



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS**



TESIS

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE ABOGADO

**TITULO: PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN EL
PRINCIPIO DE APLICACIÓN PROGRESIVA DEL DERECHO A LA
SALUD, EN EL HOSPITAL II CAJAMARCA – ESSALUD**

AUTOR:

DÍAZ SALDAÑA, Luis Eduardo

ASESOR:

M. Cs. LÓPEZ NÚÑEZ, José Luis

Cajamarca, Perú, agosto de 2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Luis Eduardo Díaz Saldaña
DNI: 47220280
Escuela Profesional - Facultad:
Escuela Profesional de Derecho – Facultad de Derecho y Ciencias Políticas
2. Asesor (a):
M. Cs. José Luis López Núñez
Departamento Académico:
Derecho y Ciencias Políticas
3. Grado académico o título profesional para el estudiante
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN EL PRINCIPIO DE APLICACIÓN PROGRESIVA DEL
DERECHO A LA SALUD, EN EL HOSPITAL II CAJAMARCA-ESSALUD
6. Fecha de evaluación: 20/09/2024
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 10%
9. Código Documento: oid:3117:383554355
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES DESAPROBADO

Fecha Emisión: 15/10/2024

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>	
	 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS Instituto de Investigaciones Jurídicas y Políticas <i>Dra. Cs. Teresa Ysabel Terán Ramírez</i> DIRECTORA
M. Cs. José Luis López Núñez DNI: 42946877	Directora de Instituto de Investigaciones Jurídicas y Políticas

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Cajamarca, siendo las diez horas de la mañana del día jueves veintinueve de agosto del año dos mil veinticuatro, reunidos en la sala del Tribunal de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Nacional de Cajamarca, los integrantes del Jurado N° 02, presidido por el Dr. Jorge Luis Salazar Soplapuco e integrado por la Dra. María Isabel Pimentel Tello en su condición de Secretaria y el Abg. José Olinto Araujo Vera, en calidad de Vocal, designados mediante Resolución de Decanato N° 071-2023-FDCP-UNC, con la finalidad de llevar a cabo la sustentación de Tesis titulada: **“PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN EL PRINCIPIO DE APLICACIÓN PROGRESIVA DEL DERECHO A LA SALUD, EN EL HOSPITAL II CAJAMARCA - ESSALUD”**; presentado por el Bachiller en Derecho Luis Eduardo Díaz Saldaña; con la finalidad de optar el Título Profesional de Abogado; en este sentido se dio inicio al acto académico, concediéndole al sustentante el plazo reglamentario, luego de lo cual se procedió a formular observaciones y preguntas por parte de los integrantes del jurado evaluador, las cuales fueron absueltas por el bachiller; posteriormente, se invitó al sustentante a abandonar el recinto con la finalidad de deliberar y calificar su desempeño, siendo el resultado: **APROBAR POR UNANIMIDAD, CON NOTA DIECISIETE (17)**, la Tesis antes mencionada; con lo que concluyó el acto académico, siendo las onces de la mañana del día de la fecha, procediendo con la firma de los intervinientes.

RECOMENDACIONES: Remitir la investigación realizada por el Bachiller en Derecho Luis Eduardo Díaz Saldaña a las oficinas de Essalud y la Facultad de Medicina Humana.



Dr. JORGE LUIS SALAZAR SOPLAPUCO
PRESIDENTE



Dr. MARÍA ISABEL PIMENTEL TELLO
SECRETARIA



Abg. JOSÉ OLINTO ARAUJO VERA
VOCAL



LUIS EDUARDO DÍAZ SALDAÑA
BACHILLER

A:

Al creador, por una oportunidad de vivir.

Mi esposa y mi hijo, por su comprensión y apoyo incondicional.

Mi madre, por su gran amor y desvelo, que dejando todo, me indujo en este camino y a mis hermanos por todo su apoyo.

He aquí que yo les traeré sanidad y medicina; y los curaré, y les revelaré abundancia de paz y verdad (Jeremías 33:6)

Al oír esto Jesús, les dijo: Los sanos no tienen necesidad de médico, sino los enfermos (San Mateo 9:12; San Marcos 2:17; San Lucas 5:31)

AGRADECIMIENTO

Mi profundo y particular agradecimiento a mi madre, por su atención constante en mi formación académica y profesional.

A mi docente y asesor, M. Cs. José Luis López Núñez, por su orientación, a lo largo del desarrollo de la tesis.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	2
Agradecimiento	4
Tabla De Contenido	5
Lista De Abreviaciones.....	11
Resumen.....	13
Palabras Clave	13
<i>Abstract</i>	14
<i>Keywords</i>	14
Introducción.....	15
CAPÍTULO I ASPECTOS METODOLÓGICOS	17
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	20
1.3. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
1.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	22
1.5. HIPÓTESIS.....	24
1.6. OBJETIVOS.....	25
1.7. ESTADO DE LA CUESTIÓN	25
1.8. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	26
1.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	33
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	35
2.1. EL DERECHO SANITARIO	35
2.1.1. Definición.....	35
2.1.2. Ámbito de intervención del derecho sanitario	36
2.1.3. Objeto de estudio del derecho sanitario	39
2.2. EL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ.....	40
2.2.1. Definición de sistema de salud.....	40
2.2.2. Composición del sistema de salud	40
A. Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	41

a. Ministerio de Salud.....	42
b. Direcciones/Gerencias Regionales de Salud	42
c. Redes de Servicios de Salud/Red Asistencial	43
d. Microrredes	43
B. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.....	43
a. Por la prestación de servicios	44
b. Por la categoría o nivel de complejidad	45
c. Por el sector adscrito	46
d. Por la actividad o servicio prestado.....	46
e. Por el modelo adoptado	46
C. Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud	47
a. Plan esencial de aseguramiento en salud.....	48
D. Personal de la salud.....	49
a. Calidad del empleo y regímenes laborales	49
b. Productividad del trabajo y calidad de los servicios	50
c. Formación y capacitación	51
d. Gestión de los recursos humanos en salud	53
E. Tecnologías de la información y la comunicación	53
F. Modelo de atención en salud.....	55
G. Superintendencia Nacional de Salud	56
2.3. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN – HOSPITALES	57
2.3.1. Breve alcance de hospital	57
2.3.2. Clasificación	58
A. Establecimientos de atención general.....	59
a. Establecimientos de categoría II-1	59
b. Establecimientos de categoría II-2.....	59

B. Establecimientos de atención especializada	60
a. Establecimientos de categoría II-E.....	60
2.3.3. Unidades Productoras de Servicios de Salud	61
A. UPSS/actividades de atención directa	61
a. UPSS de consulta externa	61
b. UPSS de emergencia.....	62
c. UPSS de hospitalización.....	62
d. UPSS de centro obstétrico	62
e. UPSS de centro quirúrgico.....	62
f. UPSS de unidad de cuidados intensivos	63
B. UPSS/actividades de atención de soporte	63
a. UPSS de farmacia.....	63
b. UPSS de patología clínica.....	63
c. UPSS diagnóstico por imágenes.....	64
d. UPSS de nutrición y dietética.....	64
e. UPSS de medicina de rehabilitación	64
f. UPSS de central de esterilización	64
g. UPSS de centro de hemoterapia y banco de sangre	65
h. UPSS de anatomía patológica	65
C. Actividades de atención directa y de soporte en la IPRESS de categoría II-2	65
2.3.4. Recurso Humano mínimo en IPRESS del Segundo Nivel de Atención	66
A. Cartera de servicios de salud	66
2.4. PRESTACIONES DE SALUD	68
2.4.1. Definición.....	68
2.4.2. Elementos de las prestaciones de salud	70
A. Elementos de carácter estructural.....	71
a. Infraestructura	71

a) El terreno	71
b) La infraestructura física.....	73
c) Funcionalidad de la infraestructura	74
b. Equipamiento	76
i. Equipo médico	77
ii. Equipo electromecánico.....	78
iii. Equipo complementario	78
iv. Equipo informático	78
v. Mobiliario	79
vi. Instrumental	79
vii. Vehículo	80
c. Recursos humanos	80
a) Profesionales de la salud.....	80
b) Técnicos de la salud	83
c) Auxiliares de la salud	84
d. Medicamentos e insumos	85
e. Tecnologías sanitarias	86
f. Financiamiento (seguros).....	88
B. Elementos de carácter funcional	89
2.4.3. Componentes de las prestaciones de salud.....	90
A. Prestaciones de promoción	90
B. Prestaciones de prevención	91
C. Prestaciones de recuperación	92
D. Prestaciones de rehabilitación.....	92
2.5. EL DERECHO A LA SALUD Y EL PRINCIPIO DE APLICACIÓN	
PROGRESIVA.....	93
2.5.1. El derecho a la salud	93

A. Definición.....	93
B. Contenido esencial del derecho a la salud.....	96
2.5.2. Principio de aplicación progresiva del derecho a la salud	99
2.6. EL SEGURO SOCIAL DE SALUD	101
2.6.1. Breve reseña histórica.....	101
2.6.2. Prestaciones otorgadas por el Seguro Social de Salud.....	102
A. Prestaciones de salud	102
a. Prestaciones preventivas y promocionales	103
b. Prestaciones de recuperación.....	103
2.6.3. Red Asistencial de Cajamarca.....	103
A. Organización administrativa y asistencial.....	104
B. Población asignada	107
2.6.4. Hospital II Cajamarca	107
A. Ubicación y localización	108
B. Categoría del Hospital II Cajamarca.....	108
C. Cartera de servicios del Hospital II Cajamarca.....	109
CAPITULO III DEMOSTRACIÓN DE HIPÓTESIS	110
3.1. Elementos de carácter estructural: infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, tecnologías sanitarias y financiamiento... ..	110
A. Infraestructura	111
a. Local del Hospital II Cajamarca.....	111
b. Local de Consultorios Externos.....	111
c. Local de las Oficinas Administrativas.....	112
d. Centro de Adulto Mayor	112
e. Local del Almacén Central	113
f. Local de la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas	113
g. Local del Centro de Atención de Medicina Complementaria.....	114
B. Equipamiento	115

a. Equipamiento según la vida útil.....	116
b. Equipamiento según el estado de conservación.....	120
C. Recursos Humanos.....	121
D. Medicamentos e insumos.....	124
E. Tecnologías sanitarias	125
F. Financiamiento	126
3.2. Elementos de carácter funcional: procedimientos médicos y sanitarios	128
3.3. Los elementos de carácter estructural y funcional de las prestaciones de salud tienen incidencia directa en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, dado que, son los que determinan el nivel de complejidad (categoría) del Hospital II Cajamarca	129
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	133
LISTA DE REFERENCIAS	135
ANEXOS – APÉNDICE	149

LISTA DE ABREVIACIONES

ASIS	Análisis de Situación en Salud
APS	Atención Primaria de Salud
Art.	Artículo
ARS	Autoridad Regional en Salud
C.S.	Centro de Salud
CAM	Centro de Adulto Mayor
Const.	Constitución
DEPTO.	Departamento
DISA	Dirección Sub Regional de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DIRIS	Dirección de Redes Integradas
D.L.	Decreto Legislativo
D.U.	Decreto de Urgencia
D.S.	Decreto Supremo
EPS	Empresa Prestadora de Servicios
EE.SS.	Establecimiento de Salud
FF.AA.	Fuerzas Armadas del Perú
GERESA	Gerencia Regional de Salud
GN	Gobierno Nacional
GR	Gobierno Regional
GL	Gobierno Local
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
MEC	Medicina Complementaria
MBE	Medicina Basado en Evidencia
MINSA	Ministerio de Salud
MCI	Modelo de Cuidado Integral Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
MAIS –BFC	Modelo Atención Integral de Salud basado en Familia y

	Comunidad
NTS	Norma Técnica en Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
ORH	Oficina de Recursos Humanos
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PNP	Policía Nacional del Perú
P.S.	Puesto de Salud
RAC	Red Asistencial Cajamarca
RED	Red de Servicios de Salud
RIS	Red Integrada de Salud
RENIPRESS	Registro Nacional de IPRESS
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
R.M.	Resolución Ministerial
SIS	Seguro Integral de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
SGSS	Sistema de Gestión de los Servicios de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
TD	Transformación Digital
TIC	Tecnología de la Información y Comunicaciones
TC	Tribunal Constitucional
UGIPRESS	Unidad de Gestión de IPRESS
UPSS	Unidades Productoras de Servicios de Salud
UPS	Unidad Productora de Servicios

RESUMEN

La presente investigación se centra en el estudio de las prestaciones de salud (prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación), la composición de sus elementos, y la incidencia de éstos en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud. El estudio se enmarca dentro del derecho sanitario (combinación de las ciencias jurídicas y ciencias de la salud), es de tipo básica, diseño descriptivo y explicativo. El estudio se realizó en el Hospital II Cajamarca del Seguro Social de Salud; teniendo como evidencia (producto de la demostración de hipótesis), que los principales elementos de las prestaciones de salud, como: infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, las tecnologías sanitarias, el financiamiento y los procedimientos médicos y sanitarios tienen incidencia directa en el contenido del derecho a la salud como derecho prestacional, a su vez, en el principio de aplicación progresiva de éste derecho.

PALABRAS CLAVE: Derecho sanitario, sistema de salud, hospitales, establecimientos de salud, prestaciones de salud, derecho a la salud, principio de aplicación progresiva del derecho a la salud.

ABSTRACT

This research focuses on the study of health benefits (promotion, prevention, recovery and rehabilitation benefits), the composition of its elements, and the impact of these on the principle of progressive implementation of the right to health. The study is framed within the framework of health law (combination of legal sciences and health sciences), it is of a basic, descriptive and explanatory design. The study was carried out in the Hospital II Cajamarca of the Social Health Insurance; having as evidence (product of the demonstration of hypotheses), that the main elements of health services, such as: infrastructure, equipment, human resources, medicines and supplies, health technologies, financing and medical and sanitary procedures have a direct impact on the content of the right to health as a right to health services, in turn, on the principle of progressive application of this right.

KEYWORDS: *Health law, health system, hospitals, health facilities, health benefits, right to health, principle of progressive application of the right to health.*

INTRODUCCIÓN

La salud en su más amplia acepción, hoy en día alrededor del mundo, sigue siendo uno de los más grandes desafíos para el individuo, la sociedad y el Estado, más aún, después de haber sufrido las consecuencias de la pandemia causada por el virus del SARS-CoV-2 (COVID – 19), en la que se desnudó la problemática y las enormes brechas existentes en los sistemas de salud, en el acceso y cobertura de las prestaciones de salud.

En nuestro país, el sistema de salud, al igual que en otros países, existe dificultades de acceso a los servicios de salud, prestación de servicios de salud de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (OPS, 2010).

El abanico de problemas que presenta nuestro sistema de salud, se debe en gran medida, a la coexistencia de una diversidad de IPRESS, sujeto a condiciones diferentes, ya sea, de carácter económico, social, cultural, geográfico u organizacional; sin embargo, el punto más neurálgico, se encuentra dentro de la IPRESS, por ser la primera unidad de contacto con la persona, respecto a las prestaciones de salud.

Por otro lado, la Constitución Política del Perú de 1993, no reconoce expresamente al derecho a la salud, como tal, dentro del cuerpo normativo; sino más bien, en su seno reconoce el derecho a la protección de la salud; ya es el Tribunal Constitucional que, en varias de sus sentencias, delimita el contenido esencial del derecho a salud, su alcance y protección.

Existe un debate a nivel doctrinario, si el derecho a la salud cobija al derecho a la protección de la salud, o viceversa, nosotros consideramos que más allá de la denominación de estas categorías, cada uno alberga un contenido, que por su naturaleza teórica genera un debate inacabable, complejo y espinoso, que en la presente tesis no pretendemos sumergirnos, ya que corresponde al debate teórico del derecho sanitario.

En una IPRESS, para garantizar que las prestaciones de salud sean oportunas, confiables y de calidad es indispensable que se disponga de un conjunto de elementos, ya sea de carácter estructural y funcional, a fin de que la persona reciba en cuanto a su salud, prestaciones de promoción, prevención, recuperación y de rehabilitación; caso contrario, la salud de la persona, puede sufrir menoscabo y por consiguiente un afectación al contenido esencial del derecho a la salud, es por ello que, la presente tesis busca determinar los principales elementos de las prestaciones de salud y su incidencia en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, en el Hospital II Cajamarca del Seguro Social de Salud.

Este estudio se compone de tres capítulos principales, el primero trata sobre los aspectos metodológicos de la investigación, el segundo sobre el marco teórico, el tercero corresponde a la demostración de las hipótesis; finalmente conclusiones y recomendaciones.

En el capítulo primero se desarrolla los aspectos metodológicos, iniciando con el problema de investigación, el que a su vez comprende, contextualización, planteamiento y formulación del problema; la justificación; ámbito de la investigación, que comprende temática, espacial y temporal; el tipo de investigación, está compuesta, de acuerdo al fin que se persigue, de acuerdo al diseño de la investigación y de acuerdo a los métodos y procedimientos que se utilización; la hipótesis; los objetivos, general y específicos; estado de la cuestión, los métodos de investigación, divididos en métodos generales, métodos de las ciencias del derecho y métodos de las ciencias de la salud; finalmente, las técnicas e instrumentos de investigación.

En el capítulo segundo, se desarrolla lo concerniente al marco teórico, referente al sistema de salud en el Perú y su composición, las instituciones prestadoras de servicios de salud en el segundo nivel, las prestaciones de salud y, el derecho a la salud, el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud y el Seguro Social de Salud, breve reseña, organización administrativa y asistencial, población asignada, cartera de servicios, prestaciones de salud y sus elementos.

En el capítulo tercero, tratamos respecto a la demostración de hipótesis. Finalmente, presentamos las conclusiones y recomendaciones, y el marco de referencias.

CAPÍTULO I

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. Contextualización o problemática

El Estado con la finalidad de garantizar el goce y protección de los derechos fundamentales de la persona, se organiza a través de instituciones, ya sea de carácter público, privado o mixto, para prestar bienes y servicios, y de esta forma permitir el desarrollo integral de las personas.

Es así que, el Estado Peruano, en el artículo 11 de la Constitución Política, señala que “el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas”.

El Estado, con el fin de garantizar el acceso a las prestaciones de salud, se organiza en: UGIPRESS, IPRESS, IAFAS, personal de la salud, TIC, modelo de atención en salud y SUSALUD, los cuales, coadyuban a que la persona, la familia y la comunidad reciban atenciones integrales de salud oportunas y de calidad.

En el departamento de Cajamarca, el sector salud está integrada por la Dirección Regional de Salud, 3 Direcciones Sub Regionales de Salud, 14 Redes de Servicios de Salud, 91 Microrredes y 1320 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público y privado, de los cuales el 66.21% pertenece al Gobierno Regional, el 31.29% al sector privado, el 1.29 % al ESSALUD, el 0.23% a la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, el 0.15% al INPE, el 0.15% a la Sanidad del Ejército del Perú, el 0.15% a las Municipalidades Distritales, el 0.15% a las Municipalidades Provinciales y el 0.38% a otras entidades. En cuanto a las IPRESS del segundo nivel de

atención, se tiene 18 IPRESS, distribuidos según el siguiente detalle: 9 pertenecen al Gobierno Regional (7 de nivel II-1, 1 de nivel II-E y 1 de nivel II-2), 7 pertenecen al sector privado (nivel II-1) y 2 pertenecen al ESSALUD (1 de nivel II-1 y 1 de nivel II-2) (SUSALUD, 2022).

Una IPRESS para ofertar prestaciones de salud es necesario la existencia de un conjunto de elementos, a su vez, estos elementos son los que determinan el nivel de complejidad de la IPRESS, que pueden ser del primer nivel de atención (categorías I-1, I-2, I-3 y I-4), del segundo nivel de atención (categoría II-E, II-1 y II-2), o del tercer nivel de atención (categoría III-1, III-E y III-2).

Por otro lado, la Constitución Política del Perú, en su artículo 7 señala “todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.

Como es de verse, la Constitución Peruana, proclama un derecho a la protección de la salud, derecho que se encuentra ubicado dentro de los derechos de segunda generación, o derechos económicos, sociales y políticos. Sin embargo, el derecho a la salud en el ordenamiento jurídico nacional, como derecho fundamental propiamente dicho, no se encuentra reconocido dentro del catálogo de derechos fundamentales establecidos en la Constitución, y por la misma situación (falta de regulación), probablemente sea una de las razones, por la que haya escases de investigaciones. León Florián (2014), referente a esta situación, señala:

El derecho a la salud en nuestro país enfrenta importantes problemas y grandes desafíos. La propia Constitución de 1993 es muy escueta en cuanto al reconocimiento de los alcances de este derecho fundamental. Por otro lado, no existe tampoco una presencia muy importante de organismos de la sociedad civil que reivindiquen la consideración del derecho a la salud como componente central de la política pública en salud. (p.390)

Por tanto, el derecho a la salud, al encontrarse dentro de los derechos económicos, sociales y políticos; están contenidos en normas de carácter programático y requieren una reglamentación ulterior para hacerse efectivos, es decir, estos derechos son concebidos como derechos de realización progresiva (Raffin, 2015).

A su vez, el derecho a la salud, está sujeta al principio de aplicación progresiva, que hace referencia a la obligación de los Estados de ir avanzando en la cobertura de los derechos sociales prestacionales, de manera siempre incremental y sin posibilidad de derogar los logros alcanzados, no regresividad (Payanco, 2017).

A nivel doctrinario, no se ha encontrado estudios respecto a la relación entre los principales elementos de las prestaciones de salud y el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, incluso, son muy escasos los trabajos de investigación que tratan de manera independiente a cada uno de estos constructos teóricos.

Por esta razón, el presente estudio se centra en los principales elementos de las prestaciones de salud y la incidencia en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, en la IPRESS Hospital II Cajamarca del Seguro Social de Salud.

1.1.2. Descripción del problema

En el departamento de Cajamarca, las prestaciones de salud son ofertados por las IPRESS del primer y segundo nivel de atención, teniendo en cuenta la disponibilidad y existencia de ciertos elementos indispensables para otorgar atenciones de salud de carácter promocional, prevención, recuperación y rehabilitación.

Por otro lado, el derecho a la salud, pese a que no se encuentra reconocido dentro del ordenamiento jurídico nacional como derecho fundamental, su desarrollo (goce y disfrute) está sujeto al principio

de aplicación progresiva, y condicionado a la funcionalidad y operatividad de la IPRESS.

Por lo que, es necesario realizar el estudio de las condiciones objetivas existentes (elementos) de las prestaciones de salud y su incidencia en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, en el Hospital II Cajamarca del Seguro Social de Salud.

1.1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son los principales elementos de las prestaciones de salud y su incidencia en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, en el Hospital II Cajamarca del ESSALUD?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El problema abordado en la presente investigación se encuentra bajo los alcances de dos disciplinas, las ciencias de la salud y las ciencias jurídicas. Por un lado, las ciencias de la salud, tiene como objeto de estudio los sistemas de salud. Según Frenk et al. (1986) existen cuatro tipos de investigación en salud, a saber, biomédica (condiciones y procesos determinantes de la salud y la enfermedad), clínica (respuestas terapéuticas, preventivas o para rehabilitación), investigación en necesidades de salud (se reserva para referirse a las condiciones de salud que requiere atención, pero no a la atención misma) e investigación en los sistemas de salud (la organización para dar respuesta social a las condiciones de salud).

Por otro lado, las ciencias jurídicas (o dogmática jurídica), tiene como parte de su objeto de estudio, los derechos humanos (o derechos fundamentales) en sus diferentes dimensiones y ramas del derecho. A decir por Carlos García (2019) los derechos humanos se hace estudio e investigación en diversas disciplinas, llámese a éstas derecho penal,

derecho constitucional, derecho administrativo, derecho civil y derecho internacional.

La fusión de estas disciplinas ha generado el surgimiento del derecho sanitario, como una disciplina o rama del derecho en general, que intenta definir como parte del ordenamiento jurídico el estudio de las normas jurídicas en el ámbito de la prestación y asistencia sanitaria, la ordenación de los profesionales sanitarios, de la organización del sistema sanitario, los derechos de los usuarios y de la resolución de conflictos biojurídicos (Antequera, 2006). Aún son muy escasos e incipientes las investigaciones en este campo del derecho, más aún en nuestro país es un extenso camino por recorrer.

El derecho a la salud, como bien jurídico protegido por la Constitución, su realización como derecho humano y fundamental, por ser un derecho programático, está sujeto al principio de aplicación progresiva por parte del Estado, el cual tiene una relación directa con las prestaciones de salud ofertadas en una IPRESS, y a su vez, que cuente con las condiciones objetivas (disponibilidad) que condicionan las referidas prestaciones de salud. Por lo que, esta investigación tiene importancia, cuya finalidad es el de contribuir al análisis y discusión respecto a esta materia.

1.3. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Temática

La presente investigación se enmarca dentro del derecho sanitario, rama del derecho que estudia los sistemas de salud (prestaciones de salud) y el derecho a la salud, para mejor claridad, esbozamos algunas ideas acerca de esta disciplina:

El derecho sanitario es conceptuado como una rama del derecho, con los aspectos interdisciplinarios y multidisciplinarios, contruidos lingüísticamente con la idea lógica de poder determinar el conocimiento de la regulación

jurídica en el ámbito del quehacer de la medicina y el derecho. (Guerrero y Reyna, 2022, p. 13)

Se precisa que, el derecho sanitario es una nueva disciplina emergente, que define el sector acotado de su realidad (las relaciones entre los usuarios (o pacientes) y el sistema nacional de salud y, fundamentalmente, entre aquellos y el médico (o los profesionales sanitarios) y los principios que la sirven de fundamento (De Lorenzo y Montero, 1992).

1.3.2. Espacial

El alcance del presente estudio se enmarca dentro del ámbito de la provincia de Cajamarca, departamento de Cajamarca.

1.3.3. Temporal

Dado el carácter cualitativo de la investigación no es posible delimitar temporalmente.

1.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

1.4.1. De acuerdo al fin que se persigue

Según el fin que se persigue la investigación puede ser de tipo básica o aplicada. Mario Bunge (2012) refiere:

La ciencia básica: disciplina cuyos cultores se proponen investigar problemas de conocimiento, usando el método científico para saber por saber. La ciencia aplicada: igual que la básica, con la diferencia de que el objetivo es obtener verdades de posible uso práctico. (p. 185)

En tal sentido, la presente investigación es de tipo básica, lo que se pretende es determinar los principales elementos de las

prestaciones de salud (objeto real) y su incidencia en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud (teórico), en el Hospital II Cajamarca del ESSALUD.

1.4.2. De acuerdo al diseño de la investigación

Según el nivel de conocimiento científico al que espera llegar el investigador, se formula el tipo de estudio, puede ser, exploratoria, descriptiva, explicativa – causal o correlacional, y propositiva.

Los estudios exploratorios tienen como objetivo la formulación de un problema para posibilitar una investigación más precisa o el desarrollo de una hipótesis, además intenta aumentar la familiaridad del investigador con el fenómeno que se va a investigar y sondearlo. Los estudios descriptivos tienen como objetivo central exponer las características de los fenómenos, por lo tanto, deben medir una o más variables dependientes de una población definida o en una muestra de la población. Los estudios explicativos o causales están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales, luego su interés se centra en conocer por qué ocurre un fenómeno, en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas. Por lo tanto, son más estructurados y profundizados que los demás niveles de estudios (Álvarez, 2002, pp. 32-33).

Además, el investigador jurídico deberá definir en qué tipos y niveles de investigación trabajará. Probablemente combinará estos niveles o estudios (Álvarez, 2002, p. 23).

Es preciso anotar que la investigación descriptiva se realiza cuando la experiencia y la exploración previa indican que no existen descripciones precisas del evento en estudio, o que las descripciones existentes son insuficientes o que han quedado obsoletas debido a un flujo distinto de información, a la aparición de un nuevo contexto, a la invención de nuevos aparatos o tecnología de medición, entre otros (Hurtado, 2010, p. 413).

En la presente investigación se va a combinar la investigación descriptiva y explicativa, es así, va hacer una investigación descriptiva porque estudia los principales elementos de las prestaciones de salud y el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, como partes que conforman una unidad. E investigación explicativa debido a que existen investigaciones a nivel de cada constructo teórico (prestaciones de salud y derecho a la salud) de manera independiente, mas no se ha estudiado la relación entre éstas (causa – efecto).

1.4.3. De acuerdo a los métodos y procedimientos que se utilizan

Una investigación puede realizarse desde un enfoque cualitativo o cuantitativo, incluso desde un enfoque mixto.

La investigación desde el enfoque cualitativo utiliza la recolección y análisis de datos, sin preocuparse demasiado de su cuantificación; la observación y descripción de los fenómenos se realizan, pero sin dar mucho énfasis a la medición. Su propósito es reconstruir la realidad, descubrirlo, interpretarlo, por tanto, el método no es la verificación, la contrastación o la falsificación popperiana (Ñaupas et al., 2013, p. 74).

La presente investigación es de tipo cualitativo, porque se pretende determinar los elementos de las prestaciones de salud, dimensión objetiva; y el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud (dimensión teórica o formal).

1.5. HIPÓTESIS

Los principales elementos de las prestaciones de salud que tienen incidencia en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, en el Hospital II Cajamarca del ESSALUD, son:

- a) Elementos de carácter estructural: infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, tecnologías sanitarias y financiamiento.
- b) Elementos de carácter funcional: procedimientos médicos y sanitarios.
- c) Los elementos de carácter estructural y funcional de las prestaciones de salud tienen incidencia directa en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, dado que, son los que determinan el nivel de complejidad (categoría) del Hospital II Cajamarca.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general

Determinar los principales elementos de las prestaciones de salud que inciden en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, en el Hospital II Cajamarca del ESSALUD.

1.6.2. Objetivos específicos

- A.** Identificar y desarrollar los principales elementos de las prestaciones de salud.
- B.** Delimitar y definir el principio de aplicación progresiva y los aspectos del contenido esencial del derecho a la salud.
- C.** Identificar la incidencia de los principales elementos de las prestaciones de salud en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud.

1.7. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Se ha revisado el Registro Nacional de Trabajos de Investigación – RENATI, de la Superintendencia Nacional de Educación Universitaria –

SUNEDU, en el siguiente link <https://renati.sunedu.gob.pe/>, mediante las palabras claves “Prestaciones de salud y el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud”, de las cuales no se ha encontrado ninguna investigación con el mismo tema de la presente investigación.

1.8. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Mario Bunge (2000) sobre el método, señala:

Un método es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas. Cada clase de problemas requiere un conjunto de métodos y técnicas especiales. Cada método especial de la ciencia es, pues, relevante para algún estudio particular de la investigación científica de problemas de cierto tipo. En cambio, el método general de la ciencia es un procedimiento que se aplica en el ciclo entero de la investigación en el marco de cada problema del conocimiento. (p. 7)

De lo indicado se puede inferir que, el método de investigación se reduce a un conjunto de reglas o pasos a seguir para descubrir las respuestas a cada problema del conocimiento planteado.

Es así que, se ha dividido en tres grupos los métodos aplicables en la presente investigación, que son: métodos generales (método inductivo – deductivo, método analítico – sintético y método dialéctico); métodos de las ciencias jurídicas (método dogmático jurídico, método hermenéutico jurídico y método argumentativo) y un método de las ciencias de la salud (método basado en la evidencia).

1.8.1. Métodos generales

A. Método inductivo – deductivo

Para Behar Rivero (2008), sobre el método inductivo, indica:

El método inductivo crea leyes a partir de la observación de los hechos, mediante la generalización del comportamiento observado, en realidad, lo que realiza es una especie de generalización, sin que por medio de

la lógica pueda conseguir una demostración de las citadas leyes o conjunto de conclusiones. (p. 40)

En cambio, el método deductivo aspira demostrar en forma interpretativa, mediante la lógica pura, la conclusión en su totalidad a partir de unas premisas de manera que se garantiza la veracidad de las conclusiones, si no se invalida la lógica aplicada (Clavijo et al., 2014, p. 22).

Villabella Armengol (2020) sobre el método inductivo – deductivo, manifiesta:

El método inductivo – deductivo se exponen dos formas de razonamiento que recorren caminos lógicos contrapuestos por lo que en alguna literatura son manejados como métodos diferentes. Utilizados de manera conexa permiten establecer generalizaciones a partir de aspectos concretos y determinar lo que hay de común en las individualidades, luego de lo cual deduce y particulariza nuevamente. (p. 169)

Cuando se usa simultáneamente los métodos de inferencia inductiva y deductiva para buscar la solución de un problema científico, es decir el método inductivo – deductivo, se sigue las reglas básicas de operación; observar cómo se asocian fenómenos aparentemente ajenos entre sí. (...) (Clavijo et al., 2014, p. 22).

Entonces, solo se puede inducir cuando se han efectuado inferencias deductivas y, recíprocamente, la posibilidad de deducir se apoya enteramente en las inferencias inducidas. Así, la deducción y la inducción son fases del método científico que coexisten en toda operación cognoscitiva que se practique (De Gortari, 1979, p. 247).

La aplicación del método inductivo – deductivo en la investigación, que a partir de situaciones concretas se permita establecer relaciones con la teoría (inducción), en este caso, el estudio de los principales elementos de las prestaciones de

salud como hecho particular, y desde la teoría de los derechos fundamentales (principio de aplicación progresiva del derecho a la salud), carácter general aplicable a lo particular (deducción).

B. Método analítico – sintético

En el método analítico, el conocimiento científico distingue y separa las partes de un todo hasta llegar a conocer sus elementos, las relaciones entre éstos y los principios que rigen estas relaciones (Burgos, 1998, p. 314).

El método sintético va de lo simple a lo compuesto, de lo general a lo menos general y a lo particular; de los principios a las consecuencias (De León y Olarieta, 1877, p. 22).

El método análisis – síntesis es el método que posibilita descomponer el objeto que se estudia en elementos para luego recomponerlo a partir de integrar estos y destacar el sistema de relaciones existente entre las partes y el todo. El análisis es el proceso que permite dividir o separar el objeto en los aspectos o cualidades que lo componen con el fin de analizar cada una por separado. La síntesis es lo opuesto; mediante este se integra el objeto y así se obtiene una comprensión general (Villabella, 2020, p. 168).

En otros términos, el método sintético – analítico es el método que consiste en separar el objeto de estudio en dos partes y, una vez comprendida su esencia, construir un todo (Behar, 2008, p. 45).

En la presente investigación, el método analítico – sintético es aplicable en razón que, se va a proceder a analizar los principales elementos de las prestaciones de salud y el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud (analítico) para luego, proceder a vincular estos dos constructos teóricos

(prestaciones de salud y principio de aplicación progresiva) como un todo integral (sintético).

C. Método dialéctico

La dialéctica es el estudio de la contradicción en la esencia misma de las cosas o, lo que es lo mismo, la teoría de la identidad de los contrarios (Althusser, 1988, p. 160).

Federico Engels (1961) sobre la dialéctica, señala:

La dialéctica es, precisamente, la forma más cumplida y cabal de pensamiento para las modernas ciencias naturales, ya que es la única que nos brinda la analogía y, por tanto, el método para explicar los procesos de desarrollo de la naturaleza, para comprender, en sus rasgos generales, sus nexos y el tránsito de uno a otro campo de investigación. (p. 23-24)

La concepción dialéctica de las cosas puede ser entendido desde de la ley de la contradicción, en su aspecto de la universalidad, particularidad y la identidad. Para Mao (1971) La universalidad o carácter absoluto de la contradicción significa, primero, la contradicción existe en el proceso de desarrollo de toda cosa, y, segundo, que el movimiento de los contrarios se presenta desde el comienzo hasta el fin del proceso de desarrollo de cada cosa (p. 57). La particularidad de la contradicción es conocer la esencia de las cosas individuales, es decir descubrir la particularidad de cada uno de los aspectos de cada contradicción de ese proceso (p. 69 y ss.). La identidad (unidad, lucha, coincidencia, etcétera), significan lo mismo, y se refieren a dos puntos siguientes: primero, la existencia de cada uno de los dos aspectos de una contradicción en el proceso de desarrollo de una cosa presupone la existencia de su contrario, y ambos aspectos coexisten en un todo único; segundo, sobre la base de determinadas condiciones, cada uno de los dos

aspectos contradictorios se transforma en su contrario. Esto es lo que se entiende por identidad (p. 110).

El método dialéctico permite comprender desde el aspecto objetivo y subjetivo una situación concreta, bajo circunstancias concretas, es así, la aplicación de este método en la presente investigación, implica comprender los principales elementos de las prestaciones de salud y el principio de aplicación progresiva el derecho a la salud como constructos teóricos particulares, que coexisten o se interrelacionan como un todo único. Y, al intentar fusionar categorías de dos disciplinas diferentes el enfoque dialéctico permite comprender la esencia de cada uno de los elementos que conforma cada categoría.

1.8.2. Métodos de las ciencias del derecho

A. Método dogmático jurídico

Ramos Núñez (2011) indica:

Se llama también conceptualismo o institucionalismo. La investigación de los dogmas tiene una explicación: la de servir al fin teórico de ayudar al intérprete a entender los institutos jurídicos, y al fin práctico de hacer posible la explicación de la norma del modo más adecuado a las exigencias del caso en concreto. (pp.93-94)

La dogmática jurídica se podría definir como el análisis sistemático, ordenado, completo e integral de los textos legales. Dicho análisis permite desentrañar las instituciones jurídicas a fin de garantizar una aplicación unificada de la ley y en esa medida proporcionar seguridad jurídica a los destinatarios del derecho positivo (Guerrero, 2017, pp. 63-64).

En tal sentido, la aplicación de este método, se centra principalmente en entender (la esencia) del principio de aplicación progresiva y el derecho a la salud como derecho

fundamental, desde su contenido y alcances, y a partir de allí, determinar la incidencia en este derecho, según los elementos de las prestaciones de salud ofertadas en una IPRESS.

B. Método hermenéutico jurídico

La hermenéutica jurídica implica en sí misma a la interpretación, estudiando, y al mismo tiempo proporcionando, los métodos por los cuales el intérprete, no únicamente comprende el sentido de la norma, sino también la posibilidad de explicarlo. Constituye un método íntegro, capaz de abarcar la comprensión y la explicación de las normas jurídicas relacionándolas siempre con los hechos y con los valores que intervienen en el derecho (Hernández, 2019).

En la presente investigación la aplicación del método hermenéutico jurídico va a permitir definir el principio de aplicación progresiva y delimitar los aspectos del contenido esencial del derecho a la salud.

C. Método argumentativo

La argumentación como método, es el proceso que permite justificar por medio de las razones y argumentos el porqué de la opción por esa determinada decisión. En términos de Arias (2021), refiere lo siguiente:

Es un proceso de revisión que se realiza para obtener datos del contenido de dicho documento; en este caso, los documentos deben ser fuentes primarias y principales que facultan al investigador obtener datos y le permita presentar sus resultados para concluir el estudio. (p.99)

Por tanto, el método argumentativo permite justificar las afirmaciones de los hechos encontrados en el Hospital II Cajamarca del ESSALUD.

1.8.3. Método de las ciencias de la salud

A. La medicina basada en evidencia

Gonzales de Dios (2015), establece sobre la medicina basada en evidencia, lo siguiente:

La medicina basada en evidencia propone un método estructurado para resolver las dudas de la práctica clínica habitual mediante cinco pasos estructurados fundamentales, que son:

Paso 1: formular una pregunta clara a partir del problema clínico a analizar.

Paso2: Búsquedas sistemáticas de las mejores pruebas disponibles en la bibliografía.

Paso 3: Valoración crítica de las mejores pruebas científicas encontradas.

Paso 4: Aplicabilidad de los resultados de la valoración a nuestra práctica clínica.

Paso 5: Evaluar su rendimiento con base a los estudios de adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica. (p. 6 -7)

La MBE considera el método científico como la mejor herramienta de la que se dispone actualmente para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética. Ayuda a desarrollar una manera de razonar y un método que persigue transformar los datos clínicos en conocimiento científicamente válido, estadísticamente preciso y clínicamente relevante para la moderna práctica médica. En ningún momento se pretende incitar una actitud integrista que valore únicamente los ensayos clínicos (Vega de Céniga et al., 2009, p. 31).

La MBE su aplicación como método aún es incipiente, dada la importancia de su aplicación en la medicina a fin de tener la mayor evidencia posible para la aplicación en un caso en

concreto, este método resulta de mucha utilidad en la presente investigación, puesto que, a partir de los estudios realizados respecto a las prestaciones de salud y el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, va a permitir consolidar los objetivos de la investigación.

1.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Herrera et al. (2020), respecto a las técnicas e instrumentos de investigación, señala:

Las técnicas e instrumentos de investigación son parte de la metodología jurídica; la técnica consiste en una regla o lineamiento, para elaborar o construir adecuadamente un instrumento de investigación; el instrumento de investigación es el recurso o material a través del cual se recopila información o datos relacionados con el problema jurídico que se está investigando. (p.439)

1.9.1. Técnicas de investigación

A. La observación de la realidad

La observación es el proceso de conocimiento de la realidad factual, mediante el contacto directo del sujeto cognoscente y el objeto o fenómeno por conocer, mediante los sentidos, con una planificación sistemática y los instrumentos adecuados para la validez de la observación (Ñaupas et al., 2013, p.171).

En la investigación, la técnica de la observación de la realidad es de mucha valía, a través de ella, se va a identificar los principales elementos observables de la prestación de salud, con la finalidad de determinar la incidencia en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud.

B. Revisión documental

Para Hurtado (2010) “es un proceso que abarca la ubicación, recopilación, revisión, análisis, extracción y registro de información contenida en documentos” (p. 851).

Por tanto, la técnica de revisión de documentos permite al investigador extraer la información y analizarla, identificando las características principales y el contenido de la documentación. En la presente investigación nos va a permitir analizar el contenido del material bibliográfico, acervo documentario, fotografías, y otros documentos.

1.9.2. Instrumentos de investigación

A. Hoja de ruta de la observación

La hoja de ruta es uno de los instrumentos de la técnica de observación de la realidad, que sirve para registrar los datos de toda la observación realizada de forma estructurada de acuerdo al objeto observado. En la investigación nos va a permitir observar los principales elementos existentes en la IPRESS Hospital II Cajamarca.

B. Hoja guía

La hoja guía es el instrumento que permite registrar los datos obtenidos de la revisión del contenido documental, como son: bibliográficas, textuales, resúmenes, registro de datos y otros.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. EL DERECHO SANITARIO

2.1.1. Definición

La OMS (1948), define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia.

La salud como fenómeno es multidimensional, su estudio involucra a varias disciplinas, como: la medicina, la biología, la antropología, las ciencias políticas, el derecho, entre otras.

El derecho, por su parte, desde su definición terminológica es la “facultad que tiene la persona de disponer, utilizar y mantener lo suyo, dentro de los límites que establecen las normas o dispositivos” (Patrón Faura y Patrón Bedoya, 2004, p. 2). El derecho, al igual que la salud, se encuentra investido de una gran cantidad de posiciones y acepciones, construidas conforme a la concepción histórica determinada de un hecho en concreto. A continuación, presentamos algunas definiciones del derecho sanitario:

Para Corbella Duch (2012), define al derecho sanitario como:

El derecho sanitario es aquella rama del ordenamiento jurídico que tiene por objeto la regulación de las actividades relacionadas con la salud de los ciudadanos, o, dicho de otra manera, la rama del ordenamiento jurídico que se ocupa de las relaciones jurídicas que inciden en el ámbito de la salud. (p.29)

Para Antequera Vinagre (2006), el derecho sanitario se define:

El derecho sanitario, como parte del ordenamiento jurídico que estudia las normas jurídicas en el ámbito de la prestación y asistencia sanitaria, la ordenación de los profesionales sanitarios, de la organización de sistema sanitario, los derechos de los usuarios y de la resolución de

conflictos biojurídicos. Además, el derecho sanitario es una entidad científica instrumental esencial en la planificación, gestión, administración y tutela sanitaria, y es una dinámica de desarrollo e innovación del ordenamiento jurídico. (p. 7)

En nuestro país, el derecho sanitario se constituye como una disciplina emergente, y negar su existencia se correría el peligro de someter instituciones propias del derecho sanitario a estudiar bajo los alcances de otras disciplinas como el derecho administrativo, que por su naturaleza abarca aspectos generales, y a su vez, deja al descubierto aspectos importantes, que solo pueden ser entendidos bajo los alcances del derecho sanitario.

2.1.2. Ámbito de intervención del derecho sanitario

El derecho sanitario al ser una disciplina emergente, aún no existen investigaciones que precisen su alcance, e incluso si los hubiere, sería inconcluso, puesto que los avances científicos en el ámbito sanitario y tecnológico crecen de forma agigantada, haciendo imposible su regulación. Sin embargo, vamos a ensayar el ámbito de intervención del derecho sanitario, en los siguientes aspectos:

A. Protección del derecho a la salud

La piedra angular en la cual se funda el derecho sanitario es precisamente el reconocimiento del derecho a la salud y la defensa del contenido esencial, como eje principal entorno al cual gira todos los aspectos del ámbito sanitario, y como tal, constituye el fundamento principal del derecho sanitario.

B. Prestaciones y asistencia sanitaria

El derecho sanitario tiene injerencia en las relaciones clínicas surgidas entre las IPRESS con los pacientes, con el personal

sanitario y con las instituciones financiadoras; las relaciones surgidas entre las IAFAS con las IPRESS y con los asegurados, y las relaciones surgidas entre el personal sanitario con los pacientes y todas las relaciones surgidas en el ámbito de la salud, en el contexto de las prestaciones de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación de la salud, ya sea individual o pública.

C. Ordenación del personal sanitario

En el campo de la salud, el personal sanitario (profesionales, técnicos y auxiliares en salud), constituye la columna vertebral de los sistemas de salud, por cuanto, amerita especial atención respecto a la formación académica y profesional, la incorporación en el campo laboral, defensa de los derechos de trabajo, libertades sindicales, pago de remuneraciones e incentivos, horario de trabajo, y todo lo concerniente al trabajo del personal sanitario, las formalidades del acto médico, historia clínica, investigaciones en laboratorio, etc.; por su naturaleza *sui generis* este campo se encuentra bajo los alcances del derecho sanitario.

D. Organización del sistema de salud

La forma en la que se utiliza y se distribuye los recursos físicos y presupuestarios, y el personal sanitario, con la finalidad de satisfacer las necesidades en salud de la población se denomina organización del sistema de salud.

En la organización del sistema de salud, se estudia las instituciones que lo conforman, su estructura administrativa y asistencial, tipología, competencias, unidades administrativas y todo el aparato que da funcionalidad a un sistema de salud, se encuentra bajo los alcances del derecho sanitario.

E. Derechos de los pacientes o usuario

Dentro del ámbito de salud, la preocupación constante por parte de los actores en salud es la seguridad del paciente, que implica el respeto de sus derechos y en el proceso asistencial no exista vulneración o lesión alguna al paciente.

En este ámbito se encuentra el derecho a la salud, así como los derechos conexos, regulados en el artículo 15 la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, modificado por la Ley N.º 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud y con el D.S. N.º 027-2015-SA, se aprueba el reglamento de la Ley N.º 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, donde trata que toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud, acceso a la Información, a la atención y recuperación de la salud y al consentimiento informado. Siendo evidente su protección por el derecho sanitario.

F. Resolución de conflictos biojurídicos

Los trabajadores sanitarios cada día enfrentan verdaderos desafíos durante el proceso de trabajo o jornada laboral, muchos de ellos, con el dolor y sufrimiento del paciente y la familia. Pero no solamente es ver el dolor, sino también se enfrentan a problemas de diversa índole, como la carencia de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos y tecnologías que aún no está disponibles en las IPRESS.

En términos de Alventosa y Cobas (2017), señala lo siguiente:

También se han producido cambios en el ámbito de la salud: Avances en la investigación biomédica y biotecnológica; transformación del concepto de salud, incorporando no solo la curación del paciente, sino

también la promoción y la prevención en cualquiera de sus dimensiones; cambio del servicio de sanidad a servicio de salud; cambio del perfil del paciente, que se ha convertido en el de un usuario-consumidor; cambio en la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios, que han dado lugar a nuevos modelos de relación clínica; cambio en el conocimiento especializado del médico; cambio en los modos de proveer y pagar los servicios de salud; y, sobre todo, y por lo que al ámbito jurídico interesa, aumento en el número de demandas por impericia médica con claras repercusiones de impacto en el ámbito judicial y de la salud. (61)

El surgimiento del conflicto en el ámbito sanitario puede deberse a innumerables factores, tanto en la agudización de la relación clínica y toda relación sanitaria surgida en el sector salud. Sin embargo, todas las relaciones conflictivas si no son resueltas oportunamente tienden a ser cada día más complejas, incluso llevados a los procesos del derecho civil o penal; por ende, los conflictos sanitarios tienen que ser resueltos de la manera más oportuna y eficaz posible, usando los métodos alternativos de solución de conflictos, como la mediación, conciliación y arbitraje, herramientas propias del derecho.

En definitiva, todos los conflictos surgidos en las relaciones sanitarias, de alguna manera, tienen que ser resueltos a través de las herramientas y mecanismos del derecho, y por la naturaleza especial del sector sanitario, tiene que estar bajo los alcances del derecho sanitario.

2.1.3. Objeto de estudio del derecho sanitario

El objeto de estudio del derecho sanitario, a nivel doctrinario, no existe un desarrollo a profundidad; sin embargo, en razón al ámbito de intervención, el objeto de estudio del derecho sanitario sería la defensa y protección del derecho a la salud, el estudio de las prestaciones y asistencia sanitaria, derechos y deberes del personal sanitario, estudio de la organización del sistema de salud, defensa

de los derechos de los pacientes y la resolución de los conflictos surgidos en el ámbito de la salud.

2.2. EL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

2.2.1. Definición de sistema de salud

La OMS (2009), define que “un sistema de salud, consiste en el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restaurar o mantener la salud” (p.31).

Para Giovanella et al. (2012), el sistema de salud, se define como:

El conjunto de acciones, normas y personas cuyas actividades se relacionan directa o indirectamente con la atención a la salud individual y colectiva. Es importante subrayar que un componente fundamental de las políticas de salud es la organización y financiamiento de los sistemas de salud, y que ese concepto va mucho más allá que el de servicios de salud o de atención médica. (p. 21)

En definitiva, un sistema de salud es el conjunto interrelacionado de estructuras organizativas, instituciones, recursos, procesos, métodos, normas, programas, actividades y productos, bajo determinados principios y un modelo de gestión (políticas), que son indispensables para la prestación de servicios de salud a la persona, familia y comunidad.

2.2.2. Composición del sistema de salud

Para Giovanella et al. (2012), son cuatro los componentes fundamentales de un sistema de salud: 1) las políticas sanitarias y sus normas enmarcadas en las grandes políticas sociales y de desarrollo económico que definen el Estado y la sociedad; 2) los profesionales, técnicos y personas que conforman el sistema; 3) la red de servicios y sus modelos de atención y gestión; y 4) los insumos necesarios para cumplir sus objetivos (p. 22).

La OMS (2009), hace referencia de seis elementos o componentes del sistema de salud, estos son. 1) prestación de servicios; 2) personal sanitario; 3) información sanitaria; 4) tecnologías médicas; 5) financiación de la salud, y 6) liderazgo y gobernanza.

En el Perú, el sistema de salud, se encuentra compuesto por los siguientes componentes: A) UGIPRESS; B) IPRESS; C) IAFAS; D) personal de la salud; E) TIC; F) modelo de atención en salud; y G) SUSALUD.

Para su mejor comprensión, vamos a referirnos de manera general a cada uno de estos componentes.

A. Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Las Unidades de Gestión de IPRESS públicas o privadas, son aquellas entidades estatales, empresas del Estado de accionariado único o unidades orgánicas u órganos que constituyen unidades ejecutoras, diferentes de las IPRESS, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las IPRESS públicas.

Las UGIPRESS, se encargan de administrar y gestionar los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las IPRESS (D.S. N.º 008-2014-SA, segunda disposición complementaria final).

Las UGIPRESS a nivel nacional, está constituida por: el Ministerio de Salud, las direcciones/gerencias regionales de salud, redes de salud y microrredes.

a. Ministerio de Salud

El MINSA es un organismo del Poder Ejecutivo que ejerce la rectoría del sector salud. Cuenta con personería jurídica de derecho público y constituye un pliego presupuestal (Ley N.º 30895, art. 2, p. 10).

El MINSA diseña, establece, ejecuta y supervisa políticas nacionales y sectoriales de salud y ejerce la rectoría respecto de ellas. Tiene a su cargo la función rectora a nivel nacional, la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad rectora en el sector salud (Ley N.º 30895, 1 disposición complementaria final, p. 11).

El MINSA, en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: ESSALUD, sanidad de la Policía Nacional del Perú, sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional, regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas (Ley N.º 30895, art. 3, p. 11).

b. Direcciones/Gerencias Regionales de Salud

La dirección regional de salud, es un órgano de línea de la gerencia de desarrollo social del Gobierno Regional, responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud; así como, dirigir, normar y evaluar a las IPRESS, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales (R.M. N.º 566-2005- SA/AD, numeral 5.2, p. 12).

c. Redes de Servicios de Salud/Red Asistencial

Es el conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias de salud en función de las necesidades de la población (R.M. N.º 122-2001-SA/AD, numeral 4.1, p. 12).

d. Microrredes

Es el conjunto de IPRESS del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. La agregación de microrredes conforma una red de salud (R.M. N.º 122-2001-SA/AD, numeral 4.2, p. 12)

B. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Las IPRESS son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud (D.L. 1158, art. 7, p. 508510).

Las IPRESS, se clasifican de acuerdo a la prestación del servicio, el nivel de complejidad, según el sector adscrito, por la actividad y el modelo adoptado.

a. Por la prestación de servicios

Por la prestación de servicios, se tiene:

- i. IPRESS con internamiento**, son aquellos que brindan atención integral, general o especializada al usuario agudo o crónico, por más de doce (12) horas continuas por su grado de dependencia o riesgo (NTS N.º 021- MINS/DGSP-V.03, p. 6).
- ii. IPRESS sin internamiento**, son aquellos que brindan atención integral de salud, donde atienden uno o más profesionales de la salud que desarrollan actividades con énfasis de promoción y prevención de riesgos y control de daños a la salud (NTS N.º 021- MINS/DGSP-V.03, p. 6).
- iii. IPRESS con población asignada**, son aquellas IPRESS del primer nivel de atención que tienen la responsabilidad de brindar atención integral de salud a un conjunto de personas asignadas a su cargo de un ámbito geográfico salud (NTS N.º 021- MINS/DGSP-V.03, p. 6).
- iv. IPRESS sin población asignada**, son IPRESS del primer nivel de atención, que no tiene asignado un conjunto de personas de un ámbito geográfico y brinda atenciones de salud a la población a libre elección. (NTS N.º 021- MINS/DGSP-V.03, p. 6).
- v. IPRESS de atención general**, IPRESS del segundo y tercer nivel de atención que desarrollan servicios de

salud en diversas especialidades. (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 6).

vi. IPRESS de atención especializada, IPRESS del segundo y tercer nivel de atención que desarrollan servicios de salud en el campo clínico y/o grupo etario, en una o más especialidades pudiendo contar con subespecialidades. (NTS N.º 021- MINSA/DGSP-V.03, p. 6).

b. Por la categoría o nivel de complejidad

Se tiene, IPRESS del primer, segundo y tercer nivel de atención, de los cuales, el primer nivel de atención, es la puerta de entrada de la población, donde se desarrolla principalmente actividades de promoción y prevención de enfermedades, se encuentran las IPRESS con las siguientes categorías: I-1 (posta médica o puesto de salud), I-2 (puesto de salud), I-3 (centro de salud) y I-4 (centro de salud con internamiento). El segundo nivel de atención, en este nivel se complementa la atención integral del primer nivel de atención, agregando un grado mayor de especialización, tanto en recursos humanos y tecnológicos; las categorías en este nivel, son: II-1 y II-2 (atención general), y II-E (atención especializada). El tercer nivel de atención, es el nivel de mayor especialización y capacidad resolutiva en cuanto recursos humanos y tecnológicos, las categorías en este nivel, son: III-1 y III-2 (atención general) y III-E (atención especializada) (NTS N.º 021- MINSA/DGSP-V.03, pp. 6-12).

c. Por el sector adscrito

Las IPRESS, se clasifican por el sector al que se encuentran adscritos o son financiados por estos, así tenemos, IPRESS adscritos al Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Seguro Social de Salud (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo), sanidad de la Policía Nacional del Perú (Ministerio del Interior), sanidad de las Fuerzas Armadas del Perú (Ministerio de Defensa), Instituto Nacional Penitenciario (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos) y el sector privado.

d. Por la actividad o servicio prestado

Por la actividad o servicio prestado, se encuentran las IPRESS propiamente dichas y los SMA. Las IPRESS son las que realizan directamente la atención, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para el restablecimiento de la salud de las personas. Los SMA, son unidades productoras de servicios de salud que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyubar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos (NTS N.º 021- MINS/DGSP-V.03, p. 11).

e. Por el modelo adoptado

En esta clasificación se encuentran las IPRESS y los SMA conforme a la gestión territorial de las Redes de Servicios de Salud y la organización en base al modelo RIS.

Las redes de servicios de salud, en el 2001, con la R.M. N.º 122-2001- SA/DM, se aprueba los lineamientos para la

delimitación de redes de salud, y con la R.M. N.º 1125-2001-SA/DM, se aprueba la directiva para la delimitación de las Redes y Microrredes de salud, asimismo, con el D.S. N.º 013-2006-SA, los establecimientos se clasifican en: 1) sin internamiento (puestos de salud o postas de salud, centros de salud o centros médicos, policlínicos, centros médicos especializados, consultorios médicos y de otros profesionales de la salud), y, 2) con internamiento (hospitales o clínicas de atención general, hospitales o clínicas de atención especializadas, centros de salud con camas de internamiento, centros de atención geriátrica e institutos de salud especializados), todos con sus respectivas categorías (p. 322470).

En cambio, en el modelo de RIS, según el documento técnico “Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud”, aprobado con R. M. N.º 969-2021-MINSA, las IPRESS se clasifican en: a) IPRESS con rol puerta de entrada; b) IPRESS relacionado a zona sanitaria y c) IPRESS relacionado con área sanitaria (p.5).

C. Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

Son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten y/o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgo de salud, bajo cualquier modalidad (D.L. N.º 1158, art. 6, p. 508510).

Las IAFAS se clasifican en públicas, privadas y mixtas, entre ellas se tiene:

- a) Seguro Integral de Salud (SIS)

- b) Seguro Social de Salud (EsSalud), excluyendo la cobertura de prestaciones económicas y sociales.
- c) Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).
- d) Fondo de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional de Salud del Perú.
- e) Entidades Prestadoras de Salud (EPS).
- f) Empresas de Seguros contempladas en los numerales 1, 2 y 3 del inciso d) del artículo 16° de la Ley N.º 26702, que oferten cobertura de riesgos de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas.
- g) Asociaciones de Fondos Regionales y Provinciales Contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT).
- h) Entidades de Salud que ofrecen servicios de salud prepagadas.
- i) Autoseguros y fondos de salud, que gestionen fondos para la cobertura de salud de modo exclusivo o en adición a otro tipo de coberturas.
- j) Otras modalidades de aseguramiento público, privado o mixto distintas a las señaladas anteriormente (D.S. N.º 020-2014-SA, art. 7, p. 527690).

a. Plan esencial de aseguramiento en salud

El plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las IAFAS, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios (D.S. N.º 020-2014-SA, art. 23, p. 527693).

Glassman et al. (2017) el PBS es un conjunto de servicios de salud que se pondrán a disposición del beneficiario, puede determinarse de forma explícita o implícita, de

acuerdo a los fondos disponibles. Es importante distinguir el conjunto de tratamientos *de jure* que ofrece la teoría del conjunto de tratamientos *de facto* que los pacientes reciben en la realidad y pueden verse fuertemente afectados por factores tales como restricciones presupuestarias, geográficas, culturales, de infraestructura, de recursos humanos, entre otras (p.6).

D. Personal de la salud

Rovere (2006), manifiesta que con frecuencia se utilizan los nombres de: personal de salud, recursos humanos en salud, fuerza de trabajo en salud, trabajadores de salud. De forma didáctica presenta la tabla siguiente:

TABLA 01

Denominaciones y perspectivas

	Perspectiva funcional	más	Perspectiva estructural	más
Enunciado del objeto	Recursos Humanos en Salud	en	Fuerza de Trabajo en Salud	
Enunciado del sujeto	Profesionales de la Salud Personal de la Salud Trabajadores de la Salud		Agentes de Cambio Actores o fuerzas sociales	

Rovere (2006)

Los recursos humanos en salud son estudiados desde cuatro aspectos fundamentales, como: a) calidad del empleo y regímenes laborales, b) productividad del trabajo y calidad de los servicios, c) formación y capacitación, y d) gestión de los recursos humanos.

a. Calidad del empleo y regímenes laborales

Es innegable que el personal de la salud es esencial para el desarrollo de los sistemas de salud y que la salud de la

población conlleve a su vez a fortalecer la riqueza de las sociedades. Para que el personal puede desempeñar efectivamente sus funciones, necesita oportunidades de empleo, un salario adecuado, condiciones de trabajo seguras y saludables, una educación apropiada, desarrollo profesional continuo, oportunidades laborales, igualdad de trato y protección social (R.M. N.º 1357-2018-MINSA, p. 37).

La calidad de empleo o empleo decente, es la existencia de varias condiciones, como: trabajo productivo y seguro, respeto a los derechos laborales, remuneración adecuada, protección social y diálogo social, libertad sindical y otros (Novick, 2012, p. 10).

En el sector salud, se ha identificado situaciones muy heterogéneas de contratación, que incluyen relaciones contractuales diversas y con menor protección para los trabajadores, se tiene el régimen público del Decreto Legislativo 276, Ley Base de la Carrera Administrativa y remuneraciones del Estado; el Decreto Legislativo 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral; el Decreto Legislativo 1057, Ley del Régimen especial de contratación administrativa de servicios y locadores de servicios o contratos de naturaleza civil.

b. Productividad del trabajo y calidad de los servicios

La productividad o rendimiento laboral es el resultado alcanzado en un entorno de trabajo con relación a los recursos disponibles y depende de los objetivos o de las metas fijadas para cada trabajador de salud. La productividad es un indicador que permite medir los productos alcanzados (ejemplo consulta médica) por unidad de recurso disponible (ejemplo hora-médico) en un tiempo

dado; y permite evaluar la sub utilización o la sobre utilización de los trabajadores de salud (R.M. N.º 1357-2018-MINSA, p. 44).

La búsqueda de una mayor productividad en los servicios de salud, al igual que de la calidad, forma parte indisoluble para medir la contribución individual del personal de salud en la prestación de salud. La visión de la calidad en la atención de salud es alcanzar un sistema de salud que brinde una atención segura y efectiva, oportuna, equitativa e integral; informada y consentida, respetuosa del derecho y dignidad de las personas, sensible a los enfoques de género, acorde a las etapas de vida e interculturalidad y orientada a contribuir al logro del más alto nivel posible de salud física, mental y social (Limo Salazar, 2018).

La calidad de la asistencia sanitaria se juzga por el cumplimiento de una serie de expectativas o estándares que tienen tres orígenes: la ciencia de la atención sanitaria, que determina la eficiencia, los valores y expectativas individuales, que determinan la aceptabilidad, y los valores y expectativas sociales, que determinan la legitimidad (Aguirre Sánchez, 2018).

La productividad y calidad de las prestaciones de salud, no basta con el rendimiento del trabajador, sino la disponibilidad de profesionales calificados (cantidad) para determinadas condiciones de salud de la población (prevalencia de enfermedades).

c. Formación y capacitación

Uno de los principales activos del sistema de salud son sus profesionales sanitarios, tanto en su formación como su posterior actividad profesional, usualmente son regulados

por el sector público, que fija las restricciones de entrada al sistema educativo, provee la formación y proporciona empleo a los profesionales. La planificación educativa habrá de tener, pues, horizonte de muy largo plazo y deberá estar en consonancia con los planes y expectativas del crecimiento del componente asistencial y con la evolución previsible de otras fuentes y perfiles de empleo futuro que pudieran surgir de los cambios organizativos y tecnológicos (ONRHS, 2006, p. 26).

La formación de los recursos humanos en salud se regula, para el caso de los profesionales, en tres niveles: a) nivel de pregrado, b) nivel de especialización (postgrado), y c) capacitación del personal en servicio; dotado por las facultades de salud en las universidades públicas o privadas.

En el caso del personal técnico, la formación es dotado por los Institutos Superiores Tecnológicos, ya sea públicos o privados (ONRHS, 2005).

La formación universitaria y la formación tecnológica (institutos), debe ser profundamente participativa, vinculada a la prestación de los servicios de salud y la comunidad, a fin de que las instituciones prestadoras de servicios y los centros de formación de personal, en colaboración con la sociedad, definan el proceso de formación humanista, científica y con valores, puesto que ellos son los actores y protagonistas de la vida y, por tanto, son los responsables de obtener la calidad en las prestaciones de servicios requeridos, con productividad y creatividad (OPS, 1994, p. 19).

d. Gestión de los recursos humanos en salud

La gestión de recursos humanos es el conjunto de procedimientos, principios, normas y reglas que rigen para los procedimientos de selección, incorporación, desarrollo y progresividad, y desvinculación del trabajador; asumida por el MINSA, como responsable de difundir las políticas de recursos humanos en salud (R.M. N.º 1357-2018-MINSA).

E. Tecnologías de la información y la comunicación

Cuando se menciona de las TIC, se hace referencia al conjunto de avances tecnológicos que nos proporcionan la informática, las telecomunicaciones y las tecnologías audiovisuales, que comprenden los desarrollos relacionados con los ordenadores, el internet, la telefonía, los "mass media", las aplicaciones multimedia y la realidad virtual. Estas tecnologías básicamente nos proporcionan información, herramientas para su proceso y canales de comunicación (Mañas, 2019, p. 77).

Los sistemas de salud no son ajenos a los avances tecnológicos, la denominanda cibersalud, salud digital, telemedicina, y otras denominaciones, están formando parte de las políticas nacionales de salud del país.

La OMS (2021) establece que las tecnología digitales son un componente esencial y un factor facilitador de los sistemas de salud sostenibles y de la cobertura sanitaria universal (p.18).

Por su parte, la OPS (2021) considera 8 principios rectores de la transformación digital del sector salud, que son de importancia para la transformación digital en salud, estos son: 1) conectividad universal, 2) bienes públicos digitales, 3) salud digital inclusiva, 4) interoperabilidad, 5) derechos humanos, 6)

inteligencia artificial, 7) seguridad de la información y 8) arquitectura de salud pública (p.6).

La transformación digital en salud, implica un paso importante, que surge con mayor énfasis en la pandemia del COVID – 19, a raíz de la crisis sanitaria, se desnudó la deficiente e insuficiente infraestructura, equipamiento y recursos humanos en el manejo de las tecnologías de la información, por lo que, se hace evidente la imperiosa necesidad de cambiar las reglas de juego en la prestación de los servicios de salud, convirtiéndose de gran utilidad las TIC (Bagolle et al., 2022).

Los servicios de salud digital se ha desplegado en diferentes dimensiones, desde la entrega de la prestación de los servicios en forma digital, como: consulta médica, enfermería, psicología, nutrición, entre otras enfermedades; monitoreo remoto, visitas domiciliarias a través de la consulta virtual, trabajo y coordinación entre equipos de salud, formación técnica a distancia, registros clínicos (historia clínica electrónica), recetas electrónicas, e incluso la gobernanza digital, han sido desarrolladas mediante las TIC (Astorga et al., 2022).

El sistema de salud peruano, no es ajeno al proceso de transformación digital, a través del Documento Técnico “Agenda Digital Sector Salud 2020-2025”, establece que el sector salud a nivel nacional, se encuentra en pleno proceso de transformación digital a través de la identificación y adopción de soluciones digitales como la historia clínica electrónica, la telesalud y todas sus formas, citas médicas en línea, receta electrónica, certificado de defunción en línea, GeoRis, entre otros (R.M. N.º 816-2020/MINSA, p. 20).

F. Modelo de atención en salud

El modelo de atención en salud se concibe, como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige (más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados), a las personas, consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (Salgado Zepeda, 2005, p. 25).

El MINSA, como ente rector del sistema nacional de salud, ha ido adaptando varios modelos de atención como proyecto pilotos en varias regiones del Perú, como: el Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT), Proyecto de Atención Primaria y Saneamiento Básico en Cajamarca (APRISABAC) y otros. Sin embargo, el año 2003, a través de la R. M. N.º 729-2003-SA/AD, se aprueba el “Modelo de Atención Integral en Salud-MAIS” que surge de la idea de recuperar la integridad del ser humano al momento de estructurar la respuesta social en salud, colocando a la persona y su familia como centro de atención, dicho modelo estaba orientado a desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, con el objetivo de obtener una persona, familia y comunidad saludable (p. 5).

En el 2011, el MINSA adopta el MAIS – BFC, y deja sin efecto el MAIS aprobado en el año 2003. En MAIS – BFC aplica las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de la persona en el contexto de la familia y comunidad, antes que las enfermedades o daños en específico, con este modelo se crea estrategias sanitarias como mecanismos de manejo sectorial e intersectorial de determinadas prioridades nacionales y regionales como: salud sexual y reproductiva,

nutrición y alimentación saludables, ITS – VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, inmunizaciones, salud mental, enfermedades no transmisibles y salud familiar, así como la atención extramural y la aparición de ofertas móviles para poblaciones dispersas, creación de direcciones, entre otros aspectos(R.M. N.º 464-2011/MINSA, pp.4-6).

En el 2020, el MINSA, con la R.M. N.º 030-2020/MINSA, aprueba el documento técnico. “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)” y deja sin efecto del MAIS – BFC, tiene la finalidad de mejorar las condiciones de vida y el nivel de salud de la población residente en el país. El MCI constituye una evolución al MAIS – BFC, y propone fortalecer los avances alcanzados mediante el rediseño de los procesos y procedimientos necesarios para lograr el acceso universal y la cobertura universal de las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, priorizando la APS, el cual, está compuesto de cuatro componentes, que son: 1) organización para el cuidado integral de salud, 2) gestión de recursos para el cuidado integral de salud, 3) provisión del cuidado integral de salud y 4) financiamiento del cuidado integral de salud.

La incorporación del MCI, refuerza la organización territorial del cuidado integral de salud que es abordado a través de las RIS, aprobado por la Ley N.º 30885 y su reglamento.

G. Superintendencia Nacional de Salud

Con el D.L. N.º 1158 y modificatorias, se dispone el fortalecimiento y el cambio de denominación de la SUNASA, por la SUSALUD, para todo efecto legal.

La SUSALUD es un organismo técnico especializado adscrito al MINSA, que cuenta con autonomía técnica, funcional,

administrativa, económica y financiera; tiene competencia sobre todas las IAFAS, las IPRESS y las UGIPRESS.

La SUSALUD, tiene por finalidad promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad, y aceptabilidad, con independencia de quien lo financie, así como los que correspondan a su relación de consumo con las IAFAS o IPRESS.

2.3. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN – HOSPITALES

2.3.1. Breve alcance de hospital

Las IPRESS llamados hospitales, no tiene un concepto o categoría única, por lo que, puede ser abordado de diferentes maneras, la OPS (2018) describe al hospital, como:

un establecimiento de salud con varias decenas o centenas de camas, compuesto de una serie de departamentos médicos, quirúrgicos y de especialidades, que cuenta con un servicio de urgencias, consultas externas de especialidades y servicios de internación y que tiene como parte de su responsabilidad satisfacer las necesidades de una población de entre 50 000 y varios cientos de miles de personas. (p.14)

Para Malagón Londoño et al. (2002), el hospital es el centro de referencia que debe de recibir a los pacientes cuyos problemas no han podido resolverse en niveles inferiores. La misión fundamental del hospital está encaminada a la recuperación de la salud en la cual compromete todos los esfuerzos administrativos, técnicos – científicos, de investigación bajo la responsabilidad de un equipo humano adecuadamente preparado y seleccionado (p.20).

Los hospitales han mostrado gran evolución desde sus comienzos. Los sucesivos descubrimientos científicos en técnicas quirúrgicas, el

advenimiento de los antibióticos, los avances de la biología molecular y celular, el desarrollo de nuevas terapéuticas y los avances tecnológicos desarrollados por el hombre, han permitido que el diagnóstico y tratamiento de enfermedades sea eficaz y relativamente rápido (Velázquez y Llorente, 2018).

Hasta aquí, lo fundamental siguió siendo la asistencia a los enfermos sin ningún otro esbozo de interés por los problemas del individuo en las etapas pre y post nosocomiales y mucho menos por los aspectos sanitarios, educativos, y de investigación aplicada, de rehabilitación laborativa y social (García, 2012).

Según De Moraes y Motta (1996) el modelo de referencia de un hospital moderno, dotado de tecnología avanzada y de una estructura de organización apta para prestar servicios de salud de calidad, genera satisfacción en los usuarios y crea un ambiente interno de vida funcional satisfactoria y de progreso individual; para ser considerado hospital moderno, deben ser consideradas tres dimensiones fundamentales: la dimensión tecnológica (se refiere a todo equipo y conocimientos), dimensión física (infraestructura de ingeniería y de instalaciones necesarias) y dimensión humana y gerencial (recursos humanos y capacidad gerencial).

Finalmente, el hospital es una institución compleja, que, para proveer prestaciones de salud, requiere de infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, procedimientos y tecnologías, así como, un modelo de atención que sirva como base para la atención del paciente.

2.3.2. Clasificación

Las IPRESS del segundo nivel de atención, se clasifican en establecimientos de atención general y especializada. Los hospitales especializados se dedican exclusivamente al tratamiento de órganos o sistemas específicos del cuerpo (por ejemplo, la vista, el oído,

nariz y garganta; sistema de nervioso central; ortopedia), o de determinado grupo de estados patológicos (por ejemplo, la tuberculosis, los accidentes, las enfermedades infecciosas, el cáncer), o ciertos grupos de población (por ejemplo, los niños). Los hospitales generales, cuentan con una amplia variedad de servicios de especialistas, tienden a prestar tratamientos a hombres, mujeres y niños que padezcan cualquier tipo de enfermedad, con la sola excepción de las altamente infecto-contagiosas y las peligrosas (Llewelyn y Macaulay, 1969, p. 14).

A. Establecimientos de atención general

Los establecimientos de atención general, según la categoría, se clasifican en las categorías II-1 y II-2.

a. Establecimientos de categoría II-1

Las IPRESS con esta categoría, tienen capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia y de hospitalización. Cuentan como mínimo con las UPSS: consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico, medicina de rehabilitación, diagnóstico por imágenes, patología clínica, farmacia, centro de hemoterapia y banco de sangre, nutrición y dietética, y central de esterilización (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p.36).

b. Establecimientos de categoría II-2

Las IPRESS con esta categoría, tienen capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población, a

través de atención ambulatoria, de emergencia, hospitalización y cuidados intensivos. Cuentan como mínimo con las UPSS: consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos, medicina de rehabilitación, diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, farmacia, centro de hemoterapia y banco de sangre, nutrición y dietética, y central de esterilización (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p.46).

B. Establecimientos de atención especializada

Las IPRESS de atención especializada en el segundo nivel de atención, se encuentra los establecimientos de categoría II-E.

a. Establecimientos de categoría II-E

Las IPRESS con esta categoría, tienen capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la población, a través de atención ambulatoria, de emergencia y hospitalización, que comprende a los establecimientos de salud de atención especializada que desarrollan servicios de salud en una especialidad principal y opcionalmente otras especializadas; además, pueden desarrollar uno o más servicios sub- especializados derivados de la especialidad principal; ya sea en un campo clínico o grupo etario. Siendo obligatorias las UPSS de atención directa: consulta externa y hospitalización; así como las UPSS de atención de soporte: diagnóstico por imágenes, patología clínica, farmacia, nutrición y dietética (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p.59).

2.3.3. Unidades Productoras de Servicios de Salud

Es el conjunto de recursos humanos y tecnológico en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros), organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad, y están referidas a los procesos operativos (UPSS de atención directa de salud, UPSS de investigación, y docencia) y a los procesos de soporte (UPSS de atención de soporte en salud) de la IPRESS, y que a través de los servicios que produzcan resuelvan necesidades de salud individuales de un usuario en torno de su familia y comunidad (R.M. N.º 076-2014-MINSA, p. 4).

En una IPRESS del segundo nivel de atención, con categoría II-2, las UPSS/actividades mínimas obligatorias de atención directa, son: consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico y unidad de cuidados intensivos; y las UPSS/actividades de atención de soporte, son: medicina de rehabilitación, diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica, farmacia, centro de hemoterapia y banco de sangre, nutrición y dietética, y central de esterilización, trataremos brevemente la composición de cada UPSS.

A. UPSS/actividades de atención directa

a. UPSS de consulta externa

La consulta externa es la unidad básica de la IPRESS organizada para la atención de salud, en la modalidad ambulatoria, a usuarios que no estén en condición de urgencia y/o emergencia (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 46).

b. UPSS de emergencia

Unidad básica de la IPRESS organizada para la atención inmediata y permanente a usuarios que estén en condición de urgencia y/o emergencia (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 47).

c. UPSS de hospitalización

Unidad básica de la IPRESS organizada para brindar los cuidados necesarios que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce (12) horas, por su grado de dependencia o riesgo. Dichos cuidados están referidos a las atenciones y procedimientos médicos quirúrgicos, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 48).

d. UPSS de centro obstétrico

Unidad básica de la IPRESS organizada para la atención del parto vaginal de la gestante con o sin complicaciones, la atención durante el puerperio inmediato, y la atención inmediata del recién nacido. En todas las IPRESS se prioriza la atención de la gestante con complicaciones (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 49).

e. UPSS de centro quirúrgico

Unidad básica de la IPRESS organizada para realizar procedimientos anestesiológicos e intervenciones quirúrgicas, así como para la atención de la fase de

recuperación post anestésica (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 50).

f. UPSS de unidad de cuidados intensivos

Unidad básica de la IPRESS organizada para la atención de salud especializada en medicina intensiva a usuarios críticos en condición de inestabilidad y gravedad persistente (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 51).

B. UPSS/actividades de atención de soporte

a. UPSS de farmacia

Unidad básica de la IPRESS organizada para la dispensación, expendio, gestión de programación y almacenamiento especializado de productos farmacéuticos, dispositivos médicos (con excepción de equipos biomédicos y de tecnología controlada) y productos sanitarios que correspondan; así como, farmacotécnica y farmacia clínica, de acuerdo a la complejidad del establecimiento (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 54).

b. UPSS de patología clínica

Unidad básica de la IPRESS organizada para la toma, recepción, procesamiento de muestras biológicas y emisión de resultados de los procedimientos de patología clínica (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 53).

c. UPSS diagnóstico por imágenes

Unidad básica funcional de la IPRESS organizada para la realización, procedimiento e interpretación de los estudios por radiaciones ionizantes y no ionizantes (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 52).

d. UPSS de nutrición y dietética

Unidad básica de la IPRESS organizada para promover, prevenir, proteger y recuperar la salud nutricional del usuario de atención ambulatoria y usuario hospitalizado, garantizando la oportunidad y calidad de atención (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 56).

e. UPSS de medicina de rehabilitación

Unidad básica de la IPRESS organizada para la atención de la persona con discapacidad temporal o permanente (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 51).

f. UPSS de central de esterilización

Unidad básica de la IPRESS organizada para realizar la limpieza, desinfección, preparación y empaque, esterilización mediante métodos físicos y químicos, almacenamiento y distribución del material médico, instrumental y equipo biomédico de la IPRESS. Asimismo, se realiza desinfección de alto nivel (DAN) y de nivel intermedio (DNI) del material y equipo biomédico que lo

requiera de acuerdo a la normatividad vigente (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 57).

g. UPSS de centro de hemoterapia y banco de sangre

Unidad básica de la IPRESS organizada para realizar procesos para la provisión de sangre y hemocomponentes, en condiciones de seguridad a las UPSS usuarias de la propio IPRESS o a otras IPRESS de corresponder (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 55).

h. UPSS de anatomía patológica

Unidad básica de la IPRESS organizada para realizar los exámenes anatomopatológicos para confirmar, esclarecer o definir diagnósticos, garantizando la calidad y oportunidad de los informes (NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, p. 54).

C. Actividades de atención directa y de soporte en la IPRESS de categoría II-2

Son de cumplimiento obligatorio en todas las IPRESS la realización de las siguientes actividades:

- a) Referencias y contrareferencias.
- b) Vigilancia epidemiológica.
- c) Salud ambiental.
- d) Registro de la atención e información.
- e) Atención del recién nacido en el área de observación.
- f) Diálisis.
- g) Atención integral del cáncer.
- h) Salud ocupacional.

2.3.4. Recurso Humano mínimo en IPRESS del Segundo Nivel de Atención

El recurso humano necesario que debe contar una IPRESS del segundo nivel de atención, a fin que se encuentren disponibles, calificados y competentes para ofertar los servicios de salud, son:

- A) Médico Internista
- B) Pediatra
- C) Cirujano General
- D) Anestesiólogo
- E) Cirujano dentista
- F) Químico farmacéutico
- G) Obstetra
- H) Licenciado en enfermería
- I) Licenciado en psicología
- J) Licenciado en nutrición
- K) Trabajador social
- L) Biólogo
- M) Tecnólogo médico: en laboratorio y anatomía patológica, terapia física y rehabilitación, y radiología.
- N) Médicos especialistas: cardiología, medicina de rehabilitación, neurólogo, neumólogo, gastroenterólogo, dermatólogo, endocrinólogo, reumatólogo, psiquiatra, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, traumatólogo, urólogo, patólogo clínico, radiólogo y anatomopatólogo.

A. Cartera de servicios de salud

Es el conjunto de las diferentes prestaciones que brinda una IPRESS y responde a las necesidades de salud de la población y las prioridades de políticas sanitarias (NTS N.º 113-MINSA/DIGIEM-V01, p. 04).

La cartera de servicios de salud en una IPRESS se define teniendo en cuenta los criterios que se describen para la demanda y la oferta.

a. Demanda

La demanda se compone de los siguientes criterios: a) Población referencial y/o asignada de la IPRESS; b) perfil epidemiológico de la población referencial y/o asignada; c) Carga de enfermedad de la población referencial y/o asignada disponible; d) Accesibilidad geográfica y e) Accesibilidad a servicios especializados (R.M. N.º 099-2014/MINSA, p.4).

b. Oferta

La oferta se compone de los siguientes criterios: a) capacidad resolutive (disponibilidad equipamiento, infraestructura, especialización de recursos humano y tecnificación de recursos tecnológicos); b) nivel de atención; c) campo clínico; d) continuidad de la atención; d) criterios de distribución de servicios (ratios de distribución poblacional y territorial); e) indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad de las prestaciones; f) rol de la IPRESS como parte de la Red de Servicios de Salud a la que pertenece (R.M. N.º 099-2014/MINSA, p.4).

2.4. PRESTACIONES DE SALUD

2.4.1. Definición

A fin de definir una prestación de salud, es necesario, entender el significado de 'prestación'; para ello, se describe el abanico de posibilidades que se recogen en el derecho; es así, en la teoría de las obligaciones, la prestación (o contenido de la obligación) es caracterizado como el comportamiento del deudor tendiente a satisfacer el interés del acreedor. Hay prestaciones positivas (implican hechos positivos), que pueden ser real (entrega de una cosa) o personal (realización de una actividad), y prestaciones negativas (que consisten en una abstención), y toda prestación, generalmente debe cumplir con ciertos requisitos, que son: la posibilidad, la licitud, la determinabilidad y la patrimonialidad (Alterini et al., 1996).

En el derecho laboral, se entiende como prestaciones a los beneficios de la seguridad y servicios sociales para los trabajadores, comprendidas en las leyes y reglamentos laborales que son cubiertas con las aportaciones de patrones, trabajadores y gobierno, son algunas prestaciones: 1) seguro de enfermedades no profesionales, 2) seguro de accidente de trabajo y enfermedades profesionales, etc. (Inesa Ortega, 1982).

Por su lado, en el derecho administrativo, la prestación está vinculada con la función administrativa, antes de restringir o limitar los derechos de los ciudadanos, está para afectar positivamente y ampliar la esfera de derechos de los ciudadanos mediante el cumplimiento de determinadas actividades, de diverso contenido, que realiza la administración. La actividad prestacional constituye un variado complejo de acciones de dación, de asistencia y cobertura frente a contingencias de las personas individualmente consideradas, asumidas por la administración en atención a razones variables de orden político, social, económico o técnico, es decir a la

producción o suministro de bienes y servicios para cada habitante (Delpiazzo, 2020).

En otros términos, las prestaciones administrativas son todas las actividades que realiza el Estado para cumplir sus fines esenciales en beneficio de la colectividad (Patrón Faura y Patrón Bedoya, 2004). Se puede entender que, la actividad prestacional del Estado está íntimamente ligado con los servicios públicos. Bielsa citado por Bacacorzo (1992), establece que el servicio público es “toda acción o prestación realizada por la administración pública activa, directa o indirectamente, para la satisfacción concreta de necesidades colectivas (...)”.

Ahora bien, en el derecho sanitario, se entiende a la prestación de salud, como los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, de promoción y mantenimiento de la salud dirigida a los ciudadanos (Vidal Fernández, 2005, p. 19). Por su parte, Pemán Gavín (2001) las prestaciones sanitarias constituyen, en efecto, muy frecuentemente un servicio desarrollado sobre las personas atendidas con aplicación de los conocimientos y técnicas que proporcionan las ciencias médicas con finalidades preventivas, curativas o rehabilitadoras.

La prestación sanitaria abarca desde la medicina general hasta las especialidades comprendidas en los más amplios cuadros médicos. La enfermedad en su más amplia gama conocida y, en su día, las presumibles, psiquiatría, tuberculosis, cáncer, etc. (Fagoaga, 1980); y tienen por finalidad la preservación, conservación y, en su caso, la restauración de la salud (Delgado del Rincón, 2019).

Las prestaciones de salud, en la legislación nacional, reconoce dos acepciones, como sinónimo de atenciones de salud, y la otra, a las atenciones de salud que recibe un usuario o paciente de una IPRESS, en el contexto de una relación creada mediante un seguro de salud (público o privado). Así, todas las prestaciones son atenciones, pero no todas las atenciones son prestaciones (R.M. N.º

653-2020/MINSA, p.18). Por eso se dice que el objeto de las prestaciones sanitarias es la asistencia sanitaria (Pemán Gavín, 2001, p. 95).

2.4.2. Elementos de las prestaciones de salud

Hubo un tiempo en que la atención médica consistía en una sencilla relación de persona a persona, entre el paciente y el médico. Los avances científicos han hecho que surjan numerosas especialidades médicas y cada vez más numerosos los tipos de profesionales y técnicos en campos auxiliares (Salon et al., 1992). Es así, con el transcurrir del tiempo, una prestación de salud o una atención de salud, ya no basta el conocimiento del profesional de la salud, sino es necesario para la ejecución del procedimiento, la existencia de algunos elementos, como: recursos materiales, insumos, tecnologías, recursos financieros y de la información.

Barbara Starfield (1992) refiere que los elementos en el ejercicio de la medicina, son de índole estructural y funcional. En el elemento estructural se incluye al personal (número, tipo, adiestramiento y motivación); establecimientos (número, tipo, acreditación y normas); equipo; organización (coordinación, continuidad, accesibilidad y propiedad); sistemas y registro de información; y financiamiento (pago por parte de los pacientes y reembolso a los proveedores); y en cuanto al de índole funcional, incluye reconocimiento de problemas, procedimientos y emisión de diagnóstico, terapia y manejo de casos (incluidas las medidas para tranquilizar al paciente, recetas, hospitalización), además de la reevaluación.

Beato Espejo (1994) considera que el derecho a la atención sanitaria, se sustentan, en tres elementos claves: el usuario, destinatario del derecho, la administración pública, responsable de su tutela a través de la organización de los servicios necesarios, y

los profesionales sanitarios que actualizan el deber impuesto en la institución (p. 59).

Si bien, no existe un desarrollo profundo de los elementos de las prestaciones de salud, compartimos la idea, de la existencia de elementos de carácter estructural y funcional (procedimientos médicos y sanitarios).

A. Elementos de carácter estructural

La mayoría de intervenciones dependen de ciertos aspectos estructurales que son indispensables para la prestación de salud, como: infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, tecnologías sanitarias y financiamiento.

a. Infraestructura

La infraestructura es el soporte primordial de la oferta fija, debe de estar correctamente ubicada, presentar condiciones físicas adecuadas, tener el tamaño y el dimensionamiento requerido (Estrada y Acuña, 2019, p. 201).

La infraestructura se compone de: i) el terreno, ii) la infraestructura física, y iii) funcionalidad de la infraestructura.

a) El terreno

El terreno es uno de los componentes importantes de la infraestructura, para ello, se tendrá en cuenta varios aspectos, según la NTS N.º 110-MINSA/DGIEM. V01, así tenemos:

i. Localización y ubicación

El terreno debe estar identificado en un espacio geográfico determinado, compatible con el plan de desarrollo urbano o plan de ordenamiento territorial.

ii. Tenencia legal

El terreno debe contar con el saneamiento físico legal en el registro de propiedad inmueble correspondiente, es decir, debe contar con el título de propiedad, donde se identifique el titular del terreno y otros aspectos.

iii. Accesibilidad y vías de acceso

La accesibilidad hace referencia a que el terreno cuente con vías de acceso o medios de transporte que existe alrededor del establecimiento.

iv. Disponibilidad de los servicios básicos

Es importante conocer las condiciones básicas que presente el terreno, que comprende: agua, desagüe y/o alcantarillado, energía eléctrica, comunicaciones, telefonía y otros.

v. Vulnerabilidad y exposición al riesgo

El terreno no debe ubicarse en terrenos vulnerables a fenómenos naturales, inundaciones,

desbordes por corrientes o fuerzas erosivas; en cuencas topográficas accidentadas, lechos de ríos, aluviones y huaycos; terrenos con pendientes inestables, etc.

b) La infraestructura física

La infraestructura física comprende el edificio y todo el sistema constructivo, así como, las instalaciones eléctricas, sanitarias, mecánicas, comunicaciones y otros.

i. Sistema de construcción

En este aspecto se refiere al proceso constructivo en sí del edificio, materiales usados, y el cumplimiento normativo en el proceso de construcción en base al reglamento nacional de edificaciones (RNE).

ii. Instalaciones eléctricas

Las instalaciones eléctricas comprenden los sistemas de energía eléctrica permanente y alternativo, suministro eléctrico, redes aéreas y/o subterráneas de tensión.

iii. Instalaciones sanitarias

Las instalaciones sanitarias comprenden los volúmenes de almacenamiento, sistemas de agua fría, agua caliente, sistemas de desagüe y

ventilación, sistema de contraincendios, sistemas de regadío, drenaje de aire acondicionado, drenaje pluvial y residuos sólidos (Norma IS.010 de RNE).

iv. Instalaciones mecánicas

Las instalaciones mecánicas comprenden las instalaciones de los gases medicinales, vacíos clínicos, aire comprimido medicinal e industrial, equipamiento mecánico (ascensores, porta camillas, ventilación mecánica, etc.).

v. Instalaciones de comunicaciones

Las instalaciones de comunicaciones comprenden el sistema de almacenamiento centralizado (data center), comunicación por radio, conectividad y seguridad informática, control de acceso, detección y alarma de incendios, etc.

c) Funcionalidad de la infraestructura

Se refiere a la adecuada articulación de las UPSS, en la IPRESS, los flujos de circulación interna, externa, horizontal y vertical.

i. Flujos de circulación interna

La circulación interna permite la circulación de pacientes ambulatorios e internos en todas las áreas del edificio sin restricciones físicas, con la finalidad

de conservar la zonificación de los servicios, y a su vez, permitan el transporte eficaz de suministros y servicios a todo el establecimiento (NTS N.º 110-MINSA/DGIEM. V01, p. 14)

ii. Flujos de circulación externa

Los flujos de circulación externa, sea peatonal o vehicular consideran los ingresos y salidas para pacientes, visitantes, personal, vehículos, materiales y servicios. En las IPRESS del segundo nivel de atención se deben diferenciar sus ingresos como mínimo e ingreso principal, emergencias y servicios generales (NTS N.º 110/MINSA/DGIEM. V01, p. 15).

iii. Flujos de circulación horizontal

Se da a través de superficies que permiten la interrelación funcional entre ambientes sin cambiar el nivel de la edificación (NTS N.º 110-MINSA/DGIEM. V01, p. 12).

iv. Flujos de circulación vertical

Se da a través de equipos electromecánicos que permiten la interrelación funcional de ambientes o unidades que componen una IPRESS entre los diferentes niveles de la edificación, esta circulación es a través del uso de escaleras, rampas, y/o ascensores (NTS N.º 110-MINSA/DGIEM. V01, p. 13).

b. Equipamiento

El equipamiento es el conjunto de bienes de una IPRESS necesarios para el desarrollo de las prestaciones de salud o actividades administrativas. Comprende: equipos, mobiliario, instrumental y vehículo (NTS N.º 110-MINSA/DGIEM. V01, p. 6).

En una IPRESS, no es suficiente que cuente con el equipamiento apropiado, sino que todo equipamiento lleve consigo un conjunto de procedimientos sistemáticos en todo el ciclo de vida de estos activos, desde su planificación, adquisición, instalación, mantenimiento, capacitación en su uso, operación, obsolescencia, reposición, baja y disposición final, a fin de que estén disponibles para su uso seguro y confiable en las atenciones de salud (Jaldin et al., 2017).

Un aspecto importante del equipamiento es determinar la estimación de la vida útil para el que fue diseñado y los años en los que estará prestando servicios, situación que es producto de la realización del inventario, donde, con este procedimiento se obtiene toda la información sobre el equipo (denominación, marca, modelo, serie, tipo de equipo, año de fabricación, color, y otros), cantidad y situación operativa actual (bueno, regular y malo) (O'Connor, 2012, p. 10).

El equipamiento en una IPRESS, se compone de: equipo médico (biomédicos), equipo electromecánico, equipo complementario, equipo informático, mobiliario administrativo y clínico, instrumental y vehículo.

i. Equipo médico

El equipo médico es un dispositivo que se usa específicamente para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de una enfermedad o lesión, ya sea sólo o junto con accesorios, material fungible (también conocido como material consumible) u otros equipos médicos. No se consideran equipos médicos, los dispositivos como implantables, desechables o de un solo uso (Painter y Baretich, 2012).

Hansen (2012), señala como dispositivo médico a todo instrumento, aparato, utensilio, máquina, implante, reactivo en vitro o calibrador, software, material o producto similar o relacionado que no logra el efecto principal perseguido en o sobre el organismo humano por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos y está concebido para ser empleado en seres humanos, para los fines de diagnóstico, prevención, vigilancia, tratamiento o alivio de enfermedades o lesiones.

De todo el equipamiento existente en una IPRESS, el equipo médico, se ha convertido en la parte medular de la atención de salud, debido a la importancia en su uso, desde el diagnóstico hasta el proceso de recuperación de la salud del paciente.

Por su gran complejidad (dimensión cuantitativa) y por su constante innovación tecnológica (dimensión cualitativa), no es posible determinar con precisión la cantidad de equipos médicos existentes alrededor del mundo, y son los que tienen un costo muy elevado, por ejemplo, una unidad de imagenología por resonancia magnética, puede costar entre 2 y 8 millones de dólares, un sistema de terapia protónica multisala, con un costo

aproximado de 150 millones de dólares, ello supondría todo el presupuesto anual de un país en vías de desarrollo (Hansen, 2012, p. 49).

ii. Equipo electromecánico

Es el equipo que provee el ambiente y las condiciones para realizar una adecuada prestación de servicios, tanto en sus componentes asistenciales como hoteleros. En este rubro están los equipos de lavandería, cocina, calderas, equipos de manejo de residuos sólidos, equipos de gases medicinales, aire acondicionado, refrigeración, eléctricas, equipo contra incendios, equipo de taller de mantenimiento, equipo de seguridad, ascensores, entre otros (R.M. N.º 148-2013/MINSA, p. 7).

iii. Equipo complementario

Es el equipo que cumple con funciones de equipo médico, tienen un diseño más sencillo. En este rubro se considera a: laringoscopios, pantoscopios, equipos de resucitación, tensiómetros o esfigmomanómetros, entre otros (R.M. N.º 148-2013/MINSA, p. 7).

iv. Equipo informático

Este tipo de equipamiento permite el adecuado procesamiento de información, mediante el uso de software y/o programas. En este rubro se consideran: computadora personal portátil, impresoras, fotocopadoras, proyectores multimedia y sistemas de

gestión de imágenes médicas (PAC/RIS), sistemas de registro de historias clínicas, sistemas de gestión administrativa y logística (NTS N.º 110/MINSA, p. 6).

v. Mobiliario

Considerados como productos de apoyo o auxiliares, por lo general no están relacionados con el diagnóstico médico, sino con las limitaciones funcionales. Más que para curar una enfermedad o aflicción, se utilizan para mantener o mejorar la funcionalidad y paliar, en la medida de lo posible, la discapacidad de la persona que lo utiliza (Hansen, 2012, p. 11).

El mobiliario puede ser clínico o administrativo, está constituido por todo mueble de apoyo usado para realizar una labor clínica o administrativa. Ejemplo: mesa diván, mesa de curaciones, cama de hospitalización, camillas de transporte, escritorios, sillas, archivadores, credenzas y otros (R.M. N.º 148-2013/MINSA, p.7).

vi. Instrumental

El instrumental, denominado instrumental quirúrgico, es el conjunto de instrumentos usados durante la actividad quirúrgica, constituidos, integrados y denominados como set de instrumental quirúrgico y que corresponden a un mismo daño quirúrgico. Ejemplo: set instrumental para apendicectomía, set de instrumental para legrado uterino, set instrumental para catarata, set instrumental odontológico (R.M. N.º 148-2013/MINSA, p. 7). El instrumental es el equipamiento asociado al quirófano (Ampuero, 2018, p. 198).

vii. Vehículo

Medio capaz de desplazamiento, pudiendo ser motorizado o no, que sirve para transportar pacientes con urgencias y/o emergencias, y bienes de la IPRESS (R.M. N.º 148-2013/MINSA, p.7)

c. Recursos humanos

El personal de salud (recurso humano, personal sanitario, etc.) es la columna vertebral de la prestación de salud, su objetivo común consiste en mejorar la salud de las personas y las poblaciones (Pérez Cuebas et al., 2023).

El personal de salud se encuentra clasificado en tres grupos: profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.

a) Profesionales de la salud

Se considera profesional de la salud, a la persona que ocupa un puesto vinculado a la salud individual o salud pública en las entidades o establecimientos de salud.

En la Ley N.º 23536, ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, no precisa una definición sobre “profesionales de la salud”; sin embargo, se puede ensayar una definición, “los profesionales de la salud, son aquellos que prestan servicios asistenciales¹,

¹ El artículo 2º de la ley N.º 23536, considera trabajo “*asistencial*”, a las actividades finales, intermedias y de apoyo que realizan los profesionales de la salud, en los establecimientos de salud del Sector Público. El D.S. N.º 0019-83-PCM, reglamento de la ley N.º 23536 de trabajo y carrera de los profesionales de la salud, modificado por el D.S. N.º 024-83-PCM, en su artículo 3º, desarrolla el contenido del artículo 2º de la ley, en los siguientes términos: Actividades Finales.- A las que desempeñan los profesionales que satisfacen directamente la demanda del consultante

técnicas, administrativas, asesores y docentes en instituciones públicas, privadas y mixtas en el campo de la salud”.

La Ley N.º 23536² y la Ley N.º 23728³, considera como profesionales de la salud, a los siguientes:

- i. **Médico cirujano**⁴, médicos con especialidades y subespecialidades.
- ii. **Cirujano dentista**⁵.
- iii. **Químico farmacéutico**⁶.
- iv. **Obstetra**⁷.

brindándole atención integral en el diagnóstico, tratamiento y/o recuperación de la salud, bajo la forma de consulta médica, hospitalaria, de urgencia, atención odontológica, gineco- obstetra, farmacológica y saneamiento ambiental. Actividades Intermedias. - A las que desempeñan los profesionales que complementan la atención integral del paciente, brindando los elementos y/o cuidados necesarios para su tratamiento y recuperación, el conocimiento, orientación y dominio de sus problemas emocionales. Actividades de Apoyo. - A las que desempeñan los profesionales que trabajando en equipo desarrollan acciones, orientadas a la protección y promoción de la salud, coadyuvando a su conservación y/o recuperación, tanto de la persona, familia o comunidad a través de la investigación, o el servicio social.

² Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud.

³ Ley que establece normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, que prestan servicios asistenciales y administrativos en el sector público, bajo el régimen de la ley N.º 11377.

⁴ El D.L. N.º 559, ley del trabajo médico y su reglamento aprobado por el D.S. N.º 024-2001-SA, tienen por finalidad normar y regular el trabajo del Médico Cirujano, con matrícula vigente en el Colegio Médico del Perú, en todas las dependencias del Sector Público Nacional y Sector Privado en lo aplicable.

⁵ La Ley N.º 27878, Ley del Trabajo del Cirujano Dentista y su reglamento aprobado por el D.S. N.º 016-2005-SA, modificado por D.S. N.º 032-2016-SA, normas que regulan el ejercicio profesional del Cirujano Dentista, Colegiado y Habilitado en todas las dependencias del sector público, en el sector privado y en el ejercicio liberal de la profesión en cuanto resulte aplicable. De ser el caso, en el sector privado se aplicará la norma o condición más beneficiosa al Cirujano Dentista.

⁶ La Ley N.º 28173, Ley del Químico Farmacéutico del Perú y su reglamento aprobado por el D.S. N.º 008-2006-SA, regula el trabajo del profesional Químico Farmacéutico debidamente colegiado y habilitado por el profesional respectivo, en todas las dependencias del sector público y privado.

⁷ Con la R.M. N.º 256-2015/MINSA, modifican la denominación del Cargo de Obstetrix a fin de reemplazarlo por la denominación de Obstetras. La Ley N.º 27853, Ley del Trabajo de la Obstetra y su reglamento aprobado por el D.S. N.º 008-2003-SA, se regula el ejercicio de la Obstetra colegiada y habilitada en todas las dependencias del sector público, así como en el sector privado, cualquier sea la modalidad de la relación laboral, en lo que no sea contrario o incompatible con el

- v. **Enfermero**⁸.
- vi. **Médico veterinario**⁹ que presta servicios en el campo asistencia de la salud.
- vii. **Biólogo**¹⁰ que presta servicios en el campo asistencia de la salud.
- viii. **Psicólogo**¹¹ que presta servicios en el campo asistencial de la salud.
- ix. **Nutricionista**¹² que presta servicios en el campo asistencial de la salud.
- x. **Ingeniero sanitario**¹³ que presta servicios en el campo asistencial de la salud.

régimen laboral de la actividad privada y, asimismo en el ejercicio libre de la profesión en cuanto sea aplicable.

⁸ La Ley N.º 27669, Ley del Trabajo de la Enfermera(o) y su reglamento aprobado por el D.S. N.º 004-2002-SA, regula el ejercicio profesional de la enfermera (o) colegiada (o) en todas entidades del Sector Público Nacional, así como el Sector Privado en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada. De ser el caso, se aplicará la norma o condición más beneficiosa para la enfermera(o).

⁹ La Ley N.º 13679, Ley del Ejercicio de la Medicina Veterinaria y su reglamento aprobado por el D.S. N.º 065, establece que podrán ejercer la Medicina Veterinaria los Titulados de Médicos Veterinarios en algunas de las Facultades de Medicina Veterinaria de las Universidades Nacionales o Extranjeras.

¹⁰ La Ley N.º 28847, Ley del Trabajo del Biólogo y su Reglamento aprobado por el D.S. N.º 025-2008-SA, regula el trabajo y la carrera del Biólogo debidamente colegiado y habilitado por el Colegio de biólogos del Perú, en todas las dependencias del sector público y privado.

¹¹ La Ley N.º 28369, Ley del Trabajo del Psicólogo y su reglamento aprobado por el D. S. N.º 007-2007-SA, regula el trabajo y carrera del psicólogo que presta servicios en el sector público y privado, cualquiera sea su régimen laboral. El Psicólogo es el profesional de la conducta humana, con competencias en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud mental de la persona humana, la familia y la comunidad.

¹² La Ley N.º 30188, Ley del Ejercicio Profesional del Nutricionista, regula el ejercicio profesional del nutricionista en todos los ámbitos y dependencias del sector público y privado, cualquiera sea el régimen laboral al que pertenezca. La Nutricionista, como profesional de las ciencias de la alimentación, nutrición y salud, puede participar en las prestaciones de los servicios de salud integral y de alimentación a fin de facilitar el cuidado de la persona, la familia y la comunidad; con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

¹³ La Ley N.º 28858, Ley que complementa a la Ley N.º 16053, Ley que autoriza a los colegios de arquitectos del Perú y al Colegio de Ingenieros del Perú para supervisar a los profesionales de arquitectos e Ingeniería de la República, en el b) del artículo 1 establece “queda establecido que deberán ser colegiados los profesionales ingenieros, incluido los ingenieros extranjeros que se encuentren ejerciendo, en forma dependiente o independiente, o que presten servicio temporales realizando estudios, en la operación y servicios, en la agricultura, en la investigación, en el mantenimiento, en la construcción, en la administración, en la auditoria y en las ventas, en las diferentes especialidades de la ingeniería, entre otras: (...) química (...) Sanitaria, Ambiental (...)”.

- xi. Asistente social¹⁴** que presta servicios en el campo asistencial de la salud.
- xii. Tecnólogo médico¹⁵** que desarrolla en las áreas de terapia física y rehabilitación, laboratorio clínico y anatomía patológica, radiología, optometría, terapia ocupacional y terapia del lenguaje en el campo de la salud.
- xiii. Químico¹⁶** que presta servicios en el campo asistencial de la salud.
- xiv. Técnico especializado en los servicios de fisioterapia, laboratorio y rayos X.**

b) Técnicos de la salud

Los técnicos asistenciales de salud participan en el equipo multidisciplinario de salud, cumpliendo determinadas actividades y tareas, que les son asignadas por el profesional correspondiente, de

¹⁴ La Ley N.º 30112, Ley del Ejercicio Profesional del Trabajador Social, regula el ejercicio profesional del trabajador social en todos los ámbitos y dependencias del sector público y privado, cualquier sea el régimen laboral al que pertenezca. El Trabajador Social es un profesional con una comprensión amplia de los procesos que viven las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades; a partir de ello participa en la formulación de políticas sociales, contribuye al desarrollo humano y promueve el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos.

¹⁵ La Ley N.º 28456, Ley del Trabajo del Profesional de la Salud Tecnólogo Médico y su reglamento aprobado por D.S. N.º 012-2008-SA, normas que regulan el ejercicio profesional del Tecnólogo Médico colegiado en todas las dependencias del Sector Público nacional, incluyendo a la Policía Nación del Perú y a las Fuerzas Armadas, en el sector privado en lo que no sea contrario o incompatible con el régimen laboral de la actividad privada. El profesional que ejerce las ciencias de la Tecnología Médica se denomina Tecnólogo Médico y se desarrolla en las áreas de Terapia Física y Rehabilitación, Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica, Radiología, Optometría, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje.

¹⁶ Con la Ley N.º 23728, Establecen normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud, que prestan servicios asistenciales y administrativos en el sector público, bajo el Régimen de la Ley 11377, se incluyó al profesional Químico dentro del campo de la salud. El Proyecto de Ley N.º 3470/2018-CP, Proyecto de Ley del Ejercicio Profesional del Químico, en su artículo 2º, señala “El químico es un profesional que desempeña una diversidad de funciones en el campo de la investigación científica, técnica productivo, educación, salud, gestión y administración, en los sectores económicos públicos y privados, en el sector salud, la Ley 23628 le reconoce como área de su competencia, participa en los procesos de mejoras tecnológicas y científicas con la finalidad de elevar el nivel de vida y sostenerla con dignidad”.

acuerdo a sus competencias, durante el proceso de atención de las personas en las IPRESS y SMA (Art.2 D.S. N.º 004-2012-SA, p. 463366).

Se consideran técnicos de salud, a los siguientes:

- i. Técnico en enfermería.
- ii. Técnico en farmacia.
- iii. Técnico en laboratorio.
- iv. Técnico en laboratorio ambiental.
- v. Técnico sanitario.
- vi. Técnico en biomecánico.
- vii. Técnico en nutrición.
- viii. Técnico en radiología.
- ix. Técnico en prótesis dental.
- x. Técnico dental.
- xi. Técnico en rehabilitación.
- xii. Técnico en optometría.
- xiii. Otros técnicos.

c) Auxiliares de la salud

Los auxiliares de salud participan en el equipo multidisciplinario de salud, cumpliendo determinadas actividades y tareas, que les son asignadas por el profesional correspondiente, de acuerdo a sus competencias, durante el proceso de atención de las personas en las IPRESS y SMA (Art.2 D.S. N.º 004-2012-SA, p. 463366).

El auxiliar de la salud es un trabajador retribuido que forma parte del equipo de salud, sin título profesional, y que han sido especialmente adiestrados para asumir responsabilidades definidas bajo la dirección y

supervisión de un profesional del mismo campo (OPS, 1966, p. 6).

Los auxiliares de salud han contribuido desde hace mucho tiempo a las actividades de promoción de la salud. Tienen una historia de colaboración en la prestación de servicios médicos como trabajadores de hospitales o clínicas bajo la vigilancia directa y constante de profesionales de la salud, organizan sus actividades y determinan las tareas con un determinado paciente (Nutting et al., 1980, pp. 19-20).

En el Perú los auxiliares de salud se considera a los pilotos de ambulancia, inspector sanitario, auxiliar en enfermería, nutrición, entre otros, dependiendo del área al que prestan apoyo, distintos a los técnicos de la salud.

d. Medicamentos e insumos

Hoy en día, el uso de los medicamentos ha llegado a convertirse en un elemento presente en la vida de muchas personas (Jiménez Villa, 2009), para ello, es importante que las personas tengan accesibilidad a dichos medicamentos, es decir; el individuo pueda obtener dichos fármacos dentro de una distancia considerable (accesibilidad geográfica), disponible en los establecimientos de salud (disponibilidad física) y a un costo razonable (financiamiento posible) y su prescripción sea producto del uso racional del medicamento (Oscanoa, 2012).

En el ámbito nacional, con la finalidad de promover el acceso universal y racional a los medicamentos, y con la necesidad de contar con un listado único de medicamentos, en el marco de la Política Nacional de Medicamentos (R.M. N.º 1240-2004-MINSA), se incorpora los medicamentos

esenciales como componente de las prestaciones de salud (p.8).

Los medicamentos esenciales son aquellos que cubren la mayor parte de la morbilidad en el país (necesidades prioritarias de salud), luego de una evaluación técnica especializada multidisciplinaria, han demostrado ser comparativamente seguros, eficaces y costo – efectivos; y deben de estar disponibles en todo momento y al alcance de la población que lo necesita, plasmados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (R.M. N.º 1361-2018/MINSA, 18).

A nivel nacional, los medicamentos e insumos, son clasificados en: productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de uso humano con finalidad preventiva, diagnóstica, de tratamientos y otros (Ley N.º 29459, 2009).

e. Tecnologías sanitarias

La OMS (2006) define a las tecnologías sanitarias, de la siguiente manera:

Las tecnologías sanitarias son todos los recursos que se utilizan con el fin de satisfacer las necesidades sanitarias individuales o colectivas de las personas sanas o enfermas, tales como los medicamentos, los equipos, dispositivos y procedimientos médicos, los modelos organizativos y los sistemas de apoyo empleados. (p.1)

Esta definición ha sido criticada, por estar más enfocada a las tecnologías entendidas como una herramienta física para mantener o recuperar la salud, como los medicamentos, los dispositivos médicos o equipos de diagnóstico, sin considerar que las tecnologías de salud también incluyen los métodos para almacenar y procesar la información, métodos

para crear conocimiento o que articulan el trabajo entre las máquinas y la experticia (Gaitán Duarte et al., 2017, p. 12). En consecuencia, la tecnología sanitaria es el conjunto de conocimientos y medios técnicos aplicados para promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar una determinada condición clínica o rehabilitar a pacientes con dicha condición (Martínez Navarro, 2018).

El uso de las tecnologías sanitarias es muy recurrente en las prestaciones de salud, con frecuencia se utiliza para la detección temprana de la enfermedad (ejemplo, la utilización de la prueba de detección de ADN del virus del papiloma humano como complemento de la citología cervical) (Gaitán Duarte et al., 2017, p. 12), así como para mejorar la salud de las personas y luchar contra graves enfermedades o patologías, ofreciendo un tratamiento frente a las mismas.

Es importante mencionar que, las tecnologías sanitarias mejoran la calidad y accesibilidad a las prestaciones de salud, potencia las mejoras en los procesos de la atención sanitaria (reduce listas de espera, calidad de vida al paciente, estancia hospitalaria, etc.), tiene un aspecto considerable con la discapacidad o con enfermedades crónicas (enfermedad de locomoción, la vista, la comprensión o la destreza manual), y reduce los costos de atención (AlfonseI, 2013).

Las tecnologías sanitarias en las prestaciones de salud, es gravitante, puesto que, en la mayoría de procedimientos médicos, ayuda a mejorar la efectividad y seguridad de la atención (OPS, 1998).

f. **Financiamiento (seguros)**

El financiamiento, no es un elemento que interviene directamente en la prestación de salud; sin embargo, permite que todas las personas tuvieran acceso a las prestaciones de salud y no sufran dificultades financieras al pagar por ellos, algunos denominan como “cobertura universal de salud” (OMS, 2010).

Generalmente, al referirse al financiamiento de la salud se suele enfatizar al total del gasto en salud. Es decir, la mirada suele ser hacia los recursos financieros con los que dispone el sistema de salud para financiar los servicios brindados. El financiamiento tiene aspectos claves que comprende: a) la recaudación de los recursos financieros, b) la administración de los fondos (mancomunación) y c) compra de servicios (Alarcón Espinoza, 2009).

El financiamiento de las prestaciones de salud se aprecia con la participación pública y privada, a través de los siguientes regímenes: a) el régimen contributivo: comprende a las personas que se vinculan a las IAFAS a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de un empleador, b) el régimen subsidiario: comprende a las personas que están afiliadas a las IAFAS, por medio de un financiamiento público. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos, y c) el régimen semicontributivo: comprende a las personas que están afiliadas a las IAFAS, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores, según corresponda (Ley N.º 29344, 2009, p.394079).

El financiamiento en salud es de gran importancia para la cobertura de las prestaciones de salud de la persona, la familia y la comunidad.

B. Elementos de carácter funcional

Los elementos de carácter funcional están vinculados a los procedimientos médicos y sanitarios, que se otorga de manera individual a la población usuaria, con fines preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, quirúrgicos y de rehabilitación, la cual es realizado por el personal de la salud de las IPRESS.

Los procedimientos médicos y sanitarios se dividen en dos grupos, 15 secciones, 112 subsecciones y 11 445 procedimientos médicos y sanitarios. De manera general los dos grupos y las secciones son: 1) servicios médicos y estomatológicos (anestesiología, cirugía, odontología, radiología, patología y laboratorio, medicina, evaluación y manejo). 2) servicios de salud colectiva (servicios de salud colectiva, promoción de la salud, alimentación y nutrición, enfermedades zoonóticas, metaxénicas y transmisión por vectores, ambiental e inocuidad alimentaria, salud bucal, actividades de salud pública sobre productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos) (R.M. N.º 902-2017/MINSA, p.5).

Los procedimientos médicos y sanitarios se encuentran estipulados en las Normas Técnicas de Salud, Guías de Prácticas Clínicas, Manuales de Procedimientos Clínicos, Guías Técnicas, Directivas Sanitarias y otros documentos técnicos, en la que garantiza la calidad en la atención, tanto para el personal de la salud y del paciente, teniendo en cuenta los paquetes por curso de vida o etapa de vida de las personas. Comprendidas en las siguientes etapas:

a) Periodo prenatal.

- b) Niña o niño (0 a 11 años, 11 meses y 29 días).
- c) Adolescente (12 años a 17 años, 11 meses y 29 días).
- d) Adulto Joven (18 años a 29 años, 11 meses y 29 días).
- e) Adulto (30 años a 59 años, 11 meses y 29 días).
- f) Adulto mayor (60 años a más).

Los elementos de carácter funcional son determinados en razón de los elementos de carácter estructural, que implican el uso de infraestructura, equipamiento, instrumental y profesionales especializados, dependiendo de la complejidad del procedimiento y de las condiciones clínicas del paciente.

Entonces, los elementos de carácter funcional es todo el proceso de atención médica que se realiza a la persona, desde la cita, admisión y triaje, determinación del problema (evaluación médica), procedimientos, manejo del caso clínico (tratamiento), y la reevaluación (Barbara Starfield, 1992).

2.4.3. Componentes de las prestaciones de salud

Las prestaciones de salud se componen en: prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

A. Prestaciones de promoción

Milton Terris (1996), define a la promoción de la salud como el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma; es decir, trasciende la idea de formas de vida sanas (p.43).

El MINSA establece que, la promoción de la salud busca fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para tener mejor control de su salud y mejoría, logrando un estado de

bienestar físico, mental y social (R.M. N.º 366-2017/MINSA, p. 16).

En el Perú, la promoción de salud se desarrolla en base a cuatro lineamientos o ejes, que son: 1) La salud como eje fundamental e integrador de todas las políticas públicas, 2) La persona, la familia y la comunidad como centro de la gestión territorial en salud, 3) Abordaje de los determinantes sociales de la salud para el cierre de brechas de inequidad en salud y 4) Empoderamiento y participación social en salud (R.M. N.º 366-2017/MINSA, p. 28).

En definitiva, las prestaciones de promoción de salud, son las acciones de educación sanitaria que se realiza con el individuo, la familia y la comunidad, con la finalidad de promocionar o promover: 1) alimentación y nutrición saludable, 2) higiene y ambiente, 3) actividad física, 4) salud sexual y reproductiva, 5) habilidades para la vida, 6) seguridad vial y cultura de tránsito y 7) promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz (R.M. N.º 720-2006/MINSA, p.34).

B. Prestaciones de prevención

También denominado prevención de la enfermedad, abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz (OMS,1998, p.13).

Es preciso hacer una breve diferencia entre prestaciones de promoción y prestaciones de prevención; en cuanto a las prestaciones de promoción, según al objeto, se considera lo 'saludable' y para las prestaciones de prevención la enfermedad y los riesgos de enfermar. Otra diferencia, las prestaciones de promoción se dirige principalmente a la población y las prestaciones de prevención al individuo (Restrepo H., 2022, p. 34).

C. Prestaciones de recuperación

Conjunto de acciones orientadas a restablecer la salud, que incluyen la evaluación clínica, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y el seguimiento, de la persona afectada por un daño o enfermedad. En el ciclo natural de una enfermedad, las personas afectadas pueden sanarse, mejorar, quedar con limitaciones, y en algunos casos, inevitablemente morir. Por ello, dentro de esta intervención sanitaria, la recuperación de la salud incluye los cuidados paliativos (R.M. N.º 653-2020/MINSA, p. 17).

D. Prestaciones de rehabilitación

Es el conjunto de acciones destinadas a lograr que las personas afectadas por alguna enfermedad puedan recuperar las capacidades que tenían antes de enfermar, hasta el nivel más óptimo, de manera que puedan reinsertarse en el menor tiempo posible a sus actividades habituales y productivas. El objetivo es evitar, idealmente, situaciones incapacitantes, temporales y permanentes (R.M. N.º 653-2020/MINSA, p. 17).

2.5. EL DERECHO A LA SALUD Y EL PRINCIPIO DE APLICACIÓN PROGRESIVA

2.5.1. El derecho a la salud

A. Definición

Al hablar de salud, es ya de por sí, un tema amplio, complejo y controvertido; la salud desde tiempos muy remotos es tratado desde diferentes disciplinas, como: filosófico, social, económico, político, ambiental, cultural, religioso, biológico y jurídico, situación que ha permitido, al día de hoy, no exista una definición precisa, por el contrario, a complejizado su definición.

La salud en general puede implicar tres alternativas: la referencia sólo a las enfermedades, a los emergentes de estas o al proceso integral que parte del factor humano como sujeto de derechos (Petrella, 2016, p. 276).

A fin de aproximarnos a definir el derecho a la salud, constituye un aspecto importante, entender de manera concisa, lo relacionado con la salud, es así, la OMS (1948), define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1946). Por su parte, De Currea - Lugo (2005), expresa que la salud debe de entenderse como un bien de naturaleza jurídica, definiéndole de la siguiente manera:

Una equilibrada y adecuada condición dinámica de naturaleza biológica de la persona, objetivamente comprobable, moralmente aceptable (en cuanto socialmente consensuada), que se podría mantener bajo ciertas condiciones, vulnerables a ciertos factores, y potencialmente garantizable y/o recuperable mediante el uso de una determinada técnica, y, en cuanto a tal, exigible jurídicamente. (p.72)

El derecho a la salud, en el plano internacional, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), en el Observatorio General N.º 14, párrafo 8, define:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Agueda Müller (2014), citando a Suarez, afirma que el derecho a la salud es un derecho "*multidimensional*"; porque su satisfacción implica la consecución de varios estándares de calidad de vida (física, mental, etc.). Es, también, un derecho de "*tendencia expansiva*", ya que su contenido no es estático, la evolución del hombre en el tiempo y los adelantos tecnológicos y científicos (en pos del bienestar de los pueblos, por cierto) han ido variando los estándares mínimos que conforma una "*existencia digna*" para cualquier habitante de la sociedad dada; y abarca tanto salud individual y salud colectiva (p.26).

Bidart Campos (1989), sobre el derecho a la salud, indica que, no consiste en un derecho a no enfermarse (que como tal no puede ser satisfecho por nadie, ni engendrar obligaciones de terceros a favor de uno), tal vez, sí puede consistir en que alguien haga algo, dé algo u omita algo en favor de la salud de uno, campo en el cual es prácticamente posible recibir ayuda preventiva, curativa, rehabilitadora, promotora y de muy variada índole. Cuando cada una de tales prestaciones pueda quedarse a cargo de un sujeto (pasivo) que tenga obligación de cumplirlas a favor de la persona, se estará frente al derecho a la salud (p.33).

Fernández Montalvo (2009), indica que, el derecho a la salud, a nivel doctrinario, tiene doble dimensión: el derecho a la integridad e intangibilidad de la propia salud y el derecho al establecimiento y prestación de un servicio público de protección a la salud.

Como se puede apreciar, el derecho a la salud es un derecho complejo, que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado (Carbonell y Carbonell, 2013), que incluso, en la parte terminológica algunos consideran, que derecho a la salud es lo mismo que derecho a la protección de la salud, o derecho a la asistencia sanitaria. Delgado del Rincón (2019), precisa que no existe un derecho a la salud propiamente dicho, es decir, un derecho a ser curado, porque su garantía es imposible, es una fantasía, ninguna acción humana puede garantizar a todos la salud. Por eso se habla de un derecho a la protección de la salud gestionado por el Estado a través de una cobertura sanitaria, de unas prestaciones sanitarias que se integran a un servicio público (pp.27-28). Por el objeto de la presente investigación, no discurriremos en profundizar dichas expresiones, consideramos que no es relevante entrar en cuestiones puramente semánticas.

El TC Peruano, referente al derecho a la salud, ha definido, como:

(...) la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe proteger tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida, para lo cual debe invertir en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo adoptar políticas, planes y programas en ese sentido. (Exp. N.º 2944-2003-f.j.28)

Por su parte, el MINSA (2020), define al derecho a la salud en los siguientes términos:

El derecho a la salud es más que el derecho al acceso a la atención de salud, y requiere la concreción de otros derechos como el acceso a alimentación en condiciones de inocuidad y seguridad, a agua potable y saneamiento básico, al fomento de ambientes saludables en la familia, el trabajo y la comunidad, y al acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, aplicando los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. (p.13)

En consecuencia, podemos decir, el derecho a la salud, se compone, al mismo tiempo, como derecho prestacional y derecho fundamental; el primero requiere de desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura, es decir, es de carácter programático (Parra Vera, 2003, pp. 39-40); y como derecho fundamental, debido a que involucra la facultad de todo ser humano de conservar un estado de normalidad, así como de restituirlo ante una situación de perturbación, es considerado como un derecho autónomo, especial, único, exclusivo y excluyente, que está relacionado íntimamente con otros derechos como la dignidad del ser humano, el derecho a la vida, el derecho a la integridad, el medio ambiente y el de la libertad individual. (TC, Exp. N.º 05842-2006-PHC/TC, fs. 46-49).

B. Contenido esencial del derecho a la salud

El contenido esencial de un derecho, o llamado núcleo básico o elementos esenciales de un derecho fundamental es un proceso complejo. El contenido esencial del derecho a la salud sería el más inacabado, en el sentido que sus posibilidades dependen de una técnica que no termina de crecer y perfeccionarse, y por tanto de aumentar en el abanico de su exigibilidad (De Currea-Lugo, 2005, p. 74).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), en el Observatorio General N.º 14, párrafo 12, el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales (contenido esencial) e interrelacionados:

- a) Disponibilidad. Cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos de salud, bienes servicios públicos de salud, así como programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones:
 - i. No discriminación. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho a los sectores más vulnerables y marginados de la población.
 - ii. Accesibilidad física. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados.
 - iii. Accesibilidad económica (asequibilidad). Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán

estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

- iv. Acceso a la información. Ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud.
- c) Aceptabilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la cultura de las minorías, comunidades y pueblos.
- d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico, médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

El TC Peruano, en varias de sus sentencias, referente al contenido constitucionalmente protegido del derecho a la salud, supone, el acceso integral a los servicios de salud, con prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica (Exp. N.º 00033-2010-PI/TC, f. 34.c; 0298-2020-PA/TC, f.7; 03228-2012-PA/TC, f. 28).

El mismo TC, ha establecido que para alcanzar los servicios de salud, se presten de acuerdo a las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, además se requiere de un número importante de decisiones de política institucional; que

definan cómo se puede ampliar la oferta de establecimientos médicos (disponibilidad), cómo se puede permitir que las personas de escasos recursos accedan a los servicios de salud (accesibilidad económica), cómo es posible impulsar y fortalecer la salud intercultural en nuestro país (aceptabilidad), y cómo garantizar que los servicios médicos se brinden en condiciones adecuadas de seguridad, oportunidad y profesionalismos (calidad) (Exp. N.º 03228-2012-PA/TC, f. 30).

2.5.2. Principio de aplicación progresiva del derecho a la salud

El principio de progresividad surge en el derecho internacional, y tiene sus primeros antecedentes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y en la Convención Interamericana de Derechos Humanos (1969). Denota dos aspectos, el primero con el área del derecho a la cual se esté aplicando el principio (derecho internacional y constitucional, por ejemplo), y el segundo aspecto a la actividad jurídica que se esté realizando (interpretación o mutación jurídica). En cuanto a ésta última, el principio de progresividad, en la interpretación jurídica, establece un estándar de interpretación y un límite en la competencia del intérprete; y en la mutación jurídica, al cambio del contenido de la norma sin menoscabar el contenido de los derechos (Mancilla Castro, 2015).

El principio de progresividad cumple la promesa de la constante creación de los derechos humanos, pues aún después de alcanzados los mínimos y los estándares exigibles siempre permanecerán como una promesa a futuro. En este sentido, los derechos humanos siempre serán los derechos por venir (Vásquez y Serrano, 2011, p. 164).

Para Vásquez Valencia (2018), el principio de progresividad denota para el Estado, varios tipos de obligaciones: 1) La elaboración y

actualización periódica de un diagnóstico de la situación en que son ejercidos y disfrutados tales derechos por la población; 2) La generación de planes de acción o políticas públicas para ampliar los contenidos prestacionales de los derechos, los cuales deben de incluir metas específicas y establecer plazos; 3) Mejorar las políticas públicas ya existentes en términos de goce efectivo de los derechos. 4) Introducir normas que extiendan la satisfacción de los derechos; 5) crear indicadores para poder verificar efectivamente el avance progresivo del ejercicio de los derechos; 6) Divulgar periódicamente los resultados alcanzados y las medidas correctivas o complementarias con el fin de que los interesados y los actores sociales participen en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas (pp. 160-161).

En efecto, el principio de aplicación progresiva, fue estipulado en el numeral 1 del artículo 2 del pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), que señala lo siguiente:

Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), en el Observatorio General N.º 14, numeral 31, sobre la aplicación progresiva del derecho a la salud, señala:

La realización progresiva del derecho a la salud, consiste en la ampliación del contenido del derecho a la salud y su garantía, con las obligaciones de avanzar de forma expedita y eficaz en su cumplimiento, y las no regresivas o de protección menor.

La realización progresiva del derecho a la salud significa que los Estados parte tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud (Ariza Clerici, 2023). Es decir, para garantizar el

derecho a la salud, los países deben hacer fuertes inversiones en infraestructura hospitalaria de diversos niveles, invertir en la formación de profesionales de salud y, a posteriori, contratar un número significativo de ellos, además de garantizar el acceso a fármacos más eficientes para atender una enfermedad existente o posible (Pérez Miranda, 2020, p. 12).

De la obligación de progresividad se desprende también la prohibición de regresividad, es decir, la prohibición de que los Estados den marcha atrás en los niveles alcanzados de satisfacción de los derechos (Courtis y Ávila, 2009, p. 83).

2.6. EL SEGURO SOCIAL DE SALUD

2.6.1. Breve reseña histórica

La Seguridad Social en el Perú, tiene como inicio el 12 de agosto de 1936, con la promulgación de la Ley N.º 8433, que creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social (Peña Sánchez, 2019, p. 23).

En noviembre de 1948, con el Decreto Ley N.º 10902, se creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado, y en 1961, con la Ley N.º 13724, se aprobó la Ley del Seguro Social del Empleado (Peña Sánchez, 2019, pp. 7-8).

El 6 de noviembre de 1973, con el Decreto Ley N.º 20212, se crea el Seguro Social del Perú, como entidad dependiente del Ministerio de Trabajo. Luego, el 16 de julio de 1980, con el Decreto Ley N.º 23161, se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (Peña Sánchez, 2021, p. 9).

El 30 de enero de 1999, con la promulgación de la Ley N.º 27056, Ley del Seguro Social de Salud, se crea el Seguro Social de Salud,

adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, vigente hasta la actualidad.

2.6.2. Prestaciones otorgadas por el Seguro Social de Salud

Las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud pueden ser prestaciones de salud (prevención, promoción y recuperación), prestaciones de bienestar y promoción social, y prestaciones económicas (D.S. N.º 009-97-SA, Art. 11, p. 152495).

Las prestaciones que brinda el ESSALUD, se representan en el siguiente gráfico:

ILUSTRACIÓN 1

Prestaciones de salud



Elaborado por Vitteri Guevara (2016, p. 8)

A. Prestaciones de salud

El Seguro Social de Salud tiene tres tipos de prestaciones en salud, que son: a) prestaciones preventivas, b) prestaciones promocionales y c) prestaciones de recuperación. Las prestaciones de salud, las antes referidas, se agrupan en dos grupos, por un lado, en prestaciones preventivas y promocionales y, por otro lado, en prestaciones de recuperación.

a. Prestaciones preventivas y promocionales

Las prestaciones de prevención y promoción de la salud son prioritarias y tienen como objeto conservar la salud de la población, minimizando los riesgos de su deterioro. Estas son:

- a) Educación para la salud.
- b) Evaluación y Control de riesgos.
- c) Inmunizaciones.

b. Prestaciones de recuperación

Las prestaciones de recuperación de la salud tienen como objeto atender los riesgos de enfermedad resolviendo las deficiencias de salud de la población asegurada.

Las prestaciones de recuperación de la salud son:

- a) Atención médica, tanto ambulatoria como hospitalaria,
- b) Medicinas e insumos médicos,
- c) Prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles,
- d) Servicios de rehabilitación,
- e) Prestaciones de maternidad consistente en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al periodo del puerperio y cuidado de la salud del recién nacido.

2.6.3. Red Asistencial de Cajamarca

La Red Asistencial de Cajamarca es una red de tipo C con Hospital Base de nivel II, es un órgano desconcentrado de Seguro Social de Salud, responsable de otorgar prestaciones de salud, económicas y sociales mediante la articulación de sus centros asistenciales de

diferente nivel de complejidad, en el ámbito de jurisdicción asignado, es así, la Red Asistencial de Cajamarca, tiene los centros asistenciales (IPRESS) adscritos, según se representa la tabla siguiente:

TABLA 2

Distribución de IPRESS de la Red Asistencial Cajamarca

CÓDIGO ÚNICO	NOMBRE DEL EE.SS.	NIVEL	DEPTO.	PROVINCIA	DISTRITO
10269	C.M. Celendín	I-3	Cajamarca	Celendín	Celendín
10270	P.M. Hualgayoc	I-2	Cajamarca	Hualgayoc	Hualgayoc
10271	P.M. San Pablo	I-1	Cajamarca	San Pablo	San Pablo
10272	Hospital II Cajamarca	II-2	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca
10273	P.M. San Miguel	I-2	Cajamarca	San Miguel	San Miguel
10274	P.M. Tembladera	I-2	Cajamarca	Contumazá	Yonan
10275	P.M. San Marcos	I-2	Cajamarca	San Marcos	Pedro Gálvez
10276	P.M. Contumazá	I-2	Cajamarca	Contumazá	Contumazá
10277	P.M. Bambamarca	I-2	Cajamarca	Hualgayoc	Bambamarca
10278	C.M. Cajabamba	I-3	Cajamarca	Cajabamba	Cajabamba
10821	C.M. Primaria II	I-3	Cajamarca	Cajamarca	Los Baños del Inca
21969	P.M. Bolívar	I-2	La Libertad	Bolívar	Bolívar

Elaboración propia

A. Organización administrativa y asistencial

La Red Asistencial Cajamarca Tipo C, según el Reglamento de Organización y Funciones, tiene la siguiente estructura:

i. Unidad Orgánica de Dirección

- a. Dirección de Red Asistencial

ii. Unidades Orgánica de Asesoramiento

- a) Oficina de Planeamiento y Calidad
- b) Unidad de Planificación y Calidad
- c) Unidad de Inteligencia Sanitaria

iii. Unidad Funcional

- a. Cuerpo Médico

iv. Unidades Orgánicas de Apoyo

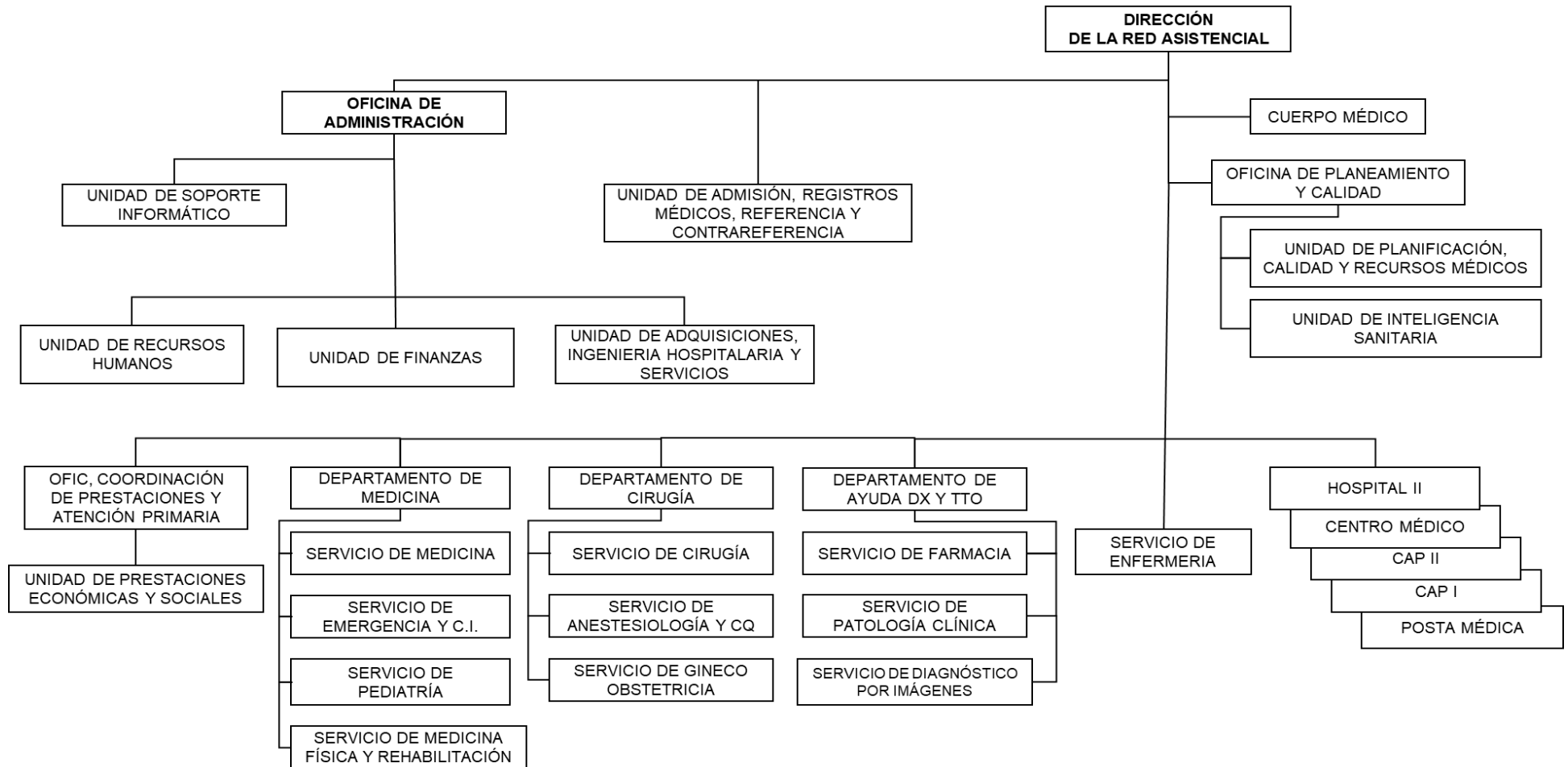
- a. Oficina de Administración
 - a) Unidad de Soporte Informático
 - b) Unidad de Recursos Humanos
 - c) Unidad de Finanzas
 - d) Unidad de Adquisiciones, Ingeniería Hospitalaria y Servicios
- b. Unidad de Admisión, Registros Médicos, Referencias y Contrareferencias.

v. Unidades Orgánicas de Línea

- a. Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria
 - a) Unidad de Prestaciones Económicas y Sociales
- b. Departamento de Medicina
 - a) Servicio de Medicina
 - b) Servicio de Emergencia y Cuidados Intensivos
 - c) Servicio de Pediatría
 - d) Servicios de Medicina Física y Rehabilitación
- c. Departamento de Cirugía
 - a) Servicio de Cirugía
 - b) Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico
 - c) Servicio de Gineco- Obstetricia
- d. Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento
 - a) Servicio de farmacia
 - b) Servicio de Patología Clínica
 - c) Servicio de Diagnóstico por Imágenes
- e. Servicio de Enfermería

ILUSTRACIÓN 1

Organigrama de la Red Asistencial con base al Hospital II Cajamarca



B. Población asignada

La Red Asistencial Cajamarca, al 31 de diciembre de 2022, tiene una población asegurada activa de un total de 213,081 personas de todas las edades.

2.6.4. Hospital II Cajamarca

El 3 de diciembre de 1991, con la Resolución de la Dirección Ejecutiva N.º 2119-DE-IPSS-91, se aprueba la categoría por niveles de atención de los Centros Asistenciales de la Red Nacional del Instituto Peruano de Seguridad Social, estableciéndose en la localidad de Cajamarca, el Hospital Cajamarca, con categoría I, nivel de atención I, con dos servicios: a) Médico – Quirúrgico y b) Ayuda al diagnóstico y tratamiento (IPSS, 1991, p.44).

El 22 de enero de 1999, con la Resolución de Gerencia General N.º 094-GG-IPSS-1999, se eleva a la categoría de nivel II, nombre que en la actualidad lleva (Cueva Araujo y Ríos Mercado, 2017, p. 4).

El Hospital II Cajamarca del Seguro Social de Salud, pertenece a la Red Asistencial de Cajamarca. Es la IPRESS de mayor complejidad en el ámbito de la seguridad social y se constituye en centro de referencia de todos los centros asistenciales (posta médica, centro médico o policlínico) que pertenecen a la Red Asistencial Cajamarca.

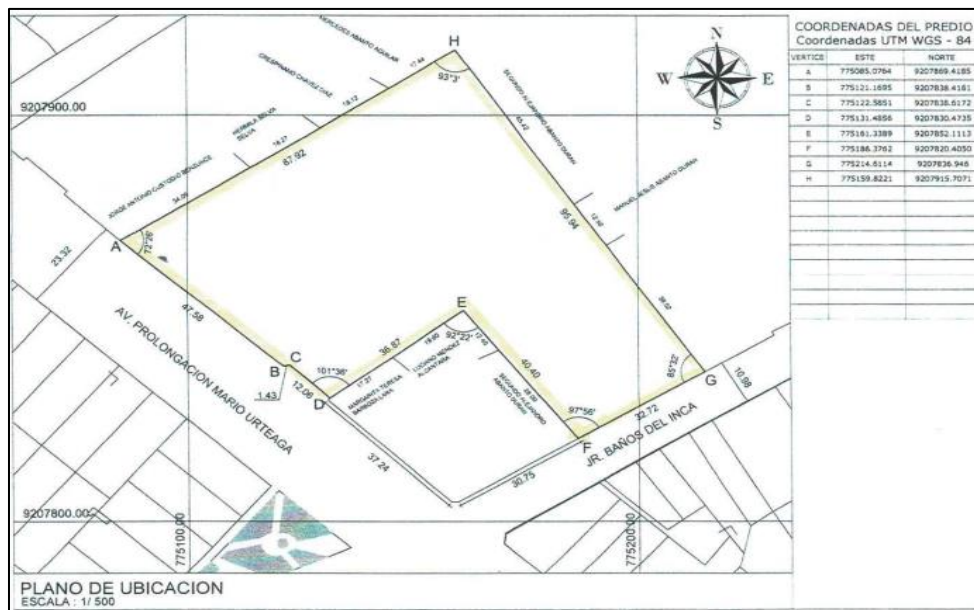
Al 31 de diciembre de 2022, el Hospital II Cajamarca, tiene como población asignada la cantidad de 134 252 asegurados, representando el 63% de la población total existente de la Red Asistencial de Cajamarca.

A. Ubicación y localización

El Hospital II Cajamarca, su ubicación y localización es la siguiente: Prolongación Mario Urteaga N.º 961- 963, del Barrio Marcopampa, distrito, provincia y departamento de Cajamarca

ILUSTRACIÓN 3

Plano de Ubicación y Localización del Hospital II Cajamarca



Elaborado por el Hospital II Cajamarca

B. Categoría del Hospital II Cajamarca

En el artículo 100 del D.S. N.º 013-2006-SA, reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, señala que los establecimientos de salud y SMA deben someterse a procesos de categorización y recategorización de acuerdo a las normas técnico – sanitarias establecidas por el MINSA. La recategorización debe de obtenerse cada tres años, o en caso varíe su complejidad.

Según la base de datos de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, se encontró la resolución directoral regional sectorial N.º 1997-2019-GR.CAJ/DRSC-DESP, de fecha 03 de diciembre

de 2019, donde se asigna la categoría II-2, a la IPRESS con población asignada, "Hospital II Cajamarca", con código único N.º 00010272, con razón social "Seguro Social de Salud - ESSALUD", categoría vigente por tres años (artículo tercero de la resolución). A la fecha, el Hospital II Cajamarca está funcionando sin tener la categoría asignada por la ARS (pendiente de recategorización).

C. Cartera de servicios del Hospital II Cajamarca

Con la resolución directoral regional sectorial N.º 1997- 2019-GR.CAJ/DRSC-DESP, de fecha 03 de diciembre de 2019, en su único anexo se establece la cartera de servicios de salud del Hospital II Cajamarca, como se muestra en la tabla siguiente:

TABLA 3

Cartera de Servicios del Hospital II Cajamarca

UPSS de Atención Directa	UPSS Consulta Externa UPSS Hospitalización UPSS de Emergencia UPSS de Centro Obstétrico UPSS de Centro Quirúrgico UPSS de Cuidados Intensivos
UPSS de Atención de Soporte	UPSS de Farmacia UPSS de Patología Clínica UPSS Diagnóstico por Imágenes UPSS Nutrición y Dietética UPSS Medicina y Rehabilitación UPSS Central de Esterilización UPSS de Hemoterapia y Banco de Sangre Diálisis Peritoneal Servicios Administrativos
Actividades de atención de soporte Obligatorias	Atención de Urgencias y Emergencias Referencias y Contrareferencias Vigilancia Epidemiológica Registro de la Atención de Salud e Información Salud Ocupacional Salud Ambiental

Elaborado por Diresa Cajamarca

CAPITULO III

DEMOSTRACIÓN DE HIPÓTESIS

La presente investigación conforme al fin que se persigue es de tipo básica; y, según el diseño de la investigación es descriptivo y explicativo, mas no experimental. Es por ello que se ha planteado como hipótesis lo siguiente:

Los principales elementos de las prestaciones de salud que tienen incidencia en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, en el Hospital II Cajamarca del ESSALUD, son:

- a) Elementos de carácter estructural: infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, tecnologías sanitarias y financiamiento.
- b) Elementos de carácter funcional: procedimientos médicos y sanitarios.
- c) Los elementos de carácter estructural y funcional de las prestaciones de salud tienen incidencia directa en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, dado que, son los que determinan el nivel de complejidad (categoría) del Hospital II Cajamarca.

Para demostrar las hipótesis planteadas, se procedió teniendo en cuenta la información recopilada en el Hospital II Cajamarca, obtenida mediante la aplicación de las diferentes técnicas e instrumentos de investigación, ya descritas en el presente estudio. Desarrollando así, cada componente de las hipótesis.

3.1. Elementos de carácter estructural: infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, tecnologías sanitarias y financiamiento

Para el desarrollo de este apartado, se ha tenido en cuenta la información accesible y existente en el Hospital II Cajamarca, producto de las constantes visitas a la IPRESS, identificándose así, algunos elementos de carácter estructural de las prestaciones de salud, que son:

A. Infraestructura

Como se ha señalado en el marco teórico, la infraestructura es el soporte primordial de la oferta fija de las prestaciones de salud. En el Hospital II Cajamarca, se ha identificado la existencia de siete locales dispersos dentro de la ciudad de Cajamarca, en las que funcionan, tanto la parte administrativa y la parte asistencial. Su distribución y ubicación es la siguiente:

a. Local del Hospital II Cajamarca

Local ubicado en la avenida Mario Urteaga N.º 961-963 de la ciudad de Cajamarca, es declarado y registrado como sede principal en el RENIPRESS de SUSALUD, donde se presta los servicios de salud (parte asistencial) y administrativos. El terreno es de propiedad del Seguro Social de Salud, con un área de 5950 m², construido en base a material noble, de un solo nivel, cuenta con los servicios básicos de agua, energía eléctrica, internet y telefonía. La infraestructura tiene una antigüedad aproximada de 32 años.

En la parte asistencial se encuentra las UPSS de: emergencia, hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico, laboratorio y diagnóstico por imágenes.

En la parte administrativa se encuentra la dirección médica, secretaría, oficina de gestión y desarrollo, biblioteca, control de personal, mantenimiento hospitalario, data center, auditorio y cocina.

b. Local de Consultorios Externos

Local ubicado en la avenida Hoyos Rubio N.º 1085 de la ciudad de Cajamarca, el terreno es propiedad del Seguro Social de Salud, local no declarado en el RENIPRESS de SUSALUD. Cuenta con un área

de 5000 m², construido en base a material noble. Donde funciona la parte asistencial; la UPSS de consultorios externos en las diferentes especialidades: cardiología, pediatría, traumatología, medicina general, medicina física y rehabilitación, oftalmología, otorrinolaringología, odontología, gastroenterología, urología, cirugía, neumología, psicología, nutrición y programas de atención al niño, adolescente, adulto mayor, madre gestante y consultorios de obstetricia. Y la parte administrativa: unidad de seguros, unidad de inteligencia sanitaria y recursos médicos, oficina de planificación, área de soporte informáticos y jefatura de departamento.

La distancia aproximada que existe entre el local del Hospital II Cajamarca y el local de Consultorios Externos, es de 2000 metros.

c. Local de las Oficinas Administrativas

Local ubicado en el jirón Tarapacá N.º 565 de la ciudad de Cajamarca, terreno de propiedad del Seguro Social de Salud, con un área de 878 m², construido en base a material de adobe y barro, donde funcionan las oficinas administrativas de trámite documentario, recursos humanos (remuneraciones, bienestar, control de personal, jefatura), oficina de administración (contabilidad, tesorería, cobranzas, jefatura), informática, adquisiciones y patrimonio.

Del Hospital II Cajamarca al local donde funciona las Oficinas Administrativas, existe una distancia aproximada de 2000 metros.

d. Centro de Adulto Mayor

Local ubicado en el jirón Hualgayoc N.º 325-B, de la ciudad de Cajamarca, local alquilado el primer y segundo nivel, con un área aproximada de 150 m², construido en base a material noble, local

donde funciona los talleres de adulto mayor (yoga, taichi, aeróbicos, memoria, ciberdiálogos, turismo, danza como terapia, empoderamiento, biohuerto, música como terapia, emprendimiento, afectividad y autoestima, alimentación saludable y otros).

Del Hospital II Cajamarca al local donde funciona el Centro del Adulto Mayor existe una distancia aproximada de 1800 metros.

e. Local del Almacén Central

Local ubicado en la calle Las Auroritas N.º 169, del barrio Almanzora Miranda de la ciudad de Cajamarca, local alquilado con un área aproximada de 1400 m², donde funciona los procesos técnicos de recepción, almacenamiento y despacho de bienes de consumo y distribución.

Del Hospital II Cajamarca al local donde funciona el Almacén Central existe una distancia aproximada de 3000 metros.

f. Local de la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas

Local ubicado en entre la cuadra 4 del jirón Los Cipreses y la cuadra 3 del jirón Los Naranjos, de la ciudad de Cajamarca, local alquilado, donde se realiza actividades concernientes al aseguramiento, prestaciones económicas y otros relacionados.

Del Hospital II Cajamarca al local donde funciona la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas existe una distancia aproximada de 1700 metros.

g. Local del Centro de Atención de Medicina Complementaria

Local ubicado en el jirón Elmer Faucet N.º 369, de la ciudad de Cajamarca, en el segundo nivel del Centro Médico Municipal, con un área de 342.61 m², de propiedad de la Municipalidad Provincial de Cajamarca, otorgado mediante el procedimiento de Cesión en Uso, a favor del Centro de Atención de Medicina Complementaria, por un plazo de cinco (5) años.

Del Hospital II Cajamarca al local donde funciona el Centro de Atención de Medicina Complementaria existe una distancia aproximada de 2200 metros.

De acuerdo a la observación realizada, el Hospital II Cajamarca, cuenta con siete locales, dispersos entre sí, dentro de la ciudad de Cajamarca. De los cuales; el local del Hospital II Cajamarca, el local de Consultorios Externos, el local de Centro de Atención de Medicina Complementaria y el local del Centro de Adulto Mayor, se encuentran vinculados directamente a las prestaciones de salud de la IPRESS Hospital II Cajamarca.

Como se observa, es en la infraestructura en donde se sostiene cada una de las UPSS y actividades ofertadas por la IPRESS, y se dimensiona la demanda de las prestaciones de salud, de acuerdo a la capacidad instalada de la infraestructura, en el marco de la cartera de servicios de salud aprobada por la ARS.

De esta manera, se evidencia, que la infraestructura existente en la sede principal (terreno, infraestructura física y funcionalidad) del Hospital II Cajamarca, no cuenta con las dimensiones suficientes para albergar la totalidad de las UPSS y actividades principales aprobados en la cartera de servicios de salud, lo que hace que las diferentes prestaciones de salud brindadas por el hospital, no sean oportunas y de calidad.

En este sentido, la infraestructura viene a ser un elemento importante de la prestación de salud, puesto que, cada uno de los ambientes o recintos

sirve de soporte de las UPSS y actividades obligatorias prestadas en la IPRESS. Para ello, la infraestructura debe estar dimensionada adecuadamente y ubicada en un mismo espacio físico, para facilitar el acceso inmediato a la totalidad de prestaciones de salud.

Debido a la importancia de este elemento, es que a la fecha del presente estudio, el Hospital II Cajamarca, tiene en curso un proyecto de inversión con Código Único de Inversión N.º 2284956, denominado “Creación de los servicios de salud del Hospital Especializado en la Red Asistencial Cajamarca- ESSALUD – distrito, provincia y departamento de Cajamarca”, con un monto de inversión ascendiente a quinientos treinta y siete millones trescientos setenta y nueve mil doscientos cuatro con 19/100 soles (S/. 537'379,204.19), con fecha aproximada de culminación febrero de 2025 (SSI, 2023), que va a permitir la concentración de las prestaciones de salud en un solo local (infraestructura).

B. Equipamiento

El equipamiento es el conjunto de bienes de las más amplia y variada naturaleza que se encuentra en una IPRESS, que son de utilidad para la atención de salud, siempre y cuando se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento y operatividad.

Para el desarrollo de este apartado, se ha tomado como evidencia los datos obtenidos del último inventario de bienes muebles (2022) del Hospital II Cajamarca. Encontrando así, un total de 555 bienes, distribuidos entre mobiliario clínico (67 bienes), equipamiento médico (427 bienes) y equipamiento electromecánico (61 bienes); sin considerar el equipamiento informático, mobiliario administrativo, equipamiento complementario, suministros y vehículos, debido a que no se ha tenido acceso a dicha información.

O'Connor (2012), establece que, el funcionamiento de un equipo se determina en razón a ciertos parámetros, como: la estimación de la vida útil y el estado de conservación u operatividad. Es decir, el uso del

equipamiento en la IPRESS va a depender de estas dos condiciones mínimas. Para tal efecto, de los datos obtenidos, se tiene:

a. Equipamiento según la vida útil

La vida útil de un bien se debe de entender como el periodo de tiempo (en años) que se espera usar un bien por parte de la IPRESS. En las siguientes tablas se detalla la denominación del bien, cantidad, vida útil esperada y la antigüedad del bien, así se tiene:

TABLA 4

Detalle del mobiliario clínico

N.º	Denominación	Cantidad	Vida Útil (V.U.) años	Antigüedad	
				Menor V.U.	Mayor V.U.
1	Bicicleta ergométrica	6	10	0	6
2	Cama camilla	57	8	41	16
3	Mesa de operaciones eléctrica	2	10	2	0
4	Mesa de partos eléctrica	2	10	2	0
Total		67		45	22

Elaboración propia

De la tabla se observa, 45 bienes, que representa el 67%, tiene una antigüedad menor a la vida útil esperada, y 22 bienes (33%), su antigüedad ha superado la vida útil.

Aunque, estos bienes, son considerados auxiliares o de apoyo, por no estar relacionado directamente con el diagnóstico de la enfermedad, son de utilidad para la prestación de salud. Por ejemplo, una cama camilla es un bien donde el paciente recibe la prestación de salud, y tiene una vida útil esperada de 8 años, lo que significa que, durante este periodo de tiempo, éste bien se encuentra en óptimas condiciones de funcionamiento y operatividad. En la IPRESS se tiene 57 cama camillas, de los cuales, 41 tienen una antigüedad menor a la vida útil esperada y 16 han superado la vida útil; lo que quiere decir, de las que no han superado la vida útil su funcionamiento es óptimo, por el contrario, de las que han superado

la vida útil, su funcionamiento es deficiente e incluso en cualquier momento pueden dejar de prestar servicios.

TABLA 5

Detalle del equipamiento médico

N	Denominación	Cantidad	Vida Útil (V.U.) años	Antigüedad	
				Menor V.U.	Mayor V.U.
1	Aspirador de secreciones	42	5	13	29
2	Audiómetro de 02 canales	1	7	0	1
3	Bañomaria	6	8	2	4
4	Campana de flujo laminar	2	10	2	0
5	Centrífuga de mesa 400 a 756 ml	11	5	4	7
6	Cuna de calor radiante	4	10	0	4
7	Desfibrilador	16	5	3	13
8	Detector de latidos fetales	4	5	1	3
9	Eco cardiógrafo	1	7	1	0
10	Ecógrafo	11	7	6	5
11	Electrobisturí mono/bipolar	2	5	2	0
12	Electrocardiógrafo	6	5	1	5
13	Electrocauterio mono/bipolar	4	5	2	2
14	Equipo de cirugía laparoscópica	2	7	1	1
15	Equipo de electroterapia	1	7	0	1
16	Equipo de fotopolimerización	2	5	0	2
17	Equipo de fototerapia	5	7	3	2
18	Equipo de mamografía digital	1	10	1	0
19	Equipo de rayos x dental	1	8	1	0
20	Equipo de rayos x	4	10	1	3
21	Equipo de terapia combinada	3	7	1	2
22	Espirómetro portátil computarizado	1	5	0	1
23	Esterilizador	16	7	4	12
24	Faja ergométrica con monitor	1	7	0	1
25	Incubadora	9	5	0	9
26	Lámpara cialítica	8	10	5	3
26	Lámpara de hendidura	4	5	2	2
28	Máquina de anestesia	4	7	2	2
29	Microscopio quirúrgico - oftalmología	2	8	1	1
30	Microscopio binocular	10	10	5	5
31	Microtomo de rotación	1	5	0	1
32	Monitor de funciones vitales de 5,7 y 8	97	10	90	7
33	Monitor fetal	3	5	2	1
34	Procesador de películas radiográficas	1	10	1	0
35	Pulsioxímetro	72	5	57	15
36	Refrigeradora para banco de sangre	3	10	2	1
37	Refrigeradora para laboratorio	8	10	3	5
38	Sierra eléctrica para cortar yeso	2	7	0	2
39	Sistema de inclusión de parafina	1	7	1	0
40	Sistema holter	1	10	1	0
41	Tomógrafo computarizado de 16 cortes	1	10	1	0
42	Unidad dental	3	10	3	0
43	Ventilador	46	10	37	9
44	Video cistoresectoscopia	2	7	1	1

45	Video de colonoscopio de uso general	1	7	0	1
46	Video de gastroscopio de uso general	1	7	0	1
	Total	427		263	164

Elaboración propia

El equipamiento médico es el más representativo de todo el equipamiento existente en la IPRESS, con un total de 427 bienes, de los cuales, 164 bienes, que representa el 38%, han superado su vida útil y 263 bienes (62%), no han superado su vida útil.

Sin embargo, los datos porcentuales descritos, no representan la realidad del equipamiento en la IPRESS, puesto que, 273 bienes, que representa el 64% del equipamiento médico, corresponde a cinco familias de bienes, que se describe: a) 97 bienes son monitores de funciones vitales, equipo que sirve para medir la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y la temperatura corporal, entre otros; b) 72 bienes son pulsioxímetros, equipo que sirve para monitorear el nivel de oxígeno en la sangre y el pulso; c) 46 bienes son ventiladores, equipo que funciona como soplones para permitir que el aire entre y salga de los pulmones; d) 42 bienes son aspiradores de secreciones, equipos que sirve para extraer líquidos y secreciones de la cavidad nasal y e) 16 bienes son desfibriladores, equipos que sirven para enviar una corriente o descarga eléctrica al corazón para restaurar el latido normal. De los cuales, 200 bienes no han superado la vida útil, y 73 bienes han superado su vida útil. Dando a conocer que, estos equipos fueron adquiridos para prestar servicios relacionado con el virus SARS-CoV-2, indicados en la Directiva Sanitaria N.º 109-MINSA/2020/DGAIN.

Por otro lado, de los 154 bienes muebles restantes, que representa al 36% del equipamiento médico, corresponde a cuarenta y uno familias de bienes. Según la tabla presentada, 63 bienes no han superado la vida útil y 91 bienes han superado la vida útil. Como es de verse, considerando la familia del bien, se deduce que, en su mayoría, el equipamiento médico existente en el Hospital, se

encuentra por sobre la vida útil esperada, lo que indica que, su funcionamiento es deficiente, no confiables y poco certeros. Este tipo de equipamiento, se encuentra directamente vinculado con el proceso de diagnóstico, manejo, tratamiento, recuperación de la salud.

TABLA 6

Detalle del equipo electromecánico

N.º	Denominación	Cantidad	Vida Útil (V.U.) años	Antigüedad	
				Menor V.U.	Mayor V.U.
1	Calentador de agua petróleo de 480 Lt.	1	10	0	1
2	Central de oxígeno	1	15	0	1
3	Cocina de gas propano de 8 hornillas	1	7	1	0
4	Congeladora	1	10	0	1
5	Electrobomba	5	10	2	3
6	Equipo de aire acondicionado tipo Split	6	7	1	5
7	Grupo electrógeno	7	15	5	2
8	Motobomba de agua	2	7	2	0
9	Planta generadora de oxígeno de 40 a 60 m3/h	1	15	1	0
10	Refrigerador	18	10	2	16
11	Refrigerador - congelador ice line	1	10	1	0
12	Refrigeradora para medicamentos	3	10	3	0
13	Tanque de almacenamiento de aire	1	10	0	1
14	Tanque de compresas calientes	3	10	0	3
15	Tanque de parafina	3	10	0	3
16	Tanque hidroneumático de 3 pies cúbicos	1	7	0	1
17	Tanque Whirlpool miembros inferiores	1	8	0	1
18	Tanque Whirlpool miembros superiores	1	8	0	1
19	Transformador eléctrico	4	15	1	3
Total		61		19	42

Elaboración propia

De la tabla se observa, de los 61 bienes existentes, 19 bienes, que representa el 31%, su antigüedad es menor a la vida útil y 42 bienes (69%), supera la vida útil. Este tipo de equipamiento, provee el ambiente y las condiciones para realizar una adecuada prestación de salud.

b. Equipamiento según el estado de conservación

El estado de conservación u operatividad de un equipo, influye en el funcionamiento del mismo, se puede definir tres categorías de estado: “bueno” (equipo operativo), “regular o deficiente” (50% operativo) y “malo” (no operativo, obsoleto y/o costoso de mantener).

TABLA 7

Vida útil esperada del equipamiento

Tipo	Estado	Cantidad	Porcentaje
Mobiliario clínico	Bueno	45	67%
	Regular	22	33%
	Malo	0	0%
Equipamiento médico	Bueno	251	59%
	Regular	166	39%
	Malo	10	2%
Equipamiento electromecánico	Bueno	8	13%
	Regular	47	77%
	Malo	6	10%
Total		555	

Elaboración propia

Como se puede apreciar, el equipamiento médico, según el estado de conservación, se tiene: en estado bueno 251 bienes (59%), en estado regular 166 bienes (39%) y estado malo 10 bienes (2%).

Sin embargo, como se ha indicado líneas arriba, 273 bienes, pertenecen a cinco familias de bienes, de los cuales, 195 bienes están en estado bueno, 73 bienes en estado regular y 5 bienes en estado malo. Por otro lado, de los 154 bienes, que pertenecen a cuarenta y uno familias de bienes, se tiene, 56 bienes se encuentran en estado bueno, 93 bienes en estado regular y 5 bienes en estado malo.

El equipamiento en la prestación de salud, cumple la función de soporte, porque ayuda a tomar decisiones objetivas, con precisión y de calidad, tal es el caso, en la UPSS de ayuda al diagnóstico, por ejemplo, no se puede ofertar prestaciones de tomografía, si previamente no se cuenta

con tomógrafo; ecografías, sin ecógrafo; rayos X sin que cuente con el equipo de rayo x. Así, en algunas prestaciones de salud, se requiere de varios equipos, por ejemplo, en una intervención quirúrgica en la UPSS de centro quirúrgico, se necesita de manera simultánea el funcionamiento y operatividad de varios equipos, tales como: máquina de anestesia, electrobisturí, monitor de funciones vitales, lámpara cialítica, bomba de infusión, entre otros.

El equipamiento en el Hospital II Cajamarca, según la cartera de servicios de salud aprobada, en la mayoría de las UPSS se cuenta con el equipamiento mínimo requerido para la prestación de salud, a excepción de la UPSS de anatomía patológica que dispone con el equipamiento mínimo requerido, como: la cámara de refrigeración, mesa de necropsia, microscopio estereoscópico, cabina de flujo laminar y criostato de congelación.

En tal sentido, el equipamiento en la prestación de salud constituye un elemento importante, debido que, su uso está vinculado el proceso de diagnóstico, manejo, tratamiento, recuperación de la salud de la persona. Es importante señalar que, no basta la existencia física del equipo, sino es necesario que el equipo esté operando dentro de la vida útil esperada y se encuentre funcionando de manera óptima, en los parámetros técnicos y físicos diseñados, es decir, se encuentre en un estado de conservación bueno o en el peor de los casos regular (previo mantenimiento preventivo y correctivo).

C. Recursos Humanos

El recurso humano en salud o personal de salud es la columna vertebral de la prestación de salud, su objetivo común consiste en mejorar la salud de las personas.

De la información obtenida, en el Hospital II Cajamarca, a marzo de 2023, se tiene la cantidad de 471 personas, entre profesionales,

técnicos, auxiliares asistenciales y personal administrativo; tal como se presenta en la tabla siguiente:

TABLA 8

Recurso humano por grupo de formación

Cargo/profesión	Cantidad	Porcentaje
Auxiliar de servicios Asistencial	25	5%
Bachiller profesional	1	0%
Biólogo	3	1%
Cirujano dentista	6	1%
Conductor de ambulancia	6	1%
Digitador asistencial	2	0%
Enfermera	129	27%
Laboratorista clínico	1	0%
Médico	146	31%
Nutricionista	3	1%
Obstetra	25	5%
Profesional técnico asistencial	11	2%
Psicólogo	3	1%
Químico farmacéutico	9	2%
Técnico de enfermería	60	13%
Técnico no diplomado	21	4%
Tecnólogo médico	20	4%
Total	471	

Elaboración propia

De la tabla se aprecia que, el mayor número de personal existente según el grupo ocupacional, se tiene: el profesional médico con una cantidad de 146 médicos, que representa el 31%; continúa el grupo ocupacional de las enfermeras con la cantidad de 129 personas, que representa el 27%; luego, los técnicos en enfermería con la cantidad de 60 personas, que representa el 13%, seguido por el grupo ocupacional de obstetras con la cantidad de 25, que representa el 5% y auxiliares asistenciales con la cantidad de 25, que representa el 5%.

El profesional médico es el más representativo dentro del Hospital II Cajamarca. Siendo este recurso humano, el que se encarga de la conservación de la vida humana, mediante una atención integral a la persona, interviniendo desde la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, atiende de acuerdo al grado de

especialización, es así, en el Hospital II Cajamarca, encontramos varias especialidades, según se detalla en la tabla siguiente:

TABLA 9

Profesional médico por especialidad

N.º	Especialidad	Cantidad	Porcentaje
01	Administración de salud	1	1%
02	Anatomía patológica	1	1%
03	Anestesia, analgesia y reanimación	10	7%
04	Cardiología	3	2%
05	Cirugía general	11	8%
06	Cirugía ortopédica y traumatología	1	1%
07	Dermatología	3	2%
08	Endocrinología	1	1%
09	Gastroenterología	4	3%
10	Geriatría	1	1%
11	Ginecología y obstetricia	15	10%
12	Hematología	1	1%
13	Medicina física y rehabilitación	3	2%
14	Medicina intensiva	3	2%
15	Medicina interna	6	4%
16	Medicina ocupacional y medio ambiente	1	1%
17	Nefrología	2	1%
18	Neumología	3	2%
19	Neurocirugía	1	1%
20	Neurología	2	1%
21	Oftalmología	4	3%
22	Ortopedia y traumatología	4	3%
23	Otorrinolaringología	4	3%
24	Patología clínica	1	1%
25	Pediatría y puericultura	13	9%
26	Radiología	5	3%
27	Reumatología	1	1%
28	Médicos cirujanos sin especialidad	38	26%
29	Urología general y oncológica	3	2%
	Total	146	

Elaboración propia

Como se puede apreciar, 38 médicos no tienen especialidad, que representa el 26%, y 108 médicos tienen especialidad, que representa el 74%, éstos últimos están distribuidos en 28 especialidades, de los cuales, se tiene: En gineco – obstetricia 15 médicos (10%), pediatría y puericultura 13 médicos (9%), cirugía general 11 médicos (8%),

anestesiología, analgesia y reanimación 10 médicos (7%), medicina interna con 6 médicos (4%), y las demás especialidades de uno a cinco médicos.

De lo presentado se deduce que, la IPRESS garantiza mínimamente las prestaciones de salud, según la disponibilidad de médicos especialistas y generales, así como de la participación de los demás profesionales, técnicos y auxiliares de salud; a fin de atender las morbilidades y necesidades de salud de la persona.

En tal sentido, el recurso humano al ser el encargado de la intervención y manejo del caso clínico, según los conocimientos y experiencia en la materia, es que se considera un elemento importante en la prestación de salud. Puesto que, un hospital con equipamiento y sin recurso humano, sería un almacén de equipamiento, mas no un hospital.

D. Medicamentos e insumos

En cuanto a los medicamentos e insumos existentes en el Hospital II Cajamarca, éstos son administrados en cinco farmacias que distribuye en los siguientes servicios: farmacia de centro quirúrgico, farmacia de hospitalización, farmacia de emergencia, farmacia de consulta externa y farmacia del centro de atención de medicina complementaria.

Se indica que no se ha tenido acceso a ningún tipo de información, sobre la existencia de medicamentos e insumos de alta o baja rotación, stock limitado (desabastecimiento) y la falta de disponibilidad de medicamentos e insumos. Para el año 2023, existe asignación presupuestal de ocho millones ciento treinta y dos mil quinientos sesenta con 00/100 soles (S/ 8.132.560,00) para la adquisición de medicamentos, y de seis millones ochocientos treinta y tres mil doscientos sesenta con 00/100 soles (S/ 6.833.260,00) para la adquisición de material médico, insumos de laboratorio, radiología y ropa hospitalaria. Lo que da a entender que existe el presupuesto para la adquisición de medicamentos e insumos en el hospital II Cajamarca.

Aunque, no se ha tenido acceso a la información por parte de la IPRESS, consideramos que los medicamentos son importantes en la salud del paciente, puesto que, su prescripción y uso es necesario e indispensable en muchos procedimientos, como en el caso de una cirugía, la anestesia es de uso obligatorio en la intervención quirúrgica.

Por tanto, el medicamento se constituye en un elemento importante en la prestación de salud, por ende, estos medicamentos deben ser accesibles, estar disponibles en la IPRESS y su costo sea razonable.

E. Tecnologías sanitarias

Como se ha indicado, las tecnologías sanitarias son el conjunto de conocimientos y medios técnicos aplicados para promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar una determinada condición clínica o rehabilitar a pacientes con dicha condición.

Es importante mencionar que, las tecnologías sanitarias mejoran la calidad y accesibilidad a las prestaciones de salud, potencia las mejoras en los procesos de la atención sanitaria (reduce listas de espera, calidad de vida al paciente, estancia hospitalaria, etc.), tiene un aspecto considerable con la discapacidad o con enfermedades crónicas (enfermedad de locomoción, la vista, la comprensión o la destreza manual), y reduce los costos de atención (Alfonse, 2013).

Como parte de la transformación digital, el Hospital II Cajamarca, cuenta con el Sistema de Gestión de los Servicios de Salud (SGSS), herramienta informática que permite el registro e integración de las actividades asistenciales y administrativas, que contiene información de: consulta externa, hospitalización, emergencia, centro quirúrgico, ayuda al diagnóstico, farmacia y depósitos, admisión y citas, entre otra información.

Este sistema permite tener el historial de atenciones de una persona, el diagnóstico, registro del medicamento entregado y cantidad, y otra información relacionada a la atención de salud.

Las tecnologías sanitarias en las prestaciones de salud, es gravitante, puesto que, en la mayoría de procedimientos médicos, ayuda a mejorar la efectividad y seguridad de la atención al paciente.

F. Financiamiento

En cuanto al financiamiento, se ha podido corroborar que, las prestaciones de salud ofertados en el Hospital, está reducida a las personas que cuenten con un seguro de salud, a través de aportaciones o contribuciones al Seguro Social de Salud, recursos que son traducidos en presupuesto institucional a fin de habilitar, gestionar y financiar la mayoría de las actividades de la IPRESS.

La disponibilidad de recursos financieros, si bien, no forma parte de la prestación de salud de manera directa, es un elemento de carácter transversal, puesto que permite cubrir el gasto corriente generado por un establecimiento durante todo el ejercicio presupuestal, como el pago de remuneraciones e incentivos, pago de servicios, compra de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, compra y mantenimiento de equipamiento, y otras actividades que son necesarias para el funcionamiento y continuidad de la IPRESS.

El Hospital II Cajamarca del ESSALUD, como tal, no constituye unidad ejecutora, por cuanto, es un establecimiento adscrito a la Red Asistencial de Cajamarca, que depende presupuestalmente de ésta.

La RAC para el año 2023, el presupuesto institucional de apertura asciende a S/. 96,352,639.00 (noventa y seis millones trescientos cincuenta y dos mil seiscientos treinta y nueve con 00/100 soles), divididos en tres rubros de gasto: compra de bienes, gasto de personal y servicios.

En el rubro de compra de bienes, comprende la adquisición de medicinas, material médico, material e insumos de laboratorio, ropa hospitalaria, material de escritorio, alimentos para personas, material de limpieza y otros bienes, el monto asciende a S/. 16, 610,255.00 (dieciséis millones seiscientos diez mil doscientos cincuenta y cinco con 00/100 soles), constituyendo el 17% del total del presupuesto asignado.

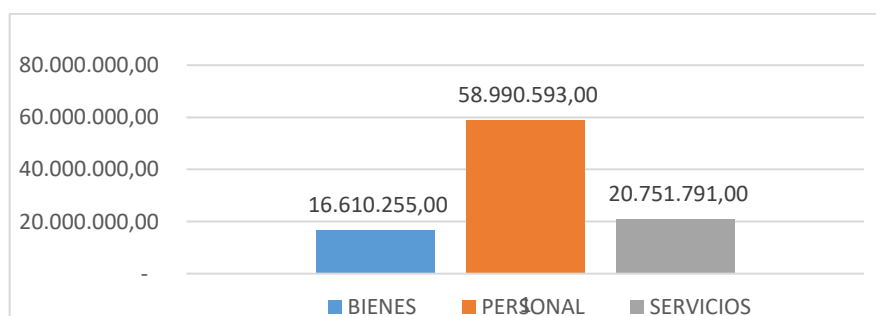
En el rubro de servicios, comprende: arrendamiento de inmuebles y equipos; servicios de embalajes, fletes y transporte; pago de servicios públicos; mantenimiento y reparación de inmuebles, vehículos y bienes; servicios de alimentación, lavandería, impresiones, bancarios y otros; viáticos y pasajes; servicios de profesionales, técnicos y auxiliares, tiene asignado un monto de S/. 20,751,791.00 (veinte millones setecientos cincuenta y uno mil setecientos noventa y uno con 00/100 soles), siendo el 22% del total del presupuesto inicial.

En cuanto al rubro de personal y remuneraciones, comprende: el pago de remuneraciones de personal, beneficios sociales, obligaciones del empleador, bonificaciones y otros; tiene un monto signado que asciende a S/. 58,990,593.00 (cincuenta y ocho millones novecientos noventa mil quinientos noventa y tres con 00/100 soles), constituyendo el 61% del total del presupuesto inicial.

De acuerdo a lo manifestado se puede notar que, en el rubro de personal se destina mayor presupuesto, seguido por el rubro de servicios y finalmente el rubro de bienes, tal como se presenta en el gráfico siguiente:

ILUSTRACIÓN 4

Distribución presupuestal por rubro de gasto



Elaboración propia

Por tanto, el financiamiento es un elemento importante de la prestación de salud, puesto que permite la contratación y permanencia de personal, la adquisición y mantenimiento del equipamiento, la adquisición de medicamentos e insumos, el pago de servicios en general para el funcionamiento de la IPRESS, asegurado de esta manera el acceso y cobertura a las prestaciones de salud.

3.2. Elementos de carácter funcional: procedimientos médicos y sanitarios

Los elementos de carácter funcional en la prestación de salud, están constituidos por el conjunto de procedimientos médicos y sanitarios que se realizan en la IPRESS.

En el Hospital II Cajamarca, se ha podido observar que, los procedimientos médicos y sanitarios se realizan en cada UPSS, de acuerdo a la morbilidad existente por etapa de vida, por especialidad y según el nivel de prioridad (ambulatoria, urgencia o emergencia).

Cada uno de los procedimientos médicos y sanitarios se realiza teniendo en cuenta la UPSS, por ejemplo, una atención de consulta externa a una gestante, se sigue los siguientes pasos o etapas: 1) cita y programación de la gestante (física o llamada telefónica), 2) triaje, 3) anamnesis, examen clínico, examen físico correspondiente, 4) entrega del diagnóstico. Dependiendo del diagnóstico, la gestante puede ser derivado a otras UPSS, si necesita exámenes auxiliares de laboratorio a la UPSS de patología clínica, si se prescribe medicamento a la UPSS de farmacia, en caso de vacuna a la gestante, se deriva al consultorio de enfermería, si la gestante está en proceso de parto se deriva mediante interconsulta a la UPSS de centro obstétrico, en caso de complicación no atendidas en la IPRESS, mediante referencia es atendido en otra IPRESS de mayor complejidad, luego del parto es derivada a la UPSS de Hospitalización, en caso de complicación a la UPSS de cuidados intensivos.

Todo el conjunto de procedimientos médicos y sanitarios son estipulados en las Guías de Práctica Clínica, directivas sanitarias, normas técnicas de salud

y otros documentos, aprobados por el Seguro Social de Salud, tomando como evidencia las mejores prácticas clínicas existentes a nivel nacional.

En definitiva, el conjunto de procedimientos médicos y sanitarios es un elemento importante en la prestación de salud, porque ayuda a estandarizar criterios, mejorar la calidad de las decisiones clínicas, minimizar el riesgo del paciente, maximizar su beneficio y el uso racional de los recursos. Es decir, los procedimientos médicos y sanitarios otorgan confiabilidad al paciente y al recurso humano en salud.

3.3. Los elementos de carácter estructural y funcional de las prestaciones de salud tienen incidencia directa en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, dado que, son los que determinan el nivel de complejidad (categoría) del Hospital II Cajamarca

Como se ha señalado, el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, cumple con la promesa de la constante creación de los derechos fundamentales, incluso, luego de haber alcanzado lo mínimo y los estándares exigibles, el Estado tiene la obligación de realizar acciones siempre de manera incremental y no de regresividad.

A nivel nacional, el derecho a la salud, es entendido como un derecho prestacional y derecho fundamental. En cuanto al derecho prestacional, requiere de desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura, es decir, es de carácter programático. El contenido del derecho a la salud como derecho programático ha sido establecido en el Observatorio General N.º 14, párrafo 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), en base a los elementos (criterios) de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; ya sea física y económica; a su vez, el TC ha asumido como parte del contenido constitucionalmente protegido del derecho a la salud (Exp. N.º 00033-2010-PI/TC, f. 34.c; 0298-2020-PA/TC, f.7; 03228-2012-PA/TC, f. 28).

Por otro lado, en cuanto al derecho a la salud como derecho fundamental, aún no existe un desarrollo a fondo de los supuestos fácticos y jurídicos,

aunque se puede decir que se encuentra “buscando el suelo para las bases”; sin embargo, teniendo en cuenta la naturaleza de los derechos fundamentales como exigibles y vinculados a los atributos del ser humano frente al Estado dueño del aparato coaccionador (Carrasco García, 2020, p. 40), en este sentido, el TC en el Exp. N.º 05842-2006-PHC/TC, fs. 46-49, considera al derecho a la salud como fundamental, debido a que involucra la facultad de todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, física como mental de todo su ser, así como de restituirlo ante una situación de perturbación, y por estar relacionado íntimamente con otros derechos como la dignidad del ser humano, el derecho a la vida, el derecho a la integridad, el medio ambiente y el de la libertad individual.

En cuanto al principio de aplicación progresiva del derecho a la salud es entendido como la materialización del derecho a la salud en su vertiente prestacional, mediante el cumplimiento de las condiciones mínimas y exigibles de los elementos de las prestaciones de salud, de tal manera se cumpla con la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud en las IPRESS.

A continuación, vamos analizar la incidencia de los principales elementos de las prestaciones de salud en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud.

Como se ha analizado anteriormente (3.1 y 3.2 del presente capítulo), los principales elementos de las prestaciones de salud, son de carácter estructural (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, tecnologías sanitarias y financiamiento) y funcional (procedimientos médicos y sanitarios).

Los elementos de carácter estructural de las prestaciones de salud determinan el nivel de complejidad de una IPRESS, es decir, depende principalmente de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos e insumos, tecnologías sanitarias y financiamiento para que una IPRESS sea considerado del primer, segundo o tercer nivel de atención.

En el caso del Hospital II Cajamarca, para el nivel que ha sido autorizado por la ARS, IPRESS con categoría II-2, no tiene la suficiente infraestructura para albergar la totalidad de las UPSS, razón por la cual, varios servicios se encuentran funcionando en locales alquilados y dispersos entre sí, dentro de la ciudad de Cajamarca. En este sentido, la insuficiente infraestructura existente (disponibilidad), limita el acceso a las prestaciones de salud (accesibilidad), incidiendo de forma directa en el contenido esencial del derecho a la salud.

En cuanto al equipamiento, como se ha indicado, en el Hospital II Cajamarca, la mayoría de bienes muebles (según la familia del bien) han superado la vida útil esperada y su estado de conservación es regular, si bien, la mayoría de UPSS de la IPRESS en estudio, cuenta con el equipamiento mínimo requerido para prestar servicios de salud (menos la UPSS de anatomía patológica) según su categoría (disponibilidad), estos no se encuentran en óptimas condiciones de funcionamiento. Por otro lado, teniendo en cuenta la demanda requerida según la población adscrita (accesibilidad), la capacidad de oferta (disponibilidad) es reducida y la accesibilidad es limitada, produciendo retardos, listas de espera y prolongación en el acceso a los servicios de salud. Situación que sirve de fundamento para señalar que el equipamiento tiene incidencia directa en el disponibilidad y accesibilidad del contenido del derecho a la salud.

De la misma manera sucede con el recurso humano, los medicamentos e insumos, tecnologías sanitarias y financiamiento, tanto la disponibilidad y la accesibilidad a estos elementos en el Hospital, tiene incidencia directa con el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud.

Asimismo, los elementos de carácter funcional (procedimientos médicos y sanitarios), se encuentran vinculados con la calidad en la atención, es decir, mediante los procedimientos pre establecidos en las guías de práctica clínica y demás normas, el paciente tiene la seguridad que la atención recibida es de calidad, así como el profesional que lo ejecuta.

Por tanto, los elementos de las prestaciones de salud sirven de fundamento al principio de aplicación progresiva del derecho a la salud, debido a que se encuentran estrechamente vinculados entre sí.

Finalmente, la existencia de cada uno de los principales elementos de las prestaciones de salud, determinan la capacidad operativa del Hospital II Cajamarca, como única unidad, que funciona de manera integral e interrelacionada, y éstos inciden directamente en cada uno de los criterios del contenido del derecho a la salud como derecho prestacional, y a su vez en el principio de aplicación progresiva del referido derecho, por lo que la hipótesis planteada ha sido comprobada.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. Se determinó los principales elementos de las prestaciones de salud, son de carácter estructural: a) infraestructura, b) equipamiento, c) recursos humanos, d) medicamentos e insumos, e) tecnologías sanitarias y f) financiamiento; y los elementos de carácter funcional están constituidos por los procedimientos médicos y sanitarios.
2. El contenido esencial del derecho a la salud, reconocido a nivel nacional, lo conforma los siguientes elementos: disponibilidad, accesibilidad (geográfica, económica, no discriminación y a la información), aceptabilidad y calidad.
3. El principio de aplicación progresiva del derecho a la salud es la materialización del derecho a la salud como derecho programático.
4. Los principales elementos de las prestaciones de salud, determinan la capacidad operativa de la IPRESS en estudio, como única unidad, que funciona de manera integral e interrelacionada.
5. Los principales elementos de las prestaciones de salud inciden directamente en cada uno de los aspectos del contenido esencial del derecho a la salud como derecho prestacional, a su vez, en el principio de aplicación progresiva del derecho a la salud.

5.1 Recomendaciones

- A.** Se recomienda al Hospital II Cajamarca del Seguro Social de Salud, analizar cada uno de los elementos de las prestaciones de salud, para dimensionar la cartera de servicios y el nivel de categoría del establecimiento.
- B.** Se recomienda al Hospital II Cajamarca gestionar ante la ARS la asignación de categoría de los locales donde funciona el Centro de Atención de Medicina Complementaria, Consultorios Externos y el Centro de Adulto Mayor.
- C.** Se sugiere a las UGIPRESS, IPRESS y IAFAS promover mayor investigación en esta rama del derecho a fin de generar conocimiento y se proponga alternativas de solución respecto al acceso y cobertura de las prestaciones de salud.

LISTA DE REFERENCIAS

Libros

- Aguirre Sánchez, O. D. (2018). Acceso y calidad de la atención al adulto mayor. En O. Lazo Gonzales y Á. Santivañez Pimentel, *Atención de salud con calidad. Desafíos* (pp. 105-112). Lima. Colegio Médico del Perú.
- Alfonso, M. (2013). *Tecnologías sanitarias, claves en la economía de salud*. Colegio de Economistas de Madrid.
- Alterini, A., Ameal, O. y López Cabana, R. M. (1996). *Derecho de obligaciones civiles y comerciales*. Buenos Aires. Abeledo-Perrot.
- Althusser, L. (1988). *La revolución teórica de Marx*. España, México, Argentina y Colombia. Siglo XXI Editores.
- Álvarez Undurraga, G. (2002). *Metodología de la investigación jurídica. Hacia una nueva perspectiva*. Santiago – Chile. Universidad Central de Chile.
- Ampuero, L. (2018). Equipamiento. En I. Astorga, J. Yitani Ríos y A. Haro, *Guía de referencia para planes maestros de inversiones en salud con enfoque en red* (pp. 187-201). s/c: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Antequera Vinagre, J. M. (2006). *Derecho sanitario y sociedad*. España. Diaz de Santos.
- Arias Gonzales, J. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Arequipa – Perú. Enfoques Consulting EIRL.
- Astorga, I., Henríquez, C., Fábrega, R., Quinlan, R., Romero, C., Ruiz Casares, B. y Celeste Savignano, M. (2022). *Hospitales, tecnología y redes. La evolución de la infraestructura de salud post COVID 19*. Washington. BID. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.18235/0004559>
- Bacacorzo, G. (1992). *Derecho administrativo en el Perú*. Lima. Cultural Cuzco.
- Bagolle, A., Casco, M., Nelson, J., Orefice, P., Raygada, G. y Tejerina, L. (2022). *La gran oportunidad de la salud digital en América Latina y el Caribe*. Washington: BID. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.18235/0004153>

- Behar Rivero, D. (2008). *Introducción a la metodología de la investigación*. Bogotá. Shalom.
- Bidart Campos, G. (1989). Estudios nacionales sobre la constitución y el derecho a la salud en Argentina. En H. Fuenzalida Puelma y S. Scholle Connor, *El derecho a la salud en las américas. Estudio constitucional comparado* (pp. 25-43). Washington, D.C. OPS.
- Bunge, M. (2000). *La investigación científica. su estrategia y su filosofía*. Buenos Aires. Siglo XXI.S.A.
- _____ (2012). *Filosofía para médicos*. España. Gedisa.
- Burgos Rodríguez, R. (1998). *Metodología de la investigación y escritura científica en clínica*. Granada – España. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Carbonell, J. y Carbonell, M. (2013). *El Derecho a la salud: Una propuesta para México*. México. UNAM.
- Carrasco García, L. A. (2020). *El Tribunal Constitucional y la determinación del contenido de los derechos fundamentales*. Perú. Editorial ffecaat.
- Clavijo Cáceres, D., Guerra Moreno, D. e Yáñez Meza, D. (2014). *Método, metodología y técnica de la investigación aplicada al derecho*. Bogotá-Colombia. Grupo Editorial Ibañez.
- Corbella Duch, J. (2012). *Manual de derecho sanitario*. Barcelona: Atelier.
- Courtis, C. y Ávila Santamaría, R. (2009). *Protección judicial de los derechos sociales*. Quito. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- De Currea-Lugo, V. (2005). *La salud como derecho humano*. Suecia: Universidad de Deusto.
- De Gortari, E. (1979). *Introducción a la lógica dialéctica*. México. GRIJALBO. S.A.
- De León y Olarieta, F. (1877). *Metodología de la ciencia del derecho. Seguida del programa de ampliación de derecho civil y códigos españoles, y de unos apuntes bibliográfico sobre esta asignatura*. Valencia: Domenece.

- De Moraes Novaes, H. y Motta, P. (1996). *Manual prototipo de educación en administración hospitalaria* (Vol. V). Washington D.C. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3157>
- Delgado Del Rincón, L. E. (2019). *El Derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros: Limitaciones y Problemas Competenciales*. Valencia- España. Tirant lo blanch.
- Engels, F. (1961). *Dialéctica de la naturaleza*. (W. Roces, Trad.) México. Grijabo.S.A.
- Estrada, M. y Acuña, O. (2019). Infraestructura. En O. Acuña, L. Ampuero, H. San Martín, O. Cosavalente, V. Bustos, M. Marín, I. Astorga, *Guía de referencia para planes maestros de inversiones en salud con enfoque en red* (pp. 201-221). s/l. BID. doi: <http://dx.doi.org/10.18235/0002103>
- Frenk, J., Bobadilla, J. L., Sepúlveda, J., Rosentbal, J. y Ruedas, E. (1986). *Pan american journal of public health*. <https://n9.cl/fzy6j>
- Gaitán Duarte, H., Rojas Reyes, M. y Feliciano Alfonso, J. (2017). *Búsqueda, evaluación y síntesis de la evidencia de efectividad y seguridad en evaluaciones de tecnología: manual metodológico*. s/c: Banco Interamericano de Desarrollo.
- García, L. (2012). La función sanitaria del hospital. En R. Carrillo, *Teoría del hospital* (pp. 429-443). Buenos Aires: Biblioteca Nacional.
- Giovanella, L., Ruíz, G., Feo, O., Tobar, S. y Faria, M. (2012). *El sistema de salud en Sudamérica. Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Rio de Janeiro. ISAGS.
- Glassman, A., Giedion, U. y Smith, P. (2017). *¿Qué cubrir y qué no?* Washington. Center Global Development. www.cgdev.org
- González de Dios, J. (2015). Práctica basada en evidencia. ¿qué es?, ¿por qué?, ¿para qué?, ¿para quién? y ¿cómo? En C. Cuello García y G. Pérez Gaxiola, *Medicina basada en evidencia. Fundamentos y su enseñanza en*

el contexto clínico (pp. 3-13). Buenos Aires. Editorial médica panamericana.

Guerrero Agripino, L. (2017). *Fundamentos de la dogmática jurídica penal. Una perspectiva desde los derechos humanos*. México. Comisión nacional de los derechos humanos.

Guerrero Galván, L. R. y Reyna Lara, M. (2022). *Ciudadanía sanitaria. Una propuesta de material didáctico*. México. IIJ-UNAM. <https://tinyurl.com/2p9asxkc>

Hansen, J. (2012). *Dispositivos médicos: la gestión de la discordancia: un resultado del proyecto sobre dispositivos médicos prioritarios*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

Herrera Acosta, C., Granizo Castillo, O. y Herrera Merino, M. (2020). Importancia de las técnicas e instrumentos de recopilación de datos en la investigación jurídica. En E. Cáceres Nieto, *Pasos hacia una revolución en la enseñanza del derecho en el sistema romano-germánico* (pp. 433-447). México. Instituto de Investigaciones Jurídicas -UNAM.

Hurtado de Barrera, J. (2010). *Metodología de la investigación. Guía la para comprensión holística de la ciencia*. Bogotá – Caracas. Ediciones Quirón S.A.

Inesa Ortega, A. (1982). *Glosario de términos administrativos*. México. Futura Editores.

Jaldin, M., Souza, M., Ma, C. y Márquez, M. (2017). Servicios no clínicos y equipamiento médico y mobiliario clínico en una APP de salud. En P. Apablaza, C. Espinoza, M. Jaldin, D. Navarro, C. Ma, M. Márquez, A. Zamorano, *Guía de referencia para proyectos de APP en salud* (pp. 453-536). s/c: BID. doi: <http://dx.doi.org/10.18235/0002256>

Limo Salazar, J. (2018). Análisis de la estrategia de seguridad del paciente en el Perú. En O. Lazo Gonzales y Á. Santivañes Pimentel, *Atención de salud con calidad. Desafíos* (pp. 39-54). Lima: Colegio Médico del Perú.

- Llewelyn-Davies, R. y Macaulay, H. (1969). *Planificación y administración de hospitales*. Washington, D.C. OPS.
- Martínez Miguélez, M. (1998). *La Investigación cualitativa etnográfica en educación Manual teórico - práctico*. México. Trillas.
- Müller, Á. (2014). El derecho a la salud y los derechos humanos. En M. Aizenberg, *Estudios acerca del derecho de la salud* (pp. 15-73). Buenos Aires. La Ley.
- Novick, M. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. Washington, D. C. OPS.
- Ñaupas Paitán, H., Mejía Mejía, E., Novoa Ramírez, E.y Villagómez Paucar, A. (2013). *Metodología de la investigación científica y elaboración de tesis*. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- O'Connor, T. (2012). *Introducción a la gestión de inventarios de equipo médico*. Ginebra. OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1998). *Promoción de la salud glosario*. Ginebra. OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/67246>
- _____ (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud*. Francia. OMS.
- _____ (2010). *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. S/c. OMS.
- _____ (2020). *Bases conceptuales para el ejercicio de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud*. Lima. Minsa.
- _____ (2021). *Estrategia mundial sobre la salud digital 2020-2025*. Ginebra. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344251>
- ONRHS (2005). *Informe al país: situación y desafíos de los recursos humanos en salud gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano*. Lima. Ministerio de Salud.

- _____ (2006). *El Perú respondiendo a los desafíos de la década de los recursos humanos en salud*. Lima. Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1966). *Adiestramiento del personal auxiliar*. México. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/46870>
- _____ (1994). *Recursos humanos y sistemas locales de salud*. Washington, D.C. O Panamericana de la Salud.
- _____ (1998). *El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. OPS.
- _____ (2001). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. OPS.
- _____ (2010). *Redes Integradas de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para implementación en las Américas*. Washington. OPS.
- _____ (2018). *Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas*. Washington, D.C. OPS. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49098>
- _____ (2021). *Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud*. Washington. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53730>
- Painter, F. R. y Baretich, M. (2012). *Introducción al programa de mantenimiento de equipos médicos*. Ginebra. OMS.
- Parra Vera, O. (2003). *Derecho a la salud. En la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Bogotá. Defensoría del Pueblo.
- Patrón Faura, P. y Patrón Bedoya, P. (2004). *Derecho administrativo y administración pública en el Perú*. Lima. Grijley
- Payanco Bugueño, R. (2017). Derechos sociales y políticas públicas. El principio de progresividad. *Anuario de derecho constitucional Latinoamericano*, 327-347. <https://n9.cl/xij5o>

- Peña Sánchez, E. A. (2019a). *Breve historia Caja Nacional del Seguro Social CNSS (1936-1973)*. Lima. LithoyArte SAC. www.essalud.gob.pe
- _____ (2019b). *Breve historia Seguro Social del Empleado SSE (1948-1973)*. Lima. LithoyArte SAC. www.essalud.gob.pe
- _____ (2021). *Historia de la Seguridad Social en el Perú, 1936-2021*. Lima. LithoyArte SAC. www.essalud.gob.pe
- Pérez Cuebas, R., Savedoff, W., Nigenda, G., Doubova, S., Sorio, R. E. y Dal Poz, M. (2023). *Rumbo al futuro del personal de salud: tendencias y desafíos para el próximo tiempo*. s/c. BID. doi: <http://dx.doi.org/10.18235/0004886>
- Pérez Miranda, R. (2020). *Exigibilidad del derecho de acceso a la salud y licencias obligatorias en materia de medicamentos*. México. Instituto de Investigaciones Jurídicas -UNAM. <https://tinyurl.com/y3k74vov>
- Petrella, A. (2016). Derecho a la Salud. En M. Basterra, *Constitución de la ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Edición comentada (pp. 273-302). México: jusbaire. <http://goo.gl/nRjsul>
- Raffin, M. (2015). *Cultura para la paz y los derechos humanos*. <https://n9.cl/21btx>
- Ramos Núñez, C. (2011). *Cómo hacer una tesis de derecho y no envejecer en el intento*. Lima. GRIJLEY.
- Restrepo H.E. (2002). Agenda para la acción en promoción de la salud. En H.E. Restrepo y H. Málaga, *promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (pp.34-55). Colombia. Editorial médica panamericana. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3296>
- Rovere, M. (2006). *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Washington: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51595>
- Salon, J., Sheps, C. y Lee, S. (1992). Bosquejo de los patrones de atención médica. En K. White, *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (pp. 212-219). Washington, D.C.OPS.

- Salgado Zepeda, O. (2005). *Modelo de atención integral en salud*. Santiago. Ministerio de Salud.
- Starfield, B. (1992). Investigación de servicios de servicios de salud: un modelo práctico. En K. White, *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (pp. 574-582). Washington, D.C. OPS.
- Terris M. (1996). Concepto de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En Organización Panamericana de la Salud, *Promoción de la salud: una antología* (pp.37-44). Washington, D.C. OPS.
- Tsetung, M. (1971). *Cinco tesis filosóficas*. Lima. Fondo de Cultura Popular.
- Vásquez, L. D. y Serrano, S. (2011). Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Apuntes para su aplicación práctica. En M. Carbonell Sánchez y P. Salazar Ugarte, *La reforma constitucional de derechos humanos: Un nuevo paradigma* (pp. 135-165). México UNAM.
<http://ru.juridicas.unam.mx:80/xmlui/handle/123456789/11939>
- Vázquez Valencia, L. D. (2018). *test de razonabilidad y derechos humanos: instrucciones para armar restricción, igualdad y no discriminación, ponderación, contenido esencial de derechos, progresividad, prohibición de regresión y máximo uso de los recursos disponibles*. México: instituto de Investigación Jurídica.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/9/4254/15.pdf>
- Velázquez y Llorente, J. (2018). Estructura jerárquica del hospital moderno. En F. Navarro Reynoso, M. Gutiérrez García y P. Navarro Murillo, *Hacia una nueva dirección de hospitales* (pp. 25-43). México. Editorial trillas.
- Villabella Armengol, C. (2020). Los métodos en la investigación jurídica. Algunas apreciaciones. En E. Cáceres Nieto , *Pasos hacia una revolución en la enseñanza del derecho en sistema romano.germánico* (pp. 161-177). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas -UNAM.
- Vitteri Guevara, J. (2016). *Seguro Social de Salud. Guía de trámites*. Lima. Gaceta Jurídica.

Revistas

- Alarcón Espinoza, G. (2009). Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú. Lima: USAID. Obtenido de <https://lc.cx/QO0MCf>
- Alventosa del Río, J. y Cobas Cobiella, M.E. (2017). La mediación como resolución extrajudicial de conflictos: marco jurídico de su aplicación al ámbito sanitario. *Revista CEFLEGAL* (193), pp. 47-86. DOI: <https://doi.org/10.51302/ceflegal.2017.10453>
- Ariza Clerici, R. (30 de junio de 2023). Red-DESC. Obtenido de red internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: <http://www.juridice.com.ar/doctrina/salud.htm>
- Beato Espejo, M. (1994). El derecho a la prestación sanitaria: libertad de prescripción y dispensación. *Juristas de la Salud*, 2(1), 59-80. Obtenido de *Juristas de la Salud*: <https://lc.cx/lpoe5Y>
- Cueva Araujo, P. y Ríos Mercado, J. (2017). *Gestión de la Historia Clínica y la Seguridad de la Información del Hospital II Cajamarca - ESSALUD bajo la NTP-ISO/IEC 27001:2014*. [Tesis de Maestría, Universidad Privada del Norte. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11537/13676>
- Delpiazzo, C. (2020). Actividad prestacional y derechos sociales. *Derecho y Sociedad*, 45-62. https://lc.cx/_JVgCR
- Fagoaga, M. (1980). Nuevos temas de la asistencia sanitaria. *Revista de Política Social* (127), 77-92. Obtenido de <https://lc.cx/hcHcK6>
- Fernández Montalvo, R. (2009). Dimensión del derecho a la protección a la salud. su tratamiento en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional. *Derecho y Salud*, 19,11-30.
- Jiménez Villa, J. (2009). El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto. Elsevier, pp. 668-669. doi: 10.1016/j.aprim.2009.10.004

- León Florian, F. J. (2014). Red de Revistas de Derecho Constitucional. *Revista de Derecho Constitucional*: <https://n9.cl/2x7k0>
- Mancilla Castro, R. (2015). El principio de progresividad en el ordenamiento constitucional mexicano. *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, 81-103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmdc.2016.03.016>
- Mañas Pérez, A. (2019). Las Tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito educativo. Un tándem necesario en el contexto de la sociedad actual. (S. Gasparian Colello, Ed.) *Revista Internacional d'Humanitats* (45), 75-86.
- Martínez Navarro, J. (2018). Salud electrónica, tecnología y sostenibilidad. La evaluación de las tecnologías sanitarias. *Revista Derecho y Salud*, 28(1), 63-78.
- Nutting, P., Tirador, D. y Pambrun, A. (1980). Una metodología para utilizar a los auxiliares de salud en la atención directa del paciente. En OPS, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (pp. 19-34). Costa Rica. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17285>
- Oscanoa, T. (2012). Acceso y usabilidad de medicamentos: propuesta para una definición operacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 119-126. <https://lc.cx/Esehyl>.
- Pemán Gavín, J. (2001). Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro. *Derecho y Salud*, 101-154.
- Vega de Céniga, M., Allegue Allegue, N., Bellmunt Montoya, S., López Espada, C., Riera Vázquez, R., Solanich Valldaura, T. y Pardo Pardo, J. (2009). Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. *Revista Angiología*, 61, 29-34. <https://n9.cl/ka5zw>
- Vidal Fernández, J. (2005). Las carteras de servicios: concreción, racionalización y articulación del contenido de las prestaciones sanitarias. *Derecho y Salud*, 13(1), 19-34. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/111391>

Legislación

Constitución Política del Perú [CONST]. Art. 7 y 11. 30 de diciembre de 1993.

Ley 23536 de 1982 [Congreso de la República]. Ley que regula el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud. 27 de diciembre de 1982. S/n.
<https://n9.cl/wmvk9>

Ley 28561 de 2005 [Congreso de la República]. Ley que regula el trabajo de los técnicos y auxiliares asistenciales de salud. 29 de junio de 2005. No 11691. <https://n9.cl/sxvdm>

Ley 29344 de 2009 [Congreso de la República]. Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. 9 de abril de 2009. <https://lc.cx/IR3t0l>

Ley 29459 de 2009 [Congreso de la República]. Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. 25 de noviembre de 2009.
<https://lc.cx/H95dgo>

Ley 30895 de 2018 [Congreso de la República]. Ley que fortalece la función Rectora del Ministerio de Salud. 28 de diciembre de 2018.
https://lc.cx/HL_TH8

Decreto Legislativo 1158 de 2013 [Presidencia de la República]. Decreto legislativo que dispone medidas destinadas a fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. 6 de diciembre de 2013. No 1024507-2. <https://n9.cl/qfbpx>

Decreto Supremo 009 de 1997 [Ministerio de Salud]. Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. 09 de septiembre de 1997. <https://acortar.link/TTzEim>

Decreto Supremo 013 de 2006 [Ministerio de Salud]. Aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. 25 de junio de 2006. <https://lc.cx/hn365A>

Decreto Supremo 008 de 2014 [Ministerio de Salud]. Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia de Salud. 9 de junio de 2014.
<https://lc.cx/jeudkb>

Decreto Supremo 020 de 2014 [Ministerio de Salud]. Aprobación del "Texto Único Ordenado de la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. 9 de junio de 2014. <https://lc.cx/eicRf4>

Resolución Ministerial 729 de 2003 [Ministerio de Salud]. Aprueba el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud". 20 de abril de 2003. <https://lc.cx/9Xf8Me>

Resolución Ministerial 1125 de 2002 [Ministerio de Salud]. Aprueba directiva para la delimitación de las Redes y Microrredes de salud. 5 de julio de 2002. <https://lc.cx/Np7FCa>

Resolución Ministerial 1240 de 2004 [Ministerio de Salud]. Aprueban "La Política Nacional de Medicamentos". 29 de diciembre de 2004. <https://acortar.link/EB4FgV>

Resolución Ministerial 566 de 2005 [Ministerio de Salud]. Aprueba lineamientos para la adecuación de la Organización de las Direcciones Regionales de Salud en el marco del proceso de descentralización. 22 de julio de 2005. <https://n9.cl/v0zdi>

Resolución Ministerial 720 de 2006 [Ministerio de Salud]. Aprueban Documento Técnico "Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú". 8 de septiembre de 2006. <https://acortar.link/7JtBOx>

Resolución Ministerial 510 de 2010 [Ministerio de Salud]. Documento Técnico Fortalecimiento del primer nivel de atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada. 24 de junio de 2010. <https://lc.cx/N9Z0S2>

Resolución Ministerial 464 de 2011 [Ministerio de Salud]. Aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en familia y Comunidad". 14 de junio de 2011. <https://lc.cx/9Xf8Me>

Resolución Ministerial 546 de 2011 [Ministerio de Salud]. Aprueba la NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos de Salud. <https://n9.cl/7raqd>

Resolución Ministerial 148 de 2013 [Ministerio de Salud]. Aprueban el Documento Técnico denominado: "Lineamiento para la Elaboración del Plan de Equipamiento de Establecimiento de Salud en Áreas Relacionadas a Programas Presupuestales". 22 de marzo de 2013.

<https://acortar.link/I7ueFF>

Resolución Ministerial 076 de 2014 [Ministerio de Salud]. Aprueba la "Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud". 29 de enero de 2014. <https://lc.cx/I7upMr>

Resolución Ministerial 660 de 2014 [Ministerio de Salud]. Aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N.º 110-MINSA/DGIEM V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención. 1 de septiembre de 2014. <https://n9.cl/omcr5>

Resolución Ministerial 045 de 2015 [Ministerio de Salud]. Aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N.º 113-MINSA/DGIEM V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención. 27 de enero de 2015. <https://n9.cl/jtgdn>

Resolución Ministerial 367 de 2017 [Ministerio de Salud]. Aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú". 19 de mayo de 2017. <https://acortar.link/fhdxNd>

Resolución Ministerial 902 de 2017 [Ministerio de Salud]. Aprueba el documento técnico "Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios del sector salud". 11 de octubre de 2017. <https://lc.cx/bWs11c>

Resolución Ministerial 1361 de 2018 [Ministerio de Salud]. Aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud. 30 de diciembre de 2018. <https://lc.cx/h7eXvV>

Resolución Ministerial 816 de 2020 [Ministerio de Salud]. Aprueba documento técnico. Agenda digital del sector salud 2020-2025. 6 de octubre de 2020. <https://n9.cl/z7y1a>

Resolución Ministerial 030 de 2020 [Ministerio de Salud]. aprueba el Documento Técnico "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la

Persona, Familia y Comunidad (MCI). 27 de enero de 2020.

<https://n9.cl/ko8t0>

Resolución Ministerial 969 de 2021 [Ministerio de Salud]. Documento Técnico:

"Plan Nacional de Implementación de Redes Integradas de Salud", el mismo que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial. 29 de julio de 2021. <https://lc.cx/DfNLck>

Resolución Ministerial 1357 de 2021 [Ministerio de Salud]. Aprueba el Documento

Técnico: "Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030". 28 de diciembre de 2018. <https://lc.cx/l9d-Pt>

ANEXOS – APÉNDICE

Director Medico Red Asistencial
EsSalud Cajamarca.

TRANSFERENCIA MEDICA

ASUNTO : *Facilidades para Desarrollo del Trabajo de Investigación para Obtener Título. Luis Eduardo Díaz Saldaña. Fac. Derecho y CC Políticas*

REFER : a) CARTA S/N° - 2022.
b) RESOLUCIÓN N° 1421-GG-ESSALUD-2008.

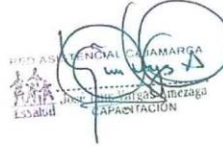


Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez en atención al asunto mencionado sobre autorización de ingreso para el desarrollo de Proyecto de Investigación, se adjunta cancelación de monto por concepto de revisión de protocolo por el Comité de Investigación y trámites administrativos en la Red Asistencial Cajamarca.

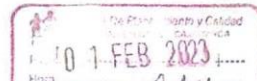
NORMATIVIDAD: RESOLUCION N° 1421- GG-ESSALUD-2008.	7.3.4.- Favorecer la realización de estudios de investigación y ensayos clínicos locales y multicéntricos. 7.5.3.- Evaluar para su aprobación proyectos Institucionales y Extra Institucionales.
TITULO	"PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN EL PRINCIPIO DE APLICACIÓN PROGRESIVA DEL DERECHO A LA SALUD, EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD CAJAMARCA"
AUTOR	Alumno: Luis Eduardo Díaz Saldaña.
UNIVERSIDAD	Facultad de Derecho y CC. Políticas – Universidad Nacional de Cajamarca
ASESOR	M. s. c. López Nuñez Jose Luis.
ASISTENTE	Ing. Neyer G. Lavado Abanto.
AREAS	Oficina Administración, otros.
HORARIO	A determinación de Oficina, Unidades y Áreas administrativas.
PERIODO	Hasta 31 de Marzo 2023 - Renovable



Por lo expuesto agradeceré a usted, se sirva emitir la regularización de autorización a fin de que el Investigador tenga la validez del Estudio realizado, además el autor de la mencionada Tesis alcanzará un ejemplar de la tesis, a esta oficina.
A espera de su gentil atención, me despido de usted.



Folios: 61
CC: Archivo.
NIT: 1309 - 2023 - 000333.



NIT: BOY-2223-333

Importante:

NOTA:

Mantener esta Hoja de Ruta como Carátula del documento.

N°	FECHA	REMITENTE	ACCIONES	DESTINO
1	20 ENE 2023		1	DM
2	24 ENE 2023		Atención	OPC Prov. 960-2023.
3	24 ENE 2023		Atención	UPCYRM PROV. 064-23-OPC.
4	25/01/23		Evaluar y Proyectar Respuesta	Sr. José Vargas
5	26/01/2023 Fol. 61		Facilidades Propuestas Inversión. Sr. Luis Eduardo Díaz Saldívar	Quemón Médico
6	01 FEB 2023.		Atención	OPC Prov. 1169

ACCIONES:

- 1- ATENCION
- 2- OPINION
- 3- INFORME
- 4- PREPARAR RESPUESTA
- 5- COORDINAR
- 6- SUPERVISAR
- 7- CONOCIMIENTO Y FINES
- 8- VISAR
- 9- ARCHIVO
- 10- OTROS

Prov. 84-24-OPC.
UPCYRM

EVALUACION CUANTITATIVA DE PROYECTOS DE INVESTIGACION			
INVESTIGADOR PRINCIPAL: LUIS EDUARDO DIAZ SALDAÑA.			
"PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN EL PRINCIPIO DE APLICACIÓN PROGRESIVA DEL DERECHO A LA SALUD EN EL HOSPITAL II ESSALUD CAJAMARCA PERU 2011-2020"			
Fecha de Evaluación: 26.01.2023		Evaluado por: Dr. Ernesto Paul Medina Paredes.	
APROBADO (X)		DESAPROBADO ()	
CRITERIOS		APROBADO	OBSERVADO
A. MERITO CIENTIFICO:			
1.- Importancia del problema		SI	
2.- Grado de coherencia de los objetivos del problema		SI	
3.- Instrumentos utilizados adecuados al Tema.		SI	
4.- Metodología adecuada (formular ficha de recolección de datos y los instrumentos de medición)		SI	
5.- Amplitud de la revisión de la literatura		SI	
6.- Grado de la adecuación de la metodología con los objetivos e hipótesis.		SI	
B. VIABILIDAD DEL PROYECTO		SI	
C. RELEVANCIA DEL PROYECTO		SI	
D. POTENCIAL DE LA INVESTIGACION PARA RESOLVER PROB. PRACTICOS		SI	
E. ASPECTOS ETICOS GENERALES			
- Compromiso Confidencialidad:	Tiene	<input checked="" type="checkbox"/>	No tiene
- Consentimiento informado:	Tiene	<input checked="" type="checkbox"/>	No tiene
- Requiere Evaluación del Comité de Etica	Si	<input type="checkbox"/>	No
F. MOTIVACION DEL PROYECTO			
- Iniciativa personal	<input checked="" type="checkbox"/>	- Tesis Bachiller:	<input type="checkbox"/>
- Iniciativa grupal	<input type="checkbox"/>	- Tesis Maestría:	<input type="checkbox"/>
- Requerimiento institucional	<input type="checkbox"/>	- Tesis Doctoral:	<input type="checkbox"/>
- Otro: Colaborativo	<input type="checkbox"/>	- Tesis TITULO:	<input checked="" type="checkbox"/>
72511146			
- Autofinanciado	<input checked="" type="checkbox"/>		
- Financiamiento Institucional	<input type="checkbox"/>		
- Financiamiento Externo	<input type="checkbox"/>		
CONCLUSIONES:			
ES UN TIPO DE INVESTIGACION EXPLORATIVA, DESCRIPTIVA, EXPLICATIVA -CAUSAL O CORRELACIONAL Y PROPOSITIVA			
TIENE APROBACION Y EVALUACION DEL COMITÉ DE INVESTIGACION ETICA EN LA INVESTIGACION			
OBSERVACIONES:			
ASESOR: M. CS. JOSE LUIS LOPEZ NUÑEZ			
SE CANCELA S/. 100.00 POR NO TENER VINCULO LABORAL CON LA INSTITUCION.			
ADJUNTAR 01 EJEMPLAR AL FINAL DEL TRABAJO Y ENTREGAR A ESTA OFICINA			
ALCANZAR INFORME AVANCE DEL 50 % DEL TRABAJO DE INVESTIGACION			
Miembro del Comité de Investigación. Dr. Ernesto Paul Medina Paredes.		Firma del Evaluador CELULAR N° 962633153	Medina Paredes Ernesto Paul MEDICO INTERNISTA CMP: 41020 - RNE: 20508
			26.01.2023

1607 - 2023 - 00153

SEGUNDA EVALUACION