su privacidad y convicciones religiosas. Todos los individuos tienen derecho de recibir atención sanitaria adecuada a las necesidades de su salud, incluyendo actividades de prevención y de promoción de la salud.

2.3.10. El Personal de salud

El Personal de Salud, grupo de profesionales sanitarios como médico, enfermera, técnicos de enfermería, obstétricas, odontólogos, estudiantes y otros, tienen como función el restablecimiento de la salud, la detección precoz de procesos infecciosos y la educación sanitaria para conservar y mejorar la salud de la comunidad, cliente y del mismo personal de salud., trabajan en hospitales que son unidades de asistencia médica que tienen como finalidad estudiar, tratar y rehabilitar a personas enfermas, también es el lugar donde se alberga y se asiste a miles de personas diariamente, lo que supone que muchos microorganismos pueden propagarse y desarrollarse con facilidad, siendo las

áreas de mayor riesgo de padecer infección nosocomial las unidades de Vigilancia y Cuidados Intensivos, Neonatología, Quemados, Oncología, Transplante de Órganos y Hemodiálisis, cuyas actividades del trabajador implican contacto con pacientes con sangre u otros líquidos corporales. Por ello es fundamental que esté capacitado para brindar atención al enfermo y las circunstancias que le rodea (administración de medicamentos por vía parenteral, tipo de enfermedad, toma de muestras de sangre, orina o heces entre otros) y tener conocimientos científicos para actuar, decidir e informar adecuadamente frente a éstos riesgos que amenazan su salud.

En el equipo de salud cada trabajador tiene una función específica, el Médico prescribe el tratamiento, el Odontólogo realiza tratamiento dental, el Laboratorista realiza extracción de muestras de sangre, la Obstetriz realiza atención de partos, así también la Enfermera tiene un rol importante en la comunidad en su función preventivo promocional, en el hospital en su función asistencial tratamiento y rehabilitación. Es el profesional quien permanece cerca del usuario y a todo lo que se le relacione (fómites, secreciones, utensilios) desde el momento que ingresa hasta su recuperación, brindando asistencia directa y continua, por ello constituye el eslabón fundamental en la lucha contra las infecciones hospitalarias, por lo tanto de su correcto diagnóstico y de su adecuada atención dependerá la disminución de las cifras de incidencia de las infecciones nosocomiales, interviniendo en la prevención y eliminación del riesgo de infección, relacionado con “la manera de hacer”, es decir con las prácticas y las actuaciones sobre los enfermos, curas que se les realice, sondajes, entubaciones, catéteres, etc., pues de su actuación dependerá el que se evite la transmisión del agente patógeno y la aparición de las “infecciones cruzadas”, cuyo origen reside en las manos u objetos contaminados (fómites), es decir un enfermo hospitalizado contagia a otros enfermos o al personal de salud que lo atiende, haciéndose éste portador y capaz de transmitir la enfermedad a terceras personas. (Miguel Jaramillo Baanante, agosto del 2016).

2.4. Definición de términos

- a. **Derecho a la salud:** Es el «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo individuo sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». Casi 70 años después de que se adoptara la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, esas palabras resuenan con más fuerza y pertinencia que nunca. Desde el primer día, el derecho a la salud ha sido un aspecto fundamental de la identidad y el mandato de la OMS, y también es el elemento primordial de mi máxima prioridad: la cobertura sanitaria universal. (Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, 2017)

“En mi entender la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, el respeto a su concepto del proceso salud - enfermedad y a su cosmovisión. Este derecho es inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. Para que las personas puedan ejercer este derecho, se debe considerar los principios de accesibilidad y equidad”

- b. **Satisfacción del usuario:** La satisfacción del usuario (SU) viene a ser uno de los aspectos en términos de evaluación en los servicios de salud y calidad de buena atención, ha venido cobrando mayor importancia en la atención en salud pública siendo así considerada desde hace más de una década uno de los ejes primordiales de la evaluación de los servicios en salud. Si bien es cierto que existe un debate intenso referido a su concepción y metodología de medición, también es importante la relevancia sobre la visión de los usuarios acerca de los servicios como vendría a ser un elemento clave en la mejoría y progreso de la organización y provisión de dichos servicios de salud. El tema de SU viene a ser todo un desafío en la salud pública, los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción, pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. (Darras, 2005)

- c. **Centro de salud:** Es un establecimiento de salud del primer nivel de atención, el único responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando así la atención médica integral ambulatoria y con Internamiento de corta estancia primordialmente enfocada al área Materno-Perinatal, con ciertas acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes por medio de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud.
- d. **Vulneración:** La afectación viene a ser un término de identificación de la manera del grado de vulneración o también puede ser la violación de un derecho primordial. De acuerdo a los grados de afectación, es casi posible determinar lo que es la viabilidad sobre estimación de la pretensión constitucional.

El contexto procedimental sobre defensa de los derechos fundamentales es exigente en los elementos primordiales, desde el punto de una perspectiva procesal, como son las condiciones de acción, proceso y jurisdicción. En base a ellos se tiene lugar el proceso constitucional y así fue prefigurado dicho ordenamiento constitucional epíteto en la previsión de que la afectación a un derecho fundamental se comprenda o bien desde el ángulo base de dichos procesos de tutela de los derechos fundamentales. (Gutarra, s.f.)

- e. **Consentimiento informado:** Es la aceptación autónoma del paciente por ende lo que quiere decir que es la máxima expresión del derecho de autonomía, es un derecho fundamental que todo paciente posee, de decidir por sí mismo sobre un acto o procedimiento médico, ningún consentimiento es válido legalmente a menos que el paciente sepa y entienda lo que está autorizando. Se debe proporcionar explicación completa al paciente sobre la naturaleza, razón y riesgos de cualquier procedimiento antes de pedir el consentimiento expreso. Debe ser claro, objetivo, indicar posibles riesgos del tratamiento o cirugía, secuelas probables, las consecuencias de no captar el tratamiento. (Miguel, 1998)

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis general

Si, existe vulneración de los Derechos Constitucionales presentes en la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016.

2.6. Variables

Univariable

Vulneración de derechos constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de ascensión con relación a la eficacia de la ley n° 29414

2.7. Operacionalización de variables e indicadores

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variables	Dimensión	Subinversión	Indicador	Ítems
	Aplicación de la ley 29414	Exigibles de Derecho e ineficiencia	- La exigibilidad judicial del derecho a la salud.	- ¿La correcta aplicación de la ley n° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión- Huancavelica?
			- Derechos Humanos fundamentales de la salud como fin de las políticas públicas.	

Vulneración de derechos constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de ascensión con relación a la eficacia de la ley n° 29414	La buena salud como derecho constitucional.	- Derecho a los servicios de salud, atención de emergencia y medicamentos. - Derecho de acceso a la información. - Derecho de atención y recuperación de la salud. Factor tiempo	- ¿El total de personas que recurrieron al centro de salud de Ascensión? - ¿Cuáles motivo por el cual recurrieron al centro de salud de Ascension?. - ¿Existe falta de información por parte del personal que labora en el centro de salud?
Vulneración de los Derechos constitucionales en salud	Políticas Publicas en el sector salud y satisfacción del usuario	- Ineficiencia del sistema de salud, en particular en materia de prestación de servicios. - La desigualdad o inequidad en el acceso al servicio de salud. - El acceso a medicamentos o tecnología de alto costo. - Comprensivita y no discriminación - Acceso determinado por la necesidad. - Calidad y profesionalismo en la atención	- ¿Quiénes son los usuarios que fueron atendidos de manera rápida? - ¿Cuáles son las quejas por parte de los usuarios al momento de atenderse? - ¿Conocimiento de usuarios a la atención de salud dentro de la constitución? - ¿Usuarios que consideran la vulneración de su derecho?

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito temporal y espacial

El ámbito de estudio comprende el Centro de Salud de Ascensión, ubicado en el Anexo de Pucarumi del Distrito del mismo nombre de la Provincia y departamento de Huancavelica.

El Centro de Salud de Ascensión es un establecimiento de nivel I – 4; centro referencial de los puestos adyacentes y cercanos al establecimiento.

La cartera de servicios que oferta el centro de salud de Ascensión son los siguientes: Medicina, Obstetricia, Odontología, Enfermería, Laboratorio, Psicología, Nutrición, Farmacia, Admisión, Triage, Ecografía, Servicio del adolescente y Hospitalización.

Tiempo:

Inicio : Enero 2016.

Culmina : noviembre 2016.

Población : Personas usuarias de los servicios de salud en el Centro de Salud de Ascensión.

Ámbito Doctrinal : Es una investigación en el ámbito del Derecho Público, en la subespecialidad de Derecho Constitucional.

3.2. Tipo de investigación

Para (Batista, 2015) la investigación es aplicada porque persigue fines de aplicación directos e inmediatos. Busca la aplicación sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de teorías. “Esta investigación busca conocer para hacer y para actuar”.

Teniendo en cuenta a Fuente especificada no válida. las investigaciones de tipo aplicada buscan dar una solución práctica a problemas de la realidad.

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación de la presente investigación es descriptivo, porque tiene como finalidad describir el objeto de estudio. Es decir, permiten indagar hasta qué punto las alteraciones de una variable. Al respecto manifiesta que “el nivel descriptivo, las investigaciones buscan especificar las propiedades importantes de los hechos y fenómenos que son sometidos a una especificar cualitativamente las características del objeto de estudio”.

3.3.1. Diseño de la investigación

Según: Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea.

El diseño de la presente investigación está bajo un diseño no experimental de tipo descriptivo, Porque se trabajará sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno.

Para tal efecto, se logró obtener como fuentes de investigación: legislación, doctrina y fichas estadísticas de las personas usuarias al Centro de Salud de Ascensión.



Donde:

M= Muestra (Muestra).

O= Observación (vulneración de Derechos Constitucionales).

3.4. Población, muestra y muestreo

3.4.1. Población

Se consideraron a las personas mayores de edad atendidos en los mes de agosto del 2016, en el centro de salud Ascensión; los cuales fueron 60 usuarios; esto tomando como referencia el promedio de usuarios mayor o igual a 18 años que se han atendidos en los meses de enero a junio del 2016; el cual fue 70 usuarios y que viven más de 06 meses en la jurisdicción del Establecimiento de salud. Información entregada por el departamento de estadística de la institución.

3.4.2. Muestra

El estudio tendrá nuestra censal por lo que se tomó a toda la población conformada por 70 usuarios, mayores de edad que se atienden en el centro de salud Ascensión y viven en el Distrito de Ascensión por más de seis meses.

3.4.3. Muestreo

El presente trabajo de investigación está regido por el muestreo probabilístico.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

La técnica a utilizar es la encuesta (procedimiento técnico)

3.5.2. Instrumentos

EL instrumento a utilizar es el cuestionario de Encuesta. (Herramienta o medio)

3.6. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

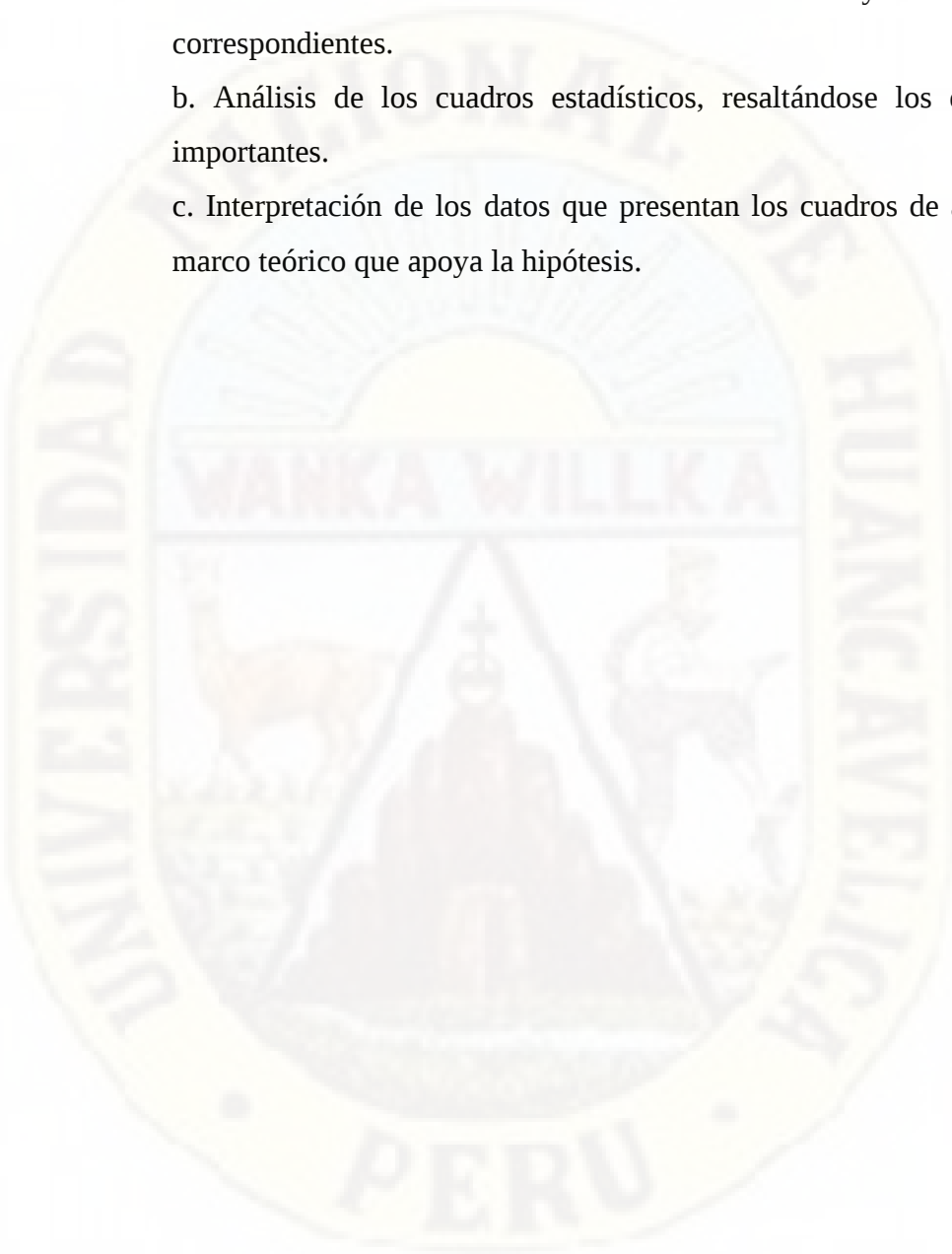
En esta etapa de la investigación se explicarán las diversas evaluaciones, valoraciones a las que serán sometidas la información que se adquiera del procedimiento de recolección de datos; teniendo así:

- a) Se tabulan y ordenan los datos de acuerdo a un parámetro elaborado en función de los propósitos de la investigación. Para cada variable se elabora un parámetro que consiste en una escala de valoración de los datos recogidos.
- b) A base de los datos ordenados se elaboran los cuadros de distribución porcentual, así como los gráficos de la ilustración.

Plan de análisis de datos e interpretación de datos

Se sigue el siguiente plan:

- a. Presentación de los cuadros estadísticos y sus gráficos correspondientes.
- b. Análisis de los cuadros estadísticos, resaltándose los datos más importantes.
- c. Interpretación de los datos que presentan los cuadros de acuerdo al marco teórico que apoya la hipótesis.



CAPITULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de la información

La presente investigación mostrara los resultados obtenidos por el proceso estadístico en relación al diseño, nivel y tipo de investigación, en el cual se procedido a realizar la medición de las dos variables en estudio con el correspondiente cuestionario de encuesta al personal que labora en el centro de salud de Ascensión con enmarcada a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016

Posteriormente la información modelada fue procesado a través de las técnicas de la estadística descriptiva con tablas de frecuencia simple y agrupada, diagrama de barras. Para la codificación de las variables se ha tenido en cuenta las normas de construcción del instrumento de medición.

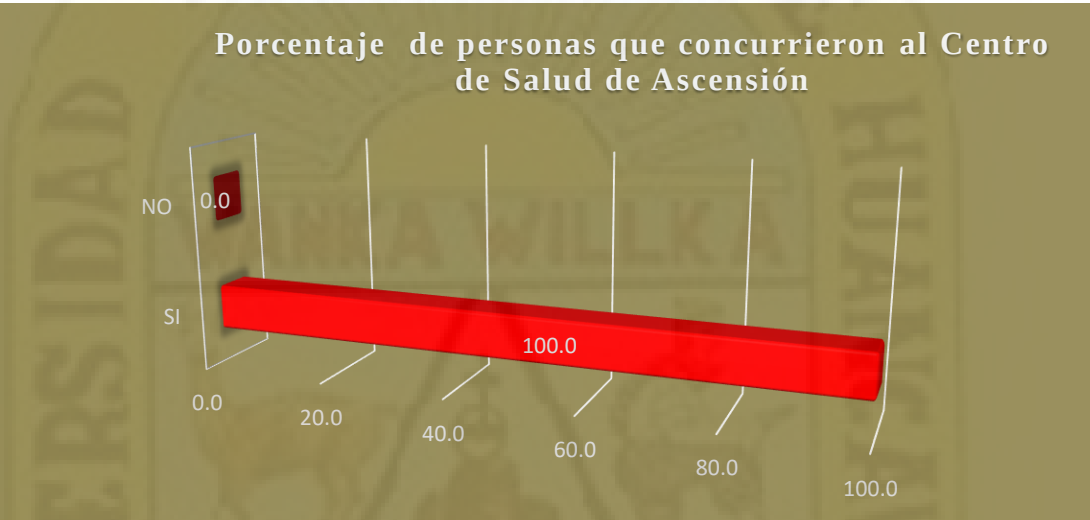
Finalmente es importante precisar que, para tener confiabilidad en los cálculos de los resultados, se procesó y genero los modelos estadísticos de los datos con el Lenguaje de Programación Estadístico R versión 3,3 además la redacción estuvo orientada por las normas del estilo APA sexta edición.

Tabla 2. El total de personas que concurrieron al centro de salud de Ascensión.

El total de personas que concurrieron al centro de salud de Ascensión.					
f	i	FI	f%	i%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
70	0	70	100%	0%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada.

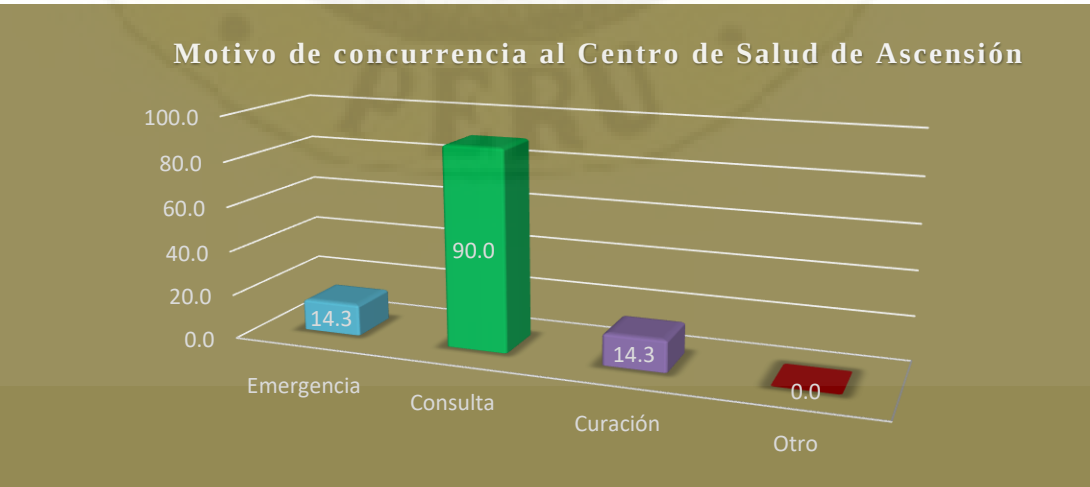
Gráfico 1. Total, de personas que concurrieron al Centro de Salud de Ascensión



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Interpretación: Como se puede observar en el cuadro evidenciamos que las 70 personas entrevistadas, manifestaron que todos concurrieron al Centro de Salud de Ascensión el cual representa el 100%.

Gráfico 2. Total, de motivo de concurrencia al Centro de Salud de Ascensión



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

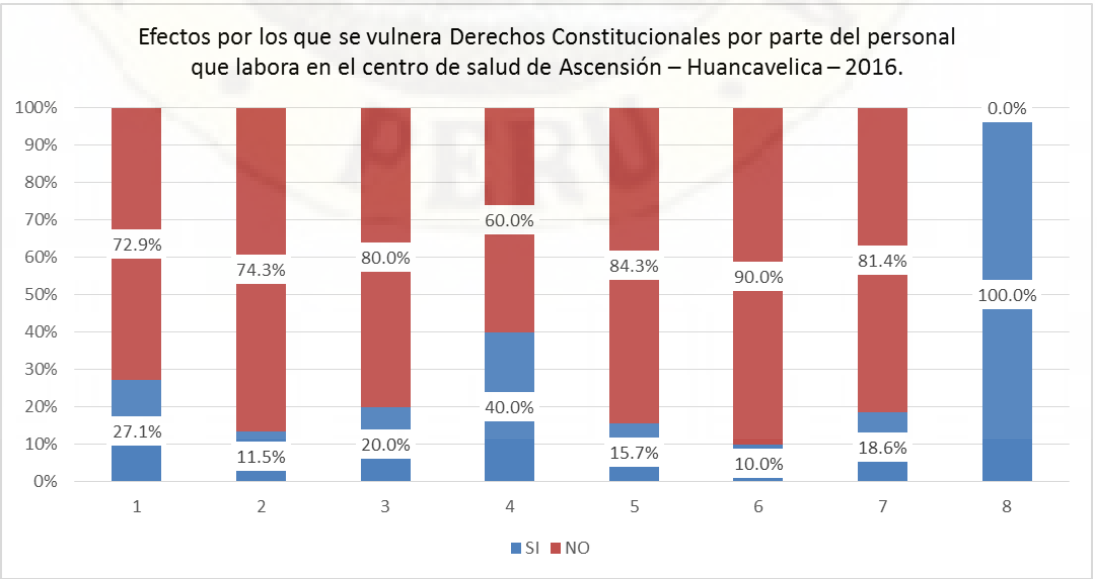
Interpretación: Como se puede observar en el cuadro y gráfico 2 que, de las 70 personas encuestadas, manifestaron 63 concurrieron por consulta externa representando el 90% siendo este el porcentaje más alto a comparación de los que concurrieron por emergencia y por curaciones.

Tabla 3. Falta información por parte del personal de salud, vulnera Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016.

		SI	NO
1	Atencion rapida	27.1%	72.9%
2	Los que no resivieron una atencion rapido impusieron alguna queja	11.5%	74.3%
3	Hay una buena atención en el Centro de Salud de Ascensión	20.0%	80.0%
4	El derecho a la salud está respaldada por nuestra Constitución y por otras leyes especiales	40.0%	60.0%
5	Antes de la atención, le informaron sobre sus derechos como usuario.	15.7%	84.3%
6	Personal que labora en el Centro de salud de Ascensión le hizo referencia de la ley N° 29414 y su contenido	10.0%	90.0%
7	Total de personas que tiene conocimiento de la ley N° 29414 en salvaguarda de las personas usuarias a los Centro de Salud	18.6%	81.4%
8	Consideran que se les debe de brindr Información oportuna de los derechos como usuarios del Centro de salud de Ascensión	100.0%	0.0%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 3. Falta información por parte del personal de salud, vulnera Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

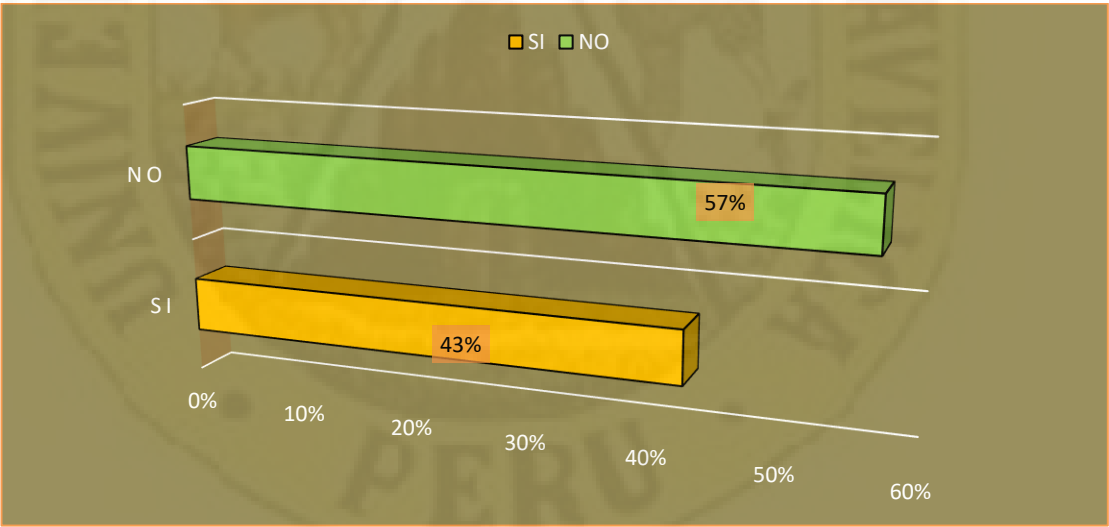
Interpretación: Como se puede observar en la Tabla 3 “falta de información por parte del personal de salud por lo que se vulnera los Derechos Constitucionales por parte de personal que labora en el Centro de Salud Ascensión” podemos evidenciar que el 100% de personas entrevistadas mencionan que consideran que se les debe de brindar información oportuna de los derechos en salud siendo este el más alto a comparación de los demás; así mismo el efecto que obtuvo el porcentaje más bajo fue que personal que labora en el Centro de Salud Ascensión solo el 10% manifiestan que en el momento de la atención le hicieron referencia de la Ley N° .29414.

Tabla 4. Factor tiempo: Total de usuarios que fueron atendidos de manera rápida

El total de usuarios que fueron atendidos de manera rápida					
□i	□i	FI	□i%	□i%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
30	40	70	43%	57%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 4. Factor tiempo: Total de usuarios que fueron atendidos de manera rápida



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

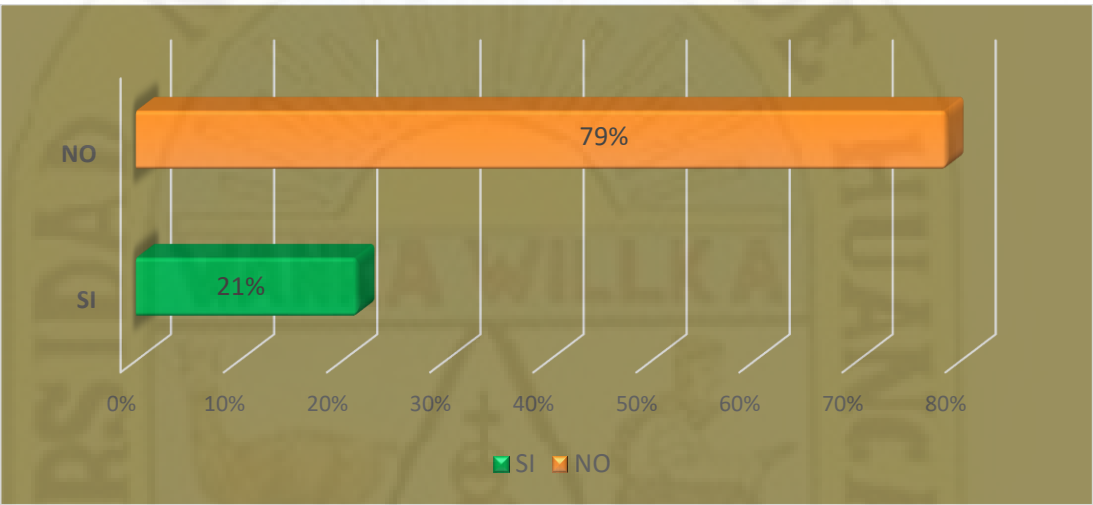
Interpretación: Como se puede observar del Tabla 4 y Gráfico 4 de los 70 encuestados, la mayoría de ellos que es 40 y que represente el 57% respondieron que NO fueron atendido de manera rápida, por otro lado 30 de ellos y que representa el 43% respondieron que SI fueron atendidos de manera rápida.

Tabla 5. Total, de personas que realizaron alguna queja de ser tardía la atención.

Total, de personas que realizaron alguna queja por la mala atención					
f	f	FI	f%	f%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
15	55	70	21%	79%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 5. Total, de personas que realizaron alguna queja de ser tardía la atención.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

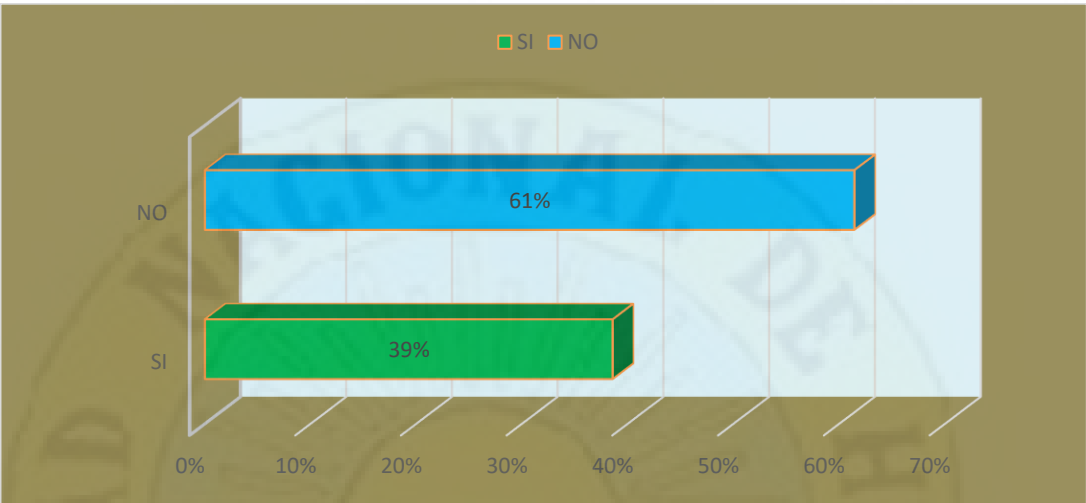
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla 5 y Gráfico 5 de los 70 encuestados, la mayoría de ellos que es 55 y que representa el 79% respondieron que NO Realizo alguna queja por la mala atención, por otro lado 15 de ellos y que representa el 21% respondieron que, SI Realizo alguna queja por la mala atención.

Tabla 6. Total, de personas que consideran que hay una buena atención en el Centro de Salud de Ascensión

Total, de personas que consideran que hay buena atención en el centro de salud de Ascensión					
f	f	FI	f%	f%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
27	43	70	39%	61%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 6. Total, de personas que consideran que hay una buena atención en el Centro de Salud de Ascensión



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

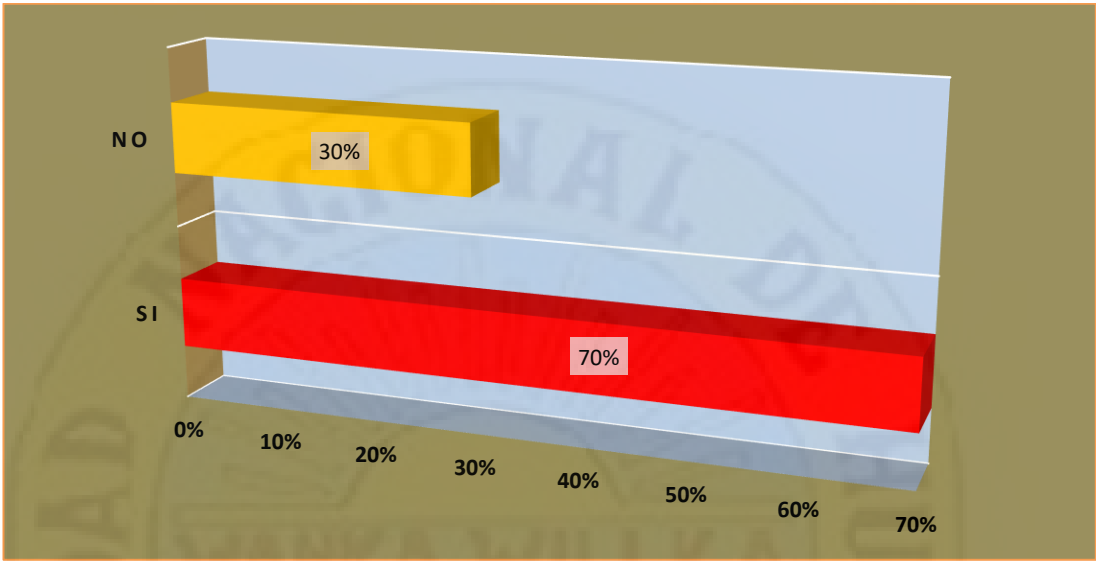
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla 6 y Gráfico 6 se puede apreciar que de los 70 encuestados, la mayoría de ellos que es 43 y que represente el 61% respondieron que NO consideran que hay buena atención en el centro de salud de Ascensión, por otro lado 27 de ellos y que representa el 39% respondieron que SI consideran que hay buena atención en el centro de salud de Ascensión.

Tabla 7. Total, de personas que consideran que el derecho a la salud está respaldado por nuestra Constitución y por otras leyes especiales

Total, de personas que consideran que el derecho a la salud está respaldado por nuestra Constitución y por otras leyes especiales					
i	i	FI	i%	i%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
49	21	70	70%	30%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 7. Total, de personas que consideran que el derecho a la salud está respaldado por nuestra Constitución y por otras leyes especiales



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

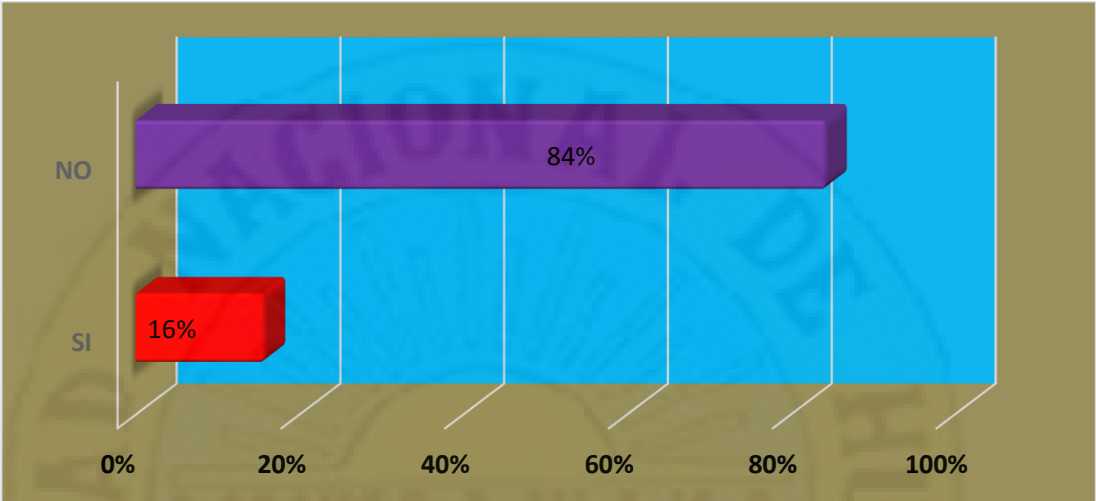
Interpretación: Como se puede observar de las 70 personas De la Tabla 7 y Gráfico 7 se puede apreciar que la mayoría de ellos que es 49 y que represente el 70% respondieron que, SI consideran que el derecho a la salud está respaldado por nuestra Constitución y por otras leyes especiales, por otro lado 21 de ellos y que representa el 30% respondieron que NO consideran que el derecho a la salud está respaldado por nuestra Constitución y por otras leyes especiales.

Tabla 8. Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión: Antes de la atención, le informaron sobre sus derechos como usuario.

Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión: Antes de la atención, le informaron sobre sus derechos como usuario.					
SI	NO	FI	SI%	NO%	FI%
11	59	70	16%	84%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 8. Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión: Antes de la atención, le informaron sobre sus derechos como usuario.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

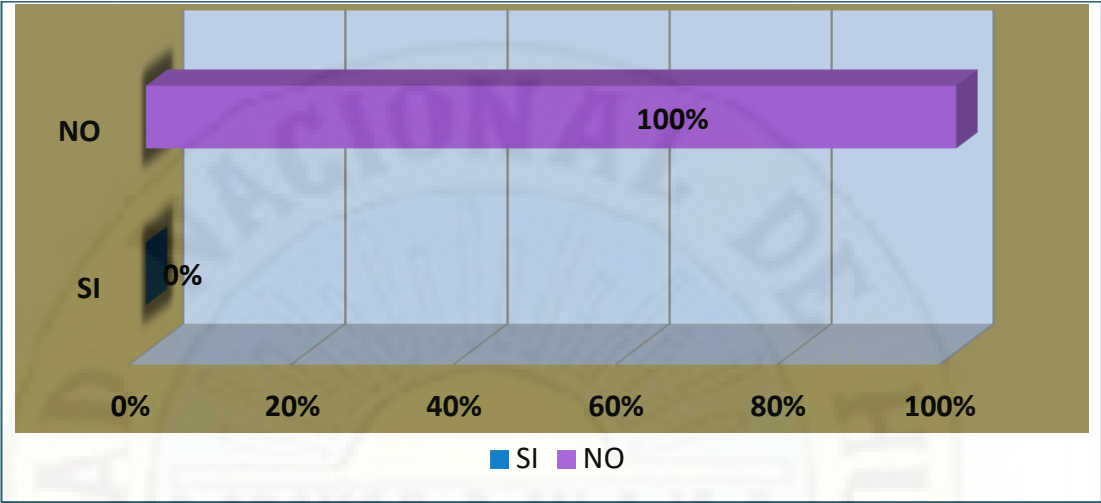
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla 8 y Gráfico 8 se puede apreciar que de los 70 encuestados, la mayoría de ellos que es 59 y que representa el 84% respondieron que NO consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión: Antes de la atención, le informen sobre sus derechos como usuario, por otro lado 11 de ellos y que representa el 16% respondieron que SI consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión: Antes de la atención, le informaron sobre sus derechos como usuario.

Tabla 9. Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión en algún momento le hizo referencia de la ley N° 29414 y su contenido

Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión en algún momento le hizo referencia de la ley N° 29414 y su contenido.					
f _i	f _i	FI	f _i %	f _i %	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
0	70	70	0%	100%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 9. Total, de personas que consideran que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión en algún momento le hizo referencia de la ley N° 29414 y su contenido



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

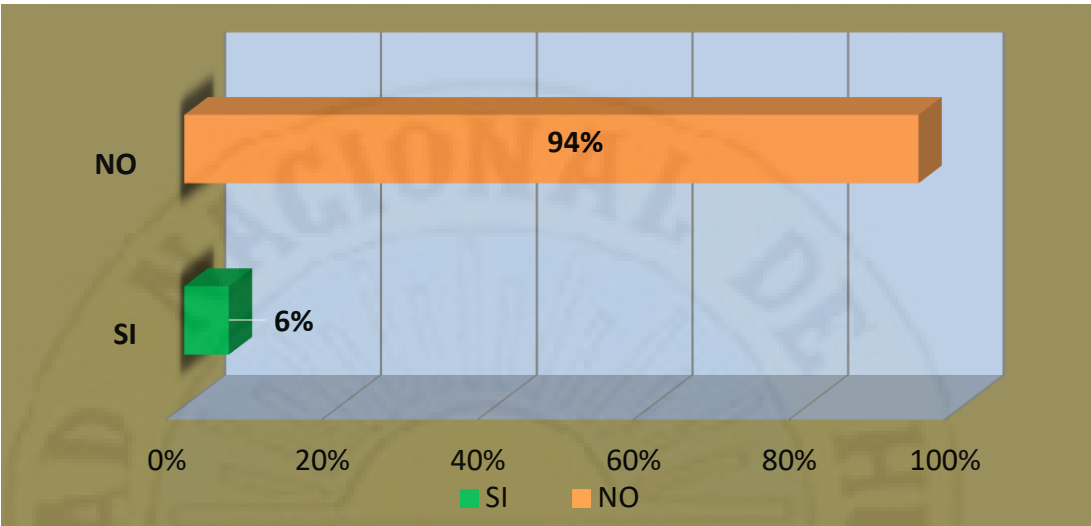
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla y grafico 9 de las 70 personas encuestadas que representa el 100% manifestaron que el personal que labora en el Centro de salud de Ascensión en ningún momento le hizo referencia de la ley N° 29414 y su contenido.

Tabla 10. Total, de personas que tiene conocimiento de la ley N° 29414 en salvaguarda de las personas usuarias a los Centro de Salud

Total, de personas que tiene conocimiento de la ley N° 29414 en salvaguarda de las personas usuarias a los Centro de Salud					
□i	□i	FI	□i%	□i%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
4	66	70	6%	94%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 10. Total, de personas que tiene conocimiento de la ley N° 29414 en salvaguarda de las personas usuarias a los Centro de Salud



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

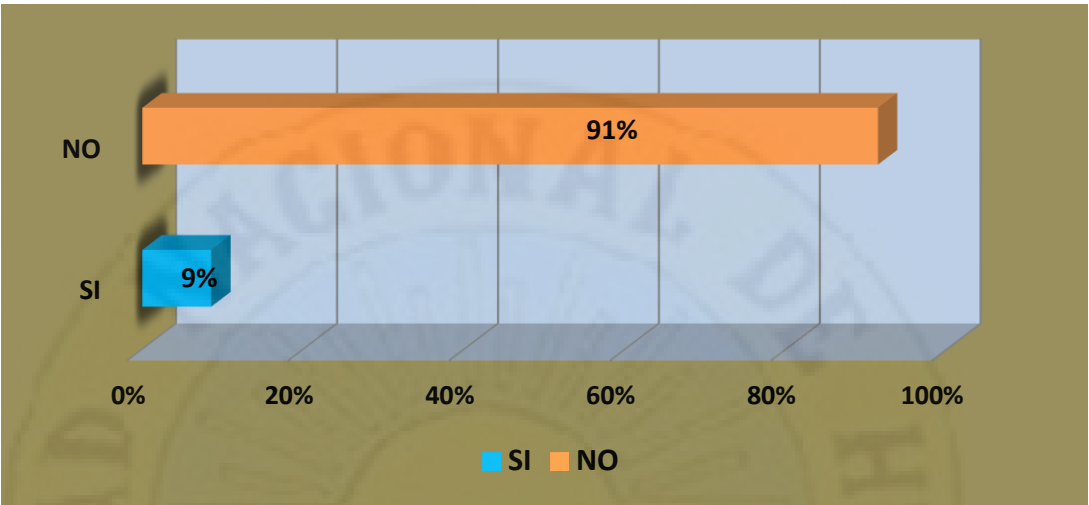
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla 10 y Gráfico 10 se puede apreciar que de los 70 encuestados, la mayoría de ellos que es 66 y que represente el 94% respondieron que NO tienen conocimiento de la ley N° 29414 en salvaguarda de las personas usuarias a los Centro de Salud, por otro lado 4 de ellos y que representa el 6% respondieron que SI tienen conocimiento de la ley N° 29414 en salvaguarda de las personas usuarias a los Centro de Salud.

Tabla 11. Total, de personas que consideran de forma obligatoria, una información oportuna de los derechos como usuarios del Centro de salud de Ascensión.

Total, de personas que consideran de forma obligatoria, una información oportuna de los derechos como usuarios del Centro de salud de Ascensión.					
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
6	64	70	9%	91%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 11. Total, de personas que consideran de forma obligatoria, una información oportuna de los derechos como usuarios del Centro de salud de Ascensión.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

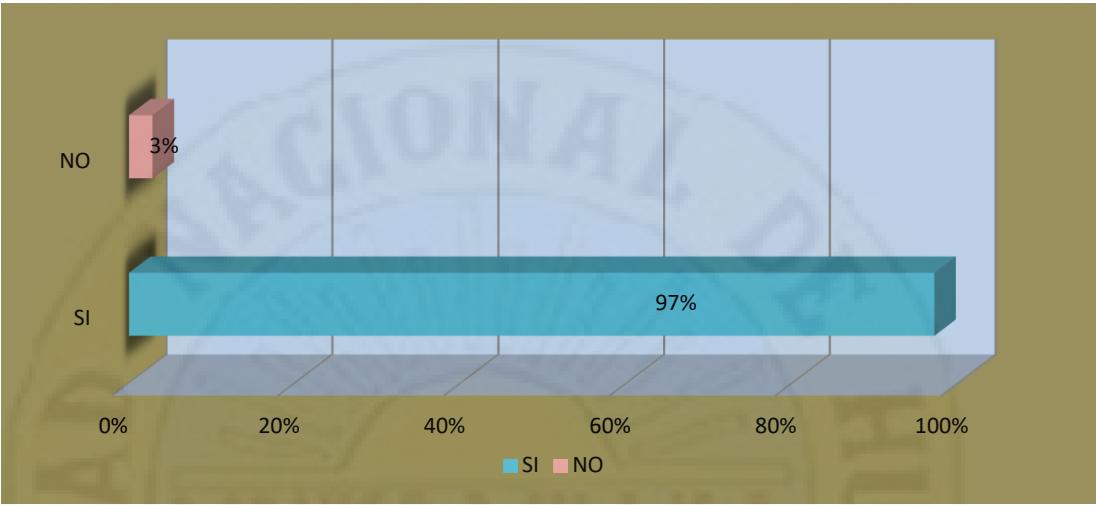
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla 11 y Gráfico 11 se puede apreciar que de los 70 encuestados, la mayoría de ellos que es 64 y que represente el 91% respondieron que NO consideran de forma obligatoria, una información oportuna de los derechos como usuarios del Centro de salud de Ascensión,, por otro lado 6 de ellos y que representa el 9% respondieron que SI consideran de forma obligatoria, una información oportuna de los derechos como usuarios del Centro de salud de Ascensión.

Tabla 12. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.

Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.					
Si	No	FI	Si%	No%	FI%
68	2	TOTAL	97%	3%	TOTAL
		70			100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 12. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada.

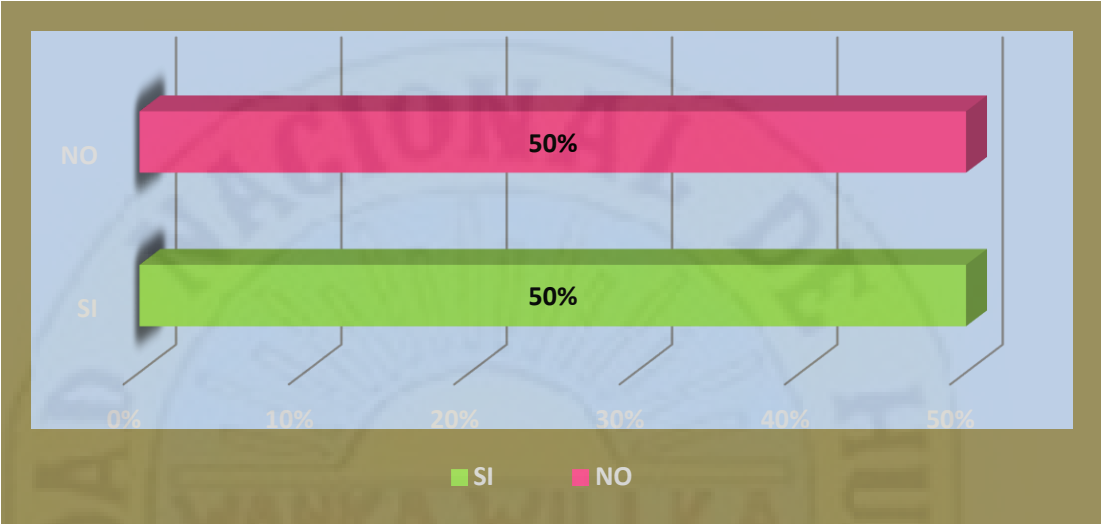
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla 12 y Gráfico 12 se puede apreciar que de los 70 encuestados, la mayoría de ellos que es 68 y que represente el 97% respondieron que SI consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna, por otro lado 2 de ellos y que representa el 3% respondieron que NO consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.

Tabla 13. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.

Total, de personas que consideran que la ley N° 29414 perceptua servicios de salud como: derecho a recibir servicios de atención de emergencia médica, obtener medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir su salud oportuna.					
□i	□i	FI	□i%	□i%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
35	35	70	50%	50%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada.

Gráfico 13. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

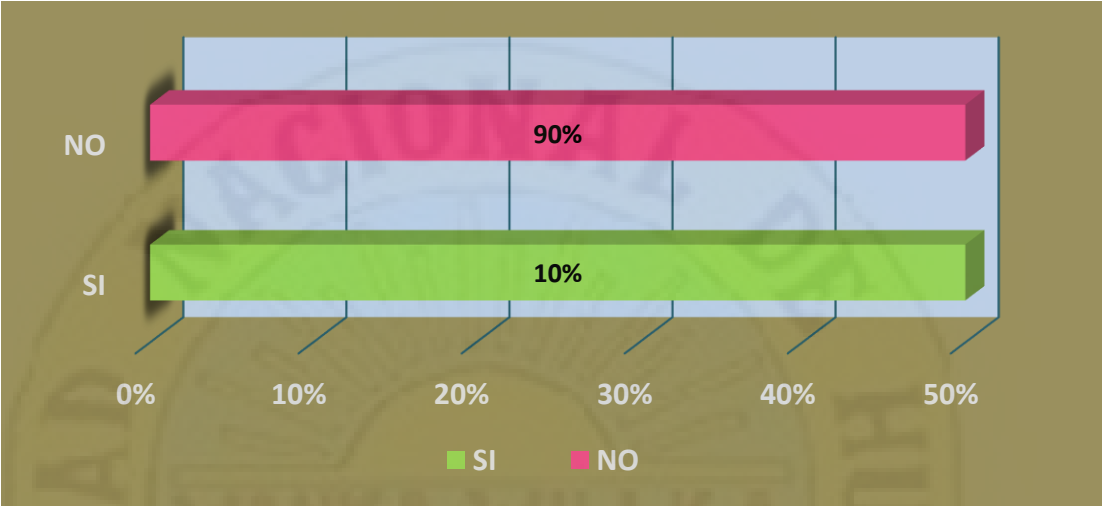
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla 13 y Gráfico 13 se puede apreciar que de los 70 encuestados, la mayoría de ellos que es 35 y que represente el 50% respondieron que NO consideran que la ley N° 29414 preceptúa los servicios de salud como: derecho a recibir servicios de atención de emergencia médica, obtener medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir su salud oportuna, por otro lado 35 de ellos y que representa el 50% respondieron que SI consideran que la ley N° 29414 preceptúa los servicios de salud oportuna.

Tabla 14. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.

Personas que consideran que se ha vulnerado su derecho a la información, igualdad ante la ley, de atención y recuperación de la salud; y al consentimiento informado.					
□i	□i	FI	□i%	□i%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
69	1	70	99%	1%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Gráfico 14. Total, de personas que consideran que se están vulnerando derechos constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión estipulados en la ley N° 29414 al no recibir una información oportuna.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada.

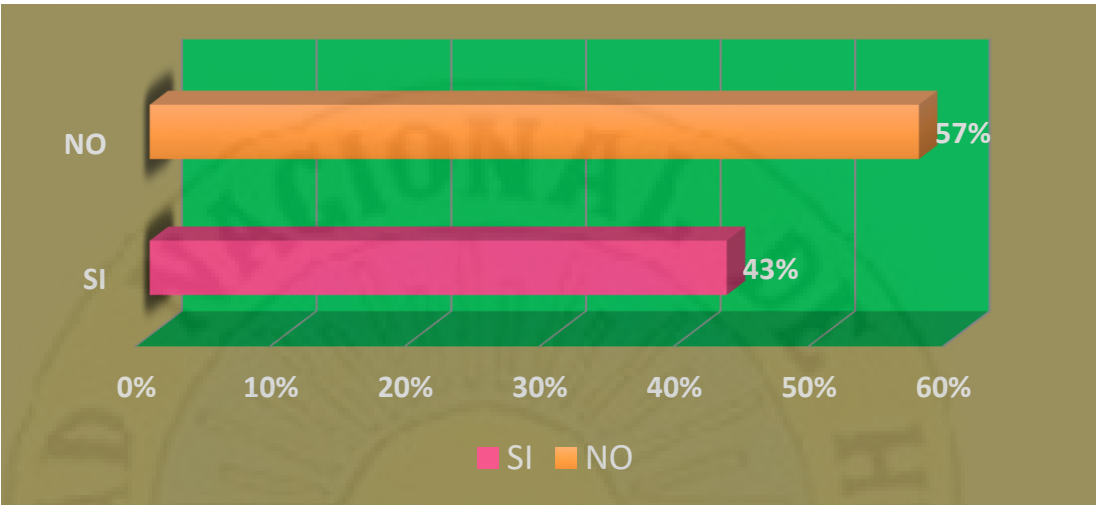
Interpretación: Como se puede observar en la Tabla que de las 70 personas entrevistadas el 74,3% (52) considera se ha vulnerado su derecho de acceso a la información, igualdad ante la Ley de recibir atención y recuperación de la salud y consentimiento informado.

Tabla 15. Total, de personas que consideran que existe una adecuada aplicación de la ley N° 29414.

Total, de personas que consideran que existe una adecuada aplicación de la ley N° 29414					
□i	□i	FI	□i%	□i%	FI%
SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
9	61	70	13%	87%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada.

Gráfico 15. Total, de personas que consideran que existe una adecuada aplicación de la ley N° 29414.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada.

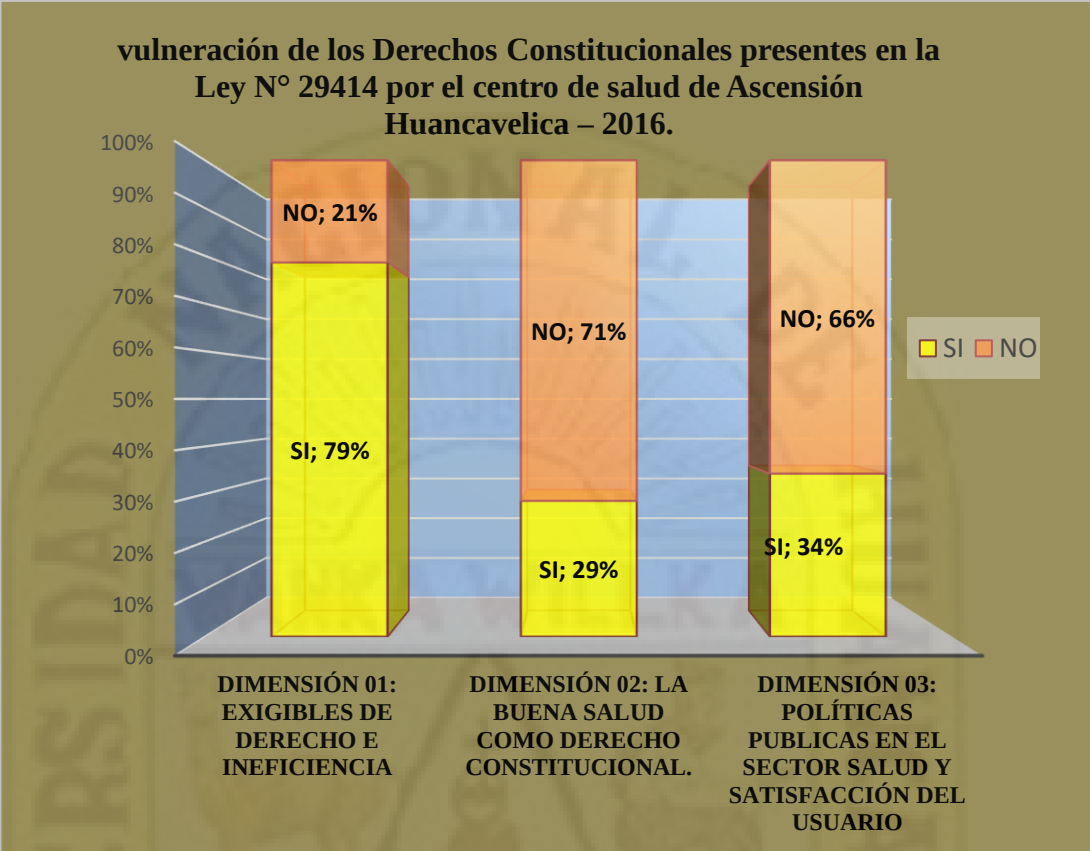
Interpretación: Como se puede observar de la Tabla 15 y Gráfico 15, se puede apreciar que de los 70 encuestados 9 de ellos que representa el 13% consideran que existe una adecuada aplicación de la ley N° 29414. Mientras que la mayoría de ellos que es 61 y que represente el 87% respondieron que NO existe una adecuada aplicación de la ley N° 29414

Tabla 16. Reporte de las variables estudiadas a nivel de sus dimensiones

	LA EFICACIA DE LA LEY N° 29414					
	N°		%			
	i	i	F1	%	%	F1
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
Dimensión 01: Exigibles de Derecho e ineficiencia	55	15	70	79%	21%	100%
Dimensión 02: La buena salud como derecho constitucional.	20	50	70	29%	71%	100%
Dimensión 03: Políticas Públicas en el sector salud y satisfacción del usuario	24	46	70	34%	66%	100%
vulneración de los Derechos Constitucionales presentes en la Ley N° 29414	33	50	83	40%	60%	100%

Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

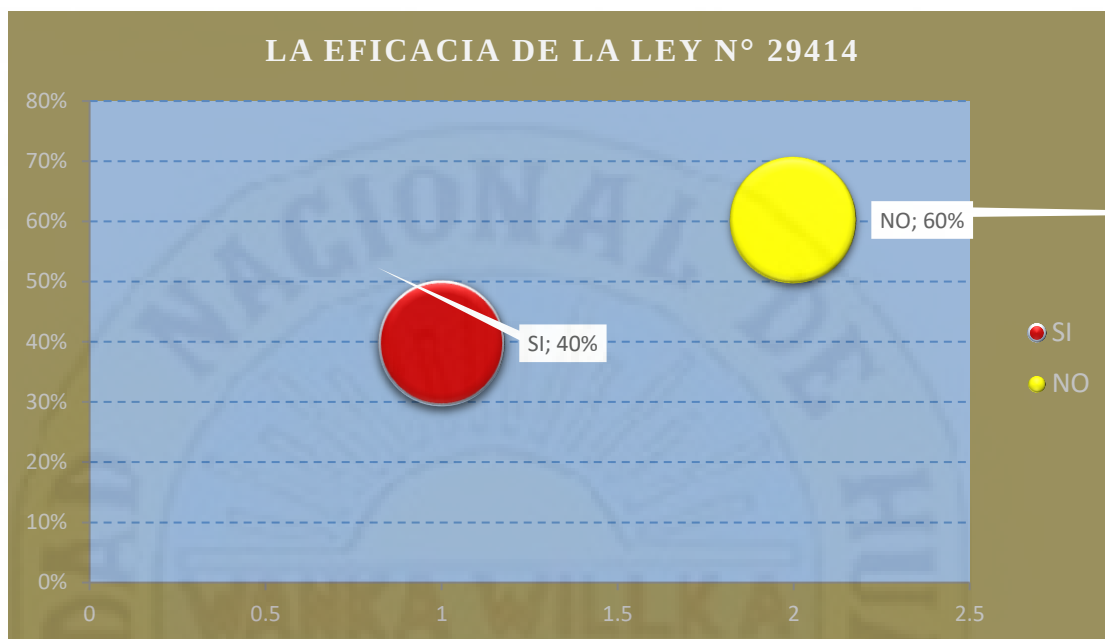
Gráfico 16. Reporte de las variables estudiadas a nivel de sus dimensiones



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Interpretación: Del total de 70 encuestados se puede apreciar que 79% de ellos respondieron que existe e ineficiencia en la exigibilidad del derecho a la salud, mientras que solo el 21, en relación a la segunda dimensión se parecía que el 71% no tiene atención a buena salud, mientras que solo el 28% si tiene acceso a la atención a la buena salud, en cuanto que a la tercera dimensión el 66% en relación a la tercera dimensión se aprecia que respondieron con un 66% que si debe de existir la implementación de Políticas Públicas en el sector salud y satisfacción del usuario y tiempo de espera y solo un 34% opina que NO debe de existir la implementación de Políticas Públicas en el sector salud y satisfacción del usuario y tiempo de esperar.

Gráfico 17. Gráfico para la contrastación de la Hipótesis.



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Interpretación: Se puede apreciar que del total de encuestados que representa el 100% el 60% respondieron que no hay una correcta eficiencia en la aplicación de la ley 29414, mientras que un 40% respondieron que si hay una correcta eficiencia en la aplicación de la ley 29414.

Ha: Si, existe vulneración de los Derechos Constitucionales presentes en la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016.

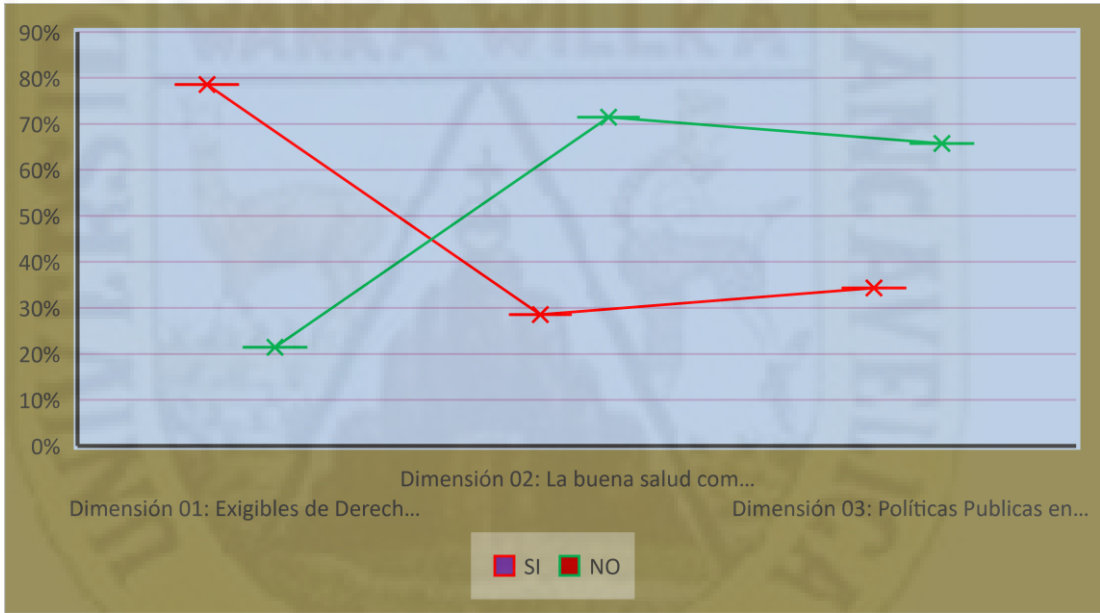
Ho: No, existe vulneración de los Derechos Constitucionales presentes en la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016.

Comprobación de hipótesis:

- **Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna,** con lo que concluimos que al no ver una correcta aplicación de la ley 29414 y la ineficiencia de la misma, existe: Si, existe vulneración de los Derechos Constitucionales presentes en la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016.

A continuación, se logró demostrar estadísticamente que existe vulneración de los Derechos Constitucionales presentes en la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016, y que por consiguiente se acepta la hipótesis nula, quiero explica que posiblemente al revisar el ultimo grafico 17 se puede confundir al pensar que no existe vulneración de los derechos constitucionales todo esto se debe a que de manera general el 60% responde a No y un 40% responde a Si, con lo cual tú puedes interpretar erróneamente a que NO existe vulneración, pero lo cierto es que este grafico solo demuestra la ineficiencia de la ley 29414, y solo te darás cuenta de ello si revisas el grafico 18 o gráfico de dimensiones. Que es como sigue:

Gráfico 18. Dimensiones de las variables estudiadas



Fuente: Consolidado de la entrevista aplicada

Asimismo, A nivel Internacional se reconoce derechos fundamentales derechos inherentes al hombre los cuales respaldan la sacralidad natural de la vida; la ONU respalda esta posición reconociendo el valor supremo de la persona, elevando al hombre a una categoría de valor universal y planetario.

El conocimiento sobre la protección, el respeto de sus derechos constitucionales como son el derecho al Acceso a los servicios de salud, el Acceso a la información, el derecho a la Atención, recuperación y derecho al Consentimiento Informado descritos en la Ley N°29144 por parte de las personas usuarias al Centro de

Salud de Ascensión obtendrá un beneficio de las acciones en salud y la conciencia de contribuir a un mejor funcionamiento del sistema sanitario.

Se analizó los contenidos en el cuestionario aplicados a los personas mayores de edad que se atendieron en el Centro de Salud de Ascensión y viven en el distrito de Ascensión obteniendo como resultado que de las 70 personas encuestadas el 72.9% mencionaron que no les atendieron rápido y de estas el 74.3% no impusieron algún reclamo correspondiente, dándonos a conocer que los usuarios no conoce quizá los mecanismos para interponer una queja conllevando a que el 80% de las personas entrevistados mencionen que no hay una buen atención en el Centro de salud Ascensión; estos resultado coinciden con Canales (2011) "*Actitud del personal de salud profesional asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/Sida. del Hospital II – 2 Minsa Tarapoto. 2011*" el 51.1% del personal de salud profesional asistencial del Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, muestra una actitud desfavorable hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA.

El usuario no conoce sus derechos en salud jamás hará que estos se respeten, cuyos resultados coinciden con Monteros (2015). "*Derechos del paciente y su relación con la atención de enfermería en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora*" en su tercera conclusión menciona que existen debilidades en el cumplimiento del derecho a la información y el derecho a decidir, sobre todo al momento de solicitar al paciente su consentimiento para la realización de procedimientos simples y complejos. Cuarta: La mayoría de pacientes desconoce cuáles son sus derechos y deberes como usuarios del servicio.

Del mismo modo se cuenta con resultado que nos dan a conocer que el personal que labora en el Centro de Salud no aplica la establecido en la Ley N°29414 teniendo como resultado que el 90% de las personas encuestadas manifiestan que no le hicieron referencia de la mencionada Ley al momento de la atención, por ello el 60% personas consideran que no se perceptua su derecho a recibir una atención de emergencia médica, a obtener medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir su salud, 74.3% consideran que se ha vulnerado su derecho de acceso a la información, igualdad a la ley, de atención y de recuperación de la salud; y al consentimiento informado, por ello el 85.7% consideran que no existe una adecuada aplicación de la Ley.

Estos resultados son preocupantes ya que siendo la salud uno de los pilares fundamentales para el desarrollo social y que todos los pobladores hacemos uso de estos servicios es el más vulnerado por el personal de salud, evidenciándose en cada uno de los resultados, por ello se hace necesario que las entidades de control monitoricen de manera permanente el cumplimiento de la Ley N°29414 con la finalidad de disminuir y evitar que se vulneren los derechos en salud a sí mismo estos resultados sean la base para promover la difusión de los derechos en salud para que el poblador exija su cumplimiento y así se evite la vulneración y sobre todo se conlleve al incumplimiento con resultados lamentables.

Quiero terminar manifestando en relación a lo investigado para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero. En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

Los aspectos de protección y defensa de los pacientes que existen en la actualidad se han ido consolidando de forma progresiva, en especial mediante la creación de un marco normativo y legislativo acorde con la modernización del sistema sanitario.

Conclusiones

1. Existen vulneración de los Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016 ya que hay una gran debilidad en el cumplimiento del derecho a la información y el derecho a decidir, sobre todo al momento de solicitar al paciente su consentimiento para la realización de procedimientos simples y complejos.
2. Se logró describir las principales características de la vulneración de Derechos constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión- Huancavelica- 2016, son
 - Vulneración los servicios de salud como son: a recibir una atención de emergencia médica, a obtener medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir su salud.
 - Vulneración al derecho de acceso a la información.
 - Vulneración a la igualdad ante la ley.
 - Vulneración al derecho de atención y recuperación de la salud.
 - Vulneración al consentimiento informado.
3. Finalmente se identificó la No, existe una adecuada aplicación de la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión, enmarcados en la Constitución Política del Perú y en la mencionada ley materia de la presente investigación ya que la mayoría de los usuarios en tal sentido consideran que se están vulnerando sus Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el Centro de Salud de Ascensión. También hay que mencionar que son muy pocos los usuarios que han recibido información acerca de sus derechos y deberes como pacientes por parte del personal del Centro de Salud de Ascensión.

Recomendaciones

1. Desarrollar programas y políticas educativas para preparar al personal del Centro de Salud de Ascensión a tratar de forma adecuada al usuario del servicio, enfatizando minimizar los perjuicios, para que el personal sea más efectivo en el desarrollo de sus funciones.
2. Promover en las instituciones de salud (Centro de Salud de Ascensión) la aplicación de la Ley N° 29414, para minimizar la violación de derechos sobre este particular. Se recomienda al personal aplicar los nuevos protocolos de atención instaurados por la Ley N° 29414, de tal forma que se brinde información adecuada al usuario al momento de solicitar su consentimiento para la realización de procedimientos terapéuticos clínicos y quirúrgicos, solo de esta manera se reforzará la autonomía del usuario al momento de tomar decisiones sobre la atención a su salud.
3. Se sugiere al personal de salud que además de proporcionar información escrita, debe explicar verbalmente al usuario aspectos sobre su enfermedad, diagnóstico y tratamiento, con términos que sean de fácil comprensión de acuerdo a su nivel de instrucción y verificar su entendimiento durante su estancia hospitalaria.
4. Se recomienda al personal del Centro de Salud de Ascensión, informar al paciente sobre sus deberes y derechos al momento de su ingreso en el servicio, no solamente de forma escrita, sino verbal, se sugiere colocar carteles informativos con amplia visibilidad para los usuarios.

Referencias bibliográficas

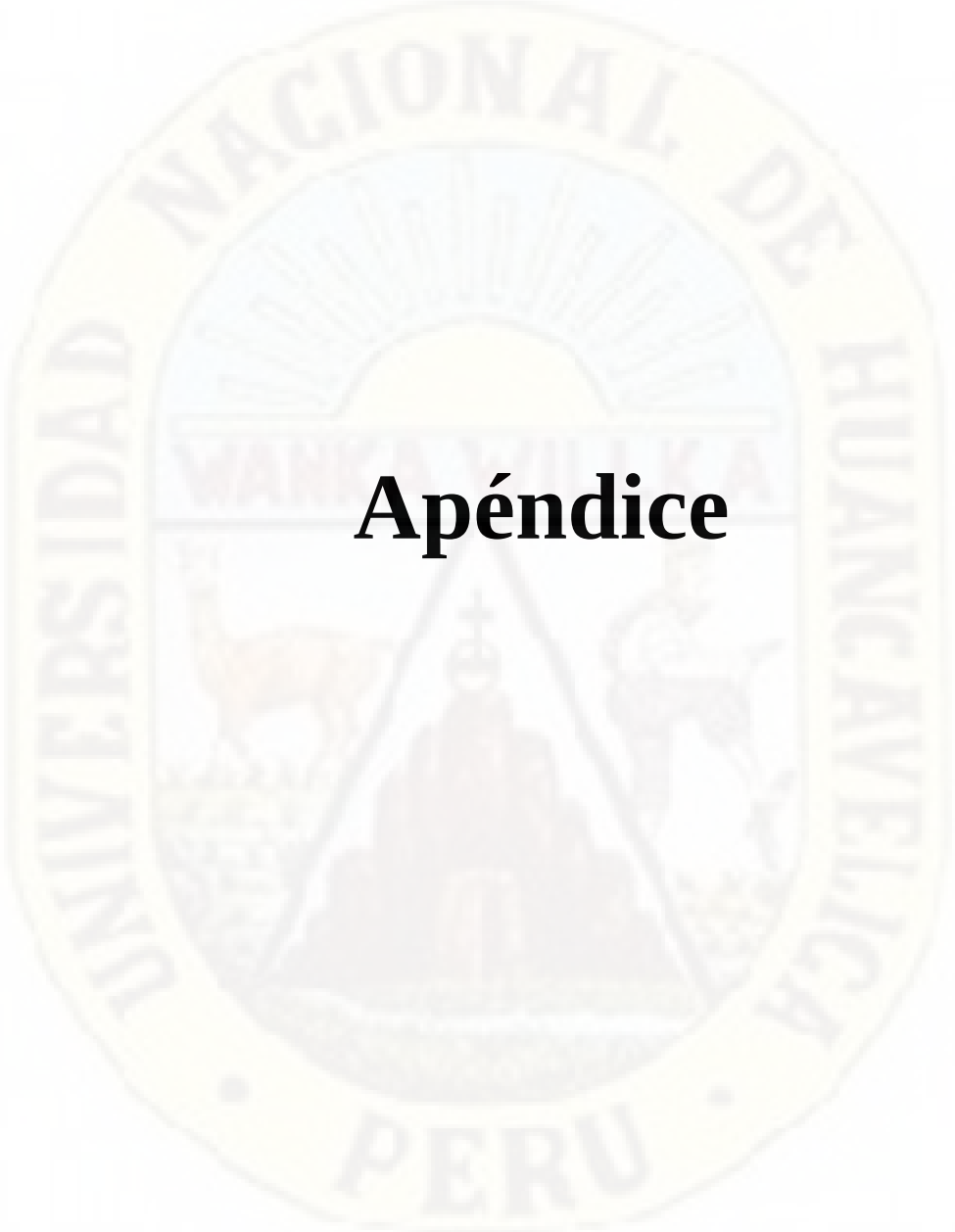
- Abarca. (2009). *El Código de Nuremberg*. Mexico: Planeta Publishing Corporation.
- Adriazola Diaz, T. A. (2014). Percepción usuaria y del equipo de salud de una unidad de neonatología sobre iniciativa Hospital Amigo y Ley de Derechos y deberes de los pacientes. Chile.
- Bacilio Perez, D. A. (2013). Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con carácter venoso central en unidades de cuidados críticos del Hospital Belén de Trujillo - 2013. . Peru.
- Batista, H. &. (2015). *Metodología de la investigación*. Mexico.
- Blanco, J. R. (2014). Derechos Humanos Fundamentales evolutivos. *Tendencias*21, 1.
- Canales Razuri, Y. (2012). Actitud del personal de salud profesional asistencial hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA del Hospital 2 MINSA Tarapoto. 2011. Peru.
- Chávez, R. B. (mayo 2014). *Políticas Públicas con enfoque de Derechos Humanos en el Perú, El Plan Nacional de Derechos Humanos y las experiencias de planes regionales en Derechos Humanos*. (G. Columbus, Ed.) Lima- Perú: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cuyubamba Damian, N. E. (2004). Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del Hospital "Félix Mayorga Soto" Tarma - 2013. . Peru.
- Darras, S.-P. &. (junio de 2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud:. *Anales de la Facultad de Medicina*. Obtenido de ISSN 1025-5583
- Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. (10 de diciembre de 2017). La salud es un derecho humano fundamental. 1.
- ESPINOZA, M. J. (2008). *Evolución Jurisprudencial*. Lima: Ministerio Público - T.C.
- Estapa, J. S. (09 de julio del 2011). La exigibilidad de los derechos humanos: Los derechos económicos, sociales y culturales. *El tiempo de los Derechos*, 03.
- Florián, F. J. (2014). *El derecho a la Salud en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional Peruano*. Lima, PERU- Lima. Obtenido de ISSN 1027-6769.

- Gutarra, E. F. (s.f.). *Los grados de vulneración de los derechos fundamentales, teoría y práctica*. Obtenido de <https://edwinfigueroaag.wordpress.com/2-los-grados-de-vulneracion-de-los-derechos-fundamentales-teoria-y-practica/>
- H., R. (2006). La relacion Medico-paciente. . *Revista Cubana Salud Publica*.
- INFOMEDICOS. (2011). El hombre y la enfermedad atraves de la historia. *Salud*, 2.
- J., T. (2012). Los principios de etica biomédica. *Revista de la Asociacion colombiana de facultades de medicina*. .
- L., G. (2004). *Compendio de historia del derecho y del estado*. Mexico: LIMUSA.
- M., D. (2009). Bioetica y Derecho. *Revista Juridica* , 634.
- Mendez. (1998). *segunda edición. metodologia de la investigacion en ciencias económicas, contables y administrativas*. editorial Mc Gra W-HILL.
- MERCOSUR, s. d. (07 al 11 de noviembre de de 2016). Políticas Publicas en Derechos Humanos. *Buenos Aires- Argentina*, pág. 50.
- Miguel Jaramillo Baanante. (agosto del 2016). *Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú: Gestión, Distribución, Normatividad, Regulación, Condiciones Laborales y Salariales y formación*. Lima: GRADE- Grupo de Análisis para el desarrollo.
- Miguel, G. S. (1998). *Historia teoria yu metodo de la medicina, introduccion al pensamiento medico*. Barcelona.
- Monteros Cocios, G. M. (2015). Derechos del paciente y su relacion con la atencion de enfermeria en el area de cirugia del Hospital Isidro Ayora. Ecuador.
- Neuquen. (2016). <http://www.saludneuquen.gob.ar/institucional/derechos-y-obligaciones-del-personal-de-salud/>. Obtenido de Reservado
- Organizacion Mudial de la Salud, ". (2009). *Comision de Determinantes Sociales de la Salud*. U.S.A "Organización Mundial de la Salud": http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.]
- Reyes, A. (3 de octubre de 1978). <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1-9>. (C. D. Medicina, Productor)
- Robinson, M. (2015). Derecho Humanos. En D. a. salud.
- S., G. (2008). Formacion profesional en Bioetica. *Colombia: Cultural S.A.*

Topfer, K. (2016). Derechos fundamentales y politicas publicas en el tiempo. .
Manifiesto Infantil PNUMA, 5.

Torres Montero, V. A. (2008). La comunicacion en los programas de promocion y
prevencion de la salud en Bogota; Secretaria Distrital de salud, EPS y medios
de comunicacion. Colombia.





Apéndice

Matriz de consistencia de la tesis

TÍTULO: “LA VULNERACIÓN DE DERECHOS CONSTITUCIONALES POR PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO DE SALUD DE ASCENSIÓN CON RELACIÓN A LA EFICACIA DE LA LEY N° 29414, HUANCVELICA – 2016”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
PROBLEMA GENERAL. ¿Existe vulneración de Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión enmarcada a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016? PROBLEMAS ESPECÍFICOS. A. ¿De qué manera se describe las principales características de la vulneración de los Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016? B. ¿De qué manera se identifica la correcta aplicación de la de la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016?	OBJETIVO GENERAL. Determinar la existencia de la vulneración de Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. A. Describir las principales características de la vulneración de los Derechos Constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016. B. Identificar la correcta aplicación de la de la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión – Huancavelica – 2016.	HIPÓTESIS GENERAL. Si, existe vulneración de los Derechos Constitucionales presentes en la Ley N° 29414 por parte del personal que labora en el centro de salud de Ascensión con relación a la eficacia de la Ley N° 29414, Huancavelica – 2016.	VARIABLE UNICA Vulneración de derechos constitucionales por parte del personal que labora en el centro de salud de ascensión con relación a la eficacia de la ley N° 29414	TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicada: NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental de tipo descriptivo M → O Donde: M= Muestra (Muestra). O= Observación (vulneración de Derechos Constitucionales). POBLACIÓN: 70 usuarios MUESTRA: 70 usuarios

MUESTREO:

Muestreo probabilístico.

Base de datos
(Tabulación de resultados)

Numero de encuestados	Número de preguntas														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1
5	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2
6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2
8	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2
9	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
10	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
11	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
12	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
13	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1
14	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
15	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2
16	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1
17	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1
18	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2
19	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1
20	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
21	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1
22	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
23	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1
24	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2
25	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
26	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
27	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
28	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
29	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
30	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
31	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2
32	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
33	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
34	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
35	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1
36	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1

37	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1
38	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
39	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
40	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
41	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
42	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
43	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
44	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2
45	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
46	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2
47	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1
48	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
49	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
50	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
51	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1
52	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
53	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
54	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
55	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
56	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
57	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
58	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2
59	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
60	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2
61	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1
62	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
63	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
64	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2
65	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2
66	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
67	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
68	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1
69	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1
70	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1