



**UNIVERSIDAD
SEÑOR DE SIPÁN**

**FACULTAD DE DERECHO
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE DERECHO**

TESIS

**“EL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA
PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADA

**Autoras:
MARLENE MILAGROS GARCÍA DÍAZ
TANIA ANDALIA SOTO ENRIQUEZ**

Pimentel, Diciembre del 2016

**EL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015**

Abg. José Luis Samillán Carrasco
Asesor Metodólogo

Dr. César Augusto Chambergo Chanamé
Asesor Especialista

Mg. Robinson Barrio de Mendoza Vásquez
Presidente del Jurado de Tesis

Abg. Jorge Abel Cabrejos Mejía
Secretario del Jurado de Tesis

Mg. Daniel Cabrera Leonardini
Vocal del Jurado de Tesis

INFORMACIÓN GENERAL

Título del Informe Final:

**“EL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL
ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015”.**

Línea de investigación: Derecho Constitucional

Autores: Bach. MARLENE MILAGROS GARCÍA DÍAZ
Bach. TANIA ANDALIA SOTO ENRIQUEZ.

Asesor metodólogo: Abg. Samillán Carrasco, José Luis

Asesor especialista: Dr. César Chambergo Chanamé

Tipo y diseño de investigación: Descriptivo- explicativo

Facultad y Escuela Académico Profesional: Derecho

Período: abril – diciembre 2016

Fecha de inicio y término del proyecto: abril – diciembre 2016

Firma de los autores del proyecto:

MARLENE MILAGROS GARCÍA DÍAZ

TANIA ANDALIA SOTO ENRIQUEZ

Aprobado:

Abg. José Luis Samillán Carrasco

Asesor metodólogo

Dr. César Augusto Chambergo Chanamé

Asesor especialista

FECHA DE PRESENTACIÓN: Diciembre del 2016

DEDICATORIA

Esta investigación se la dedico a mis padres y mis hijos por su amor, trabajo, sacrificios y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida para poder cumplir mis metas"

MARLENE

Esta investigación se la dedico a mi hija Lisbet, mi esposo y a mis padres por todo el amor, sacrificios y su apoyo incondicional en todo trabajo emprendido.

TANZA

AGRADECIMIENTO

Un extensivo agradecimiento a nuestro Asesor, Abg. José Luis Samillán Carrasco, por dirigir esta tesis. Agradecemos su alto empeño, dedicación profesional, aportaciones teóricas, experiencias y consejos enmarcados en torno a la investigación. Su exigencia y rigurosidad han sido claves en este trabajo, sin su dedicación y sobre todo su disponibilidad, sin duda no hubiéramos podido lograr esta meta.

A nuestro Asesor Especialista, Dr. César Augusto Chambergó Chanamé, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, mediante sus aportaciones vertidas para el mejoramiento de nuestra tesis y sobre todo por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación para la conclusión de la misma.

Todas y cada una de las personas que gentilmente participaron en la investigación realizada, ya que invirtieron su tiempo y conocimientos sin esperar nada a cambio, compartiendo pláticas, conocimientos y anécdotas. A todos aquellos que durante los cinco años que duro este sueño lograron convertirlo en una realidad.

RESUMEN

El problema principal de la presente investigación, ha sido denominado: **El derecho a la salud y su efectiva protección en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

Para la presente investigación se ha realizado un análisis de diferentes definiciones relacionadas al derecho a la salud y su efectiva protección, asimismo se ha estudiado la normativa utilizando la exégesis de la normativa interna correspondiente y jurisprudencia. Asimismo, tiene como objetivo principal el realizar un estudio referido al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 a fin de desarrollar un Marco referencial conciso que integre los Planteamientos teóricos, principios, normas y legislación comparada en todos sus niveles (internacionales, nacionales y locales), relacionados directamente con la problemática mediante un análisis cualitativo a fin de realizar en análisis respectivo, con intención de identificar las causas del problema, de tal manera que tengamos base para proponer lineamientos para una mejor interpretación de los alcances del artículo 9 de la Constitución Política del Perú.

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015; se vio afectada por el hecho de que existe una mala aplicación del artículo 9 de la Constitución, en cuanto en la praxis diaria son muchos los casos diarios en los que pacientes de ESSALUD se quejan de no tener una atención adecuada ya sea por no tener un acceso oportuno a una cita para un servicio de su salud, por el defectuoso tratamiento de algunos doctores y personal de salud o porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, todo ello conlleva a que el Estado mediante sus diversas políticas haga cumplir con lo estipulado por la Constitución en su artículo 9 y 7, en relación con la Ley General de Salud, lo cual viene provocando una inadecuada protección al derecho a la salud de las personas en general. La metodología de la investigación utilizada fue descriptiva – explicativa.

Palabras claves: Salud, derecho a la salud, protección, política de salud, incumplimientos, responsabilidad del Estado.

ABSTRACT

The main problem of this research has been called: the right to health and their effective protection in the Almanzor Aguinaga Asenjo Hospital in 2015.

For this research it has been conducted an analysis of different definitions related to the right to health and their effective protection, also has studied the rules using the exegesis of the relevant domestic legislation and jurisprudence. It also has as main objective to conduct a study based on the right to health and their effective protection in the hospital Almanzor Aguinaga Asenjo in 2015 to develop a framework concise integrating theoretical approaches, principles, standards and comparative law in its (international, national and local) levels, directly related to the problem through a qualitative analysis to perform in respective analysis, intended to identify the causes of the problem, so we have a basis for proposing guidelines for better interpretation of the scope of Article 9 of the Constitution of Peru.

The right to health and their effective protection in the hospital Almanzor Aguinaga Asenjo in 2015; It was affected by the fact that there is a misapplication of Article 9 of the Constitution, as in daily practice there are many daily cases in which patients ESSALUD complain of not having adequate attention either for not having a timely access to an appointment to service your health, the poor treatment of some doctors and health or because medicine is not proportional with the disease have few patients, all leading to the State through its various policies do meet stipulated by the Constitution in Article 9 and 7 in conjunction with the General health Law, which has been causing inadequate protection of the right to health of people in general. The research methodology used was descriptive - explanatory.

Keywords: Health, right to health, protection, health policy, defaults, state responsibility.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de Investigación que presentamos a continuación, tiene por objeto conocer y analizar “El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015” investigación que tiene como finalidad contribuir modestamente con los responsables, la comunidad jurídica y todas aquellas personas que tengan interés en conocer los aspectos de dicho tema.

En este sentido la investigación ha sido estructurada del siguiente modo:

En el Primer Capítulo, hacemos mención a los Planteamientos Metodológicos, donde se establece el problema, los objetivos de la investigación, la hipótesis, las variables y el diseño de ejecución debidamente estructurados.

El Segundo Capítulo hacemos referencia al Marco Referencial, teniendo en cuenta I) PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS, que está comprendida por una serie de conceptos básicos que se relacionan con el derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, II) NORMAS, analizando a) La Constitución Política del Perú; b) Ley General de Salud y III) JURISPRUDENCIA.

En el Tercer Capítulo, analizaremos estadísticamente si en realidad existe una problemática en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, y si los responsables invocan o aplican continuamente los planteamientos teóricos, normas y jurisprudencia en la praxis del Derecho.

En el Cuarto Capítulo, realizaremos un análisis de los responsables, teniendo en cuenta las apreciaciones correspondientes o informaciones de las variables del marco referencial y la situación actual de la Problemática Planteada.

En el Quinto Capítulo, trata sobre las conclusiones a la que arribamos de la realidad analizada. En este capítulo se plantea, entonces, el resumen de las apreciaciones resultantes del análisis, las conclusiones parciales, fundamentadas según la

contrastación de cada una de las sub-hipótesis planteadas y la conclusión general que está fundamentada con la contrastación de la hipótesis global;

El Sexto Capítulo, proponemos las recomendaciones para contrarrestar la Problemática, teniendo en cuenta las apreciaciones y conclusiones resultantes del análisis que sirvieron para fundamentar cada parte de la propuesta de solución al presente problema.

Este trabajo se encuentra dividido en 3 partes conforme a la obra de Alejandro Caballero Romero titulada: “Guía Metodológica para los Planes y Tesis de Maestría y Doctorado”.

Es importante resaltar que con el presente trabajo de investigación nuestro objetivo no es arribar a conclusiones certeras e irrefutables, sino por el contrario, nuestra pretensión será satisfecha si el presente estudio constituye el punto de partida de un debate, orientado a obtener la solución más adecuada posible de este problema.

Las autoras

INDICE

INFORMACIÓN GENERAL.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: MARCO METODOLOGICO.....	01
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	01
1.1.1. Situación Problemática	02
1.1.2. Antecedentes del problema	03
1.1.2.1. Desde cuando existen o se tienen referencias sobre este tipo de problema	03
A. En el Mundo:	03
B. En el País.....	05
C. En la Región	06
1.1.2.2. Estudios o investigaciones anteriores	06
1.1.3. Formulación interrogativa del problema	07
1.1.4. Justificación e importancia del problema	08
1.1.5. Limitaciones y restricciones de la investigación	08
1.2. OBJETIVOS.....	09
1.2.1. Objetivo general.....	09
1.2.2. Objetivos específicos	09
1.3. HIPÓTESIS	10
1.3.1. Hipótesis Global.....	10
1.3.2. Sub hipótesis.	10
1.4. VARIABLES.....	11
1.4.1. Identificación de las variables.	11
1.4.2. Definición de las variables.	12
1.4.3. Clasificación de las variables.	14
1.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS.....	14
1.5.1. Tipo de Investigación	14
1.5.2. Tipo de Análisis	15
1.6. DISEÑO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN COMO DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15

1.6.1.	Universo de la Investigación.....	15
1.6.2.	Técnicas, Instrumentos e Informantes o Fuentes de Recolección de Datos	15
1.6.3.	Población y Muestra	16
1.6.3.1.	Población.....	16
1.6.3.2.	Muestra	16
1.6.4.	Forma de Tratamiento de los Datos	16
1.6.5.	Forma de Análisis de la Información.....	16
CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL		18
2.1.	MARCO TEORICO.....	18
2.1.1.	Sub Capítulo I: Principios y Elementos del Derecho a la Salud.	18
2.1.1.1.	Principios.....	18
a)	Universalidad.....	18
b)	Pro homine.	18
c)	Equidad.....	18
d)	Continuidad.	18
e)	Oportunidad.....	18
f)	Prevalencia de derechos.	19
g)	Progresividad del derecho.	19
h)	Libre elección.....	19
	Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud;.....	19
i)	Sostenibilidad.....	19
j)	Solidaridad.....	19
k)	Eficiencia.	19
l)	Interculturalidad.	20
2.1.1.1.	Elementos.....	20
a.	Disponibilidad:.....	20
b.	Accesibilidad	21
c.	Aceptabilidad.....	21
d.	Calidad.	21
2.1.2.	Sub Capítulo II: Derecho a la salud.	21
2.1.2.1.	Conceptos acerca de la Salud.....	21
2.1.2.2.	Reconocimiento del derecho a la salud como derecho autónomo.....	23
2.1.2.3.	Fundamento del derecho a la salud.....	24

2.1.2.4.	Relación con otros derechos fundamentales.....	26
2.1.2.5.	Aspectos fundamentales del derecho a la salud	27
2.1.2.6.	Justiciabilidad del Derecho a la Salud.....	29
2.1.2.7.	Falsas ideas muy comunes acerca del derecho a la salud.	31
2.1.2.8.	El vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos.....	32
2.1.2.9.	¿Cómo se aplica el principio de no discriminación al derecho a la salud?.....	33
2.1.2.10.	El derecho a la salud en las normas internacionales de derechos humanos.....	35
2.1.2.11.	Observación general del derecho a la salud.	38
2.1.1.	Sub Capítulo III: Derecho Hospitalario	41
2.1.1.1.	Concepto de Hospital.....	41
2.1.1.2.	Origen de Hospital.....	41
2.1.1.3.	Estructura del Hospital	43
2.1.1.4.	Derechos del paciente hospitalizado.	45
2.1.1.5.	Deberes del paciente hospitalizado.	48
2.1.2.	Sub Capítulo IV: La Obligación del Estado respecto del Derecho a la Salud.	48
2.1.2.1.	La obligación del Estado de proporcionar un sistema de protección sanitaria.....	48
2.1.2.2.	Análisis del artículo 9 en concordancia con el artículo 7 de la Constitución Política del Perú.	50
2.1.3.	NORMAS.....	52
2.1.3.1.	Constitución Política del Perú	52
2.1.3.2.	Código Civil:	52
2.1.3.3.	Ley General de Salud.	53
2.1.4.	Experiencias Exitosas.	55
2.2.	MARCO CONCEPTUAL.	57
	CAPITULO III.....	59
	DESCRIPCION DE LA REALIDAD	60
	EL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.....	60

3.1. Descripción actual de los responsables respecto al Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.....	60
3.1.1. Resultados de conocimiento u aplicación; y desconocimiento de los Planteamientos Teóricos en los Responsables.	60
3.1.2. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de los Planteamientos Teóricos.....	62
3.1.3. Resultado de Conocimiento y Desconocimiento de las Normas en los Responsables.	63
3.1.4. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de las Normas en los Responsables.	64
3.1.5. Resultados sobre ¿Está de acuerdo Ud. con la Política de Salud brindada por el Estado?	65
3.1.6. Resultados sobre ¿Está de acuerdo Ud. Que el Estado es responsable por no brindar a los hospitales de los medios necesarios para que protejan adecuadamente el derecho a la salud de las personas en general?.....	66
3.2. Descripción Actual de la Comunidad Jurídica respecto del Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.....	67
3.2.1. Resultado de Conocimiento y Desconocimiento de los planteamientos teóricos en la comunidad jurídica	67
3.2.2. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de los planteamientos teóricos en la Comunidad Jurídica.....	69
3.2.3. Resultado de Conocimiento y Desconocimiento de las Normas en la comunidad jurídica	70
3.2.4. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de las Normas en la Comunidad Jurídica.	72
3.2.5. Resultado de Conocimiento y Desconocimiento de la jurisprudencia en la comunidad jurídica.....	73
3.2.6. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de la jurisprudencia en la Comunidad Jurídica.	74
3.2.7. Resultados sobre ¿Está de acuerdo Ud. Con el servicio de salud brindado por el Hospital Aguinaga Asenjo?	76

3.2.8. Resultados sobre ¿Considera Ud. que la política de salud del Estado está cumpliendo con garantizar una adecuada protección al derecho a la salud?	77
CAPITULO IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS	78
4.1. ANALISIS DEL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.	79
4.1.1. ANALISIS DE LOS RESPONSABLES RESPECTO A LOS PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS.	79
4.1.1.1. Apreciaciones resultantes del análisis en los responsables respecto a los Planteamientos Teóricos.....	81
4.2. ANALISIS DEL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.	82
4.2.1. ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA RESPECTO DE LOS PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	82
4.2.1.1. Apreciaciones resultantes del análisis de la comunidad jurídica respecto a los Planteamientos Teóricos.....	84
4.2.2. ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA RESPECTO DE LA JURISPRUDENCIA.	85
4.2.2.1. Apreciaciones resultantes del análisis de la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias.	87
4.3. ANALISIS DEL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.	88
4.3.1. ANALISIS DE LOS RESPONSABLES RESPECTO A LAS NORMAS.....	88
4.3.1.1. Apreciaciones resultantes del análisis en los responsables respecto a las normas.....	91
4.4. ANALISIS DEL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.	92
4.4.1. ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA RESPECTO DE LAS NORMAS.....	92
4.4.1.1. Apreciaciones resultantes del análisis de la comunidad jurídica respecto a las Normas.	95
4.4.2. ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA RESPECTO DE LA JURISPRUDENCIA.	96

4.4.2.1. Apreciaciones resultantes del análisis de la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias.	98
CAPITULO V: CONCLUSIONES.....	100
5.1. RESUMEN DE LAS APRECIACIONES RESULTANTES DEL ANALISIS.....	100
5.1.1. RESUMEN DE LAS APRECIACIONES RESULTANTES DEL ANÁLISIS, RESPECTO A LAS PARTES O VARIABLES DEL PROBLEMA.	100
5.1.1.1. Empirismos Aplicativos	100
5.1.1.2. Incumplimientos.....	101
5.1.2. RESUMEN DE LAS APRECIACIONES RESULTANTES DEL ANÁLISIS, RESPECTO A LOS LOGROS COMO COMPLEMENTOS DE LAS PARTES O VARIABLES DEL PROBLEMA.....	103
5.1. CONCLUSIONES PARCIALES	105
5.1.1. CONCLUSIÓN PARCIAL 1	105
5.1.1.1. Contrastación de la sub hipótesis “a”	105
5.1.1.2. Enunciado de la Conclusión Parcial 1	107
5.1.2. CONCLUSIÓN PARCIAL 2	107
5.1.2.1. Contrastación de la sub-hipótesis “b”	107
5.1.2.2. Enunciado de la Conclusión Parcial 2	110
5.1.3. CONCLUSIÓN PARCIAL 3	110
5.1.3.1. Contrastación de la sub-hipótesis “c”	110
5.1.3.2. Enunciado de la Conclusión Parcial 3	112
5.1.4. CONCLUSIÓN PARCIAL 4	112
5.1.4.1. Contrastación de la sub-hipótesis “d”	112
5.1.4.2. Enunciado de la Conclusión Parcial 4	114
5.2. CONCLUSION GENERAL	114
5.2.1. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS GLOBAL	114
5.2.2. ENUNCIADO DE LA CONCLUSIÓN GENERAL	115
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES	118
6.1 RECOMENDACIONES PARCIALES	118
6.1.1 RECOMENDACIÓN PARCIAL 1.....	118
6.1.2 RECOMENDACIÓN PARCIAL 2.....	118
6.1.3 RECOMENDACIÓN PARCIAL 3.....	119
6.1.4 RECOMENDACIÓN PARCIAL 4.....	119
6.2 ENUNCIADO DE LA RECOMENDACIÓN GENERAL	120

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS.....	121
Referencias Bibliográficas.....	121
ANEXO 1	
ANEXO 2	
ANEXO 3	
ANEXO 4	
ANEXO 5	
ANEXO 6	
ANEXO 7: CUESTIONARIO N° 01	
ANEXO 8: ENTREVISTAS	
ANEXO 9: ENCUESTAS A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL “ALMANZOR AGUINAGA ASENJO”	

CAPITULO I: MARCO METODOLOGICO

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Constitución Política del Perú reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental, del cual el Estado es responsable de hacer cumplir cabalmente ese derecho, siendo así en su artículo 9 indica que: **“El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”**.

Con el paso del tiempo, la Sala Constitucional, en su jurisprudencia, estableció que el derecho a la salud tiene cobertura constitucional, que se deriva del derecho a la vida y del derecho a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado. Este derecho, por regla de principio, es de naturaleza prestacional. Además, dentro de la agenda del Tribunal, se le otorgó a los procesos constitucionales de garantías – el amparo-, cuando lo que se alega es una violación al derecho a la salud, alta prioridad, toda vez que, después de los recursos de hábeas corpus -los que se discuten y votan de primeros-, se conocen este tipo de procesos. De ahí que todos los días que el Tribunal sesiona conoce y resuelve recursos de amparo donde los justiciables invocan una vulneración al derecho a la salud, lo que permite afirmar que, en este ámbito, al igual que en la mayoría, en la jurisdicción constitucional se le garantiza al usuario del servicio público de justicia el derecho a una justicia pronta y cumplida o como se le denomina en otras latitudes el derecho a una tutela judicial efectiva

Dicho esto, la primera parte del problema se manifiesta en la mala aplicación del Artículo 9 de la Constitución Política del Perú, que típica lo siguiente: **“El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”**, regulación que en la praxis diaria no se aplica adecuadamente debido que

son muchos los casos de pacientes del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo que se quejan de no tener una atención adecuada ya sea por no tener un acceso oportuno a una cita para un servicio de su salud, por el defectuoso tratamiento de algunos doctores y personal de salud o porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, todo ello conlleva a que el Estado mediante sus diversas políticas haga cumplir con lo estipulado por la Constitución en su artículo 9 y 7, en relación con la Ley General de Salud.

Sin embargo, en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo se observa la vulneración de este Derecho, todo esto explicable, por el maltrato psicológico al paciente por parte del personal de dicho hospital, conjuntamente con las negligencias médicas, las citas médicas programadas a destiempo, la falta de medicamentos, que además, influye de manera directa para la calidad y rápida atención. (Ver anexo 08)

Un punto interesante que se critica, es que las vinculaciones amicales y familiares tienen un alto grado de influencia en la atención, lo que nos lleva a estar frente a actos de discriminación y otros sucesos. En ese sentido se hace visible una urgente necesidad de reajustes de políticas y estrategias para su efectiva protección de tal derecho y su correcta aplicación, presentándose de esta manera **Empirismos Aplicativos**.

La segunda parte del problema consistió en que actualmente lo estipulado en el artículo 9 de la Constitución Política del Perú referente a la política nacional de salud del Estado, que garantizaría un adecuado acceso a los servicios de salud no se viene cumpliendo, todo ello corroborado con casos prácticos de pacientes de la provincia de Chiclayo, siendo así como se origina el **Incumplimiento**.

1.1.1. Situación Problemática

El problema objeto de investigación fue seleccionado teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a. Se tiene acceso a los datos
- b. Su solución contribuye a la solución de otros problemas

- c. Es uno de los que más incidencia social tiene
- d. Afecta positivamente la normatividad vigente
- e. En su solución están interesados las personas en general. (Ver Anexo 1 y 3)

1.1.2. Antecedentes del problema

1.1.2.1. Desde cuando existen o se tienen referencias sobre este tipo de problema

La problemática en torno al derecho a la salud, presenta antecedentes a nivel internacional, nacional y local, mismos que serán desarrollados y se detallarán en los siguientes numerales:

A. En el Mundo:

En **Costa Rica**, se entiende que “el derecho a la salud ha sido derivado del derecho a la vida y a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado por su interrelación con esos derechos, no podemos dejar de lado que este derecho fundamental es un derecho autónomo y con su propio contenido esencial”. (Castillo, 2010)

En México “el derecho a la salud en comunidades indígenas adquiere una relevancia y característica importante al conjugarse una serie de elementos que han hecho que estos pueblos originarios sean vulnerados social, económica y políticamente, en condiciones de desigualdad e inequidad en relación con el resto de la población no indígena, lo que ha conllevado a una grave discriminación y violaciones a sus derechos”. (Amoroz, 2010)

De igual manera Amoro (2010), nos agrega que México ha ratificado diversos tratados, convenios y protocolos en materia de derechos humanos en los que se ha comprometido a proteger, promover, respetar y garantizar una serie de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que contienen estos estándares, como el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC 1966) que en su artículo 12 se refiere al derecho a la salud y especifica: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho a toda persona

al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Rivera, Ubaldo, & Villalobos, 2015, p.61).

“Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para” (Rivera et al., 2015, p.61):

a) “La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (Rivera et al., 2015, p.62);

b) “El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y medio ambiente” (Rivera et al., 2015, p.62);

c) “La prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otras índoles y la lucha contra ellas” (Rivera et al., 2015, p.62).

d) “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (Rivera et al., 2015, p.62).

En Bolivia referente a los derechos fundamentales teniendo en cuenta la jurisprudencia constitucional dado por los miembros del tribunal constitucional de dicho país y que tiene relación con el trabajo de investigación puesto de que realizan un tratamiento doctrinario del derecho a la salud . (Ramírez, 2010)

Así mismo Villena (2012), afirmó que, los Servicios Médicos especializados que brinda el Hospital General de La Paz no cumplen con los requisitos técnicos mínimos de infraestructura necesarios para un Hospital de Tercer Nivel de atención en salud, por lo que no garantizan el acceso al Derecho a la Salud y ponen en riesgo a la población que asiste a este centro hospitalario, así como al personal médico, de enfermería y de servicios, personal que no tiene condiciones básicas para el ejercicio adecuado de sus funciones profesionales.

La problemática descrita es un tema que tiene similitud en los diferentes estados latinoamericanos. Mismo que requiere una atención inmediata por tratarse de un derecho fundamental, que en muchas oportunidades su vulneración recae sobre la dignidad y calidad de vida del ser humano, como en otras ocasiones es más consecuente donde producto de esta misma vulneración el ser humano pierde la vida.

En el País.

“El derecho a la salud significa que el individuo y la colectividad, tienen el derecho de que el Estado se abstenga de todo acto que ponga en riesgo la salud de la persona o de la comunidad” (Yamin, Ríos, & Hurtado, 2002, p.27). “Incluye el derecho a la vida, a la integridad física y mental, a la prohibición de la tortura. Ello requiere de una legislación adecuada que debe estar orientada por los principios del derecho internacional” (Yamin et al., 2002, p.27).

En el ordenamiento constitucional vigente hay una evidente regresión del derecho a la salud al disminuir su calidad de derecho fundamental: en la actual Constitución (1993), el derecho a la salud está ubicado en el capítulo de derechos económicos y sociales y no en el de derechos fundamentales (como estaba en la Constitución de 1979) . (Ríos, 2003, p.14)

“Siendo que en nuestra Constitución este tipo de derechos no son exigibles al Estado, esto se desdice con la doctrina de los derechos humanos y de las normas internacionales suscritas” (Ríos, 2003, p.14).

El Observatorio del Derecho a la Salud de la Comunidad Valenciana (Odu salud) (2013). Ha registrado 450 casos de personas que se han quedado sin atención médica desde el inicio de la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 el 1 de septiembre de 2012, entre ellos menores y enfermos crónicos que no acceden a sus tratamientos. Esta plataforma, en la que participan 49 entidades del ámbito de la salud, servicios sociales y comunitarios de la región, ha instado a la administración a restituir el derecho universal a la salud y a que ponga en marcha medidas para garantizar la atención, especialmente entre los grupos más vulnerables de la sociedad y verifique las consecuencias que medidas como éstas tienen para la salud pública

Así mismo Fluixá (2013), afirmó que **“en este último año se han registrado situaciones graves como la facturación en la atención a menores, procedentes de la Unión Europea y a pacientes crónicos con problemas para acceder a su tratamiento”**.

B. En la Región

“El derecho a la salud consiste en potenciar a las personas para que alcancen el más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social” (Yamin et al., 2002, p.17).

El derecho a la salud en el marco de los derechos humanos es el derecho a los cuidados de salud así como a beneficiarse de condiciones de salubridad, lo que significa implícitamente que la salud del individuo es inseparable del medio humano en el cual vive . (Yamin et al., 2002, p.17)

“Según la Ley General de Salud, la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública es irrenunciable y es su deber intervenir en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad” (Yamin et al., 2002, p.31).

1.1.2.2. Estudios o investigaciones anteriores

a) Estela, J. (2011). En “Proceso de Amparo como mecanismo de tutela de los derechos procesales”. Lima.

Estela, José (2011), ha desarrollado una tesis relacionado al “proceso de amparo como mecanismo de tutela de los derechos procesales” en la Ciudad de Lima. Este autor nos menciona lo siguiente:

Su objetivo fue demostrar que “la demanda respondía a una actuación maliciosa de parte del recurrente o a una mala comprensión sobre el contenido esencial de los derechos fundamentales y al objeto de protección de los procesos constitucionales” (Estela, 2011, p.09).

En tanto concluye señalando que, “las numerosas demandas de amparo interpuestas contra resoluciones judiciales firmes expedidas en procesos ordinarios y constitucionales que han sido emitidas vienen atentando contra una serie de derechos procesales reconocidas en la Constitución Política del Estado,

tales como el debido proceso (artículo 139.3), motivación escrita de las resoluciones judiciales (artículo 139.5), cosa juzgada (artículo 139.13) y defensa (artículo 139.14), entre otros que han sido subsumidos en la categoría de tutela procesal efectiva, conforme reconoce el artículo 4 del Código Procesal Constitucional”. (Estela, 2011, p.11)

b) Zúñiga, A. (2011). ARTÍCULO: “El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria”. Santiago de Chile.

En ese mismo orden, señalamos a Zúñiga (2011). Señala que “la Constitución regula el derecho a la protección de la salud en el artículo 19 N° 9, imponiendo al Estado la obligación de resguardar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, así como la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud” (Zúñiga, 2011, p.41). “Reconoce, a continuación, el derecho a elegir el sistema de salud, estatal o privado, al que acogerse, siendo este último inciso el único que podría garantizarse por la vía judicial, a través del Recurso de Protección” (Zúñiga, 2011, p.41).

1.1.3. Formulación interrogativa del problema

En cuanto a la formulación interrogativa de la investigación hay que desarrollarla en base a las dos variables del problema identificado, mismas que se señalan en las siguientes líneas:

A. Empirismos aplicativos

- a) ¿Cuáles son los planteamientos teóricos en torno al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015?
- b) ¿Los responsables conocen y usan bien estos planteamientos?
- c) ¿Los responsables conocen y aplican bien las normas que regulan esta problemática?
- d) ¿Cuáles son y en qué medida se dan estos empirismos aplicativos?
- e) ¿Cuáles son las causas de estos empirismos aplicativos?

B. Incumplimientos

- a) ¿Cuáles son las normas que deberían cumplirse?
- b) ¿Cumplen con todas estas disposiciones normativas?
- c) ¿Algunas normas se están incumpliendo?
- d) ¿Si existe incumplimiento, cuáles y respecto a que se dan?
- e) ¿Cuáles son las causas de los incumplimientos?

1.1.4. Justificación e importancia del problema

Con esta investigación se busca realizar un estudio en torno a la efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015. A fin de poder encontrar una propuesta que contenga solución a este problema identificado.

Además, es necesario debido a que la salud en las personas en un aspecto primordial para el Estado, es por ello que nuestra constitución política en su art. 9 define que sea el Estado de diseñar la política de Salud, pero vemos que ésta viene siendo inadecuada puesto de que los hospitales vienen teniendo una serie de problemas que influye en los pacientes y por ende en su salud.

Por otro lado la investigación beneficia a todas las personas en el sentido de que tengan una mayor protección y atención a su salud, así como también un acceso equitativo a los servicios de salud, derecho fundamental que se debe cumplir cabalmente puesto de que su mala aplicación afectaría la integridad física, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad

Finalmente agregar que esta investigación está a disposición de quienes tengan interés por el desarrollo de este tipo de problemáticas.

1.1.5. Limitaciones y restricciones de la investigación

Como toda investigación, en la presente investigación se presentaron ciertas limitaciones, las mismas que se detallan a continuación:

- a) El acceso a datos para la presente investigación es limitado

- b) El periodo de estudio de la presente investigación corresponde a los años 2015
- c) El estudio se realizará en el Hospital Almanzor Aguinaga por ser el lugar de estudio

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

La presente investigación busca realizar un estudio referido al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 a fin de desarrollar un Marco referencial conciso que integre los teorías, principios, normas y jurisprudencia relacionados directamente con la problemática mediante un análisis cualitativo a fin de realizar en análisis respectivo, con intención de identificar las causas del problema, de tal manera que tengamos base para proponer lineamientos para una mejor interpretación de los alcances del artículo 9 de la Constitución Política del Perú.

1.2.2. Objetivos específicos

De la forma en que se logre el cumplimiento total del objetivo general, se plantea los siguientes como objetivos específicos:

- a) Desarrollar el marco referencial en torno referido al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.
- b) Comparar cuantitativamente, con el apoyo de programas computarizados las causas de la problemática con respecto a cada parte del marco referencial.
- c) Analizar cada una de las partes de las variables del problema e identificar sus causas
- d) Proponer lineamientos para una mejor interpretación de los alcances del artículo 9 de la Constitución Política del Perú, que incluyan la supervisión, capacitación y que la estabilidad laboral de los trabajadores dependa mucho de la mejora del servicio de Salud, trabajándose en base a escalas.

1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis Global

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 se vio afectada por el hecho de que existe una mala aplicación del artículo 9 de la Constitución, en cuanto en la praxis diaria son muchos los casos diarios en los que pacientes de ESSALUD se quejan de no tener una atención adecuada ya sea por no tener un acceso oportuno a una cita para un servicio de su salud, por el defectuoso tratamiento de algunos doctores y personal de salud o porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, todo ello conlleva a que el Estado mediante sus diversas políticas haga cumplir con lo estipulado por la Constitución en su artículo 9 y 7, en relación con la Ley General de Salud, lo cual viene provocando una inadecuada protección al derecho a la salud de las personas en general.

1.3.2. Sub hipótesis.

- a) Se advirtieron Empirismo Aplicativos debido a la mala aplicación de la Política Nacional de Salud, debiendo proponerse lineamientos para una mejor interpretación de los alcances del artículo 9 de la Constitución Política del Perú.

Fórmula : -X1; -A1; -B1; -B2

Arreglo 1 : -X, A,-B

- b) Existieron Empirismos Aplicativos referidos al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, debido a casos de pacientes del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo que se quejan de no tener una atención adecuada en ese nosocomio, ya sea por no tener un acceso oportuno a una cita para un servicio de su salud, por el defectuoso tratamiento de algunos doctores y personal de salud o porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, por lo que el Estado debería supervisar si se está llevando a cabo una correcta protección del derecho a la salud, debiendo aprovecharse satisfactoriamente la jurisprudencia.

Fórmula : - X1; -A1; -B1; - B2; -B3

Arreglo 2 : -X, A, -B

- c) Se advirtieron Incumplimientos debido a que no se cumple con la debida protección del derecho a la salud por parte del Estado, en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, debiendo proponerse una constante supervisión y debida aplicación de la política de salud.

Fórmula : -X2; -A2; -B2, -B3

Arreglo 4 : -X, A; -B

- d) Existieron Incumplimientos referidos al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, hecho que puede solucionarse de manera satisfactoria aprovechando la jurisprudencia nacional.

Fórmula : -X2; -A2; -B1; - B2; -B3

Arreglo 4 : -X, A; -B

1.4. VARIABLES.

1.4.1. Identificación de las variables.

Dado las cruces de las variables que consideran las sub-hipótesis, para obtener los datos que al ser tabulados y mostrados como informaciones con respecto a las cuales se formulan apreciaciones descriptivas que luego son calificadas e interpretadas en el análisis para presentarlas integradas y resumidas como apreciaciones resultantes del análisis, que al usarse como premisas permitan contratar cada sub hipótesis con las que están directamente relacionadas, en la presente investigación se requerirá obtener los datos de los dominios de los siguientes valores:

A = Variables de la realidad.

A1 = Responsables

A2 = Comunidad Jurídica

~B= Variables del marco referencial.

~B₁ = Planteamientos Teóricos

~B₂ = Normas

~B₃ = Jurisprudencia

~X= Variables del problema

~X₁ = Empirismos Aplicativos

~X₂ = Incumplimientos

1.4.2. Definición de las variables.

A1=Responsables

“Pertenece al dominio de esta variable, todos los datos que en común tienen la propiedad de explicar lo referente a las personas que deben llevar a cabo distintas acciones (planificar, organizar y ejecutar) para el logro de un objetivo o también personas obligadas a cumplir ciertas tareas o asumir ciertas funciones para el logro de objetivos”. (Chiavenato, 2000)

A2 = Comunidad jurídica.

Según Cabanillas (2002) “Pertenece al dominio de esta variable todos los datos que en común tienen los abogados y docentes universitarios que tienen relación con el estudio sobre: El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015”.

~B1 = Planteamientos teóricos.

Según Caballero, (2002) “Pertenece al dominio de esta variable, todos los datos que en común tienen el atributo de explicar lo referente a Una imagen mental de cualquier cosa que se forma mediante la generalización a partir de casos particulares como por ejemplo, una palabra o un término”.

~B2 = Normas.

Según Milla, (1998) “Pertenece al dominio de esta variable, todos los datos que en común tienen el atributo de explicar lo referente a la norma o regla jurídica es un esquema o programa de conducta que disciplina la convivencia social, en lugar y momento determinados, mediante la prescripción de derechos y deberes, cuya observancia puede ser impuesta coactivamente”.

~B3 = Jurisprudencia.

Según Cabanellas (2001) “Pertenecieron al dominio de esta variable, todos los datos que en común tienen como atributo ser el conjunto de sentencias que determinan un criterio acerca de un problema jurídico omitido u oscuro en los textos positivos o en otras fuentes del derecho o también “resoluciones emitidas por el órgano jurisdiccional”. (p. 221)

~X1 = Empirismos Aplicativos.

Según caballero (2014) “Pertenece al dominio de esta variable, todos los datos que en común tienen la cualidad de explicitar si un investigador encuentra que un planteamiento teórico que debería conocerse y aplicarse bien; en una parte de la realidad concreta, no lo conocen o aplican mal, entonces se ha identificado un problema de tipo de: Empirismos Aplicativos”. (p.122)

~X2 = Incumplimientos

Pertenece al dominio de esta variable, todos los datos que en común tienen la propiedad de explicitar lo referente . Para el Diccionario de Ciencias Jurídicas Política y Sociales (1994) “todas las normas que la entidad debe cumplir se cumplen en la realidad operativa de esa entidad; entonces no hay problema; pero basta que una norma sea incumplida para que exista problema; y, debemos nombrarlo, como incumplimiento”. (p. 507)

1.4.3. Clasificación de las variables.

Variables	Clasificaciones						
	Por relación causal	Por cantidad	Por la jerarquía				
			4	3	2	1	0
A= De la Realidad A1= Responsables A2= Comunidad Jurídica	Interviniente Interviniente	Cantidad Discreta No cantidad	$\overline{\text{T Ex}}$ T Ex	$\overline{\text{M Ex}}$ M Ex	$\overline{\text{Ex}}$ Ex	$\overline{\text{P Ex}}$ P Ex	$\overline{\text{N Ex}}$ N Ex
B= Del Marco Referencial -B1=Planteamientos Teóricos -B2= Normas. -B3= Jurisprudencia	Independiente Independiente Independiente	No cantidad Cantidad Discreta No cantidad	TA $\overline{\text{T Ap}}$	MA $\overline{\text{MAp}}$	A $\overline{\text{Ap}}$	PA $\overline{\text{P Ap}}$	NA $\overline{\text{N Ap}}$
-X= Del Problema -X1= Empirismos Aplicativos -X2=Incumplimientos	Dependiente Dependiente	Cantidad Discreta Cantidad Discreta	— —	— —	— —	— —	— —

Leyenda:

T	= Totalmente	Ex	= Exitosas
M	= Muy	A	= Aplicables
P	= Poco	C	= Cumplidos
N	= Nada	Ap	= Aprovechables

1.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS

1.5.1. Tipo de Investigación

- **Según su finalidad:** Investigación Aplicada.
- **Según su alcance temporal:** Transversal.
- **Según su carácter:** Cuantitativa - Cualitativa.
- **Según su profundidad:** Descriptiva - Explicativa.

1.5.2. Tipo de Análisis

El tipo de análisis es mixto, predominantemente cuantitativo, pero con calificaciones o interpretaciones cualitativas

1.6. DISEÑO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN COMO DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Universo de la Investigación

El universo de la presente investigación comprende a la sumatoria de todos los datos de los dominios de todas las variables que se han identificado en el numeral 4.1, es decir sobre la identificación de las variables, las cuales son: responsables, comunidad jurídica, conceptos básicos, normas, jurisprudencia, empirismos aplicativos e incumplimientos

1.6.2. Técnicas, Instrumentos e Informantes o Fuentes de Recolección de Datos

- **La técnica del análisis documental**

Utilizando, como instrumentos de recolección de datos: fichas textuales y resumen; teniendo como fuentes libros y documentos de la institución; que usaremos para obtener datos de los dominios de las variables: conceptos básicos, normas y jurisprudencia; responsables y comunidad jurídica

- **La técnica de la encuesta**

Utilizando como instrumento un cuestionario; que tendrá como informantes a los Responsables y comunidad jurídica

1.6.3. Población y Muestra

1.6.3.1. Población

Debido a que la población de informantes para el cuestionario son: Los Responsables y la comunidad jurídica.

1.6.3.2. Muestra

En nuestro departamento, conformados por un promedio de 120 personas, se les aplicarán las guías a todos ellos.

- **Personal de Es salud** (10 personas)
- **Pacientes de Es salud** (40 personas)
- **Abogados especializados en derecho constitucional** (70 personas)

1.6.4. Forma de Tratamiento de los Datos

Los datos obtenidos mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos antes indicados, recurriendo a los informantes o fuentes también ya indicados; serán incorporados o ingresados al programa computarizado Microsoft Excel; y con él se harán cuando menos, los cruces que consideran las sub-hipótesis; y, con precisiones porcentuales, ordenamiento de mayor a menor, y cronológico, serán presentados como informaciones en forma de cuadros, gráficos, etc.

1.6.5. Forma de Análisis de la Información

Con respecto a las informaciones que se presentarán como resúmenes, cuadros, gráficos, etc., se formulan apreciaciones objetivas. Las apreciaciones correspondientes a informaciones del dominio de variables que han sido cruzadas en una determinada sub hipótesis, estas serán usadas como premisas para contrastar esa sub hipótesis

El resultado de la contrastación de cada sub hipótesis (que pueda ser prueba total, prueba parcial, disprueba parciales o disprueba total) dará base para formular

una conclusión parcial (es decir que tendremos tantas conclusiones, parciales como sub hipótesis hayamos planteado). Las conclusiones parciales, a su vez, se usan como premisas para contrastar la hipótesis global

El resultado de la contrastación de la hipótesis global, (que también puede ser prueba total, prueba y disprueba parciales o disprueba total) nos dará base para formular la conclusión general de la investigación

Las apreciaciones y conclusiones resultantes del análisis, fundamentarán cada parte de la propuesta de solución al problema nuevo que dio lugar al inicio de la investigación

CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEORICO

2.1.1. Sub Capítulo I: Principios y Elementos del Derecho a la Salud.

2.1.1.1. Principios.

El derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

a) Universalidad.

“Los residentes en el territorio peruano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida” (Navarro, 2010, p. 135)

b) Pro homine.

“Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas” (Navarro, 2010, p. 135)

c) Equidad.

“El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección” (Martínez, 1997, p. 62)

d) Continuidad.

“Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas” (Navarro, 2010, p. 136)

e) Oportunidad.

“La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones” (Navarro, 2010, p. 136)

f) Prevalencia de derechos.

“El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política” (Navarro, 2010, p. 136)

g) Progresividad del derecho.

“El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud”. (Martínez, 1997, p. 63)

h) Libre elección.

“Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud” (Martínez, 1997, p. 63)

i) Sostenibilidad.

“El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de salud” (Noguera, 2009, p. 33)

j) Solidaridad.

“El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades” (Martínez, 1997, p. 63)

k) Eficiencia.

“El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población”; (Martínez, 1997, p. 64)

I) Interculturalidad.

“Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”. (Navarro, 2010, p. 137)

2.1.1.1. Elementos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a. Disponibilidad:

“Se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos de salud, recursos humanos (considerando médicos, profesionales, técnicos y personal de salud capacitados) y programas, que incluyan los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas” (Antan, 2014, p. 62).

b. Accesibilidad

“Significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud se encuentren accesibles a todos, haciendo hincapié en los sectores más vulnerables y marginados de la población” (Antan, 2014, p. 62)

Lo anterior implica:

Accesibilidad física: “Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, así mismo los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable deben ser de acceso intradomiciliario o encontrarse a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales”. (Antan, 2014, p. 62)

Accesibilidad económica (asequibilidad): “Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la

salud deberán basarse en el principio de la equidad y ser proporcionales a los ingresos financieros de los hogares” (Antan, 2014, p. 62)

Acceso a la información: “Comprende el derecho del paciente a recibir y solicitar toda la información necesaria sobre su situación y el tratamiento que recibirá. Involucra también el derecho a recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Sin embargo el acceso a la información no debe menoscabar el derecho a la confidencialidad de los datos personales”. (Antan, 2014, p. 63)

c. Aceptabilidad

Según Antan (2014) el principio de aceptabilidad consiste en que “todos los pacientes tienen el derecho de aceptar o no el tratamiento que propone el personal médico, además que los establecimientos de salud deberán respetar la ética médica y deberán ser sensibles en los requisitos de género y ciclo de vida”. (p. 64)

d. Calidad.

“Los establecimientos, servicios, equipamiento e insumos de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad; el personal debe estar capacitado; y debe contar con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas” (Antan, 2014, p. 64). “Es parte de la calidad de los servicios de salud, el trato respetuoso, adecuado y oportuno a las personas que demandan atención” (Antan, 2014, p. 64).

2.1.2. Sub Capítulo II: Derecho a la salud.

2.1.2.1. Conceptos acerca de la Salud.

La Constitución de La Organización Mundial de la Salud (1948) ofrece una definición en términos positivos: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Haciéndose a lo físico, a lo mental y a lo social; sin embargo se entiende la salud como algo estático y se asume como un fin; esta definición ha sido criticada por utópica”.

Por otro lado, René (1959) se plantea el tema de salud como: “un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”. (p.71)

Herbert Dunn citado por Málaga (2005) presenta una definición más compleja, la salud como: “Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social”. (p. 40)

La salud ha sido vista también “como un proceso, como una capacidad o disposición para vivir de forma autónoma, solidaria y con capacidad para la alegría, para el gozo”; o como “El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (Salleras, 1985, p.71).

A nivel colectivo o social, tenemos que hacer referencia al concepto de salud pública. Winslow (1920) definió la salud pública como: “La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (p. 171)

De otro lado, Málaga (2005), “propone algunas modificaciones al concepto de salud pública: La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante

esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". (p.42)

Según algunos autores como Frenk & Málaga (2006) "el término *salud pública* tendría a grandes rasgos, cinco connotaciones: 1) Equiparación del adjetivo pública con la acción gubernamental, 2) Inclusión de la participación del Estado y de la comunidad, 3) Identificación de la salud pública con los llamados servicios personales de salud, 4) Ampliación del tercero, añadiendo serie de servicios personales. 5) Referencia a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad en la población". (p.82)

"Finalmente, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud enumera como pre requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad" (Valbuena, 2010, p.25). "En esta Carta se afirma que cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos pre requisitos" (Valbuena, 2010, p.25).

2.1.2.2. Reconocimiento del derecho a la salud como derecho autónomo.

"Uno de los primeros temas a los que se enfrentó el Tribunal al delinear los alcances del derecho a la salud fue el relacionado con su carácter de derecho fundamental" (Leon, 2014, p.393).

Aun cuando la Constitución de 1993 expresamente prescribe que todos tienen derecho a la protección de su salud, el Tribunal fue receptor de alguna jurisprudencia comparada que solo reconoce el carácter ius-fundamental del derecho

a la salud cuando este se encuentra engarzado con el derecho a la vida o a la integridad física . (León, 2014, p. 393)

Sentencia N° 5842-2006-PHC/TC: “Esta postura queda registrada tempranamente, por ejemplo, en el caso Juan Islas Trinidad y otros, o en el caso del Penal de Challapalca, donde el Tribunal ubica este derecho en la cláusula de los derechos innominados merced a su vinculación con el derecho a la vida, a la integridad y a la dignidad de la persona. Posteriormente ratifica este criterio en el caso Azanca Alhelí Meza García, donde a pesar de que se desarrolla este derecho en el marco más amplio de la dogmática de los derechos sociales, su carácter ius-fundamental solo lo reconoce cuando están en juego otros derechos fundamentales, básicamente la vida. Sin embargo, en el caso José Luis Correa Condori, el Tribunal reconoce tímidamente que el derecho a la salud tiene una categoría ius-fundamental autónoma, aunque persiste en el criterio de que dicha fundamentalidad depende en una importante medida de su relación con el derecho a la vida. Finalmente, en el caso Internos de la Sala de Hospitalización de Adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, el Tribunal hace una inflexión de su jurisprudencia y sienta el criterio definitivo de que el derecho a la salud goza de un grado de autonomía ius-fundamental que no depende de su relación con el derecho a la vida u otros derechos fundamentales, puesto que el referido derecho contiene exigencias propias”. (Leon, 2014, p.394)

2.1.2.3. Fundamento del derecho a la salud

“El Tribunal ha encontrado, al margen de su reconocimiento positivo, que el derecho a la salud supone una facultad principalísima en el ordenamiento jurídico dada su centralidad para el propio individuo como para la sociedad en su conjunto” (Leon, 2014, p.397).

Así, el TC ha engarzado su carácter fundamental, en primer lugar, no solo con la importancia de la salud para preservar la propia vida en condiciones

dignas, sino con la necesidad de maximizar su protección como condición para el ejercicio pleno y real de la autonomía personal . (Leon, 2014, p.397)

“En este contexto, no solo ha sustentado la necesidad de entregar tratamiento antirretroviral para personas de escasos recursos con el objeto de que puedan enfrentar su enfermedad en condiciones dignas (caso Azhanca Alhelí, STC 2945-2003-PA/ TC, FJ. 22), sino que ha fundamentado la presencia de una obligación especial del Estado de priorizar la atención en salud a las personas en condiciones de pobreza y pobreza extrema, dada no solo la dificultad de estas personas de preservar su salud por sí mismas, sino también la dificultad de alcanzar una verdadera autonomía por consecuencia de los costos excesivos a los que se ven sometidos ante la ocurrencia de una enfermedad (STC 0033-2010-PI/TC, FJ. 15)”. (Leon, 2014, p.397)

“En dicha línea, el Tribunal parece asumir la tesis imperante en el Derecho Internacional de que el derecho a la salud no es solo un derecho a un mínimo que permita evadir situaciones de inhumanidad, sino un derecho a las mejores condiciones posibles que permitan a las personas ejercer su autonomía de modo pleno”. (Leon, 2014, p.397)

“En términos generales, el TC ha establecido que como ya se ha expuesto, la moderna concepción de los derechos sociales implica que no solo constituyan obligaciones de hacer del Estado, sino de toda la sociedad en su conjunto; por ello, la doctrina ha empezado a denominarlos ‘deberes de solidaridad’. En una sociedad democrática y justa, la responsabilidad por la atención de los más necesitados no recae solamente en el Estado, sino en cada uno de los individuos en calidad de contribuyentes sociales. Es así como adquieren mayor sentido las sanciones jurídicas frente al incumplimiento de estos deberes, por ejemplo, las sanciones que se imponen ante la omisión del pago de impuestos, pues justamente a través de ellos se garantiza la recaudación y una mayor disponibilidad presupuestal para la ejecución de planes sociales”. (Leon, 2014, p.399) (STC 2945-2003-AA/TC, fojas. 23-24)

“Es por estas razones que el Tribunal estableció en el caso del Aseguramiento Universal en Salud que el Estado podía legítimamente comprometer a la sociedad en su conjunto en el objetivo de incrementar los recursos globales para el sistema de salud, de modo que se superen las brechas de integralidad en el acceso a los servicios médicos y la atención de enfermedades de alto costo para las personas con menos recursos”. (Leon, 2014, p.399) (STC 0033-2010-PI/TC, fojas. 47)

2.1.2.4. Relación con otros derechos fundamentales

“En el derecho internacional de los derechos humanos se reconoce ampliamente el principio de interdependencia de los derechos humanos, de acuerdo con el cual la vigencia de algún derecho humano depende, a su vez, de la protección de diversas manifestaciones de otros derechos humanos, por lo que en puridad no es admisible plantear divisiones u oposiciones entre grupos diferentes de derechos. En el caso del derecho a la salud, el Tribunal ha reconocido la interrelación del derecho a la salud con otros derechos fundamentales, de cuya vigencia depende finalmente el goce integral y adecuado de este derecho fundamental”. (Leon, 2014, p.403) (STC 0033-2010-PI/TC, fojas. 34)

“Así por ejemplo, ha establecido la relación estrecha entre el derecho a la salud y el derecho al medioambiente adecuado y equilibrado; en el caso de la población contaminada con plomo en La Oroya, se determinó que los niveles elevados de plomo en la sangre de estos pobladores, en especial de niños y madres, se debía sustancialmente a la grave contaminación del aire producto de la actividad minera. En este contexto, se determinó que el Ministerio de Salud era responsable de la elaboración de los estudios necesarios para definir la línea base a partir de la cual se implemente un sistema de atención que permita a las personas superar los problemas de salud ocasionados por el plomo, además de elaborar el plan más adecuado para la recuperación de la calidad del aire en la ciudad de La Oroya (Caso Pablo Miguel Fabián Martínez, recuperado en la

Sentencia del Tribunal Constitucional N° 2002-2006-PC/TC)". (Leon, 2014, p.403)

“Por otro lado, el Tribunal dejó sentado que otro elemento indispensable para un adecuado goce del derecho a la salud es la provisión del agua potable, el que debido a su importancia y a su conexión con el principio de dignidad de la persona debe ser reconocido también como un derecho fundamental autónomo contenido en la cláusula de los derechos innominados, previstos en el artículo 3 de la Constitución, es así que el Tribunal razonó pues en este caso de la siguiente manera: El agua potable, como luego se verá, constituye un elemento indispensable para la vida y para la salud de la persona, por lo que su provisión constituye una condición *mínima* de su existencia. Tal condición mínima se debe a que con ella se provee el elemento insustituible, indispensable y básico para la ingesta de líquidos, la preparación de alimentos y para el aseo, aspectos estos que forman lo que puede denominarse como el «elemento básico» para el goce de un mínimo de salud. Por ello, la suspensión del servicio de agua ha de ocasionar una alteración y un perjuicio grave del estado de salud. En tal sentido, la cláusula analizada constituye una afectación grave del derecho fundamental a la salud”. (Leon, 2014, p.403) (STC 6534-2006-PA/TC, fojas 9).

2.1.2.5. Aspectos fundamentales del derecho a la salud

- **El derecho a la salud es un derecho inclusivo.**

“Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho a la salud, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales refiere que: Frecuentemente asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina factores determinantes básicos de la salud, que son los siguiente: Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas; alimentos aptos

para el consumo; nutrición y vivienda adecuadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; y, igualdad de género”. (Málaga, 2005, p. 32)

“El derecho a la salud 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”. (Málaga, 2005, p. 32)

“El derecho a la salud comprende algunos derechos. Esos derechos incluyen los siguientes: El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todas iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud; El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas; El acceso a medicamentos esenciales; La salud materna, infantil y reproductiva; El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos; El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud; y, La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional”. (Málaga, 2005, p. 33)

Por otro lado, Málaga (2005) afirma que: “deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación. La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisiva para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud”. (p. 33)

Siendo así, para una buena aplicación de la política de salud según Málaga (2005) debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- “Todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad” (Málaga, 2005, p. 33-34).
- “Cada Estado debe tener disponibles un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos” (Málaga, 2005, p. 33-34).

- “Deben ser físicamente accesibles (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables), y también desde el punto de vista económico, sin discriminación alguna. La accesibilidad también comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible (para todos, incluidas las personas con discapacidad), pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad” (Málaga, 2005, p. 33-34).
- “Los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados. En otras palabras, deben ser aceptables desde el punto de vista médico y cultural” (Málaga, 2005, p. 33-34).
- “Por último, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Ello requiere entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas” (Málaga, 2005, p. 33-34).

2.1.2.6. Justiciabilidad del Derecho a la Salud.

“Actualmente el derecho a la salud se ha movido entre dos enfoques: En América Latina, la reforma del Estado se ha presentado en los años ochenta orientada hacia el ajuste y en los noventa hacia la sustentación técnica de las propuestas, sin embargo, las líneas gruesas de la estrategia se han mantenido articuladas por la disminución del papel del Estado en lo social y por una nueva concepción de política social y de derechos centrada en: 1) la responsabilidad individual, 2) la rentabilidad de servicios y 3) el mercado como agente en la asignación de recursos. Estas directrices han guiado el proceso de reforma de la salud en América latina, promovidas por el Banco Mundial y condicionadas por los préstamos de los organismos financieros multilaterales. Los efectos de la reforma a la salud han sido negativos: 1) aumento de la segmentación en el

acceso a los servicios, 2) profundización de inequidades socio-sanitarias y 3) abandono de las funciones estatales en salud pública”. (Valbuena, 2010, p.26)

“Por su parte, el enfoque de la salud dentro del marco de los derechos sociales como derechos humanos fundamentales, no ha sido dominante” (Valbuena, 2010, p.27).

Basada en los instrumentos jurídicos internacionales, esta tendencia incorpora las características y los principios rectores de los derechos humanos, que son: 1) Universalidad y accesibilidad en la asistencia sanitaria. 2) Indivisibilidad e interdependencia, que suponen el reconocimiento y el disfrute de otros derechos sociales. 3) Dimensión individual y colectiva. 4) Progresividad e irreversibilidad, que implican una inversión estatal sistemática y el no retroceso en los logros alcanzados. 5) Irrenunciabilidad, porque ningún ser humano puede renunciar a sus derechos fundamentales. 6) Gratuidad, entendida como la no sujeción a restricciones económicas para el acceso y la equidad. 7) Contenido: los FDBS. y el CME como un piso y no un techo. 8) Provisión de recursos jurídicos, rápidos, eficaces y sencillos al alcance de la población para reclamar ante el Estado el cumplimiento de ese derecho . (Valbuena, 2010, p.27)

“El derecho a la salud como derecho fundamental, se refrenda con la consagración en el artículo 12 del Pacto, de la salud como un *derecho humano fundamental*” (Valbuena, 2010, p.27).

En esta última perspectiva, precisaríamos con Morales citado por Málaga (2005), que: “Por Justiciabilidad del derecho a la protección de la salud, se entiende la posibilidad de que sus titulares (por sí o por terceros) puedan accionar judicialmente ante la afectación de su propio derecho, de modo que su incumplimiento produzca o actualice consecuencias normativas, que pueden ser: la imposición coactiva de la conducta debida; la imposición de sanciones (de diversa índole); y el resarcimiento del daño causado por la violación del derecho”. (p.40)

Morales (2002) entiende el derecho a la salud como “derecho fundamental, caracterizado como un auténtico derecho público subjetivo que permite a su titular exigir su cumplimiento, o un resarcimiento ante su violación, lo que implica la posibilidad de que las contravenciones al derecho a la protección de la salud indefectiblemente produzcan consecuencias jurídicas”. (p.33)

2.1.2.7. Falsas ideas muy comunes acerca del derecho a la salud.

Según Bustamante (2014) considera que “el derecho a la salud no es lo mismo que el derecho a estar sano, un error muy común es creer que el Estado debe garantizarnos buena salud. Sin embargo, la buena salud depende de varios factores que quedan fuera del control directo de los Estados, por ejemplo, la estructura biológica y la situación socioeconómica de las personas. El derecho a la salud hace más bien referencia al derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización. Por ello, describirlo como el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental es más exacto que como un derecho incondicional a estar sano”. (p.42).

Asimismo, Bustamante (2014) refiere que “el derecho a la salud no es sólo un objetivo programático a largo plazo. El hecho de que la salud deba ser un objetivo programático tangible no significa que no se deriven de él obligaciones inmediatas para los Estados. En efecto, éstos deben hacer todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para hacer efectivo el derecho a la salud, y adoptar medidas en ese sentido sin demora. A pesar de las limitaciones de recursos, algunas obligaciones tienen un efecto inmediato, por ejemplo garantizar el derecho a la salud sin discriminatoria alguna y elaborar leyes y planes de acción específicos u otras medidas análogas a efectos de la plena realización de este derecho, como con cualquier otro derecho humano. Los Estados también deben garantizar un nivel mínimo de acceso a los componentes materiales esenciales del derecho a la salud, por ejemplo, el suministro de

medicamentos esenciales y la prestación de servicios de salud materna infantil”. (p.42-43)

“Las dificultades económicas de un país NO le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud” (Bustamante, 2014, p. 43). “A menudo se afirma que, cuando no pueden permitírselo, los Estados no están obligados a adoptar medidas para garantizar el disfrute de este derecho, o pueden demorar indefinidamente el cumplimiento de sus obligaciones” (Bustamante, 2014, p. 43). “Cuando se examina el disfrute efectivo de ese derecho en un Estado determinado siempre se tienen en cuenta la disponibilidad de recursos en ese momento y el contexto de desarrollo” (Bustamante, 2014, p. 43). “Sin embargo, ningún Estado puede justificar el incumplimiento de sus obligaciones por falta de recursos. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos sean escasos” (Bustamante, 2014, p. 43). “Es cierto que las medidas pueden depender del contexto específico, pero todos los Estados deben procurar cumplir sus obligaciones de respeto, protección y realización” (Bustamante, 2014, p. 43).

2.1.2.8. El vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos

Refiere Bustamante (2014) sobre “el vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos, que: Los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y están relacionados entre sí, lo cual significa que el no reconocimiento del derecho a la salud a menudo puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo, el derecho a la educación o al trabajo, y viceversa”. (p.44)

Asimismo Bustamante (2014) indica “la relación y/o vínculos entre el derecho a la salud y el derecho al agua, considerando que: La mala salud se asocia con la ingestión de agua no potable o el contacto con ella, la falta de agua limpia (lo

que está relacionado con una higiene inadecuada), la falta de servicios de saneamiento, y una mala gestión de los recursos y los sistemas hídricos, en particular en la agricultura. La mayoría de las enfermedades diarreicas que se registran en el mundo pueden atribuirse al agua insalubre y a un saneamiento e higiene inadecuados. Es fácil advertir la interdependencia de los derechos en el contexto de la pobreza. La salud puede ser para las personas que viven en condiciones de pobreza el único activo del que disponen para ejercer otros derechos económicos y sociales, como el derecho al trabajo o el derecho a la educación. La salud física y mental permite a los adultos trabajar y a los niños aprender, mientras que la mala salud es un lastre para los propios individuos y para quienes deben cuidar de ellos. Ahora bien, el derecho a la salud no puede realizarse si la persona no disfruta de sus otros derechos, cuya conculcación es la causa básica de la pobreza, por ejemplo, los derechos al trabajo, a la alimentación, a la vivienda y a la educación, y el principio de no discriminación”. (p.44-45)

2.1.2.9. ¿Cómo se aplica el principio de no discriminación al derecho a la salud?

“La discriminación es cualquier distinción, exclusión o restricción, hecha por diversas causas, que tiene el efecto o el propósito de dificultar o impedir el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008, p.09). “Está relacionada con la marginación de determinados grupos de población y por lo general es la causa básica de las desigualdades estructurales fundamentales existentes en la sociedad” (OMS, 2008, p.09). “A su vez, esa situación hace a esos grupos más vulnerables a la pobreza y la mala salud. No debe sorprender que los grupos tradicionalmente discriminados y marginados a menudo padezcan un número desproporcionado de problemas de salud” (OMS, 2008, p.09).

Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que, en algunas sociedades, las minorías étnicas y los pueblos indígenas tienen acceso a un menor número de servicios de salud, reciben menos información sanitaria y es menos probable que dispongan de una vivienda adecuada y de agua potable, y sus hijos registran una tasa de mortalidad más elevada y padecen malnutrición más grave que la población en general . (OMS, 2008, p.09)

“La no discriminación y la igualdad son principios fundamentales de los derechos humanos y elementos decisivos del derecho a la salud” (OMS, 2008, p.09).

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (párrafo 2 del artículo 2) y la Convención sobre los Derechos del Niño (párrafo 1 del artículo 2) se enuncian los siguientes motivos no exhaustivos de discriminación: raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, discapacidad, nacimiento o cualquier otra condición social . (OMS, 2008, p.09)

“De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *otra índole* puede incluir el estado de salud (por ejemplo VIH/SIDA) o la orientación sexual” (OMS, 2008, p.10). “Los Estados tienen la obligación de prohibir y eliminar la discriminación en todas sus formas y garantizar a todos el acceso a la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud en condiciones de igualdad” (OMS, 2008, p.10).

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5) también proclama que los Estados deben prohibir y eliminar la discriminación racial y garantizar el derecho de toda persona a la salud pública y la asistencia médica . (OMS, 2008, p.10)

La no discriminación y la igualdad también significan que los Estados deben reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de los grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de la

salud, por ejemplo, tasas de mortalidad más altas o una mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades . (OMS, 2008, p.10)

“La obligación de garantizar la no discriminación requiere la aplicación de normas de salud específicas a determinados grupos de población, como mujeres, niños o personas con discapacidad” (OMS, 2008, p.10). “La adopción de medidas positivas de protección son especialmente necesarias cuando determinados grupos de personas han sido permanentemente discriminados por los Estados partes o por los agentes privados” (OMS, 2008, p.10). Siendo así, “con arreglo a los mismos criterios, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido claramente que es injustificable la falta de protección legal o de hecho de los miembros vulnerables de la sociedad contra la discriminación en el sector de la salud” (OMS, 2008, p.10). “Incluso en situaciones de limitación grave de recursos, es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad, por ejemplo, mediante la aprobación de programas especiales de costo relativamente bajo” (OMS, 2008, p.10).

2.1.2.10. El derecho a la salud en las normas internacionales de derechos humanos.

Bustamante (2014), manifiesta lo siguiente: “El derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud es un derecho humano reconocido por el derecho internacional relativo a los derechos humanos”. (p. 88)

“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” (OMS, 2008, p.12). “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” (OMS, 2008, p.12).

Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12, regula lo siguiente:

1. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (OMS, 2008, p.12).
2. “Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para” (OMS, 2008, p.12):
 - a) “La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (OMS, 2008, p.13).
 - b) “El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente” (OMS, 2008, p.13).
 - c) “La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas” (OMS, 2008, p.13).
 - d) “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (OMS, 2008, p.13).

“Ulteriores instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos reconocen el derecho a la salud de diversas maneras. Algunos son de aplicación general, mientras que otros se refieren a los derechos humanos de grupos determinados, por ejemplo, las mujeres o los niños” (OMS, 2008, p.13). En ese contexto los tratados internacionales de derechos humanos en los que se reconoce el derecho a la salud son:

- “Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965: art. 5 e) iv)” (OMS, 2008, p.13).
- “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966: art. 12” (OMS, 2008, p.13).
- “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979: arts. 11 1) f), 12 y 14 2) b)” (OMS, 2008, p.13).
- “Convención sobre los Derechos del Niño, 1989: art. 24” (OMS, 2008, p.13).
- “Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990: arts. 28, 43 e) y 45 c)” (OMS, 2008, p.13).

- “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006: art. 25” (OMS, 2008, p.13).

“El derecho a la salud también se reconoce en varios instrumentos regionales, tales como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales, denominado Protocolo de San Salvador (1988), y la Carta Social Europea (1961, revisada en 1996). La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y la Convención Europea de Salvaguardia de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950) contienen disposiciones relacionadas con la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y la vida privada”. (OMS, 2008, p.15)

El derecho a la salud y los deberes para con la salud en determinadas constituciones nacionales, son las siguientes:

Constitución de Sudáfrica (1996):

Capítulo II, art. 27: Atención sanitaria, alimentos, agua y seguridad social.

"1) Todas las personas tienen derecho a:

- a) Servicios de salud, incluida la salud reproductiva;
- b) Alimentos y agua suficientes; [...]

2) El Estado debe adoptar medidas legislativas y de otra índole razonables, dentro de los límites de los recursos disponibles, para lograr la progresiva realización de cada uno de estos derechos.

3) No se podrá denegar a nadie un tratamiento médico de urgencia”. (OMS, 2008, p.15-16)

Constitución de la India (1950):

“Parte IV, art. 47: Articula el deber del Estado de elevar el nivel de nutrición y el nivel de vida y mejorar la salud pública: *El Estado considerará la elevación del nivel de nutrición y el nivel de vida de su población y la mejora de la salud pública una de sus obligaciones primordiales...*”. (OMS, 2008, p.16)

Constitución del Ecuador (1998):

“Sección IV: Derechos económicos, sociales y culturales, art. 42: *El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia*”. (OMS, 2008, p.16)

2.1.2.11. Observación general del derecho a la salud.

Según Observación General sobre el Derecho a la Salud (2000): “El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en el año 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

En dicha Observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva . (Secretaría de Salud del Estado, 2014)

Según la Observación General sobre el Derecho a la Salud (2000), el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

“Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

“Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: No discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); y, acceso a la información” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

“Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

“Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

“Respetar. Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud (no perjudicar)” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

“Proteger. Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo, regulando la actividad de los actores no estatales)” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

“Cumplir. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas)” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

“Asimismo la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende obligaciones básicas referentes al nivel mínimo esencial del derecho” (Secretaría de Salud del Estado, 2014).

Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea que corresponde a los países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales: Servicios esenciales de atención primaria de la salud; alimentación esencial mínima que sea nutritiva; saneamiento; agua potable; y, medicamentos esenciales . (Secretaría de Salud del Estado, 2014)

“Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población” (Rivera et al., 2015, p.76).

Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados . (Rivera et al., 2015, p.76)

“Los Estados Partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva” (Leon, 2014, p.415). “Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales” (Leon, 2014, p.415). “En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas” (Leon, 2014, p.415).

2.1.1. Sub Capitulo III: Derecho Hospitalario

2.1.1.1. Concepto de Hospital

Chávez (2010) afirma “Un hospital es un lugar donde se atienden a los enfermos, para proporcionar el diagnóstico y tratamiento que necesitan. Existen diferentes tipos de hospitales, según el tipo de patologías que atienden: hospitales generales, hospitales psiquiátricos, geriátricos, maternoinfantiles, etc.” (p. 32).

2.1.1.2. Origen de Hospital

“La palabra hospital viene del latín hospes, *huésped* o *visita*. De hospes se derivó hospitalia, *casa para visitas foráneas*. Posteriormente hospitalia se transformó en hospital para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos” (Chávez, 2010, p.32).

“Ciertos historiadores afirman que ya en el año 4000 A.C. los templos de los antiguos dioses fueron utilizados como casa de refugio para los enfermos e inválidos, y como escuelas de aprendizaje para los médicos” (Chávez, 2010, p.32).

Más tarde, los templos de Esculapio (Asclepio), el dios griego de la medicina, fueron utilizados con el mismo propósito. Los documentos históricos también demuestran que ya en la India en el siglo III a.C. bajo el dominio budista existían hospitales. Su número creció en los primeros siglos de la era cristiana. En el siglo IV d.C. se fundaron hospitales en Cesárea y en Roma . (Chávez, 2010, p.32-33)

“Durante el siglo XVIII, se crearon los primeros hospitales municipales dirigidos por autoridades civiles, en especial en Inglaterra” (Chávez, 2010, p.33).
“En muchas partes ciertos pequeños hospitales privados fueron regentados por

religiosos y por médicos particulares, pero hasta muy tarde no se fundó el primer hospital público” (Chávez, 2010, p.33).

“A partir de la mitad del siglo XIX, el número de hospitales creció mucho, debido sobre todo al descubrimiento de la anestesia y de las técnicas quirúrgicas asépticas” (Chávez, 2010, p.33). “Durante el siglo XX la demanda de hospitales ha aumentado a la par que el progreso” (Chávez, 2010, p.33).

“Los primeros hospitales agrupaban a todos los pacientes en una única sala, con independencia de su enfermedad. Excepciones notables eran los asilos mentales, los centros de cuarentena y los sanatorios para tuberculosos que se establecieron a finales del siglo XIX” (Chávez, 2010, p.33). “Aunque los avances en los tratamientos han hecho que la mayoría de estas instituciones especiales sean innecesarias, han aparecido otras dedicadas a tratar ciertos tipos de pacientes o enfermedades” (Chávez, 2010, p.33). “Gracias a las ventajas que aportan las técnicas y los equipos especializados, hay hospitales independientes para las mujeres y los niños y para el tratamiento de enfermedades oculares y trastornos como el cáncer” (Chávez, 2010, p.33). “Este tipo de hospitales suelen estar asociados a instituciones dedicadas a la investigación y la enseñanza” (Chávez, 2010, p.33).

“Durante el siglo XX el cuidado de pacientes crónicos e inválidos incurables ha sido llevado a cabo en su mayor parte en hogares de acogida” (Chávez, 2010, p.33). “Los hospitales se centran en la atención de pacientes con enfermedades y lesiones agudas y en servicios ambulatorios. Un hospital general moderno, incluso de tamaño mediano, es una institución compleja” (Chávez, 2010, p.33). “Además de las funciones propiamente médicas, el hospital debe proporcionar también a sus pacientes y personal alojamiento, alimento y otros servicios” (Chávez, 2010, p.33). “Una zona importante del edificio del hospital se debe reservar a la sala de calderas, lavandería, cocina, cafeterías, ropa y almacén” (Chávez, 2010, p.33-34).

Los servicios médicos requieren espacio para laboratorios, rayos X y otros equipos de diagnóstico, farmacia, sala de urgencias, quirófanos, salas de partos, laboratorio de anatomía patológica, controles de enfermería, depósito de cadáveres y salas para diversos tipos de tratamientos como fisioterapia y terapia ocupacional . (Chávez, 2010, p.34)

“El alojamiento de los pacientes consiste en salas, habitaciones semiprivadas (dos a seis camas) y habitaciones privadas, salas de aislamiento, salas de recién nacidos y salas especiales para prematuros, salas para enfermos y salas de espera” (Chávez, 2010, p.34). “La administración del hospital debe contar con oficinas y archivos. Muchos hospitales grandes incluyen escuela de enfermería que requiere la asignación de aulas y laboratorios para los estudiantes” (Chávez, 2010, p.34).

2.1.1.3. Estructura del Hospital

“La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades” (Chávez, 2010, p.34).

“Sin embargo, muchos hospitales modernos poseen la modalidad y estructura denominada Cuidados Progresivos” (Chávez, 2010, p.34). “En este tipo de hospitales, no hay salas divididas por especialidades médicas como en los hospitales clásicos, sino que el cuidado del enfermo se logra en forma progresiva, según su gravedad y complejidad” (Chávez, 2010, p.34). “En este tipo de hospitales suelen diferenciarse las siguientes áreas: una Área de Cuidados Críticos, otra de Cuidados Intermedios, y por último Cuidados Mínimos y Autocuidados” (Chávez, 2010, p.34).

El paciente ingresa a una u otra área según su gravedad. Un paciente gravemente enfermo y con riesgo de perder la vida, ingresará seguramente a Cuidados Críticos, y luego al mejorar (salir de su estado crítico), se trasladará

a Cuidados Intermedios, luego a Mínimos y así sucesivamente hasta dar el alta médica . (Chávez, 2010, p.34)

En ese sentido Chávez (2010) sostiene que: “Si consideramos a un hospital en su conjunto como un sistema, éste está compuesto por varios sub-sistemas que interactúan entre sí en forma dinámica. Para nombrar los más importantes” (Chávez, 2010, p.35):

a) Sistema Asistencial: “Engloba a todas las áreas del hospital que tienen una función asistencial, es decir atención directa del paciente por parte de profesionales del equipo de salud” (Chávez, 2010, p.35). “Hay dos áreas primordiales en la asistencia directa del paciente: los consultorios externos para atender pacientes con problemas ambulatorios (que no requieren internación) y las áreas de internación, para cuidado de problemas que sí requieren hospitalización” (Chávez, 2010, p.35).

b) Sistema Administrativo Contable: “Este sistema tiene que ver con las tareas administrativas de un hospital. En él se encuentran áreas como admisión y egreso de pacientes, otorgamiento de turnos para consultorios externos, departamento de recursos humanos, oficinas de auditoría, farmacia, entre otras” (Chávez, 2010, p.35). “En sí toda oficina que trabaja con el público en algún proceso o trámite con documentación, es una oficina administrativa. El área contable del hospital se encarga primariamente de la facturación de las prestaciones dadas a las entidades de cobertura correspondientes” (Chávez, 2010, p.35).

c) Sistema Gerencial: “Está compuesto según los hospitales por gerencias o Direcciones. La más destacada es la Gerencia Médica, que organiza o dirige el funcionamiento global del hospital, sus políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento, y el presupuesto, entre otros temas” (Chávez, 2010, p.35).

d) Sistemas de Información: “Se refiere al sistema informático que tiene el hospital y que soporta su funcionamiento en redes de computadoras y

programas diseñados especialmente para el correcto funcionamiento de todas las áreas. Es manejada generalmente por un Departamento o gerencia de Sistemas de Información” (Chávez, 2010, p.35).

e) Sistema Técnico: “Engloba a todas las dependencias que proveen soporte, mantenimiento preventivo y Bioingeniería en una institución” (Chávez, 2010, p.36).

f) Sistema de Docencia e Investigación: “La docencia en un hospital es un punto clave en la formación de profesionales. La docencia y la investigación están ligadas en varios aspectos” (Chávez, 2010, p.36). “Muchos hospitales poseen sistemas de capacitación y formación de nuevos profesionales como visitancias, concurrencias, residencias o fellowships, con programas bien organizados para que el nuevo profesional del equipo de salud obtenga la mejor formación posible” (Chávez, 2010, p.36).

2.1.1.4. Derechos del paciente hospitalizado.

Según Ramos (2012), indica que los derechos del paciente hospitalizado son los siguientes:

1. “El paciente tiene derecho a que se le atienda con consideración y respeto”. (Pihuave & Saavedra, 2013)
2. “El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar esos datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención”. (Pihuave & Saavedra, 2013)
3. “El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación

de cualquier procedimiento o tratamiento. Excepto en las urgencias, la información que ha de darse al paciente para que pueda dar su consentimiento informado ha de incluir al menos lo relativo al procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicos significativos asociados y la probable duración de la discapacidad. Cuando hay otras opciones de atención o tratamiento médicamente significativas o cuando el paciente quiere conocer otras posibilidades, tiene derecho a recibir dicha información. El paciente también tiene derecho a saber el nombre completo de la persona responsable de los procedimientos o del tratamiento”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

4. “El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

5. “El paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta su intimidad en relación a su propio programa de atención. La discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y debe de conducirse con discreción. Quienes no estén directamente implicados en su atención, deben tener autorización del paciente para estar presentes”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

6. “El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

7. “El paciente tiene derecho a esperar que un hospital, de acuerdo con su capacidad, le dé una respuesta razonable a su petición de servicios. El hospital debe brindar una evaluación, un servicio, o la remisión a otra institución, según lo indique la urgencia del caso. Si es médicamente permisible, un paciente puede ser transferido a otro centro, sólo después de haber recibido una información completa sobre la necesidad de dicho traslado y una explicación completa sobre las opciones posibles. La institución a la que vaya a ser transferido el paciente ha de dar su aceptación previa a dicha transferencia”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

8. “El paciente tiene derecho a obtener información de cualquier relación de su hospital con otros centros sanitarios o instituciones educativas en todo lo que pueda estar relacionado con su atención. El paciente tiene derecho a que

se le informe sobre la existencia de cualquier relación profesional entre personas que lo estén tratando y tiene derecho a conocer los nombres completos de estas personas”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

9. “El paciente tiene derecho a ser advertido en caso de que el hospital se proponga realizar experimentación humana que afecte su atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a rechazar su participación en dichos proyectos de investigación”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

10. “El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de atención. Tiene derecho a saber con anticipación qué horas de consulta y qué médicos están disponibles y dónde. El paciente tiene derecho a confiar en que el hospital proveerá los medios para que su médico, o alguien en quien éste delegue, le informe sobre sus necesidades de atención de salud posteriores a su alta”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

11. “El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos, independientemente de quién vaya a abonar la cuenta”. (Pihuave & Saavedra, 2013)

12. “El paciente tiene derecho a conocer las normas y reglamentos hospitalarios aplicables a su conducta como paciente. (Pihuave & Saavedra, 2013)

“Tomado de la Declaración de Derechos del Paciente (1973): Ningún catálogo de derechos puede garantizar al paciente la clase de tratamiento que tiene derecho a esperar” (Pihuave & Saavedra, 2013). “Un hospital debe realizar funciones diversas que incluyen la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la educación de los profesionales de la salud y de los pacientes y la realización de investigación clínica” (Pihuave & Saavedra, 2013). “Todas estas actividades deben estar supeditadas al interés por los pacientes y, sobre todo, al reconocimiento de su dignidad como seres humanos. Este reconocimiento cabal es la mejor garantía para la defensa de los derechos del paciente” (Pihuave & Saavedra, 2013).

2.1.1.5. Deberes del paciente hospitalizado.

Al respecto Sanjinés (2010) sostiene que los deberes del paciente hospitalizado son los siguientes:

- a. Asumir un comportamiento responsable, respetando y comprendiendo los derechos de las personas presentes
- b. Respetar al personal hospitalario, favoreciendo una relación de confianza recíproca
- c. Respetar los ambientes, los equipos y el mobiliario que se encuentran dentro de la estructura considerándolos patrimonio de todos y, por lo tanto, también propio
- d. Evitar todo comportamiento que pueda crear molestias o incomodar a los otros pacientes (ruidos, luces encendidas, avisos de llamada de teléfonos celulares a alto volumen, vestimentas indecorosas, etc.)
- e. Respetar la prohibición de fumar. Los transgresores son pasibles de sanciones administrativas
- f. Respetar la organización, los reglamentos y los horarios previstos en la estructura sanitaria
- g. No alejarse de la sección o pabellón o de la estructura durante la hospitalización, sin la correspondiente autorización . (p. 91)

2.1.2. Sub Capítulo IV: La Obligación del Estado respecto del Derecho a la Salud.

2.1.2.1. La obligación del Estado de proporcionar un sistema de protección sanitaria.

“El derecho a la salud otorga a las personas el derecho a acceder a los servicios de cuidado médico. Sin embargo, el derecho a la salud no significa el derecho a estar sano” (Huaita & Carrasco, 2007, p.103). “El derecho a tener buena salud supondría que los países deberían asegurar una buena salud a

todas las personas (obligación de resultado)” (Huaita & Carrasco, 2007, p.103). “Esta hipótesis es inconcebible en la medida en que una buena salud depende, principalmente, de factores biológicos y socioeconómicos que son independientes de la voluntad de los países o de las personas” (Huaita & Carrasco, 2007, p.103).

“El derecho a la salud obliga al Estado a garantizar a los ciudadanos la posibilidad de poder disfrutar del mejor estado de salud que sea posible” (Huaita & Carrasco, 2007, p.103). “Esto significa que el estado de salud dependerá de cada y que el Estado deben asegurar el mismo acceso a la atención médico al conjunto de su población” (Huaita & Carrasco, 2007, p.103)

De este modo, el derecho a la salud se divide en varios derechos específicos que los países deben asegurar: El derecho a un sistema de protección de la salud; El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades; El derecho al acceso a los medicamentos esenciales; La promoción de la salud materna e infantil; El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados; y, por último, la educación y la concienciación sobre la salud . (Huaita & Carrasco, 2007, p.104)

“Además, la materialización del derecho a la salud supone que los países establezcan servicios de salud que estén disponibles en cualquier circunstancia, accesibles para todos, de buena calidad y aceptables (es decir, que se ajusten a la ética médica y sean respetuosos con las diferencias biológicas y culturales)”. (Huaita & Carrasco, 2007, p.104)

Comentario de las Autoras:

Sobre el particular, comentamos que el derecho a la salud otorga a las personas el acceso a los servicios médicos, como un deber de los Estados para que sus ciudadanos tengan una buena salud, en base a políticas públicas de prevención, tratamiento implementando una infraestructura adecuada referida a la construcción

de ambientes hospitalarios y de sanidad amplios; así mismo de recursos humanos referidos a médicos, auxiliares de la salud y medicamentos suficientes que satisfagan los requerimientos de los médicos para cada paciente en concreto

Tal derecho lo debe asumir el Estado de cada país en medida de sus posibilidades presupuestarias, con sujeción a una recta estrategia de adquisición distribución y de administración de dichos recursos, bajo un control estricto evitando la corrupción y el despilfarro; así mismo dentro de este contexto los Estados deben implementar servicios de salud disponibles para afrontar situaciones imprevistas o contingenciales como epidemias, y análogos con calidad aceptable de atención por igual a todos los ciudadanos sin discriminación y con una inclusión social

2.1.2.2. Análisis del artículo 9 en concordancia con el artículo 7 de la Constitución Política del Perú.

“La protección de la salud, la del medio familiar y de la comunidad, es un derecho constitucional, por lo tanto todos gozamos de ese amparo, para ello, el Estado pone en movimiento políticas de salud en todo el territorio de la República, por intermedio del Ministerio de Salud y de los organismos colaterales tanto nacionales como extranjeros, que reciben la cooperación constante de entidades muy importantes como la Organización Mundial de la Salud, la Cruz Roja Internacional, etc.; a fin de prevenir las enfermedades desde la niñez, mediante campañas de salubridad y conocer la etiología, evolución y pronóstico de las enfermedades, que van a permitir un diagnóstico eficaz”. (Huaita & Carrasco, 2007, p. 110)

Al tratar el Artículo 7°, señalamos que “la protección de la salud, es un derecho y que para cautelarla el Estado pone en movimiento políticas de salud, dictando leyes que hagan posibles su aplicación en todo el territorio nacional, tomando en cuenta el criterio de una efectiva descentralización, a fin de llegar prontamente a las zonas endémicas. Facilita el acceso de la población a los servicios de salud”. (Huaita & Carrasco, 2007, p. 110)

El Artículo 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “reconoce el derecho de toda persona, al disfrute del más alto nivel de salud física y mental, recomendando que los Estados deben preocuparse de reducir la mortalidad y de la mortalidad infantil; procura el sano desarrollo de los niños; la higiene en el trabajo y el medio ambiente; previene y trata las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, creando las condiciones que aseguren una adecuada asistencia y servicios médicos”. (Huaita & Carrasco, 2007, p. 111)

Comentario de las Autoras:

A nuestro parecer el artículo 9 de la Carta Magna establece la política nacional de salud. El poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñar y conducir en forma plural y descentralizada para facilitar el acceso equitativo a todos los ciudadanos los servicios de salud

Esta disposición regula de manera amplia y específica el actuar jurídico del bien más importante de la vida como es la salud, para cuyo efecto norma y conduce la actividad estatal para proteger la buena salud de los ciudadanos.

El artículo séptimo. Concordante con el texto anterior aborda el derecho a la salud, medio familiar, personal estableciendo una protección de la Salud incluyendo a todos los miembros de la sociedad individual, familiar y a la comunidad; propiciando su promoción como deber del Estado comprendiendo a los incapaces físicos o mentales a los que se debe rehabilitar, a fin de que ellos puedan valerse a sí mismos, y no ser carga para sus familiares y/o al Estado, considerando el respeto de su dignidad y su seguridad.

Como se puede concluir el Estado Peruano se ha hecho eco de la doctrina y pensamiento en el sentido que se debe proteger la salud pública con una inclusión social y que concuerda con la declaración universal de los Derechos Humanos

2.1.3. NORMAS.

Como complemento a los planteamientos teóricos hemos considerado las siguientes normas:

2.1.3.1. Constitución Política del Perú

Artículo 2 inciso 1: Toda persona tiene derecho a: A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece

Artículo 2 inciso 2: Toda persona tiene derecho a: A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole

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

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

2.1.3.2. Código Civil:

Artículo 5: El derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad, al honor y demás inherentes a la persona humana son irrenunciables y no pueden ser objeto de cesión. Su ejercicio no puede sufrir limitación voluntaria, salvo lo dispuesto en el artículo 6”

Artículo 17: La violación de cualquiera de los derechos de la persona a que se refiere este título, confiere al agraviado o a sus herederos acción para exigir la cesación de los actos lesivos. La responsabilidad es solidaria

2.1.3.3. Ley General de Salud.

Artículo I del Título Preliminar: La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo

Artículo II del Título Preliminar: La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla

Artículo III del Título Preliminar: Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable

Artículo IV del Título Preliminar: La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado

Artículo VI del Título Preliminar: Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad

Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad

Artículo VIII del Título Preliminar: El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente

la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado

Artículo XI del Título Preliminar: La norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra de ella

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

El reglamento establece los criterios para la calificación de la situación de emergencia, las condiciones de reembolso de gastos y las responsabilidades de los conductores de los establecimientos

Artículo 15: 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
- 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 qué 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 qué 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 las medicamentos que se le prescriban y administren;
- h) A qué 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;
- i) A qué 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

2.1.4. Experiencias Exitosas.

Dentro de las experiencias éxitos tenemos en primer lugar tenemos a sentencias de Salas Civiles que han tutelado ampliamente el derecho fundamental a la salud, desde diferentes vertientes. A manera de ejemplo, se ha abordado, entre otros, los problemas de:

- **Las listas de espera.** Sobre el particular, la SC ha señalado que la práctica de exámenes, tratamientos o intervenciones quirúrgicas a personas deben ser dados en un plazo razonable, sin denegación, por estar involucrado el derecho a la salud. (Sentencia Exp. N° 17728-07)

- **El retardo en la atención médica.** “Aun y cuando el padecimiento del usuario de los servicios de salud no sea grave, si hay una demora excesiva en la prestación

de éstos, la SC ha declarado con lugar los recursos de amparo por violación a los derechos de salud”. (Sentencia Exp. N° 13306-08)

- **La prestación de un tratamiento.** “En estos casos, la SC ha recurrido a los principios propios del servicio público para amparar los derechos fundamentales de los justiciables, en este caso el derecho a la salud”. (Sentencia Exp. N° 3125-08)

- **El desabastecimiento de medicamentos.** “Ha sido criterio reiterado de la SC que las autoridades de salud deben mantener la cantidad suficiente de medicamento para suministrar a los pacientes”. (Sentencia Exp. N° 14325-03)

Asimismo, también cabe recalcar el artículo de otras legislaciones (Colombia y Argentina) regulando el derecho fundamental a la salud.

a) Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia: “El artículo 49 precisa la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado y agrega que *Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.* En este mismo artículo se asigna al Estado las funciones de organización, dirección y reglamentación de la prestación de servicios de salud y del saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Se agregan como funciones del Estado, el establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, la vigilancia y el control; también el establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley”. (Valbuena, 2010, p.83)

b) Artículo 42 de la Constitución Política de Argentina: “En el Artículo 42 se hace mención a la protección de la salud desde el ámbito reducido de los consumidores y usuarios: *Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno.*” (Valbuena, 2010, p.78)

2.2. MARCO CONCEPTUAL.

a) Salud.- Málaga (2005) presenta una definición de salud como “Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz”. (p. 44)

b) Derecho a la Salud.- El derecho a la salud fue establecido primero por la Constitución de la OMS (1946) que estipula: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...”.

c) Principio de no discriminación al derecho a la salud.- De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Los Estados tienen la obligación de prohibir y eliminar la discriminación en todas sus formas y garantizar a todos el acceso a la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud en condiciones de igualdad” (Antan, 2014).

d) Responsabilidad del Estado: Se considera como un principio general de Derecho público que el Estado debe reparar todos los daños ilegítimos que cause a los ciudadanos. (Mariza, 2010, p. 72)

e) Política de Salud. “Es aquella que incluye estos principales componentes: (1) los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud que son los más importantes en cualquier país en explicar el nivel de salud de un país, (2) los estilos de vida que son los componentes más visibles de las políticas de promoción de la salud y (3) la socialización y el empoderamiento del individuo y de la población y que unen los primeros con los segundos componentes de una política nacional de salud, es decir, las intervenciones individuales y colectivas”. (Mariza, 2010, p. 55)

f) Equidad en Salud. Es la oportunidad que todos y todas tenemos de acceder a los servicios de salud. Respecto al tema Amartya Sen menciona: “la equidad en salud forma parte integral del concepto más amplio de justicia social, en la medida en que su realización implica la posibilidad de alcanzar una vida sin enfermedades

y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura, punto de igualdad que aceptaría cualquier teoría de justicia social. Es por eso que la equidad va más allá del sector salud en particular, se vincula con la justicia de los acuerdos sociales incluida la distribución económica, convirtiéndose en un asunto político” (Sen, 2002, p. 13). Asimismo podemos agregar también que: “el concepto de equidad en salud tiene una dimensión moral y ética. Refiere a diferencias que no sólo son innecesarias y evitables, sino también injustas” (Whitehead, 2003, p. 89).

g) Comunicación en salud: “La comunicación para la salud es un proceso estratégico social y político que desarrolla, incrementa y promueve la educación en el derecho a la salud de la sociedad para lograr una vida plena de todos nuestros ciudadanos, a través de prácticas transparentes de trasmisión y difusión de la información, que garantice el acceso al conocimiento y permita cambios de actitudes y prácticas saludables” (Plan Nacional Concertado de Salud, 2007, p. 8).

h) Calidad de atención: “La calidad de los servicios de salud consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficio para la salud” (Porra, 2006, p. 4). Por otro lado, la calidad en la atención se refleja también en el bienestar de las personas: “es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnóstico y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (OMS, 2001).

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LA REALIDAD

EL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015

3.1. Descripción actual de los responsables respecto al Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.

3.1.1. Resultados de conocimiento u aplicación; y desconocimiento de los Planteamientos Teóricos en los Responsables.

A. El promedio de porcentajes de **Desconocimiento** de los planteamientos teóricos en los Responsables es de 51%.

La prelación individual para cada Planteamiento teórico en la siguiente tabla es de:

Tabla 2: Planteamientos Teóricos no aplicados a los responsables.

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	Respuestas no Contestadas	%
Salud	25	20%
Derecho a la Salud	25	20%
Principio de no discriminación al derecho a la salud	25	20%
Responsabilidad del Estado	26	20%
Política de Salud	26	20%
Total	127	51%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

B. El promedio de porcentajes de **Conocimiento** de los planteamientos teóricos en los Responsables es de **49%**.

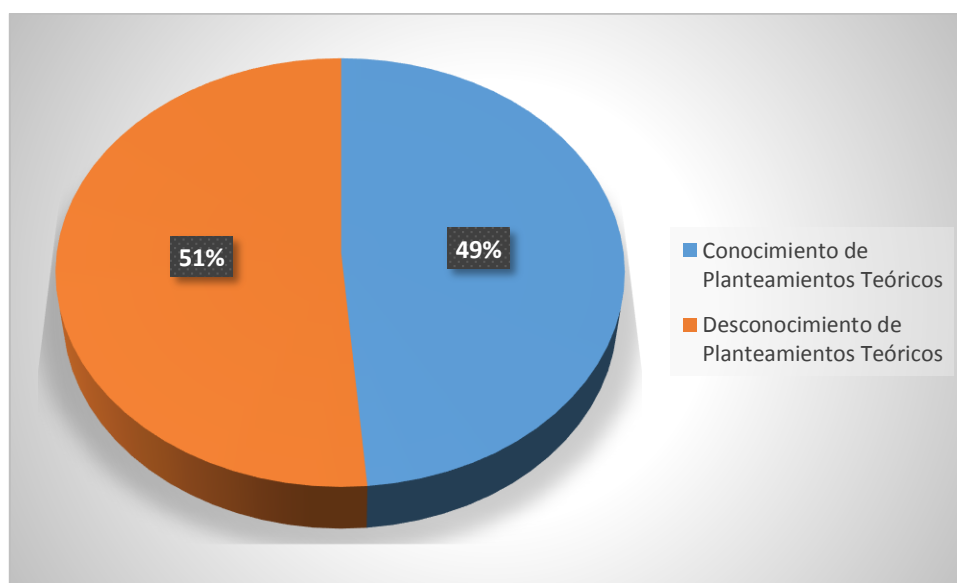
La prelación individual para cada Planteamiento teórico en la siguiente tabla es de:

Tabla 3: Planteamientos Teóricos aplicados a los responsables

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	Respuestas Contestadas	%
Salud	25	20%
Derecho a la Salud	25	20%
Principio de no discriminación al derecho a la salud	25	20%
Responsabilidad del Estado	24	20%
Política de Salud	24	20%
Total	123	49%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

Figura N° 1: Nivel de Conocimiento de los Planteamientos Teóricos



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **51%** de los responsables desconoce o no aplica los planteamientos teóricos mientras que un **49%** conoce y aplica dichos planteamientos teóricos.

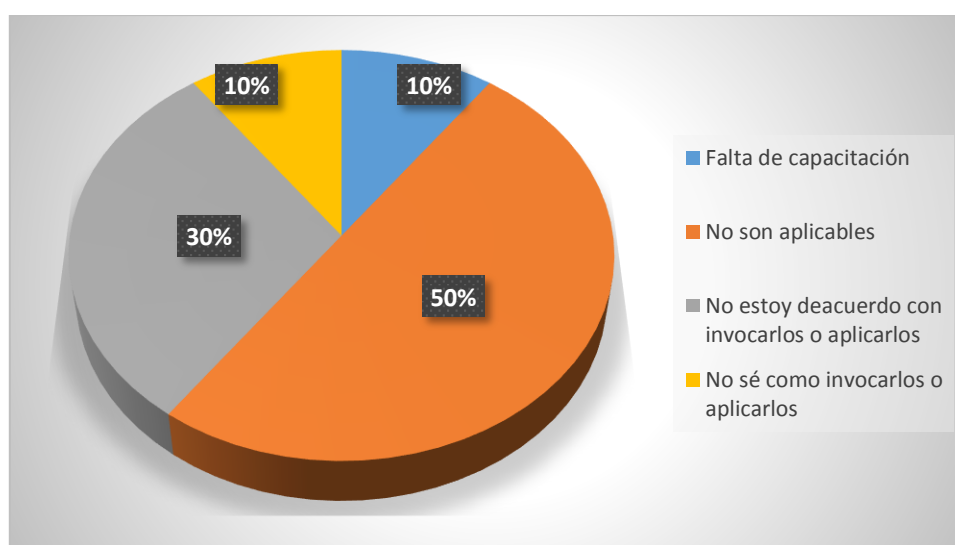
3.1.2. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de los Planteamientos Teóricos.

Tabla 4: Razones y causas del desconocimiento de los planteamientos teóricos respecto a los responsables.

Razones	Cantidad	%
Falta de capacitación	5	10%
No son aplicables	25	50%
No estoy de acuerdo con invocarlos o aplicarlos	15	30%
No sé cómo invocarlos o aplicarlos	5	10%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

Figura N° 2: Razones o causas de los responsables por el desconocimiento de los planteamientos teóricos



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el 50% considera que **no son aplicables**, el 30% considera que **no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos**, el 10% considera que **no sabe cómo invocarlos o aplicarlos**, y el 10% de los informantes considera que es **por falta de capacitación**

3.1.3. Resultado de Conocimiento y Desconocimiento de las Normas en los Responsables.

- A. El promedio de porcentajes de **Desconocimiento** de las **normas** en los **Responsables** es de **51%**.

La prelación individual para cada Norma en la siguiente tabla es de:

Tabla 5: Normas no aplicadas a los Responsables.

NORMAS	Respuestas no Contestadas	%
Artículo 7 de la Constitución Política del Perú	26	20%
Artículo 9 de la Constitución Política del Perú	26	20%
Artículo II del Título Preliminar de la LGS	26	20%
Artículo VI del Título Preliminar de la LGS	25	20%
Artículo 15 de la LGS	25	20%
Total	128	51%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

- B. El promedio de porcentajes de **Conocimiento** de las **normas** en los **Responsables** es de **49%**.

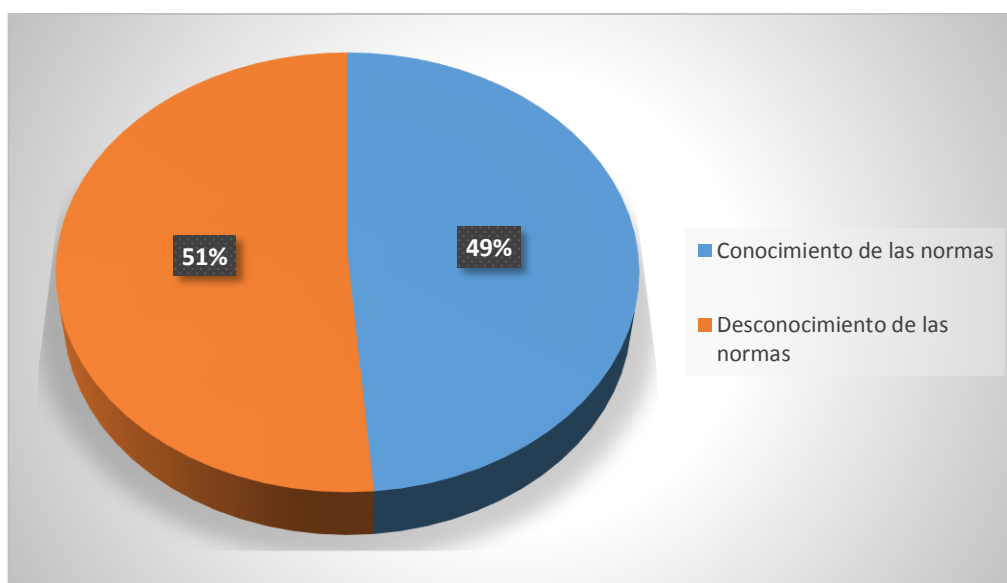
La prelación individual para cada Norma en la siguiente tabla es de:

Tabla 6: Normas aplicadas a los Responsables.

NORMAS	Respuestas Contestadas	%
Artículo 7 de la Constitución Política del Perú	24	20%
Artículo 9 de la Constitución Política del Perú	24	20%
Artículo II del Título Preliminar de la LGS	24	20%
Artículo VI del Título Preliminar de la LGS	25	20%
Artículo 15 de la LGS	25	20%
Total	122	49%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

Figura N° 3: Nivel de conocimiento o desconocimiento de las normas



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **51%** de los responsables **desconoce o no aplica las normas** nacionales mientras que un **49%** **conoce y aplica** dichos dichas normas.

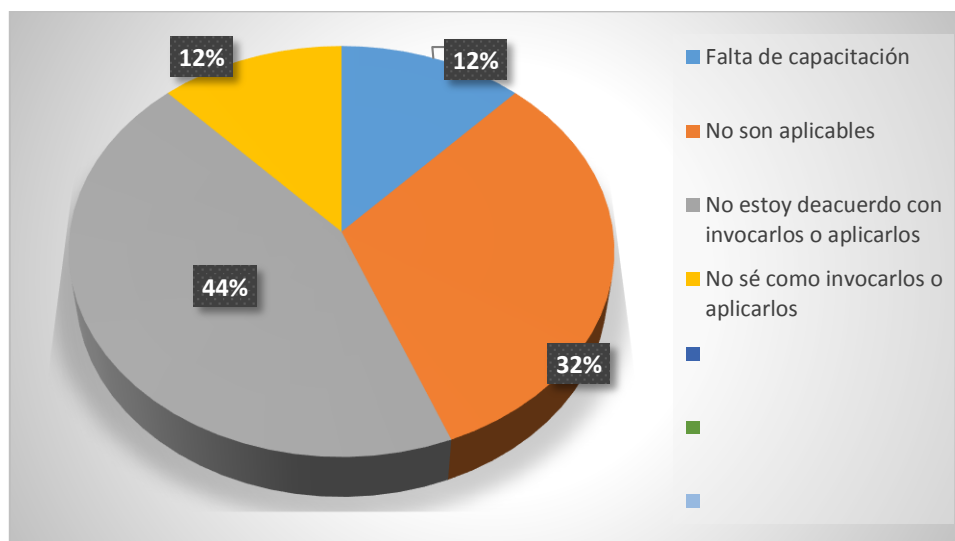
3.1.4. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de las Normas en los Responsables.

Tabla 7: Razones y causas del desconocimiento de normas.

Razones	Cantidad	%
Falta de capacitación	6	12%
No son aplicables	16	32%
No estoy de acuerdo con invocarlos o aplicarlos	22	44%
No sé cómo invocarlos o aplicarlos	6	12%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

Figura N° 4: Razones o causas de la comunidad jurídica por el desconocimiento de las normas



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **44%** considera que **no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos**, el **32%** considera que **no son aplicables**, el 12% considera que es por **falta de capacitación**, y el **12%** considera que **no sabe cómo invocarlos o aplicarlos**.

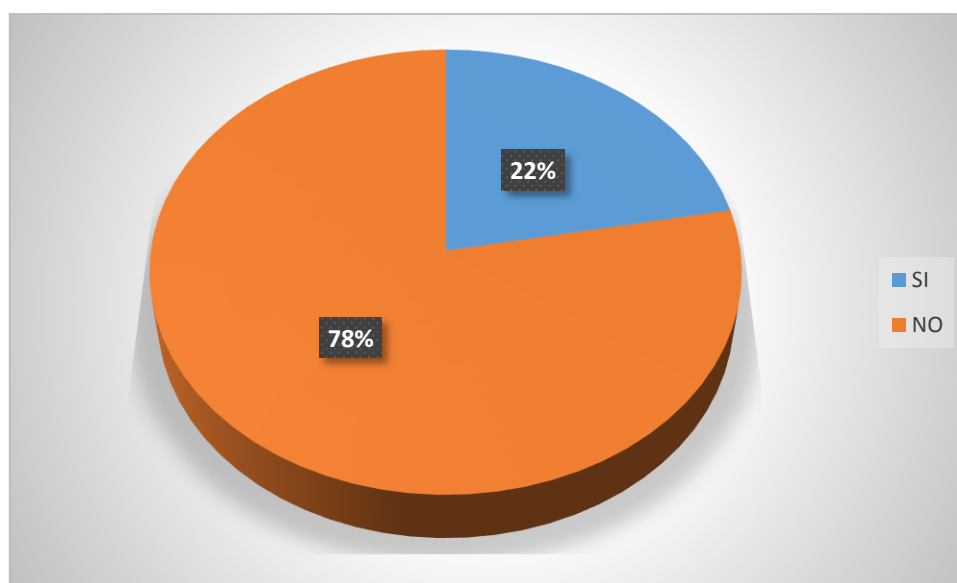
3.1.5. Resultados sobre ¿Está de acuerdo Ud. con la Política de Salud brindada por el Estado?

Tabla 8: Política de Salud brindada por el Estado.

Respuesta	N°	%
SI	11	22%
NO	39	78%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

Figura N° 5: Política de Salud brindada por el Estado



DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **22%** considera que **SI**, y el **78%** considera que **NO**.

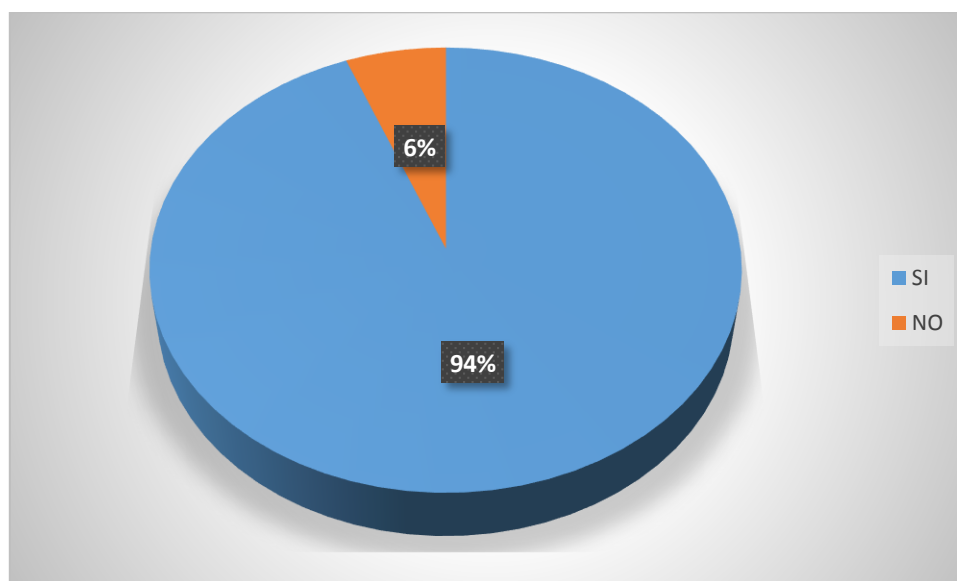
3.1.6. Resultados sobre ¿Está de acuerdo Ud. Que el Estado es responsable por no brindar a los hospitales de los medios necesarios para que protejan adecuadamente el derecho a la salud de las personas en general?

Tabla 9: El Estado es responsable por no brindar a los hospitales de los medios necesarios para que protejan adecuadamente el derecho a la salud de las personas en general.

Respuesta	N°	%
SI	47	94%
NO	3	6%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

Figura N° 6: El Estado es responsable por no brindar a los hospitales de los medios necesarios para que protejan adecuadamente el derecho a la salud de las personas en general



DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **94%** considera que **SI**, y el **6%** considera que **NO**.

3.2. Descripción Actual de la Comunidad Jurídica respecto del Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.

3.2.1. Resultado de Conocimiento y Desconocimiento de los planteamientos teóricos en la comunidad jurídica

A. El promedio de porcentajes de **Desconocimiento** de los **planteamientos teóricos** en la **Comunidad Jurídica** es de **51%**.

La prelación individual para cada **planteamiento teórico** en la siguiente tabla es de:

Tabla 10: planteamientos teóricos no aplicados a la Comunidad Jurídica.

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	Respuestas no Contestadas	%
Salud	36	20%
Derecho a la Salud	35	20%
Principio de no discriminación al derecho a la salud	35	20%
Responsabilidad del Estado	36	20%
Política de Salud	36	20%
Total	178	51%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

- B. El promedio de porcentajes de **Conocimiento** de los planteamientos teóricos en la **Comunidad Jurídica** es de **49%**.

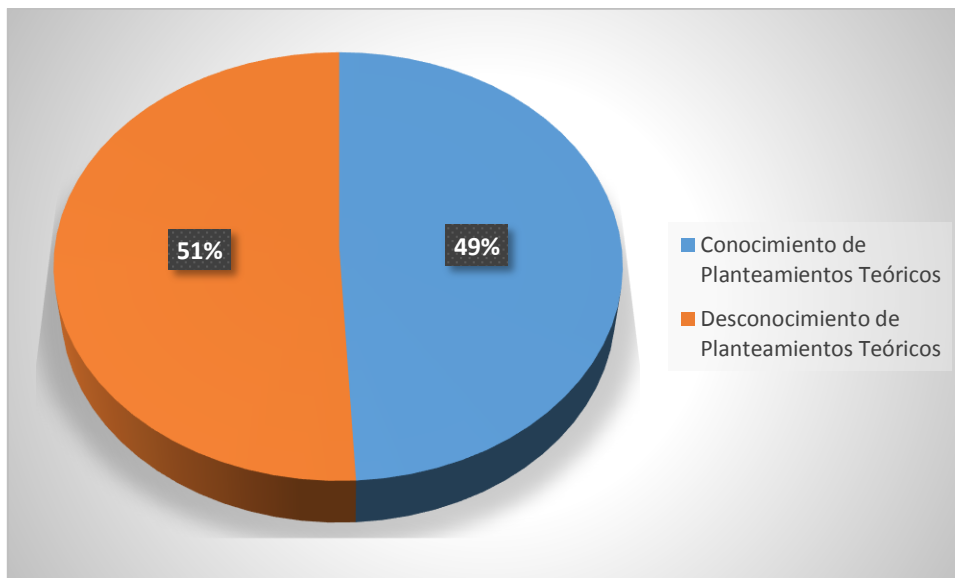
La prelación individual para cada **planteamiento teórico** en la siguiente tabla es de:

Tabla 11: planteamientos teóricos aplicados a la Comunidad Jurídica.

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	Respuestas Contestadas	%
Salud	34	20%
Derecho a la Salud	35	20%
Principio de no discriminación al derecho a la salud	35	20%
Responsabilidad del Estado	34	20%
Política de Salud	34	20%
Total	172	49%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

Figura N° 7: Nivel de conocimiento o desconocimiento de los planteamientos teóricos.



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **51%** de la comunidad jurídica **desconoce o no aplica los planteamientos teóricos** nacionales mientras que un **49%** **conoce y aplica** dichos **planteamientos teóricos**

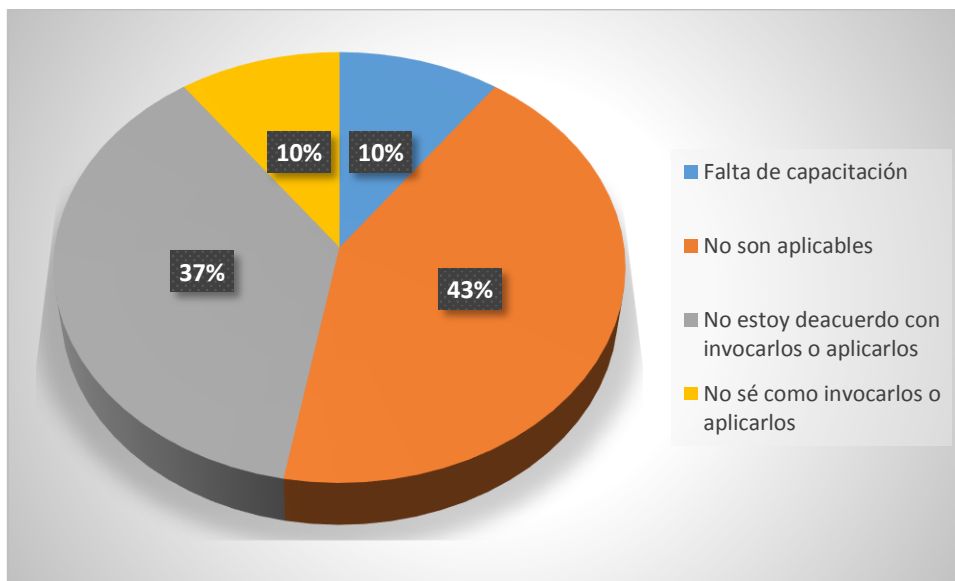
3.2.2. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de los planteamientos teóricos en la Comunidad Jurídica.

Tabla 12: Razones y causas del desconocimiento de los planteamientos teóricos

Razones	Cantidad	%
Falta de capacitación	7	10%
No son aplicables	30	43%
No estoy de acuerdo con invocarlos o aplicarlos	26	37%
No sé cómo invocarlos o aplicarlos	7	10%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

Figura N° 8: Razones o causas de la comunidad jurídica por el desconocimiento de los planteamientos teóricos



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **43%** considera que **no son aplicables**, el **37%** considera que **no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos**, el **10%** considera que es por **falta de capacitación**, y el **10%** considera que **no sabe cómo invocarlos o aplicarlos**.

3.2.3. Resultado de Conocimiento y Desconocimiento de las Normas en la comunidad jurídica

A. El promedio de porcentajes de **Desconocimiento** de las **normas** en la **Comunidad Jurídica** es de **51%**.

La prelación individual para cada Norma en la siguiente tabla es de:

Tabla 10: Normas no aplicadas a la Comunidad Jurídica.

NORMAS	Respuestas no Contestadas	%
Artículo 7 de la Constitución Política del Perú	37	21%
Artículo 9 de la Constitución Política del Perú	35	19%
Artículo II del Título Preliminar de la LGS	36	20%
Artículo VI del Título Preliminar de la LGS	36	20%
Artículo 15 de la LGS	36	20%
Total	180	51%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

B. El promedio de porcentajes de **Conocimiento** de las **normas** en la **Comunidad Jurídica** es de **49%**.

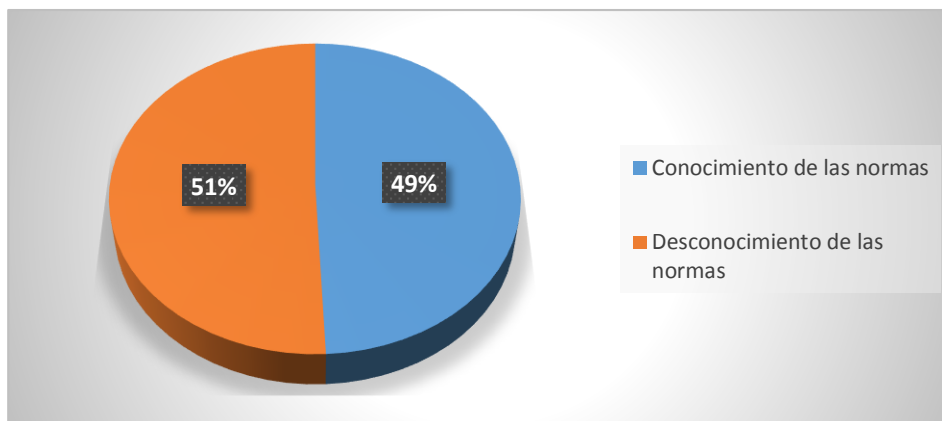
La prelación individual para cada Norma en la siguiente tabla es de:

Tabla 11: Normas aplicadas a la Comunidad Jurídica.

NORMAS	Respuestas Contestadas	%
Artículo 7 de la Constitución Política del Perú	33	19%
Artículo 9 de la Constitución Política del Perú	35	21%
Artículo II del Título Preliminar de la LGS	34	20%
Artículo VI del Título Preliminar de la LGS	34	20%
Artículo 15 de la LGS	34	20%
Total	170	51%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

Figura N° 7: Nivel de conocimiento o desconocimiento de las normas nacionales.



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **51%** de la comunidad jurídica **desconoce o no aplica las normas** nacionales mientras que un **49% conoce y aplica** dichos dichas normas.

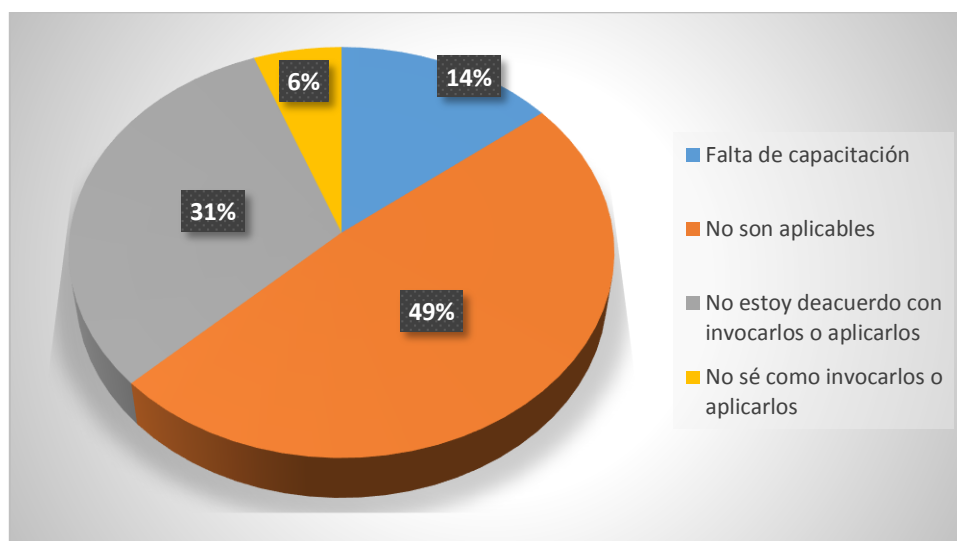
3.2.4. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de las Normas en la Comunidad Jurídica.

Tabla 12: Razones y causas del desconocimiento de normas.

Razones	Cantidad	%
Falta de capacitación	10	14%
No son aplicables	34	49%
No estoy de acuerdo con invocarlos o aplicarlos	22	31%
No sé cómo invocarlos o aplicarlos	4	6%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

Figura N° 8: Razones o causas de la comunidad jurídica por el desconocimiento de las normas



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **49%** considera que **no son aplicables**, el **31%** considera que **no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos**, el **14%** considera que es por **falta de capacitación**, y el **6%** considera que **no sabe cómo invocarlos o aplicarlos**.

3.2.5. Resultado de Conocimiento y Desconocimiento de la jurisprudencia en la comunidad jurídica

A. El promedio de porcentajes de **Desconocimiento** de la **jurisprudencia** en la **Comunidad Jurídica** es de **53%**.

La prelación individual para cada **jurisprudencia** en la siguiente tabla es de:

Tabla 13: jurisprudencias no aplicadas a la Comunidad Jurídica.

JURISPRUDENCIA	Respuestas no Contestadas	%
Sentencia Exp. N° 17728-07	37	25%
Sentencia Exp. N° 13306-08	36	25%
Sentencia Exp. N° 3125-08	36	24%
Sentencia Exp. N° 14325-03	38	26%
Total	147	53%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

B. El promedio de porcentajes de **Conocimiento** de la **jurisprudencia** en la **Comunidad Jurídica** es de **47%**.

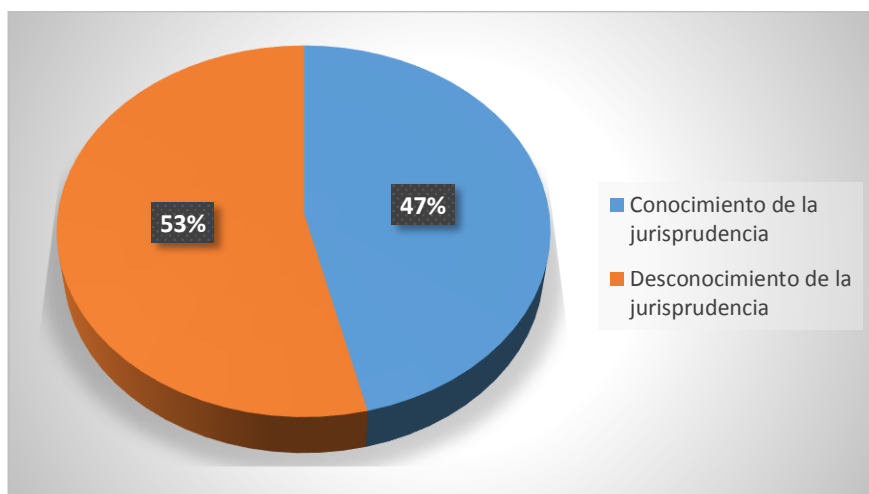
La prelación individual para cada **jurisprudencia** en la siguiente tabla es de:

Tabla 14: jurisprudencias aplicadas a la Comunidad Jurídica.

JURISPRUDENCIA	Respuestas Contestadas	%
Sentencia Exp. N° 17728-07	33	25%
Sentencia Exp. N° 13306-08	34	25%
Sentencia Exp. N° 3125-08	34	26%
Sentencia Exp. N° 14325-03	32	24%
Total	133	47%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

Figura N° 9: Nivel de conocimiento o desconocimiento de la jurisprudencia



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **53%** de la comunidad jurídica **desconoce o no aplica la jurisprudencia** mientras que un **47%** **conoce y aplica** dicha jurisprudencia.

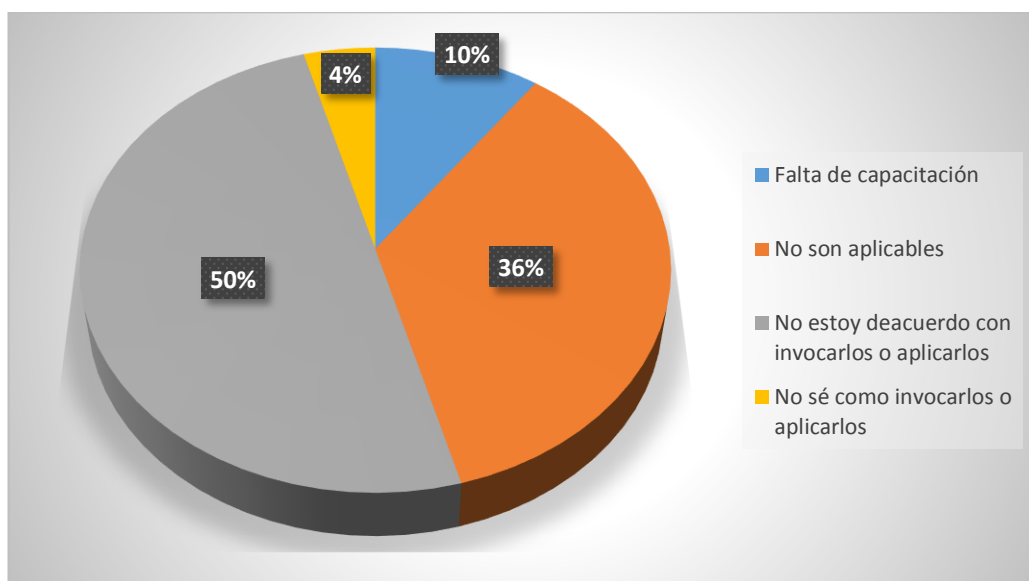
3.2.6. Principales Razones o Causas del Desconocimiento de la jurisprudencia en la Comunidad Jurídica.

Tabla 15: Razones y causas del desconocimiento de jurisprudencia.

Razones	Cantidad	%
Falta de capacitación	7	10%
No son aplicables	25	36%
No estoy de acuerdo con invocarlos o aplicarlos	35	50%
No sé cómo invocarlos o aplicarlos	3	4%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

Figura N° 10: Razones o causas de la comunidad jurídica por el desconocimiento de la jurisprudencia



Fuente: Investigación propia.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **50%** considera que **no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos**, el **36%** considera que **no son aplicables**, el **10%** considera que es por **falta de capacitación**, el **4%** considera que **no sabe cómo invocarlos o aplicarlos**.

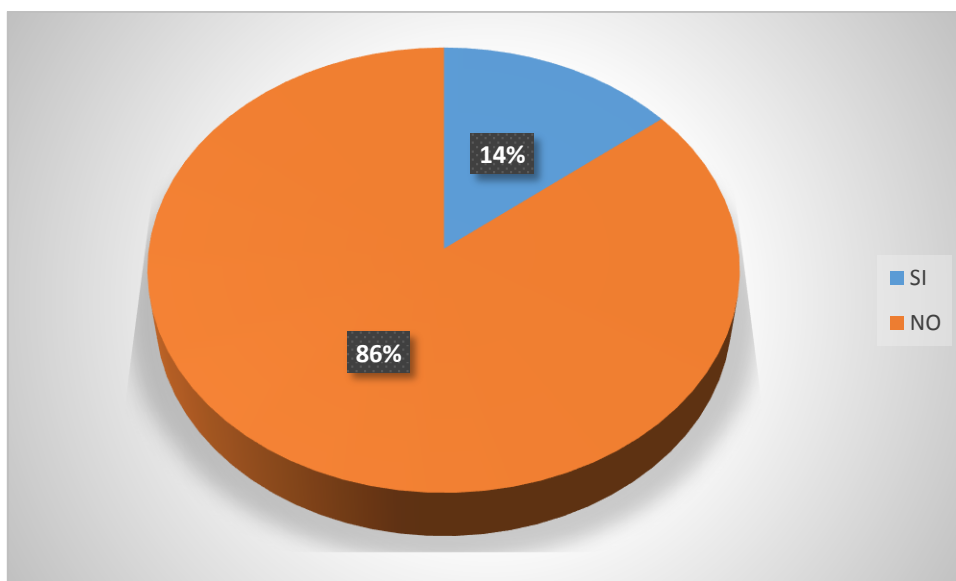
3.2.7. Resultados sobre ¿Está de acuerdo Ud. Con el servicio de salud brindado por el Hospital Aguinaga Asenjo?

Tabla 16: El servicio de salud brindado por el Hospital Aguinaga Asenjo

Respuesta	N°	%
SI	10	14%
NO	60	86%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

Figura N° 11: El servicio de salud brindado por el Hospital Aguinaga Asenjo



DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **14%** considera que **SI**, y el **86%** considera que **NO**.

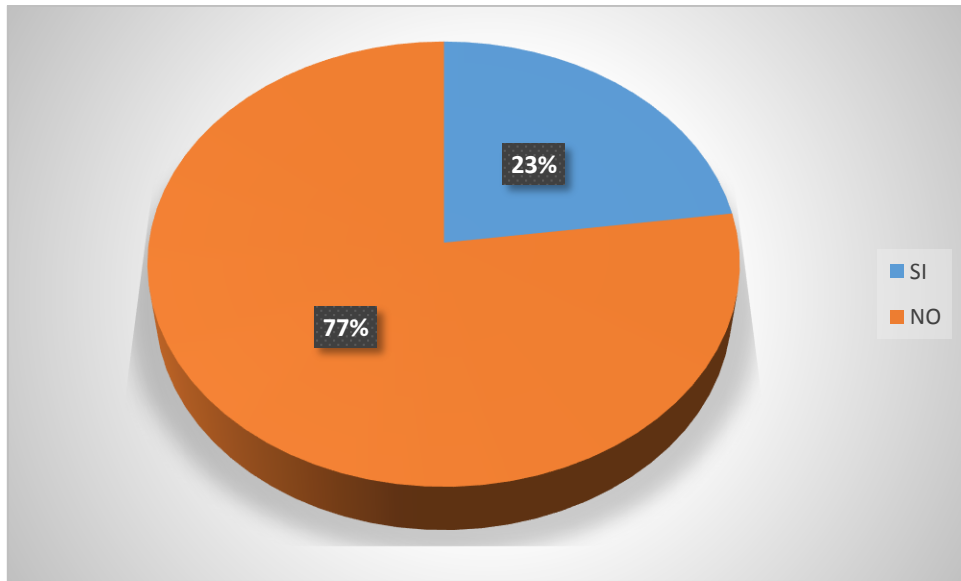
3.2.8. Resultados sobre ¿Considera Ud. que la política de salud del Estado está cumpliendo con garantizar una adecuada protección al derecho a la salud?

Tabla 17: La política de salud del Estado está cumpliendo con garantizar una adecuada protección al derecho a la salud.

Respuesta	N°	%
SI	16	23%
NO	54	77%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

Figura N° 12: La política de salud del Estado está cumpliendo con garantizar una adecuada protección al derecho a la salud



DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los datos obtenidos se puede establecer que el **23%** considera que **SI**, y el **77%** considera que **NO**.

CAPITULO IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. ANALISIS DEL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.

4.1.1. ANALISIS DE LOS RESPONSABLES RESPECTO A LOS PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS.

Teóricamente se plantea que, entre planteamientos teóricos que deben conocer y aplicar bien los responsables tenemos los siguientes:

- a) Salud
- b) Derecho a la Salud
- c) Principio de no discriminación al derecho a la salud
- d) Responsabilidad del Estado
- e) Política de Salud

Pero en la realidad, de la opinión de los encuestados se ha obtenido como resultado, según la FIGURA N° 01 que: el promedio de los porcentajes de Desconocimiento o No Aplicación de los Planteamientos Teóricos por parte de los responsables es de 51%, mientras que el promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de los Planteamientos Teóricos por parte de los responsables es de 49%, con una prelación individual para cada Planteamiento Teórico como a continuación veremos:

A.- El promedio de los porcentajes de Desconocimiento de los planteamientos teóricos en los responsables es de 51% con un total de 127 respuestas no contestadas; que lo interpretamos como negativo: **Empirismos Aplicativos**

La prelación individual para cada Planteamiento teórico en la siguiente tabla es de:

Tabla 2: Planteamientos Teóricos no aplicados a los responsables.

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	Respuestas no Contestadas	%
Salud	25	20%
Derecho a la Salud	25	20%
Principio de no discriminación al derecho a la salud	25	20%
Responsabilidad del Estado	26	20%
Política de Salud	26	20%
Total	127	51%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

B.-El promedio de los porcentajes de Conocimiento de los planteamientos teóricos en los responsables es de 49% con un total de 123 respuestas contestadas; que lo interpretamos como: **Logros**.

La prelación individual para cada Planteamiento teórico en la siguiente tabla es de:

Tabla 3: Planteamientos Teóricos aplicados a los responsables

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	Respuestas Contestadas	%
Salud	25	20%
Derecho a la Salud	25	20%
Principio de no discriminación al derecho a la salud	25	20%
Responsabilidad del Estado	24	20%
Política de Salud	24	20%
Total	123	49%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

4.1.1.1. Apreciaciones resultantes del análisis en los responsables respecto a los Planteamientos Teóricos

➤ Empirismos Aplicativos en los responsables, respecto a los Planteamiento Teóricos.

➤ 51% de Empirismos Aplicativos en los responsables respecto a los Planteamientos Teóricos

- La prelación individual de porcentajes de Empirismos Aplicativos en los responsables, respecto a Planteamientos Teóricos, es de: 20% para Salud, 20% para Derecho a la Salud, 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud, 20% para la Responsabilidad del Estado y 20% para la Política de Salud.

➤ Logros en los responsables, respecto a los Planteamiento Teóricos.

➤ 49% de Logros en los responsables respecto a los Planteamientos Teóricos

- La prelación individual de porcentajes de logros en los responsables, respecto a Planteamientos Teóricos, es de: 20% para Salud, 20% para Derecho a la Salud, 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud, 20% para la Responsabilidad del Estado y 20% para la Política de Salud.

➤ Principales Razones o Causas de los Empirismo Aplicativos

- ✓ El 50% considera que no son aplicables.
- ✓ El 30% considera que no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos.
- ✓ El 10% considera que no sabe cómo invocarlos o aplicarlos.
- ✓ El 10% de los informantes considera que es por falta de capacitación.

4.2. ANÁLISIS DEL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.

4.2.1. ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA RESPECTO DE LOS PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS

Teóricamente se plantea que, entre los conceptos básicos que deben conocer y aplicar bien en los responsables, tenemos los siguientes:

- a) Salud
- b) Derecho a la Salud
- c) Principio de no discriminación al derecho a la salud
- d) Responsabilidad del Estado
- e) Política de Salud

Pero en la realidad, de la opinión de los encuestados se ha obtenido como resultado, según el FIGURA N° 07 que: el promedio de los porcentajes de Desconocimiento o No Aplicación de los Planteamientos Teóricos por parte de la comunidad jurídica es de 51%, mientras que el promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de los Planteamientos Teóricos por parte de la comunidad jurídica es de 49%, con una prelación individual para cada Planteamiento Teórico como a continuación veremos:

A.- El promedio de los porcentajes de Desconocimiento de los planteamientos teóricos en la comunidad jurídica es de 51% con un total de 180 respuestas no contestadas; que lo interpretamos como negativo: **Empirismos Aplicativos.**

La prelación individual para cada Planteamiento teórico en la siguiente tabla es de:

Tabla 2: Planteamientos Teóricos no aplicados por los responsables.

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	Respuestas no Contestadas	%
Salud	36	20%
Derecho a la Salud	35	20%
Principio de no discriminación al derecho a la salud	35	20%
Responsabilidad del Estado	36	20%
Política de Salud	36	20%
Total	178	51%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario N° 01

B.-El promedio de los porcentajes de Conocimiento de los planteamientos teóricos en los responsables es de 49% con un total de 178 respuestas contestadas; que lo interpretamos como positivo: **Logros**.

La prelación individual para cada Planteamiento teórico en la siguiente tabla es de:

Tabla 3: Planteamientos Teóricos aplicados a los responsables

PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS	Respuestas Contestadas	%
Salud	34	20%
Derecho a la Salud	35	20%
Principio de no discriminación al derecho a la salud	35	20%
Responsabilidad del Estado	34	20%
Política de Salud	34	20%
Total	172	49%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario N° 01

4.2.1.1. Apreciaciones resultantes del análisis de la comunidad jurídica respecto a los Planteamientos Teóricos.

➤ Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a los Planteamiento Teóricos.

➤ 51% de Empirismo Aplicativos en la comunidad jurídica respecto a los Planteamientos Teóricos

- La prelación individual de porcentajes de Empirismo Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a Planteamientos Teóricos, es de: 20% para Salud, 20% para Derecho a la Salud, 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud, 20% para la Responsabilidad del Estado y 20% para la Política de Salud.

➤ Logros en la comunidad jurídica, respecto a los Planteamiento Teóricos.

➤ 49% de Logros en la comunidad jurídica respecto a los Planteamientos Teóricos

- La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a Planteamientos Teóricos, es de: 20% para Salud, 20% para Derecho a la Salud, 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud, 20% para la Responsabilidad del Estado y 20% para la Política de Salud.

➤ Principales Razones o Causas de los Empirismo Aplicativos

- ✓ El 50% considera que no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos.
- ✓ El 30% considera que no son aplicables.
- ✓ El 10% es por falta de capacitación.
- ✓ El 10% considera que no sabe cómo invocarlos o aplicarlos.

4.2.2. ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA RESPECTO DE LA JURISPRUDENCIA.

Jurídicamente se plantea que, entre las normas que deben conocer y aplicar bien la comunidad jurídica tenemos los siguientes:

a) Sentencia Exp. N° 17728-07: Las listas de espera. Sobre el particular, la SC ha señalado que la práctica de exámenes, tratamientos o intervenciones quirúrgicas a personas deben ser dados en un plazo razonable, sin denegación, por estar involucrado el derecho a la salud

b) Sentencia Exp. N° 13306-08: El retardo en la atención médica. Aun y cuando el padecimiento del usuario de los servicios de salud no sea grave, si hay una demora excesiva en la prestación de éstos, la SC ha declarado con lugar los recursos de amparo por violación a los derechos de salud

c) Sentencia Exp. N° 3125-08: La prestación de un tratamiento. En estos casos, la SC ha recurrido a los principios propios del servicio público para amparar los derechos fundamentales de los justiciables, en este caso el derecho a la salud

d) Sentencia Exp. N° 14325-03: El desabastecimiento de medicamentos. Ha sido criterio reiterado de la SC que las autoridades de salud deben mantener la cantidad suficiente de medicamento para suministrar a los pacientes

Pero en la realidad, de la opinión de los encuestados se ha obtenido como resultado, según el FIGURA N° 09 que: el promedio de los porcentajes de Desconocimiento o No Aplicación de las jurisprudencias por parte de la comunidad jurídica es de 53%, mientras que el promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de las jurisprudencias por parte de la comunidad jurídica es de 47%, con una prelación individual para cada Norma como a continuación veremos:

A.- El promedio de los porcentajes de Desconocimiento de las jurisprudencias en la comunidad jurídica es de 53% con un total de 147 respuestas no contestadas; que lo interpretamos como negativo: **empirismos aplicativos**

La prelación individual para cada Jurisprudencia en la siguiente tabla es de:

Tabla 13: jurisprudencias no aplicadas a la Comunidad Jurídica.

JURISPRUDENCIA	Respuestas no Contestadas	%
Sentencia Exp. N° 17728-07	37	25%
Sentencia Exp. N° 13306-08	36	25%
Sentencia Exp. N° 3125-08	36	24%
Sentencia Exp. N° 14325-03	38	26%
Total	147	53%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

B.- El promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de las jurisprudencias en la comunidad jurídica es de 47% con un total de 133 respuestas contestadas; que lo interpretamos como positivo: **Logros**.

La prelación individual para cada jurisprudencia en la siguiente tabla es de:

Tabla 14: jurisprudencias aplicadas a la Comunidad Jurídica.

JURISPRUDENCIA	Respuestas Contestadas	%
Sentencia Exp. N° 17728-07	33	25%
Sentencia Exp. N° 13306-08	34	25%
Sentencia Exp. N° 3125-08	34	26%
Sentencia Exp. N° 14325-03	32	24%
Total	133	47%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

4.2.2.1. Apreciaciones resultantes del análisis de la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias.

➤ Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias.

➤ 53% de Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias

- La prelación individual de porcentajes de Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias, es de: 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07, 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08, 24% para el Sentencia Exp. N° 3125-08, 26% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

➤ Logros en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias.

➤ 47% de Logros en la comunidad jurídica respecto a las normas

- La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias, es de: 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07, 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08, 26% para el Sentencia Exp. N° 3125-08, 24% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

➤ Principales Razones o Causas de los Empirismos Aplicativos

- ✓ El 50% considera que no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos.
- ✓ El 36% considera que no son aplicables.
- ✓ El 10% considera que es por falta de capacitación.
- ✓ El 4% considera que no sabe cómo invocarlos o aplicarlos.

➤ 52% integrando porcentajes de empirismos aplicativos de la comunidad jurídica entre planteamientos teóricos y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.

- **48% integrando porcentajes de logros de la comunidad jurídica entre planteamientos teóricos y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

4.3. ANALISIS DEL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.

4.3.1. ANALISIS DE LOS RESPONSABLES RESPECTO A LAS NORMAS.

Jurídicamente se plantea que, entre las normas que deben conocer y aplicar bien los responsables tenemos los siguientes:

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

- **Artículo 9 de la Constitución Política del Perú:** El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud

- **Artículo II del Título Preliminar de la LGS:** La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla

- **Artículo VI del Título Preliminar de la LGS** Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad

- **Artículo 15 de la LGS:** 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
- 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;
- i) A 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

Pero en la realidad, de la opinión de los encuestados se ha obtenido como resultado, según el FIGURA N° 03 que: el promedio de los porcentajes de Desconocimiento o No Aplicación de las Normas por parte de los responsables es de 51%, mientras que el promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de las Normas por parte de los responsables es de 49%, con una prelación individual para cada Norma como a continuación veremos:

A.- El promedio de los porcentajes de Desconocimiento de las Normas en los responsables es de 51% con un total de 128 respuestas no contestadas; que lo interpretamos como negativo: **Incumplimientos**

La prelación individual para cada Norma en la siguiente tabla es de:

Tabla 5: Normas no aplicadas a los Responsables.

NORMAS	Respuestas no Contestadas	%
Artículo 7 de la Constitución Política del Perú	26	20%
Artículo 9 de la Constitución Política del Perú	26	20%
Artículo II del Título Preliminar de la LGS	26	20%
Artículo VI del Título Preliminar de la LGS	25	20%
Artículo 15 de la LGS	25	20%
Total	128	51%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

B.- El promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de las Normas en los responsables es de 49% con un total de 122 respuestas contestadas; que lo interpretamos como positivo; y, lo interpretamos como: Logros.

La prelación individual para cada Norma en la siguiente tabla es de:

Tabla 6: Normas aplicadas a los Responsables.

NORMAS	Respuestas Contestadas	%
Artículo 7 de la Constitución Política del Perú	24	20%
Artículo 9 de la Constitución Política del Perú	24	20%
Artículo II del Título Preliminar de la LGS	24	20%
Artículo VI del Título Preliminar de la LGS	25	20%
Artículo 15 de la LGS	25	20%
Total	122	49%
Informantes	50	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de ESSALUD y pacientes de ESSALUD

4.3.1.1. Apreciaciones resultantes del análisis en los responsables respecto a las normas

- **Incumplimientos en los responsables, respecto a las normas.**
 - **51% de Incumplimientos en los responsables respecto a las normas**
 - La prelación individual de porcentajes de Incumplimientos en los responsables, respecto a las normas, es de: 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú, 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú, 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS, 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS y 20% para el Artículo 15 de la LGS.
- **Logros en los responsables, respecto a las normas.**
 - **49% de Logros en los responsables respecto a las normas**
 - La prelación individual de porcentajes de logros en los responsables, respecto a las normas, es de: 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú, 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del

Perú, 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS, 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS y 20% para el Artículo 15 de la LGS.

➤ **Principales Razones o Causas de los Incumplimientos**

- ✓ El 44% considera que no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos.
- ✓ El 32% considera que no son aplicables.
- ✓ El 12% considera que es por falta de capacitación.
- ✓ El 12% considera que no sabe cómo invocarlos o aplicarlos.

4.4. ANALISIS DEL DERECHO A LA SALUD Y SU EFECTIVA PROTECCIÓN EN EL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL AÑO 2015.

4.4.1. ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA RESPECTO DE LAS NORMAS.

Jurídicamente se plantea que, entre las normas que deben conocer y aplicar bien la comunidad jurídica tenemos los siguientes:

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

- **Artículo 9 de la Constitución Política del Perú:** El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud

- **Artículo II del Título Preliminar de la LGS:** La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla

- **Artículo VI del Título Preliminar de la LGS** Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad

- **Artículo 15 de la LGS:** 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
- 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;

i) A qué 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

Pero en la realidad, de la opinión de los encuestados se ha obtenido como resultado, según el FIGURA N° 09 que: el promedio de los porcentajes de Desconocimiento o No Aplicación de las Normas por parte de la comunidad jurídica es de 51%, mientras que el promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de las Normas por parte de la comunidad jurídica es de 49%, con una prelación individual para cada Norma como a continuación veremos:

A.- El promedio de los porcentajes de Desconocimiento de las Normas en la comunidad jurídica es de 51% con un total de 259 respuestas no contestadas; que lo interpretamos como negativo como: **incumplimientos**

La prelación individual para cada Norma en la siguiente tabla es de:

Tabla 10: Normas no aplicadas a la Comunidad Jurídica.

NORMAS	Respuestas no Contestadas	%
Artículo 7 de la Constitución Política del Perú	37	21%
Artículo 9 de la Constitución Política del Perú	35	19%
Artículo II del Título Preliminar de la LGS	36	20%
Artículo VI del Título Preliminar de la LGS	36	20%
Artículo 15 de la LGS	36	20%
Total	180	51%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

B.- El promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de las Normas en la comunidad jurídica es de 49% con un total de 251 respuestas contestadas; que lo interpretamos como positivo: **Logros.**

La prelación individual para cada Norma en la siguiente tabla es de:

Tabla 11: Normas aplicadas a la Comunidad Jurídica.

NORMAS	Respuestas Contestadas	%
Artículo 7 de la Constitución Política del Perú	33	19%
Artículo 9 de la Constitución Política del Perú	35	21%
Artículo II del Título Preliminar de la LGS	34	20%
Artículo VI del Título Preliminar de la LGS	34	20%
Artículo 15 de la LGS	34	20%
Total	170	51%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

4.4.1.1. Apreciaciones resultantes del análisis de la comunidad jurídica respecto a las Normas.

- **Incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a las normas.**
- **51% de incumplimientos en la comunidad jurídica respecto a las normas**
 - La prelación individual de porcentajes de incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a las normas, es de: 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú, 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú, 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS, 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS y 20% para el Artículo 15 de la LGS.

➤ **Logros en la comunidad jurídica, respecto a las normas.**

➤ **49% de Logros en la comunidad jurídica respecto a las normas**

- La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a las normas, es de: 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú, 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú, 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS, 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS y 20% para el Artículo 15 de la LGS.

➤ **Principales Razones o Causas de los incumplimientos**

- ✓ El 49% considera que no son aplicables.
- ✓ El 31% considera que no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos.
- ✓ El 14% considera que es por falta de capacitación.
- ✓ El 6% considera que no sabe cómo invocarlos o aplicarlos.

4.4.2. ANÁLISIS DE LA COMUNIDAD JURÍDICA RESPECTO DE LA JURISPRUDENCIA.

Jurídicamente se plantea que, entre la jurisprudencia que deben conocer y aplicar bien la comunidad jurídica tenemos los siguientes:

a) Sentencia Exp. N° 17728-07: Las listas de espera. Sobre el particular, la SC ha señalado que la práctica de exámenes, tratamientos o intervenciones quirúrgicas a personas deben ser dados en un plazo razonable, sin denegación, por estar involucrado el derecho a la salud

b) Sentencia Exp. N° 13306-08: El retardo en la atención médica. Aun y cuando el padecimiento del usuario de los servicios de salud no sea grave, si hay una demora excesiva en la prestación de éstos, la SC ha declarado con lugar los recursos de amparo por violación a los derechos de salud

c) **Sentencia Exp. N° 3125-08: La prestación de un tratamiento.** En estos casos, la SC ha recurrido a los principios propios del servicio público para amparar los derechos fundamentales de los justiciables, en este caso el derecho a la salud

d) **Sentencia Exp. N° 14325-03: El desabastecimiento de medicamentos.** Ha sido criterio reiterado de la SC que las autoridades de salud deben mantener la cantidad suficiente de medicamento para suministrar a los pacientes

Pero en la realidad, de la opinión de los encuestados se ha obtenido como resultado, según el FIGURA N° 09 que: el promedio de los porcentajes de Desconocimiento o No Aplicación de la jurisprudencia por parte de la comunidad jurídica es de 53%, mientras que el promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de la jurisprudencia por parte de la comunidad jurídica es de 47%, con una prelación individual para cada jurisprudencia como a continuación veremos:

A.- El promedio de los porcentajes de Desconocimiento de la jurisprudencia en la comunidad jurídica es de 53% con un total de 147 respuestas no contestadas; que lo interpretamos como negativo: **incumplimientos**

La prelación individual para cada jurisprudencia en la siguiente tabla es de:

Tabla 13: jurisprudencias no aplicadas a la Comunidad Jurídica.

JURISPRUDENCIA	Respuestas no Contestadas	%
Sentencia Exp. N° 17728-07	37	25%
Sentencia Exp. N° 13306-08	36	25%
Sentencia Exp. N° 3125-08	36	24%
Sentencia Exp. N° 14325-03	38	26%
Total	147	53%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

B.- El promedio de los porcentajes de Conocimiento o Aplicación de la jurisprudencia en la comunidad jurídica es de 47% con un total de 133 respuestas contestadas; que lo interpretamos como positivo: **Logros.**

La prelación individual para cada jurisprudencia en la siguiente tabla es de:

Tabla 14: jurisprudencias aplicadas a la Comunidad Jurídica.

JURISPRUDENCIA	Respuestas Contestadas	%
Sentencia Exp. N° 17728-07	33	25%
Sentencia Exp. N° 13306-08	34	25%
Sentencia Exp. N° 3125-08	34	26%
Sentencia Exp. N° 14325-03	32	24%
Total	133	47%
Informantes	70	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a abogados constitucionalistas del Distrito de Chiclayo

4.4.2.1. Apreciaciones resultantes del análisis de la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias.

➤ Incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias.

➤ 53% de incumplimientos en la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias

- La prelación individual de porcentajes de incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a la jurisprudencia, es de: 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07, 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08, 24% para el Sentencia Exp. N° 3125-08, 26% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

➤ Logros en la comunidad jurídica, respecto a la jurisprudencia.

➤ 47% de Logros en la comunidad jurídica respecto a la jurisprudencia

- La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a la jurisprudencia, es de: 25% para el Sentencia

Exp. N° 17728-07, 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08, 26% para el Sentencia Exp. N° 3125-08, 24% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

➤ **Principales Razones o Causas de los incumplimientos**

- ✓ El 50% considera que no está de acuerdo con invocarlos o aplicarlos.
- ✓ El 36% considera que no son aplicables.
- ✓ El 10% considera que es por falta de capacitación.
- ✓ El 4% considera que no sabe cómo invocarlos o aplicarlos.

➤ **52% integrando porcentajes de incumplimientos de la comunidad jurídica entre normas y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

➤ **48% integrando porcentajes de logros de la comunidad jurídica entre planteamientos normas y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

CAPITULO V: CONCLUSIONES

5.1. RESUMEN DE LAS APRECIACIONES RESULTANTES DEL ANALISIS

5.1.1. RESUMEN DE LAS APRECIACIONES RESULTANTES DEL ANÁLISIS, RESPECTO A LAS PARTES O VARIABLES DEL PROBLEMA.

5.1.1.1. Empirismos Aplicativos

➤ **Empirismos Aplicativos en los responsables, respecto a los Planteamiento Teóricos.**

➤ **51% de Empirismos Aplicativos en los responsables respecto a los Planteamientos Teóricos**

La prelación individual de porcentajes de Empirismos Aplicativos en los responsables, respecto a Planteamientos Teóricos, es de:

- 20% para Salud.
- 20% para Derecho a la Salud.
- 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud.
- 20% para la Responsabilidad del Estado.
- 20% para la Política de Salud.

➤ **Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a los Planteamiento Teóricos.**

➤ **51% de Empirismo Aplicativos en la comunidad jurídica respecto a los Planteamientos Teóricos**

La prelación individual de porcentajes de Empirismo Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a Planteamientos Teóricos, es de:

- 20% para Salud.
- 20% para Derecho a la Salud.
- 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud.
- 20% para la Responsabilidad del Estado.
- 20% para la Política de Salud.

- **Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias.**

- **53% de Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias**
 - La prelación individual de porcentajes de Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias, es de:
 - 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07.
 - 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08.
 - 24% para el Sentencia Exp. N° 3125-08.
 - 26% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

- **52% integrando porcentajes de empirismos aplicativos de la comunidad jurídica entre planteamientos teóricos y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

5.1.1.2. Incumplimientos

- **Incumplimientos en los responsables, respecto a las normas.**

- **51% de Incumplimientos en los responsables respecto a las normas**
 - La prelación individual de porcentajes de Incumplimientos en los responsables, respecto a las normas, es de:
 - 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú.
 - 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú.
 - 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS.
 - 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS.
 - 20% para el Artículo 15 de la LGS.

- **Incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a las normas.**
 - **51% de incumplimientos en la comunidad jurídica respecto a las normas**

La prelación individual de porcentajes de incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a las normas, es de:

 - 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú
 - 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú
 - 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS
 - 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS
 - 20% para el Artículo 15 de la LGS.

- **incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias.**
 - **53% de incumplimientos en la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias**

La prelación individual de porcentajes de incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a la jurisprudencia, es de:

 - 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07
 - 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08
 - 24% para el Sentencia Exp. N° 3125-08
 - 26% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

- **52% integrando porcentajes de incumplimientos de la comunidad jurídica entre normas y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

5.1.2. RESUMEN DE LAS APRECIACIONES RESULTANTES DEL ANÁLISIS, RESPECTO A LOS LOGROS COMO COMPLEMENTOS DE LAS PARTES O VARIABLES DEL PROBLEMA.

- **Logros en los responsables, respecto a los Planteamiento Teóricos.**
- **49% de Logros en los responsables respecto a los Planteamientos Teóricos**

La prelación individual de porcentajes de logros en los responsables, respecto a Planteamientos Teóricos, es de:

 - 20% para Salud, 20% para Derecho a la Salud
 - 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud
 - 20% para la Responsabilidad del Estado
 - 20% para la Política de Salud.
- **Logros en la comunidad jurídica, respecto a los Planteamiento Teóricos.**
- **49% de Logros en la comunidad jurídica respecto a los Planteamientos Teóricos**

La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a Planteamientos Teóricos, es de:

 - 20% para Salud
 - 20% para Derecho a la Salud
 - 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud
 - 20% para la Responsabilidad del Estado
 - 20% para la Política de Salud.
- **Logros en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias.**
- **47% de Logros en la comunidad jurídica respecto a las normas**

La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias, es de:

- 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07
 - 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08
 - 26% para el Sentencia Exp. N° 3125-08
 - 24% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.
- **48% integrando porcentajes de logros de la comunidad jurídica entre planteamientos teóricos y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**
- **Logros en los responsables, respecto a las normas.**
- **49% de Logros en los responsables respecto a las normas**
 La prelación individual de porcentajes de logros en los responsables, respecto a las normas, es de:
- 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú
 - 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú
 - 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS
 - 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS
 - 20% para el Artículo 15 de la LGS.
- **Logros en la comunidad jurídica, respecto a las normas.**
- **49% de Logros en la comunidad jurídica respecto a las normas**
 La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a las normas, es de:
- 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú
 - 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú
 - 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS
 - 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS
 - 20% para el Artículo 15 de la LGS.

- **Logros en la comunidad jurídica, respecto a la jurisprudencia.**
- **47% de Logros en la comunidad jurídica respecto a la jurisprudencia**
 - La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a la jurisprudencia, es de:
 - 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07
 - 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08
 - 26% para el Sentencia Exp. N° 3125-08
 - 24% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.
- **48% integrando porcentajes de logros de la comunidad jurídica entre planteamientos normas y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

5.1. CONCLUSIONES PARCIALES

5.1.1. CONCLUSIÓN PARCIAL 1

5.1.1.1. Contrastación de la sub hipótesis “a”

En el sub numeral 1.3.2. a), planteamos las sub-hipótesis “a”, mediante el siguiente enunciado:

Se advirtieron Empirismo Aplicativos debido a la mala aplicación de la Política Nacional de Salud, debiendo proponerse lineamientos para una mejor interpretación de los alcances del artículo 9 de la Constitución Política del Perú.

Fórmula : -X1; -A1; -B1; -B2

Arreglo 1 : -X, A,-B

Tomando como premisas, las siguientes apreciaciones resultantes del análisis (5.1.), que directamente se relacionan con esta sub-hipótesis “a”; porque han sido obtenidas de la integración de datos pertenecientes a los dominios de variables que esta sub-hipótesis “a” cruza, como:

a) Logros.

➤ **49% de Logros en los responsables respecto a los Planteamientos Teóricos**

La prelación individual de porcentajes de logros en los responsables, respecto a Planteamientos Teóricos, es de:

- 20% para Salud, 20% para Derecho a la Salud
- 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud
- 20% para la Responsabilidad del Estado
- 20% para la Política de Salud.

b) Empirismos Aplicativos

➤ **51% de Empirismos Aplicativos en los responsables respecto a los Planteamientos Teóricos**

La prelación individual de porcentajes de Empirismos Aplicativos en los responsables, respecto a Planteamientos Teóricos, es de:

- 20% para Salud.
- 20% para Derecho a la Salud.
- 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud.
- 20% para la Responsabilidad del Estado.
- 20% para la Política de Salud.

Las anteriores premisas, nos dan base para establecer el Resultado de la contrastación de la sub-hipótesis “a”

La sub-hipótesis “a” se prueba parcialmente mayoritariamente, pues los resultados en promedio arrojan un **51% de Empirismos Aplicativos** y, simultáneamente, la sub-hipótesis “a”, se disprueba parcialmente minoritariamente, pues los resultados arrojan un **49% de Logros**.

5.1.1.2. Enunciado de la Conclusión Parcial 1

El resultado de la contrastación de la sub-hipótesis “a”, nos da base o fundamento para formular la Conclusión Parcial 1, mediante el siguiente enunciado:

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 adolece de un 51% de Empirismos Aplicativos debido a la mala aplicación de la Política Nacional de Salud, debiendo proponerse lineamientos para una mejor interpretación de los alcances del artículo 9 de la Constitución Política del Perú. Esto se disprueba con un 49% de Logros en los planteamientos teóricos.

5.1.2. CONCLUSIÓN PARCIAL 2

5.1.2.1. Contrastación de la sub-hipótesis “b”

Existieron Empirismos Aplicativos referidos al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, debido a casos de pacientes del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo que se quejan de no tener una atención adecuada en ese nosocomio, ya sea por no tener un acceso oportuno a una cita para un servicio de su salud, por el defectuoso tratamiento de algunos doctores y personal de salud o porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, por lo que el Estado debería supervisar si se está llevando a cabo una correcta protección del derecho a la salud, debiendo aprovecharse satisfactoriamente la jurisprudencia.

Fórmula : – X1; -A1; -B1; - B2; -B3

Arreglo 2 : -X, A, -B

Tomando como premisas, las siguientes apreciaciones resultantes del análisis (5.1.), que directamente se relacionan con esta sub-hipótesis “b”; porque han sido obtenidas de la integración de datos pertenecientes a los dominios de variables que esta sub-hipótesis “b” cruza, como:

a) Logros

➤ **Logros en la comunidad jurídica, respecto a los Planteamiento Teóricos.**

➤ **49% de Logros en la comunidad jurídica respecto a los Planteamientos Teóricos**

La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a Planteamientos Teóricos, es de:

- 20% para Salud
- 20% para Derecho a la Salud
- 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud
- 20% para la Responsabilidad del Estado
- 20% para la Política de Salud.

➤ **Logros en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias.**

➤ **47% de Logros en la comunidad jurídica respecto a las normas**

La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias, es de:

- 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07
- 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08
- 26% para el Sentencia Exp. N° 3125-08
- 24% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

➤ **48% integrando porcentajes de logros de la comunidad jurídica entre planteamientos teóricos y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

b) Empirismos Aplicativos.

➤ **Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a los Planteamiento Teóricos.**

➤ **51% de Empirismo Aplicativos en la comunidad jurídica respecto a los Planteamientos Teóricos**

La prelación individual de porcentajes de Empirismo Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a Planteamientos Teóricos, es de:

- 20% para Salud.
- 20% para Derecho a la Salud.
- 20% para Principio de no discriminación al derecho a la salud.
- 20% para la Responsabilidad del Estado.
- 20% para la Política de Salud.

➤ **Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias.**

➤ **53% de Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias**

La prelación individual de porcentajes de Empirismos Aplicativos en la comunidad jurídica, respecto a las jurisprudencias, es de:

- 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07.
- 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08.
- 24% para el Sentencia Exp. N° 3125-08.
- 26% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

➤ **52% integrando porcentajes de empirismos aplicativos de la comunidad jurídica entre planteamientos teóricos y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

Las anteriores premisas, nos dan base para establecer el Resultado de la contrastación de la subhipotesis “b”

La sub-hipótesis “b” se prueba parcialmente mayoritariamente, pues los resultados en promedio arrojan un 51% de Empirismos Aplicativos y, simultáneamente, la sub-hipótesis “b”, se disprueba parcialmente minoritariamente, pues los resultados arrojan un 49% de Logros.

5.1.2.2. Enunciado de la Conclusión Parcial 2

El resultado de la contratación de la sub hipótesis “b”, nos da base o fundamento para formular la Conclusión Parcial 2, mediante el siguiente enunciado:

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 adolece de un 52% de Empirismos Aplicativos por parte de la comunidad jurídica debido a casos de pacientes del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo que se quejan de no tener una atención adecuada en ese nosocomio, ya sea por no tener un acceso oportuno a una cita para un servicio de su salud, por el defectuoso tratamiento de algunos doctores y personal de salud o porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, por lo que el Estado debería supervisar si se está llevando a cabo una correcta protección del derecho a la salud, debiendo aprovecharse satisfactoriamente la jurisprudencia. Esto se disprueba con un 48% de Logros en los planteamientos teóricos y jurisprudencia.

5.1.3. CONCLUSIÓN PARCIAL 3

5.1.3.1. Contrastación de la sub-hipótesis “c”

En el sub-numeral 1.3.2. c), planteamos las sub-hipótesis “c”, mediante el siguiente enunciado:

Se advirtieron Incumplimientos debido a que no se cumple con la debida protección del derecho a la salud por parte del Estado, en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, debiendo proponerse una constante supervisión y debida aplicación de la política de salud.

Fórmula : -X2; -A2; -B2, -B3

Arreglo 4 : -X , A; -B

Tomando como premisas, las siguientes apreciaciones resultantes del análisis (5.3.), que directamente se relacionan con esta sub-hipótesis “c”; porque han sido obtenidas de la integración de datos pertenecientes a los dominios de variables que esta sub-hipótesis “c” cruza, como:

a) Logros

➤ 49% de Logros en los responsables respecto a las normas

La prelación individual de porcentajes de logros en los responsables, respecto a las normas, es de:

- 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú
- 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú
- 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS
- 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS
- 20% para el Artículo 15 de la LGS.

b) Incumplimientos

➤ 51% de Incumplimientos en los responsables respecto a las normas

La prelación individual de porcentajes de Incumplimientos en los responsables, respecto a las normas, es de:

- 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú.
- 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú.
- 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS.
- 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS.
- 20% para el Artículo 15 de la LGS.

Las anteriores premisas, nos dan base para establecer el Resultado de la contrastación de la sub-hipótesis “c”

La sub-hipótesis “c” se prueba parcialmente mayoritariamente, pues los resultados arrojan un **51% de Incumplimientos**. Y, simultáneamente, la sub-hipótesis “c”, se disprueba parcialmente minoritariamente, pues los resultados arrojan un **49 % de Logros**.

5.1.3.2. Enunciado de la Conclusión Parcial 3

El resultado de la contrastación de la sub-hipótesis “c”, nos da base o fundamento para formular la Conclusión Parcial 3, mediante el siguiente enunciado:

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 adolece de un 51% de Incumplimientos por parte de los responsables debido a que no se cumple con la debida protección del derecho a la salud por parte del Estado, en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, debiendo proponerse una constante supervisión y debida aplicación de la política de salud. Esto se disprueba con un 49% de Logros en los planteamientos teóricos.

5.1.4. CONCLUSIÓN PARCIAL 4

5.1.4.1. Contrastación de la sub-hipótesis “d”

En el sub-numeral 1.3.2. d), planteamos las sub-hipótesis “d”, mediante el siguiente enunciado:

Existieron Incumplimientos referidos al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, hecho que puede solucionarse de manera satisfactoria aprovechando la jurisprudencia nacional.

Fórmula : -X2; -A2; -B1; - B2; -B3

Arreglo 4 : -X , A; -B

Tomando como premisas, las siguientes apreciaciones resultantes del análisis (5.4.), que directamente se relacionan con esta sub-hipótesis “d”; porque han sido obtenidas de la integración de datos pertenecientes a los dominios de variables que esta sub-hipótesis “d” cruza, como:

c) Logros

➤ 49% de Logros en la comunidad jurídica respecto a las normas

La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a las normas, es de:

- 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú
- 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú
- 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS

- 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS
- 20% para el Artículo 15 de la LGS.

➤ **47% de Logros en la comunidad jurídica respecto a la jurisprudencia**

La prelación individual de porcentajes de logros en la comunidad jurídica, respecto a la jurisprudencia, es de:

- 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07
- 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08
- 26% para el Sentencia Exp. N° 3125-08
- 24% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.

➤ **48% integrando porcentajes de logros de la comunidad jurídica entre planteamientos normas y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

d) Incumplimientos

➤ **51% de incumplimientos en la comunidad jurídica respecto a las normas**

La prelación individual de porcentajes de incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a las normas, es de:

- 20% para el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú
- 20% para el Artículo 9 de la Constitución Política del Perú
- 20% para el Artículo II del Título Preliminar de la LGS
- 20% para el Artículo VI del Título Preliminar de la LGS
- 20% para el Artículo 15 de la LGS.

➤ **53% de incumplimientos en la comunidad jurídica respecto a las jurisprudencias**

La prelación individual de porcentajes de incumplimientos en la comunidad jurídica, respecto a la jurisprudencia, es de:

- 25% para el Sentencia Exp. N° 17728-07
 - 25% para el Sentencia Exp. N° 13306-08
 - 24% para el Sentencia Exp. N° 3125-08
 - 26% para el Sentencia Exp. N° 14325-03.
- **52% integrando porcentajes de incumplimientos de la comunidad jurídica entre normas y jurisprudencia en el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015.**

Las anteriores premisas, nos dan base para establecer el Resultado de la contrastación de la sub-hipótesis “d”

La sub-hipótesis “d” se prueba parcialmente mayoritariamente, pues los resultados arrojan un **52% de Incumplimientos**. Y, simultáneamente, la sub-hipótesis “d”, se disprueba parcialmente minoritariamente, pues los resultados arrojan un **48 % de Logros**.

5.1.4.2. Enunciado de la Conclusión Parcial 4

El resultado de la contrastación de la sub-hipótesis “d”, nos da base o fundamento para formular la Conclusión Parcial 4, mediante el siguiente enunciado:

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 adolece de un 52% de Incumplimientos por parte de la comunidad jurídica referidos al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, hecho que puede solucionarse de manera satisfactoria aprovechando la jurisprudencia nacional. Esto se disprueba con un 49% de Logros en las normas y jurisprudencias.

5.2. CONCLUSION GENERAL

5.2.1. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS GLOBAL

Se ve afectada por empirismos aplicativos e incumplimientos; que están relacionados causalmente y se explican, por el hecho de que no se conocía o no se ha aplicado bien algún Planteamiento Teórico respecto al derecho a la salud y

su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, especialmente algún concepto básico; o, por tener en nuestra normativa ciertas normas desactualizadas que podrían mejorar si se tuviera en cuenta la realidad normativa de otros países y a la doctrina como fuente de Derecho

CONCLUSIÓN PARCIAL	PRUEBA	DISPRUEB	TOTAL
		A	
Conclusión Parcial 1	51%	49%	100.00%
Conclusión Parcial 2	52%	48%	100.00%
Conclusión Parcial 3	51%	49%	100.00%
Conclusión Parcial 4	52%	48%	100.00%
Promedio Global Integrado	51. 5%	48. 5%	100.00%

Fuente: Investigación Propia

Podemos establecer el resultado de la contrastación de la hipótesis global:

La Hipótesis Global se prueba en 51. 5%, y se disprueba en 48.5%.

5.2.2. ENUNCIADO DE LA CONCLUSIÓN GENERAL

Tomando como premisas las conclusiones parciales podemos formular la conclusión general:

Enunciado de la Conclusión Parcial 1

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 adolece de un 51% de Empirismos Aplicativos debido a la mala aplicación de la Política Nacional de Salud, debiendo proponerse lineamientos para una mejor interpretación de los alcances del artículo 9 de la Constitución Política del Perú. Esto se disprueba con un 49% de Logros en los planteamientos teóricos.

Enunciado de la Conclusión Parcial 2

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 adolece de un 52% de Empirismos Aplicativos por parte de la comunidad jurídica debido a casos de pacientes del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo que se quejan de no tener una atención adecuada en ese nosocomio, ya sea por no tener un acceso oportuno a una cita para un servicio de su salud, por el defectuoso tratamiento de algunos doctores y personal de salud o porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, por lo que el Estado debería supervisar si se está llevando a cabo una correcta protección del derecho a la salud, debiendo aprovecharse satisfactoriamente la jurisprudencia. Esto se disprueba con un 48% de Logros en los planteamientos teóricos y jurisprudencia.

Enunciado de la Conclusión Parcial 3

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 adolece de un 51% de Incumplimientos por parte de los responsables debido a que no se cumple con la debida protección del derecho a la salud por parte del Estado, en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, debiendo proponerse una constante supervisión y debida aplicación de la política de salud. Esto se disprueba con un 49% de Logros en los planteamientos teóricos.

Enunciado de la Conclusión Parcial 4

El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015 adolece de un 52% de Incumplimientos por parte de la comunidad jurídica referidos al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, hecho que puede solucionarse de manera satisfactoria aprovechando la jurisprudencia nacional. Esto se disprueba con un 49% de Logros en las normas y jurisprudencias.

Desde nuestra perspectiva de todo lo que hemos desarrollado en la presente investigación con respecto el Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, se tiene que:

Al igual que otros derechos económicos, sociales y culturales el derecho a la salud es un derecho de naturaleza prestacional, lo que impone el deber del Estado la prestación de un servicio público continuo, eficaz, eficiente, sin discriminación, adaptable, transparente y solidario a favor de los usuarios de los servicios de salud pública.

La mejor atención y cuidado de la salud, es un tema no solo de médicos y pacientes, sino que va más allá de ello, se requiere la intervención del Estado, puesto de que como ente supremo es el encargado de formular políticas de salud que garanticen a todo el pueblo peruano, un correcto tratamiento y atención médica de todas las personas, para ello deben observar la realidad social, y considerar una política acorde de tal realidad, teniendo en cuenta más personal médico y administrativo, supervisando la labor de los médicos, asimismo el tratamiento a los pacientes, considerar que la medicina sea la óptima a la enfermedad, y otros aspectos que tienen relación con la debida atención de la salud.

El derecho a la salud comprende la disponibilidad de servicios y programas de salud en cantidad suficiente para los usuarios de estos servicios y destinatarios de estos programas. Por otra parte, el derecho a la salud también conlleva la accesibilidad a estos servicios y programas, cuya cuatro dimensiones son la no discriminación en el acceso a los servicios de salud, la accesibilidad física –particularmente por parte de los más vulnerables-, la accesibilidad económica –que conlleva la equidad y el carácter asequible de los bienes y servicios sanitarios- y la accesibilidad a la información. No menos importante es que los servicios y programas de salud sean aceptables, es decir, respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados, dirigidos a la mejora de la salud de los pacientes, confidenciales, etc. Por último, y no por ello menos significativo, el derecho a la salud implica servicios y programas de calidad, lo que significa que tales servicios deben ser científica y médicamente apropiados”.

Si es posible mantener la calidad del servicio y ofrecer a los pacientes un mejor tratamiento de su salud, si es que se pone en práctica lo estipulado en la Constitución Política de Perú respecto la política de salud del Estado.

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

6.1 RECOMENDACIONES PARCIALES

Cada recomendación parcial, se basa o fundamenta, en una conclusión parcial: la que, a su vez, se obtuvo de contrastar una sub hipótesis.

La orientación básica de las recomendaciones es que: **los logros** se deben consolidar y de ser posible, mejorar o superar; en tal sentido el derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, debe tenerse en cuenta los planteamientos teóricos, normas y legislación comparada, con el propósito de disminuir los empirismos aplicativos e incumplimientos.

Para redactar las recomendaciones parciales hay que considerar el resultado de la contrastación de la sub hipótesis-conclusión parcial, por lo tanto la recomendación parcial se realizará de acuerdo a cada sub hipótesis parciales y conclusiones parciales, lo que nos permitirá formular las recomendaciones parciales:

6.1.1 RECOMENDACIÓN PARCIAL 1

Habiéndose obtenido como resultado de la primera formulación hipotética parcial, junto con la conclusión parcial 1; se ha podido evidenciar que existe un 51% de empirismos aplicativos, y complementariamente un 49% de logros es decir, que es mayor la no consideración de planteamientos teóricos relacionados al derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, por lo que se **RECOMIENDA:** Una mayor capacitación continua los responsables para un conocimiento idóneo de los conceptos, principios y doctrinas desarrollados en el Derecho Constitucional específicamente en el tema de la responsabilidad del estado en el derecho fundamental a la salud, en sus dimensiones tanto procesales como doctrinarias. Siendo todo ello necesario para tener una mejor interpretación de la normativa que regula esta problemática.

6.1.2 RECOMENDACIÓN PARCIAL 2

Los resultados obtenidos en el capítulo 3 de la estadística y contrastándose con la realidad y con la sub hipótesis “b” nos ha permitido poder indicar que dicha hipótesis se

prueba en un 52%, es decir que se evidencian empirismos aplicativos respecto al Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, lo que nos da pie para **RECOMENDAR**: Que el Estado mediante sus diversas políticas haga cumplir con lo estipulado por la Constitución en su artículo 9 y 7, en relación con la Ley General de Salud y de esta manera se vea beneficiada las personas en general tratándose de un derecho fundamental como la salud.

6.1.3 RECOMENDACIÓN PARCIAL 3

Habiéndose obtenido como resultado de la primera formulación hipotética parcial, junto con la conclusión parcial 3; se ha podido evidenciar que existe un 51% de incumplimientos, y complementariamente un 49% de logros es decir, que es mayor la no consideración de planteamientos teóricos y normas directamente relacionados al Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, lo que nos da pie para **RECOMENDAR**: Que el Estado brinde una adecuada protección de la salud de las personas que realizan su tratamiento médico en el Hospital Almanzor Aguinada, y de esta manera se cumple con lo señalado por el artículo 9 y 7 de la Constitución Política del Perú.

6.1.4 RECOMENDACIÓN PARCIAL 4

Los resultados obtenidos en el capítulo 3 de la estadística y contrastándose con la realidad y con la sub hipótesis “d” nos ha permitido poder indicar que dicha hipótesis se prueba en un 52%, es decir que se evidencian empirismos normativos respecto al Derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015, lo que nos da pie para **RECOMENDAR**: Debiéndose aprovechar satisfactoriamente, es por ello que recomendamos que el Estado mediante sus diversas políticas haga cumplir con lo estipulado por la Constitución en su artículo 9 y 7, en relación con la Ley General de Salud, para beneficiar a todas las personas, en el sentido de que tengan una mayor protección y atención a su salud, así como también un acceso equitativo a los servicios de salud, derecho fundamental que se debe cumplir cabalmente puesto de que su mala aplicación afectaría la integridad física, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.

6.2 ENUNCIADO DE LA RECOMENDACIÓN GENERAL

En vista de que se reconoce que la falta de efectividad de la Política Nacional de Salud del Estado en cuanto que en la realidad se presentan a diario muchos casos donde los pacientes del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo se quejan de no tener una atención adecuada, ya sea por la tardanza en el acceso a una cita para un servicio de salud, por el inadecuado tratamiento de algunos doctores y personal de salud, o porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, todo ello conlleva a que el Estado mediante sus diversas políticas haga cumplir con lo estipulado por la Constitución en sus artículos 9 y 7, en relación con la Ley General de Salud, para que de esta manera, brindar a todas las personas un mejor cuidado y atención de la salud.

La mejor atención y cuidado de la salud, es un tema no solo de médicos y pacientes, sino que va más allá de ello, se requiere la intervención del Estado, puesto de que como ente supremo es el encargado de formular políticas de salud que garanticen a todo el pueblo peruano, un correcto tratamiento y atención médica de todas las personas, para ello deben observar la realidad social, y considerar una política acorde de tal realidad, teniendo en cuenta más personal médico y administrativo, supervisando la labor de los médicos, asimismo el tratamiento a los pacientes, considerar que la medicina sea la óptima a la enfermedad, y otros aspectos que tienen relación con la debida atención de la salud..

Por eso es necesario enseñar a cuestionar esta Problemática y las figuras jurídicas que este encierra dando a conocer aquello que debe ser mejorado, ¿dónde sería el punto de partida?; sería en las Universidades, para cambiar nuestro futuro debemos comenzar por nuestro presente, esta sería mi recomendación general, solo así se garantizará una debida protección frente: **“El derecho a la salud y su efectiva protección en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015”**.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

Referencias Bibliográficas

- Alexy, R. (2002). *Teoría de los Derechos Fundamentales*. Primera Edición, Madrid: Editorial Bosch.
- Álvarez, R. (2002). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Tercera Edición, Lima: Editorial Rodhas.
- Antan, M. (2014). *El derecho a la salud y los derechos humanos*. Buenos Aires: Editorial TEA.
- Caballero, A. (2002). *Metodología de la Investigación Científica: Diseños con Hipótesis Explicativas*, Primera Edición, Perú: Editorial Udegraf
- Chávez, V. (2010). *Sistema de información para el control, seguimiento y mantenimiento del equipamiento hospitalario*. Lima: Editorial de la Universidad Ricardo Palma.
- Chiavenato, H. (2001). *Administración de recursos humanos*. México: Mc Graw Hill DF.
- Estela, J. A. (2011). *El proceso de amparo como mecanismo de tutela de los derechos procesales*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Derecho y Ciencia Política. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20\(para%20Inform%C3%A1tica\)/2011/estela_hj/estela_hj.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20(para%20Inform%C3%A1tica)/2011/estela_hj/estela_hj.pdf)
- Furfaro, L. (2012). *El derecho a la salud en el sistema interamericano de protección de los derechos humanos*. Buenos Aires: Editorial TEA.
- Gaceta Jurídica S.A. (2007) *Código Civil Comentado*. Segunda Edición, Lima: Editorial Reus.
- Gonzales, C. & Sánchez, C. (2002). *Aproximaciones a una nueva visión de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Estado en materia de Salud*. Tesis, Bogotá: Editora de la Universidad Externado de Colombia.
- Haurior, A. (1971) *Derecho Constitucional e Instituciones Políticas*. Primera Edición, Barcelona: Editorial Valladolid.
- Huaita, M. & Carrasco, V. (2007). *Derecho a la salud. Alcances, obligaciones estatales y balance de políticas Públicas*. Lima: Editorial Grijey.
- Koontz, H. y Weinrich, H. (1998) *Administración una Perspectiva Global*. Onceaba Edición, México.
- Leon, F. J. (2014). *El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano*. *Pensamiento Constitucional*, XIX(19), 389 - 420. Obtenido de

<http://www.revistas.pucp.edu.pe/index.php/pensamientoconstitucional/article/view/12534/13094>

- Málaga, H. (2005). *Salud Pública Enfoque Bioético*. Lima: Arial Editores SAC.
- Mariza, A. (2010). *Estudios acerca del derecho de la salud*. Buenos Aires: Thomson Reuters La Ley.
- Melo, G. (1994). *Diccionario Básico de Términos Jurídicos*. Bogotá: Editorial Legis.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *El derecho a la salud*. Ginebra - Suiza,: Naciones Unidas. Obtenido de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Ossorio, M. (1996) *Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales*. Primera Edición, Buenos Aires: Editorial Civita.
- Pérez, A. (1995). *Origen y Desarrollo Histórico de los Derechos Fundamentales*. Sexta Edición, Madrid: Editorial Bosh.
- Pihuave, M., & Saavedra, T. (2013). *Marketing de servicios para el centro medico de especialidades QRAR ubicado en el canton La Libertad de la provincia de Santa Elena*. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil - Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/532/1/T-UCSG-POS-MGSS-17.pdf>
- Ramos, F. (2012). *Derechos del paciente hospitalizado*. Perú: Editorial Udegraf
- Raúl, O. (2006). *Comentarios a la Constitución*. Tercera Edición, Lima: Editorial Grijley.
- Reglero, L. (2008). *Conceptos generales y elementos de delimitación en Tratado de responsabilidad Civil*. Tercera Edición. España: Editorial Thomson Aranzadi.
- Ríos, M. (2003). *El Derecho Humano a la Salud: Marco Constitucional y Legal*. Lima - Perú: ForoSalud. Obtenido de https://www.forosalud.org.pe/publicacion_el_derecho_humano.pdf
- Rivera, K. E., Ubaldo, J., & Villalobos, M. H. (2015). *Análisis jurisprudencial al mecanismo de protección del derecho a la salud, en pacientes hemofílicos, en El Salvador*. Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental. San Miguel - El Salvador: Universidad de El Salvador. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/11468/1/50108240.pdf>
- Sanjinés, R. (2010). *Derechos y deberes de las personas en el hospital*. Perú: Editorial Udegraf
- Secretaria de Salud del Estado. (08 de Mayo de 2014). *Síntesis de la Recomendación no. 07/2014*. Obtenido de Defensoría de los Derechos Humanos del Pueblo de Oaxaca:

<http://www.derechoshumanosoaxaca.org/imprimir.php?cClave=1&idreco=475>

- Valbuena, J. (2010). Justiciabilidad del derecho a la salud en el derecho comparado de Argentina y Colombia. Tesis, Bogotá: Editora de la Universidad Externado de Colombia.
- Vásquez, R. (2000). Moral, urbanidad y ética. Guatemala: Editorial Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Valbuena, J. A. (2010). *Justiciabilidad del derecho a la salud en el derecho comparado de Argentina y Colombia*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2963/1/696625.2010.pdf>
- Yamin, A., Ríos, M., & Hurtado, R. (2002). *Derechos humanos y salud: vinculando dos perspectivas*. Lima - Perú: APRODEH. Obtenido de <http://www.inppares.org/sites/default/files/Derechos%20Humanos%20y%20Salud.pdf>
- Zúñiga, A. (2011). El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: Una relación necesaria. *Estudios Constitucionales*, IX(01), 37 - 63. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/820/82019098003.pdf>

