



INFORME DEFENSORIAL N° 87

EL DERECHO A LA SALUD

Y

A LA SEGURIDAD SOCIAL:

SUPERVISANDO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

LIMA - 2004

ÍNDICE

III. ANTECEDENTES

IV. COMPETENCIA DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO

III. LOS DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES Y EL ROL DEL ESTADO

- 5.1. El derecho a la salud
- 5.2. La seguridad social en salud

IV. LA SUPERVISIÓN DEFENSORIAL A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- 6.1. Metodología empleada
- 6.2. Organización interna
- 6.3. Instrumentos empleados
 - 6.3.1. Fichas de supervisión N° 01 y 02 aplicadas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud
 - 6.3.2. Ficha de supervisión N° 03 aplicada en los establecimientos de salud de ESSALUD.
- 4.4. Sistematización de la información

V. LA SUPERVISIÓN A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD.

- 1.1. Aspectos prioritarios supervisados en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y resultados obtenidos.
 - 5.1.1. Accesibilidad a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud: accesibilidad física, facilidades y señalización.
 - 1.1.1. Obligación de los establecimientos de salud de brindar atención inmediata, sin condicionamientos, en casos de emergencias médicas.
 - 1.1.2. Cobro por los servicios prestados, previa evaluación de la condición socioeconómica por la Asistencia Social.
 - 1.1.3. Obligación legal de publicar en un lugar visible el derecho de toda persona de recibir atención médica inmediata en situación de emergencia.
 - 1.1.4. Derecho de los usuarios y usuarias de los servicios de salud a recibir y entender la información sobre el diagnóstico y tratamiento.
 - 1.1.5. Aceptabilidad de los usuarios y usuarias sobre la atención médica recibida.
- 1.2. Hechos relevantes reportados por las Oficinas Defensoriales durante la Supervisión.

VI. LA SUPERVISIÓN A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ESSALUD

6.1. Aspectos prioritarios supervisados en el sistema de otorgamiento de turnos o citas de atención en establecimientos de salud de ESSALUD y resultados obtenidos en la Supervisión Defensorial

- 6.1.1. Requisitos solicitados para obtener turno o cita para recibir atención médica.
- 6.1.2. El sistema para obtener turno o cita para atención médica: el problema de las colas.
- 6.1.3. Oportunidad en que es otorgada la cita al asegurado o asegurada de ESSALUD.
- 6.1.4. El sistema de otorgamiento de citas por teléfono.
- 6.1.5. Calificación de los y las aseguradas de ESSALUD sobre la atención que reciben por parte del personal administrativo del establecimiento de salud.

VII. CONCLUSIONES

VIII. RECOMENDACIONES

ANEXOS



EL DERECHO A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL:

SUPERVISANDO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

III. ANTECEDENTES

En el Perú, encontramos que los denominados derechos económicos, sociales y culturales, en particular los relativos a la salud y a la seguridad social, no son de pleno acceso y ejercicio por parte de amplios sectores de la población. Los altos índices de pobreza y extrema pobreza, sumados a la ausencia de adecuadas políticas públicas en este campo, explican en buena medida esta situación.

La mayoría de las personas desconocen que el Estado está en la obligación de proteger y garantizar el derecho a la salud, entendido no solamente como ausencia de enfermedad sino como un componente indispensable para lograr el bienestar y el desarrollo humano sostenible.

En la década pasada, sin embargo, se lograron avances en lo concerniente a la recuperación y ampliación de la atención primaria en salud, en la inauguración y reapertura de muchos centros y puestos de salud¹, así como en el equipamiento y fortalecimiento de programas nacionales, la mejora y ampliación de la infraestructura de algunos hospitales nacionales.

A pesar de estos esfuerzos, resulta evidente que aún no se ha logrado una transformación de la prestación de los servicios de salud sobre la base de los principios rectores de la Seguridad Social, tales como los de universalidad, solidaridad, igualdad e integridad; cuyos alcances comprenden la equidad, eficiencia, oportunidad y calidad.

De las quejas, petitorios y consultas formuladas a la Defensoría del Pueblo, se constata la falta de equidad en el acceso al servicio de prestaciones de salud, disconformidad con la atención que brinda el personal administrativo y especializado, falta de medicinas e infraestructura adecuada en los centros de salud y hospitales, así como casos de negligencia médica que muchas veces afectan no sólo a la salud sino también a la vida de las personas.

La Defensoría del Pueblo ha hecho de conocimiento del Congreso de la República, en los Informes Anuales que le corresponde presentar para dar cuenta de su trabajo, los casos relevantes en los que se aprecia la vulneración del derecho a la salud, así como los principales

¹ Según información obtenida en la página web del Ministerio de Salud: www.minsa.gob.pe, se pasó de 5,926 establecimientos del Ministerio de Salud que existían en el año 1996 a un total de 6,617 para octubre del año 2001.

problemas detectados, tanto en el servicio brindado por el Ministerio de Salud como por ESSALUD².

Así, en el Sexto Informe Anual: “Descentralización y Buen Gobierno”³, correspondiente al período 2002-2003, advertimos acerca de la limitada vigencia del derecho a la salud al reportarse casos de negligencia médica y negación de atención hospitalaria ocurridos en centros de salud ubicados principalmente en el interior del país. Respecto a la negación de atención, se pudo verificar que esta tenía como causa principal la aplicación de criterios discriminatorios en base a la condición social y económica de los usuarios.

Otros problemas que se advierten en el referido informe son: la información deficiente sobre el servicio que se presta, la demora en la entrega de medicamentos y escasez de los mismos, así como la falta de atención médica oportuna⁴.

Dentro de este contexto, la Defensoría del Pueblo en cumplimiento de su mandato constitucional de protección de derechos fundamentales y de supervisión de la actuación de la administración estatal, ha formulado, a través de la actuación desarrollada por las distintas Oficinas Defensoriales, constantes recomendaciones a fin de lograr la atención de los problemas y la restitución de derechos afectados⁵.

II. COMPETENCIA DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

En su condición de órgano constitucional autónomo, y conforme a lo previsto en el artículo 162° de la Constitución corresponde a la Defensoría del Pueblo proteger los derechos fundamentales de la persona y de la comunidad; así como supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal y la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía.

² En el Quinto Informe Anual: “Función Pública, Transparencia y Vigilancia Social”, correspondiente al periodo 2001–2002, nuestra institución señaló que el sector salud en el ámbito nacional enfrenta problemas de gestión en lo relacionado a su personal y a la insuficiente dotación de recursos para el funcionamiento adecuado de los centros de salud. Advirtiéndose, además, los problemas de falta de medicamentos para los centros de salud y la alta incidencia dentro de las quejas respecto a la atención al público que acude a los centros y dependencias del sector salud.

En dicho informe, también se señala que en diversos establecimientos de salud del Ministerio de Salud, la calidad y oportunidad de la atención están relacionados directamente con la capacidad de pago del paciente, el que en muchas oportunidades incluso es retenido si no logra cubrir los gastos de la atención médica recibida, lo cual se agrava en las zonas rurales.

En cuanto a la actuación de ESSALUD, identificada como una de las entidades más quejadas, señalamos que situaciones como la exigencia de tener que demostrar que se está al día en los pagos como un requisito previo a la atención o que sean los asegurados quienes deben asumir una parte de los costos del tratamiento por la falta de instrumentos adecuados para tratar algunas enfermedades, generan que sea difícil para los asegurados acceder a los servicios a los que tiene derecho.

³ Defensoría del Pueblo. “Descentralización y Buen Gobierno”. Sexto Informe del Defensor del Pueblo al Congreso de la República. Lima, 2003, pp. 107-108.

⁴ De manera similar, en el último informe anual de la Defensoría del Pueblo por el período defensorial 2003-2004, presentado ante el Congreso de la República el 31 de mayo de 2004, se da cuenta que los principales problemas respecto a la vigencia y efectividad del derecho a la salud se encuentran referidos, principalmente, a casos de falta de atención médica, disconformidad con la atención que brinda el personal administrativo y especializado en salud y falta de medicinas e infraestructura adecuada en los establecimientos de salud, así como a casos de negligencia médica en los que existen afectaciones no sólo a la salud, sino también a la vida de las personas. Estos problemas se agudizan en los casos de atenciones brindadas en salas de emergencia y hospitalización.

⁵ A modo de ejemplo, la Oficina Defensorial de Arequipa inició una investigación referida a la problemática que generaba el sistema utilizado por ESSALUD en el otorgamiento de citas, por cuanto los asegurados y aseguradas debían pernoctar para obtener cita y sólo algunas ventanillas de los Módulos de Admisión se encontraban operativas. Por ello, se efectuaron pedidos de información a la Gerencia de ESSALUD, se realizaron visitas de Supervisión al Policlínico Metropolitano y se sostuvieron reuniones con la Gerencia de la Red Asistencial de ESSALUD, logrando una redistribución del personal dedicado a la atención de los asegurados así como un mejor horario de atención para el otorgamiento de citas.

Asimismo, de conformidad con el artículo 9°, inciso 1) de la Ley N° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo, ésta se encuentra facultada a iniciar y proseguir de oficio o a petición de parte, cualquier investigación conducente al esclarecimiento de los actos y resoluciones de la administración pública y sus agentes que, implicando el ejercicio ilegítimo, irregular, abusivo o excesivo, arbitrario o negligente, de sus funciones, afecte la vigencia plena de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y la comunidad.

Por su parte, el artículo 26° de la mencionada ley, le confiere atribución para emitir resoluciones con ocasión de sus investigaciones a efectos de formular a las autoridades, funcionarios y servidores de la administración del Estado, advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias para la adopción de nuevas medidas.

De otro lado, la Declaración de la VII Reunión del Consejo Andino de Defensores del Pueblo celebrada en Lima en marzo de 2003, expresó la plena identificación de las Defensorías de la región con los principios y disposiciones de la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos⁶ y, en consecuencia, su voluntad de orientar los mejores esfuerzos buscando garantizar la vigencia de los derechos en ella reconocidos, entre los que expresamente se contempla el derecho a la salud.

Bajo este marco, corresponde a la Defensoría del Pueblo velar por la vigencia del derecho a la salud, contemplado en el artículo 7° de la Constitución, así como supervisar la labor del Estado en el cumplimiento de las obligaciones sociales que le confiere la Constitución en los artículos 9°, 10° y 11°; con especial atención a lo dispuesto en el artículo 10°, según el cual el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida.

Sobre la base de tales consideraciones, la Defensoría del Pueblo consideró importante llevar a cabo una actividad especial de supervisión a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, con el objetivo principal de verificar las condiciones en las que tales servicios son brindados a la población y en qué medida estos garantizan el ejercicio del derecho a la salud en el marco de los principios de la seguridad social, tales como universalidad, igualdad, integridad y solidaridad.

Asimismo, a partir de los constantes y reiterados reclamos realizados por los asegurados y aseguradas de ESSALUD, fue posible identificar como uno de los principales problemas de atención el relacionado a los procedimientos que ha implementado dicha institución para regular el otorgamiento de turnos y citas. En este aspecto, el objetivo de la supervisión estuvo dirigido a verificar si dichos procedimientos respetaban los principios que inspiran a la seguridad social antes señalados.

⁶ Según el artículo 24° de la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, el Estado Peruano reafirmó su compromiso de:

“Cumplir y hacer cumplir los derechos y las obligaciones consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en particular el de adoptar las medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente, a través de los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos humanos reconocidos en el Pacto, entre ellos:

(...) 7. Al más alto nivel posible de salud física y mental. (...)”

III. LOS DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES Y EL ROL DEL ESTADO

El deterioro de las condiciones de vida y los altos índices de pobreza en la mayoría de las sociedades es actualmente uno de los principales problemas que debe afrontar todo gobierno. Por ello los Estados han venido desarrollando mecanismos orientados a contrarrestar o al menos atenuar dicho problema y contribuir al desarrollo global de la sociedad.

Uno de tales mecanismos es el desarrollo de políticas de protección social en favor de la población más necesitada, las mismas que deben ser ejecutadas en un marco de respeto de los derechos humanos y la promoción de la dignidad humana.

Sin embargo, la orientación de los Estados hacia la protección social es de data relativamente reciente. El denominado “Estado liberal” tuvo en sus orígenes, como una de sus principales características, el distanciamiento entre Estado y sociedad, debido a que su principal preocupación fue garantizar una mejor protección de los denominados “derechos individuales”.

En esa dirección la mayoría de los Estados positivizaron inicialmente los denominados derechos civiles y políticos de los ciudadanos⁷, buscando con ello preservar aquellos valores innatos, inalienables y universales, como por ejemplo la propiedad y la libertad.

Superando la pretendida igualdad formal y analizando el plano real, este grupo de derechos de libertad no eran plenamente ejercidos por gran parte de los sectores de la población, ya que las condiciones sociales, económicas y culturales desfavorables limitaban su vigencia.

Para lograr el ejercicio efectivo de estos derechos civiles y políticos se debía reconocer que el individuo, en sus relaciones sociales, necesita de un mínimo de condiciones materiales que le permitan satisfacer sus necesidades básicas y así encontrarse en condiciones de ejercer plenamente todos sus derechos.

Uno de los pasos dirigidos hacia ese fin fue la consolidación de la figura de un Estado Social, como consecuencia del proceso de democratización del Estado, de las reclamaciones de la clase social obrera y del reconocimiento de que éste sería un Estado “comprometido con la promoción del bienestar de la sociedad y de manera muy especial con la de aquellos sectores más desfavorecidos de la misma”⁸.

De esta manera, progresivamente, los Estados fueron reconociendo y consolidando los denominados derechos económicos, sociales y culturales como derechos prestacionales, es decir, como aquellos que en lugar de satisfacerse mediante una abstención del sujeto obligado (el Estado principalmente), requieren de éste una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio⁹.

Por tanto, estos derechos, como lo señala Luis Prieto Sanchís, comúnmente denominados derechos sociales, son entendidos mayoritariamente como aquellos que tienen un contenido

⁷ También denominados “derechos de libertad” o de “primera generación”.

⁸ PÉREZ ROYO, Javier. Curso de derecho constitucional. 7ma. Ed. Marcial Pons, Ediciones Jurídicas, Madrid, 2000, p. 202.

⁹ CRUZ PARCERO, Juan Antonio. Los Derechos Sociales como Técnica de Protección Jurídica: Derechos Sociales y Derechos de las Minorías. Editorial Porrúa, México, 2001, pp. 92-93.

obligacional¹⁰, que consiste en dar bienes o proporcionar servicios que, en principio, el sujeto titular podría obtener en el mercado si tuviera medios suficientes para ello¹¹.

En ese mismo sentido, Norberto Bobbio refiere que la razón de ser de los derechos sociales como por ejemplo la educación, el derecho al trabajo, el derecho a la salud, entre otros; es la búsqueda de la igualdad, puesto que dichos derechos se orientan a hacer menos grande la desigualdad entre quienes tienen y quienes no tienen¹².

En el derecho internacional público, estos derechos fueron reconocidos parcialmente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948¹³, adquiriendo recién su consagración y universalización normativa con el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 1966.

Este Pacto, que establece, entre otros, la obligación de todo Estado de garantizar los derechos a la salud, la educación, el trabajo y la seguridad social; puso énfasis en el derecho a un nivel de vida adecuado para las personas y su familia y a una mejora continua de sus condiciones de existencia, señalando la obligación de los Estados en cuanto a tomar medidas adecuadas para asegurar su efectividad.

La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre también consagra, además de los “derechos civiles y políticos”, los “derechos económicos, sociales y culturales”.

No obstante esta diferenciación conceptual y clasificación que distingue entre derechos civiles y políticos y derechos económicos, sociales y culturales¹⁴, cabe advertir al respecto que debemos emplearla sólo para efectos pedagógicos o para entender la evolución y desarrollo de dichos derechos, puesto que ellos en tanto derechos humanos deben ser observados en forma integral, universal e indivisible.

Al respecto, ya en diciembre de 1977 la Asamblea General de las Naciones Unidas precisó que *“La plena realización de los derechos civiles y políticos sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales, resulta imposible...”*¹⁵

Por su parte, la Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, el 25 de junio de 1993, establece que:

“Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos de forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y

¹⁰ Sin embargo, se debe reconocer que no todos estos derechos sociales contienen una obligación prestacional, así por ejemplo el derecho a la huelga y la libertad sindical (derechos conquistados a través de las reclamaciones y reivindicaciones de la clase obrera), se satisfacen más que por una prestación directa del Estado, por una abstención y promoción, al igual que en el caso de los derechos civiles y políticos.

¹¹ PRIETO SANCHIS, Luis. Los Derechos Sociales y el Principio de Igualdad: Derechos Sociales y Derechos de las Minorías. Editorial Porrúa. México, 2001, p. 29.

¹² Citado por: JIMÉNEZ REYES, Alfonso en: El desarrollo de los derechos humanos. Los derechos económicos, sociales y culturales. Ver: <http://www.coladiv.org/ARTICULOS/Derechos%20ESC.pdf>

¹³ Sin embargo en dicha Declaración no se establecieron los mecanismos para hacerlos efectivos o exigibles por parte de sus titulares.

¹⁴ Así como a los derechos de tercera generación o de intereses difusos como el derecho al medio ambiente.

¹⁵ Resolución 32/130 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, del 16 de diciembre de 1977. Puede encontrarse en <http://www.un.org/spanish/documents/ga/res/32/ares32.htm>

dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales."¹⁶

El Tribunal Constitucional ha confirmado esta posición en su sentencia del 20 de abril de 2004, recaída en el expediente N° 2945-2003-AA/TC sobre acción de amparo, en cuyo fundamento número 11 reafirma el carácter interdependiente de estos derechos¹⁷.

En conclusión, es posible afirmar que la distinción entre derechos civiles y políticos frente a los derechos económicos, sociales y culturales, es hoy en día una perspectiva superada.

4.3. El derecho a la salud

Dentro del conjunto de los denominados derechos económicos, sociales y culturales uno de los de mayor connotación por su íntima vinculación con los derechos a la vida y a la integridad personal lo constituye, sin duda, el derecho a la salud.

Este derecho se encuentra reconocido en diversos instrumentos internacionales. Así la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25.1 establece:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"

Asimismo, se encuentra reconocido en el artículo 11° de la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre¹⁸, el artículo 10° del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales¹⁹, y en el artículo 12.1° del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales²⁰.

¹⁶ Declaración y Programa de Acción de Viena (parte I, párr. 5), aprobada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 25 de junio de 1993 [A/CONF.157/24 (Part I), cap. III].

¹⁷ El Tribunal Constitucional señala textualmente que: *"No se trata, sin embargo, de meras normas programáticas de eficacia mediata, como tradicionalmente se ha señalado para diferenciarlos de los denominados derechos civiles y políticos de eficacia inmediata, pues justamente su mínima satisfacción representa una garantía indispensable para el goce de los derechos civiles y políticos. De este modo, sin educación, salud y calidad de vida digna en general, mal podría hablarse de libertad e igualdad social, lo que hace que tanto el legislador como la administración de justicia deban pensar en el reconocimiento de los mismos en forma conjunta e interdependiente"*.

¹⁸ Que textualmente señala: *"Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*.

¹⁹ Que textualmente señala: *"(...) 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público (...)"*

²⁰ Que textualmente señala: *"1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la morbilidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."*

En el ámbito regional, mediante el artículo 24° de la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, suscrita en Guayaquil el 26 de julio de 2002, el Estado Peruano, entre otros, reafirmó su compromiso de:

“Cumplir y hacer cumplir los derechos y las obligaciones consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en particular el de adoptar las medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente, a través de los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos humanos reconocidos en el Pacto, entre ellos: (...) 7. Al más alto nivel posible de salud física y mental. (...)”

En la Constitución del Perú, este derecho se encuentra consagrado en el artículo 7° que establece:

“Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa ”

Además, los artículos 9°, 10° y 11° contienen claras obligaciones que orientan la labor del Estado para garantizar la efectividad del derecho a la salud, así tenemos, por ejemplo, que aquél es responsable de diseñar la política nacional de salud, así como regular y supervisar su aplicación²¹.

En la legislación los artículos III y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley; señalando el carácter irrenunciable del derecho a la protección de la salud, así como la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública.

El artículo I del Título Preliminar de la misma norma refiere que la salud es indispensable para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y su artículo 1° reconoce el acceso libre de toda persona a las prestaciones de salud.

En cuanto al contenido y naturaleza de este derecho, una primera aproximación al concepto de “salud” está desarrollada en la definición que adoptaron hace más de medio siglo los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud – OMS, al definirla como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*²².

²¹ “Artículo 9o.- El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

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

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

²² En la Constitución de la OMS se proclamó que “la salud de todos los pueblos... [es] fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” en <http://www.paho.org/Spanish/gov/cd/doc419.pdf>.

Por su parte, la Corte Constitucional de Colombia ha señalado que *"(...)la salud es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo"*, de suerte que *"el Estado protege un mínimo vital, por fuera del cual el deterioro orgánico impide una vida normal"*²³.

Respecto a sus alcances la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁴, señala en su numeral 8 que 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".

En ese sentido, cabe afirmar que el derecho a la salud implica tanto un derecho de las personas a que se respete su salud, como un deber de defenderla. Es decir, su contenido incluiría el derecho de toda persona a conservar un óptimo estado de su salud, así como el deber de no infringir daños en la salud de los demás. En el caso del Estado, deberes positivos como los que implica la política nacional de salud y el facilitar a todos el acceso equitativo a estos servicios.²⁵

A esto último podemos añadir que la jurisprudencia colombiana ha señalado algunos elementos que conforman este derecho, a partir de los cuales podría definirse los deberes de garantía del Estado, así tenemos que:

*"El derecho a la salud conforma un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el derecho a la salud resulta un derecho fundamental. El segundo bloque de elementos sitúa el derecho a la salud con uno de carácter asistencial, en razón de que su reconocimiento impone acciones concretas por parte del Estado, a fin de prestar el servicio público correspondiente, para asegurar el goce no sólo de los servicios de asistencia médica, sino también los derechos hospitalarios, de laboratorio y farmacéuticos."*²⁶

La misma jurisprudencia colombiana ha señalado que *"La frontera entre el derecho a la salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo cambiante, según las circunstancias de cada caso, pero en principio, puede afirmarse que el derecho a la salud es fundamental cuando está relacionado con la protección a la vida"*²⁷.

²³ Sentencia No. T-271/95 de 1995 que puede ser ubicada en <http://www.laccaso.org/pdfs/sentarvcol.pdf>.

²⁴ En su periodo de sesiones celebrado en Ginebra del 25 de abril al 12 de mayo de 2000.

²⁵ Véase: Defensoría del Pueblo. Testigos de Jehová y transfusiones sanguíneas. En: Debate Defensorial N° 04. Lima, 2002, p. 251.

²⁶ Sentencia de tutela N° 484/92 del 11 de agosto de 1992. Puede ser ubicada en la página web de la Comisión Andina de Juristas, vínculo de Jurisprudencia Constitucional: <http://www.cajpe.org.pe>.

²⁷ Sentencia No. T-271/95 de 1995 que puede ser ubicada en <http://www.laccaso.org/pdfs/sentarvcol.pdf>

En el Perú, el Tribunal Constitucional, en el Fundamento N° 12 de la sentencia recaída en el expediente N° 1429-2002-HC/TC, publicada en el diario oficial El Peruano el 11 de febrero de 2003; ha señalado, respecto a la salud, que: *“Puede considerarse, entonces, como la facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como psíquica, así como de restituirlo ante una situación de perturbación del mismo.”* En la misma sentencia, ha señalado que el derecho a la salud se constituye como un típico derecho reaccional o de abstención, pero también contiene una dimensión positiva que lo configura como un típico derecho “prestacional”.

Recientemente, el Tribunal Constitucional, en el Fundamento N° 30 de la sentencia publicada en el diario Oficial El Peruano el 20 de abril de 2004, recaída en el expediente N° 2945-2003-AA/TC sobre acción de amparo, amplía los alcances de su jurisprudencia en esta materia y reafirma la obligación del Estado de garantizar el carácter prestacional del derecho a la salud a través del desarrollo y ejecución de políticas públicas, planes y programas concretos que implementen servicios públicos de salud²⁸.

En ese sentido, podemos establecer que la intervención del Estado a fin de garantizar este derecho tiene dos orientaciones: por un lado lo obliga a abstenerse de realizar acciones o políticas que atenten o afecten directamente la salud de las personas, ya sea esta individual, colectiva o social, y; por otro, obliga al mismo a desarrollar actividades prestacionales y políticas públicas que garanticen el ejercicio pleno de este derecho. Ambos deberes son plenamente exigibles al Estado, dada la naturaleza fundamental del derecho a la salud.

De lo expuesto, y considerando los objetivos del presente informe, debemos resaltar entre las obligaciones prestacionales a cargo del Estado la de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud; los que deben ser brindados con calidad y de manera integral, garantizando además el suministro de medicamentos y otros servicios necesarios para el restablecimiento de la salud de las personas.

Sobre esto último, y conforme lo señalara el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁹ el *“derecho a la salud”* debe contener, mínimamente, los siguientes elementos esenciales que se relacionan entre sí:

- a) *Disponibilidad.* Por el cual cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
- b) *Accesibilidad.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

²⁸ Al respecto, el Tribunal señala textualmente que: *“El artículo 7° de la Constitución, cuando hace referencia al derecho a la protección de la salud, reconoce el derecho de la persona de alcanzar y preservar un estado de plenitud física y psíquica. Por ende, tiene el derecho de que se le asignen medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, correspondiente al nivel que lo permiten los recursos públicos y la solidaridad de la comunidad. Dicho derecho debe ser abordado en tres perspectivas, a saber: la salud de cada persona en particular, dentro de un contexto familiar y comunitario. Por lo expuesto, los servicios públicos de salud cobran vital importancia en una sociedad, pues de ellos depende no solo el logro de mejores niveles de vida de las personas, sino que incluso en la eficiencia de su prestación está en juego la vida y la integridad de los pacientes.”*

²⁹ En <http://www.cajpe.org.pe/cur03/c-desc.htm>: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud 11/08/2000.E/C.12/2004/4, CESCR, Observación General.

- i) No discriminación.
- ii) Accesibilidad física.
- iii) Accesibilidad económica (asequibilidad).
- iv) Acceso a la información.

c) *Aceptabilidad*. Con la idea de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

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 y médico y ser de buena calidad.

En aplicación del principio de unidad de la Constitución, que permite una lectura integral de lo dispuesto en sus artículos 7°, 9°, 10°, 11°, 43°, 44° y 58°, podemos señalar lo siguiente:

- k) El rol de todo Estado social, debe estar dirigido a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, orientando su actuación sobre todo a aquellos sectores poblacionales que por barreras sociales, económicas o culturales no pueden acceder directamente a él;
- l) El derecho a la salud, debe ser entendido en sentido amplio e integral, incluyendo en él tanto el deber de prevención y promoción de la salud, como los aspectos reparativos, recuperativos, y rehabilitadores de la atención de la salud, más aún en aquellos supuestos en los que su menoscabo o afectación pueda atentar directamente contra el derecho a la vida.

Esta interpretación permite hacer efectiva la protección del derecho constitucionalmente reconocido, así como orientar la labor del Estado hacia la remoción de las desigualdades materiales que impiden al sector de la población no asegurada acceder a servicios públicos que protejan su salud en todas sus dimensiones.

Dicha situación ha sido reconocida por el Gobierno peruano, con la suscripción del Acuerdo Nacional el 22 de julio de 2002 al reconocer que el desarrollo humano integral, la superación de la pobreza y la igualdad de acceso a las oportunidades para todos los peruanos y peruanas, sin ningún tipo de discriminación; constituyen el eje principal de la atención del Estado. En consecuencia, se comprometió a garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud, promoviendo el acceso universal a la jubilación y a la seguridad social, y fomentando el desarrollo de un sistema nacional de salud integrado y descentralizado.

4.4. Seguridad Social en Salud

La seguridad social puede ser definida, según Pierre Laroque, como una finalidad de la comunidad organizada, que consiste en garantizar a cada persona, que en toda circunstancia

tendrá posibilidad de subsistir, aquella y las personas a su cargo, en condiciones convenientes³⁰.

Por su parte, Marcela Fajardo Rojas³¹, señala que *"(...) la Seguridad Social es una disciplina que se encuentra íntimamente ligada con el concepto de riesgo, carga o contingencia social, ya que nace paulatinamente, y como respuesta a la necesidad imperiosa de las sociedades modernas de contar con un sistema de amparo de determinadas contingencias, que por su gravedad y alto número de sectores afectados, requieren una respuesta inmediata (...)"* y, entendiendo que su objetivo fundamental es el bienestar social, cita a Humberto Podetti quien define al bienestar social como *"(...) la situación en la que se satisfacen las aspiraciones y las expectativas de la población por el incremento del nivel de vida."*

Por su parte, el profesor Alfredo Bowen³² define el derecho a la seguridad social como *"Conjunto de principios que reconocen a todo ser humano el derecho a los bienes indispensables para prevenir sus contingencias sociales y cubrir sus efectos y que regula las instituciones."*

En nuestra legislación el derecho a la seguridad social se encuentra consagrado en el artículo 10° de la Constitución, el cual señala:

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

Asimismo, el artículo 11° de la Constitución precisa que :

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

El Tribunal Constitucional Peruano ha señalado al respecto que:

*"El derecho a la seguridad social es un derecho humano fundamental, que supone el derecho que le "asiste a la persona para que la sociedad provea instituciones y mecanismos a través de los cuales pueda obtener recursos de vida y soluciones para ciertos problemas preestablecidos", de modo tal que pueda obtener una existencia en armonía con la dignidad, teniendo presente que la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del estado."*³³

Añadiendo además en reiterada jurisprudencia que:

"La vigente Constitución Política garantiza a toda persona el derecho universal y progresivo a la seguridad social, derecho constitucional que tiene una doble

³⁰ Citado por: DE LOS CAMPOS, Hugo. En: La Seguridad Social y el Sistema Económico. Origen, evolución, crisis y futuro. USINESS. Imprenta La Canasta SRL. San José Uruguay. Marzo, 2001, p. 47.

³¹ FAJARDO ROJAS, Marcela. La Seguridad Social y los Sistemas de Pensiones, p. 1. En: www.bcn.cl/imag/pdf/memorias_uchile/Fajardo%20Rojas%20Marcela_116250/memoria.pdf

³² Citado por: FAJARDO ROJAS, Marcela; op. cit.; p. 46.

³³ Sentencia emitida en la demanda de inconstitucionalidad contra diversos artículos del Decreto Legislativo N° 817 (Exp. 008-96-I/TC), del 23 de abril de 1997.

*finalidad; por un lado proteger a la persona frente a las contingencias de la vida, y por otro, elevar su calidad de vida*³⁴

Ahora bien, esta concepción de seguridad social, conforme lo señala Álvaro Castro Gutiérrez³⁵, puede verse enfocada principalmente hacia tres objetivos. La garantía de los medios de vida, la garantía de la atención a la salud y la garantía de inserción y de la reinserción.

La *garantía de la atención a la salud* es la de principal interés para el presente informe, en tanto propugna la obligación estatal para el otorgamiento de atención médica adecuada a las personas que lo requieren, sobre todo a aquellas más necesitadas. Esta garantía encuentra principal sustento en la Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (núm. 69) y en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), el Convenio (núm. 130) y la Recomendación (núm. 134) sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969, de la OIT³⁶.

Como derecho constitucionalmente reconocido, la política de salud debe desarrollarse sobre la base de los principios de la seguridad social.

Así, consideramos que los principios que deben necesariamente estar presentes en todo sistema que garantice la seguridad social en salud son:

- *Universalidad subjetiva*, reconociendo a partir de este principio como sujetos de protección de la seguridad social a todos los individuos, sin limitaciones ni discriminaciones³⁷, no protegiendo sólo a los económicamente débiles ni sólo a las personas que trabajan, sino a todas las personas sin distinción.

Universalidad objetiva, orientado a alcanzar la eliminación de la mayor cantidad de daños o contingencias sociales (tales como enfermedades, accidentes, invalidez, vejez, muerte, desempleo, entre otras.)

- *Igualdad*, entendida como que todos los miembros de la población reciban los mismos beneficios ante los mismos riesgos³⁸.
- *Integridad o suficiencia*, con el propósito de lograr que las prestaciones sean suficientes para atender la contingencia social presentada a fin de lograr la superación de la misma. Este principio engloba la idea del servicio prestado con la finalidad de atender la contingencia de manera equitativa³⁹, completa, eficiente⁴⁰, adecuada, oportuna y sobre todo con calidad⁴¹.

³⁴ Exp. N.º 543-2000-AA/TC y Exp. N.º 531-2002-AA/TC

³⁵ En http://www.redsegsoc.org.uy/2_Castro.htm

³⁶ Cabe señalar que el Convenio N.º 102 fue ratificado por el Perú mediante Resolución Legislativa N.º 13284 del 23 de agosto de 1961. El Convenio N.º 130, aún cuando no haya sido ratificado por el Perú, tiene valor similar al de una recomendación y en tal sentido sirven como instrumento orientador de las políticas a seguir por nuestro país.

³⁷ ERMIDA URIARTE Oscar. La Seguridad Social en Uruguay. Fundación de Cultura Universitaria, p. 38.

³⁸ Idem., p. 41

³⁹ Que en principio guarda relación directa con la proporcionalidad entre los aportes y las prestaciones pero que en el caso de salud debe ser orientado a que quienes reciben los beneficios sean los que más lo necesitan.

⁴⁰ Significa el aprovechamiento óptimo de los recursos socialmente disponibles para enfrentar los riesgos de la enfermedad

⁴¹ Referida a que la atención médica que reciba el asegurado debe ser la mejor dentro de los estándares vigentes en la sociedad.

- *Solidaridad*, si bien este principio se encuentra más orientado a la forma de financiamiento de la seguridad social, para el presente informe, debe ser entendido como un imperativo social de ayuda compartida de los que contribuyen para los que no puede contribuir por su situación económica.

Estos principios se encuentran consagrados en los artículos 9°, 10°, 11° y 12° de nuestra Constitución y señalados expresamente en el artículo 1° de la Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, la cual establece:

“La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones de salud a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud”

En ese mismo sentido, el artículo 1° del reglamento de dicha Ley, Decreto Supremo N° 009-97-SA establece que:

“La Seguridad Social en Salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizar el libre acceso a prestaciones de salud a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas. Se desarrolla en un marco de equidad, solidaridad y eficiencia. Se orienta hacia el logro de la universalidad en el acceso a los servicios de salud a fin de cubrir a toda la población.”

Sobre la base de dichos principios y el reconocimiento de la salud como derecho fundamental, el Estado debe orientar su política y actuación hacia la satisfacción y disfrute del mismo por toda la colectividad.

El Estado debe cumplir este objetivo ya sea a través de un sistema contributivo de Seguro Social de Salud, es decir ESSALUD, o a través del Ministerio de Salud – MINSA, que tiene a su cargo los regímenes estatales de salud pública colectiva, así como el régimen estatal de atención integral individual de salud para todas las personas, priorizando la prestación de este servicio a la población de escasos recursos.

IV. LA SUPERVISIÓN DEFENSORIAL A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Como ya hemos señalado, dentro del grupo de los derechos económicos, sociales y culturales se encuentra el derecho a la salud y al acceso a las prestaciones de esta naturaleza, por lo que el Estado tiene el deber de determinar la política nacional de salud, así como de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizada para facilitar a toda persona el acceso equitativo a tales servicios.

Considerando lo establecido en diversos instrumentos internacionales, la Constitución y la legislación interna sobre la materia, especialmente la Ley General de Salud⁴²; así como lo previsto en la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud⁴³ y su reglamento⁴⁴, la labor de Supervisión a Establecimientos de Salud ejecutada por nuestra institución tuvo dos fines primordiales:

- 1) Supervisar los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, con el objetivo principal de verificar cómo el Estado garantiza el ejercicio del derecho a la salud, mediante la prestación del servicio que brinda en dichas áreas; y
- 2) Supervisar los establecimientos de salud de ESSALUD, con el objetivo principal de verificar si, en el marco de los principios de la seguridad social, se garantiza el derecho a la salud de los asegurados y las aseguradas, mediante un sistema adecuado de otorgamiento de turnos o citas para la atención médica.

En ambos casos, se buscó recoger las percepciones de los usuarios y las usuarias respecto al servicio brindado.

4.1. Metodología empleada

Para efectuar la Supervisión Defensorial a Establecimientos de Salud a nivel nacional, se contó con el apoyo de las Oficinas Defensoriales desplegadas en todo el territorio nacional, lo que permitió obtener información de diferentes departamentos y/o provincias para luego sistematizar los resultados obtenidos en ella y elaborar el presente informe.

De esta forma, las Oficinas Defensoriales constituyeron las unidades de ejecución de la labor de supervisión, desarrollando la misma en los establecimientos de salud del Sector Salud y ESSALUD de su jurisdicción.

La Adjuntía para la Administración Estatal estuvo a cargo de la planificación y coordinación general de la supervisión, elaborando, en conjunto con las Oficinas Defensoriales, los lineamientos y las pautas de actuación aplicados en esta actividad.

Cada Oficina Defensorial determinó cuáles establecimientos de salud resultaba oportuno supervisar. La supervisión comprendió como mínimo un establecimiento de salud del Ministerio de Salud y otro de ESSALUD, otorgando prioridad a los establecimientos de mayor nivel o complejidad.

⁴² El Título Preliminar, en los artículos III y VI, contempla que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley, señalando que el derecho a la protección de la salud es irrenunciable, como es irrenunciable también la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública, debiendo intervenir en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad y en la promoción de las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

⁴³ Principalmente en cuanto contempla en su artículo 1° que la seguridad social en salud se fundamenta en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas, desarrollándose en un marco de equidad, solidaridad, eficiencia y facilidad de acceso a los servicios de salud.

⁴⁴ En su artículo 1° señala que se orienta hacia el logro de la Universalidad en el acceso a los servicios de salud, a fin de cubrir a toda la población.

4.1. Ámbito de la Supervisión

La supervisión se efectuó entre las 00:00 y 08:00 horas del día 23 de agosto de 2003, participando aproximadamente 200 personas entre jefes de Oficinas Defensoriales, comisionados, comisionadas, colaboradores, colaboradoras y personal de apoyo⁴⁵.

Se supervisaron 107 establecimientos de salud⁴⁶, de los cuales 58 corresponden al Ministerio de Salud y 49 a ESSALUD, ubicados en los siguientes departamentos donde la Defensoría del Pueblo cuenta con Oficinas Defensoriales: Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali y la Provincia Constitucional del Callao.

Cabe indicar que la supervisión no sólo abarcó las capitales de los departamentos sino que en algunos casos se extendió a algunas localidades al interior de aquellos tales como: Tingo María, La Merced, La Oroya, Oxapampa, Sullana, Paita, Juliaca, Yurimaguas, Tarapoto, Rioja, Jaén, entre otras.

El universo de personas entrevistadas asciende en total a 768: 314 usuarios y usuarias de los servicios de emergencia del Ministerio de Salud y 454 asegurados y aseguradas de ESSALUD.

4.2. Instrumentos empleados

Para realizar la supervisión a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud se elaboraron las Fichas de supervisión N° 01 y N° 02, mientras que para la supervisión a establecimientos de salud de ESSALUD se elaboró la Ficha de supervisión N° 03.

4.2.1. Fichas de Supervisión N° 01 y 02 aplicadas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud

Teniendo en consideración el objetivo general señalado, se determinaron aspectos prioritarios para la realización de la supervisión defensorial, a través de los cuales se pudiera determinar el cumplimiento de la obligación legal de los establecimientos de salud de prestar atención inmediata en casos de emergencia, así como verificar si es que, a través de las prestaciones de salud que otorga el Estado a través del sector salud, se garantiza efectivamente el ejercicio de este.

La Ficha de Supervisión N° 01 se elaboró de forma tal que el supervisor o la supervisora verifique principalmente aspectos tales como la accesibilidad a los servicios de emergencia, la adecuada señalización, las facilidades que se brindan y si se cumple con la obligación legal de publicar en un lugar visible el derecho de toda persona de recibir atención médica inmediata en situación de emergencia.

Por su parte, la Ficha de Supervisión N° 02 fue elaborada con el propósito de que, a través de encuestas formuladas a los usuarios y las usuarias, se recoja información que permita determinar si en los establecimientos de salud visitados se cumple o no las obligaciones

⁴⁵ El Anexo I del presente informe contiene el consolidado del número de supervisores y supervisoras que participaron, así como el de los establecimientos supervisados.

⁴⁶ La relación de establecimientos supervisados, tanto del Ministerio de Salud como de ESSALUD, está contenido en los Anexos II y III del presente informe, respectivamente.

contenidas en la ley y, asimismo, recoger la opinión de los usuarios y las usuarias respecto a las prestaciones que reciben del Estado a través de dichos establecimientos.

4.2.2. Ficha de Supervisión N° 03 aplicada en los establecimientos de salud de ESSALUD

Como hemos señalado, el objetivo para la supervisión a los establecimientos de ESSALUD consistió en verificar si el sistema de otorgamiento de turnos de atención y citas a los asegurados y aseguradas de dicho seguro social se efectúa respetando los principios de la seguridad social.

Para ello se elaboró una ficha especial, estructurada en una primera parte para que los supervisores y supervisoras verifiquen las condiciones en las que ESSALUD otorga los turnos de atención o las citas de atención y, en una segunda, para que mediante entrevistas se recoja la opinión de los asegurados y aseguradas respecto al servicio que reciben.

4.3. Sistematización de la información

La sistematización de la información obtenida a través de la aplicación de las fichas estuvo a cargo de la Adjuntía para la Administración Estatal, para lo cual las Oficinas Defensoriales remitieron los consolidados de las fichas de supervisión N° 01, 02 y 03 al finalizar la actividad.

Una vez recibidos toda la información obtenida a nivel nacional se procedió a elaborar los consolidados finales por cada una de las fichas elaboradas, obteniendo el total de respuestas para las preguntas formuladas.

V. LA SUPERVISIÓN A LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD

Los artículos 3° y 39° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificada mediante Ley N° 27604, vigente a partir del 23 de diciembre de 2001, establecen lo siguiente:

"Artículo 3°.- Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médica quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos será efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago.

El Reglamento establece los criterios para determinar la responsabilidad de los conductores y personal de los establecimientos de salud, sin perjuicio de la denuncia penal a que hubiere lugar contra los infractores.

(...)

Artículo 39°.- Los establecimientos de salud sin excepción están obligados a prestar atención médica quirúrgica de emergencia a quien la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud.

Estos establecimientos de salud, después de atendida la emergencia, tienen derecho a que se les reembolse el monto de los gastos en que hayan incurrido, de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo, en la forma que señale el Reglamento. Las personas indigentes debidamente calificadas están exoneradas de todo pago".

De igual manera, en dicha ley se estableció que toda mujer que se encuentre en momento del parto tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud la atención médica necesaria, estando éstos, sin excepción, obligados a prestar esta atención mientras subsista el momento de riesgo para su vida o la del niño o niña.

Posteriormente, el reglamento de la Ley N° 27604, aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2002-SA⁴⁷, estableció las obligaciones, procedimientos y responsabilidades para la atención en casos de emergencia en todos los establecimientos de salud públicos, privados o mixtos a nivel nacional.

En tal sentido, debe tenerse en consideración los conceptos definidos en el artículo 3° del referido reglamento:

“ATENCIÓN MÉDICA QUIRÚRGICA DE EMERGENCIA: *Es la que se presta en un establecimiento de salud a los pacientes que en forma repentina e inesperada presentan alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría.”*

“EMERGENCIA MÉDICA: *Se entiende por emergencia médica toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.”⁴⁸*

Con la entrada en vigencia de la Ley N° 27604 y su reglamento, se pretende garantizar la satisfacción del derecho a la salud, en aquellos casos que exista un peligro inminente para la vida, la salud o se afecte su integridad al extremo de que pueda dejar secuelas invalidantes en la persona. Al establecer que el reembolso de los gastos ocasionados sea requerido en un momento posterior a la atención, se pretende suprimir las barreras económicas que dificultan el acceso a dicho servicio de manera inmediata, evitando una afectación a su derecho a la salud y a la vida.

5.1. ASPECTOS PRIORITARIOS SUPERVISADOS EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y RESULTADOS OBTENIDOS

Conforme a lo expuesto en los puntos precedentes, los principales aspectos considerados para la realización de la supervisión pueden resumirse en los siguientes:

⁴⁷ Vigente a partir del 19 de diciembre de 2002.

⁴⁸ Los subrayados y resaltados son nuestros.

5.1.1. Accesibilidad a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud: accesibilidad física, facilidades y señalización

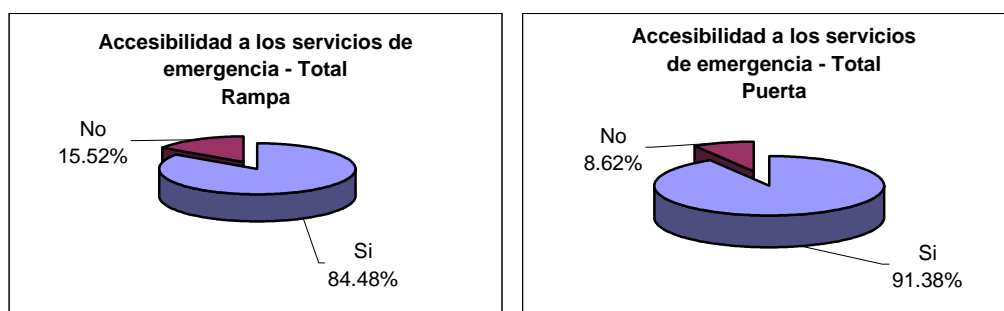
La supervisión en este aspecto tuvo tres objetivos principales: a) verificar las condiciones de accesibilidad física a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud; b) verificar las facilidades de acceso que éstos deben brindar a sus usuarios y usuarias; y, c) la señalización con que deben contar a efecto de que dicha área sea ubicada fácilmente.

e) Accesibilidad física a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

El objetivo fue realizar una constatación de las facilidades o de los problemas que se pudieran presentar para el ingreso y traslado de las personas por los espacios físicos de las áreas de emergencia de los establecimientos.

Para ello se verificó la existencia de rampas, puertas o espacios apropiados para el ingreso al área de emergencia cuando, por ejemplo, sea necesaria la utilización de camillas o sillas de ruedas.

Del consolidado final de las Fichas de Supervisión N° 01, se verificó que aproximadamente el 84,48% de los establecimientos supervisados (49) cuenta con rampas de acceso, mientras que aproximadamente un 91,38% (53) cuenta con puertas de características adecuadas que permitan el acceso:



Cabe señalar que en los establecimientos de salud supervisados en Lima no se encontraron dificultades en este aspecto, sin embargo ello no ocurrió en los establecimientos supervisados en provincias, ya que de cuarenta y cuatro (44), ocho (8) no cumplen con brindar condiciones de accesibilidad físicas en cuanto a rampas y cinco (5) en cuanto a puertas.

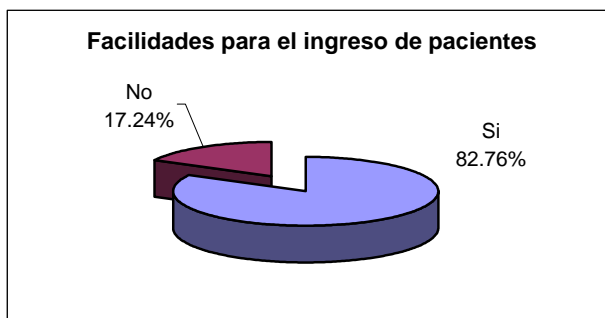
b) Facilidades para el ingreso de las personas que requieren atención en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud.

Los objetivos en este punto fueron constatar que los establecimientos de salud visitados brinden las facilidades necesarias para el ingreso y tránsito de los y las usuarias al área de servicios de emergencias y, de otro lado, que el personal administrativo y de seguridad facilite el acceso a dichos servicios.

La presencia de rejas, candados, puertas cerradas, y en general de obstáculos que no faciliten el ingreso de los usuarios y las usuarias, afectan la atención inmediata requerida. Lo mismo

ocurriría si el personal de seguridad o administrativo restringiera el acceso a dichos establecimientos.

Del consolidado de las Fichas de Supervisión N° 01 se verificó que aproximadamente el 82,76% (48) de los establecimientos supervisados brinda a los usuarios y a las usuarias facilidades de acceso a las áreas de emergencia.

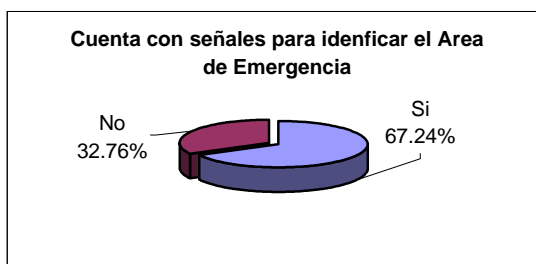


Resulta importante señalar que en Lima se verificó que el 100% de los servicios de emergencia supervisados (14), brindan las facilidades necesarias para el acceso de los usuarios y las usuarias a dicho servicio, mientras que en provincias se constató que aproximadamente un 22.7% de los servicios supervisados (10 de 44) no brindan dichas facilidades.

c) Señalización para identificar las áreas donde se prestan los servicios de emergencia en los establecimientos de salud.

El objetivo fue constatar si el área de emergencias de los establecimientos de salud visitados se encontraba señalizada, facilitando el acceso de los usuarios o usuarias evitando demoras que puedan poner en riesgo su salud; entendiéndose por señalización al conjunto de avisos que permite identificar los elementos y ambientes públicos accesibles dentro de una edificación para la orientación de los usuarios de los servicios.

Del consolidado de las Fichas de Supervisión N° 01 se verificó que aproximadamente el 67% de los establecimientos supervisados (39) cuenta con adecuada señalización para el acceso a las áreas de emergencia.



No obstante en términos generales se verificó que la mayoría de las áreas de emergencia de los establecimientos supervisados se encontraban señalizadas, es importante resaltar que de los cuarenta y cuatro (44) establecimientos supervisados en provincias aproximadamente el 34% de ellos (15) no cuenta con una señalización adecuada.

En conclusión, respecto a la accesibilidad física, la señalización y las facilidades de ingreso a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud se verificó que, en términos generales, sí se brindan las condiciones mínimas necesarias. Sin embargo, se verificó que, a diferencia de los establecimientos de Lima y Callao, en el interior del país no cuentan con condiciones suficientes que garanticen la accesibilidad a los servicios.

5.1.2. Obligación de los establecimientos de salud de brindar atención inmediata, sin condicionamientos, en casos de emergencias médicas.

Como ya hemos señalado, la Ley General de Salud, Ley N° 26842, modificada por la Ley N° 27604, establece en sus artículos 3° y 39° que toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando los establecimientos de salud sin excepción obligados a prestar esta atención de manera inmediata, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud. Asimismo, la norma contempla que sólo después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos será efectuado de acuerdo a la evaluación del caso que realice el Servicio Social respectivo.

Al respecto, debemos tener presente que el carácter de *“inmediato/a”*, debe entenderse como aquello que sucede en seguida, sin tardanza; e *“inmediatamente”* aquello que se realiza al instante, sin interposición de otra etapa previa.

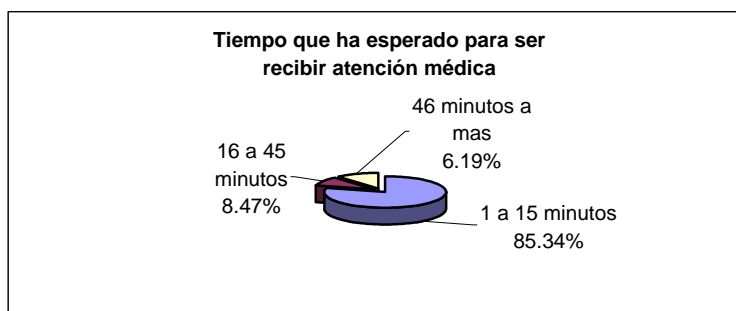
Por lo tanto, la *“atención inmediata”* a la que se refiere la norma supone que el servicio se brinde sin tardanza o dilación, sin que se exija condición alguna. Ello garantiza que la atención sea realizada de manera oportuna, evitando complicaciones posteriores, puesto que existe un riesgo inminente para la vida o la salud de la persona.

Los objetivos en este aspecto fueron principalmente dos: a) verificar si la atención médica se realiza dentro de un plazo *rápido y oportuno* que no pusiera en riesgo la salud o la vida del usuario o la usuaria del servicio y; b) constatar si al momento de la supervisión se presentaban casos en que la atención sea condicionada exigiendo previamente el cumplimiento de algún requisito que afecte la atención inmediata.

a) Tiempo que deben esperar los usuarios para ser atendidos en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud

Para verificar si los usuarios y usuarias fueron atendidos en forma inmediata, se les preguntó a ellos o a sus familiares, el tiempo que habían esperado para ser atendidos. Así, se estructuraron las alternativas de respuesta en tres bloques: de 1 a 15 minutos, de 16 a 45 minutos y de 46 a más minutos.

Del consolidado de las Fichas de Supervisión N° 02 se verificó que, de las 307 personas entrevistadas que contestaron dicha pregunta, aproximadamente el 85,34% (262) manifestó que fueron atendidos en un período de tiempo fluctuante entre 1 y 15 minutos, lo que evidenciaría que el servicio de emergencia mayoritariamente se brinda en forma inmediata, tal como se demuestra en el siguiente gráfico:



b) Atención inmediata sin condicionamientos

El objetivo en este rubro fue constatar si al momento de la supervisión se presentaron casos en que la atención fue condicionada exigiendo el cumplimiento previo de algún requisito, afectando la atención inmediata. Entre las exigencias recogidas en las fichas de supervisión, tenemos:

- Cobro por el servicio de manera previa a la atención médica;
- Compra de insumos médicos tales como gasas, alcohol, guantes, suero, inyectables, entre otros;
- Presentación de algún documento como D.N.I, partida de nacimiento, boletas de remuneraciones u otros;
- Suscripción por terceros de documentos que contengan una garantía o similares.

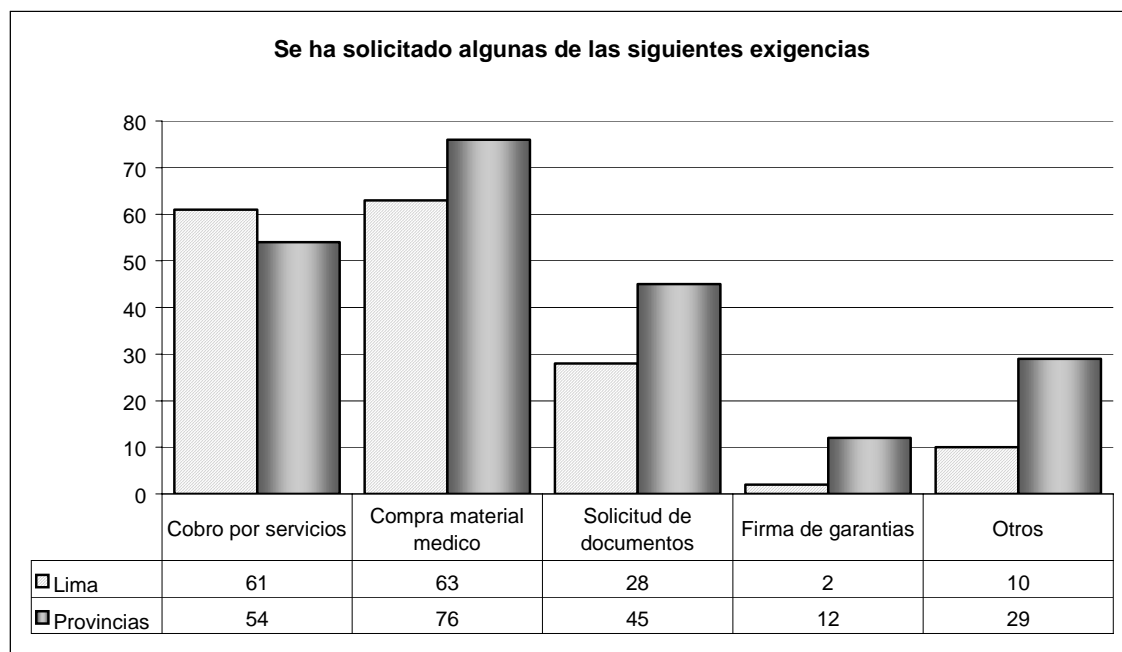
Del consolidado de las Fichas de Supervisión N° 02 aplicadas a 314 personas, se verificó que se exigió uno o más requisitos para la atención de los usuarios y las usuarias, según se describe a continuación⁴⁹:

- a) Aproximadamente al 36,62% de los entrevistados (115 personas) se les exigió el pago por los servicios requeridos;
- b) Aproximadamente al 44,26% de los entrevistados (139 personas) se les exigió la compra de material médico, como gasas, guantes quirúrgicos, jeringas, entre otros.
- c) Aproximadamente al 23,24% de los entrevistados (73 personas) se les exigió algún documento para proceder a su atención médica.
- d) Aproximadamente al 4,45% de los entrevistados (14 personas) se les exigió la firma de garantías.

Cabe señalar que se registraron casos en que dichas exigencias fueron efectuadas a mujeres embarazadas. Ello se pudo constatar en la supervisión efectuada al Hospital de Apoyo José Abelardo Mendoza Olavaria de Tumbes, en donde la Oficina Defensorial de Tumbes reportó que a las mujeres embarazadas se les requería la ficha de control de embarazo, así como la compra de guantes y jeringas.

⁴⁹ La pregunta permitía más de dos respuestas.

Asimismo, tal como se demuestra en el siguiente gráfico, se verificó que la mayor cantidad de casos en que se solicitó al usuario la compra de material médico se registró en los establecimientos de salud del interior del país. En el caso de Lima y Callao, el requisito previo a la atención más solicitado fue el pago por los servicios, lo cual vulnera lo expresamente dispuesto por los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud ya citados.



En cuanto al requerimiento para la compra de material médico o el cobro por los servicios prestados, es de suponer que ello responde a la falta de recursos en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

Cabe señalar que estudios especializados en este tema revelan una problemática en el gasto público en salud, así como su distribución inequitativa en perjuicio de los usuarios de los servicios públicos de salud que cuentan con escasos recursos económicos⁵⁰.

Según el informe “Evaluación de la ejecución del presupuesto del Ministerio de Salud del año 2002”, elaborado por Pedro Francke y Javier Paulini⁵¹, el Ministerio dejó de ejecutar S/. 117 millones, lo que equivale al 6% de su presupuesto de apertura. El mismo informe señala que, respecto a los recursos provenientes de la cooperación externa, que incluye tanto donaciones como créditos, el Ministerio ha tenido muy poca capacidad de gasto. En el caso de los créditos se dejó de gastar S/. 68 millones y en el de las donaciones casi S/. 4 millones.

De otro lado, señalan que en la función “salud y saneamiento”, que es aquella por la que se presta servicios a la población, se ha dejado de gastar S/. 125 millones, mientras que en las funciones de “administración y planeamiento” existió un exceso en el gasto del 74%.

⁵⁰ Ver: “Análisis del presupuesto en el sector salud” elaborado en octubre de 2002 por el Consorcio de Investigación Económica y Social – CIES, y el Documento de Trabajo N° 37 “Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú” elaborado en abril de 2002 por el Grupo de Análisis para el Desarrollo – GRADE.

⁵¹ Ver en www.consortio.org/presupuesto

En el estudio denominado “Análisis independiente del presupuesto público 2003 en el sector salud”⁵², se concluye que los problemas que presenta el gasto público en salud pueden ser agrupados en tres temas: insuficiencia en el nivel de gasto público en salud, estructura inercial en su composición y deficiencias en su gestión y ejecución.

En cuanto al nivel de gasto público en salud, medido como porcentaje del PBI, este se encuentra muy por debajo del de otros países de la región y resulta insuficiente para satisfacer gran parte de las demandas de la población. Dicha situación en vez de mejorar, tendería a agudizarse ya que mientras para el año 2002 el gasto público presupuestado ascendió a 1.19% del PBI, para el año 2003 se presupuestó un monto menor de 1.05% del PBI.

Por otro lado, la distribución del gasto público en salud especializada entre los departamentos más pobres y los menos pobres ha sido inequitativa durante los últimos años, debido a que se ha priorizado el gasto en aquellas regiones menos pobres.

Respecto a las deficiencias en la ejecución del presupuesto, se señala que existe una tendencia a ejecutar un menor monto del presupuestado, lo cual también reflejaría la deficiencia en la gestión al interior del sector, ya que la reasignación de recursos y modificación de partidas se realiza en función de criterios políticos que no guardan necesariamente relación con las metas trazadas o criterios técnicos.

En cuanto a la distribución del presupuesto al interior del sector, resulta importante resaltar que en los Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Quinquenio agosto 2001–julio 2006⁵³ se concluye que *“pese al incremento del gasto en salud respecto de los primeros años de la década del 90, se constata una distribución regresiva del financiamiento en salud y una gestión poco eficiente del gasto público, ya que de acuerdo con el estudio realizado por la firma Macroconsult para el Ministerio de Salud en 1997, el 13% del gasto corriente se destinaba a las unidades administrativas, el 54% a los hospitales (que sólo atienden el 30% de la demanda) y el 33% a los centros y puestos de salud (que atienden el 70% de la demanda cotidiana). De la misma manera, todos los estudios desde 1996 demuestran que el gasto público en salud no se concentra en los departamentos con mayores necesidades ni en los grupos más pobres de la población”*.

Respecto al presupuesto que el Estado debe asignar para garantizar a las personas el disfrute de sus derechos económicos, sociales y culturales, conforme se ha desarrollado en el punto III del presente informe, cabe recordar que el Estado peruano ha asumido el compromiso de adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos que se disponga, para lograr progresivamente la plena efectividad de dichos derechos, entre ellos al más alto nivel posible de salud física y mental⁵⁴.

⁵² Estudio realizado por Pedro Francke, José Castro, Rafael Ugaz y José Salazar para el Proyecto Análisis Independiente del Presupuesto Público 2003. Ver en www.consortio.org/presupuesto/salud.pdf

⁵³ Lineamientos aprobados por el Ministerio de Salud mediante Resolución Suprema N 014-2002-SA, publicada el 27 de junio de 2002.

⁵⁴ La Constitución del Perú consagra en su artículo 10° el derecho progresivo de toda persona a la seguridad social. Más aún debemos tomar en cuenta el claro mandato contenido en el artículo 77° de la Constitución según el cual el presupuesto que aprueba el Congreso debe asignar equitativamente los recursos públicos y su programación y ejecución deben responder a criterios de eficiencia, de satisfacción de necesidades sociales básicas y de descentralización.

Cabe señalar que para el año fiscal 2003, el Congreso de la República, mediante Ley N° 27879, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2003⁵⁵, le asignó al Ministerio de Salud S/. 1'910,100,388 (Mil Novecientos Diez Millones Cien Mil Trescientos Ochenta y Ocho Nuevos Soles), mientras que para el año 2004, a través de la dación de la Ley N° 28128, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2004⁵⁶, se ha previsto un gasto de S/. 1'730,846,609 (Mil Setecientos Treinta Millones Ochocientos Cuarenta y Seis Mil Seiscientos Nueve Nuevos Soles).

Ello quiere decir que el presupuesto asignado al Ministerio de Salud para el Año Fiscal 2004, a disminuido en S/. 179,253,779 (Ciento Setenta y Nueve Millones Doscientos Cincuenta y Tres Mil Setecientos Setenta y Nueve Nuevos Soles) en comparación al año anterior, no obstante en el Año Fiscal 2003 el presupuesto ejecutado en dicho sector ascendió a 1'847,930,994 (Mil Ochocientos Cuarenta y Siete Millones Novecientos Treinta Mil Novecientos Noventa y Cuatro Nuevos Soles).

El Tribunal Constitucional, en los fundamentos N° 42 y 43 de la sentencia recaída en el expediente N° 2945-2003-AA/TC sobre acción de amparo, ha dejado sentada su posición respecto a la importancia de la ejecución de políticas sociales para la máxima realización de estos derechos, considerando que es responsabilidad del Estado priorizar la recaudación y la distribución presupuestal en este tipo de planes.

El carácter progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales obliga al Estado a garantizar que cada vez se dispongan niveles superiores de recursos para su implementación y desarrollar todos los mecanismos a su alcance para garantizar que los recursos sean asignados en forma suficiente a las entidades encargadas de brindar dichos servicios y, principalmente, fiscalizar que éstos sean utilizados de manera eficiente y equitativa⁵⁷.

5.1.3. Cobros realizados por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

Como hemos señalado en el punto III del presente informe, es de interés público la provisión de servicios de salud y responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, interviniendo en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad⁵⁸.

Respecto a la obligación del Estado orientada a financiar los servicios públicos de salud, el artículo VIII del Título Preliminar de la Ley General de Salud establece que dicha obligación debe estar dirigida preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o

⁵⁵ Ver anexo 2 sobre Distribución Institucional del Gasto por Fuentes de Financiamiento.

⁵⁶ Ver Anexo 6 sobre Distribución del Gasto por Pliego y Fuentes de Financiamiento.

⁵⁷ En el Segundo Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en el Perú, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos ha señalado en el punto 11 del Capítulo VI que *"El carácter progresivo con que la mayoría de los instrumentos internacionales caracteriza las obligaciones estatales relacionadas con los derechos económicos, sociales y culturales implica para los Estados, con efectos inmediatos, la obligación general de procurar constantemente la realización de los derechos consagrados sin retrocesos. Luego, los retrocesos en materia de derechos económicos, sociales y culturales pueden configurar una violación, entre otras disposiciones, a lo dispuesto en el artículo 26 de la Convención Americana."*

Por su parte, el Tribunal Constitucional ha señalado, en el fundamento 14 de la sentencia complementaria recaída en el proceso por inconstitucionalidad contra la Ley N° 27617, que la progresividad no puede nunca interpretarse como sinónimo de 'regresividad', y ni siquiera como mantenimiento del statu quo.

⁵⁸ La normatividad contiene el principio de integridad o suficiencia, orientado a lograr que las prestaciones sean suficientes para atender la contingencia social presentada a fin de lograr la superación de la misma y, en tal sentido, engloba la idea del servicio prestado para atender la contingencia de manera equitativa, completa, eficiente, oportuna y sobre todo con calidad.

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

En cuanto a la atención médica en casos de emergencia, inicialmente estableció en sus artículos 3° y 39° que toda persona tenía el derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud, sin establecer expresamente el derecho del establecimiento de recibir reembolso o pago alguno por el servicio brindado.

Con la entrada en vigencia de la Ley N° 27604, que modificó los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud y la posterior reglamentación de dicha norma, se establece que dichos establecimientos, luego de atendida la emergencia, tienen derecho a que se les *reembolse* el monto de los gastos en que hayan incurrido, de acuerdo a la evaluación socioeconómica que realice el Servicio Social, salvo que la persona sea calificada como indigente en cuyo caso queda exonerada de todo pago.

Ahora bien, tomando en consideración la legislación vigente, para la Supervisión efectuada consideramos importante desarrollar cuatro aspectos fundamentales que se desprenden de dicha normativa: a) la naturaleza del cobro que realizan los establecimientos de salud del Ministerio de Salud por los servicios de emergencias que brindan; b) la oportunidad del cobro por el servicio prestado; c) la obligatoriedad de la evaluación socioeconómica del usuario o usuaria por parte del servicio social, previo al pago por el servicio recibido; y d) el criterio para determinar el cobro de acuerdo con la capacidad económica de las personas atendidas por los establecimientos del Ministerio de Salud.

5.1.3.1. La naturaleza del cobro que realizan los establecimientos de salud del Ministerio de Salud por los servicios de emergencias que brindan

Los servicios públicos constituyen prestaciones que se encuentran orientadas a satisfacer las necesidades públicas o de interés comunitario, los mismos que pueden ser prestados por el propio Estado o por terceros en virtud de concesiones, delegaciones o autorizaciones, sujetas siempre a la fiscalización estatal⁵⁹. De esta manera, el servicio público es una concretización de los fines del Estado orientada principalmente a procurar el bienestar general.

El Estado, al tener que satisfacer necesidades colectivas, destina recursos públicos entre los que encontramos a los tributos. La potestad tributaria del Estado comprende el poder de crear, exonerar, suprimir y modificar los tributos. Pero dicha potestad no es absoluta, la Constitución ha señalado en su artículo 74° como límites al poder tributario la legalidad o reserva de la ley, la igualdad, la no confiscatoriedad y el respeto de los derechos fundamentales de la persona.

Para efectos del presente informe resulta de especial relevancia tener en consideración el principio de igualdad en materia tributaria, el cual es entendido en la actualidad no sólo en el sentido de una “igualdad formal”, sino que debe entenderse también en el sentido de “igualdad material”. Por ello, el Estado tiene el compromiso de remover los obstáculos que

⁵⁹ La Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, establece en el artículo I de su Título Preliminar, que la misma será de aplicación para todas las entidades de la Administración Pública, entendiéndose por “entidad” o “entidades”, entre otras, a las personas jurídicas bajo el régimen privado que prestan servicios públicos o ejercen función administrativa, en virtud de concesión, delegación o autorización del Estado, conforme a la normativa de la materia.

configuren desigualdades de hecho, tales como las diferencias económicas y sociales, que se opongan al efectivo goce del derecho a la igualdad⁶⁰.

Entre los tributos en general, distinguimos en particular, a las tasas. Ellas son, según lo dispuesto por la Norma II del Título Preliminar del Código Tributario⁶¹, el tributo cuya obligación tiene como hecho generador la prestación efectiva por el Estado de un servicio público individualizado en el contribuyente.

De otro lado, las tasas pueden clasificarse en arbitrios, licencias y derechos, siendo estos últimos aquellas tasas que se pagan por la contraprestación de un servicio administrativo público o el uso o aprovechamiento de bienes públicos. La regulación y determinación de una tasa, debe estar sujeta a los principios de legalidad, razonabilidad y uniformidad⁶² a efectos de evitar arbitrariedades.

La naturaleza jurídica del cobro por atención en caso de emergencia en los establecimientos públicos de salud corresponde a la de una tasa pues se configura la prestación de un servicio público individualizado en el usuario o la usuaria, lo cual puede generar que el Estado, en uso de su potestad tributaria, establezca una contraprestación pecuniaria en relación al costo de dicho servicio.

Es aquí donde entra a tallar el principio de igualdad que deben tener en cuenta los establecimientos de salud para determinar los montos a cobrar a los usuarios del servicio de emergencia, de tal manera que se puedan establecer diferencias de pago en virtud de las condiciones socio económicas de éstos. A este efecto, el usuario del servicio de salud debería pagar como monto máximo el equivalente al costo que implicó la prestación efectiva del servicio, estableciéndose que la tasa pueda graduarse en razón de criterios objetivos como la evaluación socioeconómica de los y las usuarias, en cuyo caso las entidades públicas deberían asumir una parte del costo.

En este punto hay que tomar en consideración que la satisfacción de las necesidades esenciales a través de la prestación de servicios públicos conlleva implícito el principio de gratuidad, ya que al encontrarse el Estado en la obligación de brindar dichos servicios, no podría supeditar su cumplimiento a que éstos sean retribuidos. De esta manera, si el Estado determina que los usuarios de los servicios de salud deben pagar una suma de dinero como contraprestación de dicho servicio, lo hace por excepción y en ejercicio de su poder tributario. En ejercicio de dicha potestad puede a su vez determinar si el usuario asumirá el costo total o parcial del servicio⁶³.

Se debe tomar en cuenta, además, el mandato constitucional que orienta la labor del Estado dirigida a garantizar a los ciudadanos el libre acceso a las prestaciones de salud establecido en el artículo 11º de la Constitución del Perú.⁶⁴ El mandato constitucional citado tiene como finalidad específica facilitar el acceso de todos los ciudadanos a la prestación de los servicios públicos de salud; más aún cuando responden a una necesidad fundamental y de hondo interés público como es proteger la vida y la salud de la ciudadanía.

⁶⁰ Véase. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial N° 33: "Tributación Municipal y Constitución". Lima, 2000, pp. 19 -20.

⁶¹ Cuyo Texto Único Ordenado fue aprobado por Decreto Supremo N° 135-99-EF del 19 de agosto de 1999.

⁶² Principios contemplados en el Artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 27444.

⁶³ Al respecto ver Villegas Héctor. Curso de Finanzas, derecho financiero y tributación. 8va. Edición. Astrea, 2002, Buenos Aires. Pags. 169 y siguientes.

⁶⁴ Artículo 11º.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa su eficaz funcionamiento.

Adicionalmente, uno de los principios que debe ser considerado al diseñar o implementar un sistema de servicios públicos, es el de accesibilidad; según el cual *“(...) en razón de su propia naturaleza y por la necesidad pública a cubrir por medio de la prestación, es necesario que todos los miembros de la comunidad puedan acceder a los servicios(...) por ello asegurar el acceso y el uso de los servicios públicos esenciales a los ciudadanos es una cuestión de política pública y las tarifas no pueden constituir un límite impediante. Entonces, si el valor de las tarifas se opone al acceso, por aplicación de las garantías constitucionales de igualdad y solidaridad, se debe subsidiar a quienes no pueden abonarlas(...)”*.⁶⁵

Si bien es cierto resulta conveniente que se establezca una contraprestación por el uso de los servicios públicos de salud a efectos de garantizar la solvencia del sistema y el uso racional de éstos, el monto de esta tasa no puede convertirse en una barrera o impedimento para el acceso de los ciudadanos sobre todo los de menores recursos⁶⁶.

Para asegurar la igualdad en el acceso a los servicios públicos, el principio rector es la subsidiariedad del Estado. Si una persona no puede abonar el íntegro de las tasas fijadas no se le debería exigir el pago de dicha contraprestación. Para promover el acceso de este sector de la población a los servicios de salud, el Estado puede subsidiar, total o parcialmente, dicha prestación a través de los recursos públicos superando las desigualdades económicas que afectan a los miembros de una comunidad y evitando así un trato desigual entre sus miembros en el acceso al uso de los servicios que cubren necesidades sociales básicas.

Al referirnos a la prestación del servicio de salud, resulta fundamental distinguir entre los costos fijos que soporta de manera permanente el sistema de salud pública, como es el caso de la infraestructura, las remuneraciones de los profesionales y técnicos, el pago de los servicios, entre otros; de aquellos otros costos que se producen de manera particular por la prestación individual del servicio a un usuario, como es el caso de las medicinas, material médico, la provisión de alimentos en caso de internamiento, entre otros.

En el primer caso, se tratan de costos que deben ser cubiertos de manera general por toda la sociedad, mediante el pago de impuestos y que no deben que ser cargados a los usuarios; mientras que los otros costos sí podrían ser trasladados, mediante la regulación de la tasa respectiva con los límites y consideraciones a los cuales nos hemos referido anteriormente.

En resumen, podemos señalar que por tratarse de un servicio público que brinda el Estado dirigido a garantizar el derecho a la salud, intrínsecamente ligado al derecho a la vida, la tasa, además de sujetarse a los parámetros de legalidad ya indicados, debe fijarse de forma tal que respete los principios de universalidad y de solidaridad que rigen la seguridad social. Adicionalmente, por su naturaleza especial, y en armonía con el principio de igualdad, dicha tasa debe aplicarse a cada caso concreto, de forma tal que previa evaluación socioeconómica por parte de la asistencia social del establecimiento de salud al usuario, se le requiera el pago de acuerdo a sus condiciones económicas.

⁶⁵ DROMI, Roberto. Derecho Administrativo, 9na. Ed. Ciudad Argentina, 2001, p. 700.

⁶⁶ Conforme a los datos obtenidos en la última Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO 1999, realizada por el INEI, una de las principales barreras que limitan el acceso a los servicios de salud es de orden económico, tanto así que el 49% de las personas encuestadas señalaron a la carencia de recursos económicos como la causa que impidió su acceso a dichos servicios. Por otro lado, las condiciones de desempleo o subempleo no permiten cubrir, por ejemplo, el costo de los medicamentos. Según el ENAHO, el costo total de una consulta promedio se compone del costo de la tarifa (12%), los exámenes auxiliares (13%) y los medicamentos (75%).

Sin embargo, durante el desarrollo de la Supervisión Defensorial efectuada, se constató que los establecimientos de salud visitados establecen un monto distinto para la atención que brindan en los servicios de emergencia.

Así, a modo de ejemplo podemos señalar que la Oficina Defensorial de Arequipa reportó que en el Centro de Salud de Hunter, como derecho para acceder al servicio de emergencia se cobra S/. 5.00 Nuevos Soles si es de día y S/. 6.00 Nuevos Soles si es de noche, mientras que en el Hospital Goyeneche se ha establecido por dicho derecho la suma de S/. 5.00 Nuevos Soles y en el Hospital Honorio Delgado Espinoza S/. 10.00 Nuevos Soles.

De manera similar, la Oficina Defensorial del Cono Este de Lima reportó que el Hospital Local de Vitarte ha establecido como derecho para la atención por emergencia S/. 3.50 Nuevos Soles, mientras que el Hospital Hipólito Unánue S/. 10.00 Nuevos Soles.

Al percatarse de dicha situación, algunos comisionados de la Defensoría del Pueblo solicitaron a diversos establecimientos la norma que los faculta a realizar dicho cobro, así como el sustento técnico para determinar el costo, obteniendo como respuestas que el costo por el servicio de atención en establecimientos de salud es regulado por cada centro de atención en coordinación con la Dirección de Salud respectiva, de acuerdo, entre otras cosas, al nivel de complejidad o resolución del establecimiento.

Ante la constatación descrita, la Adjuntía para la Administración Estatal remitió con fecha 4 de setiembre de 2003 el Oficio N° DP/AE-2003-090 al Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud, con el objeto de solicitar información referida al sustento normativo que faculta a los establecimientos de salud a regular los derechos por los servicios de emergencia que brindan, así como el procedimiento seguido al efecto. Al momento de cierre del presente informe tal información no ha sido proporcionada.

La situación descrita constituye una práctica que vulnera el derecho a la salud de las personas pues el hecho de que las tasas por los servicios públicos de salud que presta el Estado sean fijadas por cada establecimiento, sin mayor estudio técnico que lo sustente y sin sujetarse a principios y parámetros de legalidad, afecta al acceso de la población a estos servicios. Más grave se torna la situación cuando se condiciona la prestación del servicio al previo pago de un monto establecido en dinero estando de por medio la vida y la salud de los ciudadanos.

5.1.3.2. La oportunidad del cobro por el servicio prestado

Según lo dispone la Ley General de Salud, modificada por la Ley N° 27604, el reembolso al que se alude, debe realizarse después de atendida la emergencia. De igual manera, el reglamento señala que el reembolso se realizará en forma posterior a la atención, es decir luego que la persona atendida en un establecimiento de salud no presente ningún riesgo para su vida o su salud⁶⁷.

Al respecto, conforme a lo expuesto en el punto 5.1.2. del presente informe, dicha atención debe ser inmediata, sin que ningún requisito, exigencia o procedimiento condicione la atención

⁶⁷ Artículos 11° y 12° del Decreto Supremo N° 016-2002-SA.

de la persona que acude a los servicios de emergencia, por cuanto ello pondría en riesgo su vida o su salud.

La Supervisión efectuada ha verificado que algunos establecimientos de salud transgreden la normatividad vigente al condicionar la atención a un pago previo. Así, de las 314 personas entrevistadas al 36,62% (115 personas) se les exigió de manera previa a la atención médica el pago por los servicios requeridos.

5.1.3.3. La obligación legal de efectuar la evaluación socioeconómica de los usuarios y usuarias por parte del servicio social

La Ley General de Salud señala en sus artículos 3º y 39º que, después de atendida la emergencia, el reembolso de los gastos sea efectuado *“de acuerdo a la evaluación del caso”* que realice el servicio social respectivo, quedando las personas calificadas como indigentes exoneradas de todo pago.

Por otra parte, el artículo 11º del reglamento de la Ley N° 27604 establece que el reembolso por concepto de atención de la emergencia, se realiza en forma posterior a la atención y de la siguiente manera:

- a) En caso que la persona atendida esté cubierta por una entidad aseguradora o administradora de financiamiento o por persona natural o jurídica obligada a cubrir la atención de emergencias, el reembolso se solicitará a dichas entidades o personas.
- b) En caso contrario, el reembolso deberá ser efectuado por la persona atendida o sus obligados legales, siempre y cuando no sea calificada en situación de indigencia.

En este aspecto, conviene recordar que de acuerdo a las normas que regulan el Seguro Integral de Salud – SIS⁶⁸, aquellas personas inscritas y afiliadas tampoco deberán efectuar ningún pago, por cuanto los gastos en que se incurra serán financiados por el Fondo Intangible de Solidaridad de Salud – FISSAL.

Al respecto, si bien el artículo 13º del reglamento señala que la evaluación de la situación socioeconómica *“de los pacientes que requieran exoneración de pago por atención en casos de emergencia o partos”*, será efectuado por el servicio social respectivo o quien haga sus veces éste artículo debe interpretarse en concordancia con lo dispuesto en la Ley General de Salud, Ley N° 2684, modificada por la Ley N° 27604, y los principios de la seguridad social,

⁶⁸ Según lo establecido en la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, el Sistema Integral de Salud constituye un Organismo Público Descentralizado del Sector Salud, cuya misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del sector y, para ello, según lo dispuesto por el D.S. N° 013-2002-SA debe lograr los siguientes objetivos funcionales generales:

- a) Construir un sistema de aseguramiento público sostenible y solidario que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbilidad y mortalidad.
- b) Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad dándole prioridad a los grupos vulnerables y ***en situación de pobreza y extrema pobreza***.
- c) Implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población.
- d) Evaluar el nivel de calidad de la oferta de los prestadores de servicios y la satisfacción en la atención de salud de los beneficiarios.
- e) Facilitar servicios de calidad a los beneficiarios del Seguro Integral de Salud.
- f) Dirigir los procesos de afiliación y operación del Seguro Integral de Salud en todos los niveles.
- g) Proponer políticas y normas que permitan garantizar el logro de los objetivos funcionales.

particularmente los relativos a la universalidad, por el cual todos tienen derecho a dicha prestación, y el de solidaridad, por el cual cada quien debe rembolsar los costos del servicio de acuerdo a su capacidad económica.

La evaluación socioeconómica debe incluir a todos los usuarios y usuarias de los servicios de salud del Ministerio del sector y no sólo a aquellos que requieran exoneración, por cuanto la finalidad de la evaluación socio económica no sólo es determinar si la persona atendida se encuentra comprendida dentro de los supuestos contenidos en el reglamento para clasificarla como indigente, sino que, en su caso, permita establecer el monto que una persona debe pagar, de acuerdo a su capacidad económica y en función a la tasa establecida, tal como indicamos párrafos más adelante.

Finalmente, cabe destacar además que el reglamento señala en su artículo 13° que es responsabilidad del establecimiento efectuar y acreditar la mencionada evaluación para efectos de sustentar el reembolso.

5.1.3.4. La exoneración del pago respecto a las personas calificadas como indigentes por el Servicio Social

El objetivo en la supervisión fue verificar los siguientes aspectos: si en los establecimientos supervisados se exigió un cobro por los servicios prestados y si el servicio social realizó la evaluación socioeconómica del usuario o usuaria.

Del consolidado de las Fichas de Supervisión N° 02 se verificó que, de los 314 entrevistados, aproximadamente al 36,62% (115) se le solicitó el pago previamente a la atención médica y, de las personas que realizaron el pago antes o después de la atención, sólo al 12,42% (39) se le realizó la evaluación socioeconómica.

Al respecto, el artículo 3° del reglamento de la Ley N° 27604 define como indigencia la *"situación socioeconómica en la cual se encuentran aquellas personas que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas."*

Según lo dispuesto por el referido reglamento, la calificación para determinar si la persona se encuentra o no en situación de indigencia se realiza mediante una evaluación de su situación socioeconómica, la misma que debe ser efectuada por el servicio social respectivo, o quien haga sus veces, tomándose en consideración criterios tales como: edad y sexo; grado de instrucción; ocupación o profesión, trabajo en el que se desempeña, condición laboral: estable, contratado, independiente, eventual o desocupado; ingresos económicos mensuales, ingreso mensual familiar: condición de ingreso, fijo o familiar y composición familiar.

En conclusión, respecto al cobro por derecho de atención en servicios de emergencia, estos deberían brindarse observando las siguientes reglas:

- a) La atención médica debe efectuarse inmediatamente sea requerido el servicio por la persona que se encuentre en estado de emergencia.
- b) Después de atendida la emergencia, el servicio social, o quien haga sus veces, deberá realizar la evaluación socioeconómica correspondiente, a fin de determinar la capacidad económica del usuario o usuaria.

- c) Si la persona atendida se encuentra cubierta por una entidad aseguradora o por persona natural o jurídica obligada, el reembolso se solicitará a dichas entidades o personas.
- d) Si la persona se encuentra inscrita y afiliada en el Seguro Integral de Salud – SIS, dicho gasto lo asume el indicado seguro, a través del FISSAL.
- e) Si la persona atendida es calificada en situación de indigencia por el servicio social, será exonerado de todo pago y, de ser el caso, deberá ser afiliada al SIS.
- f) Finalmente, si la persona no se encuentra asegurada por ningún sistema y tampoco es calificada por el servicio social en situación de indigencia, deberá efectuar el pago del derecho establecido en el Texto Único de Procedimientos Administrativos-TUPA de cada establecimiento en la proporción que la evaluación socioeconómica determine de acuerdo a su capacidad económica, tal como lo señalamos en el punto 5.1.3.1. del presente informe.

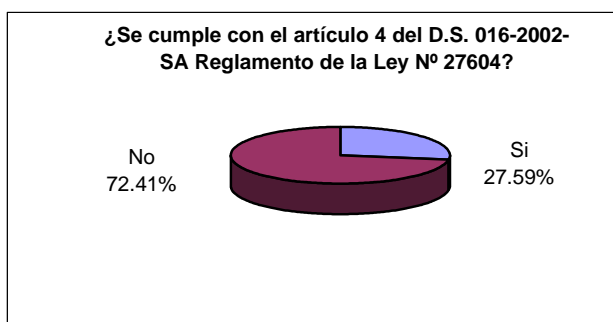
5.1.4. Obligación legal de publicar en un lugar visible el derecho de toda persona de recibir atención médica inmediata en situación de emergencia

El artículo 4º del Decreto Supremo N° 016-2002-SA – Reglamento de la Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud, dispone lo siguiente:

“Todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia, y de poner en conocimiento del público ese derecho en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia (...).” (el resaltado es nuestro)

Por ello, el objetivo fue constatar que los establecimientos de salud cumplan con dicha obligación.

Del consolidado de las Fichas de Supervisión N° 01 se verificó que aproximadamente el 72,41% de los establecimientos supervisados (42) no cumple con exhibir en un lugar visible del área de emergencia la obligación legal de prestar atención inmediata a toda persona en situación de emergencia, tal como se demuestra en el siguiente gráfico:



Cabe destacar que de los 14 establecimientos supervisados en Lima y Callao, sólo 2 de ellos (el Hospital María Auxiliadora de Lima y el Hospital San José en el Callao) cumplían con

exhibir en un lugar visible del área de emergencia dicha obligación legal. Es decir, aproximadamente el 86% no cumple con dicha obligación.

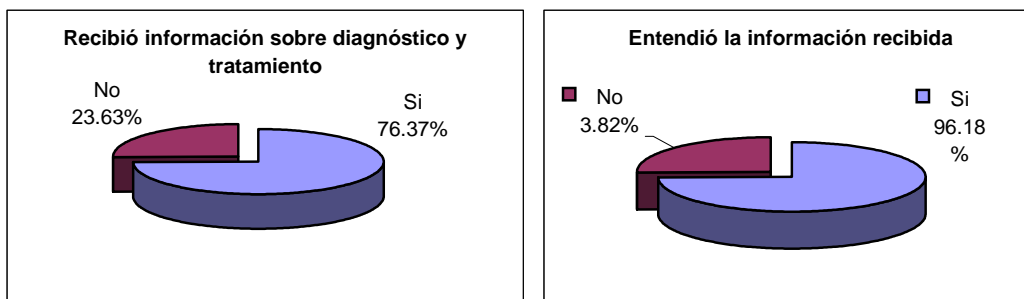
En el caso de los establecimientos supervisados en provincias se verificó que 30 de los 44 establecimientos supervisados, aproximadamente un 68%, no cumple con dicha obligación.

5.1.5. Derecho de los usuarios y usuarias de los servicios de salud a recibir y entender la información sobre el diagnóstico y tratamiento

Entre los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud regulados en el artículo 15° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud⁶⁹, se encuentra el derecho de toda persona a recibir, en términos comprensibles, información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren.

En tal sentido, el objetivo fue verificar si es que en los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud se garantiza la efectividad de dicho derecho, mediante el cumplimiento de la obligación legal descrita.

Del consolidado de las Fichas de Supervisión N° 02 se verificó que, de las 309 personas entrevistadas que respondieron dicha pregunta, aproximadamente el 76,37% (236) recibió información sobre el diagnóstico y tratamiento; de los cuales aproximadamente el 96% (227) manifestó haber entendido dicha información.



⁶⁹ Artículo 15.- Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

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

Finalmente, un tema que se encuentra vinculado al derecho a la información y que merece resaltarse es el problema que se origina al momento que el personal médico del establecimiento debe calificar el estado en que llega el usuario y discernir si se encuentra ante una “emergencia” o una “urgencia”.

Como ya hemos señalado, el reglamento de la Ley N° 27604 señala que se entiende por “emergencia médica” toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente.

El término “urgencia” no ha sido definido por la Ley, sin embargo podríamos definirlo como la alteración del estado de salud que no pone en primera instancia en riesgo la vida, pero que de no recibir atención oportuna puede complicarse o dejar secuelas anatómicas y/o funcionales permanentes y ocasionalmente la muerte⁷⁰.

Se han reportado casos en que el usuario considera que se ha vulnerado su derecho a la salud y al acceso a los servicios de salud, por cuanto no ha sido atendido inmediatamente al encontrarse en una situación de emergencia, cuando en realidad el triaje o evaluación realizada por el médico determinó que se encontraba ante una urgencia.

Al respecto, cabe mencionar que si bien la Ley General de Salud, modificada por la Ley N° 27604 y reglamentada por Decreto Supremo N° 016-2002-SA, establece que la atención inmediata debe ser en casos de emergencias, ello no implica que no sean atendidas las urgencias, sino que razonablemente deberán ser atendidas preferentemente las emergencias, donde se encuentra en riesgo la vida o la salud de la persona, y en un segundo lugar a la persona cuya situación haya sido calificada como de urgencia.

Por ello, para evitar situaciones en donde los usuarios de los servicios de emergencia del Ministerio de Salud consideren erróneamente que sus derechos se han visto afectados, resulta necesario que los profesionales de la salud que brinden el servicio informen de manera clara y comprensible acerca del diagnóstico y si califica como una emergencia o una urgencia y de no ser atendido inmediatamente, el momento en que se le podrá atender.

5.1.6. Aceptabilidad de los usuarios y usuarias sobre la atención médica recibida

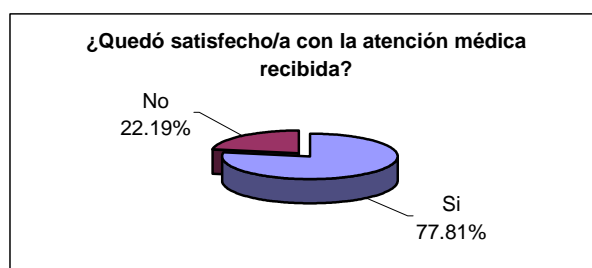
El objetivo en la supervisión de este aspecto fue tomar conocimiento de la percepción u opinión de los usuarios y usuarias sobre la calidad de la atención médica recibida.

A la pregunta *¿quedó satisfecho o satisfecha a con la atención médica recibida?* aproximadamente el 78% (242) de los entrevistados respondió afirmativamente, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

⁷⁰ La Decisión 546 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, mediante la cual se aprueba el Instrumento Andino de Seguridad Social, realiza las siguientes definiciones:

“Emergencia médica: aquella alteración del estado de salud, repentina, que pone en riesgo la vida del migrante laboral o de sus beneficiarios y que requiere de atención inmediata.”

“Urgencia médica: alteración del estado de salud que no pone en primera instancia en riesgo la vida del migrante laboral o de sus beneficiarios, pero que de no recibir atención oportuna puede complicarse o dejar secuelas anatómicas y/o funcionales permanentes y ocasionalmente la muerte.”



Debemos señalar que llama la atención el alto porcentaje de aprobación respecto a la atención médica recibida no obstante lo expuesto respecto al condicionamiento de la atención, ya sea a la compra de materiales o al cobro por el servicio, lo cual podría deberse al desconocimiento entre los usuarios y usuarias respecto a sus derechos.

Al respecto, el desconocimiento de los derechos entre los usuarios y usuarias de los servicios de salud ha quedado evidenciado en diversos estudios donde se han aplicado instrumentos de medición de los niveles de satisfacción⁷¹. Los resultados obtenidos fueron elevados índices de aceptación, no obstante la alta frecuencia de disfunciones registradas sobre la calidad de atención. Ello puede explicarse a través de tres elementos: alta percepción de beneficio potencial, bajo nivel de expectativas del usuario y aceptación de normalidad de incidentes críticos.

5.2. HECHOS RELEVANTES REPORTADOS POR LAS OFICINAS DEFENSORIALES DURANTE LA SUPERVISIÓN

Los principales hechos reportados durante la Supervisión Defensorial efectuada a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, fueron los siguientes:

- **Oficina Defensorial del Cono Norte.-** Se reportó que el vigilante de la puerta principal del Hospital Sergio Bernales restringió el ingreso de los supervisores, informando que se necesitaba autorización del médico de guardia de emergencias. A pesar de ello, luego de las coordinaciones respectivas, se logró efectuar la supervisión de dicho establecimiento.
- **Oficina Defensorial de Junín.-** Se reportó que al apersonarse los supervisores al Hospital UTES Daniel Alcides Carrión para realizar la respectiva supervisión, encontraron dicho establecimiento cerrado, con un aviso en la puerta de emergencias que decía: *“No hay atención, no insistir”*.

Se pudo constatar que ello obedecía a que en el frontis del establecimiento se estaba celebrando el aniversario de dicha institución, llevándose a cabo una fiesta animada por una orquesta, contando con un escenario y tres castillos de fuegos artificiales, de lo cual se obtuvo registro fotográfico, levantándose el Acta Defensorial correspondiente.

Asimismo, al supervisar al establecimiento de salud “Hospital El Carmen”, se constató que mediante Memorando N° 1466-2003-D-UTES-EC de fecha 20 de agosto del 2003, el

⁷¹ Documentos consultados: VICUÑA, Marisol. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2002; y Lineamientos Técnicos Referenciales para la Medición de los niveles de satisfacción de usuarios en hospitales. Serie de Informes Técnicos N° 13. Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Salud Básica para Todos – Administración Compartida.

doctor Doctor Fernando Dagnino Avalos, Director Ejecutivo de dicho establecimiento, ordenó al Jefe del Departamento de Emergencias, tomar las precauciones para la atención de pacientes que concurran por emergencias, los días 22 y 23 de agosto del 2003, en vista de que mediante Oficio N° 1449-DE/UTES-DAC-HYO-2003 el Hospital Daniel A. Carrión solicitó apoyo por cuanto se celebraría el aniversario de dicha institución.

Ante dicha situación, la Oficina Defensorial de Huancayo inició una intervención de oficio y mediante Oficio N° 799-03-ODP/HYO recomendó a la Dirección Regional de Salud de Junín disponer que se sancione a los responsables por la falta de atención del servicio de emergencia del Hospital UTES Daniel A. Carrión el día 23 de agosto del 2003, en tanto pudo poner en riesgo la salud de las personas que hubieran requerido los servicios de dicho hospital.

VI. LA SUPERVISIÓN A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ESSALUD

El Seguro Social de Salud - ESSALUD, conforme a la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud⁷², es un organismo público descentralizado, creado sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social - IPSS, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, pero con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable. Dicha entidad es la encargada de otorgar cobertura a las personas que se afilian al sistema, denominados asegurados⁷³, brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. En ese sentido, recae en este organismo la responsabilidad exclusiva de administrar y conducir el sistema de Seguro Social en nuestro país.

La principal diferencia entre los servicios que brinda el MINSA y ESSALUD, radica en que mientras los servicios del MINSA son prestados indistintamente a cualquier persona sin requerimiento alguno, en el caso de ESSALUD, por tratarse de un régimen contributivo de seguro social, la atención se dirige prioritariamente a aquellas personas que están afiliadas a este seguro. Es decir, estas personas reciben los servicios del seguro social como una contraprestación a las aportaciones que realizan.

Por ello, en el caso de ESSALUD se trata, más que de una política social del Estado para garantizar del derecho a la salud, del cumplimiento de una obligación estatal de otorgamiento de determinadas prestaciones como responsable directo de la administración del sistema de seguro social.

De los constantes y reiterados reclamos realizados por los asegurados, encontramos como uno de los principales problemas que tienen que afrontar el referido al otorgamiento de turnos de atención y citas para acceder a los servicios médicos que requieren.

En dicho contexto, la Defensoría del Pueblo en cumplimiento del mandato constitucional de protección de los derechos fundamentales de la persona y la comunidad, así como de

⁷² Vigente a partir del 31 de enero de 1999.

⁷³ Ya sean regulares (trabajadores activos o pensionistas) o potestativos (trabajadores y profesionales independientes que no reúnen los requisitos para una afiliación regular). Cabe acotar que este sistema cubre también a los derechohabientes de los asegurados.

supervisión de la actuación de la administración estatal; consideró indispensable la realización de una supervisión a nivel nacional de los establecimientos de salud de ESSALUD.

Esta supervisión tuvo como objetivo principal verificar si los procedimientos implementados en dicha institución para regular el otorgamiento de turnos y citas que permitan acceder a los servicios médicos respetan los principios que inspiran a la seguridad social ya indicados, de tal forma que no se afecte, finalmente, el derecho a la salud de los asegurados y aseguradas.

1.1. ASPECTOS PRIORITARIOS SUPERVISADOS EN EL SISTEMA DE OTORGAMIENTO DE TURNOS O CITAS DE ATENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ESSALUD Y RESULTADOS OBTENIDOS

De acuerdo a lo expuesto en los puntos precedentes, considerando la legislación vigente y los principios de la seguridad social, los principales aspectos supervisados y los resultados obtenidos en cada uno de ellos, pueden resumirse en los siguientes:

1.1.1. Requisitos solicitados para obtener turno o cita para recibir atención médica

El objetivo fue constatar que los establecimientos de salud visitados otorguen a sus asegurados citas o turnos de atención de manera eficaz y oportuna, sin condicionar la atención a la presentación de requisitos o documentos innecesarios, por cuanto dicha situación podría repercutir en la salud de aquellos.

De acuerdo a lo dispuesto por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 335-PE-ESSALUD-2001 del 28 de junio del 2001, para programar las atenciones los afiliados regulares, potestativos o de regímenes especiales y sus derechohabientes mayores de edad, deben presentar su documento de identidad (DNI, Libreta Electoral, Carné de extranjería, pasaporte, entre otros).

Sin embargo, esa misma norma señala que aquellos afiliados “no acreditados” o que “no figuren registrados en los sistemas de admisión de los centros asistenciales”, al momento de solicitar atención médica deberán presentar otros documentos tales como la última o penúltima boleta de pago del titular⁷⁴, última o penúltima boleta de pago de pensionista o constancia de pensionista⁷⁵ y tres últimos formularios de pago⁷⁶.

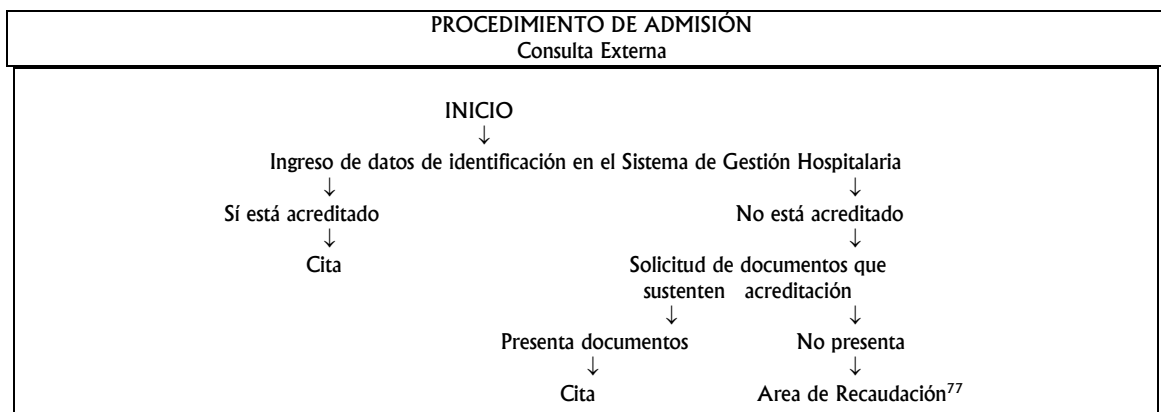
La misma norma establece la presentación de los mismos documentos o la firma de un pagaré para la atención por emergencia. Dicha norma debe interpretarse en armonía con la legislación citada a lo largo del presente informe sobre la atención en casos de emergencia, es decir que no puede condicionarse la atención a la presentación de dicha documentación o a la firma de un pagaré.

Mediante Resolución de Gerencia General N° 499-GG-ESSALUD-2001 del 18 de octubre del 2001, se aprobó la Directiva N° 013-GG-ESSALUD-2001 “Normas Complementarias para la acreditación de los afiliados que no figuran acreditados en los centros asistenciales de ESSALUD”, mediante la cual se establece el siguiente flujograma para el procedimiento de admisión a consulta externa:

⁷⁴ En el caso de los derechohabientes de los afiliados regulares.

⁷⁵ En el caso de los derechohabientes de los pensionistas.

⁷⁶ En el caso de los derechohabientes de los afiliados potestativos.



Además del procedimiento establecido para verificar la acreditación antes de otorgar a la persona la atención, lo que dispone dicha resolución es que aquellas personas afiliadas que no figuran acreditadas en el sistema, además de su documento de identidad, deben presentar lo siguiente:

- a) Si es trabajador dependiente: Boleta de pago⁷⁸ del último o penúltimo mes previo a la prestación. En el caso del sector público la constancia de trabajo⁷⁹ que permita verificar que haya laborado al menos 3 meses consecutivos previos a la prestación.
- b) Pensionista ONP o AFP: Boleta de pago del último o penúltimo mes previo al que se solicita la prestación o constancia de pensionista.
- c) Derecho Especial de Cobertura por desempleo: Carta de Latencia.
- d) Regímenes Especiales: Formularios de pago de 3 meses consecutivos o 4 alternos en los 6 meses previos al que se solicita la prestación.
- e) Derechohabientes: los documentos correspondientes al afiliado titular.

Cabe señalar que en fecha posterior a la supervisión, el 17 de marzo de 2004, se expidió la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 261-PE-ESSALUD-2004, mediante la cual se dispuso dejar sin efecto el proceso de acreditación regulado por la Resolución N° 335-PE-ESSALUD-2001, disponiendo que se otorguen las prestaciones a aquellos asegurados que figuren debidamente registrados y acreditados en los sistemas de ESSALUD a partir de la entrada en vigencia de las normas complementarias que, para dicho efecto, debía dictar la Gerencia de División de Aseguramiento en un plazo de 60 días hábiles.

Así, el 1 de julio de 2004 se publica la Resolución de Gerencia de División de Aseguramiento N° 08-GDA.ESSALUD-2004 en la cual se resuelve que, para recibir atenciones de salud, los afiliados regulares, agrarios, regímenes especiales y sus derechohabientes mayores de edad

⁷⁷ En el área de recaudación se verifica la acreditación y se emite la constancia de acreditación respectiva.

⁷⁸ Boleta de pago: Es el documento que acredita el pago de la remuneración efectuada por la entidad empleadora, o su representante legal, al trabajador. En ella debe figurar el aporte del empleador al RCSSS, ello según lo dispuesto por el artículo 18 del Decreto Supremo No. 001-98-TR, modificado por Decreto Supremo No. 017-2001-TR.

⁷⁹ Constancia de Trabajo: Documento emitido por la entidad empleadora, su representante legal o jefe de personal en el que hace constar que el asegurado labora para dicha entidad.

deben presentar su documento de identidad. Dicho documento puede ser el DNI, Carné de Extranjería, Pasaporte, Carné de Fuerzas Policiales o Armadas. Asimismo, establece que tienen derecho de cobertura siempre que se encuentren registrados y acreditados en el sistema de consulta de asegurados de ESSALUD⁸⁰.

Al respecto, debemos señalar que la Ley N° 26790, Ley de modernización de la seguridad social en salud, establece en su artículo 5° que el Registro de Entidades Empleadoras⁸¹ y la inscripción de los afiliados regulares se realiza ante ESSALUD. Asimismo, establece que es obligación de las entidades empleadoras registrarse como tales y realizar la inscripción de los afiliados regulares que de ellas dependan, así como informar el cese, la suspensión de la relación laboral y las demás ocurrencias señaladas en los reglamentos.

Por su parte, el Decreto Supremo N° 002-99-TR, mediante el cual se aprobó el reglamento de la Ley N° 27056, establece en su artículo 6° que es responsabilidad de ESSALUD mantener un registro actualizado de las entidades empleadoras, asegurados y derechohabientes a través de los medios tecnológicos adecuados, pudiendo delegar la operatividad de este registro en entidades públicas o privadas de acuerdo con la normatividad legal vigente.

En tal sentido, teniendo presente que es responsabilidad compartida de las entidades empleadoras y de ESSALUD mantener el registro actualizado de los asegurados y aseguradas, tanto de afiliados regulares, potestativos y sus derechohabientes, no resulta razonable que se le exija a la persona que requiere atención médica la presentación de otros documentos distintos al nacional de identidad – DNI para acreditar su identidad.

Tampoco resulta razonable que la responsabilidad respecto al registro y acreditación en el sistema de consulta de asegurados de ESSALUD sea transferida a los propios asegurados ni que éstos se vean obligados a realizar el trámite de verificación, por el cual deben ingresar a la página web de ESSALUD, verificar si se encuentran o no registrados y acreditados y, de no encontrarse como tales, imprimir y llenar la ficha de actualización de datos y entregarla al empleador para que éste verifique y corrija la información ante la SUNAT⁸².

Ello, por cuanto, una persona al ser afiliada al Seguro Social de Salud debe quedar inmediatamente registrada en la base de datos respectiva, y en el caso de los asegurados regulares es responsabilidad del empleador responder ante ESSALUD por cualquier circunstancia que éste no haya informado oportunamente.

Como resultado de la supervisión realizada, se constató que aproximadamente al 91,6% (416) de asegurados y aseguradas se les solicitó su DNI y aproximadamente al 86,56% (393) se les solicitó la boleta de pago como requisito para ser atendido.

⁸⁰ En la primera disposición transitoria y final se establece que de manera excepcional y transitoria aquellos que no figuran acreditados en el sistema de consulta de asegurados, podrán recibir prestaciones asistenciales previa presentación de la documentación sustentatoria de su condición de asegurado y derecho de cobertura.

⁸¹ Por su parte, el artículo 4° de la Ley N° 26790 establece que son Entidades Empleadoras las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones y a las cooperativas de trabajadores.

⁸² La información respecto al procedimiento de verificación y actualización de datos ha sido obtenida del portal institucional de ESSALUD: www.essalud.gob.pe

Así, la Oficina Defensorial de Ayacucho verificó que está sujeto a la discrecionalidad del personal, el solicitar la última o las tres últimas boletas de pago. Igualmente, indicaron que en algunos casos se les solicita una ficha de asegurado.

De igual manera, la supervisión permitió verificar que a 42 entrevistados se les solicitó carnet de asegurado, mientras que a 7 de ellos su partida de matrimonio y a otras 10 personas su partida de nacimiento.

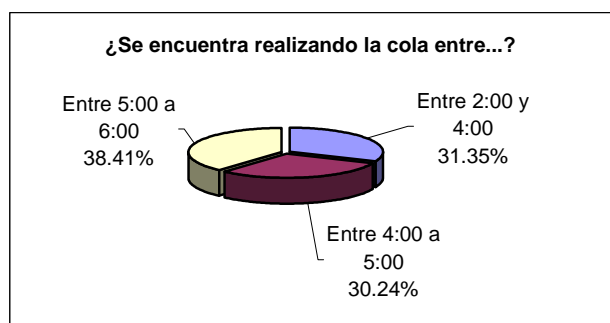
1.1.2. Deficiencias del sistema para obtener turno o cita para atención médica: el problema de las colas

Además de constituir parte del derecho a la salud y de estar contemplado en los principios de la seguridad social, por cuestiones humanitarias y de orden social, la atención de los asegurados debe proporcionarse en las mejores condiciones posibles para ellos, tanto en el plano de la atención médica propiamente dicha como en la atención administrativa de la entidad a cargo del seguro social.

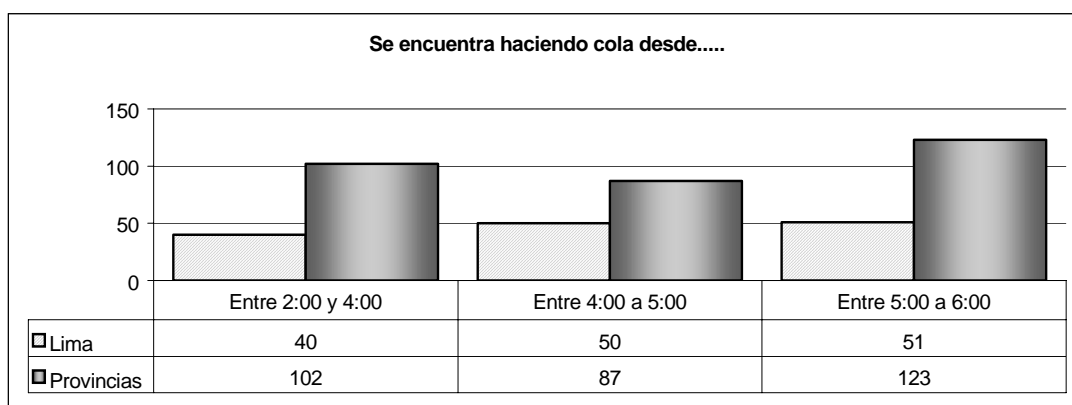
Por ello, la seguridad social consagra, entre otros, el principio de integridad o suficiencia, el cual contempla que el servicio brindado, sea otorgado con celeridad, oportunidad y calidad.

En ese sentido, los horarios de atención administrativa fijados por ESSALUD deben ser los más adecuados posibles para las personas afiliadas a dicho seguro, más aún considerando que existe una alta demanda de atención y los turnos programados para cubrirla cada día no resultan suficientes. Dicha situación genera que las personas acudan al establecimiento con anticipación al horario establecido, llegando en algunos casos hasta con cinco horas de antelación.

Sobre el particular, durante la supervisión se entrevistó un total de 454 personas que se encontraban realizando cola entre las 2:00 y 6:00 a.m. para obtener un turno o cita de atención.



Más del 60% (280) de las personas entrevistadas en la supervisión se encontraban realizando cola entre las 2:00 y 5:00 a.m. La mayor cantidad de ellos se encontraban en los establecimientos de ESSALUD en provincias, tal como se evidencia en el siguiente cuadro:



Las Oficinas Defensoriales reportaron que existe un número limitado de cupos para la atención médica que no alcanza a cubrir la demanda diaria de todos los asegurados y aseguradas que requieren dicha atención. Por ello, muchos de los asegurados acuden en horas de la madrugada para tratar de obtener un turno para ese día.

Otro de los hechos relevantes reportados por las Oficinas Defensoriales es el referido a la ausencia de adecuada información sobre los horarios de atención, los procedimientos o servicios para otorgar los turnos o las citas para atención lo cual genera que los asegurados y aseguradas sigan acudiendo a tempranas horas del día para formar colas, cuando muchas veces ello no sería necesario.

Por ejemplo, la Oficina Defensorial del Cono Este de Lima reportó que en la supervisión efectuada al Hospital Jorge Voto Bernaldes se pudo constatar el malestar de los asegurados y aseguradas por el cambio sin previo aviso del horario para el otorgamiento de las citas de atención ambulatoria, a partir de las 10:00 horas cuando originalmente se iniciaba a partir de las 06:00 horas.

Por su parte, la Oficina Defensorial de Piura reportó que en el Hospital II de Talara se atiende sólo a 20 personas por especialidad. Asimismo, reportó que al supervisar el Hospital I de Sullana y el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura, se constató que funciona el sistema o plan de acción denominado “Cero Colas”⁸³; sin embargo, el 100% de las personas entrevistadas afirmó que desconocía que en dichos Hospitales se atendía las 24 horas del día para otorgar citas.

La Oficina Defensorial de Ayacucho reportó que existe disconformidad entre los usuarios en cuanto a los números de turnos de atención que se otorgan en los hospitales, que además son entregados a partir de las 5:30 a.m.

La Oficina Defensorial de San Martín, reportó que en la supervisión se detectó malestar en los asegurados respecto al horario para obtener turnos a partir de las 5:00 a.m., señalan que, debido al limitado número de turnos de atención, los asegurados forman colas desde

⁸³ El Plan de Acción “Cero Colas” consiste en un sistema, aún no aprobado mediante dispositivo oficial, por el cual las oficinas de atención están abiertas las 24 horas del día, con la finalidad de eliminar las colas que realizan los asegurados y aseguradas para acceder a una cita. Sin embargo, de la Supervisión efectuada, sólo se pudo verificar que dicho sistema había sido implementado en los hospitales supervisados en Piura.

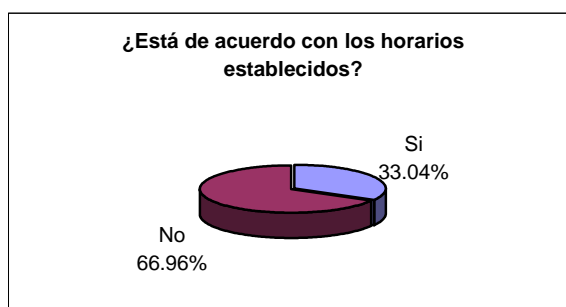
aproximadamente la 01:00 a.m. para obtener un turno de atención, aún cuando recién se les permite el ingreso al Hospital a las 5:00 a.m.

La Oficina Defensorial del Cono Este de Lima reportó que en el Hospital Aurelio Díaz Ufano la cola de los asegurados se inicia aproximadamente a las 3:00 horas, hasta las 6:00 horas en que se inicia la entrega de las citas para consulta externa en el mismo día, en un aproximado de 80 a 100 diarias.

La Oficina Defensorial del Cono Norte de Lima reportó que en el Hospital Marino Molina Scippa se constató que cada día se otorgan 50 citas para una especialidad determinada, por ejemplo la madrugada de la supervisión los turnos otorgados fueron para la especialidad de dermatología, por lo cual los asegurados y aseguradas para obtener uno de los 50 cupos acudieron desde las 2:00 a.m. Cabe resaltar que en dicha oportunidad se generó gran malestar entre los asegurados que habían acudido a obtener turno de atención por cuanto a las 6:00 a.m. el personal administrativo informó que la dermatóloga cuyo turno estaba programado, doctora Galarza, había pedido permiso a ESSALUD, por lo que no hubo atención.

La Oficina Defensorial de Huancavelica reportó que existe demora para otorgar los turnos para la atención, acudiendo los asegurados a partir de las 5:00 a.m. aún cuando la atención es a partir de las 8:00 a.m. Por otro lado, los turnos para la atención son entregados en número limitado, por lo que no todos los asegurados alcanzan cupos para ser atendidos. Algunos de los asegurados entrevistados manifestaron que el personal administrativo reserva y otorga cupos para la atención de sus allegados.

Los horarios establecidos por ESSALUD cuentan con el rechazo mayoritario de los asegurados entrevistados, ya que aproximadamente un 70% de las personas entrevistadas (304) respondió negativamente a la pregunta *¿Está de acuerdo con el horario establecido por el Hospital para otorgar los turnos y/o las cita para la atención?*, conforme se aprecia en el siguiente cuadro:



La situación verificada evidencia que ESSALUD ha descuidado un aspecto sustantivo de la atención, toda vez que las personas que acuden en dichos horarios son aquellas que tienen algún tipo de afección en su salud y a las que las deficiencias encontradas en dicho servicio podrían perjudicar su estado.

1.1.3. Respecto a la oportunidad en que es otorgada la cita al asegurado o asegurada

En este punto, el objetivo fue el de verificar que el sistema de otorgamiento de turnos o citas para atención médica en los establecimientos de ESSALUD se haya implementado dentro del

marco del principio de integridad o suficiencia de los servicios de la seguridad social, de tal forma que éstos sean prestados de manera eficiente y oportuna.

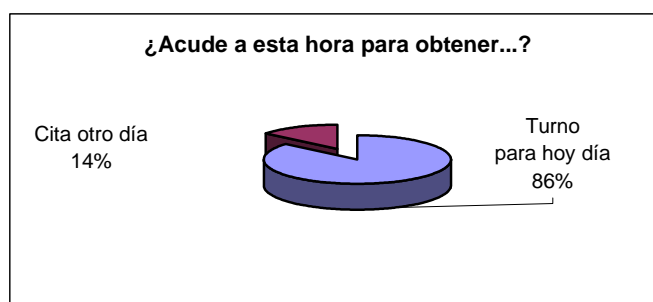
De acuerdo a las quejas presentadas ante nuestra institución y a la información brindada por los medios de comunicación, se tomó conocimiento que en muchos casos, pese a la necesidad inmediata de atención, las citas son otorgadas en forma diferida, sin medir la gravedad que cada caso en particular reviste.

Efectuada la supervisión, se obtuvo como resultado que aproximadamente el 50% de los asegurados y aseguradas (233) consideró que la cita que le habían otorgado no estaba dentro de un plazo oportuno considerando su necesidad de atención.

Por ejemplo, la Oficina Defensorial de Arequipa reportó que el público entrevistado señaló que las citas obtenidas entre las 6.00 a.m. y 6.00 p.m. son otorgadas después de 15, 20 días o más, tiempo que en muchos casos no guarda relación con la necesidad de atención que requiere el usuario.

La Oficina Defensorial de Madre de Dios supervisó el Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta y reportó que en dicho Hospital los cupos para la atención médica del día se agotan antes de las 08:00 a.m. por lo que las personas acuden a partir de las 4:00 a.m. Por otro lado, en cuanto al otorgamiento de las citas programadas, se reportó que los o las aseguradas que habiendo obtenido cita médica no se presentan en la hora y fecha establecidas, no pueden solicitar nueva atención en ningún otro servicio hasta después de transcurridos 15 días.

Así, el asegurado o asegurada, al no ver satisfecha su necesidad de ser atendido en momento oportuno, opta por ir al establecimiento en horas de la madrugada y lograr obtener un turno de atención ese mismo día, tal como se muestra en el siguiente gráfico:



La supervisión a ESSALUD evidencia que el servicio brindado no garantiza la atención médica oportuna por cuanto la demanda por parte de sus asegurados resultaría muy por encima de las posibilidades de atención de dicha entidad, generando que un gran porcentaje de aquellos no puedan ser atendidos en la oportunidad que lo requieran.

Esta situación implica una vulneración al principio de integridad o suficiencia de la seguridad Social, el cual se encuentra orientado a lograr que las prestaciones sean suficientes para atender las contingencias sociales que se presentan a fin de obtener la superación de las mismas, a través de un servicio que debe ser brindado de manera equitativa, eficiente, oportuna y con calidad.

1.1.4. El procedimiento de otorgamiento de citas por teléfono

Según la información publicada en su página web (www.essalud.gob.pe), ESSALUD brinda el servicio de otorgar citas por teléfono en algunos de sus establecimientos, con lo cual se buscaría mejorar en alguna medida el sistema de otorgamiento de turnos de atención.

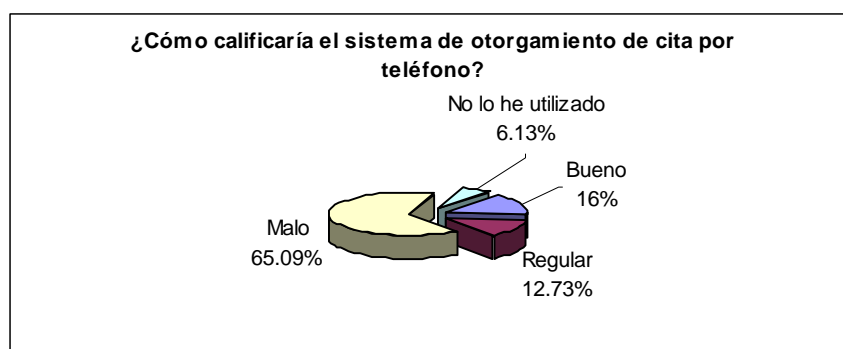
El objetivo, en este caso, fue verificar si es que los asegurados y las aseguradas que se encontraban realizando colas para obtener turno de atención conocían la existencia de dicho servicio, así como recoger su opinión sobre el mismo.

En la supervisión realizada se constató que no en todos los establecimientos indicados en la página web institucional se ha implementado dicho procedimiento y, asimismo, que algunos de ellos habían sido recientemente implementados y todavía no eran de conocimiento de los afiliados.

Los resultados de las preguntas formuladas evidencian que dicho servicio no ha sido publicitado de manera adecuada, por cuanto de los 412 entrevistados aproximadamente el 48.54% (200) manifestaron que no conocían que se brindaba dicho servicio.

Por ejemplo, la Oficina Defensorial del Cono Este de Lima reportó que en el Policlínico Vitarte se había implementado semanas atrás el servicio de citas por teléfono, motivo por el cual se registró poca congestión de asegurados. Sin embargo, las personas que se encontraban realizando colas manifestaron que no habían sido informados de dicho servicio o que no contaban con conexión telefónica domiciliaria.

Se evidencia también que dicho servicio no goza de aceptación por parte de los asegurados, ya que, de las 212 personas entrevistadas que manifestaron tener conocimiento del mismo, aproximadamente el 65,09% (138) lo calificó como malo; el 12,73% (27) como regular; el 6,13% (13) manifestó no haberlo utilizado; mientras que el 16% (34) consideró que era bueno.



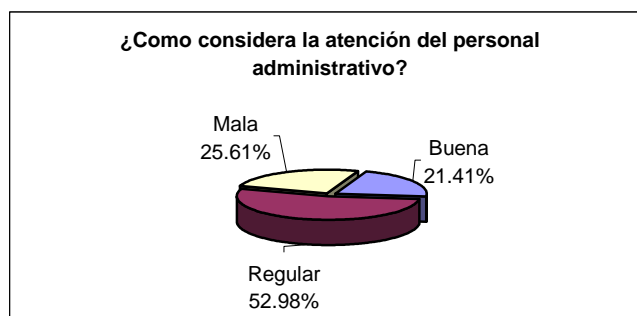
Algunas de las razones que manifestaron los entrevistados para negarse a solicitar su cita mediante dicho sistema es que no cuentan con servicio telefónico para realizar la solicitud de atención. En muchos casos, los asegurados no tienen acceso a internet para verificar si algún establecimiento brinda dicho servicio, señalando además que dicho sistema les generaba desconfianza, por lo que preferían realizar las colas y obtener personalmente su turno de atención.

La Oficina Defensorial de Loreto reportó que las citas por teléfono sólo se otorgan a las personas mayores de 65 años y, según refirieron algunos pacientes, las veces que llaman para obtenerlas nunca contestan o, cuando sacan su cita por teléfono, al momento de acercarse al consultorio para ser atendidos, sus nombres no figuran en la relación, por lo que tienen que hacer cola para obtener una cita.

6.1.5. Calificación de los y las aseguradas de ESSALUD sobre la atención que reciben por parte del personal administrativo del establecimiento de salud

Considerando el elemento de “aceptabilidad” que desarrolla el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁸⁴, el objetivo para supervisar este aspecto fue tomar conocimiento de la opinión que tienen los asegurados y las aseguradas de ESSALUD acerca de la calidad de la atención que brinda el personal administrativo en el otorgamiento de turnos o citas de atención.

Aproximadamente un 70% de las personas entrevistadas (356) manifestó que la atención recibida es de regular a mala, lo cual evidencia el alto grado de desaprobación respecto a los servicios que brinda ESSALUD.



VII. CONCLUSIONES

1. El derecho a la salud, consagrado en el artículo 7° de la Constitución, debe ser entendido en sentido amplio e integral, entendiéndolo no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un componente indispensable para lograr el bienestar del individuo y un desarrollo humano sostenible. Dicho derecho incluye tanto el deber de prevención y promoción de la salud, como los aspectos reparativos, recuperativos, y rehabilitadores de la atención de la salud, más aún en aquellos supuestos en los que su menoscabo o afectación pueda atentar directamente contra el derecho a la vida.

En tal sentido, el Estado debe garantizar que los servicios de salud sean brindados con las siguientes características: disponibilidad, accesibilidad (cuyos alcances comprenden la no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

⁸⁴ Al respecto, ver lo desarrollado en el punto 3.1. del presente informe.

2. La Constitución de 1993, al adoptar un modelo de economía social de mercado, orienta la política del Estado en materia de salud a reconocer el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, así como a garantizar a todas las personas el libre acceso a los servicios prestados por los establecimientos de salud del Estado.

Las políticas de salud que el Estado debe desarrollar a través del Sector Salud, deben ser enfocadas a partir de lo dispuesto en los artículos 9° y 10° de la Constitución y sobre la base de los principios de la seguridad social, tales como: universalidad, igualdad, integridad o suficiencia y solidaridad.

3. Los resultados obtenidos en la supervisión defensorial efectuada el 23 de agosto del 2003 evidencian que el derecho a la salud de las personas no se encuentra plenamente atendido. Algunos establecimientos de salud no están cumpliendo con obligaciones dispuestas por la legislación vigente y tanto el servicio brindado por el Ministerio de Salud, como los procedimientos implementados por ESSALUD para la atención de sus asegurados, no se encuentran en armonía con los principios propios de la seguridad social, como se explica en los siguientes numerales.

Establecimientos a cargo del Ministerio de Salud:

4. Respecto a la accesibilidad, señalización y facilidades de ingreso a los servicios de emergencia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud se verificó que, en términos generales, se brindan las condiciones mínimas necesarias. Aproximadamente el 84% de ellos cuenta con rampas de acceso, el 91% con puertas adecuadas, el 67% cuenta con señalización y el 82% brinda a los y las usuarias facilidades de ingreso a tales servicios.

Tal situación se pudo apreciar en mayor medida en los establecimientos de Lima y Callao, no así en los establecimientos de provincias donde las condiciones para acceder a dicho servicio son más limitadas, debido a la inadecuada infraestructura y al poco presupuesto asignado para implementar y/o mantener dicho servicio al interior del país.

1. Se verificó que aproximadamente el 72% de establecimientos supervisados a nivel nacional no cumple con la obligación legal establecida en el artículo 4° del Decreto Supremo N° 016-2002-SA – reglamento de la Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud, mediante el cual se establece que todos los establecimientos de salud, sin excepción, están obligados a poner en conocimiento del público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia.

De los establecimientos de salud supervisados en Lima y Callao se verificó que aproximadamente el 86% no cumple con dicha obligación legal.

2. Sobre la obligación de brindar atención inmediata sin condicionamientos, prevista en sus artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud, Ley N° 26842, modificada por la Ley N° 27604, se verificó que dicha disposición no se cumple por cuanto, aproximadamente: a) al 37% de los entrevistados se les exigió de manera previa a la atención médica el pago por los servicios requeridos; b) al 44% se les exigió la compra de material médico (como gasas, guantes quirúrgicos, jeringas); c) al 23% se les exigió

documentos para proceder a su atención médica; y, d) al 4% se le exigió la firma de garantías previamente a la atención médica.

Los establecimientos que exigen algún pago de manera previa a la atención por emergencia vulneran lo expresamente establecido en los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud, en cuanto establece que el reembolso debe realizarse luego de atendida la emergencia.

La solicitud de compra de materiales que se efectúa a los usuarios evidencia el desabastecimiento de material médico en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, especialmente en los establecimientos del interior del país.

3. En la supervisión defensorial efectuada se constató que cada uno de los establecimientos de salud visitados establece una tarifa distinta por la atención que brindan en los servicios de emergencia, sin que dicho cobro esté facultado por una norma ni recogido dentro del Texto Unico de Procedimientos Administrativos – TUPA de cada establecimiento, tal como lo establece el artículo 74° de la Constitución y la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General. Los montos que se constataron varían entre S/.3.50 y S/. 10.00 Nuevos Soles sin que se constaten criterios objetivos que sustenten dicha variación, incluso se constató que en algunos lugares el costo varía dependiendo si el servicio se presta de día o de noche.

La naturaleza jurídica de la tarifa por atención en los servicios de emergencia en los establecimientos públicos de salud corresponde genéricamente al tributo tasa y específicamente constituye un derecho. Ello por cuanto se configura la prestación de un servicio público individualizado que puede generar que el Estado, en uso de su potestad tributaria, establezca una contraprestación pecuniaria en relación al costo de dicho servicio, debiendo ser fijado su monto de acuerdo a los principios de legalidad, razonabilidad y uniformidad. El usuario del servicio de salud debería pagar razonablemente como máximo el monto equivalente al costo que implicó la prestación efectiva del servicio (p.e. medicinas, material médico, provisión de alimentos en caso de internamiento) quedando excluidos los costos fijos tales como infraestructura, las remuneraciones de los profesionales y técnicos, el pago de los servicios, entre otros.

Al no existir un sustento normativo, sujeto a principios y parámetros de legalidad, que faculte a los establecimientos de salud a cobrar por los servicios de emergencia que brindan, se vulnera el principio de legalidad, el derecho a la salud de las personas y los principios de universalidad y solidaridad de la seguridad social, al afectar el acceso de un importante sector de la población a estos servicios. Más grave se torna la situación cuando se condiciona la prestación del servicio al previo pago de un monto establecido en dinero, estando de por medio la vida y la salud de los ciudadanos.

8. Si bien es cierto resulta razonable que se establezca una contraprestación por el uso de los servicios públicos de salud a efectos de garantizar la solvencia del sistema y el uso racional de sus recursos, el monto de la contraprestación no puede convertirse en una barrera o impedimento para el acceso a los mismos, particularmente tratándose de personas carentes de recursos.

En tal sentido, el Poder Legislativo en virtud de la potestad tributaria conferida en el artículo 74° de la Constitución, y en aplicación del principio de igualdad y accesibilidad a los servicios públicos, debe fijar expresamente la tasa por servicio de atención de emergencias en establecimientos públicos de salud, señalándose diferencias en el pago de dicha tasa en virtud de criterios objetivos como la evaluación socioeconómica de los y las usuarias. A tal efecto, el Estado debería asumir cuando menos una parte del costo por ser un servicio público que se brinda para garantizar el derecho a la salud, intrínsecamente ligado al derecho a la vida. Otro de los principios que debe ser tomado en cuenta para la regulación de la tasa es el de solidaridad de la seguridad social.

9. Se verificó que sólo un aproximado del 12,42% de los usuarios entrevistados fueron evaluados por la asistencia social para determinar su condición socio económica. Ello contraviene lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, modificada por la Ley N° 27604 y el reglamento de esta última, aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2002-SA.
10. Sobre la percepción de los usuarios y usuarias respecto a la atención médica en estos establecimientos, se verificó que aproximadamente el 78% de las personas entrevistadas opinaron que sí se encontraban satisfechas con la atención médica recibida. Ello no obstante lo expuesto respecto al condicionamiento de la atención ya sea a la compra de materiales o al cobro por el servicio.

Establecimientos a cargo de ESSALUD

3. La situación verificada en los establecimientos de salud de ESSALUD evidencia que no se está garantizando la atención médica oportuna, toda vez que la demanda por parte de las personas aseguradas resulta muy por encima de las posibilidades de atención de dicha entidad, tal como se señala en los puntos siguientes.
4. Los servicios que brinda ESSALUD, no obstante ser financiados en gran parte por los aportes de sus propios usuarios, gozan de poca aceptación entre los asegurados y aseguradas entrevistados, por cuanto, aproximadamente: a) el 26% de ellos opinó que la atención recibida puede calificarse como mala y el 53% como regular; b) el 70% no se encuentra de acuerdo con los horarios establecidos por el establecimiento de salud para otorgar los turnos y/o las cita para la atención; y, c) el 50% considera que la oportunidad en que son otorgadas no responde a la necesidad de atención que cada caso demanda.
5. Respecto a las horas desde las cuales se encuentran los asegurados realizando cola para obtener turno o cita para atención médica, se verificó que 454 personas se encontraban realizando cola entre las 2:00 y 6:00 a.m. Cabe señalar que la mayor cantidad de estas personas se encontraban en los establecimientos de ESSALUD en provincias.
6. En los establecimientos de ESSALUD supervisados a nivel nacional se verificó que los turnos de atención diarios son otorgados en número insuficiente frente a la amplia demanda de asegurados y aseguradas que requieren dicha atención.

De las 454 personas entrevistadas, aproximadamente el 86% señaló que acude al establecimiento en horas de la madrugada por cuanto desea obtener un turno y ser

atendido ese mismo día, mientras que el 14% señaló que desea obtener cita para ser atendido otro día.

Por otro lado, las citas que son programadas en muchos casos resultan inoportunas frente a la particularidad o gravedad de cada caso concreto, registrándose casos en que la cita es otorgada después de 15, 20 o 30 días.

Otro problema verificado se relaciona con la falta de información adecuada de parte de ESSALUD a sus asegurados acerca de los horarios de atención, así como de los procedimientos o servicios implementados para otorgar los turnos o citas, lo cual genera que, en algunos casos, se sigan realizando innecesariamente colas en la madrugada.

15. Como resultado de la supervisión realizada, se constató que aproximadamente al 85% de asegurados se les solicitó, además de su DNI, la última o tres últimas boletas de pago como requisito para ser atendido, quedando muchas veces a criterio del establecimiento verificar si la persona se encontraba o no registrada. De igual manera, se verificó que en algunos establecimientos se solicitaron documentos tales como partidas de nacimientos o de matrimonio.

Considerando que es responsabilidad compartida de las entidades empleadoras y de ESSALUD mantener el registro actualizado de los y las aseguradas, no resulta razonable que se le exija a la persona que requiere atención médica la presentación de un documento distinto al de identidad.

VIII. RECOMENDACIONES

En virtud de lo expuesto, y en uso de las facultades señaladas en el artículo 162° de la Constitución, así como en el artículo 26° de la Ley Orgánica, Ley N° 26520, la Defensoría del Pueblo considera necesario:

Artículo Primero: RECOMENDAR al Poder Ejecutivo y al Congreso de la República que, en el marco de los compromisos internacionales asumidos por el Estado, así como lo previsto en la Constitución, y teniendo en cuenta lo resuelto por el Tribunal Constitucional en la sentencia recaída en el expediente No. 2945-2003-AA/TC sobre acción de amparo, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales en materia presupuestaria dispongan lo necesario a fin de priorizar el gasto público incrementando el presupuesto del sector salud, tanto a nivel del Gobierno Central como Gobiernos Regionales y Locales, a efecto de fortalecer las capacidades del sector en la promoción, prevención y atención del derecho a la salud.

Artículo Segundo: RECOMENDAR al Congreso de la República la aprobación de una ley, mediante la cual se cree la tasa por atención de emergencia en los establecimientos de salud públicos, encargando al MINSA su reglamentación y facultando a los Gobiernos Regionales la incorporación de la misma en los Textos Únicos de Procedimientos Administrativos (TUPAs) de los respectivos establecimientos de salud.

Dicha regulación debe contener supuestos bajo los cuales, previa evaluación socioeconómica, sea posible exonerar total o parcialmente al usuario del pago de la tasa, considerando los principios de igualdad y respeto de los derechos fundamentales de la persona consagrados en la Constitución, así como los principios de legalidad y de uniformidad establecidos en la Ley

N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y los principios rectores de la seguridad social, principalmente los de universalidad y solidaridad.

Artículo Tercero: RECOMENDAR al Ministerio de Salud:

- 9.0. Prever que de los recursos asignados al sector salud se destine los fondos que se requieran para: i) garantizar el abastecimiento de medicamentos y otros insumos necesarios para la atención en los establecimientos del sector; ii) implementar las condiciones para la accesibilidad a las áreas de emergencia, principalmente en los establecimientos de salud al interior del país, en lo que respecta a las rampas, puertas, señalización y facilidades de acceso.
- 9.1. Supervisar y fiscalizar los establecimientos de salud, a efectos de dictar las medidas correctivas que permitan dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud, Ley N° 26842, modificada por la Ley N° 27604, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos, reglamentada mediante Decreto Supremo N° 016-2001-SA, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el artículo 16° del referido decreto.
- 9.2. Realizar supervisiones a los establecimientos de salud, especialmente a los del interior del país, para verificar los estándares de los servicios que prestan, y si se encuentran o no acreditados para brindar servicios de esa naturaleza, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo VI del Título Preliminar y los artículos 37° y 38° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- 9.3. Realizar actividades de capacitación del personal médico, técnico, auxiliar y administrativo de los establecimientos de salud, así como campañas de difusión respecto a los derechos y deberes de los usuarios y usuarias de los servicios de salud.

Artículo Cuarto: RECOMENDAR a los Gobiernos Regionales, en el marco de lo dispuesto por el inciso b) del artículo 36° de la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización y el artículo 49° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales:

- 9.0. Prever que de los recursos que les sean asignados para el rubro salud se destine los fondos que se requieran para implementar las condiciones para la accesibilidad a las áreas de emergencia, en lo que respecta a las rampas, puertas, señalización y facilidades de acceso.
- 9.1. Supervisar y fiscalizar periódicamente los establecimientos de salud, a través de las Direcciones Regionales de Salud y en coordinación con el MINSA, a efectos de dictar las medidas que permitan dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 3° y 39° de la Ley General de Salud, Ley N 26842, modificada por Ley N° 27604, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de brindar atención médica en casos de emergencias y partos, reglamentada mediante Decreto Supremo N° 016-2001-SA, teniendo en cuenta los criterios establecidos en el artículo 16° del referido decreto.
- 9.2. Realizar actividades de capacitación del personal médico, técnico, auxiliar y administrativo de los establecimientos de salud, así como campañas de difusión respecto a los derechos y deberes de los usuarios y usuarias de los servicios de salud.

Artículo Quinto: INSTAR a los directores de los establecimientos de salud, públicos y privados, a nivel nacional, a:

- 9.0. Dar cumplimiento a la Ley General de Salud, Ley N° 26842, modificada por Ley N° 27604, brindando atención médica de manera inmediata a las personas en situación de emergencia, sin condicionarla a ningún procedimiento o requisito que pueda vulnerar el derecho a la salud del usuario o usuaria del servicio, tales como compra de material, cobro por servicio, entrega de documentos o suscripción de garantías.
- 9.1. Dar cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 3° de la Ley N° 26842 y 13° del Decreto Supremo N° 016-2002-SA, según los cuales, de manera previa al reembolso de los gastos derivados de la atención por emergencia, deberá efectuarse la evaluación de la situación socioeconómica del usuario o usuaria.
- 9.2. Dar cumplimiento al artículo 4° del Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de la Ley N° 27604, mediante el cual se establece la obligación legal de todos los establecimientos de salud, sin excepción, de poner en conocimiento del público, en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia, el derecho a recibir atención inmediata.

Artículo Sexto: RECORDAR a los directores de los establecimientos de salud públicos que, para poder exigir el cobro por servicios de emergencia, previamente dicha tasa debe estar prevista en el respectivo Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA), respetando los principios de legalidad y razonabilidad.

Artículo Séptimo: RECOMENDAR a la Presidencia Ejecutiva de ESSALUD optimizar los procedimientos implementados para el otorgamiento de turnos y citas de atención, recogiendo las quejas efectuadas por los asegurados y aseguradas, con la finalidad que se garantice la atención oportuna, principalmente en los siguientes aspectos:

- 9.0. Establecer horarios para otorgar los turnos de atención que faciliten a los asegurados y aseguradas el acceso a dichos servicios, de acuerdo a la realidad de cada Región.
- 9.1. Ampliar el número de cupos de atención diarios, de acuerdo a las demandas de servicios que se formulan a cada establecimiento de salud.
- 9.2. Cuidar que las citas programadas resulten oportunas, conforme a la particularidad y gravedad de cada caso.
- 9.3. Implementar mecanismos de información más eficientes sobre los procedimientos para otorgar turnos y citas de atención que garanticen el derechos de los usuarios y usuarias a acceder a los mismos.
- 9.4. Elaborar directivas para los establecimientos de salud a nivel nacional, que establezcan pautas de actuación para brindar un mejor servicio a los asegurados y aseguradas, a efecto de que éste sea brindado con disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

- 9.5. Implementar mecanismos o procedimientos en cada establecimiento de salud para que los asegurados y aseguradas puedan efectuar sus reclamos, en caso consideren que sus derechos no están siendo respetados.
- 9.6. Brindar capacitación al personal administrativo sobre sus obligaciones legales, así como sobre los derechos y deberes de los asegurados.

Artículo Octavo: RECORDAR a la Presidencia Ejecutiva de ESSALUD que conforme a lo dispuesto en el artículo 6° del Decreto Supremo N° 002-99-TR, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, es responsabilidad de ESSALUD mantener un registro actualizado de las entidades empleadoras, asegurados y derechohabientes, a través de los medios tecnológicos adecuados, pudiendo delegar la operatividad de este registro en entidades públicas o privadas, de acuerdo con la normatividad legal vigente.

En tal sentido, dicha responsabilidad no debe ser trasladada al asegurado, sino asumida por los empleadores en el caso de los asegurados regulares y por ESSALUD en cuanto al mantenimiento del registro actualizado de los asegurados potestativos.

Artículo Noveno: ORIENTAR a los ciudadanos y ciudadanas que, en caso consideren vulnerados sus derechos, presenten sus quejas o reclamos ante las respectivas instancias administrativas de cada entidad (Directores de los establecimientos de salud, Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud del Ministerio de Salud o Defensoría del Asegurado de ESSALUD) y ante las Oficinas de la Defensoría del Pueblo.

Artículo Décimo: ENCARGAR a la Adjuntía para la Administración Estatal y a las Oficinas Defensoriales en todo el territorio nacional:

9. Realizar una constante supervisión de los establecimientos de salud, a través de visitas inopinadas, para verificar que garanticen el derecho a la salud de los usuarios y usuarias.
10. Realizar campañas de difusión de los derechos y deberes de los usuarios y usuarias de los servicios de salud.
11. Programar dentro de los próximos doce meses una nueva supervisión a nivel nacional, a fin de evaluar al grado de atención a las recomendaciones efectuadas en la presente resolución.

ANEXO I

CONSOLIDADO

NUMERO DE COMISIONADOS PARTICIPANTES EN LA SUPERVISION A
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y DE ESTABLECIMIENTOS SUPERVISADOS

OFICINA DEFENSORIAL	NUMERO DE SUPERVISORES			ESTABLECIMIENTOS		
	COMIS	COLAB	TOTAL	MINSA	ESSALUD	TOTAL
AREQUIPA	8	0	8	3	3	6
AYACUCHO	4	4	8	1	1	2
CAJAMARCA	3	3	6	2	2	4
CALLAO	6	4	10	2	2	4
CONO ESTE DE LIMA	8	0	8	2	3	5
CONO NORTE DE LIMA	7	3	10	3	2	5
CONO SUR DE LIMA	6	0	6	1	4	5
CUSCO	8	1	9	2	2	4
HUANCAVELICA	5	1	6	1	1	2
HUANUCO	2	2	4	2	2	4
JUNIN	11	3	14	9	3	12
LA LIBERTAD	5	4	9	2	1	3
LAMBAYEQUE	2	1	3	2	2	4
LIMA	17	3	20	6	4	10
LORETO	8	0	8	2	1	3
MADRE DE DIOS	3	0	3	2	1	3
PASCO	3	0	3	2	1	3
PIURA	6	9	15	2	5	7
PUNO	2	6	8	3	4	7
SAN MARTIN	4	1	5	4	2	6
TACNA	2	1	3	1	1	2
TUMBES	2	0	2	1	1	2
UCAYALI	3	3	6	3	1	4
TOTAL	125	49	174	58	49	107

ANEXO II
RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD SUPERVISADOS

OFICINA DEFENSORIAL	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD
AREQUIPA	Hospital Goyeneche
	Hospital Honorio Delgado Espinoza
	Centro de Salud de Hunter
AYACUCHO	Hospital de Referencia Regional de Ayacucho Mariscal Llerena
CAJAMARCA	Hospital Regional de Cajamarca
	Hospital General de Jaén
CALLAO	Hospital Nacional Alcides Carrión
	Hospital San José
CONO ESTE	Hospital Nacional Hipólito Unanue
	Hospital Local Vitarte
CONO NORTE	Hospital Nacional Cayetano Heredia
	Hospital Sergio Bernales
	Hospital Puente Piedra
CONO SUR	Hospital María Auxiliadora
CUSCO	Hospital Antonio Lorena
	Hospital Regional del Cusco
HUANCAVELICA	Hospital Departamental de Apoyo de Huancavelica
HUANUCO	Hospital Regional Hermilio Valdizán
	Hospital de Apoyo Tingo María
JUNIN	Hospital de Apoyo El Carmen
	Hospital de Apoyo Daniel A. Carrión
	Hospital de Apoyo Félix Mayorca Soto – Tarma
	Hospital de Junín
	Centro de Salud de Concepción
	Hospital de Apoyo Domingo Olavegoya
	Centro de Salud de Chupaca
	Hospital Manuel Hugo Arakaki - Satipo
	Centro de Salud – La Oroya
LA LIBERTAD	Hospital Regional Docente de Trujillo
	Hospital Belén
LAMBAYEQUE	Hospital Provincial Belén – Lambayeque
	Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo
LIMA	Hospital de Emergencia Casimiro Ulloa
	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
	Hospital Nacional Dos de Mayo
	Hospital de Emergencias Pediátricas
	Hospital Santa Rosa de Lima
	Hospital del Niño
LORETO	Hospital de Apoyo Iquitos
	Hospital Regional Felipe Arriola Iglesias
MADRE DE DIOS	Hospital de Apoyo Departamental Santa Rosa
	Establecimiento de Salud AA.HH. Jorge Chavez
PASCO	Hospital de Apoyo Daniel A. Carrión
	Hospital General de Oxapampa

PIURA	Hospital de Apoyo III Sullana
	Hospital Las Mercedes de Paíta
PUNO	Hospital Regional Manuel Nuñez Butron
	Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca
	Puesto de Salud Cono Sur - Juliaca
SAN MARTIN	Hospital de Apoyo Santa Gema - Yurimaguas
	Hospital de Moyobamba
	Hospital Regional Banda Shilcayo de Tarapoto
	Hospital I Rioja
TACNA	Hospital General Hipólito Unanue
TUMBES	Hospital de Apoyo II José Alberto Mendoza Olavarría
UCAYALI	Hospital Regional de Pucallpa
	Centro de Salud San Fernando
	Hospital de Apoyo N° 2 de Yarinococha

ANEXO III
RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DE ESSALUD SUPERVISADOS

OFICINA DEFENSORIAL	ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ESSALUD
AREQUIPA	Hospital Metropolitano
	Hospital III Yanahuara
	Hospital I Edmundo Escobel
AYACUCHO	Hospital II - Huamanga
CAJAMARCA	Hospital II - Cajamarca
	Hospital II – Jaén
CALLAO	Hospital IV Alberto Sabogal
	Policlínico Luis Negreiros
CONO ESTE	Hospital II Vitarte
	Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho
	Hospital I Aurelio Díaz Ufano
CONO NORTE	Policlínico Fiori
	Hospital I Marino Molina Scippa
CONO SUR	Policlínico Villa María del Triunfo
	Hospital I Uldarico Rocca Fernández
	Policlínico Juan José Rodríguez Lazo
	Policlínico Los Próceres
CUSCO	Hospital IV Sur Este - Cusco
	Centro de Salud Metropolitano
HUANCAVELICA	Hospital II Huancavelica
HUANUCO	Hospital I - Paucarbamba
	Hospital de Tingo María
JUNIN	Centro Hospitalario de Río Negro - Satipo
	Hospital I – Huancayo
	Hospital Alberto Hurtado Abadía
LA LIBERTAD	Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray
LAMBAYEQUE	Hospital IV Almanzor Aguinaga Asenjo
	Policlínico Agustín Gavidia Saucedo
LIMA	Hospital I Angamos
	Hospital III Emergencias Grau
	Policlínico Chíncha
	Policlínico Pablo Bermúdez
LORETO	Hospital III Iquitos
MADRE DE DIOS	Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta
PASCO	Hospital I - Oxapampa
PIURA	Hospital Nivel III Cayetano Heredia
	Hospital II Jorge Reateguá Delgado
	Hospital de apoyo I - Sullana
	Hospital de apoyo I - Paita
	Hospital de Apoyo I de Talara
PUNO	Hospital III - Puno
	Hospital III - Juliaca
	Policlínico Juliaca
	Policlínico Puno

SAN MARTIN	Hospital I de Rioja
	Hospital I de Moyobamba
TACNA	Hospital III Daniel Alcides Carrión
TUMBES	Hospital III ESSALUD
UCAYALI	Hospital II - Pucallpa