



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Calidad de la Atención de Salud: la dimensión del Respeto al Derecho de los Usuarios en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de 15 Gobiernos Regionales del Perú”

por

Mónica Gianina Uribe Alvarado

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Maria Alicia Dominguez Ugá

Rio de Janeiro, maio de 2014.

Essa Dissertação, intitulada

“Calidad de la Atención de Salud: la dimensión del Respeto al Derecho de los Usuarios en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de 15 Gobiernos Regionales del Perú”

apresentada por

Mónica Gianina Uribe Alvarado

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Josué Laguardia
Prof. Dr. Walter Vieira Mendes Júnior
Prof.^a Dr.^a María Alicia Domínguez Ugá - Orientadora

.

Dissertação defendida e aprovada em 28 de maio de 2014.

“Calidad de la Atención de Salud: la dimensión del Respeto al Derecho de los Usuarios en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de 15 Gobiernos Regionales del Perú”

por

Mónica Gianina Uribe Alvarado

Disertación presentada en el Auditorio del Instituto Nacional de Salud (Perú) para optar el grado de magister en Salud Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. María Alicia Domínguez Ugá

Lima, Mayo 2014

*“LA FE SE REFIERE A COSAS QUE NO
SE VEN, Y LA ESPERANZA, A COSAS
QUE NO ESTÁN AL ALCANCE DE LA
MANO”.*

SANTO TOMÁS DE AQUINO

Dedico este trabajo

A Dios que me da la fuerza para seguir adelante,

A mi hermana por su cariño y apoyo incondicional,

A mi hijo que es la motivación y alegría de mi vida y,

A mi orientadora por su impulso, paciencia y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por darme la fortaleza para seguir adelante, por guiar mis pasos y darme momentos de felicidad en la vida.

Al país de Brasil, por destinar esfuerzos y recursos para mejorar la situación de salud de otros países de América Latina y, a la Escuela de Salud Pública Sergio Arouca y al Instituto FIOCRUZ, por el valioso aporte que realizan a en la formación en salud pública en nuestro país.

Al Ministerio de Salud del Perú por brindarme la oportunidad y las facilidades para participar en este importante reto.

A todos nuestros profesores de la ENSP por sus excelentes enseñanzas, su interesante metodología creando espacios de discusión y reflexión, motivando la participación activa en la construcción del conocimiento y, porque superaron la barrera de la distancia y del idioma.

A nuestras Coordinadoras de la Maestría por el esfuerzo y dedicación en la organización de la misma, cuidando cada detalle y tomando las mejores decisiones en provecho nuestro.

A mi tutora Dra. María Alicia D. Ugá, por asumir el reto de orientar mi tesis, brindarme la confianza, comprensión y apoyo para superar los obstáculos durante la maestría sin la cual no hubiera sido posible continuar.

A mi hijo Leonardo por ser la motivación y razón de mi vida y, a mi hermana por su cariño y apoyo incondicional en todos los retos mi vida y muy en especial en esta maestría.

A todos mis compañeros maestrandos con quienes compartimos esta etapa de nuestras vidas la cual enriquecieron con sus valiosos aportes pero sobre todo con su don de seres humanos.

RESUMEN

El presente estudio se sitúa en un contexto de cambios en las necesidades de salud de la población así como de cambios en la oferta de servicios enmarcados en la Reforma de Salud del Perú.

El objetivo es analizar el desempeño de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención de 15 Gobiernos Regionales, en la dimensión del respeto al derecho de los usuarios, como elemento de la calidad de la atención en el Perú.

Este estudio de tipo descriptivo y corte transversal, analizó una parte del micro dato de una encuesta aplicada por el Ministerio de Salud, a partir de la cual se construyó una nueva base de datos, confrontando cada una de las preguntas del instrumento ya existente, con las seis subdimensiones identificadas a partir de la revisión de la literatura. Se utilizó estadística descriptiva calculando diferentes scores para el país, por región y por subdimensión y se utilizó las frecuencias para identificar los elementos más presentes y menos presentes de cada subdimensión.

Se pudo evidenciar que el score país ha tenido bajo de cumplimiento de los estándares establecidos, también se puede evidenciar que los establecimientos de salud de la región de la Costa han tenido un mejor desempeño frente a los de la Sierra y de la Selva.

Finalmente, se presenta a la Reforma como una oportunidad de mejora, que incluye cambios normativos y estructurales, señalando que deben establecerse mecanismos para lograr cambiar los procesos y conseguir la satisfacción del usuario y reconocimiento de sus derechos.

Palabras Claves: Calidad de la Atención; Derecho de los Usuarios; Primer Nivel de Atención; Gestión de la Satisfacción; Respeto a los Valores Culturales; Confidencialidad y Privacidad, Acceso a la Información; Respeto a la Dignidad; Hostelería; Reforma en Salud.

ABSTRACT

The present study is in the context of changes in the health needs of the population as well as changes in supply framed in Peru Health Reform services.

The objective is to analyze the performance of local health primary care level 15 regional governments, in the dimension of respect for the rights of the users, as part of the quality of care in Peru.

This study is a descriptive and cross-sectional part of the micro analyzed data from a survey by the Ministry of Health, from which we constructed a new database, comparing each of the questions the existing instrument, with the six sub-dimensions identified from the literature review. Descriptive statistics were used calculating different scores for the country, by region and sub-dimension and frequencies were used to identify the elements more present and less present in each subdomain.

It was evident that the country has had low score of compliance with established standards, it is also evident that the health facilities in the Coast region have had a better performance compared to the Sierra and Selva. Finally, it presents the reform as an opportunity for improvement, including regulatory and structural changes, indicating that mechanisms should be established to achieve change processes and achieve user satisfaction and recognition of their rights.

Key words: Quality of Care; People Rights; Primary care level; Satisfaction Management; Respect Cultural Values; Confidentiality and Privacy, Access to Information; Respect Dignity; Hospitality; Health Reform.

SUMARIO

	Pág.
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO II: OBJETIVOS	
2.1 Objetivo General	17
2.2 Específicos	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de Estudio	18
3.2 Características del Estudio sobre el cuál se basan los datos de la disertación	18
3.2.1 Informaciones Generales	18
3.2.2 Muestra del Estudio Completo	19
3.2.3 Forma de Obtención de la Información	20
3.3 Material y Métodos de la Disertación	20
3.3.1 Etapas de la metodología adoptada	20
3.3.2 Muestra de la Disertación	22
3.3.3 Subdimensiones estudiadas	22
3.3.4 Preguntas seleccionadas	22
3.4 Instrumento	23
Limitación del Análisis	26
CAPÍTULO IV: ASPECTOS TEÓRICOS CONCEPTUALES	
4.1 Discusión teórica de concepto en el marco de la Calidad de Atención	27
4.2 Discusión del concepto en la Literatura Internacional (Autores)	31
4.3 Interpretación del concepto en la legislación de algunos países	49
4.4 Interpretación del concepto en la legislación de Perú	69
4.5 Síntesis del concepto	81
4.6 Elementos del Respeto considerados en el instrumento analizado en este estudio	82
V. RESULTADOS	84
VI. DISCUSIÓN	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Score Global del País, por Región	84
Tabla 2. Score Global de Respeto al Derechos de los Usuarios y por Subdimensión	85
Tabla 3. Cumplimiento de los Estándares, por Región y según Subdimensión	86
Tabla 4. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Gestión de la Satisfacción de los Establecimientos de Salud de la Región Costa	88
Tabla 5. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Respeto a los Valores Culturales de los Establecimientos de Salud de la Región Costa	89
Tabla 6. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Acceso a la Información de los Establecimientos de Salud de la Región Costa	91
Tabla 7. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Confidencialidad Y Privacidad de los Establecimientos de Salud de la Región Costa	92
Tabla 8. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Hostelería de los Establecimientos de Salud de la Región Costa	93
Tabla 9. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Respeto a la Dignidad de los Establecimientos de Salud de la Región Costa	94
Tabla 10. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Gestión de la Satisfacción de los Establecimientos de Salud de la Región Sierra	96
Tabla 11. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Respeto a los Valores Culturales de los Establecimientos de Salud de la Región Sierra	96
Tabla 12. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Acceso a la Información de los Establecimientos de Salud de la Región Sierra	97
Tabla 13. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Confidencialidad Y Privacidad de los Establecimientos de Salud de la Región Sierra	98
Tabla 14. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Hostelería de los Establecimientos de Salud de la Región Sierra	99
Tabla 15. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Respeto a la Dignidad de los Establecimientos de Salud de la Región Sierra	101
Tabla 16. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Gestión de la Satisfacción de los Establecimientos de Salud de la Región Selva	102
Tabla 17. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Respeto a los Valores Culturales de los Establecimientos de Salud de la Región Selva	103
Tabla 18. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Acceso a la	

Información de los Establecimientos de Salud de la Región Selva	105
Tabla 19. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Confidencialidad Y Privacidad de los Establecimientos de Salud de la Región Selva	106
Tabla 20. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Hostelería de los Establecimientos de Salud de la Región Selva	107
Tabla 21. Frecuencia de Cumplimiento de los Estándares de la Subdimensión Respeto a la Dignidad de los Establecimientos de Salud de la Región Selva	108

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En el mundo se reconoce la salud como un derecho humano, independiente de cualquier barrera y obstáculo que lo limite; y se reconoce la calidad de atención como característica intrínseca a este derecho.

El Perú tiene un Sistema de Salud fragmentado en varias instituciones prestadoras de Servicios de Salud (Establecimientos de Salud de los Gobiernos Regionales, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, Clínicas Privadas). Cuenta con tres niveles de atención bien definidos, realizando la prestación de servicios a través de establecimientos de salud y servicios medico de apoyo, los primeros clasificados en base a su capacidad resolutive (Establecimientos del Primer Nivel de Atención: categorías: I-1, I-2, I-3 y I-4, Segundo Nivel de Atención: II-1, II-2, II-E, Tercer Nivel de Atención: III-1, III-2 y III-E).

A nivel intergubernamental, destacan los esfuerzos pioneros de la OPS por apoyar el desarrollo de políticas de garantía de la calidad de la atención en América Latina a través de la publicación de documentos técnicos como el Manual de Acreditación para Hospitales de Latinoamérica y el Caribe ⁽¹⁾ en 1992 y posteriormente, la iniciativa sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) lanzada el 2000, que estableció a la garantía de la calidad de los servicios de salud, individuales y colectivos como la novena función esencial definiendo además variables para su evaluación. Es importante mencionar que, en la medición de estas Funciones Esenciales realizada el año 2006, y específicamente en la función relacionada a la calidad, el Perú obtuvo el más bajo resultado en el desempeño a nivel de los países latinoamericanos.⁽²⁾

En nuestro país la incorporación de los conceptos de calidad de la atención en salud ha sido progresiva. Inicialmente bajo una influencia de países latinoamericanos como México que tuvo avances importantes como la creación del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) ⁽³⁾ y en Colombia con la

creación de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad como parte de la reforma dirigida a conseguir el Aseguramiento Universal.

El proceso de formación de política pública se instaló tardíamente y bajo la modalidad de la planificación sanitaria tal como sucedió en muchos países en desarrollo.⁽⁴⁾ Sotelo corrobora esta apreciación ya que al enjuiciar la política de salud durante el III Congreso Nacional de Salud Pública, en 1968, constata que “las acciones de salud que se han desarrollado no han obedecido a una política sanitaria definida, habiéndose actuado reactivamente ante el estímulo suscitado por la urgencia de solucionar una situación emergente”.⁽⁵⁾

Es evidente que las prioridades que orientaron implícitamente el accionar sanitario durante este periodo fueron: la expansión de la cobertura sanitaria, la atención de la salud materno-infantil y de las enfermedades transmisibles. No se consideró a la calidad de la atención como un problema relevante y por lo tanto no mereció mayor preocupación. Esta situación permanece incólume durante la décadas 70´ y 80´ y es recién en la Síntesis Diagnóstica de la Situación del Sector ⁽⁶⁾ elaborada por el Ministerio de Salud en 1990, que se explicita por primera vez la existencia de “diferencias de calidad, cobertura, acceso y oportunidad en la atención de salud” aunque tal constatación no se tradujo en orientaciones ni objetivos específicos en el campo de la calidad.

Recién durante el periodo 1995-2000 se define como imagen-objetivo “Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad”. El contenido de esta formulación se concreta en la afirmación de avanzar hacia un sector “organizado en función del usuario, refundado en su ética y cultura organizacional, fiel a su misión institucional, practicante del culto a la excelencia en el cumplimiento del servicio”. Esta visión traduce su inicial interés por el desarrollo de la calidad en los lineamientos de política del periodo, preferentemente en el tercero: “Reestructurar el sector salud en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de salud”. Es entonces cuando se incorpora el tema de calidad en la agenda sanitaria pública.

Fueron adoptadas algunas estrategias como la conformación del Sistema de Acreditación de Hospitales el año 1996, que fue respaldada años mas tarde en

documentos normativos (2007) con la aprobación de la Norma Técnica de Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, con la cual se busco contribuir a garantizar a los usuarios y al Sistema de Salud que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base de estándares nacionales previamente definidos⁽⁷⁾.

El impulso a los temas de calidad estuvo presente también en los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 ⁽⁸⁾ en donde se realiza un importante avance conceptual al definir como uno de los principios de la política de salud la “calidad de la atención como derecho ciudadano”.

Los avances en nuestro país se consolidaron en busca de una política pública de calidad de salud en el sector a través de la aprobación del Documento Técnico Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, el año 2001 que fue mejorado el año 2006⁽⁹⁾. Este avance normativo en busca del fortalecimiento de una política de calidad fue recogida en los Lineamientos de Política Nacional de Salud formulados el año 2002, que orientaron la elaboración del Plan Nacional Concertado de Salud aprobado el 2007, donde se aborda de manera explícita la preocupación por el desarrollo de calidad de la atención de salud expresado así en su Quinto Lineamiento titulado: “Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad” y en donde se traza como objetivo estratégico “ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios” definiendo además un conjunto de metas al 2011.

El Ministerio de Salud en cumplimiento de su rol rector, aprobó con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, el documento técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”, cuya finalidad ha sido el contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud en las organizaciones /instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS). Este documento contiene las directrices para implementar este Quinto Lineamiento de Política, que está referido al desarrollo de la calidad de atención de la salud precisando en los niveles de responsabilidad de las mismas.

Como ya se ha mencionado anteriormente, otro proceso relacionado a la calidad en salud es la Acreditación. Este proceso está respaldado en documentos normativos como la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con RM N°456-2007/MINSA. Este proceso que se viene implementando en nuestro país está orientado a evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios de salud. Dentro de estos estándares exploran aspectos relacionados a la Gestión de la Calidad, entre los cuales se encuentra la información que se brinda al usuario en relación al proceso de atención, la adecuación cultural de los servicios de salud a la realidad local, la publicación de los derechos del paciente en áreas de atención, mecanismos para garantizar la privacidad de la atención, identificación de barreras de acceso y de acciones factibles de implementar para reducirlas. Asimismo explora la repercusión de estas acciones en la satisfacción del usuario, el proceso de identificar y absolver las quejas y reclamos y la proyección de planes de mejora continua para implementar aquellos aspectos que aun no se hayan desarrollado completamente.

El Aseguramiento Universal involucra nuevos retos y concibe la calidad en salud como una dimensión de la calidad de vida - por lo tanto, condición fundamental del desarrollo humano, que expresa la aspiración permanente de las personas por crecer en dignidad y realización, individual y colectivamente. La calidad de la atención influye en la respuesta de los servicios de salud frente a los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales, que no solo dependen de la capacidad resolutoria sino están influenciados por la calidad de la atención, lo cual hace la diferencia respecto a la eficacia de la intervención.

Una realidad innegable es que existen aspiraciones en los usuarios en relación a su salud y a una atención de calidad que le permita alcanzar una vida plena y digna. Pero, también existen aspiraciones en los trabajadores de salud que también aspiran a ello, buscando encontrar mejores condiciones laborales que le permitan tener una calidad de vida y alcanzar la realización no solo profesional sino personal como parte de la sociedad.

El diagnóstico de la situación del Sistema de Salud de nuestro país expresado en el documento de Reforma⁽¹⁰⁾ señala que está caracterizado porque existe brecha de cobertura en sus tres dimensiones: cobertura poblacional, cobertura prestacional y cobertura financiera lo caracteriza. Así tenemos que, la Reforma en Salud plantea acciones que logren cerrar estas brechas. En materia de cobertura prestacional al ciudadano se expresará en la satisfacción del usuario con calidad y oportunidad de los servicios de salud que significará que en el país *“las brechas de equipamiento, infraestructura y de gestión de los servicios se hayan cerrado, con lo cual, los establecimientos de salud tendrán la capacidad resolutive necesaria para responder a la demanda de servicios en condiciones adecuadas de calidad y oportunidad y en concordancia con los cambios en el perfil epidemiológico”*.

En tal sentido, la Reforma plantea reorientar los servicios de salud teniendo como centro de la atención al ciudadano de esta forma el Sistema de Salud Peruano *“necesita fortalecerse para operar y brindar servicios en condiciones adecuadas, en términos de calidad y oportunidad. Por ello, se requiere modernizar su infraestructura y dotarlo con equipamiento suficiente. Se necesita también mejorar los niveles y distribución de los recursos humanos para atender las demandas de salud de las poblaciones dispersas o localizadas en las zonas remotas del país. Es sustancial mejorar la gestión de los servicios de salud, fortaleciendo las capacidades gerenciales de los directivos y funcionarios de salud, a fin de producir resultados acordes con las expectativas de la ciudadanía. El reto es avanzar hacia un Sistema de Salud enfocado en la ciudadanía, para lo cual es fundamental cerrar las brechas de infraestructura, de recursos humanos y de gestión, y así: (a) mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, (b) responder a las características culturales de la población, (c) garantizar un trato digno e igualitario al usuario, (d) proveer de información oportuna para la toma de decisiones acertadas por parte del usuario”*.

La Reforma en salud se ha amparado en un marco jurídico político que considera en primer lugar a la **Constitución Política del Perú** en la cual se establece que todos tienen derecho a la protección de su salud y, también que es el estado quien

determina la Política Nacional de Salud, asimismo el **Acuerdo Nacional** en su décimo Tercera Política del Estado establece la universalización al acceso de la población los servicios de salud. Además la **Ley General de Salud (Ley N°26842)** que establece que la protección de salud es de interés público y, por lo tanto, es de responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla. Esta Reforma pretende entre otras cosas que los establecimientos de salud respondan a las necesidades de salud de la población.

En la actualidad en el país contamos con una oferta de gran tamaño de establecimientos de salud en el primer nivel de atención, que no constituyen los anillos de contención de la demanda de salud de la población del segundo y tercer nivel de atención. Esto debido a las brechas que existen en relación a la infraestructura, recursos humanos, equipamiento. Actualmente se viene implementando estrategias para fortalecer la oferta de servicios de salud, mejorando la capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Sin embargo debemos tener en cuenta que no siempre el avance tecnológico va de la mano con el mejoramiento de la calidad de la atención.

Este estudio se sitúa y se justifica en el contexto de la Reforma, de los objetivos de mejora de la calidad de atención que esta impulsa y de la importancia de conocer el desempeño del sistema de salud en esta dimensión, para que a partir de ello se optimicen las estrategias de inversión en salud en políticas que acerquen al usuario a un sistema de salud que respeta su interculturalidad, su opinión, su grado de satisfacción con la atención, que le brinda información, es decir, que tenga como uno de los pilares de la calidad de atención al respeto al derecho de los usuarios.

CAPITULO II

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el desempeño de los establecimientos de salud públicos del Primer Nivel de Atención del Perú de quince gobiernos regionales, en lo que atañe a la dimensión **del respeto al derecho de los usuarios**, como elemento de la calidad de la atención en el Perú.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Discutir las concepciones del Respeto al Derecho de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud y proponer las subdimensiones que están involucradas a ese concepto y que serán analizadas en este trabajo para el caso peruano.
- Seleccionar indicadores específicos de la dimensión Respeto al derecho de los usuarios y las preguntas que les corresponden.
- Analizar los resultados obtenidos en los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutiva del primer nivel de atención en 15 Gobiernos Regionales del Perú.

CAPITULO III

ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo y de corte transversal. Analiza el Respeto a los Derechos de las Personas en los establecimientos de salud del primer nivel de atención utilizando apenas una parte del micro-dato de una encuesta realizada por el Ministerio de Salud.

De esa forma, los datos analizados son parte de los resultados de la aplicación de un instrumento de recolección de datos ya existente, que fue construido con la participación de expertos técnicos de las diferentes Direcciones y Oficinas del Ministerio de Salud y está orientado a medir el desempeño de la gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención a través del cumplimiento de estándares creados para tal fin. Este instrumento fue validado y recogió los aportes de expertos regionales y del nivel operativo de los establecimientos de salud del primer nivel de atención y fue aprobado con Resolución Ministerial N° 520-2010/MINSA.

3.2. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO SOBRE EL CUAL SE BASAN LOS DATOS DE LA DISERTACIÓN

3.2.1. Informaciones generales

El referido estudio de evaluación del desempeño de establecimientos de salud realizado por el MINSA está estructurado en 5 componentes: Estructura de Recursos Disponibles, Gestión Local, Organización de Servicios, Provisión de Servicios y Articulación Sectorial y Participación Comunitaria, los cuales están organizados en Macroprocesos (20), estos en Estándares (55,Indicadores) y estos a su vez en Procesos Claves(232).

El instrumento fue aplicado en establecimientos de salud del primer nivel de atención de los Gobiernos Regionales del Perú. La aplicación se realizó en diferentes momentos, de tal forma que en la base de datos se cuenta con información de establecimientos de salud del primer nivel de atención de 17 Gobiernos Regionales.

Esta disertación analizará la información obtenida en la primera medición de desempeño (Línea de Base) de los establecimientos del Primer Nivel de Atención, que al momento de la recolección de información estaban categorizados como establecimientos de salud con categoría I-4 de 15 Gobiernos Regionales del Perú. Los establecimientos de salud con categoría I-4 son los Centros de Salud de atención ambulatoria, con mayor capacidad resolutive en el Primer Nivel de Atención (prioritariamente actividades preventivo promocionales). Cuenta con profesionales médico cirujano, químico farmacéutico, Odontólogos, Enfermeras, Obstetras, Psicólogos, Nutricionista, Tecnólogo Médico de Laboratorio y Anatomía Patológica. Cumple con las Unidades Productoras de Servicios de Consulta Externa, Patología Clínica (Laboratorio) y Farmacia. Desarrolla también las actividades de atención de partos e internamiento (ambiente donde se realiza la observación del paciente en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención).

3.2.2. Muestra del estudio completo

La muestra es no probabilística y fue escogida por conveniencia. Se eligieron los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención de 17 Gobiernos Regionales de ámbito nacional con Categoría I-4 y en algunos casos en lugares donde no existían establecimientos de salud con esta categoría, se seleccionaron los establecimientos de salud con categoría I-3. Los establecimientos de salud fueron seleccionados por consenso entre el equipo coordinador del nivel central del Ministerio de Salud (representante de la Alta Dirección) y la autoridad sanitaria regional (DIRESAS/GERESAS) que cumplían algunos criterios como estar ubicados en zonas piloto de aseguramiento universal, ser establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive del primer nivel de atención, preferentemente

con cercanía geográfica a la sede de la DIRESA/GERESA (no mayor de 8 horas), debido a las actividades que también tienen que desarrollarse allí en cumplimiento al Plan de Trabajo.

3.2.3. Forma de Obtención de la Información

Para dar cumplimiento a cada uno de los componentes, macroprocesos, estándares y procesos claves (unidad mínima de medición) se han establecido verificadores, sustentados en la normatividad vigente, los cuales bajo parámetros establecidos darán cumplimiento o no a cada uno de estos procesos claves. En tal sentido, concordante con los verificadores y según la naturaleza del proceso clave a medir, las formas de obtención de la información en los establecimientos de salud del primer Nivel de Atención en los cuales se realizó la medición de desempeño fueron las siguientes:

- a) Revisión de Fuente Documentaria:** Esta referida a la revisión de documentos oficiales (resoluciones, memorándum de designación de funciones, planes, entre otros), informes, manuales, registros de algunos procesos específicos, material audiovisual (afiches, volantes, dípticos).
- b) Aplicación de Listas de Chequeo:** Algunos procesos claves incluyen varios procedimientos que requieren ser revisados para verificar su cumplimiento y está referido principalmente a procesos que se desarrollan al interior del establecimiento de salud del primer nivel de atención. En esos casos, se contó con Listas de Chequeo que detallan los procedimientos trazadores que deben ser cumplidos según lo establecido en el verificador del proceso clave.
- c) Observación Directa:** Algunos procesos fueron verificados a través de la observación directa en los servicios, es decir, a través de la evidencia física, y bajo parámetros también establecidos en los verificadores y criterios de cumplimiento para evitar la subjetividad del evaluador.

3.3. MATERIAL Y METODOS DE LA DISERTACIÓN

3.3.1 Etapas de la metodología adoptada

Esta disertación demandó los siguientes pasos metodológicos:

- Revisión de la bibliografía sobre el Respeto al Derecho de los Usuarios (o de las Personas, o de los Pacientes, según los distintos autores), para identificar los elementos que componen esa dimensión del desempeño de los servicios de salud. Se realizó la búsqueda bibliográfica en bases científicas reconocidas de Revistas, Libros y Artículos en español/inglés/portugués como son PubMed, Hinary, Scielo, construyendo las sintaxis utilizando las mejores opciones de búsqueda que contengan los términos claves del tema de interés (((patient[Title/Abstract]) AND rights[Title/Abstract])) AND (((Quality of Health Care[MeSH Major Topic])) AND (patient rights[MeSH Major Topic]))
- Revisión del instrumento de colecta de datos utilizado en el estudio del Ministerio de la Salud (MINSA) para identificar las preguntas de dicho cuestionario que tienen relación con algún aspecto del Respeto al Derecho de los Usuarios. Se seleccionaron 25 preguntas, de un total de 232.
- Identificación de las subdimensiones del Respeto al Derecho de los Usuarios presentes en las preguntas del instrumento. Se identificaron seis dimensiones presentes en dicho estudio. Estas preguntas han sido agrupadas en seis subdimensiones inherentes a la dimensión del desempeño que es objeto de este estudio y ellas son presentadas en el ítem 3.3.3.
- Análisis estadístico: Para evaluar el cumplimiento de los establecimientos de salud de la región costa, sierra y selva de las subdimensiones del respeto al derecho de los usuarios se utilizó estadística descriptiva. Para el análisis se considerará si las preguntas identificadas (25) que responden a los seis componentes identificados, del respeto del derecho a los usuarios, cumplen o no con los verificadores establecidos.
Se calculó un score global país y un score por región calculando el promedio de las razones del número de respuestas **SI** sobre el número de preguntas totales de cada establecimiento de salud según región.
Posteriormente se atribuyó un score a cada establecimiento de salud por región, según cada subdimensión. El cálculo del score corresponde a razón

directa, del número de respuestas **SÍ** sobre el número de preguntas de cada subdimensión.

De esa forma, a cada establecimiento de salud le corresponden 6 scores, referentes a las seis subdimensiones analizadas, los cuáles tomaron valores de 0 a 1.

También se hizo un análisis de frecuencia dentro de los elementos de cada subdimensión más presentes y los menos presentes (críticos) de la realidad peruana y de cada subdimensión.

3.3.2. Muestra de la Disertación

Para la disertación, se tomaron solo los establecimientos de salud con la misma capacidad resolutive de la muestra del estudio, es decir, los establecimientos de salud del primer nivel de atención con categoría I-4. Es así que la muestra de la disertación, está constituida por establecimientos de salud de 15 Gobiernos Regionales, haciendo un total de 30 establecimientos de salud.

3.3.3. Subdimensiones estudiadas

Las subdimensiones del respeto al Derecho de los Usuarios que se definieron y se contemplarán en el presente estudio son:

- Gestión de la Satisfacción
- Respeto a los valores culturales
- Confidencialidad y privacidad
- Acceso a la información
- Respeto a la dignidad
- Hostelería

3.3.4 Preguntas seleccionadas

El instrumento completo del estudio del cual fueron extraídos los datos para esta disertación cuenta con 232 preguntas, distribuidas en 05 categorías de análisis.

Todas las preguntas (232) fueron revisadas y contrastadas con la literatura y la definición del Respeto al Derecho a los Usuarios realizándose una nueva selección e identificándose que solo 25 preguntas correspondían a las seis subdimensiones del Respeto al Derecho de los Usuarios definidas y seleccionadas para esta tesis. Con la información obtenida de estas 25 preguntas por cada uno de los establecimientos de salud se creó en el estudio una nueva Base de Datos. Estas preguntas han sido reagrupadas según Región y según subdimensión, según el detalle, para realizar el análisis de los resultados:

GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN	RESPECTO A LOS VALORES CULTURALES	CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD	ACCESO A LA INFORMACIÓN	RESPECTO A LA DIGNIDAD	HOSTELERÍA
4	3	3	9	3	3

Para el análisis se trabajará con estadística descriptiva (promedios, promedios ponderados y tablas de frecuencia).

Como se ha considerado en el Capítulo Teórico Conceptual, el instrumento considera los siguientes elementos organizados en subdimensiones del Respeto al Derecho de los pacientes que se enuncian en el siguiente punto (3.3) como preguntas específicas.

3.4 INSTRUMENTO

Preguntas Específicas

Las preguntas específicas están relacionadas a veintiséis (26) procesos claves y se presentan a continuación, según subdimensión.

1. ACCESO A LA INFORMACIÓN

- El establecimiento de salud muestra su cartera de servicios, cronograma de atención con responsables, en un lugar visible y están adecuados culturalmente según realidad local.

- El establecimiento tiene publicado los derechos básicos y deberes de los pacientes en las zonas de contacto emergencia, consulta externa e Internamiento.
- Se cuantificó el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
- Dispone de señalización externa que identifica al Establecimiento de Salud.
- Dispone de cartera de servicios que oferta el establecimiento a la entrada en lugar visible, identificación de nombres de jefaturas y rol de guardia.
- Dispone de personal anfitrión que orienta y absuelva las necesidades de información a los usuarios.
- Dispone de señalización con flujograma del proceso de atención y croquis de ubicación de ambientes que permita la orientación de usuarios nuevos.
- El establecimiento cuenta con señalización externa e interna visible del servicio de tóxico o área de emergencia.
- Se cuenta publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias.
- Las Historias Clínicas de los pacientes en internamiento están disponibles y permanecen en el área de internamiento hasta su Alta.

2. RESPETO A LA DIGNIDAD

- - Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
- Se dispone de adecuación arquitectónica: rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes.

- Se dispone de servicios higiénicos por género y facilidades arquitectónicas para personas con discapacidad, abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente.

3. RESPETO A LOS VALORES CULTURALES

- El establecimiento tiene definido material informativo con contenido sobre el cuidado post-atención de los usuarios y esta adecuado culturalmente según la realidad local.
- El establecimiento tiene flujogramas de atención general y por servicio y señalización adecuados culturalmente.
- Los ambientes se encuentran señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve (rótulos para población analfabeta).

4. CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

- Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.
- Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
- En los consultorios se dispone de condiciones de privacidad para la atención del usuario.

5. GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN

- El establecimiento ha definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple.
- Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.

- El establecimiento tiene definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos, la cual es aplicada periódicamente.
- Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post- atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.
- Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.

6. HOSTELERÍA

- El área de internamiento dispone de ambiente(s) exclusivos y con servicios higiénicos.
- El establecimiento de salud brinda alimentación a los pacientes de internamiento.
- Existe ropa de cama suficiente y en buen estado, de acuerdo al número de camas.

Limitación del análisis

Como ya mencionado, la muestra del presente estudio no tiene representatividad estadística, por lo que los resultados no podrán generalizarse al universo de Establecimientos del Primer Nivel de Atención de ámbito nacional. Sin embargo fue aplicada a establecimientos de salud del 68% de regiones del país, considerando establecimientos de las regiones de la costa, sierra y selva.

De esta forma, los resultados obtenidos se referirán solamente a la realidad observada en el conjunto de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de mayor capacidad resolutive del Ministerio de Salud de los 15 Gobiernos Regionales.

CAPITULO IV

ASPECTOS TEÓRICO-CONCEPTUALES

IV.1. EL CONCEPTO DE RESPETO AL DERECHO DE LOS USUARIOS EN EL MARCO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Aspectos relacionados a la creciente demanda de atención de salud, el aumento de los costos y la variabilidad de tratamientos y procedimientos han aumentado el interés de varios gobiernos en el mundo en medir y mejorar la calidad de la atención de salud tomando real importancia y convirtiéndose incluso, en un tema prioritario en la agenda de muchos países. La tendencia ha sido por tanto, de evaluar los costos y la calidad teniendo en cuenta el uso eficiente de los recursos y la eficiencia de la atención de salud.

En países como Reino Unido la preocupación por la calidad de atención ha conllevado no solo a la medición de desempeño sino a establecer acciones en beneficio de la mejora de la calidad para el Sistema Nacional de Salud (NHS) y acciones impulsadas desde el gobierno nacional relacionadas a la mejora de la gestión clínica delegando la responsabilidad a la NHS de supervisar y mejorar la calidad de sus servicios con el objetivo de promover “la excelencia en la atención clínica”.

Hablar de calidad de atención de salud es complejo. Está relacionado a factores que incluyen las características sociodemográficas de la población, las necesidades de salud, las creencias de salud, entre otros. Para poder analizar ello, cobran importancia los conceptos citados por Donabedian (1966, 1988) en donde al hablar de un sistema de salud tenía en cuenta tres elementos: estructura, procesos y resultados.

Donabedian (1988), en Evaluación de la Calidad en Salud, afirma que la evaluación de la calidad de la atención en salud recoge aspectos que pueden ser englobados en tres categorías ⁽¹¹⁾:

- *La Estructura* implica las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Esto incluye las cualidades de los recursos materiales (como facilidades, equipamiento y dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal), y de la estructura organizativa (como la organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).
- *El Proceso* implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la asistencia. Incluye las actividades del paciente al buscar y llevar a cabo la asistencia y las actividades del facultativo al hacer el diagnóstico y recomendar o ejecutar un tratamiento.
- *El Resultado* implica los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente y de la población. Las mejoras en los conocimientos del paciente y los cambios en su comportamiento sanitario se incluyen en una definición amplia del estado de salud, al igual que el grado de satisfacción del paciente respecto de la asistencia.

Este enfoque tripartito de la evaluación de la calidad se explica porque una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado. Por lo tanto, es necesario tener establecida dicha relación antes que cualquier componente de la estructura, del proceso o del resultado pueda ser utilizado para evaluar la calidad.

La actividad de la evaluación de la calidad no está específicamente pensada para establecer la presencia de estas relaciones. Debe haber un conocimiento anterior de la relación entre estructura y proceso, y entre proceso y resultado, antes que la evaluación de la calidad pueda ser realizada. Es decir para analizar un sistema de salud es necesario distinguir entre la estructura de la atención de salud, la atención misma y la consecuencia de la interacción del individuo con el sistema de atención de salud. Aspectos de estructura y resultado no son parte específica de la atención de salud sin embargo repercuten directamente en cómo se entrega la misma y el efecto que esta tiene en la salud de las personas y de la población.

La Estructura se refiere a los factores organizacionales que caracterizan el sistema de atención de salud, como son las características físicas, los recursos (personal equipos, edificaciones), la forma como se han organizado esos recursos (horarios de atención, sistema de citas programadas). Estas son características estructurales que proporcionan los servicios de salud y que van a permitir que el individuo tenga la oportunidad de recibir la atención pero no la garantiza.

Estos elementos de estructura en su conjunto son los que van a aumentar o disminuir la probabilidad de recibir una atención de alta calidad. Por ejemplo si no se dispone de los equipos operativos o si no hay citas disponibles va a repercutir en los procesos y resultados y finalmente va a tener un impacto en la calidad de la atención.

Los Procesos están relacionados a la interacción entre los usuarios y la estructura de la atención de salud, todo aquello que se va a hacer con los usuarios y que incluye tanto la entrega de la atención hasta como esta es recibida, distinguiéndose dos elementos principales que son las intervenciones técnicas y interpersonales, es decir las interacciones entre los usuarios y los miembros del sistema de salud.

Las intervenciones técnicas incluyen dos aspectos: la atención clínica que esta referida a utilizar lo correcto, medicamento, procedimiento correcto y, el cuidado técnico que incluye el análisis que se tiene que realizar teniendo en cuenta que lo que es bueno para un grupo de personas, no necesariamente beneficiara a otras.

Los aspectos interpersonales están relacionados a la interacción de los profesionales de la salud con los usuarios o sus cuidadores e incluyen la gestión de lo social, psicológico e incluye la comunicación, la capacidad de construir una relación de confianza, el entendimiento, la empatía con el paciente, la capacidad de mostrar humanismo, la sensibilidad y la capacidad de respuesta.

Ambos procesos clínicos y de atención interpersonal implican la cognición, la comunicación de los problemas o necesidades, diagnósticos, la gestión y preocupación con el paciente y el profesional.

En relación a los resultados, son la consecuencia de la atención, están influenciados también por los aspectos de estructura y de procesos. La eficacia de

la estructura y de los procesos (clínico e interpersonal) repercuten en los resultados reflejados en el estado de salud y la evaluación de los usuarios (satisfacción en relación a la atención).

A lo largo del tiempo se ha definido calidad de diferentes maneras reconociendo que definir calidad es complejo y multidimensional. Campbell y cols. (2000) señalan en “Definiendo la calidad de la atención” (*Defining quality of care*)⁽¹²⁾ que la calidad de la atención sanitaria involucra dos dimensiones principales: el Acceso - referido a la factibilidad de los pacientes de conseguir atención cuando la necesitan- y la Efectividad -que esta atención sea efectiva cuando la consiguen, es decir, que logren maximizar sus beneficios a la salud de acuerdo a sus necesidades.

Dentro de efectividad se considera tanto la efectividad en la atención clínica y la efectividad de la atención interpersonal. Ambos están vinculados a la estructura del sistema de salud, los procesos de atención y los resultados derivados de la atención a los pacientes.

Si analizamos estos atributos (acceso y efectividad) por separado, tendremos que acceso está referido al acceso geográfico relacionado a las barreras geográficas para conseguir atención médica para zonas rurales por ejemplo, las adecuaciones arquitectónicas en los establecimientos de salud para personas con discapacidad o edad avanzada, la atención por un equipo de atención médica que no sea el médico en primera instancia y por el especialista clínico en segunda instancia, la longitud y la disponibilidad de citas, la comodidad de que el profesional hable su idioma y en países donde el Estado no proporciona salud a todos, el tema de costo monetario que demande la atención (gastos de transporte, cuidado de niños, la prescripción, costo de oportunidad como la pérdida de ingresos) también podría constituirse como una barrera de acceso. En relación a la efectividad incluye tanto la efectividad clínica que es la aplicación de la atención basado en el conocimiento, es decir la medicina basada en evidencias y, la atención interpersonal que significa incorporar cuidados ampliamente aceptados teniendo en cuenta la expectativa de los pacientes, opinión y creencias de los pacientes. Esto se desarrolla ampliamente cuando existe preocupación en los gestores de la

atención de salud en las necesidades de las personas es decir cuando centramos la atención en las personas teniendo en cuenta que la atención que se brinde no puede ser generalizable a todos sin tener en cuenta sus características personales y diferenciales a de la mayoría de los individuos de una población desarrollando para ello atributos como el humanitarismo, la bondad, la comunicación y el acceso.

Cuando se habla de calidad de la atención a los pacientes individuales el concepto de calidad de la atención está en su sentido más propio y se relaciona cuando se aplica a cada usuario de la asistencia sanitaria. Sin embargo, el cuidado de las personas debe situarse en el contexto de la prestación de atención de salud para las poblaciones e introduce conceptos adicionales de equidad y eficiencia.

IV.2. EL CONCEPTO EN LA LITERATURA INTERNACIONAL

Los elementos relacionados al respeto al Derecho de los Pacientes están muy vinculados con aspectos de Bioética. Una discusión muy importante es la que propone Joaquin Clotet en el año 2009 en su texto “O Respeito à Autonomia e aos Direitos dos Pacientes” ⁽¹³⁾ en donde se señala que un aporte importante del avance de las nuevas tecnologías es el reconocimiento de los derechos fundamentales de las personas. Aspectos como el consentimiento informado, el principio de independencia o el respeto a la autonomía del paciente se han incorporado en el contexto de la revisión de las teorías filosóficas, sociales y las políticas sobre la teoría y la praxis médica.

Señala también que “ser un buen médico” en palabras de Aristóteles significa “tratar al paciente con dignidad, respetando su cuerpo, sus valores y deseos”. Es decir, para ejercer correctamente la medicina se debe tener en cuenta la dimensión ética, tener presente los conceptos de dignidad y autonomía y, que los pacientes tienen derechos que deben ser reconocidos. Señala que “autonomía” es el principio de respeto al autogobierno de las personas, reconocer que son autónomos en sus opciones, actos, reconocer su dominio sobre su propia vida y el respeto a su intimidad limitando la intrusión de otros individuos.

El principio de autonomía ha sido respaldado por grandes pensadores como John Locke que afirma en relación a la autonomía que “todo hombre tiene la propiedad de su persona. Entre los derechos con los que nace el hombre está en primer lugar, el derecho a la libertad personal”. John Stuart Mills (1974) ⁽¹⁴⁾ señala que “el individuo es soberano sobre su cuerpo y mente”. Immanuel Kant (1968) ⁽¹⁵⁾ reconoce que “el hombre y la mujer, seres racionales, no pueden ser tratados como instrumento a diferencia de las cosas, tienen un valor absoluto y ese valor es la dignidad”. Por tanto la autonomía es para él, “la fundación de la dignidad de la naturaleza humana”. Aplicado a la medicina, la autonomía es el poder de decidir y utilizar su propio cuerpo sobre la base de que se es el propietario del mismo. Por ello es muy importante que el principio de autonomía ocupe un lugar destacado en las decisiones médicas lo cual se puede evidenciar a través del consentimiento informado al inicio de cualquier tratamiento y la valuación de riesgos aceptables. En aquellas personas que no puedan ejercer por si mismas el principio de autonomía, en el caso de los discapacitados será ejercido por quien delegue o lo represente.

Clotet (2009) realiza un recuento cronológico que inicia con la manifestación de los Derechos Humanos por la Naciones Unidas (1948) que define los principios básicos del respeto a la dignidad de la persona humana. En la segunda mitad del Siglo XX estos movimientos en defensa de los derechos humanos se impulsaron con mayor fuerza alcanzando también en la práctica clínica sobretodo en la atención hospitalaria. Se producía entonces un cambio importante en la relación médico y paciente que por el cambio estructural de los hospitales delimitando que el responsable del paciente ya no eran los profesionales de la salud sino la propia institución, es decir, el Hospital. Es por ello que, hacia el año 1973, la Asociación Americana de Hospitales (AHA) elaboró una Carta de los Derechos de los Pacientes que posteriormente fue revisado hacia el año 1992.

El 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza en Europa la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes y hacia 1999 la Declaración sobre los Derechos de los Pacientes y corresponsabilidad de los ciudadanos. Otras iniciativas se dieron hacia el año 2002 cuando se publica la

Carta de Derechos de los Pacientes y con la conformación de la Red de Ciudadanía Activa que ha sido suscrita por 15 organizaciones de diferentes países europeos. Este reconocimiento y atención de los derechos de los pacientes juega un rol muy importante en la sociedad y constituye una notable contribución al ejercicio de la solidaridad y la justicia social.

Los derechos fundamentales de los pacientes reconocidos a través de los documentos ya citados por Clotet (2009) son:

- Toda persona tiene derecho a la salud.
- Toda persona tiene derecho a la medicina preventiva.
- Toda persona tiene derecho a un servicio público de salud de acuerdo a sus necesidades y tener igualdad de acceso garantizado a todas las personas que lo requiera, sin discriminación por razón de clase social, tipo de discapacidad o lugar de residencia.
- Todo el mundo tiene derecho a la información acerca de su salud, sobre los servicios disponibles y cómo utilizarlos, así como los resultados de varios estudios y nuevas tecnologías.
- Todo el mundo tiene derecho a una adecuada información a participar activamente en las decisiones con respecto al cuidado de su salud. Esta información es necesaria para fin de dar su consentimiento antes de cualquier tratamiento, incluyendo la participación en el proyecto de investigación ciencia. Del mismo modo, también tiene el derecho de no querer ser informado.
- Toda persona tiene derecho a elegir libremente entre los diferentes tratamientos que se ofrecen, después de informar, así como la negativa del mismo. Toda persona tiene derecho a la confidencialidad de su estado de salud, los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, así como la privacidad y cumplimiento de su intimidad.
- Toda persona tiene derecho a ser respetado los períodos de tiempo requeridos para cada etapa del tratamiento.
- Toda persona tiene derecho a apropiarse de los niveles de la calidad, fiabilidad y seguridad para un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz.

- Toda persona tiene derecho a impedir, en la medida de lo posible, el sufrimiento y el dolor.
- Toda persona tiene derecho a un diagnóstico y a un procedimiento terapéutico personalizado, es decir, ajustado a sus necesidades y características individuales.
- Todo ser humano tiene derecho a quejarse de haber sufrido daño y recibir una respuesta o justificación.
- Toda persona tiene derecho a recibir una indemnización procedente, en un momento conveniente, después de haber sufrido un daño físico, moral o psicológico durante el tratamiento.

En la mayoría de países desarrollados los derechos de los pacientes como persona individual y su derecho a decidir, aceptar o rechazar un tratamiento, la libertad de participar en protocolo de investigación son plenamente reconocidos. Esto contribuye a aumentar la responsabilidad de las personas en relación a sí mismos, a su salud y se basa en un proceso de consentimiento verdadero. La Carta de los Derechos del Paciente señala en su parte introductoria que una atención de salud eficaz requiere la colaboración y comunicación abierta y honesta entre pacientes, médicos, otros profesionales, el respeto a los valores personales y profesionales y la sensibilidad a las diferencias culturales, raciales, lingüísticas, creencias religiosas, edad, sexo así como a las necesidades especiales de las personas con discapacidad son pilares para conseguir la excelencia en la atención.

En algunos países como Brasil, se ha explorado el cumplimiento del respeto al Derecho de los Pacientes.

En el año 2004, Patricia Lemos Chaves ⁽¹⁶⁾ y colaboradores publica el artículo “La Enfermera frente a los Derechos de los Pacientes Hospitalizados”, en donde se parte de la premisa que todo paciente tiene derecho a ser reconocido y respetado como un ciudadano, lo cual significa que intervenga en su cuidado y tratamiento. Asimismo se señala que la autonomía individual significa participar activamente en la elección de la persona basada en sus valores, principios, normas morales y se contextualiza en el que el avance de la tecnología y especialización ha traído

serios problemas éticos sobretodo en la práctica de la medicina. Este estudio cualitativo de tipo exploratorio descriptivo se realizó con el objetivo de conocer cómo se desenvuelve el respeto al derecho de los pacientes internados por el Sistema Único de Salud y a través de convenios privados en un Hospital Universitario. Las técnicas para la recolección de la información fueron las entrevistas semiestructuradas con pacientes quirúrgicos hospitalizados y con enfermeras del Servicios de Cirugía y en la Unidad de Convenios Privados. Asimismo se utilizó las observaciones sistemáticas del cuidado de enfermería prestado a los pacientes internados.

Los resultados de este estudio han evidenciado que las enfermeras requieren priorizar su tiempo principalmente en la orientación de los pacientes que se internan por SUS, además de garantizar el respeto a los derechos de estos pacientes a ser previamente aclarados y de dar libremente su consentimiento con libertad, frente a la realización de todo tipo de procedimientos.

Los derechos reconocidos por los pacientes están relacionados a Derecho a la Información y derecho a participar en las decisiones sobre su atención y tratamiento. Existen aspectos que resultaron críticos en el estudio como son: la información en la administración de tratamiento, proceso de atención, procedimientos de diagnósticos y de tratamiento, consentimiento de los procedimientos. Asimismo se evidenció que los pacientes mostraron pocas interrogantes así como una actitud pasiva ante la atención recibida no reconociendo sus derechos, tanto en relación a la información que deben recibir durante su hospitalización, así como para participar de las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.

Desde la década de los ´70 existieron iniciativas como en los EEUU de transformar los derechos de los pacientes en los derechos de los consumidores. Esto significaba que el usuario de los servicios de salud podía conocer todas las opciones médicas, elegir el médico que desea para su cuidado, tenía derecho a una atención de urgencias donde y cuando se necesite y de mantener la confidencialidad de su expediente médico, avances que trataron de impulsar la transformación a un sistema de salud más sensible y responsable. Hacia el año

1972 ya tenían establecido el consentimiento informado como un reconocimiento al derecho de recibir información oportuna y completa, esta información incluye una descripción del tratamiento propuesto, sus riesgos y beneficios anticipados, los tratamientos alternativos y sus riesgos y beneficios, la probabilidad de éxito, y los principales problemas anticipados de recuperación de su salud. Y sobre todo faculta al usuario a tomar libre elección de aceptarlo o no.

Se concluye que los derechos en materia de salud son fundamentales, ya que sin ellos, los ciudadanos pueden acabar con acceso a un sistema que es indiferente tanto a su sufrimiento y sus derechos. A principios de 1973, la Asociación Americana de Hospitales (AHA)⁽¹⁷⁾ publicó la declaración de derechos, constituyéndose en el primero de esos documentos que incluye muchos conceptos básicos de los derechos de los pacientes, tales como el derecho a recibir atención respetuosa, a recibir información completa sobre el diagnóstico y el pronóstico, a rechazar un tratamiento, a negarse a participar en los experimentos, para tener privacidad y confidencialidad mantenida, y de recibir una respuesta razonable a una solicitud de atención. Esto se concretó con la Carta de Derechos en el año 1998 en donde se reconocen derechos como:

a) El Derecho a la Información sobre los tratamientos

El paciente tiene el derecho a la participación informada en todas las decisiones relacionadas con su cuidado de salud, incluyendo una explicación clara y concisa, en términos llanos, de todos los tratamientos propuestos, las alternativas razonables médicos (ya sea que estén o no cubiertos por el plan), el riesgo de muerte y complicaciones graves asociadas con cada alternativa (incluyendo sin tratamiento), posibles problemas de recuperación, y la probabilidad de un resultado exitoso (incluyendo la experiencia del médico con el tratamiento y sus resultados). El paciente, según la AHA, tiene el derecho de conocer el diagnóstico y pronóstico en detalle tanto como él o ella desee, así como la existencia de cualesquiera protocolos de investigación que son relevantes para la condición del paciente y su disponibilidad. Un paciente competente no estará sujeto a ningún procedimiento o pruebas sin antes dar su consentimiento informado. Para los procedimientos que conllevan un riesgo de muerte o discapacidad grave, todos los

aspectos del consentimiento informado se explican en un escrito requiriendo la firma del paciente o de la persona con la autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento para el paciente, si el paciente es incompetente.

El paciente, tiene derecho a conocer la identidad, la categoría profesional y la experiencia clínica (incluyendo las tasas de éxito) de todas las personas responsables de su cuidado. El paciente tiene derecho a conocer todos los arreglos financieros y los incentivos que puedan afectar a su cuidado. Cualquier paciente que no habla Inglés tiene derecho a un intérprete.

b) El derecho a la intimidad y a la dignidad

El paciente tiene el derecho a la intimidad de la persona y la información con respecto a todo el personal médico y de enfermería, profesionales de la salud, plan de salud y miembros del personal, las instalaciones y otros pacientes. Todos los pacientes deben ser tratados con dignidad y sin distinción de raza, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, discapacidad, edad, nivel socioeconómico, o fuente de pago. El paciente tiene derecho a toda la información contenida en su expediente médico y tiene derecho a examinar el expediente de la solicitud, corregir errores, y a recibir una copia de la misma. Nadie que no esté directamente involucrado en la atención del paciente o en el aseguramiento de la calidad debe tener acceso a la historia clínica del paciente sin una autorización por escrito por parte del paciente que está anticuado y limitado en el tiempo y que especifica la información médica sea divulgada. Además, la divulgación de la información médica sin autorización es prohibida. El paciente tiene el derecho a no ser tocado o tratado por cualquier médico particular o profesional de la salud, incluyendo estudiantes de medicina y enfermería.

c) El derecho a rechazar tratamiento

El paciente tiene el derecho de rechazar cualquier medicamento, prueba, procedimiento o tratamiento, si el propósito es la terapia, la investigación o la educación. Un paciente no puede discriminar o negar cualquier beneficio por un plan de salud o profesional de la salud a causa de la negativa a ser tocado o tratado por un proveedor particular. El paciente tiene el derecho de ejecutar a un apoderado para el cuidado de la salud o la vida de una voluntad de dirigir el

tratamiento o no tratamiento, si el paciente no es capaz de tomar decisiones de atención de salud y profesionales de la salud están obligados a respetar estas directrices anticipadas.

d) El derecho a la atención de emergencia

El paciente tiene derecho a una atención rápida y competente en caso de emergencia. El paciente no puede ser transferido a otro centro sin su consentimiento y, en cualquier caso, no antes de la condición del paciente se ha estabilizado y se ha determinado que la transferencia es en el mejor interés del paciente, debido a la atención médica superior. Si el paciente no está de acuerdo con la transferencia, él o ella no puede ser transferida.

e) El Derecho a un Abogado

El paciente tiene derecho a los servicios de un independiente patients' defensor de los derechos de la autoridad para ayudar al paciente a hacer valer todos los derechos que se especifican en la carta de derechos. Además, un paciente en un hospital u otro centro de atención de la salud tiene el derecho de visita razonable, los padres tienen el derecho de permanecer con sus hijos y los familiares tienen derecho a quedarse con los pacientes las 24 horas del día. El paciente tiene el derecho a que un amigo o familiar esté presente en todas las consultas, los exámenes y procedimientos, incluyendo la inducción de la anestesia.

Disposiciones adicionales del proyecto de ley a los pacientes nacionales de derechos implicará contrato basado en la protección del consumidor. ¿Cómo específicamente estas disposiciones se detallan dependerá de la medida en que el Congreso cree que el plan de salud los contratos deben ser regulados. En todo caso, las siguientes obligaciones de los planes de salud deben ser incluidos. No hay un plan de salud puede interferir o limitar la comunicación entre el paciente y el proveedor de su atención médica. Los planes de salud deben proporcionar a los miembros con una selección razonable de calificados médicos de atención primaria y el acceso razonable a los especialistas. Los planes de salud deben informar a los miembros de cualquier y todos los acuerdos financieros que podrían alentar a los médicos a limitar o restringir la atención, derivaciones a especialistas, o la recomendación de tratamientos no cubiertos. Los planes de salud deben

proveer el pago de los servicios de emergencia en circunstancias que una persona prudente consideraría una emergencia. Los planes de salud deben proporcionar un acceso oportuno a un mecanismo de apelación independiente para la negación o la terminación de los beneficios.

El paciente tiene derecho a recibir una copia de la totalidad del contrato de seguro o su plan de salud y consejería competente en la selección de un plan de salud. El paciente tiene derecho, independientemente de la fuente de pago, a examinar y recibir una explicación detallada y detallada de todos los servicios prestados. El paciente tiene derecho a recibir una notificación oportuna antes de la terminación de la elegibilidad para la cobertura o la denegación de un beneficio de cuidado de la salud, con la oportunidad de impugnar la terminación o negación de una manera oportuna y justa ante un fabricante independiente, decisión calificada y neutral.

En Chile,⁽¹⁸⁾ se impulsó la incorporación del respeto al Derecho de los Usuarios en la atención y en el año 2012, y se dispuso la difusión en los Hospitales de Atención de salud. En el Hospital San Fernando SS O'Higgins del Ministerio de Salud de Chile se publicó el Protocolo de Respeto al Derecho de los Pacientes el cuál presenta al interior una clasificación de derechos mínimos de los pacientes relativos a:

- No discriminación.
- Respeto a la Privacidad y el Pudor.
- Respeto a la Confidencialidad.
- Acompañamiento a los pacientes y/o visita.
- Derecho a la protección de la dignidad del usuario.
- Derechos a información.
- Ser informado del carácter docente asistencial de la institución.

De otra parte, en Colombia, ⁽¹⁹⁾ han existido iniciativas por promover los Deberes y Derechos de los pacientes, es por ello que Hospitales como el Hospital Pablo Tobón Uribe difunde los “Deberes y Derechos de los Pacientes” reconociendo en relación a ello lo siguiente:

- Derecho a un trato personalizado, digno, humano, ético.

- A no ser discriminado por razón de raza, política, cultura, credo religioso o por su propia situación de salud.
- A recibir una atención segura y de excelente calidad.
- A que se facilite la asistencia espiritual según sus deseos y del manejo del dolor en la medida de sus posibilidades.
- A la cercanía de su familia y de sus allegados.
- A ser informado de todo lo relativo a sus atención, teniendo en cuenta sus estado emocional y nivel de aprendizaje.
- A una comunicación clara y comprensible.
- A la privacidad y al manejo confidencial de la información.
- A expresar y a que se tenga en cuenta sus deseos, necesidades y decisiones relacionadas con el proceso de atención.
- A solicitar una segunda opinión.
- A decidir sobre su participación en actividades de docencia e investigación.
- A la información sobre costos económicos y sobre la seguridad social, relativas a su situación particular.

En Uruguay, ⁽²⁰⁾ algunas instituciones como el CRAMI (Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral) ha publicado los Derechos y Deberes de los Usuarios de los Servicios de Salud en concordancia con lo dispuesto en por las Leyes N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, N° 18.335 de 15 de agosto de 2008, N° 18.426 de 1o de diciembre de 2008 y N° 18.473 de 3 de abril de 2009, así como por otras disposiciones legales y reglamentarias vigentes en materia de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de servicios de salud. En esta Cartilla se señala lo siguiente:

- Derecho a la Igualdad, referido al derecho de recibir tratamiento igualitario y no ser discriminado por ninguna razón de raza, edad, sexo, religión, nacionalidad, discapacidad, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.
- Derecho a la Información, referida al derecho de todo usuario de solicitar y recibir información clara y veraz acerca de su tratamiento y atención médica

que recibe, servicios que se le proporcionan, costos de los mismos, información sobre sus derechos y el trámite y procedimientos en los que tenga la condición de interesado. Asimismo información referida a la nómina de profesionales que se desempeñan en los servicios de salud, sus nombres, especialidades y demás datos disponibles así como sus días y horarios de consulta. Tiene derecho a conocer los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal del Servicio de Salud que participe en la atención que se le brinda. Esta información debe ser brindada en tiempo razonable y en términos comprensibles, precisos, ser completa, continua y en forma verbal o escrita.

- Derecho al respeto, referida al derecho a recibir un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye:
 - a) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial a recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.
 - b) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.
 - c) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.
 - d) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley específica del año 1971 y sus modificativas.

e) Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.

f) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

- Derecho al Acceso, referido al derecho a que se facilite el acceso y uso de los Servicios de Salud, así como a los establecimientos de salud donde funcionan, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades, de conformidad a la que esta normado. Incluye el derecho a acceder a su registros y archivos médicos, en los términos que la legislación lo permite.
- Derecho a la Instancia, referido al derecho del usuario de presentar ante el Servicio de Salud al que pertenece y/o ante el Ministerio de Salud según los procedimientos establecidos las sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos que estime pertinentes, siendo atendido en forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.
- Derecho a Medios Alternativos de Solución, referido al derecho a que se agoten todas las etapas del procedimiento que se establezca, tendientes a obtener una decisión sobre sus sugerencias, iniciativas, consultas peticiones o reclamos.
- Derecho a la Confidencialidad, referido al derecho a la confidencialidad de sus datos, circunstancias que plantee, documentos que presente así como del procedimiento y respuesta que se le brinde salvo consentimiento expreso o cuando por mandato de una regla de derecho deba darse noticia a las autoridades.

- Derecho de Asociación, referido al derecho a asociarse con otros usuarios en defensa de sus derechos e intereses, formar Organizaciones y Asociaciones de usuarios y hacerse representar por ellas.
- Derecho a la Atención Preferente, referido al derecho a que cada servicio de salud cuente con un departamento u oficina dedicada preferentemente a atender, canalizar y resolver sus sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.
- Derecho a una Atención integral y de Calidad, referido al derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.
 - a) Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones.
 - b) Todo paciente tiene el derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.
 - c) Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes, diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad. Asimismo tiene el derecho de acceso a los resultados cuando lo solicite.
- Derecho a la Autodeterminación, referido al derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando existan razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto

para la sociedad que integra, se podrá llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejar constancia en la historia clínica.

En Estados Unidos, ⁽²¹⁾ la Declaración de los Derechos y Responsabilidades del Usuario promovido por la Comisión de Recomendaciones sobre Protección al Usuario y Calidad en la Industria de Cuidado en Salud, incluía en relación a los derechos:

Revelación de información

La persona tiene derecho a recibir información precisa y fácil de comprender acerca del plan de salud, profesionales de la salud e instalaciones de atención en salud. Si la persona habla otro idioma, tiene una discapacidad física o mental o simplemente hay algo que no comprende, se le suministrará ayuda para que pueda tomar decisiones de atención en salud debidamente informadas.

Selección de profesionales de la salud y planes

La persona tiene derecho a una selección de profesionales de la salud que le brinden acceso suficiente a la atención en salud apropiada y de alta calidad.

Acceso a servicios de emergencia

Si la persona tiene un dolor intenso, una lesión o una enfermedad súbita que la convence de que su salud está amenazada seriamente, tiene derecho a recibir servicios de evaluación y estabilización de urgencia donde y cuando los necesite, sin autorización ni retribución financiera previa.

Participación en las decisiones del tratamiento

La persona tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento y participar en todas las decisiones acerca de sus cuidados. Los padres, tutores, familiares u otros individuos que la persona designe pueden representarla si ella no puede tomar sus propias decisiones.

Respeto y no discriminación

La persona tiene derecho a una atención considerada, respetuosa y no discriminatoria por parte de sus médicos, representantes del plan de salud y otros profesionales de la salud.

Confidencialidad de la información de salud

La persona tiene derecho a hablar en confianza con los médicos y a que se proteja la información de atención médica. También tiene derecho a revisar y copiar su propio registro médico y solicitar que el médico lo corrija si no es preciso, relevante o completo.

Quejas y apelaciones

La persona tiene derecho a una revisión justa, rápida y objetiva de cualquier queja que tenga contra su plan de salud, médicos, hospitales u otro personal de atención en salud. Lo anterior incluye quejas acerca de tiempos de espera, horas de funcionamiento, la conducta del personal de atención médica y las condiciones de las instalaciones de atención de la salud.

En Australia, ⁽²²⁾ a través de algunas instituciones como “Mater Health Service, Exceptional People, Exceptional Care”, se difundió una Carta de Pacientes como una Guía para los pacientes, cuidadores y familias, en la cual se señala como principio principal el respeto al derecho de recibir servicios de atención médica segura, de alta calidad y centrada en el paciente. Esta Carta del Paciente está en concordancia con los Derechos de Salud de Australia y contiene derechos y responsabilidades con respecto a los Derechos y Responsabilidades respecto al cuidado y tratamiento que reciben los pacientes. Considera aspectos como acceso, seguridad, comunicación, participación, privacidad y recoge opiniones en relación a la atención:

Acceso

Tengo Derecho a:

- Acceder a los servicios de salud para satisfacer las necesidades de atención médica.

Tengo la obligación de:

- Informar a Mater de cualquier cambio en mi dirección, contacto e información personal.
- Ser consciente de que puedo tener que esperar por la atención o tratamiento a veces si el personal asisten a otros pacientes

Mantener mis citas, o notificar Mater si no puedo asistir a las mismas.
Aceptar que algunos servicios que requiero no estén disponibles en Mater.

Seguridad

Tengo Derecho a:

- Recibir atención segura y de alta calidad con atención de profesionales con las habilidades y competencias adecuadas.

Tengo la obligación de:

- Proporcionar información precisa acerca de mi salud y de cualquier otra cosa que pueda tener impacto en el cuidado de la salud.
- Asimismo informar si existen dudas sobre algún aspecto del cuidado.

Comunicación

Tengo derecho a:

- Estar informado acerca de los servicios, tratamiento, las opciones y los costos de una forma clara y abierta, oportuna y adecuada sobre la atención de salud de forma que puedo entender.

Tengo la obligación de:

- Ser abierto y honesto y pedir más información si no entiendo.
- Informar al personal si hablo otro idioma teniendo acceso a un intérprete en persona o por teléfono.
- Entender que si no está cubierto por Medicare deberá responsabilizarse del total del pago de todas las tasas y cargos.
- Entender que si se elige ser una paciente privado, se me brindará la información de los costos y seré responsable de pagar a los médicos asistentes.

Participación

Tengo derecho a:

- Ser tomado en cuenta en las decisiones acerca de mi cuidado y sobre la elección del servicio de salud que me brindara atención.

Tengo la obligación de:

- Solicitar información si existen dudas sobre el estado de salud y las opciones de cuidado antes de dar el consentimiento para cualquier tratamiento.
- Discutir mis preocupaciones y decisiones con el profesional al cuidado de la salud, si no deseo continuar con el tratamiento. Una vez conozca las implicancias se debe aceptar la responsabilidad por las consecuencias de mis decisiones. Participar en el cuidado al alta, post atención.

Respeto

Tengo derecho a:

- Ser respetado en mis creencias, cultura, necesidades y requerimientos personales.

Tengo la obligación de:

- De informar al personal en relación a mis creencias, cultura para que puedan responder a mis necesidades. Respetar a otros pacientes y al personal, limitando los ruidos y el número de visitas.

Privacidad /Respeto a la intimidad

Tengo derecho a:

- Privacidad y confidencialidad de mi información personal, el manejo adecuado de mi información personal y de la información relacionada a mi estado de salud.

Tengo la obligación de:

- Aceptar que mi información de salud pueda ser compartida con los proveedores de atención de salud adecuados. Respetar la confidencialidad y privacidad de los otros.

Comentario

Tengo derecho a:

- Opinar sobre mi cuidado y que mis preocupaciones sean resueltas. Emitir opinión sobre mi cuidado y que mis reclamos y quejas sean atendidas y resueltas.

Tengo la obligación de:

- Informar al personal si tengo algún problema en mi atención, alguna preocupación para que pueda ser atendida y resuelta.

Se ha impulsado mecanismos que permitan gestionar los comentarios de los usuarios haciendo que estos sean tomados en cuenta. Se considera que los comentarios son valiosos y ayudan a mejorar los servicios. Si no se está satisfecho con la atención lo primero es hablar con el proveedor de la atención y si no se está satisfecho con la respuesta se acudirá al representante del paciente. Otra instancia importante es la Comisión de Calidad de Salud y Quejas. Este órgano es independiente del sistema de atención de salud.

Sin embargo, a pesar que cuando se habla de Respeto al Derecho de las Personas se consideran diferentes aspectos detallados ya en los derechos que se le atribuyen al paciente en algunos casos y, al usuario en otros, la planificación y organización del propio sistema de salud debe contemplar algunos que en la implementación garanticen que estos derechos sean respetados. Así, en la obra *Crossing the Quality Chasm*, del *Committee on Quality of Health Care in America* del Instituto de Medicina (2001) ⁽²³⁾ se señala una propuesta de mejora del sistema en beneficio de la atención del paciente. El texto señala que existe un abismo entre el tipo de atención que se recibe y la que se debería recibir debido al rápido avance de la tecnología al cambio de las necesidades de salud de la población, falta de abordaje integral de las enfermedades crónicas, atención de episodios agudos, vacíos en la cobertura, falta de información de la atención integral del usuario.

El texto se centra en el funcionamiento del sistema de salud puede ser reinventado para fomentar la innovación y mejorar la prestación de la atención. Señala 6 objetivos de mejora que caracterizan la atención, entre ellas, que sea: Centrada en el paciente y Equitativa, es decir, proporcionar atención respetuosa y sensible a individuo las preferencias del paciente, necesidades y valores, y que garanticen que los valores de los pacientes guiar todas las decisiones clínicas. La reducción de los retrasos y esperas a veces perjudicial. Señala que existen 10 reglas para el rediseño, entre ellas:

- El cuidado debe ser personalizado de acuerdo a las necesidades del paciente y los valores.
- El paciente es la fuente de control.
- El conocimiento es compartido y la información debe fluir libremente.
- La toma de decisiones debe estar basada en la evidencia.
- La seguridad debe ser una propiedad del sistema.

IV.3 INTERPRETACION DEL CONCEPTO EN LA LEGISLACION DE ALGUNOS PAISES

Margaret Smith en su texto *Declaración de los Derechos del Paciente* ⁽²⁴⁾ realiza en el año 2002 una comparación en relación a la importancia del respeto al Derecho de los Pacientes en los diferentes países donde se ha evidenciado largos tiempos de espera para las pruebas diagnósticas para el tratamiento de ciertas enfermedades y citas con especialistas, donde el número de pacientes educados u bien informados que están menos dispuestos a aceptar el status quo y son cada vez más asertivos en la exigencia de información de los proveedores de atención de la salud, la creciente demanda de los pacientes para un papel más importante en las decisiones que afectan su cuidado y tratamiento, el aumento de la complejidad del sistema de atención de salud así como la creciente percepción de que los pacientes necesitan estar activos para el cuidado de la salud. Es en este escenario donde el Respeto al Derecho de los pacientes alcanza real importancia. Han existido importantes esfuerzos en países como Canadá, Nueva Zelanda, Reino Unido, Australia, Estados Unidos y Noruega en donde se han consolidado esfuerzos normativos como la introducción de cartas de deberes y derechos y en algunos de ellos donde los derechos de los pacientes tienen fuerza de ley mientras que en otros son parte de la declaración de la política sanitaria. Independientemente de la forma, lo que se busca principalmente es potenciar a los pacientes proporcionándoles ciertos derechos y beneficios en su interacción con proveedores de salud y las instituciones, y para colocar al proveedor de cuidado paciente-salud en igualdad de condiciones. Tener claro lo que se espera

de los profesionales de la salud, instituciones y pacientes, sirve también como directrices importantes para la prestación de servicios de atención médica. En el artículo que presenta Margaret Smith analiza las iniciativas de estos países en la elaboración y ejecución de proyectos de ley de los derechos de los pacientes.

En **Canadá**, cuando se habla de derechos de los pacientes en el contexto del Sistema de Salud Canadiense se puede distinguir los derechos “colectivos” de los derechos “individuales”, teniendo en cuenta que los primeros son principios generales relativos a la obligación de la sociedad en crear mecanismos de acceso razonables de la población a los servicios de salud, los mismos que deberán estar accesibles para todos los habitantes del país o de otras áreas geopolíticas. En relación a los derechos individuales, están referidos a la aplicación del sistema de atención e salud en el paciente, lo que los individuos tienen derecho y pueden esperar en las diversas etapas del sistema de atención de salud en la interacción con los proveedores de salud y las instituciones. Están referidos entonces al derecho a la información, privacidad, confidencialidad y al consentimiento informado. Han existido iniciativas federales en relación a los derechos y las prestaciones en materia de atención de salud como la **Carta de la Salud para los Canadienses (1964)** en donde señala que la política nacional debe tener como objetivo el alcanzar los más altos estándares de salud para las personas. Esta Carta señala que este objetivo podría lograrse integralizando y universalizando el Programa de Servicios de Salud para toda la población de Canadá y que estaría basado en la libertad de elección de los profesionales y las institución prestadora de servicios de salud que debería estar financiado por un pago anticipado para lo cual el Gobierno Federal tendría que destinar fondos y que contaría con los siguientes principios: *Integral*, debe incluir todos los servicios de salud de prevención, diagnóstico, curativo y de rehabilitación haciendo uso de la tecnología moderna, *Universalidad*, deben estar disponibles para todos los canadienses, independientemente del lugar donde residan y cual sea su nivel de ingresos económicos, *Programa de Servicios de Salud*, se consideran los actos legislativos y disposiciones administrativas para organizar la atención integral de salud

universal que incluya acuerdos de pago anticipado para el financiamiento de los servicios de salud personales estratificados en etapas de la atención, *libertad de elección*, el paciente tiene el derecho a elegir al médico y el derecho del profesional de aceptar o no aceptar a un pacientes, excepto en casos de emergencias o por razones humanitarias. Otro avance lo constituye la **Ley de Salud de Canadá** en donde se señala que el objetivo primordial de la política de salud de Canadá para proteger, promover y restaurar e bienestar físico y mental de los residentes de Canadá y facilitar el acceso a los servicios de salud sin barreras financieras o de otro tipo, en cuyo escenario el programa de salud contempla cinco criterios: la *administración pública*, orientada a asegurar que se brinde el plan de seguro de atención en cada provincia operado bajo la administración del gobierno provincial, *integralidad*, que cada plan de seguro de salud provincial debe cubrir todos los servicios de salud proporcionados por los diferentes profesionales del equipo multidisciplinario y en los Hospitales, *universalidad*, cada plan de seguro provincial debe coberturar a todas las personas residentes de la provincia, *portabilidad*, referidos a que los residentes pueden desplazarse a otra provincia o fuera de Canadá y seguirán siendo cubiertos por los servicios asegurados por la provincia de origen y *accesibilidad*, referida a que lo servicios de salud asegurados deben presentarse de manera uniforme sin excluir a ningún ciudadano e incorpora el acceso al hospital, a medicamentos necesarios y a los servicios médicos de forma gratuita en cualquier lugar de Canadá. De esta forma las iniciativas federales se centran en los derechos colectivos existiendo ausencia en los derechos individuales derivado principalmente de la división política del país otorgando la responsabilidad del cuidado de la salud a los gobiernos provinciales. Sin embargo, ene l año 2001 se presentó una propuesta de Ley que contemplaba derechos respecto al sistema de atención de salud en su conjunto así como derechos personales de los pacientes. En relación a los derechos de los pacientes señalan que todos los canadienses tendrían derecho:

- A estar plenamente informados acerca de su propia condición médica

- A ser informados de las opciones de tratamiento disponibles
- A participar en las decisiones de su tratamiento
- A recibir información acerca de las calificaciones y la experiencia de los profesionales de la salud de los cuales recibe atención
- A recibir servicios de salud pública considerados, compasivos y respetuosos
- A la comunicación confidencial con los profesionales de la salud, a tener acceso y copias de los registros de salud personales y a corregirlos si es necesario
- A que las historias médicas sean confidenciales y que no se utilicen para ningún otro propósito sin el consentimiento respectivo por escrito
- A designar a otra persona para ejercer los derechos en nombre del paciente si no es capaz de hacerlo por incapacidad física o mental

A ser informados de los derechos y responsabilidades de acuerdo con el proyecto de ley y otras leyes en Canadá o de las provincias en relación a los servicios de salud.

Esta iniciativa de Ley fue revisada por el Senado quienes quien observó que los proyectos de ley de los pacientes tendría que adecuarse según las realidades provinciales por lo que cada provincia del país busco promulgar un código de derechos del paciente así como sus responsabilidades.

En **Nueva Zelanda** se han legislado los derechos de los consumidores de los servicios de salud y discapacitados en un Código de Derechos de Servicios de Salud y discapacidad de los consumidores creados en el año 1996 como una regulación bajo la Ley de Salud y el Comisionado de la Discapacidad de 1994. El propósito de la Ley es “promover y proteger los derechos de los consumidores de la salud y de los servicios de discapacidad de los consumidores y, con ese fin, para facilitar una solución equitativa s consumidores de atención médica” facilitando así una solución equitativa, simple, rápida y eficiente de las quejas relativas a las violaciones de esos derechos” . Para tal fin, se formuló el Código de

Derechos de Servicios de Discapacidad y de Consumidores de Salud estableció diez derechos de los pacientes que son los siguientes:

- A ser tratado con respeto
- A no sufrir discriminación, coacción, acoso y explotación
- A la dignidad y la independencia
- A los servicios de un patrón adecuado
- A la comunicación efectiva
- A estar plenamente informados
- A tomar una decisión informada y dar su consentimiento informado
- A que las personas de apoyo presentes
- A aceptar o rechazar la participación en la docencia o la investigación
- A quejarse.

Asimismo se establece la existencia de un Comisionado de Salud y Discapacidades para investigar las denuncias contra las personas o entidades que prestan servicios de atención e salud o discapacidad, la educación de los profesionales de la salud y los consumidores. El Comisionado tiene como parte de sus funciones la de promover los derechos de los consumidores de los servicios de salud y discapacidad así como disponer directrices para el funcionamiento de los servicios de salud. La Ley contempla también la existencia de defensores quienes ayudan a los consumidores a resolver sus quejas e inquietudes directamente con los proveedores de servicios de salud y discapacidad.

En **Reino Unido** se presentó un proyecto de derechos de los pacientes en el año 1992 cuando entro en vigencia la Carta del Paciente del Servicios Nacional de Salud (NHS) para mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes en un contexto en el cual las quejas sobre el NHS habían ido en constante aumento y estaban relacionadas a los tiempos de espera prolongados para la atención en los servicios médicos, la calidad de atención y el trato al paciente que acude a los servicios de salud. Se contempla en esta Carta del Paciente derechos individuales comprendidos como derechos fundamentales entre los cuales están el acceso a la

atención médica, la recepción de la información para tomar decisiones informadas sobre la atención médica incluyéndose el derecho a:

- Recibir atención de la salud que necesite independientemente de la capacidad de pago, estilo de vida o cualquier otro factor.
- Inscribirse con un médico general, el cambio de médicos con facilidad y rapidez y tener un chequeo médico.
- Prescribir fármacos y medicamentos apropiados y proveer de medicamentos gratuitamente a ciertos grupos de edad.
- Obtener tratamiento médico de emergencia en cualquier momento.
- Ser referido a un especialista aceptable y de obtener una segunda opinión.
- Elegir si desea participar en la investigación médica o la formación del estudiante de medicina.
- Tener una explicación clara de cualquier tratamiento propuesto, los riesgos involucrados y alternativas.
- Tener acceso a los registros personales de salud.
- Tener quejas sobre los servicios de NHS investigados.
- Recibir información detallada sobre los servicios de salud locales, incluyendo los estándares de calidad y tiempo de espera.

A partir de la Carta se establecieron algunas directrices y el cumplimiento de ciertos estándares para la atención de pacientes:

- Atención de los pacientes en consulta externa dentro de los 30 minutos de la hora programada
- Tiempo de espera máximo de dos horas para una cama de hospital después de la admisión al hospital a través de un servicio de urgencias
- Evaluación inmediata de los pacientes que llegan a un servicio de urgencias
- Un periodo máximo de espera de 13 semanas para una cita que no es urgente
- Readmisión en el plazo de un mes si la cirugía fue cancelada en el día programado por razones no médicas.

- Tiempos de espera en ambulancia menor a 14 minutos en zonas urbanas y de 19 minutos en zonas rurales.
- Hospitales seguros y con señalización clara
- Provisión de una explicación clara de la alimentación, nutrición y la salud
- Respeto de la privacidad, dignidad, creencias religiosas y culturales.

En 1997 se hicieron estudios relacionados a la efectividad de la Carta del Paciente el mismo que concluyo que la Carta tiene una utilidad limitada. El personal de NHS considero que la Carta animo a sembrar una cultura de derechos sin obligaciones, podrían cumplirse todos los objetivos establecidos para la atención sin embargo la insatisfacción por la misma podía mantenerse. Sin embargo, el impacto que si logro fue incrementar el uso de los servicios de salud en el sistema de salud británico.

En el 2001, la carta de Pacientes fue reemplazada por un nuevo documento técnico de NHS. La Guía establece aspectos importantes que el pacientes puede esperar y que están relacionados a la atención como son los tiempos de espera, los tiempos de llegada de las ambulancias, tratamiento en los servicios de urgencias hospitalarias, entre otros.

El gobierno del Reino Unido presentó un Plan para la Defensa del Paciente y Enlace donde se señala que los Defensores de los pacientes actuarán como facilitadores independientes para: atender las quejas de los pacientes sobre el servicio y guiar a los pacientes en el proceso de quejas. Es decir, el Defensor de los Servicios de salud investigará las quejas sobre el NHS. Esta quejas incluyen aspectos como: Mal servicio o ausencia de la prestación de un servicio, las acusaciones de que el personal no siguió el procedimiento adecuado o eran groseros, y quejas sobre la atención recibido de los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

En **Australia**, a través del Gobierno del Commonwealth proporciona asistencia financiera a los estados y territorios de los hospitales públicos y otros servicios de salud. Los estados y territorios deben concordar y establecer en su ámbito una

Carta para los residentes con información, el procedimiento para presentar y gestionar las quejas. Ante ello, los Estados y Territorios han desarrollado Cartillas de Derechos en los Hospitales Públicos que incluyen los siguientes derechos:

- Recibir servicios hospitalarios públicos gratuitos
- Ser tratados en función de las necesidades de salud independientemente de su estado de seguro financiero o de salud
- Tener acceso a los servicios hospitalarios públicos, independientemente de su lugar de residencia.
- Ser tratado con respeto, consideración a la intimidad, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente, necesidades y deseos.
- Participar plenamente en las decisiones de atención de salud, incluyendo la admisión y cuidados.
- Recibir una explicación clara del tratamiento propuesto, incluidos los riesgos y alternativas antes de aceptar el tratamiento
- Buscar una segunda opinión médica
- Dar un consentimiento informado(excepto en circunstancias excepcionales) antes de llevar a cabo un procedimiento, incluido el consentimiento de participación en la enseñanza profesional de la salud de pregrado o la investigación médica
- Retirar su consentimiento o rechazar su tratamiento
- Tener acceso a los registros médicos personales
- La seguridad de que la información personal será confidencial, a menos que se disponga lo contrario por la ley
- Tener servicio de interprete cuando sea necesario
- Quejarse de la atención de salud y ser aconsejado para el procedimiento para expresar preocupaciones.

Australia también ha desarrollado la Carta a los hospitales de los pacientes privados que establece las directrices para los pacientes privados en un hospital

público, un hospital privado o un hospital de día y lo que estos pacientes pueden esperar de los hospitales y de los fondos de seguro de salud.

En **Estados Unidos**, se estableció las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) quienes en su afán de aminorar costos han recibido muchas críticas y quejas siendo acusados de negar coberturas o retrasar indebidamente la atención. Asimismo se han realizado estudios que han identificado algunos problemas como dificultades para ver a los médicos, la negativa de facilitar interconsulta con los especialistas, cobertura limitada de los servicios de emergencia, no hay financiamiento oportuno de los tratamientos y los procedimientos indicados ocasionando en algunos casos, problemas de salud o en otros, costos financieros significativos para los pacientes. Ante este escenario el gobierno se ha visto en la necesidad de promulgar leyes de derechos de los pacientes y lidiar con la industria de la atención medica administrada. Sin embargo a pesar de la necesidad imperante se ha elaborado proyectos de ley de los derechos de los pacientes que están inclusive en la Cámara de Representantes y el Senado que a la fecha no se han convertido en Ley.

Han existido iniciativas presidenciales como la creación de Comisión Asesora sobre la Protección del Consumidor y Calidad de la Industria del Cuidado de Salud que estaría encargada del desarrollo del proyecto de ley de derechos de los pacientes. Ese mismo año, meses después, la Comisión Asesora emitió la Carta de Derechos y Responsabilidades de Pacientes que establece 7 categorías de derechos y una serie de responsabilidades:

- El derecho a la información
- El derecho de elegir a uno de los proveedores de la atención de salud, incluido el acceso a los especialistas calificados
- El derecho a acceder a los servicios de emergencia
- El derecho a participar en las decisiones de atención de salud
- El derecho a la atención sin discriminación
- El derecho a la intimidad

- El derecho a la pronta resolución de la queja
- La responsabilidad de mantener una buena salud

En 1998, se ordenó que los Departamentos Federales de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Trabajo, Defensa y la Oficina de Administración de Personal para llevar a sus programas de salud, incluyendo Medicare y Medicaid, en el cumplimiento de la protección al consumidor.

Los gobiernos estatales han promulgado leyes de derechos de los pacientes en donde predominan dos tipos de estatutos: las leyes que dan ciertos derechos a los pacientes en relación con la prestación de servicios de salud (en particular los servicios hospitalarios), y las que brindan protección a los pacientes en situaciones de cuidados manejados.

En Florida la Carta de los Derechos y Responsabilidades del Paciente establecen los derechos de los pacientes en relación con la prestación de servicios de atención de la salud en la cual se establece que los proveedores de atención de la salud y centros de atención de la salud deben reconocer los derechos de los pacientes en el proceso de la atención médica, También establece que los pacientes deben respetar al personal médico a cargo. Según esta Ley los pacientes tienen derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto
- Protección de su intimidad
- Recibir una respuesta pronta y razonable a sus preguntas y peticiones
- Saber quién está proporcionando servicios médicos y quién es responsable de su cuidado
- Saber qué servicios están disponibles de apoyo a pacientes, incluidos los servicios de interpretación
- Conocer las reglas y regulaciones que se aplican a la conducta del paciente
- Recibir información sobre el diagnóstico, planes de curso de tratamiento, alternativas, riesgos y pronóstico

- Rechazar cualquier tratamiento, salvo las excepciones establecidas por la ley
- Recibir información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros para la atención al paciente
- Recibir una estimación razonable de los gastos de atención médica antes del tratamiento
- Tener acceso imparcial al tratamiento médico o a las instalaciones independientemente de su raza, origen nacional, religión, impedimento físico, o fuente de pago
- Recibir tratamiento para cualquier problema médico de emergencia que puede deteriorarse si no para proporcionar un tratamiento
- Tienen acceso a ningún tipo de tratamiento médico que es, a juicio de la paciente y su profesional de la salud, en el mejor interés del paciente
- Saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y de aceptar o negarse a participar en este tipo de investigación, y
- Expresar sus quejas sobre cualquier violación de los derechos del paciente

Al mismo tiempo, la ley también se esbozan ciertas responsabilidades del paciente, incluyendo la responsabilidad de:

- Proporcionar a los proveedores de atención de la salud información precisa y completa sobre su salud.
- Reportar cambios inesperados en su condición indicando si comprenden un curso de acción.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de cuidados de la salud.
- Cumplir con las citas y notificar al médico o centro de atención de la salud si no puede hacerlo.
- Asegurar el pronto pago de las facturas médicas.
- Seguir las reglas de las instalaciones de atención de salud y las regulaciones que afectan a la atención al paciente y la conducta.

Existen diferentes leyes de los derechos de los pacientes en relación a la administración de la atención médica o Managed care, las cuales difieren en los diferentes estados de los Estados Unidos. Sin embargo existen puntos de coincidencia entre los cuales están: la divulgación de la información sobre la cobertura médica (servicios y beneficios) a los afiliados, servicio oportuno y acceso del paciente a la atención, la cobertura obligatoria de los servicios de emergencia, utilización de una evaluación externa en relación a la necesidad médica de un procedimiento, continuidad de la atención teniendo los servicios cubiertos por el plan HMO por un período definido de tiempo (generalmente 90 días) de un proveedor de atención médica que ya no participa en la red del HMO, acceso a especialistas como médicos de atención primaria, la protección de la relación médico-paciente teniendo la facultad de escoger y cambiar de proveedor de atención de salud, la responsabilidad del plan de atención médica, confidencialidad a los expedientes médicos.

En **Noruega**, además de los tipos de derechos individuales normalmente incluidas en el ámbito de derechos de los pacientes, se ha promulgado legislación sobre los derechos de los pacientes a través de la Ley de Derechos de los Pacientes que incluye diversos derechos incluido el derecho a la elección del hospital, derecho al tratamiento, y el derecho a obtener una evaluación de un especialista dentro de 30 días después de recibir una recomendación de un médico de medicina general. La ley también establece los derechos a:

- Recibir atención médica de emergencia
- Participar en las decisiones relacionadas con la atención al paciente
- Recibir información
- Estar seguro de que la información médica de un paciente es confidencial
- Dar su consentimiento al tratamiento
- Tener acceso a los registros médicos y a quejarse

Esta ley se ha establecido para salvaguardar los derechos e intereses en relación con los servicios de salud de los pacientes.

En Uruguay, ⁽²⁵⁾ en Agosto del año 2008 se promulgo la Ley N° 18.335, Ley de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud que presenta una clasificación señalando los Derechos Universales y los Derechos relativos a la Dignidad de la siguiente forma:

En el Capítulo III De los Derechos, considera que:

- Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral...
- Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad...incluye medicamentos y exámenes diagnósticos.
- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud.
- Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación.
- Toda persona tiene el derecho de elección del sistema asistencial más adecuado.

En relación a los Derechos relativos a la Dignidad de la Persona Capítulo IV, señala que:

- Todo paciente tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos con excepción de las situaciones de emergencia imprevista.
- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:
 - A. Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.

- B. Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.
- C. Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.
- D. Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.
- E. Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.

Desde entonces el Ministerio de Salud Pública de Uruguay ha trabajado intensamente en nuevas regulaciones sobre derechos y beneficios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Es así que en Diciembre del Año 2010, el Ministerio de Salud Pública aprobó la Cartilla de los Derechos y Deberes de las Usuarias y los Usuarios de los Servicios de Salud con el fin de controlar las prestaciones ofrecidas por las instituciones públicas y privadas de todo el país. La adopción de la cartilla se enmarca en la segunda etapa de la reforma de la salud que, que apunta a consolidar “la salud como un derecho” y el “empoderamiento de los usuarios”.

La cartilla ha sido estructurada en ocho capítulos denominados “Afiliación”, “Beneficiarios del Seguro Nacional de Salud”, “Cobertura”, “Acceso a los

Servicios”, “Participación e Información”, Historia Clínica”, “Consentimiento Informado” y “Deberes de pacientes y usuarios”.

Esta Cartilla debería ser entregada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, a todos los usuarios en el plazo de un año de aprobada, teniendo en cuenta la adecuación cultural y la edad de la población. La cartilla de los Derechos y Deberes es considerado entonces un instrumento para que los usuarios conozcan sus derechos en materia de salud y también los mecanismos por los cuales reclamarlos y/o defenderlos en el caso que sean vulnerados. Este avance es considerado un aporte del Ministerio de Salud Pública a la promoción del usuario como sujeto de derechos en un *rol activo*.

Algunos países como Portugal (Lisboa) ⁽²⁶⁾ adoptaron la Declaración sobre los Derechos del Pacientes expresada en la 34° Asamblea Médica Mundial desarrollada entre los meses de Setiembre y Octubre del año 1981, enmendada por la 47° Asamblea general de Bali (Indonesia) en Setiembre de 1995 y revisada su redacción en la 171° Sesión del Consejo en Santiago (Chile) en Octubre del año 2005. Esta Declaración representa algunos de los derechos principales de los pacientes que la profesión médica debe ratificar y promover, señalando además que estos derechos deber ser reconocidos y respetados por todos los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica. Señala los siguientes principios:

Principio 1. Derechos a la atención médica de buena calidad.

Elementos:

- a) Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
- b) El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.

- c) La seguridad de la calidad siempre deber ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de sr los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- d) En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.
- e) El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención medicamente indicada con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

Principio 2. Derecho a la libertad de elección

Elementos:

- a) El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.
- b) El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

Principio 3. Derecho a la autodeterminación.

- a) El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
- b) El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.

- c) El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

Principio 4. El paciente inconsciente

- a) Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible.
- b) Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que esté rechazaría la intervención en esa situación.
- c) Sin embargo el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

Principio 5. El paciente legalmente incapacitado.

- a) Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas jurisdicciones; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que le permita su capacidad.
- b) Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de la información a su representante legal.
- c) Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

Principio 6. Procedimientos contra la voluntad del paciente.

- a) El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si la autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

Principio 7. Derecho a la información

- a) El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.
- b) Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.
- c) La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y del tal forma que el paciente pueda entenderla.
- d) El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa a menor que lo exija la protección de la vida de otra persona.
- e) El paciente tiene derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

Principio 8. Derecho al secreto

- a) Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda la información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- b) La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, solo en base estrictamente de “necesidad de conocer”, a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- c) Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

Principio 9. Derecho a la Educación sobre la Salud.

- a) Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que le ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educativos.

Principio 10. Derecho a la dignidad.

- a) La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.
- b) El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.
- c) El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.
- d) El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

Principio 10. Derecho a la Asistencia Religiosa

En Costa Rica ⁽²⁷⁾, en el año 2002 se aprobó la Ley N°8239, Ley de los Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados que tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional.

Los Derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud están señalados en el *Artículo 2°* de la mencionada Ley y son los siguientes:

- a) Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos.
- b) Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.

- c) Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.
- d) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.
- e) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.
- f) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.
- g) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.
- h) Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.
- i) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, de que este rechazaría la intervención en tal situación.
- j) Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.
- k) Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.
- l) Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
- m) Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.
- n) Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.

ñ) Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.

o) Hacer uso de sus efectos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros pacientes.

p) Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de pacientes no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios públicos.

En el *Artículo 3* señala otros derechos en centros de salud privados:

Las personas usuarias de los servicios de salud en centros de atención privados tendrán, además, derecho a lo siguiente:

a) Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento.

b) Indicar los nombres de las personas que tendrán prioridad para visitarlas, si su estado les permite recibir visitas.

IV.4 INTERPRETACION DEL CONCEPTO EN LA LEGISLACION DE PERU

Bajo el ordenamiento Ético y Jurídico Internacional se enfatiza el derecho a salud de las personas en la Constitución Política del Perú (1993) ⁽²⁸⁾:

- “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin Supremo de la sociedad y del Estado” (**Artículo 1º- Constitución Política del Perú**)
- “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. (**Artículo 7º- Constitución Política del Perú**)

Sin embargo en la práctica a pesar de los esfuerzos del estado en cumplimiento de lo que señala la Constitución como un Derecho del Ciudadano, en implementar una política de calidad de atención, esto no se cumple plenamente. Muchas veces el personal que brinda la atención vulnera la dignidad de la persona al no respetar cultura, sus creencias, su procedencia, siendo esto inclusive motivo de discriminación y de maltrato al usuario que acude a recibir una atención de salud.

Del mismo modo las políticas en salud han estado orientadas principalmente al abordaje de la salud individual. Es en estos últimos años que los modelos conceptuales y metodológicos de abordaje de los lineamientos de políticas en salud revaloran y enfatizan en la salud familiar y colectiva.

Asimismo en el país aún no se han implementado mecanismo de protección social y protección en salud. Los aspectos de financiamiento aun no garantizan que todo ciudadano tenga acceso a una atención de salud. La Reforma que se plante en un horizonte cercano, pretende asegurar tres tipos de protección para el ciudadano. Una de ellas la protección financiera, en la cual la atención de salud no le signifique al ciudadano ver afectado su economía con a través del pago de bolsillo para una atención de salud para él o su familia.

a) LA LEY GENERAL DE SALUD - LEY Nro. 26842 (1997) ⁽²⁹⁾

Título I

Artículo 1.- Toda persona tiene derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el Sistema provisional a su preferencia.

Artículo 2.- Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de la salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización.

Artículo 3.- Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de la salud cumplan con los estándares, de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales.

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

Artículo 5.- Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas, diagnóstico precoz de

enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de vida saludable.

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

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

Título II. Capítulo II.

Artículo 44.- Al egreso del paciente, el responsable del establecimiento de salud está obligado a entregar al paciente o a su representante el informe de alta que contiene el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta pronóstico y recomendaciones que ameritó el internamiento. Así mismo, cuando el paciente o su representante lo soliciten, debe proporcionarle copia de la epicrisis y de la historia.

b) LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD, LEY N°29414 ⁽³⁰⁾

En el Perú, la precitada Ley fue publicada en el Diario Oficial El Peruano con fecha 2 de Octubre de 2009, cuyo contenido *“modifica los artículos 15°,23°,29° y el segundo párrafo del artículo 37° de la Ley numero 26842, Ley General de Salud con los siguientes textos:*

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

15.1 Acceso a los servicios de salud

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

e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

15.2 Acceso a la información

a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.

b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.

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

d) A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.

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

f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre

los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.

g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.

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

i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

15.3 Atención y recuperación de la salud

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

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

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

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

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

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

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

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

15.4 Consentimiento informado

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

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

a.2) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información

y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

a.3) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.

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

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

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

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

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

El interesado asume el costo que supone el pedido.

Artículo 37°.-

(...)

Los establecimientos de salud deben aprobar normas y reglamentos de

funcionamiento interno; asimismo, el ente rector establece los estándares de atención de la salud de las personas a través de protocolos. La autoridad de salud de ámbito nacional establece los criterios para la determinación de la capacidad de resolución de los establecimientos y dispone la publicación de la evaluación de los establecimientos que no hayan alcanzado los estándares requeridos."

Con Resolución Ministerial N°681-2010/MINSA, se realizó la prepublicación del proyecto del Reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud que tiene como finalidad *"consolidar en un solo texto normativo los derechos de la persona usuaria de los servicios de salud"* establecidos en diferentes dispositivos normativos y legales mencionados anteriormente en este estudio. Asimismo busca *"relacionar el derecho a la salud con otros derechos fundamentales y derechos específicos, y su aplicación en el marco de la prestación de salud"* y *"Reglamentar los derechos específicos de la persona usuaria de los servicios de salud"* establecidos en el marco legal existente antes descrito.

En esta propuesta normativa se señala los Derechos Fundamentales en los Servicios de Salud (Título II) y Derechos Específicos que rigen en los servicios de salud (título III).

Entre los Derechos Fundamentales se encuentran:

Derecho a la Integridad Personal, es decir que "toda persona usuaria tiene derecho a la integridad física, psicológica y moral en el servicio de salud". Este Derecho se evidencia en el derecho al consentimiento informado y la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo sea objeto de lucro.

Derecho a la igualdad y a la no discriminación, establece que ninguna persona será discriminada en el acceso, durante la atención ni durante el tratamiento por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión opinión, condición económica, discapacidad o de cualquier otra índole.

No discriminación de los menores de edad, principalmente se señala el derecho a estar acompañados de sus padres o persona que la sustituya el

máximo tiempo posible que permanezca en los servicios de salud, a ser examinados en presencia de sus padres o representante, a recibir información adecuada a su edad, desarrollo mental, estado afectivo, disponer de profesional especializado en atención a menores, a ser hospitalizado individualmente o con y otros menores, entre otros.

No discriminación a las mujeres embarazadas, le atribuye el derecho a estar niño al nacer también se acompañada por la persona de sus confianza durante el tiempo anterior, durante y posterior al parto, que se facilite su participación activa en la toma de decisiones en relación a su parto, contar con vías de acceso apropiadas y preferentes para el ingreso al establecimiento y a los servicios, tener contacto inmediato con el niño siempre y cuando su salud se lo permita, tener a su niño durante su estancia en el establecimiento de salud, recibir facilidades para iniciar la lactancia materna, ser informada sobre las condiciones y el estado de salud del niño. Asimismo este derecho señala que el convierte en una persona usuaria de los servicios de salud.

No discriminación de los adultos mayores, derecho a ser protegidos con especial atención de cualquier maltrato físico o psicológico, contar con vías de acceso apropiadas y preferentes para el acceso al establecimiento de salud y los servicios, entre otros.

No discriminación de las personas con discapacidad, derecho a que los establecimientos de salud tengan vías de acceso apropiadas y preferentes para el acceso al mismo y a los servicios, señalizaciones en braille y en formatos de fácil lectura y comprensión, tener preferencia de atención y en la entrega de artefactos ortopédicos.

No discriminación de los pueblos indígenas, derecho a no ser discriminadas en el acceso, durante la prestación del servicio de salud, el cual se le debe brindar con pleno respeto de su identidad cultural. Debe tener a su disposición servicios de salud adecuados, los profesionales deben ser preferentemente de la comunidad o estar capacitados para comprender el idioma, la cultura y percepción del derecho a la salud del pueblo correspondiente. El servicio de salud debe organizarse en lo posible en su ámbito comunitario con la participación activa y

consultada de la comunidad, considerando las condiciones económicas, sociales, geográficas y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

No discriminación de las personas afectadas con VIH DISA, tuberculosis o cualquier otra enfermedad o padecimiento, no pueden ser discriminadas en el acceso y atención de los servicios de salud. Los trabajadores de salud deben tratarlos de forma respetuosa e igualitaria.

Derecho a la intimidad de la personas, relacionado al deber de secreto de la información personal, es decir la información relacionada al acto médico, los resultados de diagnósticos y el contenido de su historia clínica deber preservarse con reserva y sigilo ser informada de la identificación de la persona que la atiende, ser examinado en instalaciones apropiadas que aseguren su aislamiento visual y auditivo, a una consulta discreta y que no se encuentre presentes quienes no estén directamente involucrados en su tratamiento, rehusarse a la toma de fotografías, grabaciones, entrevistas sin su consentimiento así como a rehusarse a ser atendido o aceptar la presencia de personal en formación.

Libertad de Comunicación, está relacionada a que ninguna persona del establecimiento de salud pueda ser incomunicada o prohibírsele la comunicación con sus familiares o personas allegadas.

Libertad de circulación, señala que ninguna persona puede ser retenida o internada en un establecimiento de salud, sin su consentimiento informado o el de su representante, salvo medie orden médica o por decisión medica en una situación de emergencia que ponga en riesgo la vida de la persona usuaria.

Libertad de religión, expresa que toda persona tiene derecho a actuar conforme a su opción religiosa aceptando o negándose a recibir tratamiento médico.

En el Título III se señalan los Derechos específicos que rigen en el Servicio de Salud y que están relacionados fundamentalmente a:

Derecho a la información, teniendo en cuenta que la información debe ser adecuada, oportuna y debe estar referida a su enfermedad o dolencia, sobre el personal de salud a cargo del tratamiento, información a los familiares y allegados sobre la situación de salud y los actos de atención de salud, para ejercer el derecho

a interponer reclamo, sobre traslados dentro y fuera del establecimiento de salud, sobre el derecho a negarse a recibir o continuar un tratamiento, sobre medicamentos o tratamientos experimentales, sobre medicamentos prescritos, información de alta, sobre el aseguramiento en salud, información para la promoción de prácticas saludables, a la información epidemiológica.

Derecho al Consentimiento informado.

Derecho a la Historia Clínica y derechos conexos.

Derecho a la atención en situación de emergencia.

Asimismo detallan en el Capítulo VI otros derechos específicos en los servicios de salud que están relacionados a: Derecho a la integridad personal durante las atenciones de salud con internamiento, derecho a la seguridad quirúrgica, a la segunda opinión médica, derecho a la disponibilidad y calidad de medicamentos.

La Dirección de Calidad en Salud del Ministerio de Salud del Perú en cumplimiento de sus funciones *“Diseña y conduce el Sistema Nacional de Gestión de la Calidad en los ámbitos sectorial e institucional para mejorar continuamente la calidad y la atención de salud”*⁽¹⁶⁾. Viene difundiendo el Decálogo de los Derechos del Usuario de los Servicios de Salud, que contempla lo siguiente:

1. El usuario de los servicios de salud tiene derecho a un trato digno y respetuoso a su persona y familia.
2. Derecho al respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, cualquiera sea el padecimiento y que se haga extensivo a los familiares y acompañantes.
3. Derecho a la satisfacción de sus necesidades de salud, demandas de atención y expectativas.
4. Derecho a una atención integral, humana, educativa, segura, continua y eficiente con calidad y calidez.
5. Derecho a ser tratado con confidencialidad.
6. Derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz respecto de sus necesidades de salud.

7. Derecho a decidir libremente sobre sus atención, recibir atención médica adecuada y contra con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Derecho a otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
9. Derecho a recibir atención médica en caso de urgencia.
10. Derecho a contar con expediente clínico.

Sin embargo, estos derechos en la práctica son vulnerados cuando los pacientes son maltratados, cuando no se les brinda información acerca de su estado de salud, cuando el equipo de salud no utiliza un lenguaje claro y sencillo en la comunicación con el paciente y familia, cuando no se respetan sus creencias ni costumbres acerca del proceso salud-enfermedad, cuando sus necesidades no son atendidas ni satisfechas.

IV.5 SINTESIS DEL CONCEPTO

De la revisión del marco teórico conceptual se conceptualiza el Respeto al Derecho de los Usuarios está relacionado a:

- **Información** que debe proveerse al usuario de todos los aspectos relacionados a la atención de salud,
- **Autonomía** que debe tener en la toma de decisiones informadas relacionada a su salud así como la participación activa en todo el proceso de la atención, decisiones compartidas con el proveedor de cuidados y atención de salud.
- **Confidencialidad y Privacidad** de la información personal y de la relacionada a su estado de salud y pronóstico. Se incluye también a la capacidad de decidir si alguna persona ajena a la atención tendrá acceso a la información de su atención con fines de docencia así como su participación en el examen físico y la consulta médica.
- **Respeto a su interculturalidad** que significa tener en cuenta las características relacionadas a su cultura, costumbres, creencias en relación a la salud-enfermedad,
- **Gestión de quejas y sugerencias** que no solo significa recoger su percepción en relación a todos los aspectos de la atención, sino realizar el análisis, tomar

acciones correctivas y retroalimentar a los servicios y a los profesionales para generar el compromiso de los mismos. Se considera también los esfuerzos por minimizar el tiempo de espera, los mecanismos establecidos para acortar el tiempo entre una cita y otra.

- **Hostelería**, está referida a los que la literatura señala como condiciones de confort para el usuario que acude a los servicios de salud como servicios higiénicos diferenciados por genero, ambientes con dimensiones adecuadas, iluminados y ventilados, camas de hospitalización y ropa de cama en buen estado, entre otros.

IV.6 ELEMENTOS DEL RESPETO CONSIDERADOS EN EL INSTRUMENTO ANALIZADO EN ESTE ESTUDIO

De todos los elementos considerados en la revisión de la literatura y de la legislación de algunos países latinoamericanos y europeos relacionados al Respeto al Derecho de los pacientes, el Instrumento cuyos resultados de su aplicación se analizarán en el presente estudio ha considerado los siguientes componentes (subdimensiones) y elementos:



ACCESO A LA INFORMACIÓN

Está relacionado a la información en forma comprensible que debe proveerse al usuario en relación al listado de médicos, horarios de atención, servicios que se brindan y planes de atención. Asimismo está relacionada a la información que debe proveérsele en relación a los derechos que tiene, a conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, información de los servicios de salud a los que puede acceder, información de su tratamiento y procedimientos para poder decidir si participar o negarse a participar en ellos.

RESPECTO A LA DIGNIDAD

Referida a la atención con pleno respeto a su dignidad e intimidad, sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo. También están relacionados a recibir tratamiento cuya eficacia haya sido científicamente comprobada y de recibir atención por profesionales que están debidamente capacitado, certificados y recertificados..

RESPECTO A LOS VALORES CULTURALES

Está relacionada a tener en cuenta los valores y características culturales de la población que se atiende teniendo en cuenta su idioma, creencias, costumbres, concepción de salud y de su cuidado.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Están relacionados a autorizar la presencia durante el examen médico o intervención quirúrgica de quienes no están directamente implicados en la atención médica.

GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Esta referida al derecho que tienen los usuarios de ser escuchados y recibir respuestas por la instancia correspondiente cuando se encuentren disconformes con la atención recibida.

HOSTELERÍA

Referidos a las condiciones mínimas que garanticen la estancia del paciente en el establecimiento cuando requiere permanecer más de 12 horas, incluye servicios higiénicos, duchas, ropa de cama, ropa de paciente.

CAPITULO V

RESULTADOS

A continuación se presentan resultados referentes a la dimensión del Respeto a los Derechos de los Usuarios en el Perú. Estos son expresados en scores que varían entre 0 y 1. Como se observa en la Tabla 1, los resultados (scores) en todo el país son bastante bajos.

TABLA 1
SCORE GLOBAL DEL PAÍS, POR REGIÓN
PERU - 2013

REGIÓN	VALOR
COSTA	0.48
SIERRA	0.33
SELVA	0.29
PAÍS	0.37

El promedio del cumplimiento de las preguntas del Respeto al Derecho de los Usuarios de los establecimientos de salud de la región Costa es de 0.48, de los establecimientos de salud de la región Sierra es del 0.33 y de los establecimientos de salud de la región Selva es de 0.29. En consecuencia el promedio del país significó que los establecimientos de salud del Perú tomados en este estudio cumplieron apenas con el 0.37 de las preguntas específicas del Respeto al Derecho de los Usuarios.

Del mismo modo, se puede apreciar que el promedio de los resultados de los establecimientos de salud de la región Sierra y Selva están por debajo del score global país. El promedio de los establecimientos de la región Costa están por encima del score global país y esto puede deberse a que la Costa está

caracterizada por ser una zona más urbana y por tanto tener una mayor concentración de Hospitales donde se implementan más mecanismos de difusión de los Derechos de los Pacientes, en físico (material impreso) o a través de medios radiales y televisivos. Por el contrario, en la región de Sierra y Selva no solo tiene una mayor concentración de zona rural sino que existe población que utiliza diferentes dialectos como el quechua, aimara, así como poblaciones indígenas, amazónicas que utilizan lenguas nativas como medio de comunicación, lo cual puede tornar inaccesible la información sobre los derechos de los usuarios de servicios de salud.

En la Tabla 2 se exploran los resultados del país para cada una de las subdimensiones del Respeto al Derecho de los Usuarios, identificadas para el presente estudio. Podemos evidenciar que, a nivel país, el cumplimiento de los estándares establecidos para cada subdimensión, está por debajo del 50% en cada una de las seis subdimensiones. Sin embargo se puede identificar que las subdimensiones que alcanzaron un mejor resultado son las referidas al respeto a los valores culturales, los relacionados a confidencialidad y privacidad así como los de Hostelería. La subdimensión con menor cumplimiento ha sido la de respeto a la dignidad.

TABLA 2
SCORE GLOBAL DE RESPETO AL DERECHO DE LOS
USUARIOS Y POR SUBDIMENSIÓN
PERÚ – 2013

SUBDIMENSIONES	VALOR
GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN	0.27
RESPETO A LOS VALORES CULTURALES	0.44
CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD	0.46
ACCESO A LA INFORMACIÓN	0.39
RESPETO A LA DIGNIDAD	0.24
HOSTELERIA	0.43
RESPETO AL DERECHO DE LOS USUARIOS	0.37

Este resultado podría estar relacionado a que esta subdimensión está valorando la percepción del trato que ha percibido el usuario a los servicios de salud, a ser llamado por su nombre, a respetar sus creencias, sus características personales sin sentir ningún tipo de discriminación por su condición socioeconómica, sexo, edad, lengua, valores entre otros.

En la Tabla 3 se muestran los resultados de las regiones por cada subdimensión, donde se puede apreciar que en la mayoría de subdimensiones los establecimientos de salud de cada una de las regiones tienen un comportamiento bastante parecido. Sin embargo en la subdimensión de Respeto a la Dignidad se puede apreciar una diferencia muy marcada en el resultado de los establecimientos de la región Costa y Sierra en relación a los de la Selva, que presenta el resultado más bajo de cumplimiento de los estándares para esa subdimensión.

TABLA 3
CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES, POR REGIÓN Y SEGUN SUBDIMENSION
PERÚ – 2013

SUBDIMENSIONES	COSTA	SIERRA	SELVA
GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN	0.27	0.27	0.25
RESPECTO A LOS VALORES CULTURALES	0.45	0.45	0.42
CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD	0.42	0.52	0.42
ACCESO A LA INFORMACIÓN	0.36	0.36	0.47
RESPECTO A LA DIGNIDAD	0.30	0.30	0.08
HOSTELERIA	0.55	0.33	0.42
RESPECTO AL DERECHO DE LOS USUARIOS	0.38	0.36	0.37

Cuando revisamos al interior de cada región podemos identificar que en la región Costa la subdimensión con mejor resultado es la de Hostelería, esto podría estar

referido a la mejor disposición de los establecimientos de salud para asegurar las medidas mínimas que den confort al usuario como son los ambientes exclusivos y con servicios higiénicos, asegurar la alimentación y la ropa de cama durante la estancia en el establecimiento de salud. En la región Sierra probablemente no exista esta misma facilidad en la adecuación de ambientes y menos aún en los establecimientos de la región Selva donde existen mayores problemas de infraestructura y no se puede contar con ambientes exclusivos para la observación de los pacientes.

En los establecimientos de la región Selva, la subdimensión con mejor resultado es la relacionada a la subdimensión de acceso a la información. Al igual que el anterior este es el resultado de un claro esfuerzo de la promoción de estos derechos y sobretodo del ejercicio del principio de autonomía donde el usuario requiere tener información completa, clara y veraz para participar en la toma de decisiones sobre su salud.

Si comparamos los resultados de las tres regiones podemos ver que la subdimensión con menor cumplimiento de estándares es la misma y está referida a la subdimensión de gestión de la satisfacción. Si bien es cierto se ha implementado desde el Ministerio de Salud en su rol rector documentos normativos y mecanismos para recoger la percepción de la atención por los usuarios de los servicios de salud muchas veces esta no es gestionada, es decir no se da a conocer a instancias superiores ni se establecen acciones correctivas para subsanar aquellas situaciones que han generado incomodidad y discomfort en el usuario con respecto a su atención.

Si realizamos el análisis del cumplimiento de los estándares en las Tablas de Frecuencias de cada una de las subdimensiones según región: Costa, Sierra y Selva, podemos evidenciar lo siguiente.

En **la región Costa** en relación a la Subdimensión Gestión de la Satisfacción se tiene que solo 2 de los 11 establecimientos de salud cumplieron con las preguntas específicas de esta subdimensión mientras que 5 establecimientos de salud de esta región no cumplieron con ninguna de las preguntas para esta subdimensión. Asimismo, las preguntas con mejor cumplimiento (45.45%) en esta subdimensión

han sido las relacionadas a que si se ha definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de los usuario y se tiene documentado el procedimiento para su análisis. Con igual cumplimiento se encuentra la pregunta relacionada a que si el establecimiento tiene definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos y es aplicada periódicamente. Esto está relacionado a que existe una normatividad al respecto que señala el procedimiento y la metodología para realizar la medición de la satisfacción del usuario. Sin embargo, no se está cumpliendo con los con la implementación de los procedimientos en el nivel local como es que se cuantifique el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y que el nivel este dentro de lo esperado, siendo este ítem el de menor cumplimiento (18.18%) por los establecimientos de salud de la región Costa.

TABLA 4
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN GESTIÓN DE LA
SATISFACCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN COSTA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		CALLAO		ICA			LAMBAYEQUE		PIURA		LA LIBERTAD	MOQUEGUA
		C.S. GAMBETA ALTA	CMI. PACHACUTEC PERU COREA	C.S. SANTIAGO	C.S. GUADALUPE	C.S. PUEBLO NUEVO	C.S. MONSEFU	C.S. SALAS	C.S. CATACAOS	C.S. LA UNION	C.S. EL BOSQUE	C.S. PAMPA INALAMERICA
El establecimiento ha definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple.		1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0
Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
El establecimiento tiene definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos, la cual es aplicada periódicamente.		0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0
Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0
TOTAL "SI"		1	4	2	0	3	0	0	2	0	4	0
TOTAL "NO"		3	0	2	4	1	4	4	2	4	0	4

En relación a la subdimensión de *Respeto a los Valores Culturales* se evidencio que solo 3 de los 11 establecimientos de salud cumplieron con las preguntas específicas para esta subdimensión mientras que 1 de ellos no cumplió con ninguna de las preguntas de esta subdimensión. Las preguntas con mejor cumplimiento (72.73%) han sido las que están relacionadas a que los ambientes se encuentren señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve (rótulos para población analfabeta). Con menor cumplimiento (45.45%) se encuentra la pregunta relacionada a que si el establecimiento de salud tiene flujogramas de atención general y por servicios con adecuación cultural. El cumplimiento de los establecimientos de salud bastante similar en esta subdimensión lo cual podría estar relacionado a que en la región Costa no se cuenta con altas tasas de analfabetismo ni utilizan otras lenguas o dialectos para comunicarse como ocurre en la región Sierra y Selva del país.

TABLA 5
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN RESPETO A LOS VALORES CULTUALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN COSTA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		CALLAO		ICA			LAMBAYEQUE		PIURA		LA LIBERTAD	MOQUEGUA
		C.S. GAMBETA ALTA	OMI. PACHACUTEC PERU COREA	C.S. SANTIAGO	C.S. GUADALUPE	C.S. PUEBLO NUEVO	C.S. MONSEFU	C.S. SALAS	C.S. CATACAOS	C.S. LA UNION	C.S. EL BOSQUE	C.S. PAMPA INALAMERICA
El establecimiento tiene definido material informativo con contenido sobre el cuidado post-atencion de los usuarios y está adecuado culturalmente según realidad local.		0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1
El establecimiento tiene fluxogramas de atención general y por servicios y señalización adecuados culturalmente.		1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0
Los ambientes se encuentran señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve (rotulos para población analfabeta)		1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0
TOTAL "SI"		2	2	3	2	3	0	1	1	1	3	1
TOTAL "NO"		1	1	0	1	0	3	2	2	2	0	2

En relación a la subdimensión de *Acceso a la Información*, se evidencio que solo 1 de los 11 establecimientos cumplió con las preguntas específicas para esta subdimensión mientras que 7 de los 11 establecimientos de salud cumplen con menos del 50% de las preguntas específicas para esta subdimensión. La pregunta con mejor cumplimiento (81.82%) es la que está relacionada a que el establecimiento de salud cuente con señalización externa que lo identifique. Las preguntas con menor grado de cumplimiento (18.18) en los establecimientos de salud de la región Costa han sido las relacionadas a que se cuantifique el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post atención era entendible y completa así como que el nivel estuviera dentro de lo esperado por el establecimiento de salud. Esto está relacionado a que no se está tomando en cuenta la percepción del paciente en este caso, en lo relacionado a la información. Por otro lado, el personal que brinda la atención no está incluyendo en la información que le brinda al paciente, los cuidados que debe tener en casa, en el trabajo o en el lugar donde se desenvuelva. Esto es parte de la consejería que es considerado un aspecto critico en la atención debido al efecto perverso del déficit de recursos humanos y la multiplicidad de funciones del profesional que brinda la atención, la cual privilegia solo los aspectos recuperativos pero no los de promoción y prevención.

Otra pregunta con menor cumplimiento (18.18%) en esta subdimensión es la que está relacionada a que se encuentre publicado el derecho de todo usuario a recibir atención en situación de emergencia. Se ha identificado que en muchos casos existe desconocimiento en el mismo personal de salud por esta Ley que le faculta a todo usuario a recibir atención en situación de emergencia, sin demora ni excepción. Por otro lado, en algunos lugares donde se ha publicado esta Ley no ha sido en lugares visibles ni accesibles para el usuario ni cerca a los servicios de tópico o emergencia. Todavía los esfuerzos encaminados a que el establecimiento de salud brinde información al usuario resultan insuficientes, más aun si consideramos los atributos de que esta información sea clara, completa, oportuna, ya que aún no se reconoce su importancia en la toma de decisiones y en el ejercicio de la autonomía como un derecho principal. Asimismo existen aspectos

vinculados a la organización interna del establecimiento de salud que brinda atención de salud como es el flujograma, el croquis, la publicación de los derechos y deberes de los pacientes y más aún del derecho a la atención en situación de emergencia entre otros. Otro aspecto crítico en esta subdimensión es que se recoja esa percepción del usuario de si recibió o no que recibió la información clara y completa perdiendo la oportunidad de establecer acciones en beneficio de la satisfacción del usuario y la percepción del reconocimiento de sus derechos.

TABLA 6
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN COSTA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		CALLAO		ICA			LAMBAYEQUE		PIURA		LA LIBERTAD	MOQUEGUA
		C.S. GAMBETA ALTA	OMI. PACHACUTEC PERU COREA	C.S. SANTIAGO	C.S. GUADALUPE	C.S. PUEBLO NUEVO	C.S. MONSEFU	C.S. SALAS	C.S. CATACAOS	C.S. LA UNION	C.S. EL BOSQUE	C.S. PAMPA INALAMERICA
El establecimiento de salud muestra su cartera de servicios, cronograma de atención con responsables, en un lugar visible y están adecuados culturalmente según realidad local.		1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
El establecimiento tiene publicado los derechos básicos y deberes de los pacientes en las zonas de contacto emergencia, consulta externa e Internamiento.		0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post- atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Dispone de señalización externa que identifica al Establecimiento de Salud		1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Dispone de cartera de servicios que oferta el establecimiento a la entrada en lugar visible, identificación de nombres de jefaturas y rol de guardia Dispone de personal anfitrión que orienta y absuelva las necesidades de información a los usuarios		1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
Dispone de señalización con flujograma del proceso de atención y croquis de ubicación de ambientes que permita la orientación de usuarios nuevos		0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0
El establecimiento cuenta con señalización externa e interna visible del servicio de tóxico o área de emergencia .		1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1
Se cuenta publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias		0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Las Historias Clínicas de los pacientes en internamiento están disponibles y permanecen en el área de internamiento hasta su Alta.		1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
TOTAL "SI"		5	9	4	2	7	1	4	4	4	8	3
TOTAL "NO"		4	0	5	7	2	8	5	5	5	1	6

En relación a la subdimensión de *Confidencialidad y Privacidad* se puede evidenciar que solo 2 de los 11 establecimientos de salud cumplieron con todas las preguntas de esta subdimensión, 7 de los establecimientos han cumplido con 02 preguntas y 2 de ellos cumplieron con solo 1 de las preguntas específicas. La pregunta con mejor cumplimiento (90.91%) es la que está relacionada a que los consultorios dispongan de condiciones de privacidad para la atención al usuario. Por otro lado, el menor cumplimiento (36.36%) de los establecimientos de salud de la Costa estuvo relacionado a que se cuantifique el porcentaje de los usuarios que percibieron privacidad durante la atención. Una vez más se puede evidenciar que no se está tomando en cuenta la percepción del paciente en este caso en relación a condiciones de privacidad en la atención, aspectos que contribuyen en su satisfacción y en la percepción del reconocimiento de sus derechos.

TABLA 7
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN COSTA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		CALLAO		ICA			LAMBAYEQUE		PIURA		LA LIBERTAD	MOQUEGUA
		C.S. GAMBETA ALTA	CMI. PACHAJITEC PERU COREA	C.S. SANTIAGO	C.S. GUADALUPE	C.S. PUEBLO NUEVO	C.S. MONSEFU	C.S. SALAS	C.S. CATACAOS	C.S. LA UNION	C.S. EL BOSQUE	C.S. PAMPA INALAMERICA
Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.		1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0
En los consultorios se dispone de condiciones de privacidad para la atención del usuario.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL "SI"		2	3	2	2	2	1	2	2	2	3	1
TOTAL "NO"		1	0	1	1	1	2	1	1	1	0	2

En relación a la subdimensión *Hostelería*, se puede evidenciar que 2 de los 11 establecimientos de salud cumplieron con todas las preguntas de esta subdimensión mientras que 1 de los establecimientos de salud ha cumplido con 2 de las preguntas y 8 de ellos con solo 1 de las preguntas específicas para esta subdimensión. La pregunta con mejor cumplimiento (90.91%) es la que está relacionada a si el ambiente de Internamiento, cuenta con ambientes exclusivos y estos cuentan con servicios higiénicos. Las otras dos preguntas específicas tuvieron un bajo cumplimiento (27.27%). Estas dos preguntas están relacionadas a que el establecimiento del primer nivel de atención cuente con las condiciones mínimas para garantizar la estancia del usuario en el tiempo que requiera estar en internamiento, es decir que brinde la alimentación y que cuente con la ropa de cama suficiente, según el número de camas establecidos para esta área de internamiento y, en buen estado. Estos resultados podría estar relacionados a que los establecimientos del Primer Nivel no tienen implementado aun un servicio de nutrición a pesar de contar con el profesional de nutrición.

TABLA N°8
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN HOSTELERÍA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN COSTA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		CALLAO		ICA			LAMBAYEQUE		PIURA		LA LIBERTAD	MOQUEGUA
		C.S. GAMBETA ALTA	CMI. PACHACUTEC PERU COREA	C.S. SANTIAGO	C.S. GUADALUPE	C.S. PUEBLO NUEVO	C.S. MONSEFU	C.S. SALAS	C.S. CATACAOS	C.S. LA UNION	C.S. EL BOSQUE	C.S. PAMPA INALAMBICA
El área de internamiento dispone de ambiente(s) exclusivos y con servicios higiénicos		1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
El establecimiento de salud brinda alimentación a los pacientes de internamiento.		1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
Existe ropa de cama suficiente y en buen estado, de acuerdo al número de camas		1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
TOTAL "SI"		3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	
TOTAL "NO"		0	0	2	2	2	2	2	2	1	2	

En relación a la subdimensión *Respeto a la Dignidad* se puede evidenciar que solo 1 de los 11 establecimientos de salud de la región Costa cumple con todos las preguntas específicas para esta subdimensión mientras que 6 de los 11 establecimientos de salud no cumplen con ninguna de las preguntas específicas. La pregunta con mejor cumplimiento (36.36%) es la que está relacionada a que se cuantifique el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud. Las otras dos preguntas tuvieron un cumplimiento muy bajo (18.18%) y están relacionados a que cuenten con adecuaciones arquitectónicas para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores y gestantes así como que cuenten con servicios higiénicos por género. En nuestro país muchos establecimientos de salud cuentan con infraestructura que no fue concebida para un establecimiento de atención. Es por ello que existen deficiencias en estos aspectos que por su inadecuada infraestructura no se han podido implementar. Asimismo existe aun desconocimiento de la importancia de la implementación de facilidades arquitectónicas tanto en los pasadizos como en los servicios higiénicos para personas discapacitadas en el marco de la atención preferencial.

TABLA N°9
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN RESPETO A LA DIGNIDAD
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN COSTA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		CALLAO		ICA			LAMBAYEQUE		PIURA		LA LIBERTAD	MOQUEGUA
		C.S. GAMBETA ALTA	CMIL. PACHACUTEPEC PERU COREA	C.S. SANTIAGO	C.S. GUADALUPE	C.S. PUEBLO NUEVO	C.S. MONSEFU	C.S. SALAS	C.S. CATACAO	C.S. LA UNION	C.S. EL BOSQUE	C.S. PAMPA INALAMERICA
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0
Se dispone de adecuacion arquitectonica :rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes		0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Se dispone de servicios higienicos por genero y facilidades arquitectonicas para personas con discapacidad, abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente.		0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL "SI"		0	3	1	0	2	0	0	0	1	1	0
TOTAL "NO"		3	0	2	3	1	3	3	3	2	2	3

En relación a la **región Sierra**, en la subdimensión de *Gestión de la Satisfacción* se puede evidenciar que ninguno de los establecimientos de salud cumplieron con las preguntas específicas de esta subdimensión, 1 establecimiento cumplió con 3 preguntas específicas, 2 cumplieron con 2 preguntas, 4 con solo 1 pregunta y 4 establecimientos de salud no cumplieron con ninguna de las preguntas específicas para tal fin. En relación al cumplimiento de las preguntas específicas, las preguntas con mejor cumplimiento (36.36%) han sido las que están relacionadas a si se tiene definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple y si está definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos, y esta es aplicada periódicamente. La pregunta con menor cumplimiento (9.09%) está relacionada a la cuantificación del porcentaje de las quejas y reclamos. Es decir, se identifica los mecanismos para recoger las sugerencias y está establecida la metodología para medir la satisfacción del usuario sin embargo, aún existen aspectos débiles en la implementación como es la sistematización y determinación del porcentaje de estas quejas o reclamos que han sido atendidos oportunamente lo cual representa que la opinión del usuario en relación a la atención es tomada en cuenta y se establecen acciones de mejora de haber alguna insatisfacción con la misma.

TABLA N°10
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN GESTIÓN DE LA
SATISFACCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SIERRA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		APURIMAC			CAJAMARCA		CUSCO			HUANCAVE LICA	HUANUCO	JUNÍN
		C.S. TAMBURCO	C.S.PUEBLO JOVEN CENTENARIO	C.S.HUANCABAMBA	C.S. BAÑOS DEL INCA	C.S. PACHACUTEK	C.S. BELEMPAMPA	C.S. URCOS	C.S. YANAQCA	C.S. HUANDO	C.S. CARLOS SHOWING FERRARI	C.S. SAN RAMÓN
El establecimiento ha definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple.		0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0
Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
El establecimiento tiene definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos, la cual es aplicada periódicamente.		1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
TOTAL "SI"		1	1	0	0	2	1	0	2	3	1	0
TOTAL "NO"		3	3	4	4	2	3	4	2	1	3	4

En relación a los estándares relacionados a la subdimensión de *Respeto a los Valores Culturales* se evidenció que solo 1 de los 11 establecimientos de salud de la región Sierra cumple con todas las preguntas específicas para esta subdimensión mientras que 4 de los 11 establecimientos de salud no cumplen con ninguna de las preguntas específicas para esta subdimensión. La pregunta con mejor cumplimiento (54.55%) está relacionada a que los establecimientos se encuentran señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que atiende. Por otro lado, la pregunta con más bajo cumplimiento (18.18%) es la que está relacionada a que el establecimiento de salud cuente con flujograma de atención general y por servicio y que este adecuado culturalmente. Este estándar está íntimamente relacionado con la organización de los servicios para la atención a los usuarios. Los resultados en esta subdimensión están

relacionados a que los servicios de salud no están organizados para atender a la población que habita en las regiones de la Sierra en regiones como Cusco, Huancavelica, Cajamarca, entre otras, las cuales presentan características que los diferencias en relación a sus costumbres, creencias, y otras lenguas como las lenguas aru (aymara), quechuas (quechua) y otras no definidas, lo cuál demanda de los servicios de salud y del personal que atiende se tenga la sensibilidad suficiente para percibir sus preferencias y creencias respecto a su salud y de su población.

TABLA N°11
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN RESPETO A LOS VALORES CULTUALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SIERRA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		APURIMAC			CAJAMARCA		CUSCO			HUANCAVELICA	HUANUCO	JUNÍN
		C.S. TAMBURCO	C.S. PUEBLO JOVEN CENTENARIO	C.S. HUANCABAMBA	C.S. BAÑOS DEL INCA	C.S. PACHACUTEC	C.S. BELEMPAMPA	C.S. URCOS	C.S. YANAQCA	C.S. HUANDO	C.S. CARLOS SHOWING FERRARI	C.S. SAN RAMÓN
El establecimiento tiene definido material informativo con contenido sobre el cuidado post-atención de los usuarios y está adecuado culturalmente según realidad local.		0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
El establecimiento tiene fluxogramas de atención general y por servicios y señalización adecuados culturalmente.		1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Los ambientes se encuentran señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve (rotulos para población analfabeta)		1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
TOTAL "SI"		2	1	1	0	0	1	2	3	0	1	0
TOTAL "NO"		1	2	2	3	3	2	1	0	3	2	3

En relación a la subdimensión de *Acceso a la Información* se puede evidenciar que ningún establecimiento de salud cumplió con todos las preguntas específicas para esta subdimensión mientras que 1 de los establecimientos de salud no cumplieron con ninguna de las preguntas específicas así, 9 de los 11 establecimientos de salud cumplen con menos del 50% de las preguntas de esta

subdimensión. La pregunta con mejor cumplimiento por los establecimientos de salud (90.91%) es el relacionado a que las Historias Clínicas de los pacientes estén disponibles y se encuentren en el área de internamiento hasta su alta. La pregunta con menor cumplimiento en esta subdimensión(9.09%) está relacionada a que cuenten con una cartera de servicios, rol de programación del personal que brinda la atención, flujograma de atención y la publicación del derecho de toda persona a recibir atención en situación de emergencia. Los resultados en esta subdimensión evidencian que aún existen aspectos relacionados a la organización de servicios de salud, por implementarse desde el ingreso del usuario al establecimiento de salud para que acceda al proceso de atención de salud informado.

TABLA N°12
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SIERRA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES											% CUMPLIMIENTO		
		APURIMAC			CAJAMARCA		CUSCO			HUANCAVE LICA	HUANUCO	JUNÍN	SI	NO	
		C.S. TAMBILCO	C.S. PUEBLO JOVEN CENTENARIO	C.S. HUANCABAMBA	C.S. BAÑOS DEL INCA	C.S. PAQHACHUEC	C.S. BELEMPAMPA	C.S. URCOS	C.S. YANACOA	C.S. HUANDO	C.S. CARLOS SHOWING FERRARI	C.S. SAN RAMON			
El establecimiento de salud muestra su cartera de servicios, cronograma de atención con responsables, en un lugar visible y están adecuados culturalmente según realidad local.		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18.18	81.82
El establecimiento tiene publicado los derechos básicos y deberes de los pacientes en las zonas de contacto emergencia, consulta externa e Internamiento.		0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	27.27	72.73
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post- atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	18.18	81.82
Dispone de señalizacion externa que identifica al Establecimiento de Salud		1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	72.73	27.27
Dispone de cartera de servicios que oferta el establecimiento a la entrada en lugar visible, identificación de nombres de jefaturas y rol de guardia Dispone de personal anfitrión que orienta y absuelva las necesidades de información a los usuarios		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9.09	90.91
Dispone de señalización con flujograma del proceso de atención y croquis de ubicación de ambientes que permita la orientación de usuarios nuevos		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9.09	90.91
El establecimiento cuenta con señalización externa e interna visible del servicio de tóxico o área de emergencia .		1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	45.45	54.55
Se cuenta publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9.09	90.91
Las Historias Clínicas de los pacientes en internamiento están disponibles y permanecen en el área de internamiento hasta su Alta.		1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	90.91	9.09
TOTAL "SI"		4	3	2	1	0	1	4	6	5	3	4			
TOTAL "NO"		5	6	7	8	9	8	5	3	4	6	5			

En relación a las preguntas relacionadas a la subdimensión de *Confidencialidad y Privacidad* se evidencio que 2 de los 11 establecimientos de salud cumplen con todas las preguntas específicas para esta subdimensión mientras que 3 de los 11 establecimientos de salud no cumplen con ninguna de las preguntas específicas para esta subdimensión. La pregunta con mejor cumplimiento (63.64%) está relacionada a que los consultorios dispongan de condiciones de privacidad para la atención de los usuarios. Las otras preguntas específicas referidas a esta subdimensión tienen un cumplimiento muy bajo (18.18%). Estos resultado evidencias que se han establecido algunos mecanismo para garantizar la privacidad en la atención principalmente en los consultorios, sin embargo aún existen debilidades debido a que privacidad en la atención no solo está referido a que existan elementos de barrera sino a aspectos como el autorizar o no la presencia de personas ajenas a la atención en el momento de la atención y la confidencialidad que se deba tener en relación al diagnóstico, tratamiento y estado de salud del usuario.

TABLA N°13
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SIERRA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		APURIMAC			CAJAMARCA		CUSCO			HUANCAVE LICA	HUANUCO	JUNÍN
		C.S. TAMBURCO	C.S.PUEBLO JOVEN CENTENARIO	C.S.HUANCABAMBA	C.S. BAÑOS DEL INCA	C.S. PACHACUTEK	C.S. BELEMPAMPA	C.S. URCOS	C.S. YANAQCA	C.S. HUANDO	C.S. CARLOS SHOWING FERRARI	C.S. SAN RAMÓN
Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.		0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
En los consultorios se dispone de condiciones de privacidad para la atención del usuario.		1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0
TOTAL "SI"		1	0	1	1	0	1	1	3	3	1	0
TOTAL "NO"		2	3	2	2	3	2	2	0	0	2	3

En relación a la subdimensión de *Hostelería*, se evidencia que solo 2 de los 11 establecimientos de salud cumplieron con todas las preguntas específicas de esta subdimensión, 2 establecimientos de salud cumplieron 2 de las preguntas, 6 establecimientos cumplieron 1 pregunta y 1 establecimiento de salud no cumplió ninguna de las preguntas específicas de esta subdimensión. La pregunta con mejor cumplimiento por los establecimientos de salud de la región Sierra es el referido a que el área de internamiento cuente con ambientes exclusivos y con servicios higiénicos. El estándar con menor cumplimiento es el que está referido a que el establecimiento cuente con ropa de cama suficiente y en buen estado y esto en relación al número de camas de internamiento. Estos ítems están relacionados con la organización de los establecimientos de salud del primer nivel de atención para garantizar la estancia de los usuarios en el ambiente de internamiento.

TABLA N°14
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN HOSTELERÍA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SIERRA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		APURIMAC			CAJAMARCA		CUSCO			HUANCAVE LICA	HUANUCO	JUNÍN
		C.S. TAMBURCO	C.S.PUEBLO JOVEN CENTENARIO	C.S.HUANCABAMBA	C.S. BAÑOS DEL INCA	C.S. PACHACUTEC	C.S. BELEMPAMPA	C.S. URCOS	C.S. YANAQCA	C.S. HUANDO	C.S. CARLOS SHOWING FERRARI	C.S. SAN RAMÓN
El área de internamiento dispone de ambiente(s) exclusivos y con servicios higiénicos		1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1
El establecimiento de salud brinda alimentación a los pacientes de internamiento.		0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
Existe ropa de cama suficiente y en buen estado, de acuerdo al número de camas		0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0
TOTAL "SI"		1	3	1	1	0	1	1	3	2	2	1
TOTAL "NO"		2	0	2	2	3	2	2	0	1	1	2

En relación a la subdimensión de *Respeto a la Dignidad*, se evidencia que ninguno de los 11 establecimientos de salud cumplieron con todas las preguntas específicas de esta subdimensión, 3 establecimientos cumplieron con 2 de las

preguntas, 2 establecimientos de salud cumplieron con 1 de las preguntas específicas y 6 de los establecimientos de salud no cumplieron con ninguna de las preguntas específicas para esta subdimensión. La pregunta con mejor cumplimiento (36.36%) es la que está relacionada a si dispone de adecuación arquitectónica: rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes La pregunta con menor cumplimiento está relacionado a la cuantificación de los usuarios que percibieron un buen trato durante la atención. Esta dimensión se constituye en una de las dimensiones críticas para los establecimientos de esta región. Aun no se han implementado los mecanismos que garanticen el recojo de la información relacionada a la percepción de los derechos del paciente como es la percepción del buen trato durante la atención. Asimismo la disposición de servicios higiénicos por género y las facilidades arquitectónicas para personas con discapacidad ya que el respeto a la dignidad está relacionado también con el trato igualitario sin ninguna discriminación por ninguna condición. Ese pleno respeto aún no está plenamente ejercido por la población en los diferentes departamentos del interior del país, como efecto de la centralización que hemos vivido por muchos años.

TABLA N°15
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN RESPETO A LA DIGNIDAD DE
LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SIERRA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES										
		APURIMAC			CAJAMARCA	CUSCO			HUANCAVE LICA	HUANUCO	JUNÍN	
		C.S. TAMBURCO	C.S.PUEBLO JOVEN CENTENARIO	C.S.HUANCABAMBA	C.S. BAÑOS DEL INCA	C.S. PACHACUTEC	C.S. BELEMPAMPA	C.S. URCOS	C.S. YANAOCA	C.S. HUANDO	C.S. CARLOS SHOWING FERRARI	C.S. SAN RAMÓN
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Se dispone de adecuacion arquitectonica :rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes		1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Se dispone de servicios higienicos por genero y facilidades arquitectonicas para personas con discapacidad, abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente.		1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL "SI"		2	0	0	2	0	0	1	2	1	0	0
TOTAL "NO"		1	3	3	1	3	3	2	1	2	3	3

En relación a la **región Selva**, en la subdimensión de *Gestión de la Satisfacción* se puede evidenciar que ninguno de los establecimientos de salud cumplen con todas las preguntas específicas de esta subdimensión, 2 establecimientos de salud cumplen con 2 preguntas, 1 de los establecimientos cumple 1 de las preguntas específicas y 5 de los 8 establecimientos de salud no cumplen con ninguna de las preguntas específicas. Las preguntas que han alcanzado mejor cumplimiento (25%) son las que están relacionadas a si cuentan con una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos y, si se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados (25%). Por otro lado, la pregunta con menor cumplimiento en esta dimensión (0%) es la relacionada a si se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente. Estos resultados nos evidencian a que si bien existe normativa aprobada en relación a la Satisfacción del Usuario desde al año 2011 esta no ha sido plenamente implementada en el nivel local evidenciándose que no se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente en todos los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención y que el nivel este dentro de lo esperado.

TABLA N°16

FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SELVA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGIONES							
		CUSCO		LORETO		SAN MARTÍN		MADRE DE DIOS	
		C.S. MIVEIRI	C.S. PICHARI	C.S. MIRONACCOCHA	C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES	C.S. PICOYA	C.S. MORALES	C.S. NUEVO MILENO	C.S. JORGE CHAVEZ
El establecimiento ha definido mecanismos para recoger sugerencias, quejas o reclamos de sus usuarios y tiene documentado el procedimiento para su análisis y atención de las quejas y reclamos de los usuarios (metodologías, instrumentos y periodicidad) y lo cumple.		0	0	0	0	0	0	0	1
Se cuantifica el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	0	0	0	0
El establecimiento tiene definida una metodología de medición de la satisfacción de los usuarios internos y externos, la cual es aplicada periódicamente.		0	0	0	0	1	1	0	0
Se cuantifica el porcentaje de usuarios satisfechos con los servicios prestados y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	1	1	0	0
TOTAL "SI"		0	0	0	0	2	2	0	1
TOTAL "NO"		4	4	4	4	2	2	4	3

En relación a la subdimensión de *Respeto a los Valores Culturales* se puede evidenciar que solo 1 de los 8 establecimientos de salud cumple con todas las preguntas específicas para esta subdimensión, 1 establecimiento de salud cumple con 2 de las preguntas específicas, 5 de los 8 establecimientos de salud solo cumplen con 1 pregunta y 1 establecimiento de salud no cumple con ninguna de las preguntas específicas para esta subdimensión. Asimismo, la pregunta específica con mejor cumplimiento (62.5%) es la que está referida a que se tiene definido el material informativo con contenidos sobre el cuidado post atención de los usuarios y esta adecuado culturalmente según la realidad local. La pregunta con menor cumplimiento (25%) es la que está referida a que cuenten con flujogramas de atención general y por servicio y estén adecuados culturalmente. Estos aspectos están relacionados a la organización de los servicios para la atención al usuario en pleno respeto de su interculturalidad. A pesar del impulso a esta corriente de respecto a la interculturalidad aún no se considera plenamente en la organización para la atención, en este caso intramural.

TABLA N°17

FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN RESPETO A LOS VALORES CULTUALES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SELVA

PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	REGIONES							
		CUSCO		LORETO		SAN MARTÍN		MADRE DE DIOS	
		C.S. KIMBIRI	C.S. PICHARI	C.S. MORONAOCHOCHA	C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES	C.S. PICOTA	C.S. MORALES	C.S. NUEVO MILENO	C.S. JORGE CHAVEZ
El establecimiento tiene definido material informativo con contenido sobre el cuidado post-atención de los usuarios y está adecuado culturalmente según realidad local.		1	1	0	1	1	0	0	1
El establecimiento tiene fluxogramas de atención general y por servicios y señalización adecuados culturalmente.		0	1	0	0	0	1	0	0
Los ambientes se encuentran señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve (rotulos para población analfabeta)		0	1	0	1	0	0	1	0
TOTAL "SI"		1	3	0	2	1	1	1	1
TOTAL "NO"		2	0	3	1	2	2	2	2

En relación a la subdimensión de *Acceso a la Información*, ninguno de los 8 establecimientos de salud cumplen con todas las preguntas para esta subdimensión, 1 establecimiento de salud cumple con 5 preguntas, 1 cumple con 4 preguntas, 3 cumplen con 3, 1 establecimiento de salud cumple con dos de las preguntas y 2 establecimientos de salud cumplen con solo 1 de las preguntas específicas de esta subdimensión. Las preguntas específicas con mejor cumplimiento en esta subdimensión son las que están referidas a que las historias clínicas de los pacientes en internamiento están disponibles y permanecen en esta área hasta su alta así como la pregunta que está referida a que el establecimiento de salud dispone de señalización externa que lo identifica. Por otro lado, las preguntas de menor cumplimiento (0%) son las relacionadas a que se cuantifique el porcentaje de usuarios que reciben información post atención, entendible y completa y, que el establecimiento de salud cuente con la publicación del derecho de todo usuario de recibir atención inmediata en situación de emergencia y que este publicado en un lugar visible cerca al lugar donde se brinda la atención de emergencia. Estos resultados evidencian que los esfuerzos encaminados a que el establecimiento de salud brinde información al usuario aún son insuficientes, más aun si consideramos los atributos de que esta información sea clara, completa, oportuna, ya que aún no se reconoce su importancia en la toma de decisiones y en el ejercicio de la autonomía como un derecho. Se debe tener en cuenta que en el caso de los establecimientos en esta región se debe considerar las lenguas y dialectos de la población a la que brindan atención, así como sus costumbres para que esta información sea clara y entendible para los usuarios. Otro aspecto crítico en esta subdimensión es que se recoja esa percepción del usuario de si recibió o no la información clara y completa perdiendo la oportunidad de identificar y establecer acciones en beneficio de la satisfacción del usuario y la percepción del reconocimiento de sus derechos.

TABLA N°18

FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SELVA

PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES							
		CUSCO		LORETO		SAN MARTÍN		MADRE DE DIOS	
		C.S. KIMBIRI	C.S.PICHARI	C.S. MORONACOCHA	C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES	C.S. PICOTA	C.S. MORALES	C.S. NUEVO MILENIO	C.S. JORGE CHAVEZ
El establecimiento de salud muestra su cartera de servicios, cronograma de atención con responsables, en un lugar visible y están adecuados culturalmente según realidad local.		0	0	0	0	0	0	0	1
El establecimiento tiene publicado los derechos básicos y deberes de los pacientes en las zonas de contacto emergencia, consulta externa e Internamiento.		0	0	0	0	0	0	0	1
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post- atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	0	0	0	0
Dispone de señalización externa que identifica al Establecimiento de Salud		0	1	1	1	0	1	1	1
Dispone de cartera de servicios que oferta el establecimiento a la entrada en lugar visible, identificación de nombres de jefaturas y rol de guardia Dispone de personal anfitrión que orienta y absuelva las necesidades de información a los usuarios		0	0	0	1	0	1	0	0
Dispone de señalización con flujograma del proceso de atención y croquis de ubicación de ambientes que permita la orientación de usuarios nuevos		0	1	0	1	0	0	0	0
El establecimiento cuenta con señalización externa e interna visible del servicio de tópico o área de emergencia .		0	0	0	0	1	0	1	1
Se cuenta publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias		0	0	0	0	0	0	0	0
Las Historias Clínicas de los pacientes en internamiento están disponibles y permanecen en el área de internamiento hasta su Alta.		1	1	1	1	0	1	1	1
TOTAL "SI"		1	3	2	4	1	3	3	5
TOTAL "NO"		8	6	7	5	8	6	6	4

En relación a la subdimensión de *Confidencialidad y Privacidad* se puede evidenciar que la pregunta con mejor cumplimiento es la que está relacionada a que los consultorios cuenten con condiciones de privacidad para la atención al usuario. Las otras dos preguntas que representan el 67% de esta dimensión tuvieron cumplimiento (0%). En relación al cumplimiento de esta subdimensión, el 87.5% de los establecimientos de salud solo cumplió con el 33% de las preguntas para esta subdimensión, mientras que el 12.5% no cumplió con ninguna de las preguntas específicas seleccionadas.

TABLA N°19

FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SELVA

PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES							
		CUSCO		LORETO		SAN MARTÍN		MADRE DE DIOS	
		C.S. KIMBIRI	C.S. PICHARI	C.S. MORONACOCCHA	C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES	C.S. PICOTA	C.S. MORALES	C.S. NUEVO MILENIO	C.S. JORGE CHAVEZ

Se han establecido e implementan mecanismos para garantizar la privacidad de la atención a los usuarios en los diversos servicios o áreas de atención.	0	0	0	0	0	0	0	0
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron privacidad durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.	0	0	0	0	0	0	0	0
En los consultorios se dispone de condiciones de privacidad para la atención del usuario.	1	1	0	1	1	1	1	1
TOTAL "SI"	1	1	0	1	1	1	1	1
TOTAL "NO"	2	2	3	2	2	2	2	2

En relación a la subdimensión de Hostelería se puede evidenciar que la pregunta con mejor cumplimiento (87.5%) es la que está referida a si el área de internamiento dispone de ambientes exclusivos y con servicios higiénicos mientras que las otras dos preguntas que representan el 67% de las preguntas para esta

subdimensión tuvieron cumplimiento 0%. En relación al cumplimiento de la subdimensión se puede evidenciar que el 87.5% de los establecimientos de salud solo ha cumplido el 33% de los estándares definidos para esta subdimensión mientras que el 12.5% de los establecimientos de salud de esta región no han cumplido con ninguna de las preguntas seleccionadas.

TABLA N°20
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN HOSTELERÍA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SELVA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES							
		CUSCO		LORETO		SAN MARTÍN		MADRE DE DIOS	
		C.S. KIMBIRI	C.S. PICHARI	C.S. MORONACOCHA	C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES	C.S. PICOTA	C.S. MORALES	C.S. NUEVO MILENIO	C.S. JORGE CHAVEZ

El área de internamiento dispone de ambiente(s) exclusivos y con servicios higiénicos	1	0	1	1	1	1	1	1
El establecimiento de salud brinda alimentación a los pacientes de internamiento.	0	0	0	0	0	0	0	0
Existe ropa de cama suficiente y en buen estado, de acuerdo al número de camas	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL "SI"	1	0	1	1	1	1	1	1
TOTAL "NO"	2	3	2	2	2	2	2	2

En relación a la subdimensión de *Respeto a la Dignidad* se evidencio que las preguntas de esta dimensión tuvieron un cumplimiento por debajo del 50%. Sin embargo se puede notar que la pregunta con mejor cumplimiento (37.5%) es la relacionada a si dispone de adecuación arquitectónica, rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultas mayores y gestantes. Por otro lado, la pregunta que alcanzo un menor cumplimiento (12.5%) es la relacionada a que se disponga de servicios higiénicos por género y adecuaciones arquitectónicas para personas con discapacidad abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente. En relación al cumplimiento de la subdimensión de *Respeto a la Dignidad* se puede evidenciar que solo el 12.5% de

los establecimientos de la región Selva cumplen el 100% de los estándares sin embargo el 62.5% de estos no cumplen con ninguno de los estándares para esta dimensión.

TABLA N°21
FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE LA SUBDIMENSIÓN RESPETO A LA DIGNIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN SELVA
PERÚ- 2013

PREGUNTAS ESPECÍFICAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	REGIONES							
		CUSCO		LORETO		SAN MARTÍN		MADRE DE DIOS	
		C.S. KIMBIRI	C.S. PICHARI	C.S. MORONACOCCHA	C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES	C.S. PICOTA	C.S. MORALES	C.S. NUEVO MILENIO	C.S. JORGE CHAVEZ
Se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.		0	0	0	0	1	1	0	0
Se dispone de adecuación arquitectónica :rampas y letreros para la atención preferencial a personas con discapacidad, adultos mayores, gestantes		0	0	0	0	1	1	1	0
Se dispone de servicios higiénicos por género y facilidades arquitectónicas para personas con discapacidad, abiertos permanentemente, debidamente aseados y con agua permanente.		0	0	0	0	0	1	0	0
TOTAL "SI"		0	0	0	0	2	3	1	0
TOTAL "NO"		3	3	3	3	1	0	2	3

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

En el estudio realizado se puede evidenciar que el score global de nuestro país ha tenido un resultado bajo (apenas de 37%) de cumplimiento de los estándares establecidos por el Ministerio de la Salud. Esto evidencia que en nuestro país los esfuerzos por implementar una cultura del Respeto al Derecho a los usuarios aun no han sido suficientes. Existen problemas estructurales que aún existen como son el déficit de recursos humanos en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, lo cual ha ocasionado que tengan multiplicidad de funciones y tiempos insuficientes para brindar una atención de salud con calidad.

Como se ha organizado la información por regiones naturales: Costa, Sierra y Selva, se puede evidenciar que la primera de ellas ha tenido un mejor desempeño frente a las otras dos. Esto puede deberse a factores socio-económicos facilitadores para esta implementación de directrices que favorezcan el respeto al Derecho de los pacientes como la urbanidad, existencia de otros medios de comunicación, mejor acceso a los avances tecnológicos, mejor organización de la información, entre otros. Sin embargo no puede dejar de reconocerse el esfuerzo realizado por algunas zonas dentro de nuestro país para mejorar la calidad de la atención de salud al usuario implementando aspectos del Respeto al Derecho de los Usuarios.

En relación a los resultados que el desempeño de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en relación al Respeto al Derecho de los Usuarios por región muestra que en la Región Costa la subdimensión con mejor cumplimiento ha sido la relacionada al Respeto a los Valores Culturales, mientras que la subdimensión con menor cumplimiento es la que está relacionada a la Gestión de la Satisfacción. En la Región Sierra, la subdimensión con mejor cumplimiento es la de Confidencialidad y Privacidad mientras que la que tuvo menor cumplimiento es la relacionada a Gestión de la Satisfacción al igual que en

la Región Costa. En la región Selva, la subdimensión con mejor cumplimiento es la de acceso a la información mientras que la subdimensión con menor cumplimiento es la relacionada a Respeto a la Dignidad.

Existen diferencias sustanciales en los aspectos implementados del Respeto al Derecho de las Personas. En la Costa la población principalmente urbana se respeta los Valores culturales. Esto tiene mayor importancia en las Regiones de la Sierra y Selva donde encontramos una diversidad étnica. Otro aspecto implementado homogéneamente en el país es el acceso a la información y aspectos de la confidencialidad y privacidad.

Vale destacar que un aspecto crítico en todas las regiones está relacionado a la Gestión de la Satisfacción, lo que nos puede evidenciar que a pesar de los esfuerzos normativos existen aspectos relacionados a la implementación que aún deben superarse.

En relación a los resultados de cumplimiento de aspectos relacionados al Respeto al Derecho de los Usuarios de los establecimientos de salud del país se puede evidenciar que la subdimensión con mejor cumplimiento es la de Confidencialidad y Privacidad, probablemente debido a que se han hecho esfuerzos en el Ministerio de Salud para implementar condiciones de privacidad en la atención que se brinda al usuario sobretodo en la consulta externa donde hace algunos años no se contaba con la misma debido a que no se consideraba como un aspecto importante en la atención.

Asimismo está referida a la confidencialidad de la información personal, referida al estado de salud, al diagnóstico y tratamiento. Esto ha cobrado importancia en los últimos años con la difusión de los derechos del paciente en donde se señala al tema de la privacidad como un aspecto importante del respeto no solo de los derechos como paciente sino como persona.

Por otro lado, la subdimensión que alcanzo menor cumplimiento es la de Respeto a la Dignidad. Esto podría deberse a que, si bien es cierto que los servicios de salud se adecuan con patrones de interculturalidad, esto no se evidencia en el trato digno, debido a que en la región de la Selva existe población indígena, amazónica con diferentes dialectos, creencias y costumbres. El respeto a la

dignidad significa percibir ese trato digno, a ser llamado por su nombre, a ser considerado de acuerdo a su sexo, edad, costumbres, a que se respete su cultura, sus creencias. Esto podría significar que si bien se han implementado algunas acciones enmarcadas en el respeto a los derechos de los usuarios de los servicios de salud, no existen mecanismos que garanticen que esto sea percibido así por el usuario de los servicios de salud, lo cual no se podría determinar que las estrategias implementadas son efectivas.

Si definimos el resultado de cada subdimensión se pudo evidenciar que:

- En relación a la Gestión de la Satisfacción, se recogen sugerencias, quejas o reclamos, pero no las cuantifica para evaluación de las oportunidades de atenderlas ni se determina si está dentro del esperado.
- En relación al Respeto a los valores culturales, los ambientes se encontraban señalizados y visibles teniendo en cuenta los patrones culturales de la población a la que sirve, sin embargo no tiene flujogramas de atención general y por servicios con adecuación cultural. (Excepto la región Selva que tuvo mejor cumplimiento con material informativo con contenidos sobre el cuidado post atención de los usuarios)
- En relación al Acceso a la información los establecimientos de salud cuentan con señalización externa que identifica y las historias clínicas de los pacientes están disponibles, pero no se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post atención era entendible y completa.
- En relación a la Confidencialidad y Privacidad, los consultorios de los establecimientos de salud disponen de condiciones de privacidad para atención al usuario, sin embargo no se cuantifica el porcentaje de los usuarios que percibieron privacidad durante la atención.
- En relación a la Hostelería, el área de internamiento dispone de ambientes exclusivos y con servicios higiénicos, sin embargo no brindan alimentación a los pacientes ni tienen ropa de cama suficiente.

- En relación al Respeto a la dignidad, no se cuantifica el porcentaje de usuarios que percibieron buen trato durante la atención (mejor en la Costa/peor en la Sierra), adecuación arquitectónica (mejor en la Serra y Selva/peor en la Costa).

Sin embargo un aporte de este estudio es señalar que algunos elementos que no fueron abordados por el instrumento aprobado por el Ministerio de Salud y que se ha podido determinar a través de la revisión de la bibliografía como son: la **Seguridad en la Atención** que está referida a recibir atención de profesionales calificados y competentes cuyas determinaciones diagnósticas y terapéuticas obedezcan a un sustento científico; **cercanía de los familiares y seres queridos** durante el proceso de su enfermedad principalmente en los exámenes auxiliares y procedimientos invasivos; **asistencia espiritual y/o religiosa**, respetando el credo que profese; **autonomía/autodeterminación** referido al autogobierno de las personas, a conocer sus opciones, actos, y tomar las decisiones que afecten su propia vida; y, **libre acceso a los registros** dentro de ellos la historia clínica.

En la identificación de los elementos con mayor y menor cumplimiento se puede determinar que las preguntas con más respuestas SI son las referidas a que los consultorios dispongan de condiciones de privacidad para la atención del usuario y, la relacionada a que el área de internamiento disponga de ambiente(s) exclusivos y con servicios higiénicos.

Por otro lado, las preguntas con más respuestas NO a nivel país son las relacionadas a que se encuentre publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias, otra es la que se cuantifique el porcentaje de quejas o reclamos atendidos oportunamente y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud y que se cuantifique el porcentaje de usuarios que percibieron que la información post- atención recibida es entendible y completa y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud.

Sin embargo, esta situación no ha cambiado en el tiempo porque no se ha reconocido a la Salud como un Derecho Fundamental del Ser Humano. Frente a ello, el país inició un proceso de Reforma del Sector Salud desde el año 2013, cuya finalidad establecer medidas que mejoren el estado de salud de los residentes del Perú, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado debe garantizar la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida expresando así el compromiso del Estado con la salud y el bienestar de la población peruana, condición para el desarrollo del país. Se busca por tanto, definir el derecho a la salud como un elemento central, con la perspectiva a futuro de construir un modelo de seguridad social en salud inclusivo y universal que acabe con la inequidad.

La Reforma del Sector Salud presenta 12 Lineamientos dentro de los cuales se encuentra el Lineamiento N°3 referido a mejorar la eficiencia, calidad y acceso a los servicios hospitalarios especializados. En este punto, se han establecido diferentes estrategias para poder implementarlo como son la identificación e implementación de establecimientos de salud estratégicos a través de los cuales se pretende mejorar la oferta de salud en aspectos de infraestructura, equipamiento a través de proyectos de inversión pública. Otro aspecto es la organización de Redes Integradas de Atención Primaria que busca promover la articulación de las intervenciones de salud y servicios con calidad que permita responder a las demandas y necesidades de salud de la población en un espacio geográfico determinado garantizando además la continuidad de la atención y el enfoque de una atención integrada e integral.

Esta Reforma en Salud incluye entonces no solo cambios normativos sino estructurales desde la reorganización del Ministerio de Salud, ente rector y conductor del Sistema de Salud del Perú en dos Viceministerios: un Viceministerio de Salud pública y uno relacionado a las Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Asimismo en aspectos normativos se están materializando a través de la reglamentación y posterior implementación de los Decretos Legislativos aprobados que abordan temas como la Regulación de la Política Integral de Compensaciones

y Entregas Económicas del Personal de Salud al Servicios del Estado ⁽³¹⁾ en donde se aprueba la Bonificación diferencial como estrategia motivacional al personal que realiza la atención de salud en situaciones especiales como son las Zonas Alejadas y de fronteras, Zonas de Emergencia reforzando la presencia del Estado en estas comunidades con serios problemas de acceso. Otro Decreto Legislativo relacionado a fortalecer la oferta de servicios de salud es el que está referido a la Autorización de Servicios Complementarios en Salud ⁽³²⁾ que está orientado a reducir la brecha existente entre la oferta y demanda efectiva de los servicios de salud a nivel nacional, autorizando a los profesionales de salud del Ministerio de Salud, de sus Organismos Públicos adscritos, de los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales, del Seguro Social de Salud (ESSALUD), así como de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, a brindar servicios complementarios en salud y de esta manera puedan aperturar mas turnos de atención y puedan ofertarse servicios especializados en una mayor cantidad de establecimientos de salud. Como ya se ha desarrollado en el estudio existen aspectos de estructura como la infraestructura que repercuten en los procesos así como en los resultados y hasta en la satisfacción del usuario en relación a la atención de salud recibida. Sobre este aspecto también se ha normalizado aprobando el Decreto Legislativo relacionado a Mejorar la Calidad del Servicio y declara de Interés Público el Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional ⁽³³⁾. En relación a los aspectos de defensa de los Derechos del Usuario, la reforma establece el fortalecimiento de la SUNASA, ahora denominada Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud ⁽³⁴⁾. La propuesta de reforma está orientada a la construcción de un sistema de salud integrado que fortalezca el Sistema Nacional de Salud, a fin de conseguir mayores niveles de eficacia y eficiencia en las prestaciones de salud, y responder así de manera efectiva, oportuna e integral, a las necesidades reales de la población de nuestro país.

Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos que se hagan, las estrategias que puedan implementarse no generaran un verdadero efecto en la calidad de la atención si no se promueve el respeto a los derechos de los usuarios, o sea, si no

se generan mecanismos más imperativos que obliguen a todo prestador de servicios de salud a difundirlo e implementarlo considerando su incumplimiento sujeto de sanción no solo económica sino de suspensión de funcionamiento. Dicen que los cambios radicales, requieren medidas radicales y lamentablemente los esfuerzos por instaurar una cultura de respeto a los usuarios en nuestro país hasta el día de hoy aún son insuficientes. Esperemos que los cambios que implemente esta Reforma, con incentivos al personal de salud, con mejoras de aspectos estructurales ayuden a revertir estos efectos no deseados de la atención de salud. Finalmente estos también deben acompañarse de cambios en los procesos, cambios que aún no se vislumbran y que probablemente vendrán cuando se defina la nueva estructura del Ministerio de Salud dentro de sus Viceministerios, cuando se expliciten su organización y las funciones de cada una de sus órganos (Direcciones, Oficinas) que de ella se desprendan, para obtener un verdadero impacto en los resultados y el efecto sea una verdadera satisfacción del usuario, porque sus derechos fueron reconocidos porque la Salud se empodera como un Derecho fundamental inherente al ciudadano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) OPS- Federación Latinoamérica de Hospitales. La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. HDS/SILOS-13. 1992
- (2) OPS/OMS. Políticas y Estrategias Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, Incluyendo la Seguridad del Paciente. 140° Sesión del Comité Ejecutivo, 2007.
- (3) Salud Pública de México. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales México 2011; Vol. 53 (sup 4):402-406 <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002679>
- (4) Walt G. Health Policy. An Introduction to process and power. 1994
- (5) Sotelo A. Enjuiciamiento de la Políticas de Salud. Ponencia presentada al III Congreso Nacional de Salud Pública. Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública. Sociedad Peruana de Salud Pública. 1968
- (6) MINSA. Dirección Técnica de Planificación Sectorial. Política Nacional de Salud 1985-2000, Principales Logros. 1990.
- (7) MINSA. NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- (8) MINSA. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001- Julio 2006.
- (9) MINSA. Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado con RM N° 519-2006/MINSA
- (10) MINSA. Lineamientos y medidas de Reforma del Sector Salud. Julio 2013. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

- (11) Donabedian, Avedis, "Reflexiones sobre la Calidad Asistencial". Revista de Calidad Asistencial. Suplemento N°1 2001 Volumen 16 Editorial Nexus A.G. S79.
- (12) Campbell y cols, (Social Science & Medicina Vol 51 (2000) Pag 1611-1625. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11072882>
- (13) Clotet Joaquim. Kipper, DJ. O respeito à autonomia e aos direitos dos pacientes. Instituto de Bioética da PUCRS. Porto Alegre 2009. Revista da AMRIGS Vol 53 (4); 432-435.
- (14) Mills, John Stuart. Utilitarianism, Liberty, Representative Government. New York 1954. <https://archive.org/details/lindutilitarianism00milluoft>
- (15) Kant Immanuel. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten,in: Akademie Textausgabe, Bd IV. Berlín 1968.
- (16) Chavez, Patricia Lemos. A Enfermagem frente aos Direitos de Pacientes hospitalizados. Texto Contexto Enferm 2005. Jan-Mar; 14(81): pag 38-43.
- (17) American Hospital Association. Una Alianza para atender al Paciente. EE.UU. 2013 http://www.aha.org/content/00-10/pcp_spanish_031008.pdf
- (18) Ministerio de Salud de Chile. Protocolo del Respeto al Derecho de los Pacientes. Chile 2014. http://ssmoc.redsalud.gob.cl/?page_id=261
- (19) Hospital Pablo Tobón Uribe. Derechos y Deberes de los Pacientes. Colombia.<http://www.hptu.org.co/hptu/informacion-y-educacion-a-usuarios/236.html>
- (20) CRAMI. Cartilla de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. 2010. <http://www.crami.com.uy/wp/afiliaciones/cartilla-de-derechos-y-deberes/>
- (21) President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry. Patients' Rights and Responsibilities. Agosto 2012.
<http://bhsi.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=001947>
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001947.htm>

- (22) Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Australia 2011. <http://www.hgcc.qld.gov.au/Resources/Documents/Poster-Australian-Charter-of-Healthcare-Rights-Spanish-May-2011.pdf>
- (23) Institute Of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st. Century. United States Marzo 2001. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027
- (24) Smith, Margareth. Patient's Bill of Rights-A comparative overview. Año 2002. <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/prb0131-e.htm>
- (25) Ley N° 18.335. Ley de los Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Montevideo, Uruguay. 2008. <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>
- (26) Asociación Médica Mundial. Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente.2005. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/>
- (27) La Gaceta. Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados. Ley N° 8239. 2002. <http://www.unionmedica.com/ImagenesUp/documentos/LEY%208239.%20DERECHOS%20Y%20DEBERES.pdf>
- (28) Constitución Política del Perú. Artículo 1° y 7°. 1993. <http://www.tc.gob.pe/legconperu/constitucion.html>
- (29) Ley General de Salud Ley N°26842. Título I Artículos 1-5, 15 y Título II Capítulo II Artículo 44.
- (30) Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley N° 29414
- (31) El Peruano. Normas legales. Decreto Legislativo N°1153. Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y entregas Económicas del Personal de Salud al Servicio del Estado. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1153_2013.pdf

- (32) El Peruano. Normas legales. Decreto Legislativo N°1154. Decreto Legislativo que autoriza los Servicios Complementarios en Salud. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1154_2013.pdf
- (33) El Peruano. Normas legales. Decreto Legislativo N°1155. Decreto Legislativo que dicta medidas destinadas a mejorar la Calidad del Servicio y Declara de Interés Público el Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud a Nivel Nacional. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1155_2013.pdf
- (34) El Peruano. Normas legales. Decreto Legislativo N°1158. Decreto Legislativo que dispone las medidas destinadas al Fortalecimiento y Cambio de denominación de la Superintendencia nacional de Aseguramiento en Salud. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Especiales/2013/reforma/DL1158.pdf>

COPIA

SECTOR SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Nº. 703-2013-DG-OGITT-OPE/INS

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 12 de setiembre de 2013

Visto, el expediente Nº 00017782-13 e Informe Nº 1771-2013-OEI-OGITT-OPE/INS, de la Oficina Ejecutiva de Investigación, de la Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica del Instituto Nacional de Salud, por el cual solicita aprobación de proyecto de investigación;

CONSIDERANDO:

Que, el Manual de Organización y Funciones aprobado por RJ Nº 267-2003-J-OPE/INS establece que la Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica (OGITT), órgano asesor de la Alta Dirección, tiene como función el promover el desarrollo y ejecución de la investigación y la tecnología apropiada en salud y de su transferencia en el sector salud a la comunidad;

Que, del informe visto y el anexo Nº 1 adjunto, del Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud (INS) ha emitido conformidad del protocolo de tesis de maestría: "CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: LA DIMENSIÓN DEL RESPETO AL DERECHO DE LOS USUARIOS EN 15 GOBIERNOS REGIONALES DEL PERÚ", presentado por la Lic. Mónica Gianina Uribe Alvarado;

Con opinión favorable del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Investigación de la OGITT del INS;

En uso de sus atribuciones establecidas en el numeral 6.3.1. de la Directiva Nº 003-INS/OGITT-V.01 Directiva para la Presentación, Aprobación, Ejecución, Seguimiento y Finalización de Proyectos de Investigación Observacionales, en el Instituto Nacional de Salud aprobado mediante Resolución Jefatural Nº 157-2010-J-OPE/INS;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR el protocolo de Investigación: "CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: LA DIMENSIÓN DEL RESPETO AL DERECHO DE LOS USUARIOS EN 15 GOBIERNOS REGIONALES DEL PERÚ"; detallado en el anexo Nº 1 adjunto, que forma parte integrante de la presente Resolución por los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución.

Artículo 2º.- REGISTRAR el protocolo "CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: LA DIMENSIÓN DEL RESPETO AL DERECHO DE LOS USUARIOS EN 15 GOBIERNOS REGIONALES DEL PERÚ"; en la base de datos de la Oficina de Investigación de la OGITT.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[Signature]
Director Ejecutivo
Oficina General de Investigación
y Transferencia Tecnológica
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Artículo 3°.- El Director General de la Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica es responsable del seguimiento y evaluación del desarrollo del Proyecto de Tesis de Maestría en Salud Pública - FIOCRUZ aprobado en la presente Resolución.

Artículo 4°.- DISTRIBUIR la presente resolución a los órganos y oficinas de la institución que correspondan.

Regístrese y comuníquese


Med. GABRIELA MINAYA MARTINEZ
Directora General
Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


Directora General
Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

SECTOR SALUD
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD



Nº. 703-2013-DG-OGM/DE/INS

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

ANEXO Nº 1

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN APROBADO METODOLÓGICA, TÉCNICA Y ÉTICAMENTE

Nº	Código OGITT	AÑO	PROCEDENCIA	TIPO DE PROYECTO	TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	INVESTIGADORES	PRESUPUESTO SOLICITADO
	1-038-13	2013	MAESTRIA OGITT	NT	"Calidad de la Atención de Salud: la dimensión del Respeto al Derecho de los Usuarios en 15 Gobiernos Regionales del Perú"	Investigador principal: Mónica Gianina Uribe Alvarado.	S/. 0.00



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

[Firma]
 Directora Ejecutiva
 Oficina Ejecutiva de Investigación y Promoción
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

