

Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

“EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE LA SALUD DENTRO DEL PROCESO  
DE RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL USUARIO DEL HOSPITAL  
NACIONAL SERGIO E. BERNALES”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
DOCTORA EN DERECHO

AUTORA:

VILLAORDUÑA MARTÍNEZ ZENA ALEJANDRINA

ASESOR:

DR. PORTOCARRERO RAMOS CARLOS ALBERTO

JURADO:

DR. QUEVEDO PEREYRA GASTÓN JORGE

DR. VIGIL FARIAS JOSÉ

DR. JÁUREGUI MONTERO JOSÉ ANTONIO

LIMA – PERÚ

2020

## DEDICATORIA

Esta tesis la dedico con todo mi amor y cariño:

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mis padres, esposo e hijo Ricardo Mendoza Villaorduña; que han estado conmigo en todos los momentos difíciles, apoyándome y brindándome todo su amor y comprensión.

Los quiero de todo corazón y este trabajo que me llevo un año es para ustedes, gracias por haber llegado a mi vida y compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean.

Los quiero mucho y nunca los olvidare.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por bendecir mi vida, por guiarme y ser el apoyo y fortaleza en los momentos de dificultad y debilidad.

Gracias a mis padres: Luz Martínez y Julio Ártica, esposo César Mendoza Facundo y a mi hijo Ricardo Mendoza Villaorduña y a toda mi familia por ser los principales de mis sueños, por confiar y creer en mi expectativa, por los consejos, valores y principios que me inculcaron, los cuales iluminan mi camino.

Agradezco a mis docentes por haber compartido sus conocimientos, de manera especial al asesor de mi tesis Dr. Carlos Alberto Portocarrero Ramos que con paciencia y rectitud aportó sus valiosos conocimientos para mi investigación.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	1
I. Planteamiento del problema .....	4
1.1. Descripción del problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	7
1.2.1 Problema general .....	7
1.2.2. Problemas específicos.....	7
1.3. Justificación e importancia de la investigación.....	8
1.4. Limitaciones de la investigación.....	8
1.5. Objetivos .....	9
1.5.1 Objetivo general .....	9
1.5.2 Objetivos específicos.....	9
II. Marco Teórico.....	10
2.1. Antecedentes .....	10
2.1.1 Antecedentes internacionales .....	10
2.1.2 Antecedentes nacionales .....	12
2.2. Marco conceptual.....	12
2.2.1. Marco normativo y legal de las políticas públicas y el derecho a la salud.....	12

2.2.2	Consideraciones generales en torno a las políticas públicas y el derecho a la salud .....	26
2.2.3	El modelo del desarrollo humano, el derecho a la salud y las políticas públicas. ....	28
2.3.	Aspectos de responsabilidad social y medio ambiente .....	33
III.	Método .....	34
3.1.	Tipo de investigación .....	34
3.2.	Población y muestra.....	35
3.3.	Hipótesis .....	37
3.4.	Operacionalización de variables .....	38
3.5.	Instrumentos .....	40
3.6.	Procedimiento .....	45
3.7.	Análisis de datos.....	46
IV.	Resultados .....	47
4.1.	Contrastación de hipótesis.....	47
4.2.	Análisis e interpretación.....	48
4.2.1	Análisis descriptivo.....	48
4.2.2	Análisis inferencial.....	68
V.	Discusión de resultados.....	73
5.1.	Discusión .....	73
5.2.	Conclusiones .....	82
5.3.	Recomendaciones .....	83

VI. Referencias ..... 84

VII. Anexos ..... 89

**ÍNDICE DE TABLA**

Tabla 1.	Distribución de la muestra por etapa de vida .....	36
Tabla 2.	Distribución de la muestra por sexo .....	36
Tabla 3.	Operacionalización de la variable de estudio .....	38
Tabla 4.	Análisis factorial exploratorio de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos .....	43
Tabla 5.	Análisis de fiabilidad por consistencia interna de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos.....	44
Tabla 6.	Baremo de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos .....	45
Tabla 7.	Percepción de los usuarios con respecto al rol del Estado para promover la igualdad al acceso de los ciudadanos a los servicios de salud.....	48
Tabla 8.	Percepción sobre la igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud en nuestro país .....	49
Tabla 9.	Percepción sobre la distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud.....	50
Tabla 10.	Percepción sobre si ha sido informado o le han leído en el hospital cuáles son sus derechos.....	51
Tabla 11.	Percepción sobre si ha sido informado o le han leído en el hospital cuáles son sus deberes.....	52
Tabla 12.	Percepción sobre si le han orientado sobre acudir a sus controles médicos regularmente.....	53
Tabla 13.	Percepción sobre si le han orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos.....	54

Tabla 14. Percepción sobre si ha recibido información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente.....	55
Tabla 15. Percepción sobre el impedimento de elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento.....	56
Tabla 16. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece .....	57
Tabla 17. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información necesaria respecto a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar .....	58
Tabla 18. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información respecto a los riesgos que el tratamiento de su enfermedad conlleve .....	59
Tabla 19. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información respecto al pronóstico de su enfermedad.....	60
Tabla 20. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que Ud. puede rehusarse a la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.....	61
Tabla 21. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que al designar a una persona de su grupo familiar para que sea el contacto directo con los profesionales de salud, esta persona puede tomar decisiones en su nombre .....	62
Tabla 22. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que puede solicitar el alta voluntario en caso de NO estar conforme con algún tratamiento.....	63

Tabla 23. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que cualquier institución de salud pública o privada está obligada a prestarle atención en caso de emergencia, sin pedirle documentos o pagaré alguno .....	64
Tabla 24. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que puede solicitar la opinión de otro médico, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento .....	65
Tabla 25. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que debe conocer el nombre del médico responsable de su atención, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos.....	66
Tabla 26. Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que puede solicitar copia completa de su historia clínica.....	67
Tabla 27. Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en valoración del acceso a los servicios de la salud	68
Tabla 28. Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en percepción del rol del estado como promotor del acceso a los servicios de salud.....	69
Tabla 29. Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en información sobre procedimientos generales.....	70
Tabla 30. Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en información sobre enfermedad, tratamiento y pronóstico.....	71

Tabla 31. Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico.....	72
---	----

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar la valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos y deberes que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, para lo cual se aplicó una Encuesta a una muestra de 381 personas usuarias del hospital bajo estudio, seleccionadas aleatoriamente. El estudio fue de tipo cuantitativo y con diseño descriptivo. El instrumento se validó mediante un análisis factorial exploratorio y se determinó su confiabilidad mediante los coeficientes Alfa y Omega. Se empleó un diseño de investigación no experimental, transversal, descriptivo. Los resultados indicaron que el 61.6% de usuarios percibe la debilidad del Estado para cumplir su rol promotor de la igualdad en el acceso a los servicios de salud. Por otro lado, se halló que el 70.6% de la muestra percibe limitaciones en cuanto a la distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud. Finalmente, se halló que la percepción que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales acerca del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud de la población, se encuentra por debajo del término medio. Existe una valoración promedio con respecto a la información recibida sobre procedimientos generales, enfermedad, tratamiento y pronóstico; sin embargo, se reconoce tener información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico. Las implicancias de los resultados han sido discutidas.

**Palabras clave:** Acceso a servicios de salud, Hospital Sergio E. Bernales, Reconocimiento de derechos, Reconocimiento de deberes, Rol promotor del Estado para el acceso a servicios de salud.

## ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the assessment of access to health services within the process of recognizing the rights and duties of external users of the Sergio E. Bernales National Hospital, for which applied a Survey to a randomly selected sample of 381 people using the hospital under study. The study was quantitative and descriptive. The instrument was validated by exploratory factor analysis and its reliability was determined by the Alpha and Omega coefficients. A non-experimental, transversal, descriptive research design was used. The results indicated that 61.6% of users perceive the State's weakness in fulfilling its role as promoter of equality in access to health services. On the other hand, it was found that 70.6% of the sample perceives limitations regarding the equal distribution of resources in health services. Finally, it was found that the perception of external users of the Sergio E. Bernales National Hospital about the role of the State as promoter of access to health services for the population is below the average. There is an average assessment regarding the information received on general procedures, disease, treatment and prognosis; however, it is recognized to have information about medications, discrimination and doctor's choice. The implications of the results have been discussed.

**Keywords:** Access to health services, Sergio E. Bernales Hospital, Recognition of rights, Recognition of duties, Role promoter of the State for access to health services.

## INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos del usuario de los centros hospitalarios o asistenciales es parte del interés de diversos gobiernos y estados, los cuales dentro del marco del desarrollo humano y del bienestar individual y social, resaltan la importancia que tiene el promover que las personas sin excepción, ante algún tipo de malestar y aún en situación de restricción económica, puedan recibir atención médica.

Este interés se ve favorecido con el aporte de la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2014), al resaltar que el acceso universal a servicios de salud integral debe contemplar un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud, y que todas las personas que necesitan servicios de salud esenciales de calidad (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación), los deben recibir, a pesar de las dificultades económicas.

Si nos centramos en el Perú, existen diversas normas y leyes orientadas a fomentar el acceso universal a la salud y el Estado se constituye en un ente promotor del mismo, como puede apreciarse desde la propia Constitución Política del Perú, La Ley del Ministerio de Salud, la Ley de Universalización de los Servicios de Salud, entre otras. Desde luego estos dispositivos se han orientado a regular y fomentar la equidad en el derecho al acceso a la salud, especialmente a aquellos grupos menos favorecidos.

Los cambios, sin embargo, no siempre suelen ser rápidos en el tiempo y

por el contrario, en países como el nuestro, y especialmente en el sector estatal, caracterizado por su no modernización acorde a las exigencias y cambios tecnológicos actuales, tiene mayores dificultades para ser implementado.

Estos aspectos conllevaron al interés por estudiar el acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos del usuario del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.

La presente investigación se desarrolla en cinco capítulos. El primer capítulo aborda el planteamiento del problema. En él se formulan los antecedentes de investigaciones nacionales e internacionales, la delimitación y formulación del problema de investigación, los objetivos de estudio, justificación, los alcances y limitaciones del estudio, para concluir con la definición de las principales variables de estudio.

El segundo capítulo está referido al marco teórico y en él se formulan las bases teóricas asociadas a los temas de interés y a partir de ello se presentan las correspondientes hipótesis.

En el capítulo tres se presenta la sección relacionada al método. Este abarca aspectos relacionados al tipo y diseño de investigación, para luego presentar la estrategia de prueba de hipótesis, las variables, la población y muestra, así como las técnicas de investigación.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados y se realiza el

correspondiente análisis descriptivo e inferencial a partir de los diversos datos obtenidos. Luego en el quinto capítulo se efectúa la correspondiente discusión de los hallazgos contratándolos con los antecedentes y la información correspondiente. Finaliza la investigación con las conclusiones y recomendaciones.

## I. Planteamiento del problema

### 1.1. Descripción del problema

La equidad, la igualdad, el trato equitativo, la no discriminación, etc., son términos que se han acuñado para describir la necesidad que entre las personas haya tratos igualitarios; sobre todo, entre otros, con relación al acceso a la educación, al trabajo y a la salud. Este interés no es reciente; permanentemente ha sido tratado en diversas convenciones internacionales o mundiales. Desde luego en el presente estudio el análisis solo pretende abordar el derecho al acceso a los servicios de salud.

Desde luego, este tema cada vez adquiere mayor interés. Así el Ministerio de Salud (2012) a partir de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2011, llevada a cabo por el INEI, señaló la demanda de atención en salud, destacando que el 65.5% de la población peruana autorreportó que, en las últimas 4 semanas, tuvo algún problema de salud. De este porcentaje, el 36.2% refirió que su problema de salud era de tipo crónico, y un 33.3% no crónico: síntoma o malestar, enfermedad aguda, síntoma y enfermedad, accidente y otras. Refirió, además, que cifra inicialmente referida se incrementó en los últimos años (2005: 54.1%; 2008: 63.0%; 2010: 68.0%).

Si bien cada vez más se incrementa la demanda de los servicios de salud la cobertura no se da en condiciones óptimas. Esto debido a múltiples razones, entre otras que los servicios de salud en nuestro país son muy diferenciados, debido a que no existe un único sistema hospitalario, sino por el contrario es múltiple. El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen

subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS), como lo señalan Alcalde, Lazo y Nigenda (2011).

De manera específica se cuenta con: a) los hospitales pertenecientes al Ministerio del Interior (Sanidad de la Policía Nacional), Ministerio de Defensa (Hospitales de la Marina, Aviación y Ejército), Hospitales pertenecientes a Essalud, Clínica privadas y los hospitales del Ministerio de Salud. La atención, desde luego, en cada sistema hospitalario prioriza su sector poblacional. Hecho que en sí mismo implica un trato diferenciado al no admitir a pacientes que no serían parte de su grupo objetivo.

En todo caso, en la práctica, son los hospitales del Ministerio de Salud los que velan por la atención de aquel amplio número de pobladores peruanos que no pertenecen a los sistemas indicados y que demandan de la misma. Además esta señalar que un gran sector de esta población socioeconómica y laboralmente constituye los menos favorecidos y muchos de ellos se encuentran en situación de pobreza o de extrema pobreza.

Cabe señalar que el sistema hospitalario peruano, inició un proceso de reforma a partir del año 1975. Han transcurrido muchos años y evidentemente es uno de los sectores aún cuestionados en la actualidad. Sánchez en el 2014 destacó que este proceso llevó al país a ser el primero en América del Sur con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud en 1978, ocurrió antes de las reformas de los sistemas de salud en Chile (1980), Brasil (1990), Colombia

(1993) y Ecuador (2008). El alentador inicio tuvo vaivenes reformistas permanentes desde entonces, con evolución negativa por falta de una política de Estado. Resalta, además, que las características actuales del sistema peruano son el desempeño ineficiente y la discontinuidad, sin evaluación alguna, lo que determina un gran atraso con relación a los sistemas de salud de América.

Los diversos hospitales pertenecientes al Ministerio de Defensa y al Ministerio del Interior, desde luego también pasan por severas crisis, particularmente los de la Sanidad de la Policía Nacional. Así Perú-21 en el 2014 da cuenta de que el “Ministerio del Interior admite colapso de hospitales policiales” debido a severos problemas de infraestructura, carencia de profesionales médicos, enfermeras y técnicos, para atender a todos los pacientes del Perú, desabastecimiento de insumos, e incluso con locales cerrados e inoperativos, etc.

Desde luego, el sistema hospitalario peruano, en la actualidad no es de lo mejor. Constituyen servicios de baja calidad, sin orientación hacia la persona (que es a quienes se deben), con carencia de profesionales idóneos, no modernizados, etc. A pesar de que muchas de estas organizaciones son subvencionadas por el Estado peruano, no dan cobertura con atención digna y de calidad a quienes menos posibilidades tienen y que Constitucionalmente constituye un derecho. El derecho a la salud. Desde luego lo anterior no deja de pasar por la implementación de políticas públicas que contribuyen de manera eficaz y eficiente con la dotación de servicios de calidad para todos los peruanos sin ningún tipo de distinción y cumplir de este modo con la frase “Salud para todos”.

En consecuencia, surge el interés por analizar el tema del acceso a los servicios de la salud desde la percepción del reconocimiento de los derechos y deberes del usuario del Hospital Nacional Sergio E. Bernales: HNSEB.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Qué percepción tienen los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud de la población?

¿Cuál es la percepción de los usuarios externos acerca del cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB?

### **1.3. Justificación e importancia de la investigación**

El presente estudio se torna en importante y justifica en tanto que existe la necesidad de evaluar y analizar esta temática con la finalidad de brindar mayores contribuciones que fomenten adecuadas políticas públicas orientadas al acceso a los servicios de salud de todos los pobladores peruanos, evitando de esta manera la inequidad y favoreciendo el reconocimiento del derecho a la salud promovido constitucionalmente.

Contar con la información del presente estudio podría ser de importancia para brindar pautas preliminares orientadas hacia aspectos no contemplados en las políticas de acceso a los servicios de la salud o para implementar mejoras en los aspectos considerados en déficit, así como en aquellos que no han podido ser implementados.

En consecuencia, el estudio podría dar pautas que contribuyan al sistema normativo peruano y redunden en beneficio del acceso a los servicios de la salud con equidad e igualdad, dentro del contexto democrático que vive el país.

### **1.4. Limitaciones de la investigación**

Los hallazgos son generalizables sólo para la población de usuarios de HNSEB.

Se pretendió encuestar a todos los usuarios que se seleccionaron; sin embargo, en el momento de realizar el trabajo de campo, algunos de ellos no desearon participar en el estudio.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Analizar la valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos y deberes que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

Analizar la percepción de los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor de la equidad en el acceso a los servicios de salud de la población.

Analizar la percepción de los usuarios externos acerca del cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB.

## **II. Marco Teórico**

### **2.1. Antecedentes**

#### **2.1.1 Antecedentes internacionales**

Jiménez (2007) realiza un estudio desde el enfoque de los derechos humanos destaca que éstos deben ser concebidos de manera integral, interdependiente y complementaria, superando de este modo, la visión tradicional de generaciones de derechos y la asimilación de los derechos fundamentales únicamente con los derechos humanos de primera generación. Otra característica de su enfoque es la concreción o materialización real de los derechos y la atención a grupos marginados que se realiza mediante la adopción de políticas públicas con perspectiva de derechos y participación de la sociedad civil; de esta manera, los derechos humanos se convierten en el referente y fin último para las políticas públicas y éstas a su vez, en el instrumento o medio idóneo para su realización.

Franco y Álvarez (2008) realizan un estudio de la perspectiva de las políticas públicas en salud, basada en los derechos humanos, destacando la necesidad de implementar mecanismos participativos y democráticos. Realzan la importancia de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como determinantes de la salud y su cohesión mediante el factor político; promotor de un marco de actuación en salud pública y derechos humanos; la justicia social y su trascendencia de la esfera sanitaria. En conclusión, promueve el respeto de los derechos humanos mediante una mayor comprensión de éstos, refuerza la

importancia de las políticas indirectas en salud (alimentos, medioambiente y salud, violencia de género, entre otras) y el papel de las políticas internacionales en la globalidad.

Giménez y Valente (2010) formulan su estudio desde el enfoque de la relación entre políticas públicas y derechos humanos desde dos aspectos. En primer término, mediante la sistematización de elementos que definen y caracterizan el enfoque de los derechos humanos y que facilitan su comprensión. En segundo lugar, identificando algunos de los desafíos y oportunidades de la implementación de políticas públicas en general, y sociales en particular, orientadas por los derechos humanos, entendidos como un marco de referencia que puede darle sustento y orientación al cumplimiento de las obligaciones del Estado. El principal aporte es la presentación sistemática de un conjunto de ideas y planteamientos de distintos autores para promover el debate de los temas planteados.

Landa (2012) ha analizado al realizar un análisis del proceso de constitucionalización de los derechos sociales, su exigibilidad y su judicialización en América Latina destaca que la situación económica y política actual de los países latinoamericanos ha marcado el derrotero de los derechos sociales en la región. Su análisis lo realizó con relación a los derechos a la salud, al trabajo y a la educación, a partir de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano y chileno, así como de la Corte Constitucional de Colombia, la Corte Suprema de Costa Rica, entre otros.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

Velásquez (2016) ha destacado que en el año 2013 el Perú inició un proceso de reforma sanitaria enmarcado en el reconocimiento de la salud como un derecho, cuya protección debe ser garantizada por el estado. De esta manera se plantea como objetivo universalizar la protección en salud para toda la población y que esta acceda a más y mejores cuidados integrales en el campo individual y poblacional. La reforma hizo suya la Resolución del 53.º Consejo Directivo y 66.ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, en el sentido de que es necesario desarrollar estrategias para el acceso universal y la cobertura universal de salud, en las que: Todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.

## **2.2. Marco conceptual**

### **2.2.1. Marco normativo y legal de las políticas públicas y el derecho a la salud.**

Al hablar del acceso de la población a los servicios de la salud en el contexto nacional peruano, sin ningún tipo de restricción, hacemos alusión al

reconocimiento de los derechos de quienes necesitan recibir cualquier atención médica por parte del Estado. En este sentido existe diversa normativa que pretende brindar una atención oportuna y de calidad a la población peruano y, por otro lado, el esfuerzo de importantes organizaciones internacionales, las cuales han buscado instaurar que los estados asuman la referida responsabilidad dentro del marco del bienestar y desarrollo humano.

Desde el enfoque legal, la Constitución Política del Perú (Congreso de la República, 2017), al referirse a los derechos fundamentales de la persona destaca:

Artículo 7. Derecho a la salud. Protección al discapacitado. Sostiene que 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. Política Nacional de Salud. 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 todo el acceso equitativo a los servicios de salud.

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

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

Por otro lado, existe la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, que de manera más específica regula el interés del Estado por promover que la población tenga acceso a los servicios de salud con calidad. En esta norma encontramos artículos necesarios de resaltar como:

Artículo 2. De la naturaleza del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

Artículo 3. De las competencias de rectoría sectorial del Ministerio. Las competencias de rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Salud son las siguientes:

- El análisis y la vigilancia de la situación de la salud y sus determinantes.
- El desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones.
- El análisis, formación y evaluación de las políticas públicas de salud.

- La articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud.
- La coordinación con organismos multilaterales y bilaterales de la cooperación técnica y financiera, los que desarrollarán su labor teniendo en consideración la política sectorial.
- La inserción sectorial en las instituciones de coordinación sanitaria de ámbito regional y subregional.
- El desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud a través de la reglamentación de leyes y de la iniciativa legislativa.
- El análisis y la regulación técnica de la prestación de servicios de salud, acreditación de establecimientos, certificación y recertificación del ejercicio de los profesionales de la salud.
- La evaluación de mecanismos nacionales de monitoreo y evaluación de procesos, productos e impacto de las intervenciones sectoriales.
- La evaluación y control de tecnologías sanitarias.
- La formulación e implementación de políticas de investigación en salud, desarrollo tecnológico y disseminación de información científico-técnica.
- La definición de criterios de asignación de recursos que deben adjudicarse a organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud.
- La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados.
- La definición de contenidos de los servicios básicos de salud pública que son responsabilidad del Estado.

- La cooperación técnica a entes descentralizados o desconcentrados para el desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud.
- La definición de mecanismos redistributivos del gasto corriente y de gasto de inversión para compensar imperfecciones e inequidades generadas por procesos descentralizadores.
- El establecimiento de mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para asignar servicios y recursos.
- La promoción de la cultura de salud, educación e información sanitaria a la población.
- La promoción de la defensa de los derechos ciudadanos en salud.
- La definición de la política financiera de captación, administración y asignación de recursos para la salud, acorde con los objetivos, prioridades e intervenciones priorizadas.
- El aseguramiento financiero para la atención de la salud individual y colectiva.
- La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicio de salud a través de sus establecimientos de salud.

Una norma importante en el país lo constituye la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. Esta fue aprobada mediante Decreto Supremo N° 004 del 2013 (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013). A partir de esta norma surgen una serie de lineamientos que contribuyen a una mayor

eficiencia y gestión en diversas instituciones del sector público e incluso privado, que a la vez redundarán en beneficio de la población peruana.

Cabe destacar que la Modernización de la Gestión Pública se enmarca en el objetivo nacional del eje 3 del Plan Bicentenario “El Perú hacia el 2021” (Presidencia del Consejo de Ministros, 2013); Lo que implica lograr que el Estado se oriente al servicio de los ciudadanos y la promoción del desarrollo, y que el ejercicio de la función pública sea eficiente, democrático, transparente, descentralizado y participativo, en el marco de una ciudadanía ejercida a plenitud por las personas. El proceso de determinación de objetivos claros empieza con el establecimiento de las Políticas Públicas Nacionales, bajo la coordinación de CEPLAN. Luego éstas se ven reflejadas en los planes sectoriales de responsabilidad de los Ministerios, bajo la coordinación de la PCM, y de manera articulada con los Gobiernos Regionales y Locales. Las Políticas Públicas Nacionales se enmarcan en políticas de Estado, y responden a un Programa de Gobierno y a la identificación de los problemas de la agenda pública, que deben priorizarse tomando en cuenta las necesidades o demandas ciudadanas.

En el proceso antes referido, el Estado se encuentra en la obligación de atender las demandas ciudadanas recogiendo información respecto a sus necesidades, escuchando a la población a través de los canales adecuados, así como informándola acerca de las opciones posibles de política, promoviendo el debate técnico y político entre los distintos actores involucrados en el proceso de elaboración de la política (grupos representativos de la sociedad que tenga un legítimo interés, las universidades, los colegios profesionales, las organizaciones no gubernamentales, empresas privadas, etc.) Este debate permitirá evaluar si las políticas responden genuinamente al interés público y por ende, aumentan el

bienestar de la sociedad; o si sólo responden a los intereses particulares de un grupo o segmento de la sociedad

Desde otra perspectiva tenemos importantes logros nacionales que enfatizan, entre otros aspectos, el interés por la salud, uno de ellos es el Acuerdo Nacional que contienen un conjunto de políticas de Estado elaboradas y aprobadas sobre la base del diálogo y del consenso orientados a promover un camino para el desarrollo sostenible del país y afirmar su gobernabilidad democrática. El Acuerdo Nacional (2015) en lo relacionado a la salud destacó:

- La salud y la seguridad social son derechos fundamentales para el desarrollo humano y la igualdad de oportunidades que generan las condiciones para una vida digna y plena. Bajo este principio, la reforma de salud debe tener a las personas como la finalidad de las medidas de cambio y mejora continua del sistema de salud.
- La ética y los derechos ciudadanos son fundamentos de las políticas públicas. El cuidado y la atención en salud incluyen políticas de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, de recuperación y de rehabilitación tomando en cuenta los determinantes sociales y el perfil epidemiológico en cada ámbito geográfico. Todas las políticas públicas deben ser saludables y respaldar una estrategia de Atención Primaria de Salud. El cuidado y la atención en salud se vincularán y articularán con la medicina tradicional, alternativa y complementaria.

- Al 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población. El Estado es garante y principal responsable de asegurar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del cuidado y la atención en salud a través de un sistema nacional de salud efectivo, eficiente y eficaz.
- Garantizar y efectivizar la rectoría del Ministerio de Salud sobre el sector y sobre el Sistema Nacional de Salud, y fortalecer y mejorar la capacidad de gestión descentralizada, coordinada y articulada en salud en los tres niveles de gobierno. Fortalecer los organismos de coordinación intergubernamental -en particular la Comisión Intergubernamental de Salud- e intersectorial. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud a través del Consejo Nacional de Salud así como los Consejos Regionales, Provinciales, Locales y Comunitarios. Todas estas instancias serán dotadas de soporte técnico, administrativo y presupuestal, con una práctica sostenida y adecuada de rendición de cuentas.
- Asegurar la participación efectiva de la ciudadanía en el diseño de las políticas de promoción, prevención, cuidado y rehabilitación de la salud, así como en su evaluación y vigilancia en los diversos niveles del sistema

de salud. Garantizar la realización de un Congreso Nacional de Salud, bianual y autónomo, que aportará a la orientación de las políticas en salud, con la participación del gobierno en sus tres niveles, de las organizaciones políticas, de la sociedad civil, de la academia, de los gremios, del sector privado y de la ciudadanía en general.

- El cierre de brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud y a la seguridad social en salud, especialmente entre los sectores rural y urbano, es una prioridad de la política pública. Para ello, el Estado diseñará estrategias adecuadas; priorizará, asegurará y protegerá la canalización de recursos públicos según corresponda por niveles de gobierno (presupuestales, recursos humanos, infraestructura, equipos e insumos); y movilizará recursos de la sociedad para estos efectos, hasta el cierre de dichas brechas.
- Fortalecer el Seguro Integral de Salud (SIS) como seguro público para avanzar hacia la seguridad social universal en salud de manera que actúe como el gran instrumento de universalización del acceso al cuidado y atención integral de la salud, para lo cual se incrementará su financiamiento de manera significativa e irreversible.
- Fomentar, regular y coordinar de manera efectiva el rol complementario del sector privado en la política nacional de acceso universal a la salud.
- Garantizar el acceso universal al primer nivel de atención pública en salud de manera integral, equitativa, efectiva, eficiente, con gratuidad en el punto de atención, con redes integradas, fortaleciendo su capacidad resolutoria integral con la categorización y acreditación de los establecimientos del primer nivel de atención de salud a nivel nacional,

con énfasis en la promoción y prevención, articulado a la estrategia de Atención Primaria de Salud para el abordaje sectorial e intersectorial de los determinantes sociales de la salud.

- Rediseñar, ampliar y fortalecer la red de atención integrada de emergencias y urgencias, dotándola de medios suficientes. La atención oportuna de pacientes en situación de emergencia, incluyendo las provenientes de desastres naturales y de circunstancias excepcionalmente graves, no debe estar condicionada a pago alguno, independientemente de su seguro o condición socioeconómica.
- Los medicamentos son componente esencial de la integridad de la atención de salud. Para ello, se debe implementar una política que garantice la provisión de medicamentos eficaces, seguros y de calidad en todos los establecimientos públicos y privados del país. Los medicamentos serán gratuitos en los puntos de entrega para los asegurados públicos y, de manera regulada, para los no asegurados en los puntos de entrega de los servicios públicos. El Estado actuará en el marco constitucional respecto al abastecimiento y precios de los medicamentos para garantizar la promoción y protección de la salud de la población incluyendo, entre otras medidas, el aseguramiento de políticas de abastecimiento del petitorio nacional de medicamentos, el estímulo a la investigación y la promoción de la producción de medicamentos a nivel nacional, favoreciendo la competencia, competitividad y transparencia, que impida el abuso de posición de dominio o monopólica en el mercado de medicamentos.

- Además, atender algunos factores críticos como los relacionados al personal de salud, cerrando la brecha cualitativa, cuantitativa y territorial de profesionales, técnicos, auxiliares asistenciales y administrativos de la salud. Impulsar y regular, bajo la rectoría del Estado y la coordinación intersectorial y supervisión del Ministerio de Salud, la formación de calidad de especialistas, de profesionales de la salud y gestores de la salud pública en centros acreditados, en base a las necesidades presentes y futuras de la población en todo el país. Asimismo, asegurar el nivel, grupo ocupacional y condiciones de trabajo adecuadas, bioseguras y con remuneraciones dignas y competitivas en la región que reflejen la justa valoración de su labor profesional y técnica, considerando la competencia y experiencia laboral, aspirando a un régimen laboral justo y equitativo que incentive su permanencia en el país y en el sistema público y eleven la calidad de la atención individual y colectiva. Garantizar la certificación profesional periódica en competencias. Fortalecer, reconocer y estimular la labor del equipo multidisciplinario y de los gremios de la salud, y su vocación de servicio y su participación en la gestión hospitalaria y sanitaria, con la finalidad de brindar una atención y cuidado de la salud integral y de calidad.
- Establecer y mejorar la magnitud real de las brechas en infraestructura y equipamiento del sistema nacional de salud, y sobre esa base asegurar en el sector público, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, un plan estratégico nacional multianual de inversiones con el objetivo de garantizar una infraestructura, equipamiento y mantenimiento coordinados, suficientes y adecuados a nivel nacional, regional y local; y

de asegurar la reposición oportuna de equipos, así como materiales e insumos suficientes y de calidad.

- Promover la modernización, adaptación, transferencia e innovación tecnológicas, así como la investigación básica y aplicada en salud, con protección de los derechos humanos. Elaborar guías estandarizadas de atención en salud según el nivel de complejidad. Crear un sistema nacional estandarizado de información sobre salud que facilite su interoperatividad y que tenga como soporte una plataforma informática de alcance nacional. Impulsar la investigación científica de la medicina tradicional, complementaria y alternativa.
- Incrementar progresivamente el porcentaje del presupuesto público del sector salud de manera suficiente para financiar las propuestas acordadas y elevar la eficacia y eficiencia de su gasto.

Por otro lado, el Estado peruano también ha tomado en consideración e implementado los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Ministerio de Salud (2011). Estos objetivos surgen en septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas y constituyen objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer (Centro de Información de las Naciones Unidas, 2015).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se basan en una alianza mundial que hace hincapié en la responsabilidad de los países en desarrollo de poner orden en sus propios asuntos, así como en los países desarrollados de apoyar esos esfuerzos.

Los Objetivos del Milenio, tres de los cuales corresponden al sector salud, han sido adoptados por todas las agencias de ayuda internacional incluyendo el Banco Mundial, el cual desde el 2003 dedica todo un capítulo de su reporte sobre World Development indicators al progreso en cada uno de los objetivos World Bank (2003). Objetivos del desarrollo del milenio (Ministerio de Salud, 2011) son:

- Erradicar la pobreza y el hambre extrema.
- Educación Universal.
- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – ACNUR (2002), incluso, aprobó en una Guía para una aproximación de derechos humanos a las estrategias de reducción de la pobreza. En este documento se identifican los derechos más relevantes para la eliminación de la pobreza, se establecen objetivos para la realización de cada derecho y se establecen los indicadores necesarios para medir el nivel de éxito de cada objetivo. Por ejemplo, el derecho a la salud tiene 7 objetivos diferentes, y requiere de 23 indicadores para medir su cumplimiento.

Si bien se han dado políticas, diversas normas orientadas a promover la salud y el Estado ha participado en múltiples encuentros mundiales orientados a

promover el bienestar humano y, especialmente de la salud, como el caso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; que los gobiernos acordaron alcanzar para el año 2015 (Easterly, 2006), no necesariamente esto se ha logrado en las diferentes naciones.

En el caso peruano el sector salud, como muchos otros, es objeto de diversas críticas y aún hay mucho que hacer. Quizás lo más significativo, como sostienen Alcalde, Lazo y Nigenda (2011), el sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el privado y el público. Este último tiene los diversos hospitales del Ministerio de Salud, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior y de la Seguridad Social (Tabla 1). También en nuestro país existen los hospitales de solidaridad. Como se puede apreciar existe una diversidad de organizaciones orientadas a brindar salud y que a pesar de ser parte del régimen estatal no mantienen uniformidad en múltiples aspectos. Esto último ha conllevado, incluso, a que el presidente Kuczynski (La República, 2016) considere que el Perú necesita una "política nacional de salud", que reorganice y unifique el sector, en aras de mejorar la atención médica a favor de todos los peruanos.

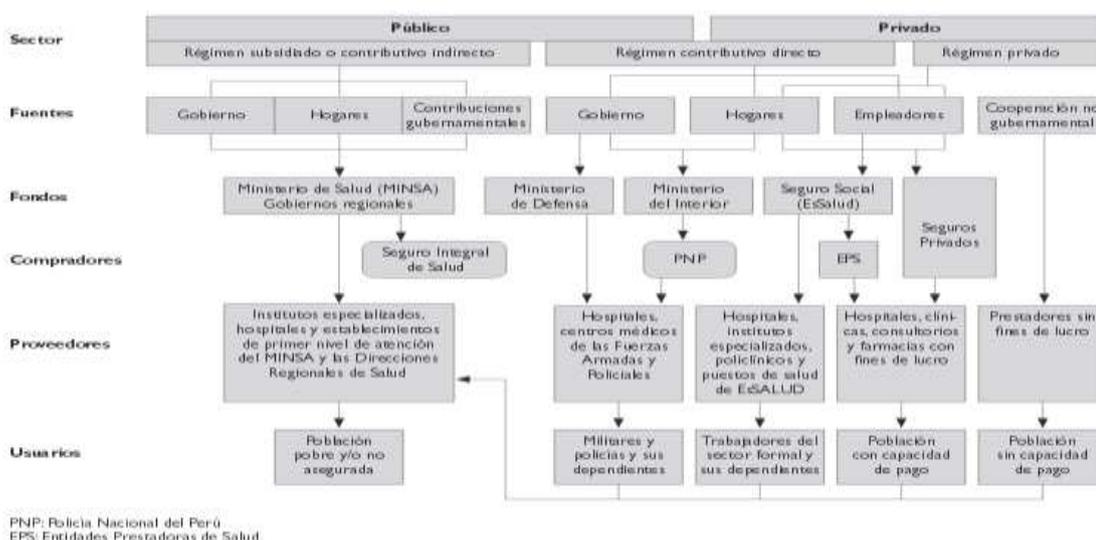


Figura 1. Sistema hospitalario peruano (Alcalde, Lazo & Nigenda, 2011).

## **2.2.2 Consideraciones generales en torno a las políticas públicas y el derecho a la salud**

Lasswell en 1951 (citado por Aguilar y Lima, 2009) fue el primer académico que incursionó en el estudio de las políticas públicas, para ello usó de manera formal del concepto Policy Sciences (Ciencias de la Política), diferenciándolo de la Ciencia Política, (entendida como el estudio del poder). Lasswell plantea que las ciencias de la política son disciplinas que se ocupan de explicar los procesos de elaboración y ejecución de las políticas con base científica, interdisciplinaria y al servicio de gobiernos democráticos.

Vargas (1999), por su parte, afirma que las políticas públicas se relacionan con el régimen político, y las define como el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas que buscan la solución de las mismas o llevarlas a niveles manejables.

Finalmente, Roth (2012) concibe las políticas públicas como un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos, para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática.

Vázquez (s.f), refiere que la política pública con perspectiva de derechos humanos tiene su origen en la Convención de Viena de 1993, donde se acordó que los Estados tienen la obligación de crear programas de derechos humanos.

Garreton (s.f.), citando a Lahera, destaca que las políticas públicas deben ser globales en tres sentidos: orgánicamente en cuanto comprenden al Estado y no sólo al Gobierno; temporalmente, por cuanto exceden el período de un solo Gobierno; y políticamente, por cuanto deben necesariamente contar con la participación de la sociedad civil en su conjunto: organizaciones no gubernamentales, empresas, iglesias, academia, etc.

Alza (s. f ), en su trabajo el enfoque basado en derechos EBD: ¿Qué es y cómo se aplica a las políticas públicas?, presenta los elementos básicos del EBD como instrumento metodológico y criterio ético para el desarrollo y su aplicación a las políticas públicas por medio de cinco pasos: delimitar la política pública, comprendiendo el problema público que la política pública resolverá y la alternativa de solución seleccionada; delimitar el derecho (establecer los estándares nacionales e internacionales, definir qué derechos y sus contenidos); identificar las obligaciones estatales; verificar los principios transversales; y establecer los contenidos específicos para verificar el EBD en la política pública (la arquitectura institucional, las políticas y estrategias, y los programas y proyectos). Si bien los derechos humanos son interdependientes e interrelacionados, motivo por el cual una política pública puede estar afectando muchos derechos a la vez. El nivel de complejidad del análisis sería en muchos casos extremadamente complejo, lo que no impide que se haga; de hecho, es deseable que se haga progresivamente. Sin embargo, cada política responde a resolver principalmente un problema público. Por ejemplo, las políticas de salud se orientan a hacer vigente el derecho a la salud

Giménez y Adarme (2010) al analizar el enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas destacan seis etapas:

- Reclamo. Un problema entra en la agenda estatal a partir de que la gente señala la violación a un derecho.
- Diagnóstico. Sociedad y Estado realizan un diagnóstico (qué derechos se vulnera, causas e implicaciones).
- Diseño. Sociedad y Estado diseñan un modo de resolverlo a partir de a) la necesidad y el diagnóstico y, b) las obligaciones estatales.
- Ejecución. El Estado ejecuta la política diseñada, con alguna participación de la sociedad.
- Monitoreo. Sociedad y Estado vigilan la ejecución para adoptar correctivos.
- Evaluación. Sociedad y Estado evalúan si se está resolviendo o no el problema.

Franco y Álvarez (2008) de manera más específica sostienen que las políticas públicas en salud deben seguir un enfoque intersectorial e interdisciplinario. A partir de ello en su artículo hacen hincapié en la perspectiva de las políticas públicas en salud basada en los derechos humanos. Realzan que éstos van más allá del derecho a la salud, y reconocen la necesidad de implementar mecanismos participativos y genuinamente democráticos.

### **2.2.3 El modelo del desarrollo humano, el derecho a la salud y las políticas públicas.**

Diversas organizaciones internacionales e intelectuales se han preocupado permanentemente por promover, generar o dotar de condiciones que conlleven

a la equidad, igualdad y a la minimización de diferencias entre las personas. Algunas lo han hecho a nivel específico y otras a nivel macro.

A nivel específico, el paradigma del comportamiento organizacional o teoría de las relaciones humanas, promovió a partir de los años 1930 que las organizaciones no solo se centren en la producción, sino que valoren la condición humana del trabajador. A partir de ello surgieron importantes estudios relacionados a las necesidades, la motivación la satisfacción del trabajador y muchos otros que en la actualidad se han vuelto imprescindibles dentro de las organizaciones de vanguardia y que ha llevado a que el interés por el trabajador ocupe un lugar central dentro de la gestión moderna.

A nivel macro el paradigma del desarrollo humano ha adquirido importante vigencia para explicar la importancia de hacer prevalecer la condición humana a otros factores que pasan a ser de segundo orden. El modelo, teoría o paradigma del desarrollo humano ha sido ampliamente desarrollado por Amartya Sen, Profesor de Economía, Universidad de Harvard, Premio Nobel de Economía, 1998, quien en su momento destacó que el desarrollo humano se ocupa concretamente, el aumento de la riqueza de la vida humana en lugar de la riqueza de la economía en la que los seres humanos viven, que es sólo una parte de la vida misma.

Griffin (s.f), refiere que el paradigma de desarrollo humano, que apareció a finales de los años ochenta, representó un cambio radical por dos razones. En primer lugar, porque cuestionaba la premisa utilitaria que servía de fundamento a gran parte de la economía del desarrollo, en esta el desarrollo se ve como un proceso de ampliación de las “capacidades” de las personas y no como un

aumento de la utilidad y del bienestar y satisfacción económicos. Es decir, el objetivo del desarrollo no es incrementar el producto sino propiciar que la gente disponga de una gama mayor de opciones, que pueda hacer más cosas, vivir una vida más larga, eludir enfermedades evitables, tener acceso a la reserva mundial de conocimientos, etc. En segundo lugar, el concepto de desarrollo humano prioriza la acumulación de capital humano que suele producir rendimientos económicos tanto o más altos que los que se obtienen con la inversión o la acumulación del capital físico

Las Naciones Unidas (Unidad Nations Development Programme - PNUD, s.f) al referirse al modelo del desarrollo humano, el derecho a la salud y las políticas públicas en su primer Informe, publicado en 1990, destacó que “La verdadera riqueza de una nación está en su gente”. De esta manera se da inicio a una nueva forma de concebir y medir el desarrollo que ha tenido gran impacto en las políticas de desarrollo en todo el mundo. El desarrollo implica mayor acceso al conocimiento, mejores servicios de nutrición y salud, medios de vida más seguros, protección contra el crimen y la violencia física, una adecuada cantidad de tiempo libre, libertades políticas y culturales y un sentido de participación en las actividades comunitarias. El objetivo del desarrollo es crear un ambiente propicio para que la gente disfrute de una vida larga, saludable y creativa. Desde luego el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ha tomado en consideración los importantes aportes del paradigma del desarrollo humano.

A partir de lo anterior el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (s.f.), desde 1990, ha desarrollado la metodología e indicadores necesarios para medir la evolución de las naciones en términos de su desarrollo

humano. Así, el interés de la PNUD se ha orientado a establecer recomendaciones generales de política pública que contribuyan al disminuir la pobreza, mejorar la calidad de vida, salud y disminuir las desigualdades de género, edad, etnia, económica y localización geográfica, sustentada en esquemas de diálogo político y participación social inclusiva.

Vallenas y Alza (2009). Al analizar la gobernabilidad, el desarrollo y la democracia desde un enfoque de derechos humanos en las políticas públicas realzan la importancia que la acción gubernamental, manifestada a través de las políticas públicas, se enmarque en un enfoque de derechos humanos que permita cumplir con el fin del Estado, sin perder de vista la eficiencia y la eficacia de las decisiones y sus resultados. Para ello realzan que serán necesarios métodos que faciliten la mayor participación de los ciudadanos de modo que puedan tener mayor información, para realizar mejor sus elecciones, y expandir sus libertades, tanto como incorporar su representación y su propia voz en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas que les afectan y esto solo es posible si todo ello se enmarca dentro del desarrollo humano.

**Acceso a servicios de la salud.** Implica que, ante la necesidad percibida, debe contarse con la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que los mismos tengan la capacidad resolutive y calidad requeridas para atender al paciente (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015).

**Aseguramiento Universal en Salud.** Sistema coordinado, rectoría del MINSA, con estándares de atención, cobertura y resultados, incremento funcional de la oferta y optimizar los gastos en salud, permitirá hacer economía

de escala. LAUS, plan implementación, formas de pago, DNI, otras (Ministerio de Salud, 2011).

**Calidad de servicio a los pacientes.** Construcción de la política nacional de calidad en salud, estandarización de metas e indicadores nacionales, evaluación de la calidad, acreditación de servicios de salud (Ministerio de Salud, 2011).

**Hospital.** Es un establecimiento de salud del segundo nivel de atención, que atiende morbilidad de mediana complejidad. Su horario de atención es de 24 horas. En las capitales de provincia cuenta por lo general con 4 especialidades básicas: medicina, ginecoobstetricia, cirugía y pediatría. A nivel rural, muchos hospitales tienen capacidad de centros de salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), debido mayormente a la falta de profesionales y centros quirúrgicos en funcionamiento (INEI, 2014).

**Política Pública.** Son el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos (Ruiz y Cadenas, s.f.).

**Usuario de Centro Hospitalario.** Pacientes de las diferentes instituciones prestadoras de salud que salen de los servicios de medicina, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía o subespecialidades que recibieron atención por un médico (INEI, 2014).

**Sector Salud.** Es el espacio social de confluencia de personas, organizaciones y entidades, que realizan actividades (todas o algunas de ellas)

relacionadas directamente con la salud pública e individual en el país, o que repercuten indirectamente en ella (Ministerio de Salud, 2011).

### **2.3. Aspectos de responsabilidad social y medio ambiente**

Por ser un tema vinculado a personas, esta investigación no irroga responsabilidad social o medioambiental. En todo caso si se está tomando en consideración el factor humano y producto de ello resulta ser el Consentimiento Informado. Este garantiza el respeto a la confidencialidad de la información y además que el participante ha tomado conocimiento de los objetivos del estudio.

### **III. Método**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La investigación es de tipo cuantitativa (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) y estará orientada a indagar la percepción que los usuarios externos de un centro hospitalario de Lima Metropolitana tienen con relación al derecho de acceder a los servicios de la salud.

De esta manera lo que se pretende es brindar aportes que permitan la evaluación de la política de salud, que al igual que otras políticas, suelen ser implementadas, pero no evaluadas, para inferir su efectividad; en el presente caso, el reconocimiento efectivo al derecho a la salud o a la universalización de la salud, con equidad y sin discriminación y al amparo de las normas peruanas y acuerdos internacionales.

En cuanto al diseño de investigación es de tipo descriptivo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Se ha optado por este diseño debido a que se recolectó la información para luego pasar a procesar-calculando los estadísticos pertinentes y, a partir de ellos analizar cada pregunta, enmarcándola dentro de la literatura para dar respuesta a las preguntas, objetivos e hipótesis formuladas en el presente estudio.

### 3.2. Población y muestra

La población del estudio comprende a la totalidad de usuarios externos que asisten al Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante un periodo de 4 meses. Aproximadamente la población es de 51626 pacientes (Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2018).

**Muestra.** La muestra quedó conformada por 381 personas que fueron seleccionadas aleatoriamente durante un mes. El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple: elección de los usuarios y se calculó empleando el procedimiento de muestreo aleatorio simple para proporciones, con un error  $E = 0.057$ , una proporción  $P = 0.5$ , un nivel de confianza de 95%  $Z = 1.96$ . Se empleó la siguiente fórmula:

$$Z^2 \times (P \times Q)^2 \times N$$

$$n = \frac{\quad}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \times (P \times Q)^2}$$

Dónde:

$N$  = Tamaño de la muestra.

$Z_{\alpha}$  = Nivel de confianza para un error de tipo I al 95% de confianza.

$P$  = Proporción de usuarios que presentan la característica a estudiar.

$Q$  =  $1 - P$ .

$N$  = Tamaño de la población.

$E$  = Error.

En la Tabla 1 se aprecia la distribución de la muestra por etapas de vida. Se aprecia que la mayoría de los usuarios corresponde a la etapa adulta (48.56%) y adulto mayor (35.17%).

Tabla 1.

*Distribución de la muestra por etapa de vida*

Etapas	<i>f</i>	%
Joven	62	16.27
Adulto	185	48.56
Adulto mayor	134	35.17
Total	381	100.00

En la Tabla 2 se aprecia la distribución de la muestra según sexo. Se aprecia que la mayoría de los usuarios son mujeres (59.58%).

Tabla 2.

*Distribución de la muestra por sexo*

Sexo	<i>f</i>	%
Varón	154	40.42
Mujer	227	59.58
Total	381	100.0

Como criterio de inclusión se tomó en cuenta a las secciones de consulta externa, hospitalización y emergencia. Los evaluados fueron adultos (paciente o familiar), considerando como edad mínima 18 años y máxima

65 años. En el caso de los adultos mayores, los evaluados serán los padres o las personas que los acompañen.

Como criterio de exclusión, no se tomó en cuenta a los pacientes que por la naturaleza o gravedad de la enfermedad no estén en condiciones de responder las encuestas. Tampoco aquellos que expresen su deseo de no ser parte del estudio.

### **3.3. Hipótesis**

#### **Hipótesis General**

H1: La valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos y deberes que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales se encuentra por debajo del término medio.

#### **Hipótesis Específicas**

H1: La percepción que tienen los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud de la población, se encuentra por debajo del término medio.

H2: La percepción que tienen los usuarios externos acerca del cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB, se encuentra por debajo del término medio.

### 3.4. Operacionalización de variables

La variable de estudio es: Valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos que tienen los usuarios.

**Definición conceptual.** Es el juicio que emite un usuario de un servicio de salud con respecto a sus posibilidades de acceso a este y al cumplimiento de sus derechos en el proceso de la atención que recibe, estipulados en la Constitución Política y en las normas del Sector Salud.

**Definición operacional.** Es el resultado de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos, cuyas dimensiones son: Percepción del rol del Estado como promotor del acceso a los Servicios de Salud y Percepción del cumplimiento de los derechos en la atención de salud.

Tabla 3.

#### *Operacionalización de la variable de estudio*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos que	Percepción del rol del Estado como promotor del acceso a los Servicios de Salud.	Percepción del usuario externo del HNSEB con respecto al grado en que el Estado promueve la igualdad en el acceso, oportunidades y distribución de recursos en los servicios de salud.	El Estado peruano promueve la igualdad al acceso de los ciudadanos a los servicios de salud.
			En nuestro país existe igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud.
			Existe una distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud.

tienen los usuarios.

Percepción del cumplimiento de los derechos en la atención de salud.

Percepción del usuario externo del HNSEB con respecto al grado de cumplimiento de sus derechos durante la atención de salud que recibe.

Le han informado o ha leído en el hospital cuáles son sus Derechos.

Ha recibido información o ha leído en el hospital acerca de cuáles son sus deberes.

Le han orientado sobre acudir a sus controles médicos regularmente.

Le han orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos.

Ha recibido información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente.

Le han impedido elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento.

Ha recibido toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece.

Ha recibido toda la información respecto a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar.

Ha recibido toda la información respecto a los riesgos que el tratamiento de su enfermedad conlleve.

Ha recibido toda la información respecto al pronóstico de su enfermedad.

Le han informado que Ud. puede rehusarse a la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.

Le han informado que al designar a una persona de su grupo familiar para que sea el contacto directo con los profesionales de salud, esta persona puede tomar decisiones en su nombre.

Le han informado que puede solicitar el Alta voluntaria en caso de NO estar conforme con algún tratamiento.

Le han informado que cualquier institución de salud pública o privada está obligada a prestarle atención en caso de emergencia, sin pedirle documentos o pagaré alguno.

Le han informado que puede solicitar la opinión de otro médico, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento.

Le han informado que debe conocer el nombre del médico responsable de su atención, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos.

Le han informado que puede solicitar copia completa de su historia clínica.

### 3.5. Instrumentos

Para evaluar la percepción del derecho de acceso a los servicios de la salud, dentro del marco de la política de la salud implementada por el estado peruano, que promulga la universalización de los servicios de salud como un derecho, se elaboró una escala.

Ha sido especialmente diseñada por la autora del presente estudio con la finalidad de registrar la valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos que tienen los usuarios, a través de las percepciones que tienen con respecto a ello.

Para su elaboración, se tomó como base el Decreto Supremo N° 027-2015-SA. A partir de ello se tomó en consideración los diversos aspectos que en ella se contemplan y que hacen prevalecer el derecho a la atención hospitalaria, sin mediar limitación alguna, para cualquier ciudadano del país.

El instrumento está conformado por 20 ítems los que se distribuyen en dos dimensiones. El primero de ellos corresponde a la Percepción del rol del Estado como promotor del acceso a los Servicios de Salud (3 ítems) y el segundo a la Percepción del cumplimiento de los derechos en la atención de salud (17 ítems).

Cada ítem del instrumento, a su vez, cuenta con cuatro posibilidades de respuesta que son: “Nunca”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y “Siempre”.

Posteriormente, las respuestas pasan a un proceso de calificación que implica asignar un valor a la categoría de respuesta determinada previamente. El valor se señala a continuación: “Nunca = 0”, “Algunas veces = 1”, “Muchas

veces = 2” y “Siempre = 3”. Consecuentemente, el puntaje máximo que puede alcanzar un evaluado es de 60 puntos; mientras que el mínimo es de 0.

### **Ficha Técnica**

Nombre:	Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos.
Autor:	Zena Alejandrina Villaorduña Martínez.
Tipo de Administración:	Individual y colectiva.
Duración:	Aproximada de 10 minutos.
Margen de aplicación:	Adultos (mayores de 18 años)
Materiales:	Formato impreso que contiene un listado de 20 ítems.

### **Validez y Confiabilidad en la población estudiada**

Se evaluó la evidencia de validez mediante un análisis factorial exploratorio, obteniendo unos índices de bondad de ajuste adecuados con un valor de KMO igual a .845 que se encuentra dentro de los parámetros esperados. Asimismo, se obtuvo un  $X^2= 3252$ ;  $p=0.000$ , lo que deja en evidencia la pertinencia del análisis factorial. En la Tabla 5 se aprecia los resultados del análisis factorial de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos, que presenta una estructura factorial de cuatro dimensiones extraída mediante el Análisis Paralelo de Horn (Peres-Neto, Jackson & Somers, 2005). Además, se empleó el método de Factorización de Ejes Principales y rotación Oblimin, ejecutado con el software JAMOV (versión 0.9.5.6).

Tabla 4.

*Análisis factorial exploratorio de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos*

Ítems	Factor	Factor	Factor	Factor
	1	2	3	4
19	0.759			
20	0.735			
18	0.721			
16	0.675			
17	0.666			
15	0.550			
14	0.459			
2		0.877		
3		0.745		
5		0.603		
4		0.585		
1		0.546	.	
6		0.539		
12			0.780	
11			0.616	
13	0.332		0.482	
10			0.360	
8				0.489
9			0.329	0.483
7				0.440
Autovalores	5.430	2.127	0.973	0.521
%V.E.	16.760	15.510	10.210	7.730
% V.E. Total	50.200			

Los componentes originales de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos fueron identificados observando la distribución de acuerdo a la carga factorial obtenida, de la siguiente manera: Factor 1=Información sobre procedimientos generales, Factor 2=Igualdad en acceso a servicios e información sobre deberes y derechos, Factor 3=Información sobre enfermedad, tratamiento y pronóstico, Factor 4=Información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico.

En la **Tabla 5** se muestra el análisis de fiabilidad por consistencia interna de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos. Todos los coeficientes Alfa y Omega fueron superiores a .50, considerados como aceptables para fines de investigación (Nunnaly, 1995).

Tabla 5.

*Análisis de fiabilidad por consistencia interna de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos*

Dimensiones	Alfa	Omega
Información sobre procedimientos generales.	.860	.862
Igualdad en acceso a servicios e información sobre deberes y derechos.	.842	.844
Información sobre enfermedad, tratamiento y pronóstico.	.734	.740
Información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico.	.660	.685

A continuación, en la Tabla 6, se presentan los baremos percentilares por dimensiones y para el puntaje total de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos

Tabla 6.

*Baremo de la Escala de Valoración del Acceso a los Servicios de Salud y Derechos*

Percentil	Procedimientos generales	Acceso a servicios e información sobre deberes y derechos	Enfermedad, tratamiento y pronóstico	Medicamentos, discriminación y elección del médico	Puntaje total
25	5	6	4	2	18
50	7	8	5	3	22
75	9	9	6	4	27

### 3.6. Procedimiento

Los procesos se describen a continuación:

- Explicación a los pacientes sobre el objetivo de las encuestas. Consentimiento informado.
- Los pacientes fueron entrevistados aleatoriamente cada día hasta completar la muestra de investigación.
- La aceptación de los pacientes debía ser voluntaria, de lo contrario, fue reemplazado por el siguiente en el orden de atención. La evaluación estuvo a cargo de la investigadora.

### 3.7. Análisis de datos

Elaboración de la base de datos en el programa IBM SPSS Statistics, versión 25. Posteriormente, se realizó un control de calidad de la data digitada.

- Se determinó la validez y la confiabilidad del instrumento de recolección de información mediante el Análisis Factorial Exploratorio y las pruebas Alfa de Cronbach y Omega de McDonald.
  
- Se realizaron las pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales. Todos los datos fueron analizados con un nivel de significancia mínimo de  $p < 0.05$ .

## IV. Resultados

### 4.1. Contrastación de hipótesis.

Se realizó mediante:

- Estadística descriptiva: frecuencias y porcentajes.
- Determinación si la distribución de los datos es normal (test de Kolmogorov-Smirnov).
- Análisis factorial exploratorio, para determinar la validez del instrumento.
- Análisis del coeficiente Alfa de Cronbach y Omega de McDonald, para determinar la confiabilidad del instrumento.
- Prueba t de Student para una muestra, para contrastar las hipótesis específicas.
- Asimismo, para considerar el rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis de investigación, se consideró un nivel de significancia estadística de  $p < .05$ .

## 4.2. Análisis e interpretación

### 4.2.1 Análisis descriptivo.

#### Igualdad en acceso a servicios e información sobre deberes y derechos

En la Tabla 7 se presenta la distribución de la percepción de los usuarios con respecto al rol del Estado para promover la igualdad al acceso de los ciudadanos a los servicios de salud. Se observa que el 50.1% menciona que solo algunas veces y un 11.5% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 61.6%; es decir, más de la mitad de la muestra destaca la debilidad del Estado para cumplir su rol para promover la igualdad en el acceso a los servicios de salud.

Tabla 7.

*Percepción de los usuarios con respecto al rol del Estado para promover la igualdad al acceso de los ciudadanos a los servicios de salud*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	44	11.5
Algunas veces	191	50.1
Muchas veces	121	31.8
Siempre	25	6.6
Total	381	100.0

En la Tabla 8 se presenta la distribución de la percepción de los usuarios sobre la igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud en nuestro país. Se observa que el 39.4% menciona que solo algunas veces y un 17.3% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 56.7%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en nuestro país para promover la igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud.

Tabla 8.

*Percepción sobre la igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud en nuestro país*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	66	17.3
Algunas veces	150	39.4
Muchas veces	130	34.1
Siempre	35	9.2
Total	381	100.0

En la Tabla 9 se presenta la percepción de los usuarios sobre la distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud. Se observa que el 58.3% menciona que solo algunas veces y un 12.3% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 70.6%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en cuanto a la distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud.

*Tabla 9.*

Percepción sobre la distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	47	12.3
Algunas veces	222	58.3
Muchas veces	103	27.0
Siempre	9	2.4
Total	381	100.0

En la Tabla 10 se presenta la percepción de los usuarios sobre si ha sido informado o le han leído en el hospital cuáles son sus derechos. Se observa que el 49.9% menciona que solo algunas veces y un 14.2% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 64.1%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en cuanto a la información sobre sus derechos en el hospital.

Tabla 10.

*Percepción sobre si ha sido informado o le han leído en el hospital cuáles son sus derechos*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	54	14.2
Algunas veces	190	49.9
Muchas veces	111	29.1
Siempre	26	6.8
Total	381	100.0

En la Tabla 11 se presenta la percepción de los usuarios sobre si ha sido informado o le han leído en el hospital cuáles son sus deberes. Se observa que el 45.1% menciona que solo algunas veces y un 19.4% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 64.5%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en cuanto a la información sobre sus deberes en el hospital.

Tabla 11.

*Percepción sobre si ha sido informado o le han leído en el hospital cuáles son sus deberes*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	74	19.4
Algunas veces	172	45.1
Muchas veces	128	33.6
Siempre	7	1.8
Total	381	100.0

En la Tabla 12 se presenta la percepción de los usuarios sobre si le han orientado sobre acudir a sus controles médicos regularmente. Se observa que el 50.4% menciona que solo algunas veces y un 21.8% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 72.2%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en cuanto a ser orientado sobre acudir a sus controles médicos regularmente.

*Tabla 12.*

Percepción sobre si le han orientado sobre acudir a sus controles médicos regularmente

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	83	21.8
Algunas veces	192	50.4
Muchas veces	80	21.0
Siempre	26	6.8
Total	381	100.0

### Información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico

En la Tabla 13 se presenta la percepción de los usuarios sobre si le han orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos. Se observa que el 49.3% menciona que solo algunas veces y un 23.6% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 72.9%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en cuanto a ser orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos.

Tabla 13.

*Percepción sobre si le han orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	90	23.6
Algunas veces	188	49.3
Muchas veces	96	25.2
Siempre	7	1.8
Total	381	100.0

En la Tabla 14 se presenta la percepción de los usuarios sobre si ha recibido información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente. Se observa que el 54.9% menciona que solo algunas veces y un 18.9% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 73.8%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en cuanto a haber recibido información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente.

Tabla 14.

*Percepción sobre si ha recibido información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	72	18.9
Algunas veces	209	54.9
Muchas veces	92	24.1
Siempre	8	2.1
Total	381	100.0

En la Tabla 15 se presenta la percepción de los usuarios sobre el impedimento de elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento. Se observa que el 52.5% menciona que solo algunas veces y un 19.2% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 71.7%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe el impedimento de elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento.

Tabla 15.

*Percepción sobre el impedimento de elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	73	19.2
Algunas veces	200	52.5
Muchas veces	78	20.5
Siempre	30	7.9
Total	381	100.0

### Información sobre enfermedad, tratamiento y pronóstico

En la Tabla 16 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece. Se observa que el 57% menciona que solo algunas veces y un 19.4% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 76.4%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece.

*Tabla 16.*

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	74	19.4
Algunas veces	217	57.0
Muchas veces	85	22.3
Siempre	5	1.3
Total	381	100.0

En la Tabla 17 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información respecto a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar. Se observa que el 36% menciona que solo algunas veces y un 18.6% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 54.6%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir toda la información necesaria respecto a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar.

Tabla 17.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información necesaria respecto a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	71	18.6
Algunas veces	137	36.0
Muchas veces	156	40.9
Siempre	17	4.5
Total	381	100.0

En la Tabla 18 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información respecto a los riesgos que el tratamiento de su enfermedad conlleve. Se observa que el 37.3% menciona que solo algunas veces y un 18.9% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 56.2%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir toda la información sobre los riesgos que el tratamiento de su enfermedad conlleve.

Tabla 18.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información respecto a los riesgos que el tratamiento de su enfermedad conlleve*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	72	18.9
Algunas veces	142	37.3
Muchas veces	150	39.4
Siempre	17	4.5
Total	381	100.0

En la Tabla 19 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información respecto al pronóstico de su enfermedad. Se observa que el 52.8% menciona que solo algunas veces y un 16.8% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 69.6%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir toda la información sobre el pronóstico de su enfermedad.

Tabla 19.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido toda la información respecto al pronóstico de su enfermedad*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	64	16.8
Algunas veces	201	52.8
Muchas veces	89	23.4
Siempre	27	7.1
Total	381	100.0

## Información sobre procedimientos generales

En la Tabla 20 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que Ud. puede rehusarse a la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos. Se observa que el 52.5% menciona que solo algunas veces y un 20.2% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 72.7%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir información sobre que Ud. puede rehusarse a la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.

Tabla 20.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que Ud. puede rehusarse a la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	77	20.2
Algunas veces	200	52.5
Muchas veces	89	23.4
Siempre	15	3.9
Total	381	100.0

En la Tabla 21 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a que al designar a una persona de su grupo familiar para que sea el contacto directo con los profesionales de salud, esta persona puede tomar decisiones en su nombre. Se observa que el 50.1% menciona que solo algunas veces y un 21.8% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 71.9%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir información sobre que al designar a una persona de su grupo familiar para que sea el contacto directo con los profesionales de salud, esta persona puede tomar decisiones en su nombre.

Tabla 21.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que al designar a una persona de su grupo familiar para que sea el contacto directo con los profesionales de salud, esta persona puede tomar decisiones en su nombre*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	83	21.8
Algunas veces	191	50.1
Muchas veces	96	25.2
Siempre	11	2.9
Total	381	100.0

En la Tabla 22 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a que puede solicitar el alta voluntario en caso de NO estar conforme con algún tratamiento. Se observa que el 46.5% menciona que solo algunas veces y un 27.3% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 73.8%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir información sobre que puede solicitar el alta voluntario en caso de NO estar conforme con algún tratamiento.

Tabla 22.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que puede solicitar el alta voluntario en caso de NO estar conforme con algún tratamiento*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	104	27.3
Algunas veces	177	46.5
Muchas veces	69	18.1
Siempre	31	8.1
Total	381	100.0

En la Tabla 23 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a que cualquier institución de salud pública o privada está obligada a prestarle atención en caso de emergencia, sin pedirle documentos o pagaré alguno. Se observa que el 49.6% menciona que solo algunas veces y un 25.7% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 75.3%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir información sobre que cualquier institución de salud pública o privada está obligada a prestarle atención en caso de emergencia, sin pedirle documentos o pagaré alguno.

Tabla 23.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que cualquier institución de salud pública o privada está obligada a prestarle atención en caso de emergencia, sin pedirle documentos o pagaré alguno*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	98	25.7
Algunas veces	189	49.6
Muchas veces	82	21.5
Siempre	12	3.1
Total	381	100.0

En la Tabla 24 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a que puede solicitar la opinión de otro médico, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento. Se observa que el 48% menciona que solo algunas veces y un 28.1% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 76.1%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir información sobre que puede solicitar la opinión de otro médico, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento.

Tabla 24.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que puede solicitar la opinión de otro médico, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	107	28.1
Algunas veces	183	48.0
Muchas veces	82	21.5
Siempre	9	2.4
Total	381	100.0

En la Tabla 25 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a que debe conocer el nombre del médico responsable de su atención, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos. Se observa que el 40.4% menciona que solo algunas veces y un 34.1% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 74.5%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir información sobre que debe conocer el nombre del médico responsable de su atención, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos.

Tabla 25.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que debe conocer el nombre del médico responsable de su atención, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	130	34.1
Algunas veces	154	40.4
Muchas veces	93	24.4
Siempre	4	1.0
Total	381	100.0

En la Tabla 26 se presenta la percepción de los usuarios con respecto a que puede solicitar copia completa de su historia clínica. Se observa que el 47.8% menciona que solo algunas veces y un 35.4% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 83.2%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones con respecto a recibir información sobre que puede solicitar copia completa de su historia clínica.

Tabla 26.

*Percepción de los usuarios con respecto a si ha recibido información que puede solicitar copia completa de su historia clínica*

Categorías	<i>f</i>	%
Nunca	135	35.4
Algunas veces	182	47.8
Muchas veces	55	14.4
Siempre	9	2.4
Total	381	100.0

#### 4.2.2 Análisis inferencial

A continuación, se presentan los resultados para contrastar las hipótesis formuladas en la presente investigación.

##### Hipótesis general

Para contrastar la hipótesis general, en la que se plantea: La valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos y deberes que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales se encuentra por debajo del término medio, se empleó la prueba t de Student para una muestra. La muestra obtuvo una media de 22.70, con una desviación estándar de 8.64. El valor de contraste fue de 22, que correspondía al valor del percentil 50 (según el baremo del instrumento), para considerar a la muestra en un nivel bajo. En la Tabla 28 se aprecia que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media muestral y el valor teórico esperado ( $p > .05$ ), por lo que se concluye que la muestra no se diferencia significativamente de la media referencial esperada en esta variable; es decir, la muestra no se diferencia del nivel promedio.

Tabla 27.

*Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en valoración del acceso a los servicios de la salud*

Variable	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Valoración del acceso a los servicios de la salud	1.571	380	.117

### Hipótesis específica 1

Para contrastar la hipótesis específica 1, en la que se plantea: La percepción que tienen los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud de la población, se encuentra por debajo del término medio, se empleó la prueba t de Student para una muestra. La muestra obtuvo una media de 7.47, con una desviación estándar de 3.51. El valor de contraste fue de 8, que correspondía al valor del percentil 50 (según el baremo del instrumento), para considerar a la muestra en un nivel bajo. En la Tabla 29 se aprecia que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media muestral y el valor teórico esperado ( $p < .05$ ), por lo que se concluye que la muestra se diferencia significativamente de la media referencial esperada en esta variable; es decir, la muestra se diferencia del nivel promedio. La percepción que tienen los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud de la población, se encuentra significativamente por debajo del término medio

Tabla 28.

*Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en percepción del rol del estado como promotor del acceso a los servicios de salud*

Variable	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Percepción del rol del estado como promotor del acceso a los servicios de salud	-2.930	380	.004

## Hipótesis específica 2

Para contrastar la hipótesis específica 2, en la que se plantea: La percepción que tienen los usuarios externos acerca del cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB, se encuentra por debajo del término medio. Para contrastar esta hipótesis se tomaron en cuenta los procedimientos generales, la información sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico, así como la información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico.

En cuanto a información de procedimientos generales, la muestra obtuvo una media de 7.04, con una desviación estándar de 4.06. El valor de contraste fue de 7, que correspondía al valor del percentil 50 (según el baremo del instrumento), para considerar a la muestra en un nivel bajo. En la Tabla 30 se aprecia que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media muestral y el valor teórico esperado ( $p > .05$ ), por lo que se concluye que la muestra no se diferencia significativamente de la media referencial esperada en esta variable; es decir, la muestra no se diferencia del nivel promedio.

Tabla 29.

*Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en información sobre procedimientos generales*

Variable	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Información sobre procedimientos generales.	0.177	380	.860

En cuanto a información de enfermedad, tratamiento y pronóstico, la muestra obtuvo una media de 4.87, con una desviación estándar de 2.34. El valor de contraste fue de 5, que correspondía al valor del percentil 50 (según el baremo del instrumento), para considerar a la muestra en un nivel bajo. En la Tabla 31 se aprecia que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media muestral y el valor teórico esperado ( $p > .05$ ), por lo que se concluye que la muestra no se diferencia significativamente de la media referencial esperada en esta variable; es decir, la muestra no se diferencia del nivel promedio.

Tabla 30.

*Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en información sobre enfermedad, tratamiento y pronóstico*

Variable	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Información sobre enfermedad, tratamiento y pronóstico.	-1.093	380	.275

En cuanto a información de medicamentos, discriminación y elección del médico, la muestra obtuvo una media de 3.32, con una desviación estándar de 1.77. El valor de contraste fue de 3, que correspondía al valor del percentil 50 (según el baremo del instrumento), para considerar a la muestra en un nivel bajo. En la Tabla 32 se aprecia que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media muestral y el valor teórico esperado ( $p < .05$ ), por lo que se concluye que la muestra se diferencia significativamente de la media referencial esperada en esta variable; es decir, la muestra se diferencia del nivel promedio.

Tabla 31.

*Comparación entre la media muestral y el valor esperado para un nivel promedio en información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico*

Variable	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico.	3.505	380	.001

## **V. Discusión de resultados**

### **5.1. Discusión**

En cuanto al objetivo general, el cual se orientó a analizar la valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos y deberes que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales y su hipótesis la cual enunciaba que la valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos y deberes que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales se encuentra por debajo del término medio, los resultados permiten determinar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje promedio obtenido y el esperado.

Si bien no se dan diferencias estadísticas en cuanto al cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB, cabe señalar que la evaluación de estos derechos permite apreciar que los datos ubican a los usuarios dentro de un nivel promedio de valoración. En todo caso, cuando se ingresa a un análisis más específico y se examina el rol del Estado como promotor de la equidad en el acceso a los servicios de salud de la población, sí se observan diferencias, más no cuando se analiza el cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB.

A continuación se analizan estos dos aspectos específicos.

Con relación al primer objetivo específico que plantea analizar la percepción de los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor de la equidad en el acceso a los servicios de salud de la población y su correspondiente hipótesis en la que se formula que la percepción que tienen los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud de la población, se encuentra por debajo del término medio.

Los resultados a nivel descriptivo, presentados en las tablas 8, 9, 10, 11, 12 y 13, las cuales indagan acerca del derecho a la igual en el acceso a servicios e información sobre deberes y derechos en la atención a la salud e el Hospital Sergio E. Bernales, mediante la evaluación de aspectos como: a) El Estado peruano promueve la igualdad al acceso de los ciudadanos a los servicios de salud, b) En nuestro país existe igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud, c), Existe una distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud, d) Le han informado o ha leído en el hospital cuáles son sus Derechos, e) Ha recibido información o ha leído en el hospital acerca de cuáles son sus deberes y f) Le han orientado sobre acudir a sus controles médicos regularmente, se aprecia que la evaluación tiene una tendencia a ser desfavorable.

La percepción desfavorable que se tiene del Estado a través de su rol de promotor de la salud, desde la percepción de los evaluados, también se da cuando se realiza el correspondiente análisis inferencial. Los resultados a nivel inferencial permiten determinar, como se aprecia en la Tabla 29, que la

percepción que tienen los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud de la población se encuentra por debajo del término medio. Esto implica que tienen una opinión desfavorable acerca de este aspecto.

Con relación a estos hallazgos se analizarán detalladamente las razones por las cuales los indicadores de la percepción de los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales sugieren que La valoración del acceso a los servicios de la salud está por debajo del “término medio”.

Lo previamente señalado no hace sino reflejar que el rol de Estado como un entre promotor de la salud, que garantiza la equidad en la población peruana para acceder a los servicios de salud, no es la más idónea. Es decir, temas como la universalización de la salud, y lemas como el de salud para todos, no son vistos, por un sector de la población usuaria de los mismos, como tales.

En consecuencia, el Estado aún en la actualidad no ha logrado consolidar uno de los principios centrales de nuestra Carta Magna como es el Artículo 7 de la Constitución Política del Perú (Congreso de la República, 2017, p.6), en la que se señala que “todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad...”. O en la propia Ley General de Salud N° 26842 (El peruano, 2009, p.403647), sobre todo en el Artículo 15, referido al acceso a los servicios de salud, en el que se señala que toda persona tiene derecho: a) “A recibir atención de emergencia quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado...”, b) Elegir libremente al médico o

establecimiento de salud...”, c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos...”, d) A solicitar la opinión de otro médico...”, y e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados necesarios para prevenir, promover y conservar o restablecer su salud...”.

Los resultados tampoco serían muy concordantes con las propuestas presentadas en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley 29344, promulgada en el 2009. Esta establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud con el fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, entre otros aspectos. En consecuencia, habiendo transcurrido diez años desde que surgió esta iniciativa, aún la población percibe que el Estado no ha logrado consolidar el tan difundido acceso a los servicios de la salud de manera, equitativa, igualitaria y universal de nuestra población.

De manera más específica con respecto al primer indicador que menciona que la percepción del Estado peruano promueve la igualdad al acceso de los ciudadanos a los servicios de salud es baja, cabe resaltar que según los resultados de Jiménez (2007), los derechos humanos deben ser concebidos de manera integral, y debe existir una preocupación hacia los grupos de marginados a través de políticas públicas. De esta manera, de la percepción obtenida en la muestra de este estudio, se infiere que existe una falta de mecanismos de acción por parte del Estado Peruano hacia el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, para que el mismo pueda promover el indicador en mención, y lograr el objetivo del acceso a los servicios de salud de la población. Nótese, sin embargo, que el

presente indicador no da información sobre el estado actual de la igualdad de la población para los servicios de salud, sino que hace énfasis en que los actores responsables no realizan la acción de promover la igualdad de acceso hacia los mismos.

Con respecto al segundo indicador, el cual no estudia la acción de promover el acceso, sino que por el contrario desea analizar la condición en el Perú de la existencia de igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud, se observa al respecto que la opinión hacia esta afirmación es desfavorable. Este hallazgo se corresponde por lo hallado por Landa (2012) quien menciona que en América Latina la situación política y económica ha impactado negativamente los derechos sociales de la región. Siguiendo lo destacado en Franco y Álvarez (2008) quienes realzan la importancia de los derechos humanos, de donde surgen las políticas en salud, se puede apreciar que la muestra estudiada hace énfasis en que no existe igualdad en las oportunidades de acceso a los servicios de salud, siendo el caso en el que según la definición de los autores presentados anteriormente, no se están respetando los derechos humanos de los mismos, al no tener políticas de salud eficientes que garanticen se respeten los mismos.

Seguidamente, el tercer indicador que también es desfavorable para la muestra en estudio afirma que existe una distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud. Se puede apreciar que este punto muestra que los objetivos planteados por Velásquez (2016) no han llegado a sus metas según la percepción de la muestra investigada, ya que menciona que las personas deben

poder acceder a servicios integrales, adecuados, oportunos, y de calidad. Se infiere que la población encuentra brechas entre los distintos servicios de salud, siendo el indicador necesario para que se formen estas opiniones la calidad de los mismos, y la adecuada disponibilidad de los recursos por los entes. Por lo cual se puede concluir que existe una diferencia entre estos, y las metas planteadas todavía no han sido alcanzadas.

Asimismo, el cuarto y quinto indicador se basan en las siguientes afirmaciones: “Le han informado o ha leído en el hospital cuáles son sus Derechos”, y “Ha recibido información o ha leído en el hospital acerca de cuáles son sus deberes”, siendo ambos indicadores sobre la entrega de información con respecto a derechos y deberes. De la misma manera que los otros indicadores, se muestra una opinión desfavorable respecto a estos ámbitos. De esta manera, se puede apreciar que no se cumple lo recomendado por Vallenas y Alza (2009) quienes discuten sobre la importancia de que los ciudadanos estén informados, para que puedan entre otras cosas, hacer uso de sus libertades, tomar decisiones correctas al analizar todas las variables disponibles, e incorporar sus propias ideas.

Finalmente, el último indicador, el cual también realza sobre la importancia de la información al paciente, que consiste en “Le han orientado sobre acudir a sus controles médicos regularmente”, se encuentra visto desfavorablemente por la muestra de esta investigación. De esta manera, se puede apreciar que según el inciso r) del artículo 3 de la ley N° 27657, se debe mejorar la promoción de la cultura de salud, educación, e información para que la población pueda tener

pleno acceso a sus derechos con respecto al sector salud.

Todos estos indicadores son reafirmados al hacer el análisis inferencial con respecto a la percepción del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud, ya que se puede observar que la visión hacia esta afirmación es desfavorable. Resaltando la importancia de todo el análisis previo.

En cuanto al segundo objetivo específico en el que se analiza la percepción de los usuarios externos acerca del cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB y su respectiva hipótesis en la que se formula que la percepción que tienen los usuarios externos acerca del cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB, se encuentra por debajo del término medio.

Para dar respuesta a estos aspectos antes referidos, de acuerdo al análisis factorial, al que se sometió la encuesta, deberían tomarse en consideración tres de los factores que comprende el cuestionario que fuera elaborado para el presente estudio: a) Información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico, b) Información sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico, y c) Información de los procedimientos generales.

Los resultados a nivel inferencial permiten determinar que en los factores “a” y “b” no se han hallado diferencias estadísticamente significativas; es decir, la media obtenida no difiere en comparación a la media esperada. Por otro lado, en el factor “c”, al comparar la media muestral y el valor esperado, con relación

al haber sido orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos, recibir información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente y permitirle elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Al respecto, la evaluación sobre estos aspectos determinó que se encuentra ligeramente elevados con relación al promedio esperado.

A partir de la relevancia de las diferencias encontradas a nivel inferencial, se pasa a analizar, el aspecto descriptivo con relación a los ítems que conforman dicho factor.

En la Tabla 14 se presenta la percepción de los usuarios sobre si le han orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos. Se observa que el 49.3% menciona que solo algunas veces y un 23.6% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 72.9%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en cuanto a ser orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos.

En la Tabla 15 se presenta la percepción de los usuarios sobre si ha recibido información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente. Se observa que el 54.9% menciona que solo algunas veces y un 18.9% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 73.8%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe limitaciones en cuanto a haber recibido información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente.

En la Tabla 16 se presenta la percepción de los usuarios sobre el

impedimento de elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento. Se observa que el 52.5% menciona que solo algunas veces y un 19.2% menciona que nunca. Si agrupamos a todos estos usuarios, se observa que constituyen el 71.7%; es decir, más de la mitad de la muestra percibe el impedimento de elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento.

Por otro lado, al analizar las razones y consecuencias de que la percepción de los usuarios externos acerca del cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el Hospital Nacional Sergio E. Bernales se encuentre por debajo del término medio, nos encontramos con el indicador correspondiente a la entrega de la información, la cual se subdivide en la entrega de recetas con medicamentos genéricos, la comunicación del hospital que menciona que no se discrimina a ningún paciente, y finalmente la decisión por parte del hospital que permite a las personas elegir libremente al médico tratante.

Se puede apreciar que los resultados de este indicador se contraponen con las metas planteadas por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (1990), en donde se pone, en primer lugar, a los ciudadanos, al afirmar que la riqueza de una nación se encuentra en ellos, y que plantea que a través de una participación activa del mismo, con un enfoque que busque disminuir las desigualdades, y mejorar la calidad de vida, se puede crear un ambiente para que la gente disfrute de la vida en una forma larga, saludable, y creativa.

Asimismo, siguiendo con el mismo punto se debe recordar que el pensamiento de Griffin (s.f.) es que el desarrollo humano no tiene su base en la

economía, sino que tiene más en cuenta a la capacidad de las personas de contar con una mayor diversidad de opciones, y de poder hacer una gran variedad de cosas. Por lo tanto, se puede observar que al encontrarse una percepción negativa con respecto a los derechos de atención a los pacientes, en la muestra de estudio, básicamente significa que el hospital restringe la capacidad de las personas de obtener un desarrollo humano pleno, y limita las decisiones que las mismas pueden tener, afectando de esa manera directamente los derechos sociales de los individuos, y perjudicando su calidad de vida.

## **5.2. Conclusiones**

1. La valoración del acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos y deberes que tienen los usuarios externos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales no se encuentra por debajo del término medio. La evidencia empírica señaló que los datos ubican a los usuarios dentro de un nivel promedio de valoración.
2. La percepción que tienen los usuarios externos del HNSEB acerca del rol del Estado como promotor del acceso a los servicios de salud de la población, se encuentra por debajo del término medio.
3. La percepción que tienen los usuarios externos acerca del cumplimiento de los derechos en la atención que debe brindar el HNSEB, no se encuentra por debajo del término medio. La evidencia empírica señaló que los datos ubican a los usuarios dentro de un nivel promedio de valoración en cuanto a la

información recibida sobre procedimientos generales y sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico. Por otro lado, en cuanto a información sobre medicamentos, discriminación y elección del médico, los usuarios se encuentran por encima de la media.

### **5.3. Recomendaciones**

1. Replicar el estudio en otros hospitales y centros de salud, pertenecientes al Ministerio de Salud de Lima Metropolitana.
2. Replicar el estudio en los establecimientos de salud de ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policía.
3. Ampliar la muestra para determinar evidencias de validez y confiabilidad que tenga un alcance a nivel de Lima Metropolitana, con proyecciones nacionales.
4. Recomendar a las instancias de salud correspondientes, la elaboración de un plan de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las normas legales con respecto al acceso a los servicios de salud.

## VI. Referencias

- Acuerdo Nacional (2015). *Los objetivos de la reforma de salud*.  
<http://acuerdonacional.pe/>
- Aguilar, A. y Lima, F. (2009). *¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas? Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de:  
[www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm)
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*.  
Lima: Editorial Universidad Ricardo Palma.
- Alcalde, JE., Lazo, O. y Nigenda, G. (2011). *Sistema de salud de Perú*. *Salud Pública México*, 53(2), 243-254.
- Alza, C. (s.f). *El enfoque basado en derechos: ¿Qué es y cómo se aplica a las políticas públicas?* Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Congreso de la República (2017). *Constitución Política del Perú 1993*. Lima:  
Edición Congreso de la República. Recuperado de:  
<http://www.congreso.gob.pe/Docs/files/documentos/constitucionparte1993-12-09-2017.pdf>
- Congreso de la República (2009). Ley N. 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Recuperado de:  
<http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
- Centro de Información de las Naciones Unidas (2015). *Los ocho objetivos del milenio*. Recuperado de:  
[http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los\\_8\\_objetivos\\_del\\_milenio/](http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los_8_objetivos_del_milenio/)
- Easterly, W. (2006). *The White Man's Burden*. New York: Penguin Books
- El Peruano (s.f.). Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud.

- El peruano (2009). Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Ley 29414. Recuperado de: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J.P. y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186.
- Franco, A., Álvarez, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 280–286.
- Garreton, R. (s.f.). *Derechos humanos y políticas públicas*. Recuperado de: [http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/derechos\\_humanos\\_y\\_politicas\\_publicas\\_1.php](http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/derechos_humanos_y_politicas_publicas_1.php)
- Giménez, C., y Valente, X. (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. *Cuadernos del Cendes*, 27(74), 51-79.
- Griffin, K. (s.f.). *Desarrollo humano: origen, evolución e impacto*. Recuperado de: [http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Griffin\\_Desarrollo\\_humano\\_origen\\_evoluci%C3%B3n.pdf?revision\\_id=69102&package\\_id=69030](http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Griffin_Desarrollo_humano_origen_evoluci%C3%B3n.pdf?revision_id=69102&package_id=69030)
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- INEI (2014). *Encuesta nacional de usuarios en salud 2014*. Lima: Autor.
- Jiménez, W. (2007). El Enfoque de los Derechos Humanos y las Políticas Públicas. *Civilizar. Ciencias Sociales y Humanas*, 7, 31-46.
- Landa, C. (2012). Los derechos sociales en la jurisprudencia constitucional de América Latina. *Revista IUS ET Veritas*, 45 / ISSN 1995-2929

- La República (2016). *PPK: "Necesitamos una política nacional de salud"*. Recuperado de: <http://larepublica.pe/politica/794176-ppk-necesitamos-una-politica-nacional-de-salud>.
- Ministerio de Salud (2011). *Situación actual del sistema de salud en el Perú*. Lima: Autor
- Ministerio de Salud (2012). *Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú* Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología Perú. Autor. Recuperado de: [www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe)
- Ministerio de Salud (2011). *Situación actual del Sistema de Salud en el Perú*. Lima. Autor. Recuperado de: [http://www.camaralima.org.pe/bismarck/DESCARGAS/FORO\\_SALUD/5\\_C\\_Acosta.pdf](http://www.camaralima.org.pe/bismarck/DESCARGAS/FORO_SALUD/5_C_Acosta.pdf)
- Nunnally, J. (1995). *Teorías psicométricas*. Trillas: México D.F.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – ACNUR (2020). *Draft Guidelines: a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*. Recuperado de: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3f8298544.html>
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Organización Mundial de la Salud: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Resolución. Washington, D. C.: OPS/OMS. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es)
- Pérez-Neto, P. R., Jackson, D. A. y Somers, K. M. (2005). How many principal components? Stopping rules for determining the number of non-trivial axes

revisited. *Computational Statistics and Data Analysis*, 49, 974-997.

Recuperado de <http://labs.eeb.utoronto.ca/>

Perú 21 (2014). *Ministerio del Interior admite colapso de hospitales policiales*.

Recuperado de:

<http://peru21.pe/actualidad/ministerio-interior-admite-colapso-hospitales-policiales-2177700>

Presidencia del Consejo de Ministros (2013). *Decreto Supremo N° 004 del 2013*.

*Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública*. Lima: El Peruano.

Roth, A. N. (2012). *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá, D.C.: Ediciones Aurora.

Ruiz, D. y Cadenas, C.E. (s.f.). *¿Qué es una política pública?* Recuperado de:

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/8122BC01AAC C9C6505257E3400731431/\\$FILE/QU%C3%89\\_ES\\_UNA\\_POL%C3%8DTI CA\\_P%C3%9ABLICA.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/8122BC01AAC C9C6505257E3400731431/$FILE/QU%C3%89_ES_UNA_POL%C3%8DTI CA_P%C3%9ABLICA.pdf)

Sánchez, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de medicina Experimental y salud pública*, 31(4), 747-753. Disponible en:

<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000400021&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400021&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634.

United Nations Development Programme (s.f). *El modelo del desarrollo humano, el derecho a la salud y las políticas públicas*. Human Development Reports.

Recuperado de: <http://hdr.undp.org/es/content/sobre-el-desarrollo-humano>

Vallenas, K. y Alza, C. (2009). *Gobernabilidad, Desarrollo y Democracia. Un enfoque de derechos humanos en las políticas públicas*. Recuperado de:

<https://carlosalzarbarco.files.wordpress.com/2009/08/articulo-k-vallenas-c-alza-version-final.pdf>

- Vargas, A. (1999). *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*. Bogotá: Almudena Editores.
- Vázquez, L. (s.f). *Política pública con perspectiva de derechos humanos*. Recuperado de: <http://dydh.flacso.edu.mx/index.php/politica-publica-con-perspectiva-de-derechos-humanos>
- Velásquez, A. (2016). Hacia un cambio del sistema de salud peruano: experiencias y perspectivas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3).
- World Bank (2003). *World Development Report 2003: Sustainable Development in a Dynamic World*. Washington D.C: Autor.

## VII. Anexos

### ANEXO 1

#### ESCALA DE VALORACIÓN DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y DERECHOS

**Instrucciones:** A continuación, encontrará 20 preguntas, cada una con cuatro posibilidades de respuesta. Seleccione aquella que se ajusta más a su evaluación, según su experiencia. No hay respuestas buenas ni malas.

Ítem	Respuesta			
	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. El Estado peruano promueve la igualdad al acceso de los ciudadanos a los servicios de salud.				
2. En nuestro país existe igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud.				
3. Existe una distribución igualitaria de los recursos en los servicios de salud.				
4. Le han informado o ha leído en el hospital cuáles son sus Derechos.				
5. Ha recibido información o ha leído en el hospital acerca de cuáles son sus deberes.				
6. Le han orientado sobre acudir a sus controles médicos regularmente.				

Ítem	Respuesta			
	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
7. Le han orientado con respecto a recibir recetas con medicamentos genéricos.				
8. Ha recibido información que en el hospital NO se discrimina a ningún paciente.				
9. Le han impedido elegir libremente al médico para sus consultas o tratamiento.				
10. Ha recibido toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece.				
11. Ha recibido toda la información respecto a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar.				
12. Ha recibido toda la información respecto a los riesgos que el tratamiento de su enfermedad conlleve.				
13. Ha recibido toda la información respecto al pronóstico de su enfermedad.				
14. Le han informado que Ud. puede rehusarse a la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.				
15. Le han informado que al designar a una persona de su grupo familiar para que sea el contacto directo con los profesionales de salud, esta persona puede tomar decisiones en su nombre.				

Ítem	Respuesta			
	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
16. Le han informado que puede solicitar el Alta voluntaria en caso de NO estar conforme con algún tratamiento.				
17. Le han informado que cualquier institución de salud pública o privada está obligada a prestarle atención en caso de emergencia, sin pedirle documentos o pagaré alguno.				
18. Le han informado que puede solicitar la opinión de otro médico, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento.				
19. Le han informado que debe conocer el nombre del médico responsable de su atención, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos.				
20. Le han informado que puede solicitar copia completa de su historia clínica.				

## ANEXO 2

### MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación se realiza para la tesis de Doctorado de la Lic. Zena Villaorduña. La meta de este estudio es indagar sobre los aspectos que Ud. percibe con relación al acceso a los servicios de salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos del usuario del Hospital Sergio E. Bernales.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta que tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, para la tesis de Doctorado de la Lic. Zena Villaorduña. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es indagar sobre mi percepción con relación al acceso a los servicios de salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos del usuario del Hospital Sergio E. Bernales.

Me han indicado también que tendré que responder una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada

-----

-----

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)