



**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA
ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO**

TESIS

VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, SEGÚN EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 2016

PRESENTADO POR:

BACHILLER, MIGUEL PRADO HINOSTROZA

ASESORES:

ASESOR TEMÁTICO: Dr. PABLO QUIRÓS CUBILLAS

ASESOR METODOLÓGICO: Dr. GODOFREDO JORGE CALLA COLANA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADO

LIMA - PERU

2016



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLITICA
ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO

DICTAMEN DE EXPEDITO DE TESIS N° 022-T- 2017-OIYPS-FDYCP-UAP

Visto, el Oficio N° 066-2017-OGYT-FDYCP-UAP, de fecha 24.04.2017 de la Oficina de Grados y Títulos, en el que se solicita la revisión final de trabajo de Investigación presentado por el bachiller MIGUEL PRADO HINOSTROZA, a fin que se declare expedito para sustentar la tesis titulada "VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, SEGÚN EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2016"

CONSIDERANDO

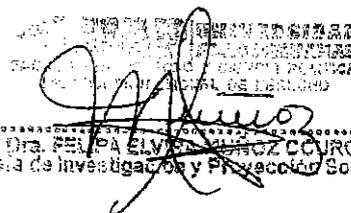
Que, las disposiciones normativas relacionadas con las funciones de la Oficina de Investigación de la Escuela Profesional de Derecho de la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Alas Peruanas, comprenden el Reglamento de Investigación Científica aprobado por Resolución N° 904-2000 de fecha 15/09/2000) y el Reglamento de Grados y títulos aprobado por Resolución N° 991-2001 de fecha 25/07/2001).

Que, de la revisión de la tesis, se aprecia que ésta cuenta con el informe del asesor metodólogo Dr. Godofredo Jorge Calla Colana, de fecha 17 de enero de 2017, y el informe del asesor temático Dr. Pablo Quirós Cubillas de fecha 13 de febrero de 2017, informes que señalan que la tesis ha sido desarrollada conforme a las exigencias requeridas para el trabajo de investigación correspondiente al aspecto temático y procedimiento metodológico.

DICTAMEN

Atendiendo a estas consideraciones y al pedido del bachiller MIGUEL PRADO HINOSTROZA, esta Jefatura **DECLARA EXPEDITA LA TESIS**; titulada "VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, SEGÚN EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2016", debiendo el interesado continuar y cumplir con el proceso y procedimiento para que se le programe el examen oral de sustentación de Tesis.

La Victoria, 25 de abril de 2017


Dra. FEMPA ELVIRA SANCHEZ COURO
Jefa de Investigación y Prevención Social

FEMC/rla.



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA INFORME

Lima 13 de Febrero de 2017

Dr. Díaz Bazán Ricardo Alfredo
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA

De mi consideración.

Reciba usted el saludo cordial a su digna persona, y al mismo tiempo le hago llegar el *Informe* sobre la revisión **VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, SEGÚN EL ARTICULO 15 DE LA LEY 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** 2016 del egresado, PRADO HINOSTROZA, MIGUEL, egresado de la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Alas Peruanas; en relación a ello manifiesto lo siguiente:

1. ANTECEDENTES

Los antecedentes que consigna dicha investigación son fiables y guardan relación con el problema planteado. De la misma manera los antecedentes cumplen con consignar el título, el lugar, el año de ejecución, apellidos y nombres, como lo establece las normas APA. De la misma manera los antecedentes señalan con claridad los objetivos, el diseño desarrollado, la muestra y los instrumentos que se utilizaron con su respectiva validación, y por último los antecedentes nacionales e internacionales consignan las conclusiones, que legitiman y validan la investigación de la tesis.

2. PROCESO DE TRABAJO DE TESIS

En cuanto al proceso del trabajo, se constata que la escritura del documento es la demostración de la capacidad del investigador para diseñar, estructurar, organizar y ejecutar una investigación en el campo de su investigación, que titula **VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, SEGÚN EL ARTICULO 15 DE LA LEY 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**, Demostrándose que hay coherencia, organicidad y relación lógica en todo el proceso del trabajo de la investigación.

3. ANÁLISIS

En cuanto al análisis de la investigación si se desarrolla con rigor científico si hay un análisis del enfoque conceptual que se adecúa para afrontar eficazmente la Investigación. El paradigma que se desarrolla en todo el proceso de la investigación es relevante e inédito. Es necesario tener en cuenta la

correspondencia entre el rigor científico y la escritura que está plasmándose como una grafía altamente académica. Puede verse que la tesis revela un trabajo profundo del problema planteado, donde la redacción reúne los estándares de toda tesis científica, sean estos de orden metodológico, o de orden teórico. Cumpliéndose con las exigencias que toda investigación debe tener.

4. FONDO

Esta investigación si es relevante en el campo jurídico, por ser inédito, además existe consistencia entre el título, problemas, objetivos e hipótesis. De la misma manera existe actualización y pertinencia de la visión bibliográfica, ya que hay una correcta utilización de las referencias bibliográficas en todo el desarrollo de la investigación lo que es meritorio. Esta investigación si es importante e indispensable en relación con la novedad, actualidad y originalidad en el tratamiento del tema, su fundamentación científica y las posibilidades de ser una contribución a los procesos del desarrollo de las ciencias jurídicas del país.

5. FORMA

La Tesis cumple con todos los requisitos y pautas metodológicas y científicas establecidas por la Escuela de Postgrado de la Universidad Alas Peruanas.

6. CONCLUSIÓN

Si reúne condiciones de importancia como tema de investigación, por lo que se recomienda hacer algunos reajustes generales bajo la metodología APA, para la publicación a cargo de la Universidad Alas Peruanas.

Es todo cuanto debo informar a usted Señor (a) Decano en honor a la verdad

Atentamente,



.....
Dr. Pablo Quirós Cubillas

NOTA: Adjunto la Tesis del egresado



FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA INFORME

Lima 17 de Enero de 2017

Dr. Díaz Bazán Ricardo Alfredo
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA

De mi consideración.

Reciba usted el saludo cordial a su digna persona, y al mismo tiempo le hago llegar el *Informe* sobre la revisión **VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, SEGÚN EL ARTICULO 15 DE LA LEY 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** 2016 del egresado, PRADO HINOSTROZA, MIGUEL, egresado de la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Alas Peruanas; en relación a ello manifiesto lo siguiente:

1. ANTECEDENTES

Los antecedentes que consigna dicha investigación son fiables y guardan relación con el problema planteado. De la misma manera los antecedentes cumplen con consignar el título, el lugar, el año de ejecución, apellidos y nombres, como lo establece las normas APA. De la misma manera los antecedentes señalan con claridad los objetivos, el diseño desarrollado, la muestra y los instrumentos que se utilizaron con su respectiva validación, y por último los antecedentes nacionales e internacionales consignan las conclusiones, que legitiman y validan la investigación de la tesis.

2. PROCESO DE TRABAJO DE TESIS

En cuanto al proceso del trabajo, se constata que la escritura del documento es la demostración de la capacidad del investigador para diseñar, estructurar, organizar y ejecutar una investigación en el campo de su investigación, que titula **VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, SEGÚN EL ARTICULO 15 DE LA LEY 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**, Demostrándose que hay coherencia, organicidad y relación lógica en todo el proceso del trabajo de la investigación.

3. ANÁLISIS

En cuanto al análisis de la investigación si se desarrolla con rigor científico si hay un análisis del enfoque conceptual que se adecúa para afrontar eficazmente la Investigación. El paradigma que se desarrolla en todo el proceso de la investigación es relevante e inédito. Es necesario tener en cuenta la

correspondencia entre el rigor científico y la escritura que está plasmándose como una grafía altamente académica. Puede verse que la tesis revela un trabajo profundo del problema planteado, donde la redacción reúne los estándares de toda tesis científica, sean estos de orden metodológico, o de orden teórico. Cumpliéndose con las exigencias que toda investigación debe tener.

4. FONDO

Esta investigación si es relevante en el campo jurídico, por ser inédito, además existe consistencia entre el título, problemas, objetivos e hipótesis. De la misma manera existe actualización y pertinencia de la visión bibliográfica, ya que hay una correcta utilización de las referencias bibliográficas en todo el desarrollo de la investigación lo que es meritorio. Esta investigación si es importante e indispensable en relación con la novedad, actualidad y originalidad en el tratamiento del tema, su fundamentación científica y las posibilidades de ser una contribución a los procesos del desarrollo de las ciencias jurídicas del país.

5. FORMA

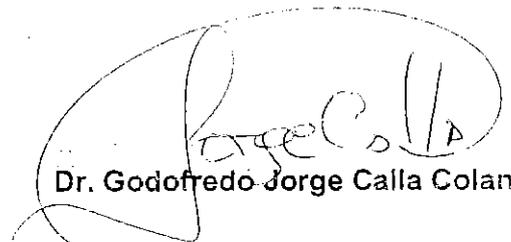
La Tesis cumple con todos los requisitos y pautas metodológicas y científicas establecidas por la Escuela de Postgrado de la Universidad Alas Peruanas.

6. CONCLUSIÓN

Si reúne condiciones de importancia como tema de investigación, por lo que se recomienda hacer algunos reajustes generales bajo la metodología APA, para la publicación a cargo de la Universidad Alas Peruanas.

Es todo cuanto debo informar a usted Señor (a) Decano en honor a la verdad

Atentamente,


Dr. Godofredo Jorge Calla Colana

NOTA: Adjunto la Tesis del egresado

Godofredo J. Calla Colana
DOCTOR EN EDUCACIÓN

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a mi familia en especial a mi esposa Jannet Romero y a mis hijas Valery Nicolle y Luciana. Antuané Prado Romero quienes son fuente de mi energía y esfuerzo

Agradecimientos.

Mis agradecimientos en primer lugar a Dios por darme salud y guiarme en mi recorrido en la vida terrenal, a mi padre que desde el cielo me protege, mi madre, a mis hermanas, a los docentes de la UAP, al asesor de la tesis Dr. Godofredo Jorge Calla Colana y Dr Pablo Quirós Cubillas.

Mi agradecimiento especial también a la Universidad Alas Peruanas y a los selectos docentes de esta casa superior de estudios.

Reconocimiento.

Me gustaría expresarles mi reconocimiento a las autoridades del Hospital Nacional Hipólito Unanue por haberme permitido realizar la investigación dentro de esta institución pública.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Página:

CAPÍTULO I:	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática	11
1.2 Delimitación de la investigación	13
1.1.1 Delimitación espacial.....	13
1.1.2 Delimitación social.....	13
1.1.3 Delimitación temporal.....	14
1.1.4 Delimitación conceptual.....	14
1.3 Problema de investigación	14
1.3.1 Problema general.....	14
1.3.2 Problemas específicos.....	14
1.4 Objetivos de la investigación	15
1.4.1 Objetivo general.....	15
1.4.2 Objetivos específicos.....	15
1.5 Categorías y supuestos	16
1.5.1 Categoría.....	16
1.5.2 subcategoría.....	16
1.5.3 Supuesto.....	16
1.6 Metodología de la investigación	16
a) Tipo y nivel de la investigación.....	16

b) Nivel de la investigación.....	17
1.6.2 Método y diseño de la investigación	17
a) Método de la investigación.....	17
b) Diseño de la investigación.....	18
1.6.3 Población y muestra de la investigación.....	18
a) Población.....	18
b) Muestra.....	19
1.6.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
a) Técnicas.....	19
b) Instrumentos.....	20
1.6.5 Justificación, importancia y limitaciones de la investigación.....	21
a) Justificación.....	21
b) Importancia.....	22
c) Limitaciones.....	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
2.1. Antecedentes de la investigación.....	23
2.3 Bases legales.....	29
2.2 Bases teóricas.....	45
2.4 Definición de términos básicas.....	77
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	84
3.1 Discusión de resultados.....	84
3.2 Conclusiones.....	100
3.3 Recomendaciones.....	102

3.4 Referencias.....	103
----------------------	-----

Anexos

Anexo. 1. Matriz de consistencia

Anexo. 2. Instrumentos: guía de entrevista

Anexo. 3. Validación de expertos

RESUMEN

El propósito de esta investigación es analizar cuáles son los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el Artículo 15 de la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, su tipo fue básico, el enfoque es cualitativo fenomenológico, diseño no experimental, método inductivo fenomenológico, la población fueron las enfermeras del Hospital Nacional Hipólito Unanue, y la muestra fue intencional a una enfermera trabajadora del área de emergencia coordinadora de referencias de emergencias cuyo oficina es estratégico porque comparten la oficina con la jefatura de guardia de emergencia. Se llegó a la siguiente conclusión. En el Hospital Nacional Hipólito Unaue existen restricciones de acceso a la atención para algunos de los pacientes que son del interior de país como son aquellos pacientes que acuden del sur de país como Ica, Cañete, Ayacucho, etcétera y los pacientes que acuden del norte como Piura, Sullana etcétera esto debido a que los galenos del hospital en estudio aducen que no pertenecen a la jurisdicción, lo cual produce claramente vulneraciones de sus derechos de los usuarios de salud de emergencia ya que el estado peruano es unitario e indivisible y que no existe fronteras entre los departamentos del país.

Palabras claves: Vulneración de derechos, usuarios, emergencia, hospital, profesionales de la salud.

Abstract

At present, there are investigations, discussions, laws, international treaties that protect health users, against violations of their rights in health facilities, but often these standards that protect are not very widespread and therefore the majority of citizens are unaware of the existence of such legal mandates. The purpose of this thesis is to analyze the violations of rights of the patients who come to the emergency service of the National Hospital Hipólito Unanue, in which it has been investigated if there really exists the problem of the patients, for which it has reviewed existing documents that in Some cases restrict access to health services and in others there is little information about patients, as it is observed that the doctors perform medical procedures and therapeutic indications that are not in accordance with the patients' SIS. It is worth mentioning that the objective of this thesis is to analyze the problem and to make known to the authorities of the Hospital so that a commitment is made with the purpose of improving the attention and respect to the users in health in terms of their protected rights. It does not seek, therefore, to present a definitive answer to the presented problem, only to present it and to opt for a solution that is presented as much as respectful of the humanity of the parts involved as coherent within the framework in which we are immersed.

KEY WORDS: Vulnerability of rights, users, emergency, hospital, health professionals.

INTRODUCCIÓN

La salud es la parte más valiosa de todo ser humano, es por ello que en el presente trabajo analizamos la vulneración de los derechos de los pacientes que acuden al área de emergencia del Hospital nacional Hipólito Unanue, porque como sabemos la salud como tal están protegidos por las legislaciones internacionales, la constitución política del Perú, las leyes especiales como la ley general de la salud, entre otros, que en general son considerados instrumentos fundamentales para la protección del derecho a la salud, porque en ella se reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Es por ello el presente trabajo trata de analizar las vulneraciones que sufre los pacientes que pueden ser por comportamiento deliberado, por las actuaciones dolosas y/o culposas que puede ocasionar daños físicos y mentales, el derecho a la salud también comprende algunas libertades tales como el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento por parte de los pacientes, como las investigaciones experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, a ser informados de los procedimientos, las prescripciones de los medicamentos entre otros, es por ello que a los ciudadanos en general deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. Así como Todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad, y las dificultades económicas de un país no le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud.

Finalmente demostramos que la información analizada permite recabar información de las múltiples vulneraciones de derechos que sufren los usuarios de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El ser humano, y la salud tanto en el aspecto físico y mental es motivo de preocupación cotidiana, independientemente de la edad, género, condición socioeconómica u origen étnico, es por ello que se considera que la salud es el bien más básico y precioso que posee el ser humano. Por otra parte, la mala salud por la vulneración de algunos de los derechos de los pacientes puede impedir asistir a la escuela o ir a trabajar, cumplir con nuestras responsabilidades familiares o participar plenamente en las actividades de nuestra comunidad.

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, es así en el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. También se afirma 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.

Algunos grupos o personas, por ejemplo los niños, las mujeres, las personas con discapacidad o las personas que viven con el VIH/SIDA, afrontan obstáculos especiales en relación con el derecho a la salud, que pueden ser consecuencia de factores biológicos o socioeconómicos, de discriminación y estigma social o, por lo general, de una combinación de ambos, Para

considerar la salud un derecho humano es preciso prestar una atención específica a las distintas personas y grupos de personas de la sociedad, en particular los que viven en situaciones vulnerables. Asimismo, los Estados deben adoptar medidas positivas para que personas y grupos determinados no sean discriminados.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, también se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 25). El derecho a la salud también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

El derecho a la salud en las normas internacionales de derechos humanos hace referencia a que el ser humano tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud es un derecho humano reconocido por el derecho internacional relativo a los derechos humanos. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en general se considera el instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud, se reconoce "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Es importante observar que en el Pacto se otorga a la salud mental, que a menudo ha sido desatendida, la misma consideración que a la salud física.

Por lo mencionado, los tratados internacionales de derechos humanos reconocen que todo Estado ha ratificado por lo menos un tratado en el que se reconoce ese derecho. Además, los Estados se han comprometido a protegerlo en el marco de declaraciones internacionales, leyes y políticas nacionales y conferencias internacionales.

Es así que en los últimos años, se ha prestado cada vez más atención al derecho al nivel más alto posible de salud, es por ello que tenemos en el ámbito de los órganos que supervisan la aplicación de los tratados de derechos humanos, la OMS y la Comisión de Derechos Humanos, que en 2002 creó el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entonces se afirma que el derecho a la salud es un derecho inclusivo porque frecuentemente se asocia el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria en todos los niveles de atención y la construcción de

hospitales de mayor capacidad resolutive de alta complejidad, a esto se añade la formación de profesionales de salud con alta capacitación no solo en la formación académica sino también en el aspecto humano como son los buenos tratos, respeto a la dignidad, atención con calidad y calidez, actuación oportuna y eficaz.

El derecho a la salud también comprende algunas libertades tales como el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, por ejemplo experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. Así como todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad, y las dificultades económicas de un país no le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud.

Como es de criterio lógico las enfermedades y sobre todo las urgencias y las emergencias sumados a la vulneración de los derechos como son la atención precaria, discriminación racial económica, idioma o religión, procedencia entre otros producirían graves consecuencia en la salud de los pacientes que acuden por emergencia al Hospital Nacional Hipólito Unanue.

1.2 Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación espacial

La presente investigación se realizó en el Servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, ubicado en el distrito de El Agustino, departamento de Lima

1.2.2. Delimitación social

El presente trabajo de investigación tiene como problemática la vulneración de derechos de los usuarios que acuden al servicio de emergencia y las enfermeras del Hospital Nacional Hipólito Unánue correspondiente en el año 2016.

1.2.3. Delimitación temporal

El periodo que comprende el presente trabajo de investigación es el año 2016.

1.2.4. Delimitación conceptual

La vulneración de los derechos de los pacientes. Se entiende por vulneración de derechos cualquier práctica que por acción u omisión de terceros transgredan al menos uno de los derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue

Servicio de emergencia. Es aquella atención que se brinda en toda situación que pone en riesgo la vida de las personas y que requiere una atención inmediata.

1.3 Problema de la investigación

1.3.1. Problema general

¿Cuáles son los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el Artículo 15 de la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 2016?

1.3.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los derechos vulnerados de los paciente que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al acceso a los servicios de salud. 2016?

¿Cuáles son los derechos vulnerados de los paciente que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al acceso a la información. 2016?

¿Cuáles son los derechos vulnerados de los paciente que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al atención y recuperación de la salud. 2016?

¿Cuáles son los derechos vulnerados de los paciente que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al consentimiento informado. 2016?

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Analizar la vulneración de los derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el Artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 2016

1.4.2. Objetivo específico

Analizar los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al Acceso a los servicios de salud. 2016.

Analizar los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en relación al Acceso a la información. 2016.

Analizar los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en relación al Atención y recuperación de la salud. 2016.

Analizar los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en relación al Consentimiento informado. 2016.

1.5 Categorías y supuestos

1.5.1 Categoría

Vulneración de derechos de los pacientes

1.5.2 Sub categoría

Vulneración del Artículo 15 de la ley 29414.

- Acceso a los servicios de salud
- Acceso a la información
- Atención y recuperación de la salud
- Consentimiento informado

1.5.3 Supuesto

Es importante analizar la vulneración de derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el Artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 2016.

1.6 Metodología de la investigación

1.6.1 tipo y nivel de la investigación

a) Tipo de la investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo básica.

La investigación básica llamada también investigación fundamental, es la ciencia o investigación que se lleva a cabo sin fines prácticos inmediatos, sino con el fin de incrementar el conocimiento de los principios fundamentales de la naturaleza o de la realidad por sí misma Aguilar. B (2013).

Este autor manifiesta que el trabajo de investigación es básica

porque la información recolectada es materializada en documentos, sentencias, tesis, artículos, revistas, trabajos monográficos, etcétera. Todo esto con el objetivo de extraer la información para dar un mayor sustento en la investigación.

b) Nivel de investigación

La investigación descriptiva es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera.

Hernández (2014) afirma.

El trabajo de investigación es descriptiva ya que al ver que es una preocupación constante de la comunidad internacional, y así, apela a nuestra razón.

El procedimiento consiste en descubrir las categorías y las sub categorías que se mencionan en la investigación a través de los contextos en comunidades e internacionales y por ende proporcionar una descripción. (p. 150).

Es correlacional, ya que el mismo autor señala los diseños, variables en un momento determinado. (p. 157).

La investigación es descriptiva porque involucra las categorías como es la vulneración de derechos de los pacientes y la sub categoría vulneración del Artículo 15 de la ley 29414. Acceso a los servicios de salud, acceso a la información, atención y recuperación de la salud, consentimiento informado. También es correlacional porque las categorías están relacionadas para un mejor análisis.

1.6.2. Método y diseño de la investigación

a) método de la investigación.

Hernández (2014).

El método a usar será el inductivo. El autor menciona también es Sigolismo, en la cual consiste en derivar de una premisa, es decir partir de lo particular a lo general. La ley o axioma general, una conclusión,

situación o aspecto particular o individual a lo general. (p. 256).

En el presente trabajo de investigación se utilizó este método inductivo por que analizan la vulneración de derechos d los usuarios en el área de emergencia.

El método inductivo suele basarse en la observación y la experimentación de hechos y acciones concretas para así poder llegar a una resolución o conclusión general sobre estos, se puede decir que asciende de lo particular a lo general.

b) Diseño de la investigación

Sánchez (2002), se orienta a la determinación del grado de relación existente entre dos categorías de interés de una misma muestra de sujeto o el grado de relación entre dos fenómenos o eventos observados. (p. 79).

Es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

Se basa en categorías, conceptos, variables, sucesos, comunidades o contextos que ya ocurrieron o se dieron sin la intervención directa del investigador.

El presente trabajo de investigación es no experimental, porque es un estudio que se realiza sin manipulación deliberada de la categoría y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizar.

1.6.3 Población y muestra de la investigación

a) Población.

Hernández Sampiere (2014). Refiere la población o universo es un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. p 174.

En el presente trabajo de investigación la población total de las enfermeras del área de emergencia del Hospital nacional Hipólito Unanue que laboran en los dos turnos, es decir guardia diurna y guarda nocturna son 24.

Servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue	N° de enfermeras por turno
Turno día	12
Turno noche	12
Total	24

Fuente: Recursos Humanos del HNHU

b) Muestra.

Hernández Sampiere (2014), Refiere que la muestra que es el subconjunto o parte del universo o población, seccionado por métodos diversos pero siempre teniendo en cuenta la responsabilidad del universo. (p. 174).

En el presente trabajo se eligió una muestra no probabilística. El mismo autor Hernández (2014) manifiesta. "También es llamado muestras dirigidas. Suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación más que por criterio estadístico de generalización". (p. 189)

Para esta investigación se tomó en cuenta una enfermera que labora en el área de emergencia, quien es la persona encargada de la coordinación de referencias de emergencias a nivel nacional, y tiene conocimiento del problema planteado, cuya oficina se encuentra conjuntamente con la oficina de jefatura de emergencia, lugar donde las personas acuden a realizar sus reclamaciones y quejas cuando sus derechos como usuarios de la salud se ven vulnerados.

1.6.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Técnicas.

Ñaupá y Mejía (2013) afirma.

"La entrevista es una especie de conversación formal entre el investigador y el investigado o entre el investigador y el entrevistado o

informante, es una modalidad de encuesta, que consiste en formular preguntas en forma verbal con el objetivo de obtener respuestas o informaciones". (p. 98).

Entrevista estructurada. Es propia de la investigación cualitativa, llamada también entrevista dirigida, controlada o guiada, es aquella que se ciñe en un plan preestablecido a un diseño y se realiza de acuerdo a una guía o formulario previamente preparado con preguntas que responde a las hipótesis.

Entrevista no estructurada. A diferencia de la estructurada este tipo de entrevista es abierta o libre, en el sentido de que el entrevistador tiene libertad para las preguntas, pero siempre basándose en una guía general de contenido, aunque no específica

b) Instrumentos

Hernández (2014)

El instrumento es una guía de la entrevista es el instrumento, la herramienta que sirve a la técnica de la entrevista que consiste en una hoja simple impresa o no impresa que sostiene las preguntas a formular al entrevistado en secuencia determinada. (p. 175).

Criterios de validación y confiabilidad de los instrumentos

Validación a través del juicio de expertos

Se verifico que el instrumentos sobre el analices de la vulneración de derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, mediante los siguientes pasos.

Validez interna

Se verifico que el instrumento fue construido de la concepción técnica

desglosando en supuestos y categorías, así como el establecimiento de su sistema de evaluación en base al objetivo de investigación logrando medir lo que realmente se indicaba en la investigación.

Validez de constructo

Hernández (2010), afirma: este tipo de procedimiento se efectuó en base a la teoría, de se precisa que los instrumentos sobre, vulneración de derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, fueron elaborado en base a una teoría respondiendo al objetivo de la investigación.

1.6.5 Justificación, importancia, y limitación de la investigación

Justificación teórica.

Crear un conocimiento nuevo para las futuras generaciones en beneficio de la mejora de atención a los usuarios de la salud y por ende contribuir al desarrollo del país, la inspiración de otros investigadores sobre vulneración de derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia de los hospitales, según el artículo 15 de la ley 29414. Realizar debates y reflexiones sobre el problema de la investigación para motivar al surgimiento de otras teorías de la presente investigación.

Justificación metodológica

Busca nuevos modelos, métodos o técnicas para generar conocimientos. Crean nuevos instrumentos como cuestionarios, entrevistas y lista de cotejo.

Justificación social

Los resultados de la investigación social contribuirán para evitar que los usuarios de la salud de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue, sufran algún tipo de vulneración de sus derechos como usuarios de la salud. Mejorar la atención en los servicios de salud.

Este trabajo es importante, porque permite dar a conocer la vulneración de los derechos de los pacientes; pero lo es más la solución que se propone con la puesta en marcha de la calidad humana como instrumento para la mejora en el trato al paciente

b). Importancia de la investigación

La investigación científica nos ayuda a entender el mundo que nos rodea, de satisfacer la curiosidad, la investigación científica contribuye al conocimiento de nuevas teorías, es por ello que el presente trabajo de investigación analiza las vulneraciones de sus derechos de los usuarios de salud, con la finalidad de mejorar la atención a los usuarios.

c. Limitaciones de la investigación

De por sí todo trabajo de investigación demanda esfuerzo y presenta limitaciones, esta no es la excepción por lo que presentamos limitaciones de carácter económico, de obtención de información por falta de tiempo que se pueden superar realizando esfuerzos adicionales que implican necesariamente sacrificio personal. Otra de las limitaciones importantes son las facilidades que brindan los trabajadores para pedir mayor información y los mismos pacientes mostrando su poco interés en el trabajo de investigación.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Dulce Carolina Puebla-Viera, Alejandro Ramírez-Gutiérrez, Paula Ramos Pichardo, y Mireya Teresa Moreno-Gómez. (2009)-México. En la tesis *Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. En sus objetivos es conocer la percepción que tiene el derechohabiente de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto mexicano del seguro social de la atención recibida por el personal de enfermería en 92 personas, se puede observar un porcentaje significativo de derechohabientes tiene la percepción de que el personal de enfermería no ofrece servicios de excelencia, Con relación al trato digno, 2.18 % de los derechohabientes opinaron que fueron tratados con dignidad, 20.92 % expresó que no siempre fue así, mientras que 51.90 % que casi nunca fueron respetados sus derechos como persona y 25 % nunca. En cuanto al respeto se obtuvieron resultados similares, 28.08 % consideró que nunca lo han atendido con respeto, 22.10 % con casi siempre y solamente 3.08 % refirió que siempre el trato fue con respeto.*

Rosario Valdez-Santiago, Elisa Hidalgo-Solórzano, Mariana Mojarro-Iñiguez, Luz María Arenas-Monreal (2013). En la tesis titulada "Nueva evidencia a un viejo problema, el abuso de las mujeres en las salas de parto". Tiene como objetivo explorar lo que sucede en la atención obstétrica en

instituciones de atención pública, para tratar de desarticular el complejo entramado social donde el abuso de las mujeres durante la atención obstétrica a 512 mujeres en el posparto inmediato. Los resultados dan cuenta que 29 de cada cien mujeres reportan algún tipo de abuso durante la atención del parto, 19 de cada cien refirieron algún tipo de abuso verbal, con frases intimidatorias y que limitan el derecho de las mujeres a expresar sus emociones. 19% refirieron algún tipo de abuso verbal, con frases como "no grite", "no llore", "no se queje", "regañes", "humillaciones", además en algunos casos reportaron ser "ignoradas" por el personal que las atendió. Casi 8% de las mujeres reportaron abuso físico, descrito como: "me hicieron presión en el abdomen con ambas manos o con el antebrazo", "sutura sin anestesia", "golpes en las piernas", "amenazas", "pellizcos".

Leslie Arandy Nieto-González, María de los Ángeles Romero-Quiroz, Miguel Ángel Córdoba-Ávila, Mahuina Campos- Castolo (2011) Perú. En la tesis "Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería".

El objetivo conocer la percepción de la mujer embarazada en relación al trato digno que le fue proporcionado por el personal de enfermería durante la atención de su parto así mismo la identificación o conocimiento de sus derechos como paciente en 380 mujeres embarazadas. El 63% refieren no conocer sus derechos como paciente y 37% sí los reconocen; de estas últimas, sólo 48 mujeres lograron mencionar al menos tres derechos que tienen como pacientes. Los derechos que identificaron con mayor frecuencia fueron: Recibir atención médica adecuada, recibir trato digno y respetuoso y recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. En cuanto al conocimiento del significado de trato digno, el 60% de las pacientes mencionan que sí lo conoce, mientras que el 40% no lo conocen. Los resultados de esta investigación demuestran que el nivel del indicador del trato digno percibido por la mujer embarazada fue bueno y regular.

Luque Rivera Mixmey Luisa, en su tesis influencia de la vulneración de los derechos como usuaria en la satisfacción de la atención en madres

adolescentes que acuden servicio de obstetricia del hospital de ventanilla. (2014, p. 108) concluye.

Las madres adolescentes a las cuales se vulneró sus derechos tienen las siguientes características, el 58% de ellas no han culminado su educación escolar, el 61% se encuentra conviviendo con su pareja y su hijo, el 72% ya tiene 1 hijo y el 20 % ya tuvo a su segundo hijo, el 53% de madres adolescentes se considera en la condición de estudiantes afirmando que continuaran con su educación seguido de aquellas que afirman desempeñar la función de ama de casa 33%. En relación al nivel de satisfacción el 86.1% de madres adolescentes mostraron puntajes de (146 - 216 puntos) para satisfacción y el 13.9% (73 - 145 puntos) para indiferencia. Es importante señalar que entre las madres adolescentes a quienes se vulneró los derechos no muestran insatisfacción, Al analizar cada uno de los aspectos evaluados para satisfacción se pudo determinar que la satisfacción es alta (11 – 15 puntos) siendo el trato del personal de puerperio el que recibió mayor porcentaje de madres adolescentes satisfechas (100%) y siendo el mínimo porcentaje (44.4%) de satisfacción para equipos disponibles y en buen estado. Existe porcentajes mínimos de insatisfacción comparado a un mayor número de madres satisfechas; el 11.1% de insatisfacción en cuanto al respeto a la intimidad.

Solo el 5.5% de madres adolescentes se mostró insatisfecha en relación al trato del personal de sala de dilatación, sala de parto, y puerperio y ventilación en el hospital, el 2.7% de madres adolescentes insatisfechas en la atención oportuna y trato del personal de consultorio de obstetricia. Los derechos en su mayoría vulnerados fueron: No conocer al personal que les brinda la atención, no contar con el consentimiento informado y aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido informado. A pesar de que las madres adolescentes fueron vulneradas en sus derechos se mostraron satisfechas con la atención recibida de parte del servicio de obstetricia, se pudo notar además que los únicos derechos que no fueron vulnerados en todos los servicios de obstétricos son: Recibir atención médica de emergencia y la seguridad del paciente.

Se pudo evidenciar una notable deficiencia en cuanto al conocimiento en las adolescentes sobre sus derechos, esta situación las pone en un estado de vulnerabilidad y la hacen susceptible al atropello de los mismos, el hecho de que la vulneración de los derechos como paciente no tenga influencia en su satisfacción revela que muchas de las madres adolescentes pueden estar en una condición de poca autoestima a sí mismas y que su entorno socio económico y cultural se encuentra en una situación precaria, puesto que muchas de las adolescentes aún no han terminado sus estudios. (2014), p. 108.

Fréssia Naymé Bobadilla Labán y Azalia Ashley Durand Pinto Lima – Perú
2014

Sobre el estudio realizado a cerca de conocimiento sobre los derechos del paciente en los usuarios del servicio de cirugía del hospital Suárez Angamos III – ESSALUD concluyen

Respecto al conocimiento global que tiene los usuarios sobre derechos del paciente, el 64,2% tiene nivel medio y 17,9% nivel alto. El hecho de que prime un nivel medio alto, evidenciaría la preocupación de Essalud por brindar a sus usuarios información que les permita actualizarse sobre sus derechos. Siendo que la protección y defensa de los pacientes existentes en la actualidad fueron considerados de forma progresiva, es así, que diferentes instituciones nacionales e internacionales han demostrado interés en este tema. Las características de este siglo, en que el acceso a la información por diferentes medios está al alcance de la mayoría de las personas, facilita el discernimiento y la toma de la mejor decisión para lograr la satisfacción y bienestar, aspectos contemplados en los Derechos que protegen al usuario interno y al cuidado de su propia salud. p. 36.

Esteban Puentes Rosas, Octavio Gómez Dantés y Francisco Garrido Latorre
(2006)- México.

En la tesis "Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México" .El objetivo fue documentar las diferencias en el trato recibido por los usuarios de los servicios de salud en México dependen

principalmente del proveedor, independientemente de las condiciones socioeconómicas a 18 018 usuarios que asistieron a 73 servicios de salud. La mejor calificación fue el trato respetuoso, mientras que la menor calificación se asignó a la capacidad de elección del proveedor. Los hombres consideraron haber tenido mejor comunicación que las mujeres, mientras que el trato respetuoso, la comunicación y el apoyo social tuvieron una asociación significativa inversa con respecto al nivel educacional, el trato respetuoso y la confidencialidad tuvieron niveles de aprobación particularmente altos. (p. 48).

Del Carmen Gogeochea, Patricia Pavón, Ma. Sobeida L. Blázquez, Carlos R. Blázquez. (2009)

En la tesis "Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario" Se identifica el nivel de satisfacción del usuarios desde la perspectiva del trato recibido en los servicios del hospital a 847 pacientes de los diferentes servicios donde se obtuvieron puntuaciones más alta en la confidencialidad, dimensión técnica "personal calificado", trato digno, comunicación, en las área de hospitalización, consulta externa y en área de auxiliares muestra una tendencia menor. Calidad de las instalaciones y servicios son los dominios con menor porcentaje de aprobación, De acuerdo con la evaluación de la satisfacción del usuario a través del índice acumulativo del total de las calificaciones de cada cuestionario, el nivel de satisfacción promedio en el hospital fue de 97.6%. (p. 50).

Paola Elizabeth Ticona Cano (2014), en sus tesis "el derecho a la salud mental en el Perú del siglo XXI ¿un derecho protegido o un derecho postergado por el estado peruano?", concluye:

Si bien el Estado Peruano ha producido un importante avance en la formulación de políticas públicas en materia de salud mental, desde que el MINSA aprobó: los Lineamientos para la Acción en Salud Mental, el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz, y el Plan Nacional de Salud Mental. Considerando que en el Perú el factor social que representa el principal obstáculo que enfrenta la salud mental es la situación de pobreza y pobreza extrema que mantiene cautiva a gran parte de nuestra población. A partir de la

lectura de los citados documentos técnicos es preciso señalar que, ninguno de ellos promueve que el tratamiento dirigido por el Estado Peruano a las personas con discapacidad mental o trastornos mentales, acoja plenamente el contenido del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental reconocido en el párrafo 1 del Artículo 12° del PIDESC. El mismo que, al referirse al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud pues también abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que propician las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana. (p .124).

Programa Regional de Reconstrucción para América Central (PRRAC) Unidad de Gestión (UG) “Proyecto Rehabilitación de Servicios de Atención Primaria y Fortalecimiento del SILAIS de Managua (FORSIMA) (2005) Estudio Satisfacción de Usuarios Unidades de Salud / SILAIS Managua” El estudio realizado se efectuó en dos fases:

En la fase cuantitativa Se realizó un estudio descriptivo, se aplicó una encuesta a las usuarias en consulta externa. La parte cualitativa se realizó estudio de grupo focal integrado por 6 mujeres. Con el objetivo de Conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos con la atención recibida, en lo que respecta a Trato recibido por parte del personal las encuestas mostraron proporciones de opiniones favorables para las admisioncitas y personal de laboratorio, siendo alta, en los grupos focales de manera reiterada se encontraron quejas alrededor del trato recibido por este personal, con respecto a las relaciones interpersonales, fue muy notorio la satisfacción sobre la forma como se dirigen a ellas, el personal médico y de enfermería. Aunque en algunos lugares reciben regaños por parte de estos mismos recursos, los cuales son catalogados como maltrato hacia ellas. La principales Causas de insatisfacción de usuarias se encuentra la dificultad para la conseguir medicamentos ya que una alta proporción de recetas emitidas son atendidas en farmacias privadas, en cuanto a la privacidad de la atención perciben que si tienen privacidad. (p. 27)

2.2 Bases legales

LEY N° 29414 ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

Declaración Universal de los Derechos Humanos: En 1946 la OMS hizo universal el concepto del derecho a la salud.

A finales de 1948 se promulgó la Declaración Universal de los Derechos Humanos que señalaba el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud.

En octubre de 1949, surge el código internacional de ética médica, adoptado por la tercera asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Londres). El conjunto de normas del Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú, encaminadas a la obligación moral y jurídica recomienda su observancia y fundamenta el reconocimiento moderno del derecho que posee el ser humano a gozar de salud en forma libre e igual en dignidad y prerrogativas, otorgándole el respeto y trato fraterno de sus congéneres.

Plan de Humanización de la Atención Sanitaria. Donde perfila (a directivos, profesionales y ciudadanos) las estrategias necesarias para avanzar a través de pequeñas y grandes acciones que buscan un fin común: hacer lo más agradable posible el contacto de los ciudadanos con sus centros y servicios sanitarios.

Ley General de Sanidad, 1986 promulgada el 25 de abril de 1986 en España y en ella se establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución Española. En su título III, define a las prestaciones públicas y sus estructuras como un Sistema Nacional de Salud, con una organización de sus servicios establecida por las distintas comunidades autónomas.

Convenio relativo a los Derechos Humanos y la biomedicina, 1997 Donde se protege la dignidad y la identidad del ser humano y garantiza la no discriminación, el respeto a su integridad y demás derechos y libertades fundamentales con respecto a la aplicación de la medicina y biología. Muestra interés en el bienestar humano a fin de garantizar un acceso equitativo a los servicios sanitarios de calidad.

DERECHOS DE LOS PACIENTES DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

La siguiente Declaración representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la Legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERU

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 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.

LEY GENERAL DE SALUD DEL PERÚ (26842)

TITULO I

DE LOS DERECHOS DEBERES Y RESPONSABILIDADES CONCERNIENTES A LA SALUD INDIVIDUAL

Artículo 1°. Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia.

Artículo 3.- Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud.

Artículo 4°.- Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia. La negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de

responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud. En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos.

El reglamento establece los casos y los requisitos de formalidad que deben observarse para que el consentimiento se considere válidamente emitido.

Artículo 15º. Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

- a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad.
- b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece.
- c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes.
- d) A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo;
- e) A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare.
- f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio.
- g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren.
- h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su

consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.

TITULO II

DE LOS DEBERES, RESTRICCIONES Y RESPONSABILIDADES EN CONSIDERACION A LA SALUD DE TERCEROS

CAPÍTULO I: DEL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES MEDICAS Y AFINES DE LAS ACTIVIDADES TECNICAS Y AUXILIARES EN EL CAMPO DE LA SALUD

Artículo 27. El médico tratante, así como el cirujano- dentista y la obstetrix están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos. Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.

Artículo 36. Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este Capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.

CAPITULO II

DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO

Artículo 44°. Al egreso del paciente, el responsable del establecimiento de salud está obligado a entregar al paciente o a su representante el informe de alta que contiene el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones del padecimiento que ameritó el internamiento.

LEY N° 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 1°.- Modificaciones a la Ley General de Salud

Modifícanse los artículos 15°, 23°, 29° y el segundo párrafo del artículo 37° de la Ley núm. 26842, Ley General de Salud, con los siguientes textos:

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

1. Acceso a los servicios de salud

- a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los Artículos 3° y 39°, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en Caso de emergencias y partos, y su reglamento.
- b) A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.
- c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el Artículo 5° de la Ley de Trabajo Médico.
- d) A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.
- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa

2. Acceso a la información

- a) A ser informada 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.

b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos.

En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.

c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.

d) 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.

e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.

f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.

g) A 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.

h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos

secundarios de éstos.

i) A conocer en forma veraz, completa y 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. 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.

j) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.

3. Consentimiento informado

a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:

a.1 En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.

a.2 Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

a.3 Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines

docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

4. Atención y recuperación de la salud

a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.

b) A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.

c) A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.

d) A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.

e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho.

f) A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.

g) A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de Salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.

h) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la

atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.

Artículo 23°.- Las incompatibilidades, limitaciones, prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de salud, así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a los que se refiere el presente capítulo, se rige por las normas laborales, administrativas, civiles y penales, los códigos de ética y deontología y las normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes.

Artículo 29°.- El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado.

La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente Ley.

El establecimiento de salud queda obligado a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso de que éste o su representante lo soliciten.

El interesado asume el costo que supone el pedido.

Artículo 37°.- (...) Los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de funcionamiento interno; asimismo, el ente rector establece los estándares de atención de la salud de las personas a través de protocolos. La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos y dispone la publicación de la evaluación de los establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos."

Artículo 2°.- Derechos contenidos en la presente Ley.

La enumeración de los derechos contenidos en el artículo 15° de la Ley General de Salud no excluye los demás contenidos en dicha Ley o los que la Constitución Política del Perú garantiza.

Artículo 3°.- Sistema nacional de protección de los derechos de los usuarios en los servicios de salud.

Los establecimientos de salud y los órganos de los gobiernos Nacional, regional y local son responsables de organizar instancias de carácter

independiente, autónomo y confidencial que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, las cuales deben articularse al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

TÍTULO II

DE LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE LOS PACIENTES

CAPÍTULO 1

DEL ACTO MÉDICO

Art. 52° El acto médico es el proceso por el cual el médico diagnostica, trata y pronostica la condición de enfermedad o de salud de una persona.

El acto médico es de exclusiva competencia y responsabilidad del médico.

Art. 53° El médico no debe interrumpir la asistencia de un paciente que le ha sido confiado. Puede eximirse de la responsabilidad de continuar su asistencia y solicitar su reemplazo si recibe demostraciones de haber perdido la confianza del paciente, si concluye que ha habido interferencia en el tratamiento que le hubiere señalado o se percata de que se han incumplido sus indicaciones.

Art. 54° Es deber del médico prestar atención de emergencia a las personas que la requieran, sin importar su condición política, social, económica, legal o de afiliación a un sistema de salud. Por emergencia deberá entenderse aquella situación imprevista que pone en grave riesgo la vida o la salud de una persona.

Art. 55° En pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual se les comunique en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo.

Art. 59° En caso de emergencia quirúrgica, ante la ausencia del cirujano calificado, el médico debe prestar al paciente la atención inmediata más apropiada. En caso de una intervención de alta complejidad programada, el cirujano debe estar acreditado y registrado como tal en el Colegio Médico.

Art. 60° El cirujano no debe realizar intervenciones quirúrgicas en establecimientos no autorizados por la autoridad de salud competente.

Art. 62° Las intervenciones quirúrgicas requieren del consentimiento informado escrito, salvo en situación de emergencia.

CAPÍTULO 2

DEL RESPETO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Art. 63° El médico debe respetar y buscar los medios más apropiados para asegurar el respeto de los derechos del paciente, o su restablecimiento en caso que éstos hayan sido vulnerados. El paciente tiene derecho a:

- a) Que se le atienda con consideración y pleno respeto de su intimidad y privacidad.
- b) Elegir a su médico de manera autónoma.
- c) Ser tratado, sin interferencia administrativa, por médicos que tengan la suficiente autonomía para realizar juicios clínicos y éticos que respondan a su mejor interés.
- d) Obtener toda la información que sea veraz, oportuna, comprensible, acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- e) Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado o a revocar su decisión en cualquier momento, sin obligación de expresión de causa.
- f) Conocer el nombre completo del médico responsable de su atención y de las demás personas a cargo de la realización de los procedimientos y de la administración de los tratamientos.
- g) Que se respete la confidencialidad del acto médico y del registro clínico.
- h) Que las discusiones de su caso clínico, las consultas, los exámenes y el tratamiento sean confidenciales y conducidos con la mayor discreción.
- i) Que se respete su intimidad y pudor, teniendo la potestad de autorizar o no la presencia de quienes no estén directamente implicados en su atención, sin perjuicio de la misma.
- j) Recibir una explicación completa en caso que haya de ser referido a otro médico o establecimiento de salud, así como a no ser trasladado sin su consentimiento, excepto en caso de emergencia.
- k) Que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica.

- l) No ser sujeto de investigación o ensayo clínico sin su previo consentimiento informado, o del asentimiento del niño o adolescente.
- m) Que se respete el proceso natural de su muerte, sin recurrir a una prolongación injustificada y dolorosa de su vida.
- n) Recibir atención prioritaria de acuerdo a su estado de gravedad.
- o) En el caso de niños, a ser hospitalizado en compañía de su madre o familiar responsable, siempre que sea posible; a ser protegidos contra maltrato físico, moral o sexual y a que se garantice su alimentación con los controles adecuados.
- p) Ser oportuna y debidamente informado sobre las medidas y prácticas concernientes a la protección de su salud reproductiva.

CAPÍTULO 3 DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Art. 64° El médico debe relacionarse con el paciente en igualdad de condiciones respecto de su condición humana, en forma tal que supere el paternalismo tradicional, lo cual no implica que abdique de su competencia profesional.

Art. 65° El médico debe presentarse al paciente en condiciones de ecuanimidad e higiene y tratarlo con lealtad, decoro, corrección, dedicación, cortesía y oportunidad.

Art. 66° El médico debe proporcionar al paciente una atención cuidadosa, exhaustiva, completa, tomando el tiempo necesario de acuerdo a la naturaleza del problema clínico. No debe actuar de modo apresurado e irresponsable en detrimento de la calidad de la atención.

Art. 67° El médico debe indicar sólo exámenes auxiliares, tratamientos o procedimientos que sean de utilidad específica, los cuales deben estar debidamente sustentados. En caso de que el paciente sufriera daño por la intervención deberá ser informado de inmediato.

Art. 68° El médico debe explicar al paciente sobre la naturaleza de sus síntomas o su enfermedad, posible o probable, hasta que éste comprenda su situación clínica, ponderando el principio del privilegio terapéutico, por el cual el médico decide las restricciones pertinentes. En caso de incompetencia del

paciente, la información debe ser proporcionada a las personas legalmente responsables del mismo.

Art. 73° El médico no debe utilizar el acto médico, o los hechos o informaciones que conozca al ejecutarlo, como medio para obtener beneficios en provecho propio o de terceras personas.

CAPÍTULO 6

DEL SECRETO PROFESIONAL

Art. 89° El médico debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización del paciente.

Art. 90° El médico debe guardar reserva o la confidencialidad sobre el acto médico practicado por él o del que hubiere podido tomar conocimiento en su condición de médico consultor, auditor o médico legista. Este deber se extiende a cualquier otra información que le hubiere sido confiada por el paciente o por su familia con motivo de su atención o de su participación en una investigación. La muerte del paciente no exime al médico del cumplimiento de este deber.

Art. 91° El médico tratante que tiene conocimiento de la condición patológica de un paciente que pueda resultar en daño a terceras personas, queda eximido de la reserva correspondiente en todo cuanto se refiera estrictamente a dicha condición, a fin de evitar que el daño se produzca.

CÓDIGO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTE

Aprobado en el Congreso el 21 de julio del 2000 mediante Ley N° 27337, promulgado el 2 de agosto del 2000 y publicado en el Diario oficial El Peruano el 7 de agosto del 2000. Siguiendo la línea de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la Convención de la Haya y nuestro Código de los Niños y Adolescentes derogado, este nuevo cuerpo legal consagra una vez más el Interés superior del Niño y el principio de la Subsidiariedad de la Adopción internacional, pero además establece la desjudicialización parcial de las investigaciones tutelares, transfiriendo al Ministerio de la mujer y desarrollo social la competencia

para la realización de todas las diligencias previas a la declaratoria de abandono de una niña, niño o adolescente.

TÍTULO PRELIMINAR

Artículo I. Definición. Se considera niño a todo ser humano desde su concepción hasta cumplir los doce años de edad y adolescente desde los doce hasta cumplir los dieciocho años de edad.

El estado protege al concebido para todo lo que le favorece. Si existiera duda acerca de la edad de una persona, se le considerará niño o adolescente mientras no se pruebe lo contrario

LIBRO PRIMERO: DERECHOS Y LIBERTADES

CAPÍTULO I

DERECHOS CIVILES

Artículo 1º.- A la vida e integridad.- El niño y el adolescente tienen derecho a la vida desde el momento de la concepción.

El presente Código garantiza la vida del concebido, protegiéndolo de experimentos o manipulaciones genéticas contrarias a su integridad y a su desarrollo físico o mental.

Artículo 4º. A su integridad personal El niño y el adolescente tienen derecho a que se respete su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. No podrán ser sometidos a tortura, ni a trato cruel o degradante.

Se consideran formas extremas que afectan su integridad personal, el trabajo forzado y la explotación económica, así como el reclutamiento forzado, la prostitución, la trata, la venta y el tráfico de niños y adolescentes y todas las demás formas de explotación

CAPÍTULO II

DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Artículo 21º. A la atención integral de salud el niño y el adolescente tienen derecho a la atención integral de su salud, mediante la ejecución

de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas.

Cuando se encuentren enfermos, con limitaciones físicas o mentales, impedidos, o cuando se trate de dependientes de sustancias tóxicas, recibirán tratamiento y rehabilitación que permita su participación en la comunidad de acuerdo a sus capacidades.

Corresponde al Estado, con la colaboración y el concurso de la sociedad civil, desarrollar los programas necesarios para reducir la mortalidad y prevenir las enfermedades; educar a la familia en las prácticas de higiene y saneamiento; y combatir la malnutrición, otorgando prioridad en estos programas al niño y al adolescente en circunstancias especialmente difíciles y a la adolescente-madre durante los periodos de gestación y lactancia.

LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD LEY N° 29344

Artículo 5°. De la Universalidad: El aseguramiento universal en salud (AUS) es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 730-2015/MINSA

5.4 Responsabilidades y derechos de las IPRESS públicas

La IPRESS pública que recibe a un paciente SOAT tiene las siguientes responsabilidades:

a. Brindar las prestaciones necesarias para proteger la vida y la salud del paciente, de forma oportuna y diligente, utilizando los instrumentos, técnicas, medicamentos e insumos necesarios, de acuerdo a la capacidad resolutive de la IPRESS pública, así como a las mejores prácticas y estándares profesionales aceptados nacional e internacionalmente.

b. Recabar previamente el consentimiento informado por escrito del

paciente SOAT, o en su defecto, el del familiar responsable, en la medida que las circunstancias lo permitan, sobre determinados procedimientos o prestaciones de salud a seguirse en el paciente, ante la situación suscitada por el accidente de tránsito.

DECRETO LEGISLATIVO N° 559 (El Peruano: 29-03-1990)

Artículo 1. El objeto de la presente Ley es normar y regular el trabajo del Médico Cirujano, con matrícula vigente en el Colegio Médico del Perú, en todas las dependencias al Sector Público Nacional y Sector Privado en lo aplicable.

Artículo 2. El ejercicio de la profesión del Médico Cirujano, por su complejidad y especial responsabilidad en defensa de la vida y en el proceso de atención de salud de la persona es esencial para el desarrollo económico - social y la productividad nacional.

Artículo 3. El trabajo médico es el conjunto de acciones altamente especializadas que requieren de la decisión profesional del Médico Cirujano, dentro del proceso de atención integral de salud, que se dirige a la persona, la familia y la comunidad.

Artículo 4. El acto médico es lo fundamental del trabajo del Médico Cirujano, por el cual tiene la más alta responsabilidad moral y legal de sus efectos. El Estado garantiza las condiciones necesarias para que dicho trabajo se cumpla dentro de los objetivos de la ciencia médica.

Artículo 5. El acto médico se rige estrictamente por el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú y los dispositivos internacionales ratificados por el Gobierno Peruano. El Médico Cirujano, no puede ser privado de su libertad por el ejercicio del acto médico, cualesquiera que sean la circunstancia de su realización, salvo mandato judicial expreso o comisión de flagrante delito.

2.3. Bases Teóricas

DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS: El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, 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. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.

La Constitución Española de 1978 (Artículo 43):

El Artículo 43, de la constitución de España reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos (.....) organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En su Artículo 41, de indudable conexión temática con el Artículo comentado, la Constitución establece que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad. A su vez, el Artículo 38.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social incluye dentro de la acción protectora del ámbito de la Seguridad Social "la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo". En fin, el título VIII del texto constitucional diseña una nueva organización territorial del Estado

que posibilita la asunción por las Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la sanidad exterior, la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad. Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, aunque a estos efectos también hay que considerar las modificaciones introducidas en dicho sistema de financiación por las leyes 22 y 23 de 2009 y la orgánica complementaria 3/2009.

Ley 26.529 – SALUD PUBLICA Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud de Argentina. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

Capítulo I. derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Artículo 2º, Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno,

con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico – asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326.

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

LEY ESTATUTARIA N° 1751 de Colombia publicado el 15 de Febrero del año 2015 señala:

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho

fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el Artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el Artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a la especificidad de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física,

la asequibilidad económica y el acceso a la información.

d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.

b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.

c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.

d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud.

e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.

f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;

g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, ya poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad,

asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.

j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine.

l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.

o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde servicio.

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.

- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud.
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema.
- f) Cumplir las normas del sistema de salud.
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud.
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

En Chile, el 1 de Octubre de 2012 entró en vigencia la ley 20.584 que regula los derechos y los deberes de los pacientes.

La iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. La nueva ley establece que los prestadores de salud públicos y privados deben disponer la carta que señala los derechos y deberes de los pacientes en relación a su atención sanitaria en un lugar visible y con concurrencia de público. Corresponde al Ministerio de Salud determinar el contenido de la carta, su objetivo es dar a conocer los principales derechos y deberes e invitar a obtener mayores detalles a revisar la ley 20.584. Los derechos que se publican en esta carta son: Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud; recibir un trato digno, respetando su privacidad; ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad; recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos; ser informado de los costos de su atención de salud; no ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso; que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención; aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria; recibir visitas, compañía y asistencia espiritual; consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida; a ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza; donde sea pertinente, se cuente con señalética y

facilitadores en lengua originaria; que el personal de salud porte una identificación; inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia; que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.

Colombia se aprueba el 23 de Diciembre de 1993 la Ley 100 en la cual señala:

Artículo 1. Sistema de Seguridad Social Integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Informe Defensorial N° 102 Lima – Perú (2005). Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental.

El derecho humano a la salud ha sido reconocido en diversos instrumentos internacionales. Según la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades”. Asimismo, la OMS señala que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de toda persona, sin ningún tipo de distinciones.

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su artículo 25° 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”.

Posteriormente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales consagró en su artículo 12° inciso 1) el derecho de toda persona al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Al respecto, la interpretación que realiza el Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a través de la Observación General N° 14, es especialmente relevante debido a su condición de órgano competente para interpretar el citado pacto.

Dicho comité internacional entiende el derecho a la salud como un "derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Este informe concluye:

1. El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 7° de la Constitución, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y diversos tratados internacionales de los que el Perú es Estado parte, como son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

2. El derecho a la salud mental y los derechos de las personas con enfermedades mentales se encuentran reconocidos en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas, mediante Resolución N° 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Estos principios son reconocidos como el estándar internacional más completo y detallado para la protección de los derechos de estas personas; y constituyen una guía para los Estados en la implementación de las políticas públicas orientadas a la reforma de los sistemas de salud mental.

3. Por su parte, el Ministerio de Salud ha aprobado los Lineamientos para la Acción en Salud Mental, mediante Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA, de 28 de enero de 2004. Asimismo, mediante Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, de 2 de agosto de 2004, ha incluido la salud mental entre las estrategias nacionales sanitarias.

6. El Ministerio de Salud no cuenta con un órgano de línea que conduzca políticas de salud mental. En la práctica, las disposiciones que el MINSA emite rigen de manera casi exclusiva en su red de establecimientos y

son de escasa aplicación en el ámbito del Seguro Social de Salud – EsSalud.

7. En el MINSA, la problemática de salud mental es responsabilidad de la Dirección General de Promoción de la Salud. Esta dirección tiene un limitado poder de rectoría en los servicios del MINSA.

Por tanto, es preciso establecer una unidad rectora en salud mental que tenga competencias para definir lineamientos de políticas y demás instrumentos que regulen la prestación de los servicios de salud mental.

8. EsSalud tampoco cuenta con un órgano que dirija sus diversos servicios de salud mental y centralice su información. Además, los temas de salud mental también tienen una ubicación marginal en sus planes y programas.

9. El MINSA no ha establecido un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de las enfermedades mentales. Esta situación, sumada al hecho de que los/las médicos generales tienen reticencias en asumir el tratamiento de dichas enfermedades, trae como consecuencia que muy pocos hospitales generales brinden atención en salud mental. (pp. 13-160)

Mónica Liliana Barriga Pérez: exigibilidad del derecho a la salud en el ordenamiento jurídico peruano. 2015.

El Estado peruano reconoce el derecho a la salud dentro del capítulo de los derechos sociales y económicos de la Constitución Política del Perú, consagrando expresamente que todos tienen derecho a la protección a la salud y señala una protección especial general para los niños, adolescentes, madres y ancianos en situación de abandono y una protección particular en materia de salud para las personas con discapacidad física y mental. Además, se establece que el Estado determinara la política nacional de salud, reconociendo que es un derecho universal y progresivo, según el cual todas las personas deben gozar de seguridad social para mejorar o elevar su calidad de vida. Al respecto la Constitución expresamente establece que:

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

Artículo 9°. El Estado determinara la política pública nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñar y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

Artículo 10°. El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Artículo 11°. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas, privadas y mixtas. Supervisara asimismo su eficaz funcionamiento.

Asimismo, la Constitución determina dos características que debe cumplir la Política Nacional de Salud, como son: (i) La pluralidad y (ii) la descentralización. Lo cual significa que las políticas públicas en salud deben respetar y proteger la pluralidad étnica y cultural de la Nación (Artículo 2 inciso 19 CP), además de coordinar con los gobiernos descentralizados (regiones y municipios) para alcanzar la protección efectiva del derecho humano a la salud. (p. 30).

Ms. Maribel Tirza Grados Marquez (2012). La calidad humana y la mejora del trato al paciente en los hospitales del sector salud Lima- Perú. 2012.

Las relaciones humanas, es el trato entre personas que conviven en la familia, en el trabajo, en la casa de vecinos o en la calle, como simples peatones o a bordo de un automóvil imponente, están en peligro de agriarse por el ritmo cada vez más acelerado con que se vive. En general, cada uno está preocupado por sus cosas y se desentiende de lo que pueden necesitar quienes pasan junto a él. Por eso, si en todo tiempo se ha estimado la

cordialidad como algo verdaderamente valioso para la convivencia, ahora se está haciendo a todas luces imprescindible. La cordialidad, no se puede definir con un solo objetivo, no se puede calificar de una sola manera. Se logra con una mezcla de ingredientes que, agitados en la coctelera, dan como resultado una persona sumamente agradable. Hay que poner en primer lugar alegría de ánimo y optimismo, de forma que la reacción inmediata ante la presencia de una persona sea siempre la sonrisa abierta. Ser recibido con alegría reconforta, porque de alguna manera al subconsciente ve detrás de la alegría la demostración de que esa persona estima su presencia como algo bueno para ella. La madre de familia que acoge a quienes llega a su casa –familiares, amigos o desconocidos- con una buen semblante, está realizando con esa actitud mayor bien a todos que con miles de palabras, sobre todo si eso lo hace de una manera habitual.

Maribel Tirza Grados, interpretando a autores como a Peters (2003), en la cordialidad intervienen también las palabras que se dicen y el tono o calor que se pone en ellas. Los investigadores del lenguaje estudian el grado de afecto de las palabras que se emplean, incluso de las que significan lo mismo. Son interesantes los adjetivos que las acompañan: entre decir "niña" o "mi niña" hay un mundo de diferencia, un sencillo "mi" ha llenado de ternura la palabra. Emplear un lenguaje u otro es también acoger de una manera o de otra. Las palabras van acompañadas de un sonido que aporta además elementos de cordialidad. Muchas veces es el tono empleado el que pone o quita cordialidad a las conversaciones. Sería deseable que nos preocupáramos de adquirir un vocabulario de alto nivel cordial y que nos ejercitáramos en una manera de hablar con tonalidades amables, positivas, estimulantes. Pero, además, la cordialidad debe tener sinceridad. Frases amables las hace cualquiera que se lo proponga. Lo que antes se conocía por "buena educación" se centraba en cultivar unas buenas maneras de comportarse y hablar. Eso no es suficiente, porque a través de ellas puede sentirse que se trata de algo puramente superficial. La sinceridad, la franqueza, se forja en el fondo del corazón y fluye de dentro hacia fuera. La cortesía es a modo de máscara exterior; preferible, por supuesto, a los malos modos; pero no puede calificarse de cordialidad. La sinceridad contribuirá a la cordialidad cuando quien la viva sepa buscar el aspecto positivo de todas las situaciones y de cada una de las

personas porque, en caso contrario, si sólo se resalta lo negativo, se pueden encrespar las relaciones humanas. Es, pues, conveniente habituarse a juzgar viendo lo malo y lo bueno, pero resaltando lo segundo. Esta táctica suele servir de estímulo al individuo así juzgado para tratar de comportarse de acuerdo con aquellas cualidades suyas que se han puesto de relieve. Conseguir en las distintas sociedades en las que el individuo participa, un ambiente cordial, es algo que contribuye al bienestar general de esas sociedades. Fundamentalmente, la familia y el trabajo son los dos grupos sociales en los que todo sujeto se siente inmerso a lo largo de su vida. Por tanto, debe intentarse llevar siempre cordialidad a esos ambientes. Hacerlo no es difícil. Basta un propósito firme y llevarlo a la práctica con perseverancia, una vez y otra, un día y otro, rectificando cuanto sea necesario si en algún momento se ha actuado con menos cordialidad. Una persona sola quizá no logra transformar un ambiente; pero puede ser el estímulo primero para que otros se contagien con la aventura. En la casa, especialmente, si los padres son cordiales, casi de forma obligada también lo serán los hijos. Un buen programa de educación familiar puede ser: vivir cada miembro de la familia, todas las cualidades que integran la cordialidad.

Valarie, Parasuraman y Berry (2005), en el estudio realizado sobre la mejora del trato al paciente. Lima- Perú.

Refiere que la calidad de atención al cliente es un proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos. Los clientes constituyen el elemento vital de cualquier organización. Sin embargo, son pocas las empresas que consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o servicio personal. Es por ello que los directivos deben iniciar el proceso de mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus clientes, ya que no es cuestión de elección: la imagen de la empresa depende de ello. Para mantener la imagen de la empresa, es necesario entre otras cosas mejorar continuamente el lugar de trabajo, enfocándolo hacia la calidad y la mejora continua. Valarie, Parasuraman y Berry (2005).

Superintendencia de salud de Chile (2013). Trato digno. Departamento de Estudios y Desarrollo- Diciembre de 2013.

Trato digno ¿un concepto estándar para todos los pacientes?

El brindar una atención de calidad en salud es algo deseado tanto para los que dirigen los centros asistenciales como para la autoridad que se preocupa que esto se cumpla.

En este contexto, en el año 2005 se creó la ley de Autoridad Sanitaria, que establece un sistema de acreditación para los prestadores autorizados para funcionar este sistema exige que se implementen estándares mínimos que permitan que los procesos brinden mayor seguridad a quienes utilizan los servicios de los establecimientos de salud. Complementariamente, se crea en el año 2012 la ley sobre Derechos y Deberes de las Personas, que está relacionada con las acciones vinculadas a la atención de salud. El espíritu de esta ley cautela brindar una atención de calidad respetando los derechos esenciales de las personas.

La calidad en la atención de salud se puede abordar desde distintas aristas, no obstante, uno de los valores que interesa desarrollar en este estudio es lo relacionado con el concepto de "trato digno" de los pacientes o usuarios. En este sentido, ambas leyes consideran la temática de trato digno, por una parte, a través del sistema de acreditación que incorpora el ámbito Dignidad del Paciente donde su componente básico es que el prestador debe resguardar que el paciente reciba un trato digno y por otra, la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, que señala que en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

El significado del derecho a un trato digno en la atención de salud parece ser obvio para quienes lo entregan. Sin embargo, lo que los usuarios expresan en palabras respecto de este concepto es un pequeño fragmento de las asociaciones que emergen de los procesos mentales y emocionales que se vinculan a él. Por lo tanto, no parece estar tan claro cuáles son sus componentes y ante esta reflexión surgen las siguientes interrogantes: ¿qué es trato digno los pacientes?, ¿es una

idea única y estándar?, ¿qué aspectos componen este concepto?, ¿cómo se concreta en un significado más específico para saber si efectivamente se cumple?, ¿cuáles son las asociaciones y conexiones relevantes que se activan en los pacientes al hablar del trato digno?, ¿son los componentes de este concepto transversales a los pacientes de la atención pública y privada?, para dar respuesta a estas preguntas la Superintendencia de Salud preocupada por develar los componentes claves del concepto trato digno y con el fin de orientar la verificación de su cumplimiento desarrolló el siguiente estudio.

Domingo Hernández Celis (2008) Perú. Determinar la herramienta se puede facilitar la eficiencia, economía, efectividad, mejora continua, calidad y competitividad del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima-Perú.

Concluye que la calidad se define como un proceso de mejora continua en todo lo que hace la entidad, en donde todas las áreas del Hospital, participan activamente en el desarrollo de los servicios, que satisfagan las necesidades de los pacientes, logrando con ello eficiencia, efectividad y mayor productividad. Para esto el Doctor Celis interpreta a varios autores entre ellos a:

Interpretando a Huamán (2005) la capacidad resolutive del Hospital es sin duda desde el aspecto formal de alta complejidad. Sin embargo la realidad nos muestra un panorama que permite afirmar que buena parte de las atenciones que se brindan corresponden a patología del primer nivel de atención. Al respecto es importante analizar que si bien se es un hospital de nivel IV, la demanda no está educada para utilizar los servicios del nivel local, y a la vez la capacidad resolutive de los establecimientos del primer nivel de atención no está debida y uniformemente organizada. Adicional a ello hay que tener en cuenta que la demanda no puede quedarse sin atender, y que en modalidades de aseguramiento público como hoy se promueven, puede ser una fuente de ingresos importantes a la economía del hospital (por supuesto en el entendido que se garanticen los reembolsos oportunos por las

prestaciones brindadas). En estricto sentido no se puede hablar de competencia con los otros establecimientos del sector público, puesto que entre todos se debería desarrollar un comportamiento de complementariedad en relación a la atención de las necesidades sanitarias de la población. Pese a ello, puede existir el riesgo de aplicar enfoques de competencia con otros establecimientos; en el caso de nuestro hospital esto no es así, pues tenemos muy claro que por el nivel del establecimiento, por la capacidad resolutive que le corresponde, y por ser parte de una red de servicios, nos interesa desarrollar nuestra competitividad, entendida como la superación de nuestras propias deficiencias y limitaciones, y que nos permita haciendo un uso más eficiente de nuestros recursos poder atender mejor y satisfacer las expectativas de nuestros usuarios.

Según Valarie, Parasuraman y Berry (1992), la calidad de atención al cliente es un proceso para la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos. Los clientes constituyen el elemento vital de cualquier organización. Sin embargo, son pocas las empresas que consiguen adaptarse a las necesidades de sus clientes ya sea en cuanto a calidad, eficiencia o servicio personal. Es por ello que los directivos deben iniciar el proceso de mejorar la calidad del servicio que ofrecen a sus clientes, ya que no es cuestión de elección: la imagen de la empresa depende de ello. Para mantener la imagen de la empresa, es necesario entre otras cosas mejorar continuamente el lugar de trabajo, enfocándolo hacia la calidad y la mejora continua.

Según Abell (2004), la mejora continua requiere de una fuerte disciplina, ya sea en materia de productividad, satisfacción del cliente y tiempos de los ciclos, ya que consideramos que en la filosofía Kaizen no basta para el ejecutivo o administrador contar con un sistema de información que le notifique cada cierto tiempo que sucede, sino que debe visitar el lugar de trabajo varias veces por día para evaluar personalmente que ocurre y por qué. Los administradores kaizen le dan mayor preponderancia a todo lo relativo a los procesos, a diferencia de la mayoría de los gerentes occidentales que se centran en el informe escrito de los resultados. En nuestro caso, son varios los factores necesarios para lograr la mejora

continúa en la Atención al Cliente. Una de las más resaltantes es contar con todas las herramientas necesarias (equipos, materiales, métodos, empleados capacitados y motivados) para brindar al cliente la atención que espera. Consideramos que si se quiere mejorar los resultados, se debe mejorar los procesos, lo que permitirá mejorar con ciertas acciones, la satisfacción de sus empleados y de sus clientes, razón de ser de las instituciones.

Interpretando a Johnson y Scholes (2004), se puede considerar que mejorar la atención al cliente es un verdadero reto para toda entidad que no desee verse desplazada por una competencia más agresiva y por unos clientes que son cada día más conscientes del poder de elección que tienen, más sofisticados en sus necesidades y expectativas y mucho más exigentes de como lo fueron pocos años atrás. Y esto es así por una sencilla razón: La competitividad de las empresas depende hoy en día de su capacidad para captar y fidelizar una base de clientes, consumidores o usuarios suficientemente amplia como para generar los recursos que le van a permitir cubrir sus costes e invertir en su propio desarrollo y progreso y en el de todos aquellos que forman parte de ellas.

Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. Rev conamed 2012. (pp. 18-23).

La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos.

Evaluar la percepción del usuario, le permite al centro hospitalario obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención ofertada, situando áreas de oportunidad y la creación de estrategias para la mejora continua, minimizando las deficiencias que pongan en riesgo la satisfacción de la población usuaria.

El Sistema de Salud mexicano, con la convicción de mejorar los servicios y eliminar la poca confianza que le otorga la población, desarrolló la Cruzada

Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual, propone abatir las inequidades entre entidades, instituciones y niveles de atención, tomando como eje de acción a los recursos humanos del mismo sistema, ubicando al personal de enfermería como vector de calidad con apego al respeto de la dignidad humana, bajo principios éticos y científicos. La entonces Comisión Interinstitucional de Enfermería, estableció el sistema de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, gestionados a partir de indicadores, los cuales permitieran controlar el riesgo de daños innecesarios al paciente e identificar su percepción en cuanto al trato recibido. El Indicador de "Trato Digno por Enfermería" (TDE), es uno de los tres primeros que se posicionó para la evaluación del quehacer profesional de enfermería en su dimensión técnica e interpersonal. Se define como "la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria, este trabajo concluye

Desde la perspectiva del usuario, el trato digno por enfermería se cumple parcialmente, ya que la percepción del trato digno que recibe no es totalmente adecuada, por lo tanto es imperativo resaltar la necesidad de fortalecer las bases teórico-prácticas de la calidad de la atención en el personal de enfermería, que esté comprometido con el cuidado integral de la vida humana y considerando como parte fundamental de la atención la esfera psicosocial del paciente.

Para el usuario es importante conocer el nombre de la enfermero(a), pues le permitirá darle identidad propia al proveedor de los cuidados, al mismo tiempo que crea lazos de confianza y facilitará la ministración de cuidados, así como, la poca renuencia del paciente a recibirlos.

La percepción del usuario de los servicios de enfermería, se relaciona directamente con el Trato Digno que recibe, es decir se sentirá mayormente satisfecho con el servicio, siempre y cuando el personal le brinde cuidados de calidad con respeto a la dignidad humana y los derechos generales de los pacientes. Estos cuidados deberán ser continuos durante todo el proceso de atención, fortaleciendo la mejora continua, basada en estándares de calidad para lograr su satisfacción, sólo de esta manera podrá percibir un alto nivel de calidad en los servicios que recibe.

Marta Rizo García (2006). Academia de Comunicación y Cultura Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Análisis 2006, (pp. 45-62).

Interpretando a Villafañe (2004), en sociología y psicología social, la confianza es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones. La confianza es una hipótesis sobre la conducta futura del otro. Es una actitud que concierne el futuro, en la medida en que este futuro depende de la acción de un otro. Es una especie de apuesta que consiste en no inquietarse del no-control del otro y del tiempo. El término confiabilidad es usado generalmente para expresar un cierto grado de seguridad de que un dispositivo o sistema opera exitosamente en un ambiente específico durante un cierto periodo de tiempo. La moderna concepción cuantitativa de la confiabilidad tuvo sus orígenes en la tecnología militar y espacial. Sin embargo, el incremento en la complejidad de los sistemas, la competitividad en el mercado, y la creciente competencia por presupuesto y recurso han originado la expansión de la disciplina a muchas otras áreas. Cuando la confiabilidad se define cuantitativamente puede ser especificada, analizada, y se convierte en un parámetro del diseño de un sistema que compite contra otros parámetros tales como costo y funcionamiento. De acuerdo a la mayoría de las teorías que la abordan, se trata de una suspensión temporal de la situación básica de incertidumbre acerca de las acciones de los semejantes; gracias a ella, es posible suponer un cierto grado de regularidad y predecibilidad en las acciones sociales, simplificando el funcionamiento de la sociedad. Esta explicación, típicamente funcionalista, corresponde a la orientación teórica de la mayoría de los autores que han abordado el tema; en la teoría estructural-funcionalista, la confianza se considera por lo general la base de todas las instituciones, y funciona como correlato y contraste del poder, consistente en la capacidad de influir en la acción ajena para forzarla a ajustarse a las propias expectativas. El término se aplica a estadísticas (valores de confianza o índice de confianza) y también a medición y calibración de máquinas destinadas a medir una magnitud (grado de confianza de la medición). Cuando se pierde la confianza, es por

agotamiento emocional. Bien el medio o la mala intención de la persona, fomenta la incapacidad de cumplir con lo prometido de forma continuada en el tiempo.

Confiamos en alguien cuando creemos conocer sus intenciones. Desconfiamos de alguien cuando creemos desconocer sus intenciones; aún más claramente desconfiamos cuando creemos saber que oculta sus intenciones. En el primer caso, haga lo que haga y diga lo que diga, creemos saber que todo se corresponde con sus intenciones. En el segundo caso, nada que haga o diga nos convence de que no oculta algo. ¿Cómo podemos creer que conocemos las intenciones de otras personas? ¿Cómo podemos justificar esta creencia? A simple vista nos damos cuenta que las intenciones de otros son completamente invisibles a nuestros ojos. Lo más cerca que podemos estar de ellas es saber lo que otros dicen que son sus intenciones. Pero, ¿cómo podemos saber si lo que comunican es cierto? Y quedamos donde mismo, sin saber a qué atenernos.

La creencia de que conocemos las intenciones de otros seres humanos tiene siempre algo infundado. Podemos interpretar las intenciones como conversaciones que tiene alguien consigo mismo sobre su relación con las cosas, los seres vivos y los seres humanos que existen en el mundo. En general, una conversación en la que se dice a sí mismo lo que ellos le provocan y lo que se propone hacer con los mismos. Por definición es una conversación siempre potencialmente privada y opaca a los demás. Más nos vale no pretender que la escuchamos o que la conocemos de ninguna manera. Normalmente basar nuestra confianza en creer que conocemos las intenciones ajenas nos conduce a confiar en lo familiar y a desconfiar de lo no familiar. Simplemente porque suponemos desde el sentido común que conocemos aquello que es familiar. Así terminamos confiando en nuestros amigos, simplemente porque lo son, y desconfiando de los distantes, simplemente porque lo son. Manifestamos infinita paciencia y comprensión con las traiciones y abandonos de nuestros amigos en la misma medida que manifestamos impaciencia e incompreensión con las fallas de los demás. Mal aconsejados estamos los 15 millones de habitantes de este pueblo chico si creemos que podemos confiar así en el mundo.

En realidad no se trata de saber que alguien es confiable porque no

podemos saber cuáles son sus intenciones. No podemos basar la confianza en el saber. Lo que quiere decir que no podemos suponer que estamos seguros. En realidad, debido a que las intenciones son ocultas, los seres humanos siempre podemos traicionar: podemos engañar comunicando intenciones que no son verdaderamente las que tenemos. Nada puede asegurarnos contra esta posibilidad. Pero la contrapartida de esta posibilidad de traicionar es la posibilidad de cumplir y guiarnos por buenas intenciones, y muchas veces de manera gratuita. Si le fuera prohibido a nuestro ser la traición, no le sería posible la nobleza.

Beneficios personales y organizacionales: Confiar, es el resultado de un proceso de interrelación humana, en el que está en juego una serie de valores, necesarios para que se produzca ese sentimiento y esa actitud. Destacamos de entre ellos: Un gran respeto por la verdad. Donde se enseñorea la mentira, no hay confianza. Un gran respeto por el otro. Donde las relaciones con el otro se dan como actos de manipulación, no hay confianza. Un compromiso serio con la palabra dada. El incumplimiento recurrente de los contratos, convenios, promesas, compromisos, sin explicación clara y real, genera desconfianza. La buena fe debida y la buena fe guardada. Cuando hay soslayo en la intención, cuando hay maldad en ella, cuando se abusa de la buena fe del otro, tampoco puede surgir la confianza.

La autoestima y el auto-respeto: Si no hay amor por sí mismo, si no hay un respeto interior por uno mismo, si no hay una valoración interna de uno como hombre o mujer de bien, si ello no se aprecia ni se tiene en alto valor y alta estima, menos va a surgir la confianza en la relación con otros. Porque la confianza es un sentimiento y una actitud que hay que enraizar primero en mí, para empezar a demandarla del otro. Sus beneficios son grandes no sólo en las relaciones interpersonales, sino también en la de negocios. En éstos, una relación basada en la confianza, facilita el desarrollo cabal de los contratos no solo en su parte continente, sino también en su espíritu, y disminuye onerosos gastos en demandas legales. También, los costos de los controles en las entregas, en los tiempos realmente trabajados, en la cantidad del producto aportado, en el manejo de los dineros dados a custodia, en la seriedad de la vigilancia de las plantas, en los desperdicios y cambios de partes de máquina, en la asistencia a los centros de salud, en el cumplimiento de las normas de

calidad y sus procesos, se reducen en la medida en que la confianza crece, porque sólo quienes no conocen el valor que agrega la confianza a sus vidas y a sus bienes, serán quienes acudan al subterfugio, al engaño, a la defraudación en sus campos de trabajo. Finalmente, los agradables ambientes de trabajo signados por la confianza, facilitan un estadio de enorme proyecciones a las realizaciones personales y organizacionales. Las inversiones para formar y alcanzar altos niveles de confianza, son, entonces, más rentables que las inversiones para vigilar a los vigilantes de los que vigilan.

Maribel Tirza Grados Márquez en su trabajo sobre satisfacción del paciente de los hospitales Lima- Perú 2012.

Analizando a Robbins y Coulter (2005), el entorno competitivo actual exige cambiar la forma en que las empresas se relacionan con sus clientes. La única manera de evitar que la competencia se los lleve es manteniendo una relación estrecha con ellos, para lograr captar sus necesidades y proporcionarles productos y servicios de alta calidad que consigan la satisfacción total del cliente. Todos saben que vivimos en un entorno altamente competitivo, donde muchos hemos sido testigos de las guerras que han desatado algunas empresas por captar clientes, y que han dejado a más de un lesionado. Ahora más que nunca las empresas buscan fórmulas para retener a sus clientes y evitar que estos queden a merced de la competencia.

En este sentido la satisfacción del cliente se transforma en un elemento clave para lograr la retención de los clientes en el largo plazo, pero a menudo las empresas no se ocupan de este factor al no preocuparse de medir cual es el real grado de satisfacción de sus clientes. Suponen que si no reciben quejas, entonces todo marcha a la perfección, y esto es un error, ya es un hecho de que la mayoría de los clientes insatisfechos nunca se queja, simplemente muchos de ellos jamás volverán a adquirir su producto o servicio y se pasarán a la competencia. Es preocupante el hecho de que la mayoría de las empresas pueden llegar a perder el 50% de sus clientes cada 5 años, de los cuales un 70% se puede atribuir a una mala relación con el cliente. Esto implica que la empresa debe buscar nuevos consumidores con el costo que esto implica en gastos de publicidad y campañas de marketing, además del costo que implica para el nuevo cliente el tener que dedicar tiempo para aprender acerca de la

utilización del producto. Pero más preocupante aún es que cuando un cliente se va, también las ganancias potenciales se van con él. Esto tiene un impacto muy alto en las utilidades, y de hecho investigaciones realizadas en las industrias de servicios muestran que una reducción de la tasa de deserción puede tener un gran impacto en el aumento de las ganancias, con incrementos que van desde un 25 a un 85% en las utilidades al reducir la tasa de deserción en un 5%. Desde esta óptica podemos entender lo indispensable que es para las empresas el comenzar a mirar su negocio desde la perspectiva del cliente, teniendo en cuenta que el actual escenario competitivo depara un ambiente poco favorable para las empresas que no se ocupen de este asunto. Primero consideremos que vivimos en un entorno de competencia global, donde gracias a Internet y el comercio electrónico las fronteras geográficas ya han dejado de ser una barrera para comercializar, lo cual quiere decir que la competencia puede estar en cualquier parte.

En segundo lugar está la inevitable commoditización de los productos. Cualquier producto que hoy es una novedad, mañana ya tiene a cientos de competidores, y con el tiempo llega a transformarse en un commodity, con la consecuencia de tener que competir con márgenes cada vez más estrechos. Hoy en día la tecnología por sí sola ya no hace la diferencia para ubicarse por sobre la competencia, dado que esta es fácilmente accesible para el que la quiera utilizar, lo único que se necesita es dinero, y hoy es posible imitar productos en menor tiempo cada vez. Entonces nuevamente se refuerza la idea de que es necesario ver su negocio desde la perspectiva del cliente, para que la empresa pueda conocer en profundidad sus necesidades, y a la competencia le sea mucho más difícil arrebatarlos. Al lograr que la empresa se enfoque en los clientes, logrará una ventaja única respecto a sus competidores, ya que conocerá mejor que nadie las necesidades de sus clientes, con la ventaja adicional de que logrará acrecentar la participación de ellos en sus productos y servicios mediante ventas de productos relacionados (cross selling) y productos complementarios (up selling), aumentando así sus utilidades. Pero el concentrarse en los clientes exige una relación personalizada con cada uno de sus ellos, en forma individual, y esto implica mantener un diálogo permanente, donde por un lado la empresa escucha a sus clientes y por el otro estos últimos dan a conocer sus necesidades y quejas. La

tecnología actual permite que esta relación personalizada sea posible; el coste de procesamiento de la información disminuye por un factor de mil cada veinte años, es decir la capacidad de procesamiento que se puede adquirir hoy ha tenido un incremento de un millón de veces desde 1950. Con el costo de hacer un seguimiento a un solo cliente en 1950, hoy se puede rastrear los hábitos de millones de clientes específicos, de a uno por vez.

Por otro lado es necesario aprender a utilizar los canales adecuados para promover instancias de dialogo que puedan crear valor para la empresa. Call centers, e-mails, correo, sitio Web de la empresa constituyen algunos de los canales que pueden ser utilizados para mantener y estrechar la relación con sus clientes. Es importante recalcar que es necesario identificar cuáles son las vías de contacto que sus clientes prefieren para realizar estas comunicaciones, para así lograr que ellos estén dispuestos a compartir la información que la empresa requiere, y se pueda crear un ambiente de mutua confianza que será propicio para mantener este tipo de relación en el largo plazo. Al crear instancias de diálogo permanente, es importante tener en cuenta que estas se centrarán mayoritariamente en la calidad del producto, servicio, precios y actitud. Por lo tanto el escuchar a sus clientes implica que la calidad debe ser un tema de máxima relevancia al interior de su empresa, ya que esta será el factor que hará la diferencia entre el éxito o el fracaso. Si usted desea mantener a sus clientes en el largo plazo, necesariamente deberá contar con un producto y servicio de alta calidad, además de tener la capacidad de lograr una satisfacción total del cliente. Recuerde que solo hay una forma de asegurar la continuidad y tranquilidad financiera de su empresa, y esta es crear clientes satisfechos y fieles. Los clientes satisfechos volverán a adquirir sus productos y lo recomendarán a otros. En cambio un cliente descontento se irá a la competencia junto con todas las ganancias potenciales, además de hacer una muy mala publicidad de su producto.

De acuerdo a Steiner (2005).

En la actualidad, lograr la plena "satisfacción del cliente" es un requisito indispensable para ganarse un lugar en la "mente" de los clientes y por ende, en el mercado meta. Por ello, el objetivo de mantener «satisfecho a cada cliente» ha traspasado las fronteras del departamento de

mercadotecnia para constituirse en uno de los principales objetivos de todas las áreas funcionales (producción, finanzas, recursos humanos, etcétera) de las empresas exitosas. Por ese motivo, resulta de vital importancia que tanto mercadólogos, como todas las personas que trabajan en una empresa u organización, conozcan cuáles son los beneficios de lograr la satisfacción del cliente, cómo definirla, cuáles son los niveles de satisfacción, cómo se forman las expectativas en los clientes y en qué consiste el rendimiento percibido, para que de esa manera, estén mejor capacitadas para coadyuvar activamente con todas las tareas que apuntan a lograr la tan anhelada satisfacción del cliente.

Beneficios de Lograr la Satisfacción del Cliente: Si bien, existen diversos beneficios que toda empresa u organización puede obtener al lograr la satisfacción de sus clientes, éstos pueden ser resumidos en tres grandes beneficios que brindan una idea clara acerca de la importancia de lograr la satisfacción del cliente: Steiner. (p. 40).

OMS 2002:

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2002 la resolución WHA 55.18, en la que se pide a los Estados Miembros «que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria. OMS. 2002.

Gamaniel Guevara Chacabana (2002), en su trabajo sobre acto médico: límites y posibilidades Pediátrica en su ítems reflexiones finales señala.

Es indudable que esta situación debe cambiar. Debemos rescatar para el acto médico su identidad humanística, su rol liberador y su condición ética. Ello exige comprender con amplitud y objetividad lo que es el acto médico e implica asumir una defensa de la salud como derecho universal, de la medicina como medio de mejorar la sociedad y la vida, del conocimiento médico como un instrumento de libertad, y del trabajo médico como una actividad social digna, creativa y constructiva.

Para ello se requiere corregir ciertos defectos de percepción de lo

que es el acto médico, y que hemos comentado como tema del presente Artículo.

En primer lugar, si bien es indispensable señalar que el núcleo esencial del acto médico es la relación médico-paciente, es necesario también tomar en cuenta otras variantes del acto médico que no necesariamente implican una relación interpersonal directa e inmediata. Por otro lado, si bien es cierto que el acto médico es aquel que realiza el médico como profesional de la medicina, debemos recordar que no toda acción de él debe considerarse como tal. El acto médico tiene que ser definido por su contenido y objeto: la salud y el hombre.

En segundo lugar, el acto médico no es una acción que tenga componentes innatos, encargos especiales o sensibilidades poco comunes en la relación con los pacientes. La medicina lejos de ser una disciplina divina, extraña o superior al hombre es por el contrario un instrumento social de primera línea para su desarrollo y promoción, y hay que entenderla como uno de los medios con que los hombres desde su origen lucharon por conservar y mejorar su vida. Ello nos permitirá no sobrevalorar a la profesión médica y ubicar en su real dimensión el conflicto interprofesional generado por el abandono de la Salud Pública, la carencia de una normativa general para las profesiones de la salud, y la escasa oferta laboral de un sistema social que ya no es coincidente con el progreso.

En tercer lugar, al aproximarnos a la comprensión del acto médico, no debemos desligarlo de la práctica médica, ni a ésta del marco organizativo de la medicina ni del real contexto histórico y social en que se desenvuelve. De lo contrario propondremos soluciones parciales y medicalizadas, con la idea que sólo con cambios en la educación, la formación del médico, y una mejor legislación del trabajo médico se puede revertir la actual tendencia de la medicina a la burocratización y deshumanización. La idea de la libre elección no resuelve el problema, pues la atención integral de la salud requiere una enérgica y decidida acción social del Estado. Otra cosa es el ejercicio de la medicina en libertad, que implica liberarla de toda motivación pecuniaria o crematística para cumplir su verdadero fin social.

En cuarto lugar, debemos entender la medicina y el acto médico como una manifestación del trabajo humano. El acto médico y el quehacer médico no obstante todas sus particularidades que hacen de ella una de las disciplinas con mayor acercamiento al hombre, es simple y llanamente, trabajo humano: es manifestación de una actividad para modificar la realidad interponiendo instrumentos naturales o no para tal fin. La medicina la ejercen los hombres en beneficio de los hombres y la ejercen para adaptarse (transformar la realidad sanitaria en que viven) aplicando sus cualidades innatas y adquiridas. (pp. 54 – 62).

La OMS 2004:

La Asamblea instó a la OMS a elaborar normas y patrones mundiales y a apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros por formular políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente. En octubre de 2004, la OMS presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Se identificó al proyecto de elaboración de una clasificación internacional para la seguridad del paciente como una de las principales iniciativas del Programa de actividades de la Alianza para 2005 (Taxonomía de la seguridad del paciente).

Alfonso Mendoza Fernández (2010)-Perú, propone el día del paciente:

El reconocimiento del derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales de la persona humana; las crecientes necesidades en el ámbito de la asistencia sanitaria determinadas por la conciencia de la población del derecho que le asiste; la complejización del acto médico, como consecuencia de las extraordinarias posibilidades generadas por el desarrollo tecnológico, pero también por la relevancia de los valores personales en la toma de decisiones; los problemas ligados a la pobreza y a la insuficiencia de recursos para brindar una atención segura y de calidad; y las dificultades vinculadas a la gestión de un sistema segmentado y fragmentado de salud como el que poseemos, han conducido a una creciente insatisfacción y una cierta desconfianza de los usuarios con respecto a nuestro sistema de salud, situación que amenaza con generar una brecha entre los médicos -y el sistema de

salud- y los pacientes cuya salud nos hemos comprometido a cuidar.

Frente a ello, y como parte del movimiento en favor de la humanización de la atención de salud, que se expresa en un trato digno y la oferta de una asistencia sanitaria segura y de calidad, el Colegio Médico del Perú propone el establecimiento del Día del Paciente, el 13 de agosto, como un día destinado a suscitar una profunda reflexión tanto en cuidadores como en pacientes sobre el valor de la vida, y por extensión de la salud, y sobre el significado de estar enfermos y las responsabilidades que en el cuidado de la salud competen al paciente, los profesionales de la salud, la sociedad y el Estado. Ese día se organizará en todos los establecimientos de salud del país una serie de actividades asistenciales, tanto de promoción de la salud cuanto de prevención de la enfermedad, así como jornadas orientadas a proveer información en torno a los derechos de los pacientes, y a deliberar sobre el modo cómo cuidadores y pacientes pueden cambiar el Sistema de Salud insertándolo en el marco de una atención segura y de calidad y respetuosa de los derechos humanos, retomando el camino señalado por Daniel A. Carrión, paradigma de filantropía, abnegación y sacrificio. Acta Medica Perú, 27(2) 2010.

OMS (2015):

Las violaciones o la inobservancia de los derechos humanos pueden conllevar graves consecuencias sanitarias. La discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales. Muchas personas con trastornos de salud mental permanecen en centros para enfermos mentales contra su voluntad, a pesar de que tienen la capacidad para tomar decisiones sobre su futuro. Por otra parte, cuando faltan camas de hospital, se suele dar de alta prematuramente a personas de esos grupos, lo que puede dar lugar a altas tasas de readmisión, y en ocasiones incluso a defunciones, y constituye también una violación de sus derechos a recibir tratamiento.

Asimismo, se suele denegar a las mujeres el acceso a servicios y atención de salud sexual y reproductiva, tanto en países en desarrollo

como en países desarrollados. Esta violación de los derechos humanos está profundamente arraigada en valores sociales relativos a la sexualidad de las mujeres. Además de la denegación de la atención, en algunas sociedades se suele someter a las mujeres a intervenciones tales como esterilización, abortos o exámenes de virginidad. Nota descriptiva N° 323 Diciembre de 2015.

“El Hospital Universitario del Valle Colombia, concentra el 35% de las quejas recibidas por la Personería de Cali. Las principales causas: mala atención, negación del servicio y retrasos en cirugías”. (Elpaís.com.co, Agosto 9, 2013).

“SAN MARCOS - Usuarios del mencionado hospital se quejaron de que algunos empleados de la consulta externa y de la sala de urgencias no son atentos y los hacen esperar demasiado antes de atenderlos, por lo que han denunciado los casos en la dirección de la institución y en la auxiliatura de la Procuraduría de los Derechos Humanos” (Aroldo Marroquín, 11 de Noviembre de 2014).

Según Susalud (2014) Perú

“Cada mes, en promedio, 10 mil 415 asegurados presentan quejas o reclamos ante dicha entidad de vigilancia. Los principales motivos son la falta o demora en las citas, carencia de información o prestación del servicio asistencial, económico o social”

El último trimestre del 2014 se han reportado 127 quejas por supuestas negligencias médicas en los hospitales del Ministerio de Salud (Minsa) de Lima. Estas han sido presentadas por usuarios afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), Essalud, Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y otros financiadores. (Superintendencia Nacional de Salud -Susalud, 2014).

Wálter Perna (Agosto 2000):

La nueva Ley de Relaciones de Consumo aprobada el 27 de agosto de 2000 determinó obligaciones que comprenden a las empresas prestadoras de servicios médicos y estableció derechos para los

usuarios de tales centros asistenciales. Cuando estas instituciones o empresas realizan su oferta al mercado, se encuentran obligadas a informar expresamente sobre los "riesgos que el servicio pueda ocasionar para la salud y la seguridad" de las personas. (p. 24)

Según la norma técnica 022-MINSA:

"Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según Ley General de salud, Artículos 4º y 40º." (MINSA, DGSP, 2005).

Eduardo Zárate, Rocío Cornejo y Mistral Carhuapoma (2006), en su trabajo realizado sobre los profesionales de salud y el consentimiento informado: retos de la educación universitaria.

Consentimiento informado y educación universitaria.

Desde la edad antigua y la medieval, el arquetipo de todas las relaciones humanas era vertical y estaba inspirado en la relación padre con sus hijos, luego en la edad moderna comenzó a hacerse la relación más horizontal. La teoría basada en los derechos del paciente y en particular la doctrina del CI surge pasados la segunda mitad del siglo XX.

En Europa la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa aprobó en 1976 un documento que reconocía el derecho a la información entre los derechos básicos de los enfermos. En España la ley General de Sanidad de 1986 reconoce el derecho del enfermo al CI. El cual en uno de sus artículos establece el derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso para la realización de cualquier intervención. En el mundo desde hace más de 25 años el

Consentimiento es considerado como un derecho de los pacientes. Lo que hace que los profesionales de la salud no solo actuemos con la bondad moral individual y la no maleficencia, sino que esto se ha hecho una exigencia que a todos nos obliga con los pacientes cansados de pasar por situaciones injustas y arbitrarias. Actualmente muchas leyes consagran estos derechos, desde 1972 en España el reglamento de seguridad social dispuso "el derecho de autorizar las intervenciones quirúrgicas o situaciones terapéuticas que impliquen riesgos previsibles"... a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención". Todo esto hace que nuestro quehacer profesional se apoye en un rigor científico, técnico y en un respaldo legal.

Sostienen también "El profesional de salud, en el proceso del consentimiento informado, tiene el rol de evaluar el grado de información y de comprensión del enfermo, así como su nivel de competencia para tomar decisiones; esta es necesaria sobre todo en situaciones de conflicto en las que el enfermo se bloquea, no toma ninguna decisión o reacciona de manera inesperada, recordemos que el usuario de salud acude a una consulta en condición de dolor y de asimetría de la información. Siempre debe tener en cuenta que el objetivo es ayudar al enfermo a comprender la información sobre su problema de salud y las medidas terapéuticas necesarias; por eso, incluso en casos de incompetencia relativa, la información será una de las prioridades de la atención.

Heriberto S. Hocsman:

La violencia ejercida por los miembros del equipo de salud afecta los derechos de los pacientes como toda persona humana a la salud, a la integridad psicofísica y a la disposición del propio cuerpo, a la dignidad, a la intimidad, a la privacidad de sus datos, a la consideración por sus valores, a la adecuada comunicación e información, respeto y consideración, a los cuidados integrados, al apoyo emocional, al alivio

de miedos, ansiedades, al trato amable y a un clima de confianza y de adecuada disposición.

Todos estos derechos son personalísimos, intransmisibles, indisponibles, innatos, vitalicios, esenciales, cuentan con protección de jerarquía constitucional y hacen a la inviolabilidad de la persona humana, que, como fin en sí misma, supone su primacía jurídica como valor absoluto

La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires en su Artículo 4 hace referencia.

A los derechos de los pacientes y entre otros más dice que todas las personas tienen derecho a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad; a la simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas; al acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores. La violencia hacia los pacientes por parte del equipo médico, por Patricia Barbado (JA 15/7/2009).

Mónica Liliana Barriga Pérez, Lima - Perú, (2014), en su tesis sentencias estructurales y protección del derecho a la salud concluye que

“El derecho a la salud es un derecho humano fundamental, que pertenece a los derechos sociales y que consiste en el disfrute de un estado completo de bienestar físico, mental y social, que comprende el derecho al nivel más alto de salud posible dentro de cada estado y, que involucra acciones positivas y negativas por parte del estado. Además, es un derecho exigible judicialmente ante los Estados, teniendo en cuenta que como derecho autónomo se encuentra estrechamente ligado al principio y derecho constitucional de la dignidad humana. Por lo tanto, en un Estado Social, Constitucional y Democrático de Derecho se hace inminente garantizar su protección y disfrute efectivo a todos los ciudadanos. Sin embargo, el derecho fundamental a la salud tiene una faceta prestacional, pero eso no significa que no sea exigible o que pueda aplazarse indefinidamente en el tiempo, sino que requiere un

compromiso real y acciones concretas del Estado. Asimismo, como todos los derechos humanos requieren erogación de recursos estatales para garantizar su protección y disfrute, su reconocimiento y exigibilidad dependen de la voluntad política del Estado, que decide a través de sus órganos legislativo, ejecutivo y judicial cuáles derechos proteger y en qué medida". Mónica Liliana Barriga Pérez. (p. 221).

2.4 Definición de términos

Paciente: Como la persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como son los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. Se utiliza el término paciente en lugar de cliente, residente o consumidor, si bien se admite que es posible que muchos receptores de atención sanitaria, como una embarazada sana o un niño al que se vacuna, no sean considerados pacientes o no se vean a sí mismos como tales. La atención sanitaria incluye el cuidado de la salud por uno mismo. La Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

La seguridad: Es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo Aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

La seguridad del paciente: es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

El daño asociado a la atención sanitaria: Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

El resultado para el paciente: Son las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente. Cuando se ha producido un daño, el

grado del daño es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente. Según los principios rectores, parecería deseable registrar por separado la naturaleza, la gravedad y la duración del daño; aunque desde el punto de vista teórico cabría inclinarse por esta opción, en la práctica la mayoría de las escalas de daño reconocen que estos elementos se fusionan en la evaluación natural que se lleva a cabo al asignar un grado de daño.

Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

Atención sanitaria: Servicios de profesionales de la atención sanitaria y de sus agentes que van dirigidos a la promoción de la salud; la prevención de enfermedades y lesiones; la vigilancia de la salud; el mantenimiento de la salud, y el tratamiento de enfermedades, trastornos y lesiones a fin de obtener la curación o, en su defecto, un confort y un funcionamiento óptimos (calidad de vida).

Atención prestada a las personas o las comunidades por parte de agentes de los servicios de salud o de las profesiones sanitarias con el propósito de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud. La atención sanitaria es más amplia que la atención médica, en la cual la acción terapéutica es llevada a cabo por el médico o bajo su supervisión.

Servicios recibidos por las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Calidad de la atención: Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

Grado de conformidad con los principios y prácticas aceptados (normas), grado de adecuación a las necesidades del paciente y grado de consecución de resultados (efectos prácticos) alcanzables, en consonancia con la correcta asignación o uso de los recursos. La expresión calidad de la atención denota el concepto de que la calidad no equivale a "más tecnología", a "tecnología superior" o a mayor coste. El grado de conformidad con las normas se centra

en el desempeño del proveedor, mientras que el grado de adecuación a las necesidades del paciente indica que este puede presentar trastornos que prevalecen sobre la estricta conformidad con los procedimientos prescritos.

Complicación del paciente: Trastorno del paciente que surge durante el proceso de dispensación de atención sanitaria, sea cual sea el entorno en el que se dispensa.

Trastorno que se diagnostica durante la hospitalización y que se considera que prolonga al menos un día el ingreso en alrededor del 75% de los pacientes o más.

Enfermedad o lesión que surge a raíz de otra enfermedad y/o intervención asistencial.

Conducta basada en reglas: Procedimientos bien conocidos que se aplican a situaciones frecuentes de toma de decisiones. Aplicación de reglas o planes existentes a la gestión de situaciones conocidas.

Consentimiento informado: Proceso por el que un médico informa a un paciente de los riesgos y beneficios de un tratamiento propuesto y que permite al paciente decidir si se llevará a cabo el tratamiento.

Acuerdo del paciente, obtenido de manera voluntaria y documentado legalmente, para permitir la realización de uno o varios procedimientos diagnósticos o terapéuticos concretos.

Término jurídico referido al derecho del paciente a tomar sus propias decisiones en materia de tratamiento, basándose en el conocimiento de las alternativas correspondientes y de los beneficios y riesgos de cada una de ellas. Un "consentimiento informado" es el consentimiento que otorga el paciente una vez que el médico que propone el tratamiento o el procedimiento le ha informado plenamente de los riesgos, los beneficios y las alternativas. El hecho de no obtener el consentimiento informado antes de la intervención quirúrgica o la administración del tratamiento puede generar responsabilidad jurídica.

En el ámbito jurídico, el principio de que el médico tiene el deber de divulgar lo que un médico razonablemente prudente de la comunidad médica, procediendo con la debida diligencia, revelaría a sus pacientes acerca de cualesquiera riesgos de lesiones que pudiera entrañar un tratamiento, prueba o investigación

propuesto. Un paciente, atendiendo de manera natural a su propio bienestar, y teniendo que elegir entre someterse al tratamiento, prueba o investigación propuesta, a otro o a ninguno, puede entonces decidir de manera inteligente sopesando razonablemente los riesgos probables frente a los beneficios probables.

El consentimiento informado es el proceso por el que un médico y un paciente debaten la posibilidad de que este decida dar su consentimiento para una intervención preventiva o terapéutica propuesta, resultado es la decisión del paciente de recibir el tratamiento o de renunciar a él, este proceso se da en todas las especialidades médicas, ocurre cada vez que el médico y el paciente discuten la situación médica de este, y se adapta a las necesidades del paciente y a las circunstancias médicas concretas. El consentimiento informado es un componente importante de la relación médico-paciente en su conjunto, implica la toma de decisiones compartida; es imperativo ética y jurídicamente, y se produce antes de cualquier tipo de documentación y al margen de ella. El consentimiento informado no es ni una firma en un documento de consentimiento ni un instrumento para evitar demandas.

Control de las infecciones: Políticas y procedimientos utilizados para prevenir la transmisión de una infección de una persona infectada a otra. El término se utiliza en relación con la protección de los profesionales y otros trabajadores que puedan tener contacto con el paciente contagioso, y la protección de los demás pacientes. Las medidas de control de la infección comprenden el uso de indumentaria de protección, el lavado de manos, las precauciones contra pinchazos, la descontaminación (del entorno y la ropa de cama del paciente), la eliminación de desechos y la correcta manipulación de las muestras de laboratorio.

Programa dirigido a toda la organización que comprende políticas y procedimientos y tiene por objeto vigilar, prevenir, controlar y notificar las infecciones. Entre los métodos de control de la infección cabe citar el lavado de manos, la indumentaria de protección, los procedimientos de aislamiento y la evaluación continua del desempeño.

Diagnóstico: Complejo integrado por «síntomas» (alteraciones del aspecto, las

funciones o la sensibilidad de las que el paciente es consciente), «signos» (alteraciones que el médico u otra persona pueden detectar) y «datos» (alteraciones detectadas por pruebas de laboratorio, radiografías u otros procedimientos diagnósticos, o la respuesta al tratamiento).

Determinación de la naturaleza de una enfermedad, una lesión o una anomalía congénita a partir del estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.

Equivocación médica: Acción u omisión con consecuencias potencialmente negativas para el paciente y que expertos competentes e informados habrían considerado errónea en el momento en el que se produjo, con independencia de que tuviera o no consecuencias negativas. Esta definición excluye la evolución natural de la enfermedad que no responde al tratamiento y las complicaciones previsibles de un procedimiento llevado a cabo correctamente, así como los casos en los que existe un desacuerdo razonable acerca de si se produjo una equivocación.

Error de medicación: Discrepancia entre lo que un médico prescribe y lo que se informa que ocurre. Los errores de medicación son de diversos tipos: por omisión, medicamento no autorizado, dosis adicional, dosis errónea, forma galénica errónea, frecuencia errónea, fármaco deteriorado, técnica de administración errónea y horario de administración erróneo. Un error de medicación por omisión es el hecho de no administrar una dosis prescrita; una dosis rehusada no se contabiliza como error si el enfermero responsable de administrarla intentó sin éxito convencer al paciente para que la tomara. Las dosis que dejan de administrarse porque lo dictan normas escritas (por ejemplo, las de procedimientos radiológicos) no se contabilizan como errores por omisión. Un error de medicación de tipo, consiste en administrar una dosis de un medicamento no autorizado a un paciente. Los casos de sustitución por un genérico o un equivalente terapéutico sólo se contabilizan como errores de medicación de tipo medicamento no autorizado cuando los prohíben las normas de la organización. Se produce un error de medicación de tipo dosis errónea cuando un paciente recibe una cantidad de medicamento mayor o menor que la prescrita; la magnitud de la desviación permitida se basa en la definición de cada organización.

Mala praxis médica: Conducta negligente o incompetencia injustificada en el desempeño de una tarea médica por parte del médico o de una parte (por ejemplo, un establecimiento de atención sanitaria) en la que se desarrolla esa acción o tarea; la mayoría de los casos de mala praxis médica son competencia de la jurisdicción civil (es decir, una demanda interpuesta por una persona contra otra), no de la jurisdicción penal (es decir, una demanda interpuesta por un Estado o un Gobierno federal contra una o varias personas infractoras); la mala praxis médica se basa en la teoría de la negligencia, que es una conducta que no alcanza el nivel de calidad asistencial reconocido por la ley para proteger a otros frente al riesgo excesivo de daño, es decir, un desvío respecto a la norma asistencial aceptada que deriva en daños a otras personas; para que la parte demandante gane una demanda por negligencia deben alegarse y probarse ante el tribunal cuatro elementos: la obligación, su incumplimiento, los daños y la relación causal.

Emergencia obstétrica: Aparición inesperada o repentina de un trastorno durante el proceso del embarazo, parto o puerperio que pone en riesgo la vida o la salud de la madre o del niño por nacer y que requiere de una atención inmediata, a fin de proteger la vida de ambos.

Emergencia médica: Se entiende por emergencia médica toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.

Establecimiento de salud: Comprende los hospitales, clínicas, centros de salud, puestos de salud y otros análogos, públicos, no públicos y privados, que funcionen ya sea en forma temporal o permanente.

Estado de grave riesgo: Es el estado que pone en peligro inminente la vida, la salud o puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.

Proceso del parto: Comprende desde el inicio de contracciones uterinas intensas, frecuentes y regulares que se pueden acompañar de cambios cervicales, que conducen al parto y alumbramiento completo.

Parto: Proceso mediante el cual el concebido o niño por nacer sale del vientre materno a través de la vía vaginal o a través de la vía abdominal, en cuyo caso, se denomina cesárea.

Indigencia: Situación socioeconómica en la cual se encuentran aquellas personas que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Negligencia médica: La legislación sobre negligencia médica se basa en dos principios: el de que el paciente debe estar de acuerdo con el tratamiento y el de que los médicos deben llevar a cabo dicho tratamiento con la competencia pertinente. Sin embargo, responsabiliza a los médicos y demás profesionales sanitarios únicamente del subgrupo de lesiones iatrogénicas que se producen cuando se incumple la obligación de observar la debida diligencia y como consecuencia de ello el paciente sufre una lesión. En principio, el paciente debe aceptar los resultados adversos acordes con un riesgo normal.

Paciente: Persona receptora de atención médica.

Atención médica quirúrgica de emergencia: Es la que se presta en un establecimiento de salud a los pacientes que en forma repentina e inesperada presentan alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría.

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 Discusión de resultados

Porque la salud es un derechos fundamental de todos, es por ello que existen normas generales y normas especiales para una adecuada protección y cuidado de este bien jurídicamente tutelado, como es el caso la ley 29414 ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, el Artículo 15 de esta norma jurídica refiere lo siguiente:

15.1 Acceso a los servicios de salud

- a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los Artículos 3° y 39°, modificados por la Ley número 27604, Ley que Modifica a la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos.
- b) A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.
- c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el Artículo 5° de la Ley de Trabajo Médico.
- d) A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.
- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo

requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

Como vemos la norma referida es clara en lo referente al acceso a la salud, en la cual estipula que los usuarios tenemos el derecho de recibir una adecuada atención en los servicios de salud, es un derecho de todas las personas sin ningún tipo de restricciones, ni acondicionamientos, en especial en los casos de emergencias médicas que presentan las personas las cuales si no son atendidos de forma inmediata podrían sufrir alguna afectación en lo posterior con un deterioro en el bienestar de su persona, es por ello que los establecimientos y los prestadores de salud de sector público y privado a nivel nacional están obligados a atender a aquellos pacientes que se encuentran en situación de emergencia, para sustentar esta afirmación citamos en la reglamentación de la Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.

Artículo 1°. El presente Reglamento, establece las obligaciones, procedimientos, y responsabilidades para la atención médico quirúrgica en casos de emergencia y partos en situación de emergencia obstétrica, en todos los establecimientos de salud a nivel nacional, públicos, mixtos y privados, así como los mecanismos para su supervisión, a fin de proteger la vida y la salud de las personas.

Así mismo los usuarios tienen la potestad de elegir libremente a qué establecimiento acudir de acuerdo a la accesibilidad de cada persona, siempre que este establecimiento tenga la capacidad resolutoria para el diagnóstico, y tratamiento de una determinada cuadro patológico que cause una emergencia; sin embargo a pesar que existe la protección de los cuidados en la salud de los pacientes se observa que en la mayoría de los hospitales de MINSA y EsSalud se reportan maltratos hacia a los pacientes en tanto que el Hospital Nacional Hipólito Unanue no es la excepción pues en este hospital se observa a diario que llegan pacientes provenientes de varios departamentos y también pacientes que habitan en Lima Metropolitana, son precisamente que en estos pacientes de provincias se observa con mucha preocupación por que son ellos los que muchas veces son negados la atención por algunos de los médicos a pesar que se encuentran en situación de emergencia debido a que los

profesionales de la salud en especial algunos médicos de las diferentes especialidades niegan la atención de estos usuarios aduciendo que los pacientes provenientes de Sur, Norte entre otros no son la jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue; pero cabe aclarar que según el Artículo 43° de la constitución política del Perú " El Estado Peruano es uno e indivisible" por ello cabe la pregunta ¿ cómo es que los profesionales de la salud del hospital en estudio mencionan que el Hospital Nacional Hipólito Unanue tienen jurisdicción?; al consultar sobre este hecho a la Jefe de emergencias y desastres de este nosocomio, manifiesta que existe una acta de reunión en la que todos los jefes de departamento de especialidades médicas firmaron una acta para no recibir pacientes que no sea de la jurisdicción de este hospital, con las indagaciones hechas a la entrevistada se encuentra una acta de reunión que data del 22 de Setiembre del 2016, entre otros asuntos menciona expresamente en el apartado siete "no recibir pacientes de otra jurisdicción", aceptar la atención de aquellos patologías por su naturaleza son solo de alta complejidad (nivel III) y restringir aquellos que no son de prioridad I y II, a este problemática se suma la falta de camas y equipos biomédicos para la atención de alta complejidad como la resonancia magnética, entre otros equipos biomédicos que son indispensables para el diagnóstico adecuado , por ende el hospital al no contar con estos equipos biomédicos muchas veces les pide a los pacientes que acudan a las clínicas para que se hagan los exámenes correspondientes que por supuesto que para la mayoría de los pacientes de situación pobre son inalcanzables, también se observa que la negación existe cuando los hospitales de baja complejidad como Huaycán, Vitarte, San Juan de Lurigancho y los hospitales de provincia solicitan la referencia de algunos pacientes por no tener capacidad resolutive, la mayoría de los médicos especialistas refieren que no hay camas disponibles, al consultar la base de datos de la unidad de referencia de emergencias "CENARUE" de este hospital encontramos en su base de datos solo del mes de Noviembre del presente año en un total de 907 solicitudes de emergencia solo fueron aceptados para la referencia 285 pacientes y que el 92% no fueron aceptados en el hospital en estudio por falta de camas. Como vemos existe una gran vulneración de los derechos de los pacientes referentes al acceso a la salud poniendo en grave riesgo a su estado de salud.

Artículo. 15.2. Acceso a la información

La información es sin duda uno de los mecanismos para la manifestación de voluntades de las personas, esta información no puede estar ajena en cuanto a la información de los estados de los pacientes que acuden al área de emergencia en situaciones que peligran su estado de salud.

Tal como lo señala este artículo en estudio los usuarios de la salud tienen derecho a:

- a) A ser informada 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.
- b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.
- c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- d) 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.
- e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
- g) A 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.

h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.

i) A conocer en forma veraz, completa y 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.

Como se observa en el Artículo citado en cuanto a los pacientes y los familiares tiene derecho a ser informados de forma adecuada y oportuna de los posibles cuadros patológicos que puede presentar y el posible diagnóstico y las conductas a seguir para la cual se debe considerar el aspecto socio cultural de los usuarios en salud, esto implica fundamentalmente el idioma, las terminologías que se debe emplear para brindar la información que en ocasiones como ya señalamos son pacientes que acuden del interior del país los cuales son paciente de origen andino quechua hablantes, o son pacientes que no están familiarizados con terminologías médicas, el hecho que la mayoría de los profesionales de la salud en el capital no tienen dominio del idioma quechua u otros idiomas como el aimara, entre otros lenguas nativas que son propios de los habitantes del interior de país como por ejemplo el VRAEM, Juliaca, etcétera.

El Banco mundial en el estudio realizado sobre los derechos a la salud y a la seguridad social refiere que en el año 2006. El Perú es un país de medianos ingresos y enormes desigualdades sociales.

La situación de pobreza y exclusión en la que vive un importante sector de la población produce un enorme impacto negativo en el disfrute de los derechos a la salud y a la seguridad social.

Según estudios referidos al acceso a la salud, como el realizado por el Banco Mundial, la evidencia de desigualdad en el acceso de los pobres a la salud es abundante y variada. El acceso a la atención de salud es proporcional al nivel de ingreso: un pobre tiene 4,8 veces más probabilidad de no ser atendido que un rico. Más aún, la población sin protección de un seguro de salud alcanza el 48,4 por ciento y el ciudadano financia con su bolsillo el 32,9

por ciento del sistema; de este monto, la mayor parte va a medicamentos, estos hechos son contrarios a la ley 29344 (AUS).

En el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue se observa con mucha frecuencia que la información proveniente de los médicos aseguro integral de saludtentes es insuficiente debido a la sobre demanda de los pacientes, que muchos de estos acuden a realizar las reclamaciones al jefe de guardia de emergencia quien brinda poca información por la gran cantidad de pacientes, a esto se añade que el jefe de guardia es de la especialidad de medicina; pero si alguna vulneración de derechos ocurre en las área de cirugía como en traumatología, cirugía general, neurocirugía entre otros, el jefe de guardia no les brinda mucha información debido a que no es el médico tratante.

En lo referente con el traslado de los pacientes en estados de emergencia existe mucha reclamación debida que en el hospital en estudio no se cuenta con equipos biomédicos de alta tecnología como la resonancia magnética que no existe en el hospital, las ecografías solo se realizan en las mañanas, el equipo de tomógrafo por lo general se encuentra malogrado y por ende inoperativo o parcialmente operativo, los reactivos en banco de sangre se encuentran escasos, a esto se añade que durante el presente estudio se observó que el área de emergencia de este hospital se encuentra en remodelación de los 10 sala de operaciones solo funcionaba dos salas de operaciones, por todo lo mencionado, se encontró que muchos de los pacientes que necesitan los exámenes médicos complementarios tipo tomografía, ecografía doppler, resonancia magnética etcétera son derivados a centros particulares para la realización de los exámenes solicitados, muchas veces la información no es lo adecuado cuando los familiares solicitan información "por qué el pago a los particulares si los pacientes cuentan con el seguro integral de salud", pero la realización de estos exámenes en la mayoría no son cubiertos por el seguro integral de salud, a pesar que los pacientes cuentan con el seguro integral de salud, por ende los pacientes y los familiares se ven obligados a realizar pagos a estos centros particulares para la realización de los exámenes solicitados. Pera reforzar este analices de vulneración citamos al paciente Añasco Orihuela Edgar, quien fue a una atención de una emergencia por la ruptura del tendón del pie izquierdo, al llegar al hospital a la área de emergencia del servicio de traumatología les informo

que la sala de operaciones están inoperativos y en el mejor de los casos su tendón será operado entre dos a tres meses y lo mejor será que acude a una clínica particular si quería ser operado de forma inmediata.

En cuanto a la obligación legal de exhibir en un lugar visible del área de emergencia el deber del establecimiento de prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia, contenida en el Artículo 4° del Decreto Supremo No. 016-2002-SA, que expresamente señala.

TÍTULO III: Disposiciones Especiales

Artículo 4°.- Todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia, y de poner en conocimiento del público ese derecho en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia.

La atención de emergencia por parte de los establecimientos de salud se efectuará de acuerdo a su nivel de resolución, con plena utilización de todos los recursos técnicos, de diagnóstico y terapéuticos que sean necesarios, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

En el caso de las emergencias obstétricas se incluye la atención del concebido o niño por nacer, a fin de proteger su vida y su salud.

La entrevistada refiere que de todos los pacientes que acuden a realizar sus quejas a la mayoría de los usuarios se le condicionó la atención al pago previo por los servicios prestados; a los cuales se le exigió la compra de material médico (gasas, guantes quirúrgicos, termómetros etcétera) como requisito previo para su atención. A otros se les solicitó documentos de identidad específicamente el DNI para saber si tienen seguro integral de salud o EsSalud. Si el paciente cuenta con EsSalud o cualquier otro seguro algunos de los trabajadores simplemente no los atienden y se les indica a los familiares que al paciente se lo lleve al EsSalud o al seguro que corresponde. Estos resultados evidencian que los derechos de los pacientes se ven vulnerados en cuanto a acceder a una atención inmediata y sin condicionamientos en caso de emergencia por lo no se encuentra plenamente garantizado su atención.

Estos resultados obtenidos tienen concordancia con lo realizado por la defensoría del pueblo, en donde el informe de la defensoría del pueblo Informe N° 105, el derecho a la salud y a la seguridad social: segunda

supervisión nacional, de las entrevistas aplicadas se constató que aproximadamente a un 33% de los entrevistados (139 personas) se le condicionó la atención al pago previo por los servicios prestados; al 34% (145 personas) se le exigió la compra de material médico (gasas, guantes quirúrgicos, etcétera) como requisito previo para su atención. A un 11,5% (49 personas) se le solicitó documentos y a un 2% (10 personas) la firma de garantías. Estos resultados evidencian que el derecho a acceder a una atención inmediata y sin condicionamientos en caso de emergencia no se encuentra plenamente garantizado.

En lo relacionado con aquellos pacientes que sufren accidente de tránsito, algunos de los médicos asistentes no quieren recibir al accidentado aduciendo que ellos es decir, los accidentados cuentan con el Seguro Obligatorio contra Accidente de Tránsito (SOAT), razón por la cual debería ir a recibir atención médica a las clínicas privadas ya que el SOAT cubertura en la clínica, los trabajadores del sistema de atención de emergencias y urgencias (SAMU), hacen su queja porque al coordinar el traslado de los pacientes accidentados hacia al hospital en mención refieren que muchos de los casos reportados como accidente tránsito no ingresan hacia a este hospital, razón por la cual son derivados hacia a los clínicas particulares, pero en estas clínicas particulares el costo es mucha más alto que en la entidades públicas y que en algunos de los casos el fondo de SOAT no alcanzan las intervenciones medico quirúrgicas de estos pacientes. Citando a la resolución ministerial N° Resolución Ministerial N° 730-2015/MINSA, en la parte de 5.4

RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DE LAS IPRESS PÚBLICAS.

La IPRESS pública que recibe a un paciente SOAT tiene las siguientes responsabilidades:

- a. Brindar las prestaciones necesarias para proteger la vida y la salud del paciente, de forma oportuna y diligente, utilizando los instrumentos, técnicas, medicamentos e insumos necesarios, de acuerdo a la capacidad resolutoria de la IPRESS pública, así como a las mejores prácticas y estándares profesionales aceptados nacional e internacionalmente.
- b. Recabar previamente el consentimiento informado por escrito del paciente

SOAT, o en su defecto, el del familiar responsable, en la medida que las circunstancias lo permitan, sobre determinados procedimientos o prestaciones de salud a seguirse en el paciente, ante la situación suscitada por el accidente de tránsito. Como vemos la resolución ministerial citada estipula claramente que las instituciones públicas de salud tienen la obligación de prestar atención médica a los pacientes que sufren accidente de tránsito.

Artículo 15.3 Atención y recuperación de la salud

Los pacientes y los usuarios en general tenemos el pleno derechos de ser atendidos de manera rápida y oportuna con pleno respeto a nuestra dignidad humana sin ningún tipo de discriminación, recibir medicamentos que sean los adecuados a cada cuadro patológico que presentan los pacientes, a ser examinados previo consentimiento adecuado, sin embargo en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue se observa con mucha frecuencia que los médicos prescriben fármacos que no cubre el seguro integral de salud, estos medicamentos son con mucha veces medicamentos comerciales de exclusividad de alguna firma farmacéutica, entre muchos un paciente se quejaba por qué la indicación de un medicamento llamado Plidán para calmar el cólico que presentaba si él, contaba con el seguro integral de salud y que no tenía medios para adquirir este medicamento, y que una sola ampolla costaba entre 15 a 20 soles. Al entrevistar a un profesional de farmacia y bioquímica de la composición de este medicamento, este profesional refiere que la composición del Plidán es metamizol que es un medicamento genérico y que tiene un costo aproximado de 0.30 céntimos y el otro componente es la Hioscina que tiene un costo de 0.50 céntimos en los establecimientos del MINSA. Y el otro de entre tantos pacientes presentaba su malestar porque le habían recetado Redex, a la consulta al mismo profesional de Farmacia sobre la composición de este medicamento la respuesta fue que la composición es diclofenaco con un costo que fluctúa entre 0.30 y 0.50 céntimos y el otro componente es de orfenadrina con costo aproximado de 0.50 céntimos, y que estos medicamentos se combinan y se aplican y tiene los mismos efectos deseados.

Juana de 18 años menciona en el área de Ginecología y obstetricia del

hospital en mención “Cundo llegue con los dolores no me decían nada espera, espera... nada más... les escuche decir... te falta bastante recién estas en pródromos, al preguntar que era pródromos porque yo no sabía que era pródromos no me explicaron nada solo atinaron a decirme que solo espera porque te falta bastante , ya después me atendieron y cuando me vieron me dijeron cesárea debido a que mi bebe estaba entrando a aun sufrimiento y que no podía nacer por parto normal porque corría riesgo que mi bebé se muera es en ese momento que le avisaron a mi esposo para que firmara la autorización para mi operación correspondiente”.

Como vemos mediante estas declaraciones en cuanto a la Atención y recuperación de la salud, observamos que existe mucha vulneración de sus derechos de los pacientes recetando medicamentos que son firmas de una farmacéutica y a la otra paciente brindando una información inadecuada poco preciso sobre el estado que presentaba.

15.4 Consentimiento informado

El consentimiento informado es parte de acuerdos internacionales, los cuales ha sido incorporado a leyes nacionales y se encuentra hasta en códigos de conducta profesional. Pero la realidad es que su implementación es aún limitada tanto a nivel local como internacional, en especial en países en vías de desarrollo como el nuestro. En el Perú, varios estudios han mostrado serias deficiencias en la calidad de la información contenida en los formatos de consentimiento informado en hospitales públicos y que el Hospital nacional Hipólito Unanue no es la excepción pues se registraron varias incidencias con la información uno de ellos es que los pacientes firma en blanco el formato de consentimiento informado sin esto sea llenado correctamente.

Para los hospitales que desarrollan sus atenciones dentro de la doctrina de los derechos humanos, es evidente que para un ejercicio pleno del derecho a la salud, las acciones de los profesionales de la salud deben darse respetando la autonomía, la libre determinación y el respeto a la dignidad humana. Sin embargo, en este hospital se reportan que las prácticas de servicios de salud aún no se ejercitan con plenitud el proceso de

consentimiento informado. Los cuales son siempre objeto de crítica y malestar de los pacientes. La uniformidad de este criterio ha sido resumida en el reporte del relator especial a la asamblea general de la ONU sobre el derecho a la salud en el año 2009, en el que se destaca garantizar el consentimiento informado es un aspecto fundamental del respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana de la persona en un proceso continuo y apropiado de servicios de la atención de salud solicitados de forma voluntaria. La salvaguardia de la capacidad de la persona para ejercer el consentimiento informado en las cuestiones relacionadas con la salud y su protección contra los abusos (incluidos los que se relacionan con prácticas tradicionales) son fundamentales para la protección de estos derechos.

Al recabar información sobre el concepto de consentimiento informado en leyes y códigos de ética de organizaciones médicas llevará a coincidencias con lo anterior. La ley General de Salud del Perú claramente establece en su Artículo cuarto que: Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Finalmente, el colegio médico del Perú menciona en su código de ética que todo paciente tiene derecho: Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado, o a revocar su decisión en cualquier momento, sin obligación de expresión de causa."

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue es relativamente común encontrar a profesionales de la salud que argumentan diversas razones en contra del proceso de consentimiento informado y el respeto pleno de los derechos individuales. Por lo general argumentan la sobredemanda de los pacientes la cual no otorgan tiempo suficiente para una buena información a los pacientes.

Argumentar en este escenario es común, pero la doctrina de derechos humanos se ha centrado tradicionalmente en resaltar la importancia del consentimiento informado como el ejercicio de la autonomía para el derecho a la salud, los enfoques tradicionales desde la bioética coinciden con este enfoque positivista, centrándose en la autonomía de los pacientes, ya que en la práctica clínica no se utilizan conceptos abstractos, sino el significado que los actores le dan, estos enfoques tradicionales terminan siendo un obstáculo para

que los médicos racionalicen y adapten un significado para los Derechos Humanos que pueda hacer frente a la costumbre médica en la cual cotidianamente se desenvuelven.

En efecto muchas veces es lamentable encontrar profesionales de área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue brindar poca información a los pacientes sobre el diagnóstico, o brindan la información con terminología médica que no es un lenguaje común para los pacientes que no tienen formación en la salud y por ende no están familiarizados con las terminologías médicas, como por ejemplo lenguaje común que se escucha en el área de cirugía es "Sr. Usted tiene que pasar SOP por un plastrón apendicular", obviamente el paciente no se sabe que es lo que trata de ser el médico y mucho menos cuales son los procedimientos a seguir.

Finalmente en similar situación a nuestra tesis existen pronunciamientos y testimonios de la vulneración de derechos de los usuarios de la salud en otros hospitales citamos algunos de ellos.

La red peruana de pacientes y usuarios informaron: Pacientes denuncian vulneración al derecho a la salud en el MINSA y ESSALUD, publicado el 2013-04-11. Pacientes de diferentes enfermedades, evidenciaron una larga lista de problemas en el sistema de salud estatal y del seguro social, lo cual vulnera el derecho a la salud y la vida. Los pacientes, agrupados en la red peruana de pacientes y usuarios, manifestaron que existen grandes brechas para alcanzar la plena universalidad de la salud, debido a que aún persiste desabastecimiento de medicinas y reactivos, atención deficiente y hasta actos de corrupción en los hospitales nacionales y de ESSALUD.

El representante de la red de pacientes, Mario Ríos Barrientos, indicó que se requiere una reforma efectiva que responda a las demandas de los usuarios de salud, por lo que demandó a la ministra de Salud y la directora de EsSalud, solucionar los problemas en sus sectores. CASOS: Hace tres semanas al hijo de Pamela Coronado, que padece de hidrocefalia, le diagnosticaron meningocele o también llamada "espina bifida" en el hospital Sergio Bernales de Comas. A través del Seguro Integral de Salud (SIS) el tratamiento de hidrocefalia era controlado, pero cuando surgió el nuevo diagnóstico, el seguro integral de salud informó que el tratamiento para espina bifida no puede ser cubierto. "mi hijo tiene 6 años y necesita sus atenciones,

medicinas y una resonancia a la rodilla que el seguro integral de salud no cubre”, exclamó Pamela.

En esta misma situación se encuentran los pacientes con insuficiencia renal crónica. Ismenia Desposorio, representante de la asociación de pacientes con insuficiencia renal, aseguró que los pacientes hospitalizados, al momento de salir de alta deben devolver al seguro integral de salud los medicamentos utilizados durante su permanencia en el nosocomio, así no hayan culminado su tratamiento. Del mismo modo indicó que cada tres meses deben hacer las referencias y contra referencias para sus familiares, pese a que existe una norma que señala que el trámite se debe realizar anualmente. “Imagínense que a una de nuestras compañeras, le pidieron 200 soles de cupo para conseguir una cama en el hospital Cayetano Heredia”, expresó Desposorio.

Otro caso es el de Jacqueline Muñoz, quien tiene dos hijos con hemofilia y que tuvo que entablar un proceso judicial contra EsSalud hace 3 años, ante el constante desabastecimiento en la entrega del factor 8, medicamento esencial para la sobrevivencia de los afectados con dicha enfermedad.

“Uno de mis hijos ya cumplió 18 años y el seguro lo sacó del sistema. Ahora va a ingresar a trabajar y nos han dicho que debemos esperar 3 meses para que recién le den los medicamentos, ya que es el tiempo que demora el proceso de cambio del seguro”, señaló.

Explicó además que durante una reunión con las autoridades de EsSalud, le han pedido que tenga “tiempo” y que traten de “economizar” en los medicamentos con sus hijos.

POCOS AVANCES.- Este 9 de abril, se cumplió 4 años, desde que el Congreso de la República aprobó la Ley de Aseguramiento Universal de Salud, sin embargo Pamela, Ismenia y Jacqueline no tendrán nada que celebrar, ante las presencias, dificultades que día a día sufren al acudir a un hospital.

Actualmente, el Presidente de la República, ha convocado al desarrollo de una propuesta de reforma del sistema de salud. La preocupación de los pacientes y los ciudadanos es que se pretenda hacer una reforma para profundizar las condiciones de exclusión de muchos ciudadanos y que esta no

se enmarque en la obligación que tiene el Estado de garantizar a todos los peruanos el acceso universal, integral y digno a la salud. Exigimos la inmediata solución de estos casos y que se reforme el sistema de salud para garantizar el derecho humano a la salud.

Similar situación a nuestro estudio de problemática de vulneración de derechos de los pacientes publico el diario la república en setiembre 2016.

En el Dos de Mayo solo dos quirófanos del área de Emergencia están funcionando, aunque con insumos insuficientes. Es más, los familiares de los pacientes tienen que comprar algunos instrumentos para que los médicos puedan cumplir su trabajo.

Este cuadro se repite en otros hospitales del sector Salud en Lima, donde el desabastecimiento de insumos y medicinas, y carencia de equipos es cosa de todos los días.

Por este motivo, ayer, el Ejecutivo declaró en emergencia sanitaria a todos los hospitales de la capital, durante 90 días. La finalidad es cuantificar y superar el desabastecimiento de medicamentos y equipos en estos centros.

Ahora bien, la declaratoria de emergencia permite al sector Salud solicitar partidas especiales para responder a sus necesidades.

Y así lo hizo. Ha solicitado 103 millones de soles para la compra de insumos y medicinas para los próximos cinco meses, mientras se reactivan licitaciones detenidas.

En sala de operaciones.

"Hay que tomar en cuenta que realizábamos 26 cirugías al día. Tenemos problemas con los suministros hospitalarios; en agosto, el crisis se agravó mucho. La crisis fue incrementándose hasta que el 7 de setiembre se suspendieron las cirugías y recién el 13 de este mes se volvió a operar, pero de forma parcial", explica Carolina Yataco, jefa del centro quirúrgico del hospital.

Lo más grave, según la especialista, es que el material de trabajo se está

reutilizando para poder atender, pero se pone en riesgo a los pacientes y médicos del hospital.

"Los médicos, en vez de usar mascarillas, se colocaban gasas o los gorros, para entrar a cirugía. Hemos reutilizado las placas neutro; eso es un riesgo, ya que el gel protector se está gastando y se puede quemar al contacto con el bisturí; todo se esteriliza pero no es lo mismo", detalla Yataco.

Los problemas no se dan solo en el Dos de Mayo. Por ejemplo, en el Hospital Santa Rosa, en Pueblo Libre, la sala de cuidados intensivos, de operaciones y rayos X, se encuentran inoperativas.

"La situación está difícil, hay trabajadores de la salud y administrativos a quienes no se les paga desde hace dos meses. Además, no han pagado el bono de especialidad que corresponde a los médicos", señaló José Luna, del cuerpo médico de ese hospital.

Acciones de emergencia.

La ministra de Salud, Patricia García Funegra, detalló que su sector ingresará a un proceso de reingeniería.

"Hemos hallado muchas deficiencias. No se ha trabajado en el tema de la prevención, no se centró el trabajo en ese aspecto. Hay proyectos de inversión parados o a mitad de ejecución", remarcó. La funcionaria hizo una evaluación de su sector ante la Comisión de Presupuesto del Congreso de la República, donde indicó que el origen de esta crisis son las licitaciones que no se efectuaron y las que fueron declaradas desiertas demasiadas veces. "Esto originó que se hagan compras directas que son más caras y eso provocó que los hospitales tengan deudas y problemas de gestión", explicó a su salida del Parlamento.

Miguel Palacios Celi: Decano CMP, refirió que La medida es buena pero insuficiente

El Colegio Médico del Perú solicitó esta declaratoria de emergencia desde hace tres semanas debido a la crisis de desabastecimiento que existe

en los hospitales. La medida nos parece buena pero es insuficiente.

Lamentablemente, la declaratoria se enfoca en Lima Metropolitana, nos hubiese gustado que tuviera carácter nacional porque no puede existir inequidad con el resto del país.

Tampoco estamos de acuerdo con que se haga un reajuste presupuestal sobre la base de los mismos fondos. Hubiese sido ideal que anuncien una reingeniería presupuestal con dinero adicional para paliar los problemas, por ejemplo, a través de crédito fiscal o suplementario.

Así existe el riesgo de que se tenga que cubrir con dinero de otros rubros el desabastecimiento, y debilitamos una cosa para reforzar otra. Si no hay otro remedio, será clave que el Ministerio informe en qué invertirá el dinero.

3.2. Conclusiones

Después de entrevistar a la licenciada Trujillo enfermera quien es trabajadora del área de emergencia y revisar los documentos del hospital e entrevistar algunos de los usuarios de la salud encontramos que existe poca información de parte de los profesionales de la salud hacia a los pacientes por lo que existe inadecuado acceso a la información.

1. Aquellos pacientes que cuenta con el seguro integral de salud se ven vulnerados sus derechos debido a que los médicos del Hospital Nacional Hipólito Unanue prescriben medicamentos que no cubertura el seguro integral de salud, y algunos de los pacientes se ven obligados a realizarse exámenes de apoyo al diagnóstico en las clínicas particulares lo cual claramente atenta a los derechos de los usuarios que cuentan con el seguro integral de la Salud.

2. En el Hospital Nacional Hipólito Unanue existen restricciones de acceso a la atención para algunos de los pacientes que son del interior de país como son aquellos pacientes que acuden del Sur de país como Ica, Cañete, Ayacucho, etcétera y los pacientes que acuden del Norte como Piura, Sullana etcétera, esto debido a que los galenos del hospital en estudio aducen que no pertenecen a la jurisdicción, lo cual produce claramente vulneraciones de sus derechos de los usuarios de salud de emergencia ya que el estado peruano es unitario e indivisible y que no existe fronteras entre los departamentos del país.

3. Se constató que, existe un acta de reunión en la que se estipula que los pacientes que no pertenecen a la jurisdicción no sean aceptados en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, como observamos el hecho de que exista un acta ciertamente discriminatoria vulnera las normas citadas durante el estudio perjudicando claramente a los pacientes usuarios.

4. Si bien el Estado Peruano ha emitido normas como ley general de emergencia, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, entre otros normativas, lo cual constituye un importante avance en la formulación de políticas públicas en materia de buen trato a los

usuarios en salud. Del análisis de los documentos, podemos señalar que existe una falta de coherencia entre los compromisos asumidos por el Estado Peruano a través de estos documentos y las medidas efectivamente adoptadas por él en materia de salud.

3.3. Recomendaciones

1. Se recomienda que el director y los jefes de departamento de especialidades médicas del Hospital Nacional Hipólito Unanue reconsideren sobre el acta de reunión para la no aceptación de los pacientes que no sea de la jurisdicción del hospital en estudio y que asesoría legal brinde toda la información del caso, que el Artículo 43 de la Constitución entre otras señala que el Perú es uno solo e indivisible, razón por la cual no deben existir restricciones para la atención en un hospital público.

2. Realizar actividades de capacitación del personal médico, profesionales no médicos, técnico, auxiliar y administrativo del hospital, así como campañas de difusión respecto a los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

Instar al Director del hospital Nacional Hipólito Unanue de salud:

a.- Dar cumplimiento a la Ley General de Salud, Ley N° 26842, modificada por Ley N° 27604, brindando atención médica de manera inmediata a las personas en situación de emergencia, sin condicionarla a ningún procedimiento o requisito que pueda vulnerar el derecho a la salud del usuario o usuaria del servicio, tales como compra de material, cobro por servicio, entrega de documentos o suscripción de garantías.

b.- Dar cabal cumplimiento a lo dispuesto por el Artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

3. Se recomienda que el Hospital Nacional Hipólito Unanue deba realizar talleres de humanización para mejorar el trato a los pacientes, mejorar su infraestructura, mayor mantenimiento e implementación de camillas, sillas de ruedas, ambulancias, materiales de sala de operaciones y materiales fungibles, el equipo de tomógrafo y ecografía debe funcionar las 24 horas del día por tratarse de un hospital de nivel III-1 que resuelve casos muy complejos, hacer seguimiento a los pacientes que se encuentran con estadios de hospitalización prolongada, mejorar el ambiente de trabajo para el personal de salud que trabaja en emergencia ya que están expuestos a contagiarse con enfermedades infecto contagiosas y finalmente el abastecimiento constante de farmacia.

REFERENCIAS

Domingo Hernández Celis (2004). Determinar la herramienta se puede facilitar la eficiencia, economía, efectividad, mejora continua, calidad y competitividad del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima-Perú.

Eduardo Zárate, *Revista SITUA* 2006.

Esteban Puentes Rosas, Octavio Gómez Dantés y Francisco Garrido Latorre (2006), Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México

Gamaniel Guevara Chacabana (2002), en su trabajo sobre acto médico: Límites y posibilidades en su ítems reflexiones finales señala. *Pediátricas* 2002. pp 54-62

Roberto Hernandez Sampieri (2014) metodología de la investigación sexta edición, Mc-Hill Interamericana Editores, S.A de C. V.

Informe Defensorial N° 102 Lima – Perú (2005). Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Primera edición: Lima, Perú, Diciembre de 2005.

Marta Rizo García (2006). Academia de Comunicación y Cultura Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Análiseguro integral de salud 2006 pp. 45-62.

Maribel Tirza Grados Marquez (2012). La calidad humana y la mejora del trato al paciente en los hospitales del sector salud Lima- Perú. 2012.

Mónica Liliana, Barriga Pérez (2015). Exigibilidad del derecho a la salud en el ordenamiento jurídico Peruano. Lima - Perú 20015.

Rev conamed (2012). Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. *Rev conamed* 2012.p 18-23

Superintendencia de salud de Chile (2013) Trato digno. Departamento de Estudios y Desarrollo- Diciembre de 2013.

Valarie, Parasuraman y Berry (2005), en el estudio realizado sobre la, mejora del trato al paciente. Lima- Perú.

Defensoría del pueblo. (2012). República del Perú. Decimosexto informe anual de la defensoría del pueblo. Enero – Diciembre, Ver en: http://www.congreso.gob.pe/dgp/didp/boletines/03_2013/imagenes/constitucional/1.Decimosexto-Informe-Anual.pdf

Declaraciones, convenios y pactos Internacionales, (1990)

(Artículos pertinentes):

- 5.1.- Declaración universal de derechos humanos.
- 5.2.- Declaración americana de los derechos y deberes del Hombre.
- 5.3.- Pacto internacional de derechos Económicos, Sociales y culturales
- 6.- Ley marco de aseguramiento universal en salud y su reglamento Ley N° 29344
- 7.- Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú.
- 8.- Resolución Ministerial N° 730-2015/MINSA. Decreto legislativo N° 559.

Legislación nacional.

Legislación en materia de salud

Ley general de salud Ley N° 26842.

Reglamento de ley N° 27604 que modifica la ley general de salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos, Decreto supremo N° 016-2002-SA.

Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo

Decreto supremo N° 013-2006-SA.

Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414.

Ley N° 27337. El nuevo código de los niños y adolescentes.

ANEXOS.

MATRIZ DE CONSEGURO INTEGRAL DE SALUDTENCIA

TITULO: "VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, SEGÚN EL ARTICULO 15 DE LA LEY 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 2016"

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	CATEGORIA	SUPUESTO	METODOLOGIA
¿Cuáles son los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el Artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 2016?	Analizar la vulneración de los derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el Artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 2016?	Vulneración de derechos de los pacientes.	Vulneración de derechos Es importante analizar la vulneración de derechos Analizar la vulneración de los derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, según el Artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las	Tipo y nivel de la investigación. Tipo. El trabajo de investigación es básico porque la información recolectada es materializada en tesis, todo esto con el objetivo de extraer la información para dar un mayor sustento en la investigación.

			<p>personas usuarias de los servicios de salud. 2016</p>	<p>Nivel de investigación. La investigación es descriptiva porque involucra las categorías. También es correlacional porque las categorías están relacionadas para un mejor análisis. Método y diseño de la investigación. Método. El método a usar será el inductivo, en la cual consiste en derivar de una premisa. La ley o axioma general, una conclusión, situación o aspecto particular o individual a lo general. Diseño. El presente trabajo de investigación</p>
--	--	--	--	---

<p>es no experimental. Se orienta a la determinación del grado de relación existente entre dos categorías de interés de una misma muestra de sujeto o el grado de relación entre dos fenómenos o eventos observados.</p>				
<p>Población y muestra de la investigación. Población. En el presente trabajo de investigación la población total de las enfermeras del área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue que laboran en los dos turnos, es decir guardia</p>				

<p>diurna y guarda nocturna son 24.</p>	<p>Muestra. Para ésta investigación se tomó en cuenta a una enfermera que labora en el área de emergencia, quien es la persona encargada de la coordinación de referencias de emergencias a nivel nacional, cuya oficina se encuentra conjuntamente con la oficina de jefatura de emergencia, lugar donde las personas acuden a realizar sus reclamaciones y quejas cuando sus derechos como usuarios de la salud se ven vulnerados.</p>

<p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos.</p>				
<p>Técnica. La entrevista es una especie de conversación formal entre el investigador y el investigado o entre el investigador y el entrevistado o informante, es una modalidad de encuesta, que consiste en formular preguntas en forma verbal con el objetivo de obtener respuestas o informaciones</p> <p>Instrumento. El instrumento es una guía de la entrevista es el</p>				

				<p>instrumento, la herramienta que sirve a la técnica de la entrevista que consiste en una hoja simple impresa o no impresa que sostiene las preguntas a formular al entrevistado en secuencia determinada.</p> <p>Análisis de datos.</p>
<p>Problemas específicos.</p> <p>¿Cuáles son los derechos vulnerados de los paciente que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al acceso a los servicios de salud. 2016?</p> <p>¿Cuáles son los derechos vulnerados de los paciente</p>	<p>Objetivo específico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al acceso a los servicios de salud. 2016 - Analizar los derechos vulnerados de los pacientes 	<p>Sub Categoría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. - Vulneración del artículo 15 de la ley 29414. - Acceso a los servicios de salud 		

<p>que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al acceso a la información. 2016?</p> <p>¿Cuáles son los derechos vulnerados de los paciente que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue en relación al atención y recuperación de la salud. 2016?</p> <p>¿Cuáles son los derechos vulnerados de los paciente que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en relación al consentimiento informado. 2016?</p>	<p>que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en relación al acceso a la información. 2016</p> <p>- Analizar los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en relación a la atención y recuperación de la salud. 2016</p> <p>- Analizar los derechos vulnerados de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en relación al consentimiento informado. 2016</p>	<p>- Acceso a la información</p> <p>- Atención y recuperación de la salud</p> <p>- Consentimiento informado</p>	
--	--	---	--

FICHA DE ENTREVISTA

Vulnerados de los derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unánue., según el Artículo 15 de la ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

Nombre del entrevistado: Trujillo Soria Lizeth

Cargo y/o jerarquía: Lic. En enfermería que trabaja en el área de emergencia.

No ()

Si (X)

- 1. La entrevista responde en lo relacionado a la vulneración de derechos en relación al acceso a los servicios de salud.**

Para una adecuada acceso al servicio de salud en necesario que el hospital en mención sea debidamente equipada tanto en los recursos humanos, infraestructura, materiales biomédicos, es por ello que aquí en el Hospital Nacional Hipólito Unanue falta equipos biomédicos y los que existen son insuficientes y algunos inoperativos como por ejemplo las cunas del servicio de neonatología, el equipo de tomografía, radiografía, y otros equipos biomédicos se malogra con mucha frecuencia y por ende los pacientes son ven obligados a realizar sus exámenes solicitados fuera del hospital, falta de camillas para ala adecuada del paciente, falta de personal de salud para la atención adecuada en forma oportuna adecuada de los pacientes que acuden a la área de emergencia, falta de salas de emergencias exclusivas para la atención de los múltiple pacientes que diariamente llegan a este nosocomio, porque muchas veces algunos de los pacientes son usuarios que presentan el diagnostico de TBC, que es una enfermedad infecto contagiosa de fácil propagación a través de las vías respiratorias, a la falta de camas en el servicio de aislados estos pacientes se encuentran en los pasadizos comunes que potencialmente contagian a los otros pacientes y al personal de salud.

Muchos de los pacientes no reciben información adecuada, clara y precisa de su diagnóstico, debido a que los médicos no se abastecen por la gran cantidad de usuarios que acuden al área de emergencia, la información del estado del paciente hacia a los familiares le compete al médico tratante de acuerdo a la especialidad.

Farmacia central y de emergencia desabastecida, en este hospital también existe con cierta frecuencia el desabastecimiento de medicamentos que son fármacos de mucha circulación y de muy común uso para el tratamiento de enfermedades más comunes como son los medicamentos pertenecientes al grupo de aines, quinolonas, amino glucósidos etcétera.

Reactivos de laboratorio desabastecida, otros de los grandes problemas es la falta de reactivos para el tamizaje de los hemoderivados que son de parte muy importante para la intervenciones quirúrgicas, a modo de ejemplo se puede citar que falta de reactivos para el tamizaje de plaquetas, grupo y factor sanguíneo, paquetes globulares entre otros, que por falta de estos muchas de las cirugías se retrasan porque los cirujanos de las distintas especialidades no intervienen por posibles complicaciones que podrían presentar los pacientes en sala de operaciones.

Falta de privacidad de los pacientes, es lamentable informar que muchas de los pacientes no encuentran privacidad en el momento de los exámenes médicos, en especial aquellas pacientes que acuden al servicio de emergencia de Ginecología y obstetricia porque en ellas los exámenes médicos por lo general son a través de los órganos sexuales como el canal vaginal, muchas veces los exámenes ginecológicos se realizan en presencia de otros pacientes por falta de infraestructura, y son examinados por varios profesionales como por ejemplo a la misma paciente examinan en primer lugar el medico Gineco-obstetra, seguido de los médicos residentes, y los internos de medicina y obstetricia, causando muchas veces incomodidad de los pacientes y de los familiares.

2. Según usted cuáles serían la vulneración de derechos en relación al acceso a la información.

Según nuestra normativa, el paciente tiene derecho a ser informado de manera clara y apropiada sobre su estado de salud, sobre los análisis de seguro integral de salud y tratamientos, sobre sus consecuencias y los eventuales riesgos que implican, sobre el pronóstico y sobre los aspectos financieros del tratamiento.

Si lo desea, el paciente siempre puede pedir una segunda opinión médica a otro médico. En el momento de su ingreso al establecimiento sanitario, el paciente debe recibir información escrita sobre sus derechos y sus deberes y sobre las condiciones de su estancia.

El profesional de salud siempre debe informar al paciente, debe comunicarle de manera objetiva clara, precisa y completa todas las informaciones necesarias para que pueda aceptar el tratamiento con conocimiento suficiente para tomar una adecuada decisión acerca de su diagnóstico.

Podría limitarse la información, o incluso no darla sólo en dos casos:

Si el paciente renuncia de manera clara a estar informado, por ejemplo si prefiere ignorar si tiene o no tiene una enfermedad incurable.

En caso de urgencia, se postergará la información. La información debe dirigirse al paciente, y solo a él. Los profesionales de salud están sujetos al secreto (incluyendo a los colegas que no participan en el tratamiento), Si el paciente ha designado un representante terapéutico el profesional de salud, deberá facilitarle las informaciones pertinentes. Así pues podría levantarse el secreto profesional de cara al representante terapéutico, en caso necesario.

Si el paciente quiere obtener una segunda opinión médica, tiene el derecho de consultar al médico de su elección. Esta consulta le será reembolsada por el seguro básico. En los hospitales puede pedir una segunda opinión a un médico externo al establecimiento. Pero el costo de esta consulta externa estará a su cargo.

Es lamentable informa que en el Hospital Nacional Hipólito Unanue la información a los pacientes no es lo adecuado, debido a que no se informa de forma clara precisa y con términos comunes para que puede entender los pacientes, esto quizá pueda ser por falta de voluntad de los médicos o puede ser también por falta de tiempo debido a que los médicos muchas veces tienen una carga laboral que excede a su horario de trabajo a esto se suma a que los galenos muchas veces usan terminologías médicas que no entiende los pacientes.

Falta de señalización, la señalización que indica la ubicación de los otros servicios como banco de sangre, farmacia, la jefatura etcétera no están correctamente señalizadas para el fácil acceso a estos servicios.

El jefe de guardia de emergencia no se da abasto para la cantidad de labores que tiene como por ejemplo, el medico que hace de jefe de guardia atiende a las interconsultas de los pabellones, expiden certificados de defunción y atiende a los paciente que se encuentran en el servicio de observación de adultos, que son un aproximado de 20 pacientes, a esto se suma las reclamaciones por una supuesta mala atención que muchas veces son exageraciones de los familiares y el jefe de guardia es el responsable de atender sus reclamaciones de los pacientes.

3. Según usted cuáles serían la vulneración de derechos en relación a la atención y recuperación de la salud.

La recuperación muchas veces está relacionada con acciones médicas de atenciones primarias los cuales deberían de darse en los establecimientos de inferior categoría de estos hospitales, como la medicina preventiva, como campañas de vacunación, erradicación de fuentes de enfermedad, lucha contra la adicción a las drogas, etcétera El objetivo es prevenir la pérdida de la salud o su deterioro, la protección de la salud significa que el Estado se encuentra bajo la obligación de asegurar una atención de salud digna y eficiente, y establecer condiciones adecuadas para la salud pública de la población, esto debe hacerse sobre bases igualitarias para todos con dignidad, y que el médicos y todo el personal de salud Deben estar comprometidos para la recuperación de

los pacientes, brindando un adecuado diagnóstico, y tratamiento y las indicaciones precisas en el momento de la estadía del paciente en el hospital, en cuanto a la recuperación los pacientes en el área de emergencia no tienen mucha estadía debido a que estos pacientes después de atendida la emergencia pasan a los pabellones de hospitalización de acuerdo a la especialidad y es en ese lugar que se lleva la recuperación de estos pacientes. Pero en algunas ocasiones se observa a colegas enfermeras trasladar a estos pacientes sin mencionar o informar que tiene que pasar al servicio de hospitalización.

4. Según usted cuáles serían la vulneración de derechos en relación al consentimiento informado.

Como sabemos el consentimiento informado, es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en consulta externa, hospitalización, o durante el desarrollo procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.

Es casi frecuente observa que el consentimiento informado muchas veces no se cumplen en este hospital entre los factores podemos citar como por ejemplo la falta de comunicación fluida a los pacientes o los familiares con el personal de salud de los posibles procedimientos a realizar, debido a que al hospital Hipólito Unanue llegan pacientes cuyo idioma muchas veces no son el español como el aimara que son propios de los habitantes de puno, entre otros idiomas esto dificulta la comunicación para una información consentida.

5. ¿Qué aspecto debería de mejorar el servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue para la adecuada atención de los pacientes?

El Hospital Nacional Hipólito Unanue deba realizar talleres de humanización para mejorar el trato a los pacientes, mejor su infraestructura, mayor mantenimiento e implementación de camillas, sillas de ruedas, ambulancias,

materiales de sala de operaciones y materiales fungibles, el equipo de tomógrafo y ecografía debe funcionar las 24 horas del día por tratarse de un hospital de nivel III-1 que resuelve casos muy complejos, hacer seguimiento a los pacientes que se encuentran con estadios de hospitalización prolongada, mejorar el ambiente de trabajo para el personal de salud que trabaje en emergencia ya que están expuestos a contagiarse con enfermedades infecto contagiosas y finalmente el abastecimiento constante de farmacia.

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

(Técnica: _____ ; Instrumento: _____)

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del informante: QUIROS CUBILLAS PABLO
 1.2 Institución donde labora: UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.3 Nombre del Instrumento motivo de Evaluación:
 1.4 Autor del Instrumento: MIGUEL PAABO
 1.5 Título de la Investigación: Vulneración de derechos de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unzueta, según el Artículo 15 de la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		0	6	11	16	61	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. HONESTIDAD	Está formulado respetando la autoría.																				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con imparcialidad científica.																				X	
3. ACTUALIDAD	Dependiendo de los pleanos y la jurisprudencia, pero, no de los clásicos dogmáticos jurídicos.																				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico dentro de los lineamientos de la dogmática jurídica.																				X	
5. SUFICIENCIA	Valora las doctrinas, legislaciones nacionales e internacionales.																				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																				X	
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																				X	
8. COHERENCIA	Entre las citas referenciadas.																				X	
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																				X	
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia del Derecho																				X	

 III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

 IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 97%

 LUGAR Y FECHA: LIMA, 30 enero 2017


FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

 DNI: 0778903 Teléfono: 999974345

COPIA DOCUMENTO

003909

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA PURA

(Técnica: Análisis documental; Instrumento: fichaje directo)

I. DATOS GENERALES:

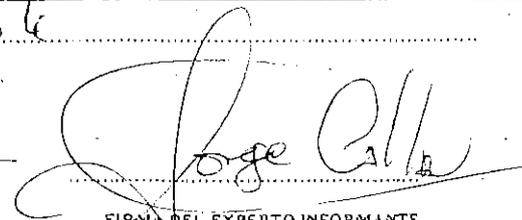
- 1.1 Apellidos y nombres del informante: Calla Colana Godofredo J.
 1.2 Institución donde labora: Universidad Privada Alas Peruanas
 1.3 Título de la Investigación: Vulneración de derechos de los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unzueta, según el artículo 15 de la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, 2016

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. HONESTIDAD	Está formulado respetando la autoría.																				X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con imparcialidad científica.																		X		
3. ACTUALIDAD	Dependiendo de los plenarios y la jurisprudencia, pero, no de los clásicos dogmáticos jurídicos.																				X
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico dentro de los lineamientos de la dogmática jurídica.																				X
5. SUFICIENCIA	Valora las doctrinas, legislaciones nacionales e internacionales.																		X		
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.																				X
7. CONSISTENCIA	Utiliza suficientes referentes bibliográficos.																				X
8. COHERENCIA	Entre las citas referenciadas.																				X
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.																				X
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia del Derecho																				X

 III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Se aplica

 IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 95%

 LUGAR Y FECHA: Lima, 13 Enero 2016


 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE
 DNI: Godofredo J. Calla Colana
 DOCTOR EN EDUCACIÓN

DNI: 25413288

Cel: 950909327