UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZONICA DE MADRE DE DIOS

FACULTAD DE EDUCACION

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS

TESIS

“Vulneración del derecho a la salud y aplicación de la Ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023”

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE ABOGADO

AUTOR:

Bach. HILARIO SOSAYA, Jhon Aldair

ASESOR:

Mag. POLANCO CHAVEZ, Silvia Antonieta

Puerto Maldonado, octubre 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZONICA DE MADRE DE DIOS

FACULTAD DE EDUCACION

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS

TESIS

“Vulneración del derecho a la salud y aplicación de la Ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023”

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE ABOGADO

AUTOR:

Bach. HILARIO SOSAYA, Jhon Aldair

ASESOR:

Mag. POLANCO CHAVEZ, Silvia Antonieta

Puerto Maldonado, octubre 2026

RST-RI: Vulneración del derecho a la salud y aplicación de la Ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%	7%	7%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	isags-unasur.org Fuente de Internet	1%
2	www.campustudionline.com Fuente de Internet	1%
3	eprints.ucm.es Fuente de Internet	1%
4	documents.mx Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unamad.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	es.scribd.com Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 1%
Excluir bibliografía	Activo		

DEDICATORIA

A mi familia por su amor y apoyo incondicional, por su respaldo positivo en todo el camino de mi formación profesional, a mi madre, quien día a día me enseña el camino correcto de la vida, a ellos dedico el presente trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su apoyo y confianza durante todo este trayecto, a mi asesora, que con sus conocimientos y predisposición me ha brindado su guía en el presente trabajo, a mis colegas y amigos que sumaron su apoyo con la mejor energía positiva, a mi casa de estudios UNAMAD, la cual fue parte de mi vida y centro de mi formación profesional. A Dios, a vida, y a la madre naturaleza.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo de investigación titulado “Vulneración del Derecho a la Salud y Aplicación de la Ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023” constituye un trabajo orientado a analizar la importancia del derecho a la salud, como un derecho inherente a la persona. La salud como eje de la vida, es fundamental a la hora de efectuar y desarrollar nuestras diferentes actividades, es en ese sentido que, la salud toma valor como un derecho, el cual, debe garantizarse en toda comunidad, desde la prevención del estado natural del ser humano, hasta la protección efectiva del ejercicio como derecho.

La presente tesis, se estructura en cuatro capítulos, respetando íntegramente lo dispuesto por el reglamento de esta casa de estudios, el primer capítulo aborda lo relacionado con la descripción del problema, objetivos, categorías, la hipótesis, justificación y consideraciones éticas. El segundo capítulo aborda el marco teórico, los antecedentes de estudio y todo concepto e información vinculada a la regulación, protección del derecho a la salud. El tercer capítulo, aborda puntos clave del trabajo de investigación, como el tipo y diseño de estudio utilizado, así como los métodos y técnicas aplicado. Finalmente, el capítulo cuarto aborda los resultados obtenidos por la investigación realizada en el presente trabajo, lo cual, da cuenta el mensaje que emite el título de esta tesis.

La presente tesis, busca sumar en el análisis que se le presta al derecho a la salud como derecho reconocido a la persona, el tratamiento y regulación que brinda el sistema de gobierno como primer actor responsable de garantizar su protección y ejercicio, y enfatizar cual es estatus de este derecho en Huepetuhe de cara con lo dispuesto por la normativa de salud.

RESUMEN

El presente estudio, titulado **«Vulneración del Derecho a la Salud y Aplicación de la Ley N.° 26842 en el C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023»,** tuvo como objetivo general explicar la vulneración del derecho a la salud y los servicios de salud frente a la aplicación de la referida ley en dicho establecimiento. Asimismo, se buscó describir el estado de cumplimiento de este derecho fundamental, identificar el grado de observancia de las disposiciones legales y analizar las principales afectaciones en las dimensiones de accesibilidad, disponibilidad, calidad y continuidad del servicio durante el periodo de estudio. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con un diseño fenomenológico y un nivel descriptivo-explicativo. La técnica utilizada fue la entrevista, empleándose como instrumento una guía de entrevista estructurada aplicada tanto a usuarios como al personal de salud del establecimiento. La información recopilada fue analizada mediante el método de análisis de contenido, lo que permitió identificar patrones y percepciones sobre la prestación del servicio de salud y la aplicación de la normativa vigente. Los resultados evidenciaron que la vulneración del derecho a la salud en el C.S. Huepetuhe I-3 responde a una problemática estructural, marcada por la brecha entre lo dispuesto en la Ley N.° 26842 y su aplicación en la práctica. Entre las principales limitaciones se identificaron la ausencia de atención nocturna, los prolongados tiempos de espera, la insuficiente disponibilidad de recursos y una aplicación parcial de la norma, lo que impide garantizar una atención oportuna e integral.

La presente investigación busca aportar a la comprensión del derecho a la salud desde una perspectiva jurídico-social, evidenciando las dificultades de su aplicación en contextos de limitada capacidad resolutiva. En ese sentido, se propone como un referente para promover una reflexión crítica sobre la necesidad de fortalecer la implementación efectiva de la Ley N.° 26842, considerando tanto el marco normativo como las condiciones reales del servicio.

Palabras clave: derecho a la salud, Ley N.° 26842, servicios de salud, vulneración de derechos, acceso a la salud.

ABSTRACT

This study, titled “Violations of the Right to Health and the Implementation of Law No. 26842 at the Huepetuhe I-3 Health Center in 2023,” had the overall objective of explaining the violations of the right to health and health services in light of the implementation of the aforementioned law at that facility. It also sought to describe the status of compliance with this fundamental right, identify the degree of adherence to legal provisions, and analyze the main impacts on the dimensions of accessibility, availability, quality, and continuity of service during the study period. The research was conducted using a qualitative approach, with a phenomenological design and a descriptive-explanatory level. The technique used was the interview, employing a structured interview guide as the instrument, applied to both users and the facility’s health personnel. The information collected was analyzed using content analysis, which allowed for the identification of patterns and perceptions regarding the provision of health services and the application of current regulations. The results showed that the violation of the right to health at the Huepetuhe I-3 Health Center stems from a structural problem, marked by the gap between the provisions of Law No. 26842 and its application in practice. Among the main limitations identified were the absence of nighttime care, prolonged waiting times, insufficient availability of resources, and partial application of the law, which prevents the guarantee of timely and comprehensive care.

This research seeks to contribute to the understanding of the right to health from a legal-social perspective, highlighting the difficulties of its application in contexts of limited capacity. In this regard, it is proposed as a reference point to promote critical reflection on the need to strengthen the effective implementation of Law No. 26842, considering both the regulatory framework and the actual conditions of service delivery.

Keywords: right to health, Law No. 26842, health services, violation of rights, access to health care.

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva histórica, el acceso a la salud no siempre ha sido garantizado de manera equitativa para todas las personas, existiendo marcadas diferencias en función de las condiciones sociales, económicas y geográficas. A lo largo del tiempo, diversos grupos han enfrentado limitaciones para acceder a servicios de salud adecuados, lo que ha generado desigualdades que aún persisten en la actualidad. En este contexto, el derecho a la salud ha sido progresivamente reconocido como un derecho fundamental, cuyo ejercicio no solo implica la atención médica, sino también un conjunto de condiciones que permiten alcanzar un adecuado bienestar integral.

Organismos internacionales han desarrollado de manera progresiva el contenido del derecho a la salud, reconociéndolo no solo como el acceso a servicios médicos, sino como un derecho integral vinculado a diversas condiciones que permiten una vida digna. En esa línea, las Naciones Unidas (2025) señalan que este derecho comprende factores determinantes como el acceso al agua potable, el saneamiento, la alimentación segura y condiciones de vida saludables. Asimismo, este reconocimiento no se limita a una declaración teórica, sino que implica obligaciones concretas para los Estados. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2023) sostiene que el derecho a la salud constituye un compromiso jurídicamente vinculante, que exige a los Estados garantizar su cumplimiento efectivo.

Este reconocimiento también ha sido desarrollado en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que incorpora la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado, así como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, que obliga a los Estados a adoptar medidas orientadas a garantizar el acceso a servicios de salud, la prevención de enfermedades y la mejora de las condiciones sanitarias. En ese mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado que el derecho a la salud no se limita a la atención médica, sino que

abarca también los determinantes sociales que inciden en el bienestar de las personas, reafirmando su carácter integral (Asociación Médica Mundial, 2024).

No obstante, pese a este amplio reconocimiento normativo, en la práctica persisten profundas desigualdades en el acceso a la salud. La Organización Mundial de la Salud (2025) advierte que las condiciones en las que las personas nacen, crecen y viven influyen significativamente en su estado de salud, evidenciando que existe un marcado gradiente social que afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables. En ese sentido, las brechas en el acceso a servicios de salud continúan siendo un problema vigente, especialmente en contextos donde los recursos son limitados y la cobertura sanitaria resulta insuficiente.

En el contexto peruano, esta situación no es ajena a la realidad social. Sánchez-Moreno (2013) sostiene que una parte considerable de la población se encuentra excluida del acceso pleno a los servicios de salud y a la seguridad social, lo que refleja las deficiencias estructurales del sistema sanitario. A pesar de contar con un marco normativo que reconoce el derecho a la salud, persisten limitaciones en la prestación de los servicios, especialmente en el primer nivel de atención, donde la falta de recursos, personal y capacidad resolutiva afecta directamente a la población.

Justamente la Ley N.° 26842 -Ley General de Salud, constituye el principal instrumento normativo en el Perú para garantizar el derecho a la salud, estableciendo disposiciones orientadas a la protección, promoción y recuperación de la salud de las personas. Sin embargo, en muchos casos, su aplicación resulta parcial o limitada, lo que impide que los derechos reconocidos en la norma se traduzcan en una atención efectiva y de calidad para los usuarios del sistema de salud.

En ese sentido, la presente investigación aborda la problemática de la vulneración del derecho a la salud en el Centro de Salud Huepetuhe I-3 durante el año 2023, evidenciando las dificultades existentes en la prestación de los servicios de salud y en la aplicación de la Ley N.° 26842. El estudio busca analizar esta situación desde una perspectiva jurídico-social, con el

propósito de contribuir a la comprensión de las brechas existentes entre la normativa y su implementación en contextos de limitada capacidad resolutiva.

Es así, que la presente investigación se desarrolla a lo largo de diversos capítulos que permiten una mejor comprensión del problema abordado. En el Capítulo I, denominado “Problema de investigación”, se expone el planteamiento del problema, del cual se derivan los objetivos que orientan el estudio, así como las hipótesis planteadas, la justificación de la investigación y las consideraciones éticas correspondientes.

En el Capítulo II, referido al “Marco teórico”, se presentan los antecedentes de investigaciones relacionadas con el tema, tanto a nivel internacional como nacional, así como el desarrollo doctrinario y normativo del derecho a la salud, incluyendo el marco jurídico que sustenta la investigación y la definición de los principales términos utilizados.

Seguidamente, en el Capítulo III, titulado “Metodología de la investigación”, se describe el tipo, nivel y diseño del estudio, así como la población y muestra, los métodos y técnicas de recolección de datos y el tratamiento de la información obtenida.

Finalmente, en el Capítulo IV se presentan los resultados del trabajo de investigación, incluyendo su análisis e interpretación, así como la discusión de los hallazgos, para posteriormente arribar a las conclusiones y sugerencias derivadas del estudio.

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

PRESENTACIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

INDICE

INDICE DE TABLAS

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION 1

1.1. Descripción del problema 1

1.2. Formulación del problema 5

1.2.1. Problema general 5

1.2.2. Problemas específicos 5

1.3. Objetivos 5

1.3.1. Objetivo general 5

1.3.2. Objetivos específicos 6

1.4. Categorías 6

1.5. Operacionalización de categorías 7

1.6. Hipótesis 7

1.6.1. Hipótesis general 7

1.7. Justificación 8

1.8. Consideraciones éticas 8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO 10

2.1. Antecedentes de estudio 10
2.2. Marco teórico 14
2.2.1. Derecho a la Salud 14
2.2.2. Marco Jurídico Internacional del Derecho a la salud 25
2.2.3. Dispositivos Legales vinculados a la atención de los pacientes en los centros de salud 29
2.2.4. Rol de la Autoridad de Salud 34
2.2.5. Categorización de los centros de salud 35
2.2.6. Definición de términos 39
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 42
3.1. Tipo de estudio 42
3.2. Diseño del estudio 42
3.3. Población y muestra 43
3.4. Métodos y técnicas 43
3.5. Tratamiento de los datos 44
CAPITULO IV: RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN 46
4.1 Análisis y resultados 46
4.2 Presentación de resultados 47
4.2.1. Resultados en base al objetivo específico N° 1: 47
4.2.2 Resultados en base al objetivo específico N° 2: 49
4.2.3 Resultados en base al objetivo específico N°3: 52
4.2.4 Resultados en base al objetivo general 54
4.3 Discusión de resultados 55
CONCLUSIONES 64

SUGERENCIAS..... 65

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 67

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Matriz de operacionalización de Categorías

Anexo 3: Instrumentos

Anexo 4: Solicitud de autorización para realización de estudio

Anexo 5: Solicitud de Validación de Instrumentos

Anexo 6: Ficha de validación

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Categorías temáticas 6

Tabla 2 Subcategorías Temáticas 7

Tabla 3 Dificultades en el acceso a los servicios de salud 47

Tabla 4 Disponibilidad de servicios y personal de salud 47

Tabla 5 Calidad de la atención en el servicio de salud 48

Tabla 6 Continuidad y seguimiento de la atención médica 48

Tabla 7 Consentimiento informado y respeto a la decisión del paciente 49

Tabla 8 Medidas de protección frente a enfermedades contagiosas 50

Tabla 9 Atención a pacientes en etapa terminal 50

Tabla 10 Acceso a la información en salud 51

Tabla 11 Percepción del cumplimiento normativo 51

Tabla 12 Medidas de seguridad y corrección 52

Tabla 13 Relación entre deficiencias del servicio, incumplimiento normativo y vulneración del derecho a la salud 53

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema

La vulneración del derecho a la salud y la aplicación de la Ley General de Salud en adelante Ley N°26842, en el Perú representan una problemática compleja y multidimensional que refleja las deficiencias estructurales del sistema de salud peruano y las brechas existentes entre la legislación y su implementación efectiva. Esta realidad se ha visto exacerbada en nuestro país en los últimos años, debido a que estadísticamente se ha evidenciado la vulneración del derecho a recibir atención médica de emergencia cuando el ciudadano lo ha necesitado y mientras ha subsistido el estado de grave riesgo para su vida o su salud (artículo 3). Al respecto, según señala la Encuesta Nacional de Hogares (2022) ha revelado que 7 de cada 10 personas que han necesitado atención médica no la obtuvieron. Asimismo, el 35 % de los encuestados ha señalado que una de las principales deficiencias en la atención guarda relación con la demora al momento de brindar el servicio, mientras que razones como distancia y falta de seguro solo fueron citadas por el 13 % y el 3 %, respectivamente.

Frente a esta situación, debemos señalar que el derecho a la salud, es un derecho fundamental de rango constitucional reconocido tanto en nuestra legislación nacional como en tratados internacionales de derechos humanos. Pese a ello, en la realidad se ve constantemente amenazado por diversas circunstancias que limitan su pleno ejercicio (García, 2020). Entre estas se encuentran la falta de infraestructura adecuada, la escasez de personal

médico especializado, la insuficiencia de equipos y medicamentos, y las barreras geográficas y económicas que impiden el acceso a los servicios de salud a una parte significativa de la población (Espinoza et al., 2020).

A nivel internacional, la OMS (2023) estima que al menos la mitad de la población mundial carece de acceso a servicios de salud esenciales, y aproximadamente 100 millones de personas caen en la pobreza extrema cada año debido a gastos de salud catastróficos. Esta realidad global subraya la persistencia de desigualdades significativas en el acceso a la atención médica, incluso en países con sistemas de salud avanzados. Sundler et al. (2020) señalan que las quejas de los pacientes a menudo revelan violaciones de derechos humanos en el contexto de la atención médica, incluyendo falta de acceso a tratamientos necesarios, tiempos de espera excesivos y trato deshumanizado.

En el ámbito regional latinoamericano, la situación no es menos preocupante, según CEPAL (2024) se reporta que el gasto público en salud en la región alcanzó un promedio de 3.7% del PIB en 2020, muy por debajo del 6% recomendado por la OMS. Esta subinversión crónica se traduce en sistemas de salud frágiles y poco preparados para enfrentar crisis sanitarias.

En el contexto peruano, el cuarto trimestre de 2023, se observó un aumento en la búsqueda de atención médica en Perú, con un 47% de la población con problemas de salud acudiendo a establecimientos, un incremento de 3.5 puntos porcentuales respecto al año anterior. El 21.4% buscó atención en farmacias, el 14.3% en establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), y el 4.5% en EsSalud. El acceso a seguros de salud aumentó al 88.6% de la población, con el Seguro Integral de Salud (SIS) siendo el más común, cubriendo al 61.3% de los asegurados (INEI, 2024). Estas cifras reflejan una mejora en el acceso a la atención médica y cobertura de seguros, aspectos fundamentales para el derecho a la salud contemplado en la Ley 26842.

A pesar de encontrarse prescrita en nuestra legislación nacional en el artículo 3 de la ley 26842, en el cual se señala como deber de los centros de salud a garantizar el derecho a recibir atención médica de emergencia cuando el

ciudadano lo necesite; sin embargo, enfrenta serios desafíos en su aplicación efectiva. A pesar de encontrarse regulado la universalidad en el acceso a los servicios de salud y la promoción de la salud integral, la realidad muestra que existe una brecha considerable entre lo estipulado en la ley y su implementación práctica (Mamani y Paz, 2020).

Uno de los problemas más acuciantes es la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Mientras que en las zonas urbanas y con mayores recursos económicos se puede acceder a una atención de mejor calidad, en las áreas rurales y marginales la situación es precaria. Esta disparidad se traduce en indicadores de salud dispares, con tasas de mortalidad y morbilidad más altas en las poblaciones menos favorecidas (Llanos et al., 2020).

Al respecto, existe un grave problema en los servicios de emergencia de salud que enfrenta diariamente situaciones de alta exigencia emocional y carga psicosocial, derivadas de la responsabilidad de actuar de manera eficiente y con prontitud ante escenarios críticos que comprometen la vida de los pacientes (Leitón & Arteaga, 2022). En el Perú, los establecimientos de salud se clasifican por categorías conforme a lo dispuesto en la norma técnica correspondiente. Es justamente esta norma técnica y su categorización la que determina las limitaciones en la atención que pueden brindar los establecimientos de salud en el Perú.

En cuanto a las categorías de los establecimientos de salud, aunque están reguladas por la norma técnica aplicable, se plantea una controversia sobre la clasificación de los distintos tipos de establecimientos cuando se aborda la cuestión de las violaciones al derecho a la salud y los servicios que estos brindan. Por ello, se visualiza en sus limitaciones de servicio y protección de derechos a los pacientes (Ángeles et al.,2023).

La clasificación del Centro de Salud Huepetuhe como categoría 1-3 limita significativamente la oferta de servicios esenciales, tales como la atención de emergencia, el internamiento y la cobertura de guardia nocturna. Esto resulta en que los habitantes de Huepetuhe no tengan acceso a estos servicios fundamentales, ya que la categoría asignada a este establecimiento de salud

restringe su capacidad para ofrecerlos (Otazu,2024). A pesar de atender a una población de 11,345 personas, junto con las comunidades cercanas, y considerando los desafíos geográficos en términos de distancia y tiempo, esta categorización no responde adecuadamente a las necesidades de la población, mostrando una desconexión entre la clasificación y los requerimientos reales del área.

En línea con lo anterior, la falta de recursos financieros adecuados para el sector salud agrava la situación. El presupuesto asignado al Ministerio de Salud y a los gobiernos regionales para la gestión de la salud pública resulta insuficiente para cubrir las necesidades reales de la población. Esto se refleja en hospitales y centros de salud con infraestructura deteriorada, falta de equipamiento moderno y escasez de medicamentos esenciales (Chambi y Jara, 2021).

Otro aspecto preocupante es la calidad de la atención médica. A pesar de establecerse en la legislación estándares de calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud, en la práctica se observan numerosos casos de negligencia médica, largos tiempos de espera para atenciones y cirugías, y un trato deshumanizado hacia los pacientes en muchos establecimientos de salud, lo cual vulnera a lo prestablecido en el artículo 3 en la Ley 26842. Esta situación no solo viola el derecho a la salud, sino que también atenta contra la dignidad de las personas (Sundler et al., 2020).

Adicionalmente, la aplicación efectiva de la Ley 26842 se ve obstaculizada por la falta de mecanismos de supervisión y control adecuados. Aunque existen entidades como la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) encargadas de velar por el cumplimiento de la normativa, su capacidad de acción y sanción es limitada frente a la magnitud de los problemas existentes (Torres, 2021).

La formación y distribución del personal de salud también representa un desafío importante. Existe una concentración de profesionales en las grandes ciudades, mientras que las zonas rurales y alejadas sufren una escasez crónica de médicos y enfermeras. Esta situación contradice el principio de

equidad en el acceso a la salud que propugna la Ley 26842 (Llanos et al., 2020). Tal como lo señala el Tribunal Constitucional del Perú en la *Sentencia 0298-2020-PA/TC* (2021), el Estado tiene el deber de garantizar la protección efectiva de los derechos fundamentales.

En síntesis, la vulneración del derecho fundamental a la salud y los obstáculos en la implementación efectiva de lo señalado en la Ley 26842 representa una problemática apremiante que demanda la atención inmediata del Estado peruano. Ante esta situación, nos planteamos la siguiente interrogante como eje central de nuestra investigación: ¿De qué manera se vulneró el derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera se vulneró el derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023?

1.2.2. Problemas específicos

P.E. 1: ¿Cuál es el estado de cumplimiento de derecho a la salud y servicios de salud en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023?

P.E. 2: ¿Cómo se ha cumplido con lo dispuesto en la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023?

P.E. 3: ¿De qué manera se vulneraron las subcategorías del derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Explicar la vulneración del derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

O.E. 1: Describir el estado de cumplimiento de derecho a la salud y servicios de salud en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

O.E. 2: Identificar el cumplimiento de lo dispuesto en la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

O.E. 3: Analizar la vulneración del derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

1.4. Categorías

El estudio actual adopta un enfoque cualitativo, lo que implica que la investigación no requiere la definición de variables. En este contexto, y conforme a la epistemología, únicamente se establecerán categorías temáticas.

Tabla 1

Categorías temáticas

Categoría	Descripción	INDICADORES
1° Categoría Derecho a la Salud y servicios de salud	Se refiere al derecho humano fundamental que garantiza a todas las personas el acceso al conjunto de prestaciones médicas y asistenciales proporcionadas por el C.S. Huepetuhe I-3, evaluando su disponibilidad, accesibilidad, calidad y adecuación a las necesidades de la población local.	1. Accesibilidad a los servicios de salud. 2. Disponibilidad de servicios médicos. 3. Calidad de la atención sanitaria 4. Continuidad de la atención médica.
2° Categoría Aplicación de la ley 26842	El Centro de Salud del distrito de Huepetuhe, provincia del Manu, en el departamento de Madre de Dios, se centra en brindar atención médica a los pobladores del lugar.	1. Respecto a la salud individual. 2. Respecto a la salud de terceros. 3. Fin de la vida. 4. Formación en salud y su difusión. 5. Autoridad de salud.

		6. Medidas de seguridad, infracciones y sanciones.

1.5. Operacionalización de categorías

El presente análisis se caracteriza por ser de naturaleza descriptiva, debido a esta característica, la investigación no requiere una operacionalización detallada de las variables para su cuantificación estadística. En consecuencia, de acuerdo con la epistemología propia de este tipo de análisis, nos limitaremos a registrar subcategorías temáticas.

Tabla 2

Subcategorías Temáticas

Categorías temáticas	Subcategorías
1° Categoría **Derecho a la Salud y servicios de salud**	• Accesibilidad a los servicios de salud. • Disponibilidad de servicios médicos. • Calidad de la atención sanitaria. • Continuidad de la atención médica
2° Categoría **Aplicación de la ley 26842**	• Respecto a la salud individual • Respecto a la salud de terceros • Fin de la vida • Información en salud y su difusión • Autoridad de salud • Medidas de seguridad, infracciones y sanciones

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

El derecho a la salud y servicios de salud fue vulnerado frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

1.7. Justificación

La presente investigación, surge de una profunda preocupación por la situación actual del sistema de salud en nuestro país, particularmente en zonas rurales y alejadas como Huepetuhe. Como tesista, considero fundamental abordar esta problemática desde una perspectiva jurídica, analizando cómo la aplicación (o falta de ella) de la Ley General de Salud 26842 impacta directamente en la vida y bienestar de los pobladores de la localidad.

La relevancia de este estudio radica en su potencial para visibilizar las carencias y desafíos que enfrenta el Centro de Salud Huepetuhe I-3, un establecimiento que, pese a su categoría, debe atender las necesidades de salud de una población significativa en condiciones muchas veces precarias. A través de esta investigación, se busca no solo identificar la vulneración al derecho a la salud que puedan estar ocurriendo, sino también proponer soluciones concretas basadas en el marco legal existente.

Además, este trabajo cobra especial importancia en el contexto pospandémico, donde las deficiencias del sistema de salud se han hecho más evidentes que nunca. La crisis sanitaria ha puesto de manifiesto la urgente necesidad de fortalecer nuestros servicios de salud, especialmente en zonas alejadas y con recursos limitados.

Desde el punto de vista académico, esta investigación contribuirá al cuerpo de conocimiento sobre la aplicación práctica de la legislación en salud en contextos desafiantes. Los hallazgos y conclusiones que se obtengan podrán servir como base para futuras investigaciones y, potencialmente, para la formulación de políticas públicas más efectivas en el sector salud.

1.8. Consideraciones éticas

En el desarrollo de esta investigación, me comprometo a adherirme a los más altos estándares éticos, reconociendo la sensibilidad del tema y la vulnerabilidad de las poblaciones involucradas. En primer lugar, se obtendrán todos los permisos y autorizaciones necesarios de las autoridades

competentes para llevar a cabo el estudio en el Centro de Salud Huepetuhe I-3.

La recolección de datos se realizará con el consentimiento informado de todos los participantes, asegurando su comprensión plena de los objetivos del estudio, los métodos a utilizar y el uso que se dará a la información proporcionada. Asimismo, se precisa que las entrevistas tanto al personal como a los usuarios serán realizadas de forma anónima, conforme a lo establecido en el consentimiento informado.

En el análisis y presentación de los resultados, me comprometo a mantener la objetividad, evitando sesgos y presentando una imagen fiel y completa de la situación estudiada. Esto incluye la consideración de múltiples perspectivas y la presentación de hallazgos que puedan ser tanto positivos como negativos.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Antecedentes internacionales

Sundler et al. (2021) tuvieron como objetivo analizar las quejas de los pacientes sobre los servicios de atención médica en Suecia y examinar las necesidades expresadas de atención médica desde una perspectiva de derechos humanos, específicamente en relación con el derecho a la salud. Se utilizó un diseño descriptivo con un enfoque cualitativo. Las quejas se analizaron mediante un método de análisis temático, interpretando los significados en relación con el derecho a la salud y una perspectiva de derechos humanos. El análisis de las quejas de pacientes en el sistema de salud sueco reveló tres áreas principales de vulneración del derecho a la salud: problemas de accesibilidad y disponibilidad de servicios, deficiencias en la calidad de la atención, y falta de respeto a la dignidad e igualdad de los pacientes. Se identificaron casos de negación de atención de emergencia, largas esperas para tratamientos especializados, errores médicos que causaron daños, y experiencias de trato deshumanizado. Estos hallazgos subrayan la brecha entre los derechos universales a la salud y la realidad que enfrentan algunos pacientes, destacando la necesidad de mejorar la implementación práctica del derecho a la salud en todos los niveles del sistema sanitario.

Sanabria et al. (2019) tuvieron como objetivo identificar y analizar los estándares de protección del derecho humano a la salud establecidos por la

Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CORTE IDH) a través de su jurisprudencia. Se realizó una investigación descriptiva de carácter jurídico, analizando la jurisprudencia de la Corte IDH relacionada con el derecho a la salud. Los resultados del estudio muestran que la Corte IDH ha desarrollado estándares de protección del derecho a la salud a través de su jurisprudencia, abordándolo indirectamente mediante su conexión con otros derechos fundamentales. Se identificaron cuatro espacios convencionales principales: responsabilidad médica estatal, protección de personas bajo custodia del Estado, salud mental, y salud sexual y reproductiva. Los estándares establecidos incluyen la obligación de regular y fiscalizar los servicios de salud, proporcionar atención médica adecuada a personas bajo custodia estatal, respetar el consentimiento informado, y garantizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La Corte ha ampliado progresivamente la protección de este derecho, definiendo obligaciones específicas para los Estados, como garantizar condiciones dignas en centros de salud, acceso a tratamientos necesarios y adopción de medidas para grupos vulnerables.

Craviotto (2022) tuvo como objetivo analizar cómo la pandemia de COVID-19 ha provocado una erosión en los derechos de los pacientes, especialmente en la atención primaria de salud. El estudio utiliza un enfoque cualitativo, basándose en el análisis de la legislación española sobre el derecho a la protección de la salud. Se ha constatado una marcada desigualdad en la atención sanitaria, con protocolos inconsistentes entre centros cercanos y tiempos de espera significativamente aumentados. Esto ha llevado a un incremento en la automedicación y el gasto farmacéutico familiar, así como a una sobrecarga de los servicios de urgencias hospitalarias. Los grupos vulnerables, especialmente los menores, han sido particularmente afectados por estas deficiencias. A pesar de los avances tecnológicos, la gestión sanitaria no ha mejorado sustancialmente, evidenciando una erosión en el derecho a la protección de la salud. Esta situación plantea serias cuestiones sobre la responsabilidad de las administraciones públicas y la necesidad urgente de reevaluar y mejorar la gestión de la atención primaria para garantizar un acceso equitativo y eficiente a los servicios de salud.

Arias y Xatruch (2023) tuvieron como objetivo analizar la constitucionalización del derecho humano a la salud en Latinoamérica, examinando cómo diversos países han incorporado este derecho en sus normativas internas y los mecanismos judiciales disponibles para su defensa. El estudio emplea un análisis comparativo de la situación en cinco países latinoamericanos: México, Guatemala, Brasil, Argentina y Costa Rica; en donde se examinó la legislación constitucional de cada país relacionada con el derecho a la salud. Se observa un aumento en el uso de recursos judiciales por parte de los ciudadanos, incluyendo apelaciones a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, debido a la ineficacia de las vías administrativas y las constantes violaciones al derecho a la salud. Los problemas comunes incluyen falta de atención médica adecuada, discriminación en el acceso a servicios y vulneración de derechos de grupos marginados. Esta situación pone de manifiesto la urgente necesidad de fortalecer los sistemas de salud, no solo en términos de legislación, sino también en la implementación efectiva de políticas públicas y en la creación de mecanismos internos que permitan detectar y corregir violaciones a los derechos humanos en el ámbito de la salud, especialmente para los grupos más vulnerables de la población.

Antecedentes nacionales

Mamani y Paz (2020) tuvieron como objetivo identificar los alcances de protección del derecho a la salud en la Ley N° 26842 de Perú. Se utilizó una metodología cualitativa con diseño fenomenológico, en donde se realizaron entrevistas a 5 especialistas en derecho a la salud. Se evidencia que este derecho no está plenamente garantizado, ya que su salvaguarda depende de su vinculación con otros derechos fundamentales. Se identificaron deficiencias significativas en infraestructura, tecnología y recursos en el sistema de salud, lo que afecta la calidad y eficiencia de la atención. Aunque la Ley General de Salud reconoce ciertos derechos de los usuarios, no proporciona garantías suficientes para su plena protección. Se destaca la importancia de SUSALUD como órgano fiscalizador, pero se señalan limitaciones en su funcionamiento. Asimismo, se reconoce el papel crucial de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en casos emblemáticos

relacionados con la salud, lo que ha llevado a cambios en políticas públicas. Los hallazgos subrayan la necesidad de mejorar la inversión en el sector salud, fortalecer los mecanismos de supervisión y promover una mayor conciencia sobre derechos y obligaciones tanto en el personal de salud como en la población general.

Torres (2021) tuvo como objetivó analizar el contenido del derecho a la salud en el ordenamiento jurídico peruano y su exigibilidad como derecho fundamental. Se utiliza una metodología de análisis doctrinario y jurisprudencial sobre derechos fundamentales y sociales, así como sentencias relevantes del Tribunal Constitucional peruano relacionadas con el derecho a la salud. Se revela que el Tribunal Constitucional peruano ha ampliado la protección del derecho a la salud más allá de lo establecido en la Ley 26842. Se reconoce que la vulneración de este derecho puede ocurrir por acciones directas o por omisiones del Estado en la provisión de servicios y recursos adecuados. El Tribunal ha interpretado que el alcance de la Ley debe considerar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud. Se ha determinado que en casos de vulneración grave que pongan en riesgo la vida o dignidad de la persona, el derecho a la salud es directamente exigible, incluso si implica un gasto no presupuestado por el Estado. Esto supera la concepción de la Ley 26842 como un mero marco programático, reforzando su carácter de derecho fundamental exigible y ampliando la protección efectiva de la salud en el ordenamiento jurídico peruano.

Llanos et al. (2020) tuvieron como objetivo analizar la evolución del sistema de salud en Perú y proponer un enfoque para el desarrollo de Redes Integradas de Salud (RIS). Se realizó una revisión de la literatura sobre el desarrollo del sistema de salud peruano, enfatizando en la Atención Primaria en Salud hasta la tendencia actual de cuidado integral. La propuesta abarca un cambio de enfoque hacia una atención integral basada en el perfil epidemiológico actual, fortaleciendo el primer nivel de atención con mayor capacidad resolutiva. Se enfatiza la implementación de un sistema robusto de referencia y contrarreferencia, la integración de servicios intramurales y

extramurales, y la adecuación de infraestructura y recursos. El modelo subraya la importancia de sistemas de información integrados, un cambio cultural hacia la calidad y el servicio, y la estandarización de procesos. Además, destaca la relevancia de la participación comunitaria y el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Se concluye que las RIS deben desarrollarse dinámicamente, adaptándose a las necesidades cambiantes de la población urbana para generar una verdadera sinergia y mejorar la salud.

Chambi y Jara (2021) tuvieron como objetivo explicar de qué manera se vulnera el artículo 2 de la Ley 26842 en la atención primaria de salud en tiempos de pandemia en Perú durante el año 2020. Se utilizó un enfoque cualitativo con un diseño de teoría fundamentada e interpretativo, y se realizaron entrevistas a 13 participantes, incluyendo abogados constitucionalistas, jueces y un médico general. Se observa una grave vulneración del derecho a la salud y del artículo 2 de la Ley 26842 en Perú durante la pandemia de COVID-19. El sistema de salud muestra deficiencias críticas en infraestructura, equipamiento, personal y abastecimiento de medicamentos, incumpliendo los estándares de calidad establecidos. La crisis ha expuesto desigualdades en la atención primaria, con marcadas diferencias entre sectores socioeconómicos y sistemas de salud (SIS vs EsSalud). El Tribunal Constitucional ha enfatizado que el derecho a la salud debe cumplir con disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, aspectos que no se garantizan adecuadamente. Esta situación no solo viola los derechos fundamentales de los ciudadanos, sino que también compromete la capacidad del sistema para responder eficazmente a la pandemia y otras necesidades sanitarias, evidenciando una falla sistemática en la protección del derecho a la salud por parte del Estado.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Derecho a la Salud

El derecho a la salud se erige como un pilar fundamental en la estructura de los derechos humanos, representando no solo un ideal abstracto, sino una

aspiración concreta que busca garantizar el bienestar integral de cada individuo. Este derecho trasciende la mera ausencia de enfermedad, abarcando un estado de completo bienestar físico, mental y social, tal como lo define la Organización Mundial de la Salud (Escribano, 2015).

Según Venkatapuram (2013), el derecho a la salud debe entenderse como el derecho a la capacidad de ser y hacer lo que una persona tiene razón para valorar, lo que implica no solo la ausencia de enfermedades, sino también la presencia de condiciones que permitan el florecimiento humano.

Este enfoque holístico se refleja en la definición proporcionada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), que establece que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana. Estos factores incluyen la alimentación, la nutrición, la vivienda, el acceso a agua potable y saneamiento adecuado, condiciones de trabajo seguras y saludables, y un medio ambiente sano.

Mann et al. (1994) argumentan que el derecho a la salud debe entenderse no solo como un derecho legal, sino también como un imperativo ético que obliga a los Estados y la comunidad internacional a trabajar activamente para crear las condiciones necesarias para la realización de este derecho. Este enfoque subraya la importancia de abordar las desigualdades estructurales y los determinantes sociales de la salud como parte integral de la realización del derecho a la salud.

Es crucial reconocer que el derecho a la salud no garantiza el derecho a estar sano, lo cual sería imposible de asegurar. Más bien, como señala Tobin (2011), este derecho implica la obligación de los Estados de crear condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esto incluye garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud de calidad, así como abordar los factores subyacentes que influyen en la salud.

El Tribunal ha afirmado que el derecho a los servicios de salud debe ser integral, incluyendo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y

accesibilidad, tanto físicas como económicas. Estos elementos son esenciales para una atención sanitaria adecuada (sentencia del Expediente 00033-2010-PI/TC, fundamento 34.c). Así, el derecho a la salud incluye el derecho a recibir servicios conforme a estas características.

De igual manera, ha indicado que la creación de un sistema sanitario adecuado depende de decisiones políticas que definan aspectos como la expansión de la red de establecimientos médicos (disponibilidad), el acceso a los servicios para personas de bajos recursos (accesibilidad económica), el fortalecimiento de la salud intercultural (aceptabilidad) y la garantía de calidad en la atención (sentencias de los Expedientes 03228-2012-PA/TC, fundamento 30, y 02566-2014-PA/TC, fundamento 12).

2.2.1.1. Evolución Histórica

La evolución histórica del derecho a la salud refleja un proceso complejo de transformación social, política y jurídica que ha llevado a su reconocimiento como un derecho humano fundamental. Este proceso no ha sido lineal, sino que ha estado marcado por avances y retrocesos, influenciado por diversos factores históricos, culturales y económicos (Sotelo y Centeno, 2022).

Los orígenes del concepto moderno del derecho a la salud pueden trazarse hasta el siglo XIX, con el surgimiento de la salud pública moderna. Rosen (2015) describe cómo la Revolución Industrial y la rápida urbanización en Europa y América del Norte llevaron a condiciones de vida insalubres para gran parte de la población trabajadora. Esto dio lugar a movimientos de reforma sanitaria que comenzaron a ver la salud no solo como una cuestión individual, sino como una responsabilidad social y gubernamental.

A principios del siglo XX, se observaron los primeros intentos de incorporar la salud en el marco de los derechos sociales. La Constitución mexicana de 1917 y la Constitución de Weimar de 1919 fueron pioneras en incluir disposiciones relacionadas con la salud como parte de los derechos de los ciudadanos (Tobin, 2011).

Un hito crucial en la evolución del derecho a la salud fue la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. La Constitución de la OMS

declaró por primera vez que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Rosen, 2015).

Esta declaración fue seguida por la inclusión del derecho a la salud en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que en su artículo 25 reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que asegure, entre otros aspectos, la salud y el bienestar (Rosen, 2015).

Un paso significativo en la codificación legal del derecho a la salud se dio con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966. El artículo 12 del PIDESC establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y enumera una serie de medidas que los Estados deben adoptar para asegurar la plena efectividad de este derecho (Naciones Unidas, 2014).

En las décadas siguientes, el concepto del derecho a la salud se fue refinando y expandiendo. La Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, emitida en 2000, proporcionó una interpretación autoritativa del derecho a la salud, delineando sus componentes esenciales y las obligaciones de los Estados (Naciones Unidas, 2014).

Paralelamente, diversos tratados internacionales han abordado el derecho a la salud en relación con grupos específicos. Por ejemplo, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) aborda específicamente la salud de las mujeres, mientras que la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) hace lo propio con la salud infantil (Naciones Unidas, 2014).

Más recientemente, la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2015 ha reforzado el compromiso global con el derecho a la salud. El ODS 3, "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", refleja una visión integral del derecho a la salud que va más allá de la mera ausencia de enfermedad (Naciones Unidas, 2015).

2.2.1.2. Componentes del Derecho a la Salud

La Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000) proporciona un marco conceptual útil para entender los componentes esenciales del derecho a la salud. Estos componentes son:

1. **Disponibilidad:** se refiere a la existencia de una cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud, así como de programas de salud pública y atención sanitaria. Esto incluye:
    - Infraestructura física adecuada (hospitales, clínicas, centros de salud)
    - Personal médico y profesional capacitado y bien remunerado
    - Medicamentos esenciales, según la definición de la OMS.
    - Equipo médico y suministros necesarios.
    - Agua potable y saneamiento adecuado.
2. **Accesibilidad:** implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos sin discriminación. Este componente tiene cuatro dimensiones superpuestas:
    - No discriminación: Los servicios de salud deben ser accesibles para todos, especialmente para los grupos más vulnerables o marginados.
    - Accesibilidad física: Los establecimientos de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, incluidas las personas con discapacidades.
    - Accesibilidad económica (asequibilidad): Los servicios de salud deben ser asequibles para todos.
    - Acceso a la información: Incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre cuestiones relacionadas con la salud.

3. **Aceptabilidad:** se refiere a que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. Esto implica:
    - Respeto por la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades.
    - Sensibilidad a los requisitos del género y el ciclo de vida.
    - Respeto por la confidencialidad del estado de salud y el tratamiento de todas las personas.
4. **Calidad:** implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Esto requiere, entre otras cosas:
    - Personal médico capacitado.
    - Medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.
    - Agua limpia potable y saneamiento adecuado.

2.2.1.3. Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estos determinantes están moldeados por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local (Lema, 2021).

Marmot et al. (2012) argumentan que los determinantes sociales de la salud son responsables de una gran parte de las inequidades en salud observadas dentro y entre países. Los principales determinantes sociales de la salud incluyen:

- Condiciones Socioeconómicas: El nivel de ingresos, la educación y la ocupación tienen un impacto significativo en la salud. Las personas con mayores ingresos y niveles de educación tienden a tener mejor salud y mayor esperanza de vida.

- Entorno Físico: La calidad del aire y del agua, la vivienda, la seguridad del vecindario y el acceso a espacios verdes, tiene un impacto significativo en la salud.
- Empleo y Condiciones de Trabajo: El desempleo, el subempleo y las condiciones de trabajo inseguras o estresantes pueden tener efectos negativos en la salud física y mental.
- Apoyo Social y Redes Comunitarias: Las redes de apoyo social, la cohesión comunitaria y las normas culturales afectan la salud a través de mecanismos como el estrés, los comportamientos de salud y el acceso a recursos.
- Acceso a servicios de salud: La disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de atención médica, incluyendo la prevención y la promoción de la salud, son determinantes cruciales del estado de salud.
- Género: Las normas, roles y relaciones de género influyen en la exposición a riesgos de salud, el acceso a la información y los servicios de salud, y los resultados de salud.
- Raza y etnia: La discriminación racial y étnica puede llevar a disparidades en salud a través de múltiples mecanismos, incluyendo el estrés crónico y las barreras al acceso a recursos y servicios.
- Transporte: El acceso a transporte seguro y asequible afecta la capacidad de las personas para acceder a empleos, servicios de salud y participar en la vida comunitaria.

El reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales de la salud ha llevado a un cambio en el enfoque de las políticas de salud, desde un modelo puramente biomédico hacia un modelo más holístico que considera el contexto social y económico más amplio de la salud y la enfermedad (Lema, 2021).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009) hizo un llamado a la acción global para abordar los determinantes sociales de la salud como una cuestión de justicia social. Sus recomendaciones incluyen:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
- Abordar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir y comprender el problema y evaluar el impacto de la acción.

Ubicación geográfica del distrito de huepetuhe

El distrito de Huepetuhe, de facto denominado también distrito de Huaypetue, es uno de los cuatro distritos que conforman la provincia del Manu, ubicada en el departamento de Madre de Dios, al sur del Perú (ITP, Perú, 2025). Se localiza en la zona amazónica, a una altitud promedio de 414 m s. n. m., con coordenadas geográficas aproximadas de latitud -12.9936 y longitud -70.5272. Su territorio abarca una superficie de 1,499 km² (149,900 hectáreas), caracterizándose por una geografía predominantemente selvática y de difícil acceso

Datos de INEI (población)

De acuerdo con los datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2025), el distrito cuenta con una población aproximada de 11,345 habitantes, de los cuales 4,682 son mujeres y 6,663 varones. Asimismo, la densidad poblacional alcanza los 7,5 hab./km², reflejando la dispersión demográfica propia de la región.

En relación con los servicios de salud, las estadísticas del INEI (2018) señalan que, de un total de 3,519 hombres, 1,089 están afiliados al SIS, 218 a EsSalud, 22 a seguros de las Fuerzas Armadas o Policiales, 40 a seguros privados y 11 a otros, mientras que 2,143 no cuentan con ningún tipo de seguro. En el caso de las mujeres (2,659 en total), 1,172 se encuentran afiliadas al SIS, 184 a EsSalud, 17 a seguros privados y 5 a otros, quedando 1,283 sin cobertura sanitaria.

En términos de accesibilidad, Huepetuhe se encuentra a aproximadamente 229 km de la ciudad de Puerto Maldonado, capital del departamento de Madre de Dios, siendo el traslado por vía terrestre el principal medio de conexión y fluvial. El tiempo de viaje oscila entre 6 y 8 horas (ITP, Perú, 2025), dependiendo de las condiciones climáticas y del estado de la carretera, lo que

evidencia las dificultades de transporte hacia y desde la zona. Asimismo, son deficientes y nulos los establecimientos de salud privados, por lo que la atención médica recae exclusivamente en el sistema público.

Centro de Salud de Huepetuhe

El Centro de Salud Huepetuhe es un establecimiento de categoría I-3 que forma parte de la Micro Red Huepetuhe. Según Otazu (2024), cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por 01 médico, 04 enfermeras, 02 obstetras, 01 nutricionista, 01 odontólogo, 01 biólogo, 01 trabajadora social, 03 técnicos de enfermería y 01 chofer. Este recurso humano permite la atención integral de la población local en servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud.

En cuanto a su ubicación, el establecimiento se encuentra en el distrito de Huepetuhe, provincia de Manu, departamento de Madre de Dios, a una altitud de 414 m s. n. m. (Otazu, 2024).

Respecto al acceso, el Centro de Salud es de fácil identificación dentro de la localidad y constituye el principal y único punto de referencia sanitaria para los pobladores.

Implementación y Monitoreo

El derecho a la salud es un componente fundamental de los derechos humanos y ha sido reconocido como tal por diversos instrumentos internacionales. Su implementación y monitoreo efectivos requieren de un abordaje integral que considere múltiples dimensiones y niveles de acción (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

La implementación efectiva del derecho a la salud requiere de la acción coordinada en múltiples niveles y sectores. A nivel macro, es fundamental contar con un marco normativo y de políticas públicas que reconozca explícitamente este derecho y establezca mecanismos para su realización progresiva. Esto implica la adopción de leyes, planes y programas orientados a garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad (Báscolo et al., 2018).

A nivel meso, se requiere fortalecer la gobernanza y rectoría de los sistemas de salud para conducir los procesos de transformación necesarios. Esto incluye desarrollar la capacidad de las autoridades sanitarias para formular políticas, regular el sector salud, y articular acciones con otros sectores que inciden en los determinantes sociales de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En el nivel micro, es crucial expandir y mejorar la oferta de servicios de salud, con énfasis en el primer nivel de atención y en un modelo centrado en las personas y comunidades. Esto conlleva incrementar y distribuir equitativamente los recursos humanos, financieros y tecnológicos del sistema de salud (Báscolo et al., 2018).

Asimismo, la implementación del derecho a la salud demanda acciones para abordar las barreras de acceso, ya sean estas geográficas, económicas, culturales u organizacionales. Un aspecto clave es avanzar hacia la eliminación de los pagos directos que se convierten en barreras financieras al momento de utilizar los servicios (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

El monitoreo sistemático es esencial para evaluar los avances en la realización del derecho a la salud e informar la toma de decisiones. La Organización Panamericana de la Salud (2021) ha desarrollado un marco integral de monitoreo que considera cuatro dimensiones interrelacionadas:

- Acciones estratégicas: Intervenciones (planes, políticas, programas) orientadas a fortalecer los sistemas de salud y avanzar hacia la salud universal.
- Resultados inmediatos: Indicadores sobre la disponibilidad de recursos críticos del sistema (recursos humanos, financiamiento, medicamentos y tecnologías), la organización de los servicios, y las acciones intersectoriales.
- Resultados intermedios: Métricas sobre barreras de acceso, cobertura y utilización de servicios de salud, y acceso a intervenciones intersectoriales.

- Resultados de impacto: Indicadores del estado de salud y bienestar de la población.

Este abordaje permite vincular las políticas y acciones implementadas con sus efectos en las condiciones de acceso, cobertura y salud de la población. Un aspecto innovador es la inclusión de información cualitativa sobre el grado de ejecución de las acciones estratégicas, lo cual complementa el análisis de indicadores cuantitativos (Báscolo et al., 2018).

El marco propone además un enfoque de equidad, desagregando los indicadores según variables socioeconómicas para identificar y monitorear las desigualdades en salud. Esto es fundamental para no dejar a nadie atrás en el camino hacia la salud universal (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La implementación y monitoreo efectivos del derecho a la salud enfrentan diversos retos. Un desafío clave es la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud en muchos países, lo cual dificulta garantizar un acceso equitativo a servicios integrales (Báscolo et al., 2018).

Finalmente, es importante subrayar que el derecho a la salud va más allá del sector sanitario, abarcando también los determinantes sociales de la salud. Esto requiere un enfoque integral que impulse acciones intersectoriales, lo que a su vez demanda mecanismos efectivos de coordinación entre distintos sectores y niveles de gobierno (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Por su parte, el Tribunal Constitucional del Perú, en las sentencias de los Expedientes 03228-2012-PA/TC (fundamento 30) y 02566-2014-PA/TC (fundamento 12), ha sostenido que la creación de un sistema sanitario adecuado, que cumpla con los principios de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad, depende de decisiones políticas clave. Estas deben abordar aspectos como la disponibilidad de establecimientos médicos, la accesibilidad económica para los más necesitados, el fortalecimiento de la salud intercultural y la garantía de servicios médicos de calidad.

2.2.2. Marco Jurídico Internacional del Derecho a la salud

El fundamento del marco jurídico internacional del derecho a la salud se encuentra en la Carta de las Naciones Unidas y en la Constitución de la OMS, ambas de 1946. La Constitución de la OMS fue pionera al declarar que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano (Hernández y Illán, 2021).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948 reforzó este principio en su artículo 25, que establece el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que asegure, entre otros aspectos, la salud y el bienestar (Hernández y Illán, 2021).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 es el instrumento más completo y autoritativo sobre el derecho a la salud en el derecho internacional. En su artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y enumera medidas que los Estados deben adoptar para asegurar la plena efectividad de este derecho (COPREDEH, 2011). Estas medidas incluyen:

- La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil.
- El mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole.
- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.

La Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) proporciona una interpretación autoritativa del artículo 12 del PIDESC. En donde se define los elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. También delinea las obligaciones de los Estados de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud, y establece que este derecho impone tres tipos

de obligaciones a los Estados: inmediatas, básicas (core obligations) y progresivas.

Más recientemente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han reforzado el compromiso global con el derecho a la salud. El ODS 3, "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", establece metas específicas relacionadas con la salud que los Estados se han comprometido a alcanzar para 2030 (Naciones Unidas, 2015).

Saco (2010) argumenta que, a pesar de la robustez del marco jurídico internacional, persisten desafíos significativos en la implementación efectiva del derecho a la salud. Estos incluyen la falta de mecanismos de aplicación fuertes a nivel internacional, la variabilidad en la incorporación del derecho a la salud en las legislaciones nacionales, y las tensiones entre el derecho a la salud y otros intereses, como los derechos de propiedad intelectual.

2.2.2.1. El derecho a la salud en diferentes países

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental reconocido en numerosos instrumentos internacionales y constituciones nacionales. A continuación, se muestra cómo diferentes países han abordado este derecho en sus respectivos marcos normativos.

A. España

En España, el derecho a la salud encuentra su fundamento en la Constitución Española de 1978. El artículo 43 establece explícitamente: "Se reconoce el derecho a la protección de la salud", este reconocimiento constitucional se complementa con la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (Constitución Española, 1978).

La Ley 14/1986 (1986), General de Sanidad, desarrolla este mandato constitucional, estableciendo los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho. Esta ley define la universalidad de la atención

sanitaria y la equidad en el acceso a los servicios de salud como pilares fundamentales del sistema sanitario español.

Más recientemente, el Real Decreto-ley 7/2018 (2018) sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud reforzó este derecho, garantizando el acceso al sistema de salud público a todas las personas que residen en España, independientemente de su situación administrativa.

B. Colombia

En Colombia, reconoce la salud como un derecho fundamental. El artículo 49 establece que "la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado" y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (Constitución Política de Colombia, 1991).

La Ley Estatutaria 1751 (2015) regula el derecho fundamental a la salud y establece sus mecanismos de protección. Esta ley define la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Además, la Ley 100 (1993) creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo un modelo de aseguramiento que busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

C. Francia

Francia ha desarrollado un sistema de salud basado en el principio de solidaridad. El Código de Salud Pública francés (Code de la santé publique) establece en su artículo L.1110-1 que el derecho fundamental a la protección de la salud debe ser implementado por todos los medios disponibles en beneficio de cada persona (Code de la santé publique, 2000).

La Ley de Modernización del Sistema de Salud de 2016 refuerza la prevención y los derechos de los pacientes. Esta ley introduce medidas como la creación de un servicio público de información en salud y la generalización del tercero pagador, facilitando el acceso a la atención médica (Loi n° 2016-41, 2016).

El sistema de salud francés se caracteriza por su cobertura universal, garantizada por la Ley de Cobertura Médica Universal de 1999, que asegura el acceso a la atención médica a todos los residentes en Francia (Loi n° 99-641, 1999).

D. Argentina

En Argentina, el derecho a la salud está implícitamente reconocido en la Constitución Nacional a través del artículo 42, que establece el derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios a la protección de su salud (Constitución de la Nación Argentina).

La Ley 26.529 (2009) de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud refuerza este derecho y establece los derechos esenciales de los pacientes, incluyendo el derecho a la asistencia, el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad, la autonomía de la voluntad, y la información sanitaria.

Además, la Ley 23.661 (1989) instituyó el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, para procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país.

E. Reino Unido

En el Reino Unido, a pesar de no tener una constitución escrita, el derecho a la salud se protege a través de la legislación y las políticas públicas. La Ley del Servicio Nacional de Salud (National Health Service Act), establece el deber del Secretario de Estado de promover un servicio de salud integral y gratuito en el punto de uso para todos los residentes en Inglaterra (National Health Service Act, 2006).

La Ley de Salud y Atención Social, introdujo reformas significativas en el sistema de salud, reforzando el papel de los médicos de cabecera en la comisión de servicios y creando organismos como Public Health England para mejorar la salud pública (Health and Social Care Act, 2012).

El NHS Constitution for England, aunque no tiene fuerza legal, establece los principios y valores del NHS, incluyendo el compromiso de proporcionar un

servicio integral disponible para todos, basado en la necesidad clínica y no en la capacidad de pago (Department of Health and Social Care, 2021).

2.2.3. Dispositivos Legales vinculados a la atención de los pacientes en los centros de salud

2.2.3.1. Constitución

La Constitución es la norma jurídica suprema de un Estado, encargada de establecer el marco legal fundamental para la organización del poder público, la protección de los derechos fundamentales y la convivencia social. En ella se definen los principios rectores del sistema legal y se establece la jerarquía normativa, otorgándole un carácter vinculante a todas las autoridades y ciudadanos (Congreso de la República del Perú, 2023).

Su importancia también radica en que sienta las bases del derecho a la salud, por lo que debe reflejar una visión integral de la persona humana en todas sus etapas de vida. En este sentido, resulta esencial que incorpore principios bioéticos que garanticen una atención sanitaria digna y brinden protección frente a dilemas como los cuidados paliativos o la investigación científica (Tapia, 2022).

2.2.3.2. Ley 26842 – Ley General de Salud

En esta ley se establece los principios y normas básicas que rigen la protección de la salud como un derecho inalienable de toda persona y como un componente indispensable del desarrollo humano y social de la nación peruana (García, 2020).

Dicha normativa no solo define los lineamientos generales de la política de salud en el Perú, sino que también sienta las bases para la implementación de programas y estrategias específicas destinadas a mejorar la salud pública del país (Gonzales, 2022).

2.2.3.2.1. Estructura y contenido de la ley

La Ley General de Salud (Ley N° 26842, 1997) está estructurada en seis títulos que abordan de manera sistemática los diferentes aspectos relacionados con la salud individual y colectiva:

1. Título Preliminar: Contiene los principios fundamentales que rigen la ley, estableciendo el marco conceptual y filosófico para su interpretación y aplicación.
2. Título I (artículos 1-21): Aborda los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual. Este título desarrolla aspectos como el derecho a la atención de emergencia, el consentimiento informado, y la confidencialidad de la información médica.
3. Título II (artículos 22-107): Se enfoca en los deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de terceros. Incluye regulaciones sobre el ejercicio de las profesiones médicas, el funcionamiento de establecimientos de salud, y el control de enfermedades transmisibles.
4. Título III (artículos 108-116): Trata sobre el fin de la vida, abordando temas como la definición de muerte, la práctica de necropsias y la disposición de cadáveres.
5. Título IV (artículos 117-121): Se centra en la información en salud y su difusión, estableciendo pautas para la comunicación en materia de salud y la responsabilidad de los medios de comunicación.
6. Título V (artículos 122-129): Define el rol y las atribuciones de la Autoridad de Salud, estableciendo su organización y competencias.
7. Título VI (artículos 130-137): Establece las medidas de seguridad, infracciones y sanciones aplicables en el ámbito de la salud.

Esta estructura permite una regulación integral de los diversos aspectos relacionados con la salud, desde la perspectiva individual hasta la colectiva, y desde la prevención hasta la atención y control de enfermedades.

2.2.3.2.2. Contenido esencial de protección

La Ley General de Salud (Ley N° 26842, 1997) establece un conjunto de derechos y deberes tanto para los usuarios de los servicios de salud como para los prestadores de estos servicios. Estos derechos y deberes buscan equilibrar la relación entre pacientes y profesionales de la salud, promoviendo una atención de calidad y respetuosa de la dignidad humana.

Al respecto, el derecho más relevante materia de esta investigación, se encuentra vinculado al derecho de recibir atención médica de emergencia en cualquier establecimiento público o privado como parte de la obligación de las clínicas u hospitales. Lo mencionado se encuentra descrito en la siguiente norma:

Artículo 3 del Título I de la Ley 26842:

Toda persona tiene ***derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico- quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud****. El reglamento establece los criterios para la calificación de la situación de emergencia, las condiciones de reembolso de gastos y las responsabilidades de los conductores de los establecimientos.*

En relación a ello, la norma ha dispuesto el derecho a la atención medica como un derecho que no debería ser condicionado, sino que debido al contexto de emergencia amerita que la atención sea idónea y razonable de tiempo, dado que se encuentra vinculado al derecho constitucional de la salud del individuo.

2.2.3.3. Decreto Supremo Nº 013-2006-SA (Reglamento de la ley 26842)

En concordancia con lo señalado en el articulo 3 de la ley 26842, en su reglamento se desarrolla aspectos importantes que se deben considerar en cuanto al servicio de atención en situación de emergencia tales como el articulo 9 en el cual se señala la obligación de garantizar una atención

adecuada a los pacientes y brindarles protección frente a los males que lo aquejan, Asimismo, el artículo 82 de dicha norma en mención, en el cual se regula la responsabilidad medica de los profesionales de la salud, en los casos en los cuales se les responsabiliza ante la negativa al momento de atender o en los casos de demora en aquellos casos de contexto de emergencia.

2.2.3.4. Ley 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud

Esta normativa ha modificado algunos artículos que han sido regulados en la ley 26842, y que guardan relación con el artículo 3 de dicha normativa, entre los cuales podemos mencionar el articulo 15.1 en el cual se regula los derechos al acceso de servicios de salud. Al respecto, toda persona puede recibir atención médica de emergencia en cualquier establecimiento de salud sea privado o no. Asimismo, en el artículo 15.3 en cuanto a la recuperación y atención, se regula el derecho que todo paciente tiene, a atenderse con el debido respeto de su intimidad y dignidad. Sumado a ello, el personal debe encontrarse capacitado para atender a los pacientes y que posea antecedentes en el cual se halla registrado actividades medicas satisfactorias a favor de ellos.

2.2.3.5. Decreto Supremo Nº 027-2015-SA (Reglamento que regula la ley 29414)

En relación con el artículo 15.1 y 15.3 de la ley 29141, y que guardan vinculación con el artículo 3 de la ley 26842, en el reglamento en mención se ha establecido en el artículo 6 el derecho a la atención medica de emergencia de todo individuo, razón por la cual, el establecimiento médico está obligado a prestar dicha atención, sin condicionar esta, en tanto exista el estado de grave riesgo para la vida y la salud del paciente, y como se ha mencionado, al no poder condicionar esta, quiere decir que, la prestación del servicio de salud no puede ir sujeta a la suscripción de ningún título valor o documento que garantice el reembolso por los gastos incurridos al paciente o sus familiares. Asimismo, el artículo 19 de dicho decreto, establece el respeto a la dignidad y no discriminación de los pacientes. En adición a ello, se señala que

el personal médico y administrativo deben garantizar que se brinde un adecuado trato en los servicios médicos, así como también se debe garantizar que los pacientes puedan ejercer sus derechos ante alguna vulneración o trato inadecuado.

2.2.3.6 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia N° 042-Minsa

En dicha normativa de define a la atención medica como una situación circunstancia que no es esperada, y que por lo tanto necesita ser reparada de inmediato, ya que la vida del individuo se encuentra en riesgo o le pueda generar alguna invalidez. Dicha definición guarda relación con el articulo 3 de la ley 26842, en el cual se entiende que los centros médicos ni pueden condicionar al momento de brindar atención en los casos de emergencias médicas. En función a ello, el contexto del paciente cuando ingresa de emergencia a un centro de salud, debido a que necesita atención urgente, se encuentra resguardado por la ley en el cual se señala que es obligación de los centros médicos atender inmediatamente, frente al riesgo de peligro de muerte. En esta situación aspectos de índole económico pasan a segundo plano, debido a que la atención de emergencia no puede ser condicionada u obstaculizada.

2.2.3.6. Jurisprudencia Del Tribunal Constitucional

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional del Perú tiene un papel clave en la protección del derecho a la salud, estableciendo precedentes relevantes sobre la atención de emergencia, el servicio nocturno y el internamiento hospitalario. Asimismo, ha reafirmado que el derecho a la salud no solo implica el acceso a los servicios médicos, sino también la calidad y la oportunidad de la atención. En la sentencia correspondiente al expediente N.º 00422-2021-AA/TC, se abordó la vulneración del derecho a la salud de un ciudadano que no recibió atención médica inmediata en un hospital público. El Tribunal Constitucional determinó que la omisión de los servicios de emergencia, incluso en horarios nocturnos, constituye una grave afectación a los derechos fundamentales a la vida y a la integridad personal. De esta forma, se resaltó

que la obligación del Estado debe garantizar una atención continua, sin discriminación alguna, en todos los horarios y circunstancias (Tribunal Constitucional del Perú, 2021).

En un caso relacionado con el internamiento de pacientes, el expediente N.º 02524-2024-HC/TC abordó la situación de menores internados en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña, quienes dependían de ventilación mecánica prolongada. Ante la falta de condiciones adecuadas para su internamiento, el Tribunal ordenó la implementación de un programa de ventilación domiciliaria, garantizando la continuidad del tratamiento fuera del entorno hospitalario. Esta sentencia refuerza la idea de que el internamiento debe ser realizado bajo condiciones dignas y que los servicios de salud, incluidos aquellos ofrecidos en turnos nocturnos, deben ser continuos, especializados y adaptados a las necesidades de los pacientes más vulnerables (Tribunal Constitucional del Perú, 2024).

2.2.4. Rol de la Autoridad de Salud

La Ley General de Salud (Ley N° 26842, 1997) dedica su Título V a definir el rol y las atribuciones de la Autoridad de Salud. El artículo 122 establece que "la Autoridad de Salud se organiza y se ejerce a nivel central, desconcentrado y descentralizado", reconociendo la necesidad de una estructura que permita una gestión eficiente en todo el territorio nacional.

El artículo 123 define a la Autoridad de Salud de nivel nacional como "el órgano especializado del Poder Ejecutivo que tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud". Esta definición otorga al Ministerio de Salud un rol central en la formulación y ejecución de políticas sanitarias.

Las principales funciones de la Autoridad de Salud, según se desprende de diversos artículos de la ley, incluyen:

1. Dictar normas y establecer procedimientos relacionados con la salud (artículo 126).
2. Velar por el cumplimiento de las normas de salud (artículo 128).

3. Ejercer la vigilancia de la salud pública (artículo 78).
4. Coordinar y ejecutar acciones de prevención, control y atención de la salud (artículos 76 y 77).
5. Supervisar el funcionamiento de los establecimientos de salud (artículo 37).

La ley también faculta a la Autoridad de Salud para aplicar medidas de seguridad y sanciones en caso de incumplimiento de las normas sanitarias (artículos 130-137). Estas atribuciones son fundamentales para garantizar la calidad y seguridad de los servicios de salud, así como para proteger la salud pública en situaciones de emergencia o riesgo sanitario.

2.2.5. Categorización de los centros de salud

La categorización de los establecimientos de salud es un proceso fundamental para organizar y optimizar la prestación de servicios sanitarios a la población. Este sistema de clasificación permite estructurar la oferta de atención médica de acuerdo con niveles de complejidad y capacidad resolutiva, con el fin de responder adecuadamente a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades (Ministerio de Salud, 2011).

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03, los establecimientos de salud se categorizan en tres niveles de atención, cada uno con características y funciones específicas:

1. El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud. Está orientado principalmente a la promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (Ministerio de Salud, 2011). Comprende las siguientes categorías:

    a) Categoría I-1: Esta categoría corresponde a los puestos de salud o postas de salud con profesionales de salud no médicos. Su función principal es realizar actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de atención intramural y extramural.

Cuentan con la Unidad Productora de Servicios (UPSS) de Consulta Externa y realizan principalmente atención ambulatoria.

b) Categoría I-2: En esta categoría se encuentran los puestos de salud o postas de salud con médico. Además de las funciones de la categoría I-1, estos establecimientos pueden realizar atención integral ambulatoria con énfasis en promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes. Cuentan con la UPSS Consulta Externa y un médico cirujano.

c) Categoría I-3: Corresponde a los centros de salud sin internamiento. Estos establecimientos realizan atención integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes. Cuentan con UPSS Consulta Externa y UPSS Patología Clínica (laboratorio clínico). Tienen médicos especialistas en medicina familiar, ginecología y obstetricia, y pediatría.

d) Categoría I-4: Son centros de salud con internamiento. Además de las funciones de la categoría I-3, pueden realizar internamiento de corta estancia, principalmente para el área materno-perinatal. Cuentan con UPSS Consulta Externa, UPSS Patología Clínica, UPSS Farmacia y UPSS Centro Obstétrico.

2. El segundo nivel de atención complementa la atención integral iniciada en el primer nivel, agregando un grado mayor de especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos (Ministerio de Salud, 2011). Incluye las siguientes categorías

a) Categoría II-1: Corresponde a hospitales y clínicas de atención general. Brindan atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas: medicina interna, ginecología, cirugía general y pediatría. Cuentan con UPSS Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico,

Medicina de Rehabilitación, Diagnóstico por Imágenes, Patología Clínica, entre otras.

b) Categoría II-2: Son hospitales y clínicas con mayor especialización. Además de las especialidades de la categoría II-1, cuentan con otras especialidades y subespecialidades. Tienen UPSS de mayor complejidad como Cuidados Intensivos. Realizan atención ambulatoria, hospitalaria y de emergencia de alta complejidad.

c) Categoría II-E: Esta categoría corresponde a hospitales y clínicas de atención especializada. Se enfocan en una especialidad principal y sus subespecialidades. Por ejemplo, pueden ser institutos especializados en salud mental, oftalmología, o cardiología.

3. El tercer nivel de atención es el de mayor especialización y capacidad resolutiva en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de problemas de salud que son referidos de los niveles precedentes (Ministerio de Salud, 2011). Comprende las siguientes categorías:

   a) Categoría III-1: Son hospitales y clínicas de atención general con el máximo nivel de atención. Brindan atención integral ambulatoria, hospitalaria y de emergencia altamente especializada. Cuentan con todas las UPSS de las categorías anteriores y además tienen unidades altamente especializadas como trasplante de órganos, cirugía oncológica compleja, entre otras.

   b) Categoría III-E: Corresponde a institutos especializados. Son establecimientos de salud de atención especializada en un campo clínico específico, que además de la atención altamente especializada, realizan docencia e investigación en su campo.

   c) Categoría III-2: Es la categoría de mayor complejidad. Corresponde a institutos especializados que, además de las características de la categoría III-E, desarrollan investigación y docencia a nivel nacional e internacional en su campo de especialización.

Es importante destacar que cada categoría superior incluye las capacidades de las categorías precedentes, agregando mayor complejidad y especialización. Además, la categorización no solo considera la infraestructura y el equipamiento, sino también la capacidad resolutiva en términos de recursos humanos especializados y la capacidad de realizar procedimientos de diagnóstico y tratamiento cada vez más complejos (Nevárez et al., 2007).

Los establecimientos de salud categorizados como I-3 enfrentan diversas limitaciones que afectan la calidad de los servicios prestados, especialmente en términos de equipamiento, infraestructura y personal especializado. Estas deficiencias en la gestión de recursos, sumadas a la alta rotación del personal y la sobrecarga laboral, impactan negativamente en la continuidad y eficiencia de la atención. Como resultado, se ve reducida su capacidad resolutiva, lo que compromete su eficacia como primer punto de atención dentro del sistema de salud (Pari et al., 2024).

El impacto de estas limitaciones en la calidad de la atención también se refleja en la interacción entre los usuarios y los servicios de salud. La percepción de los pacientes juega un papel fundamental en la evaluación de la calidad, ya que la capacidad de los servicios para satisfacer sus expectativas influye directamente en la mejora de su experiencia. Un estudio realizado sobre la satisfacción del usuario, que abarcó varios países, evidenció que los servicios que cumplen con las expectativas de los pacientes logran una mejor percepción de la calidad de la atención (Araujo, 2022).

Por otro lado, el proceso de categorización de los establecimientos de salud en Perú está regulado por la *Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud*, aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º 076-2014/MINSA. Este proceso clasifica los establecimientos según diversos criterios como infraestructura, equipamiento, recursos humanos y los servicios que ofrecen, los cuales son evaluados a través de visitas técnicas especializadas. La categorización tiene una vigencia de tres años, tras lo cual los establecimientos deben someterse a un proceso de

recategorización para asegurar que continúan cumpliendo con los estándares de calidad y los requisitos normativos establecidos (Ministerio de Salud del Perú, 2014).

2.2.6. Definición de términos

1. **Derecho a la salud**: Este derecho humano fundamental trasciende la mera ausencia de enfermedad, abarcando un estado de completo bienestar físico, mental y social. Implica no solo el acceso a servicios médicos, sino también a condiciones que permitan una vida saludable, como agua potable, saneamiento adecuado, alimentación nutritiva y vivienda digna (Escribano, 2015).
2. **Determinantes sociales de la salud:** Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estas condiciones están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local (Lema, 2021).
3. **Accesibilidad:** Como componente esencial del derecho a la salud, la accesibilidad implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación alguna. Esto abarca cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).
4. **Disponibilidad:** Este elemento del derecho a la salud se refiere a la existencia de una cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud. La disponibilidad incluye los determinantes subyacentes de la salud, como agua potable, instalaciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas, etc. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).
5. **Aceptabilidad:** La aceptabilidad como aspecto del derecho a la salud requiere que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud

sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. Esto significa que deben ser sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, respetar la confidencialidad y estar concebidos para mejorar el estado de salud de las personas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

6. **Calidad:** La calidad como componente del derecho a la salud exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y sean de buena calidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

7. **Implementación**: La implementación en el contexto del derecho a la salud se refiere al proceso de traducir las normas y estándares de este derecho en políticas, programas y acciones concretas. Implica la adopción de medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

8. **Monitoreo**: El monitoreo en el ámbito del derecho a la salud implica la evaluación sistemática y continua del progreso hacia la realización de este derecho. Incluye la recolección, análisis y uso de información sobre indicadores de salud, el funcionamiento del sistema de salud y los factores que influyen en la salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

9. **Ley General de Salud:** Es el marco normativo fundamental que establece los principios y normas básicas para la protección de la salud en Perú. Esta ley define la salud como un derecho fundamental y establece las responsabilidades del Estado y de los ciudadanos en materia de salud (García, 2020).

10. **Categorización de establecimientos de salud:** Es un sistema de clasificación que organiza la oferta de servicios de salud según niveles de complejidad y capacidad resolutiva. Este sistema permite estructurar la red de servicios de salud de manera que se pueda

responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población (Ministerio de Salud, 2011).

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo, el cual nos permite profundizar en la comprensión de fenómenos complejos desde la perspectiva de los participantes en su contexto natural (Hernández y Mendoza, 2018). Pues se busca explorar y describir la vulneración del derecho a la salud y la aplicación de la Ley 26842 en el Centro de Salud Huepetuhe I-3 durante el año 2023.

El tipo de estudio es descriptivo-explicativo, ya que no solo pretendemos detallar la situación actual del fenómeno en cuestión, sino también interpretar las experiencias y percepciones de los actores involucrados. Como señala Ñaupas et al. (2018), este tipo de investigación permite desarrollar una comprensión profunda del fenómeno central del estudio, lo cual es fundamental para abordar la complejidad de los derechos en salud y su aplicación práctica.

3.2. Diseño del estudio

En esta investigación se adopta un diseño fenomenológico, puesto que, como señalan Delve y Limpaecher (2022), este enfoque cualitativo permite comprender y describir la esencia de un fenómeno a partir de las experiencias vividas por los sujetos, evitando las concepciones preconcebidas del investigador. En este caso, se busca comprender las percepciones y vivencias

de los usuarios y profesionales de salud frente a la vulneración del derecho a la salud y la aplicación de la Ley 26842 en el Centro de Salud Huepetuhe I-3.

3.3. Población y muestra

La población de estudio está compuesta por el personal del C.S. Huepetuhe I-3 y los usuarios del centro de salud. Para la selección de la muestra, se utiliza un muestreo intencional, también conocido como muestreo por conveniencia o propositivo. Este tipo de muestreo, como indica Hernández y Mendoza (2018), permite seleccionar casos ricos en información para un estudio en profundidad.

La muestra está conformada por:

- **Personal del C.S. Huepetuhe I-3**: Se incluyeron a 06 profesionales de la salud y personal administrativo que tenga conocimiento directo sobre la aplicación de la Ley 26842 y la atención a los usuarios. Los mismos que cuentan con calidad indeterminada y laboraron durante el 2023 en el C.S. Huepetuhe.
- **Usuarios del centro de salud**: Se seleccionaron 12 pacientes que hayan recibido atención en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023 y que puedan proporcionar información relevante sobre sus experiencias en relación con el derecho a la salud. Estos pacientes serán seleccionados considerando su condición de electores en el distrito de Huepetuhe con anterioridad al año 2023.

3.4. Métodos y técnicas

Las principales técnicas de recolección de datos es la entrevista estructurada. La entrevista, como señalan Ñaupas et al. (2018), permite obtener descripciones del mundo vivido de los entrevistados con respecto a la interpretación del significado de los fenómenos descritos. Asimismo, ofrecen la flexibilidad necesaria para explorar temas emergentes mientras se mantiene un enfoque en los objetivos de la investigación.

Se desarrollaron dos guías de entrevista:

1. Una dirigida al personal del centro de salud, enfocada en su comprensión y aplicación de la Ley 26842, así como en sus percepciones sobre la realización del derecho a la salud en su práctica diaria.
2. Otra dirigida a los usuarios, centrada en sus experiencias de atención, percepciones sobre la realización de su derecho a la salud y conocimiento sobre sus derechos como pacientes.

Estos se seleccionaron con los criterios de inclusión:

- Personal de salud con vínculo laboral indeterminado que laboró durante el 2023 en el C.S. Huepetuhe I-3.
- Pacientes residentes en Huepetuhe, cuyo DNI haya sido emitido con anterioridad al 2023 y que recibieron atención en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023.

3.5. Tratamiento de los datos

Para el tratamiento de los datos recopilados en la guía de entrevista se empleó el análisis de contenido, una técnica que permite la interpretación de textos, esto es en base a toda clase de registros de datos, trascripción de entrevistas, discursos (Ñaupas et al, 2018).

El proceso de análisis fueron los siguientes pasos:

1. Transcripción de las entrevistas: Se realizó una transcripción de todas las entrevistas realizadas.
2. Codificación: Se procedió a la codificación de los datos, identificando temas y patrones emergentes. Se utilizará un enfoque de codificación abierta, seguido de una codificación axial para establecer relaciones entre las categorías identificadas.
3. Interpretación: Se realizó una interpretación profunda de los datos, buscando comprender las experiencias y percepciones de los participantes en relación con el fenómeno estudiado.

4. Triangulación: Para aumentar la validez y confiabilidad del estudio, se triangularon los datos obtenidos de diferentes fuentes (personal de salud, usuarios, documentos) y métodos (entrevistas).

Para garantizar la validez y confiabilidad del análisis, se utilizó la triangulación de datos, contrastando la información obtenida de diferentes fuentes (personal de salud, usuarios).

CAPITULO IV: RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

4.1 Análisis y resultados

En el presente subcapítulo se exponen los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento de investigación, consistente en entrevistas realizadas a los actores vinculados al Centro de Salud Huepetuhe I-3 durante el año 2023. Dicho instrumento fue diseñado en función de la categoría principal de estudio: la vulneración del derecho a la salud en relación con la aplicación de la Ley N.º 26842, estructurándose a su vez en subcategorías que permiten un análisis más ordenado y comprensible de la información recopilada.

En ese sentido, para facilitar la interpretación de los hallazgos, los resultados se presentan siguiendo una organización basada en dichas subcategorías, lo que permite evidenciar las distintas manifestaciones de la problemática estudiada.

Cabe señalar que el trabajo de campo constituye un componente fundamental de la investigación, en tanto se desarrolló en un contexto específico, delimitado temporal y espacialmente al Centro de Salud Huepetuhe I-3 durante el año 2023. Su finalidad ha sido recoger información relevante que contribuya a dar respuesta a las preguntas de investigación; no obstante, es importante precisar que, como todo estudio empírico, se encuentra sujeto a ciertas limitaciones propias del contexto en el que se llevó a cabo.

4.2 Presentación de resultados

4.2.1. Resultados en base al objetivo específico N° 1:

El objetivo es describir el estado de cumplimiento de derecho a la salud y servicios de salud en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

Tabla 3
Dificultades en el acceso a los servicios de salud

Pregunta N° 1: ¿Qué dificultades ha tenido usted o su familia para acceder oportunamente a los servicios de este C.S.?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Señala que existen largas horas de espera para ser atendido.
Usuario N.° 02	Indica que no hay atención en horario nocturno.
Usuario N.° 03	Refiere demoras en la atención y dificultad para conseguir citas.
Personal de salud N.° 01	Reconoce que la alta demanda genera retrasos en la atención.
Personal de salud N.° 02	Señala que la falta de personal limita la rapidez del servicio.

Se evidencia que el acceso oportuno a los servicios de salud se encuentra limitado por factores como los prolongados tiempos de espera y la ausencia de atención continua. Tanto los usuarios como el personal de salud coinciden en que estas dificultades responden a una alta demanda y a la insuficiencia de recursos humanos, lo que afecta el cumplimiento del derecho a la salud en su dimensión de accesibilidad.

Tabla 4
Disponibilidad de servicios y personal de salud

Pregunta N.° 02: ¿Qué servicios o profesionales de salud considera usted que hacen falta en este C.S.?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Menciona la falta de especialistas como pediatra.
Usuario N.° 02	Indica que no hay ginecólogo ni servicios de ecografía.
Usuario N.° 03	Señala la ausencia de servicios especializados.
Personal de salud N.° 01	Reconoce la falta de especialistas médicos.
Personal de salud N.° 02	Indica que el establecimiento tiene limitaciones en su capacidad resolutiva.

Los resultados evidencian que el establecimiento presenta limitaciones en la disponibilidad de servicios y profesionales de salud, especialmente en cuanto a especialidades médicas. Esta situación restringe la atención integral de los usuarios, afectando el cumplimiento del derecho a la salud en su dimensión de disponibilidad.

Tabla 5
Calidad de la atención en el servicio de salud

Pregunta N.° 03: ¿Cómo describiría la calidad de la atención que ha recibido en este C.S. y en qué aspectos cree que podría mejorar?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Considera que la atención es regular debido a la demora.
Usuario N.° 02	Señala que la atención podría mejorar en rapidez.
Usuario N.° 03	Indica que falta mejor organización en la atención.
Personal de salud N.° 01	Reconoce limitaciones en la calidad por falta de recursos.
Personal de salud N.° 02	Señala que la calidad se ve afectada por la carga laboral.

Se evidencia que la calidad de la atención es percibida como regular, principalmente debido a la demora en la atención y a la falta de organización. El personal de salud coincide en que estas deficiencias se relacionan con limitaciones estructurales, lo que impacta negativamente en el cumplimiento del derecho a la salud en su dimensión de calidad.

Tabla 6
Continuidad y seguimiento de la atención médica

Pregunta N.° 04: ¿Qué experiencias ha tenido con el seguimiento y la continuidad de su atención después de una consulta o tratamiento?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Indica que no recibe seguimiento después de la atención.
Usuario N.° 02	Señala que no hay control posterior a tratamientos.
Usuario N.° 03	Refiere falta de continuidad en la atención.
Personal de salud N.° 01	Reconoce que no se realiza seguimiento constante.
Personal de salud N.° 02	Indica que el seguimiento es limitado por falta de tiempo.

Los resultados muestran que la continuidad del servicio de salud es limitada, evidenciándose una ausencia de seguimiento posterior a la atención médica. Esta situación debilita la integralidad del servicio y afecta el cumplimiento del derecho a la salud en su dimensión de continuidad.

En base a las respuestas obtenidas en las entrevistas, se evidencia que el estado de cumplimiento del derecho a la salud y los servicios de salud en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023 es limitado. En particular, se identifican deficiencias en el acceso oportuno a los servicios, manifestadas en prolongados tiempos de espera y la ausencia de atención en horario nocturno; asimismo, se observa una insuficiente disponibilidad de servicios y profesionales de salud, lo que restringe la atención integral de los usuarios. Del mismo modo, la calidad de la atención es percibida como regular, principalmente por problemas organizativos y de carga laboral, mientras que la continuidad del servicio se ve afectada por la falta de seguimiento posterior a la atención médica. En ese sentido, tanto usuarios como personal de salud coinciden en que dichas limitaciones responden a factores estructurales del establecimiento, lo cual incide negativamente en el cumplimiento efectivo del derecho a la salud en sus dimensiones de accesibilidad, disponibilidad, calidad y continuidad.

4.2.2 Resultados en base al objetivo específico N° 2:

Identificar el cumplimiento de lo dispuesto en la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

Tabla 7
Consentimiento informado y respeto a la decisión del paciente

Pregunta N.° 05: ¿De qué manera le explicaron los procedimientos o tratamientos antes de realizarlos y cómo sintió que respetaron su decisión?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Señala que recibió una explicación básica antes del procedimiento.
Usuario N.° 02	Indica que le informaron, pero de manera breve.
Usuario N.° 03	Refiere que se respetó su decisión, aunque con poca información.
Personal de salud N.° 01	Señala que se informa al paciente antes de cualquier procedimiento.

Pregunta N.° 05: ¿De qué manera le explicaron los procedimientos o tratamientos antes de realizarlos y cómo sintió que respetaron su decisión?	
Entrevistado	**Respuesta**
Personal de salud N.° 02	Indica que se sigue el protocolo de consentimiento informado.

Se evidencia que el consentimiento informado es aplicado en el establecimiento, aunque de manera limitada, ya que la información brindada no siempre es suficiente para garantizar una comprensión plena del paciente, lo que refleja un cumplimiento parcial de lo dispuesto en la Ley 26842.

Tabla 8

Medidas de protección frente a enfermedades contagiosas

Pregunta N.° 06: ¿Qué medidas observó en el C.S. para proteger la salud frente a enfermedades contagiosas?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Señala que hay campañas informativas sobre dengue.
Usuario N.° 02	Indica que no observa medidas constantes de prevención.
Usuario N.° 03	Refiere desconocer protocolos específicos.
Personal de salud N.° 01	Menciona campañas de prevención y control.
Personal de salud N.° 02	Señala que se aplican medidas según el tipo de enfermedad.

Se evidencia que las acciones de prevención existen, pero su difusión y percepción por parte de los usuarios es limitada, lo que refleja una aplicación insuficiente de las disposiciones de la Ley 26842 en materia de salud pública.

Tabla 9

Atención a pacientes en etapa terminal

Pregunta N.° 07: ¿Cómo se maneja la atención de pacientes terminales y el respeto de sus decisiones?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Indica que estos casos son derivados a otros centros.
Usuario N.° 02	Señala que no ha observado este tipo de atención.
Personal de salud N.° 01	Refiere que no se atienden casos terminales en el establecimiento.
Personal de salud N.° 02	Indica que se realiza derivación a hospitales especializados.

Se evidencia que el establecimiento no cuenta con capacidad para atender pacientes terminales, por lo que recurre a la derivación, lo cual limita el cumplimiento integral de la Ley 26842 en este aspecto.

Tabla 10
Acceso a la información en salud

Pregunta N.° 08: ¿Qué información en salud recibió y cómo le ayudó?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Señala que recibió información sobre dengue.
Usuario N.° 02	Indica que la información es ocasional.
Usuario N.° 03	Refiere que no recibe información constante.
Personal de salud N.° 01	Señala que se brindan charlas informativas.
Personal de salud N.° 02	Indica que se realizan campañas de prevención.

Se evidencia que la información en salud es brindada, pero de manera limitada y no constante, lo que restringe el cumplimiento de la Ley 26842 en cuanto al derecho a la educación en salud.

Tabla 11
Percepción del cumplimiento normativo

Pregunta N.° 09: ¿Cómo percibe el cumplimiento de las normas de salud en este C.S.?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Considera que no se cumplen adecuadamente las normas.
Usuario N.° 02	Señala que existen deficiencias en la atención.
Personal de salud N.° 01	Indica que se cumple parcialmente.
Personal de salud N.° 02	Reconoce limitaciones en la aplicación de las normas.

Se evidencia una percepción generalizada de cumplimiento parcial de las normas de salud, lo que refleja una brecha entre lo dispuesto en la Ley 26842 y su aplicación práctica.

Tabla 12
Medidas de seguridad y corrección

Pregunta N.° 10: ¿Qué medidas correctivas ha observado ante fallas en la atención?	
Entrevistado	**Respuesta**
Usuario N.° 01	Señala que no observa medidas correctivas claras.
Usuario N.° 02	Indica que no hay seguimiento de errores.
Personal de salud N.° 01	Menciona que se toman medidas internas.
Personal de salud N.° 02	Indica que existen protocolos, pero limitados.

Se evidencia que las medidas correctivas no son claramente percibidas por los usuarios, lo que sugiere una aplicación débil de mecanismos de control y mejora continua establecidos en la Ley 26842.

Respecto al análisis de las respuestas obtenidas, se evidencia que el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley N.° 26842 en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023 es parcial. Si bien se observan prácticas alineadas con la normativa, como la aplicación del consentimiento informado y la realización de campañas de salud, estas se desarrollan de manera limitada. Asimismo, se identifican deficiencias en la difusión de información en salud, en la implementación de medidas preventivas frente a enfermedades contagiosas y en la aplicación de mecanismos correctivos ante fallas en la atención. En ese sentido, tanto usuarios como personal de salud coinciden en la existencia de una brecha entre lo establecido en la normativa y su ejecución en la práctica, lo que evidencia un cumplimiento incompleto de la Ley 26842.

4.2.3 Resultados en base al objetivo específico N°3:

Analizar la vulneración del derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

En el presente apartado se analizan las situaciones identificadas previamente, con la finalidad de determinar de qué manera la aplicación de la Ley N.° 26842 se relaciona con la vulneración del derecho a la salud en el C.S. Huepetuhe I-3. Para ello, se realiza una integración de los hallazgos obtenidos tanto desde la percepción de los usuarios como del personal de salud, contrastándolos con las exigencias normativas.

Tabla 13

Relación entre deficiencias del servicio, incumplimiento normativo y vulneración del derecho a la salud

Situación identificada	Exigencia de la Ley 26842	Condición observada	Tipo de vulneración
Falta de atención nocturna.	Acceso continuo a los servicios de salud.	No existe atención en horario nocturno.	Vulneración del acceso oportuno.
Prolongados tiempos de espera.	Atención oportuna y eficiente.	Esperas de 3 a 4 horas	Vulneración del acceso efectivo.
Falta de especialistas	Atención integral de salud	Ausencia de pediatra y ginecólogo	Vulneración de la integralidad
Escasez de medicamentos	Disponibilidad de recursos en salud	Desabastecimiento en farmacia	Vulneración del acceso al tratamiento
Limitado consentimiento informado	Derecho a la información en salud	Información básica e insuficiente	Vulneración del derecho a decidir informado
Débil difusión en salud pública	Promoción y prevención de la salud	Información ocasional y no constante	Vulneración del derecho a la información
Ausencia de medidas correctivas visibles	Control y mejora del servicio	Falta de seguimiento ante fallas	Vulneración de la calidad del servicio

Del análisis integrado de los resultados, se evidencia que la vulneración del derecho a la salud en el C.S. Huepetuhe I-3 no se presenta como un hecho aislado, sino como consecuencia de múltiples deficiencias en la prestación del servicio, las cuales se relacionan directamente con la aplicación parcial de la Ley N.° 26842. En particular, la ausencia de atención continua, la limitada capacidad resolutiva del establecimiento y la escasez de recursos afectan el acceso oportuno, la integralidad y la calidad de la atención en salud.

Asimismo, tanto usuarios como personal de salud coinciden en identificar estas limitaciones, lo que refuerza la consistencia de los hallazgos. No obstante, mientras los usuarios perciben estas deficiencias como una falta en la atención recibida, el personal de salud las atribuye principalmente a factores estructurales, evidenciando una problemática que trasciende el ámbito individual y se sitúa en el nivel institucional.

En ese sentido, la vulneración del derecho a la salud se configura a partir de la brecha existente entre lo dispuesto en la Ley N.° 26842 y su aplicación en la práctica, lo que impide garantizar plenamente las condiciones de acceso, disponibilidad, calidad y continuidad de los servicios de salud.

4.2.4 Resultados en base al objetivo general

Explicar la vulneración del derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.

A partir del análisis conjunto de los resultados obtenidos en los objetivos específicos, se puede advertir que la vulneración del derecho a la salud en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023 no responde a situaciones aisladas, sino a una serie de condiciones estructurales que inciden directamente en la prestación del servicio y en la aplicación efectiva de la Ley N.° 26842.

En efecto, por un lado, se ha evidenciado que el acceso a los servicios de salud se encuentra materialmente restringido, debido a factores como la ausencia de atención en horario nocturno, los prolongados tiempos de espera y la limitada disponibilidad de profesionales y recursos médicos. Estas condiciones no solo dificultan el acceso oportuno, sino que también afectan la integralidad y continuidad de la atención, aspectos que forman parte del contenido esencial del derecho a la salud.

Por otro lado, en cuanto al cumplimiento de la Ley N.° 26842, si bien se identifican ciertas prácticas que se ajustan a la normativa —como la aplicación del consentimiento informado o la realización de campañas de salud—, estas se desarrollan de manera parcial y, en algunos casos, meramente formal. En particular, se observa una débil implementación de medidas vinculadas a la

prevención, la información en salud y los mecanismos de control frente a fallas en la atención, lo que evidencia una brecha entre lo dispuesto en la norma y su ejecución en la práctica.

En ese sentido, la vulneración del derecho a la salud se configura precisamente en esa distancia entre el plano normativo y la realidad del servicio. Es decir, no se trata únicamente de la inexistencia de la norma, sino de una aplicación incompleta que impide garantizar de manera efectiva condiciones mínimas de accesibilidad, disponibilidad, calidad y continuidad en la atención de salud.

Asimismo, resulta relevante señalar que tanto los usuarios como el personal de salud coinciden en identificar estas limitaciones, aunque desde perspectivas distintas. Mientras los usuarios perciben directamente las deficiencias en la atención, el personal de salud las atribuye a factores estructurales como la falta de recursos y la alta demanda. Esta coincidencia refuerza la idea de que la problemática no es individual, sino institucional.

En consecuencia, se puede resaltar que la vulneración del derecho a la salud en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023 se explica por una aplicación parcial de la Ley N.° 26842, en un contexto marcado por limitaciones estructurales del sistema de salud, lo que impide que la norma se traduzca en una garantía efectiva del derecho en la práctica. <

4.3 Discusión de resultados

En relación con el Objetivo Específico N.° 1, orientado a describir el estado de cumplimiento del derecho a la salud en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023, el principal hallazgo revela que dicho cumplimiento es limitado. Esta limitación se manifiesta de manera crítica en la falta de atención en horario nocturno y en los prolongados tiempos de espera, lo que restringe el acceso oportuno de los usuarios. Asimismo, la disponibilidad de profesionales y servicios resulta insuficiente para garantizar una atención integral, percibiéndose una calidad solo “regular”, principalmente debido a la sobrecarga laboral y a problemas organizativos. En ese sentido, no se trata de situaciones aisladas, sino de deficiencias que responden a factores

estructurales del establecimiento, los cuales impactan directamente en las dimensiones de accesibilidad, disponibilidad, calidad y continuidad del servicio de salud.

Este escenario no solo coincide, sino que se explica a la luz de lo desarrollado en la literatura. En ese sentido, Sundler et al. (2021) señalan que la vulneración del derecho a la salud suele manifestarse en la falta de accesibilidad y disponibilidad de los servicios; lo cual se refleja directamente en los resultados obtenidos en el C.S. Huepetuhe I-3, donde la ausencia de atención nocturna y los prolongados tiempos de espera evidencian una restricción concreta al acceso oportuno. De igual manera, a nivel nacional, Mamani y Paz (2020) y Chambi y Jara (2021) sostienen que el derecho a la salud en el Perú no se encuentra plenamente garantizado debido a deficiencias en infraestructura, personal y recursos, especialmente en el primer nivel de atención; situación que se reproduce en el caso analizado, en el que la insuficiente disponibilidad de profesionales y servicios limita la posibilidad de brindar una atención integral. Asimismo, Pari et al. (2024) precisan que los establecimientos de categoría I-3 presentan limitaciones en equipamiento y personal especializado, lo que reduce su capacidad resolutiva; aspecto que se evidencia claramente en Huepetuhe, donde la falta de especialistas y servicios médicos confirma dicha limitación estructural. En consecuencia, los hallazgos de la presente investigación no solo coinciden con los antecedentes, sino que los materializan en un contexto específico, demostrando cómo estas deficiencias se traducen en una afectación real del derecho a la salud en la población.

Desde una perspectiva doctrinal, la situación identificada contraviene los componentes esenciales del derecho a la salud establecidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) en su Observación General N.° 14, la cual exige que los servicios de salud sean disponibles en cantidad suficiente y accesibles para la población. En este caso, la falta de personal y de servicios especializados evidencia una afectación directa al componente de disponibilidad, lo que implica que el derecho no se garantiza en condiciones mínimas. A ello se suma el criterio del Tribunal Constitucional,

que en la sentencia del Expediente N.° 00422-2021-AA/TC ha señalado que la omisión de servicios de salud, incluso en horarios nocturnos, puede constituir una afectación a derechos fundamentales como la vida y la integridad personal, además de vulnerar los principios de continuidad y oportunidad que deben regir la prestación de los servicios de salud. Esto permite entender que la problemática identificada no solo es administrativa, sino también constitucionalmente relevante.

En ese sentido, el hallazgo no solo cumple con el propósito del Objetivo Específico N.° 1, sino que además permite evidenciar una brecha material entre lo que dispone el marco normativo —como la Ley N.° 26842— y la realidad operativa del C.S. Huepetuhe. Esta diferencia entre norma y práctica es clave, ya que explica cómo la vulneración del derecho a la salud no se produce por la ausencia de regulación, sino por una aplicación parcial de la misma, condicionada por limitaciones estructurales del sistema de salud.

Con ello, las implicaciones de este hallazgo son significativas, ya que evidencian un riesgo real para la vida y la salud de la población de Huepetuhe, que supera los 11,000 habitantes y que, al no contar con atención nocturna ni con servicios alternativos cercanos, se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad frente a emergencias. Esta situación se agrava si se considera la distancia geográfica con centros de mayor complejidad, como Puerto Maldonado, lo que limita aún más la capacidad de respuesta ante situaciones críticas. En cuanto a los aportes, el estudio permite evidenciar empíricamente que la categorización I-3 resulta insuficiente en contextos de difícil acceso si no se garantiza una adecuada dotación de recursos humanos y materiales. Asimismo, resalta la necesidad de fortalecer el rol de la Autoridad de Salud en la supervisión y gestión descentralizada, a fin de reducir la brecha entre la norma y su aplicación efectiva. El hecho de que tanto usuarios como personal de salud coincidan en identificar que el problema es de carácter estructural y no individual constituye un aporte relevante, ya que orienta las posibles soluciones hacia mejoras en la gestión institucional y en la asignación de recursos.

Respecto al Objetivo Específico N.° 2, orientado a identificar el cumplimiento de la Ley N.° 26842 en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023, el hallazgo fundamental permite sostener que dicho cumplimiento es parcial. En efecto, si bien se aplican formalmente algunos preceptos de la norma —como el consentimiento informado y la realización de campañas de salud—, estas acciones se desarrollan de manera limitada y, en ciertos casos, más como un cumplimiento protocolar que como una garantía real para el usuario. Esto se evidencia en las deficiencias detectadas en aspectos clave de la ley, como la difusión de información en salud, la implementación efectiva de medidas preventivas frente a enfermedades contagiosas y la ausencia de mecanismos correctivos visibles ante fallas en la atención. En ese sentido, no se trata de un incumplimiento absoluto, sino de una aplicación incompleta que genera una brecha material entre lo que la norma dispone y lo que efectivamente se ejecuta en la práctica.

Este resultado no solo coincide, sino que se explica a partir de lo desarrollado en la literatura. Así, Mamani y Paz (2020) sostienen que la Ley N.° 26842, pese a reconocer derechos en materia de salud, no establece garantías suficientes para su plena efectividad, lo que se refleja en el caso de Huepetuhe, donde la existencia de normas no se traduce necesariamente en una atención adecuada. De igual manera, Chambi y Jara (2021) identifican una falla sistemática en la protección del derecho a la salud en el Perú, señalando que las limitaciones en infraestructura y personal impiden cumplir con los estándares de calidad exigidos por la ley; situación que se evidencia claramente en el establecimiento analizado, donde dichas limitaciones condicionan la aplicación real de la normativa. En consecuencia, los hallazgos de la presente investigación no solo coinciden con estos antecedentes, sino que los concretizan en un contexto específico, demostrando cómo la debilidad estructural del sistema impacta directamente en el cumplimiento normativo.

Desde el plano doctrinal, esta aplicación parcial de la Ley N.° 26842 resulta incompatible con la concepción de la salud como un derecho inalienable y como un componente esencial del desarrollo humano. En particular, la falta de mecanismos efectivos de control y la limitada difusión de información en salud

evidencian un incumplimiento de las funciones de la Autoridad de Salud, la cual, conforme al artículo 128 de la propia ley, tiene la obligación de velar por el cumplimiento de las normas sanitarias y ejercer vigilancia sobre la salud pública. Esto permite advertir que el problema no radica únicamente en el nivel operativo del establecimiento, sino también en la debilidad del sistema de supervisión y control.

A nivel jurisprudencial, el Tribunal Constitucional ha sido claro en señalar que el derecho a la salud no puede entenderse como un mandato meramente programático, sino como un derecho fundamental exigible. En ese sentido, lo establecido en el Expediente N.° 03228-2012-PA/TC, donde se precisa que el sistema sanitario debe garantizar efectivamente la calidad y oportunidad de la atención, entra en tensión con lo observado en Huepetuhe, donde la aplicación incompleta de la ley impide alcanzar dichos estándares, incluso en contextos donde está en juego la dignidad de la persona.

Es así, que, las implicaciones de este hallazgo son relevantes, ya que evidencian que el marco legal vigente puede quedar reducido a una garantía meramente teórica si no existe una implementación efectiva. La débil ejecución de medidas preventivas y de control no solo afecta la calidad del servicio, sino que coloca a los usuarios en una situación de vulnerabilidad, especialmente frente a enfermedades infectocontagiosas propias del contexto amazónico. Como aporte, este estudio permite cuestionar el rol de supervisión de la Autoridad de Salud en los niveles descentralizados, evidenciando que no basta con la existencia de protocolos formales, sino que se requiere una gestión institucional más sólida que asegure su cumplimiento real. Asimismo, resalta la necesidad de fortalecer mecanismos de monitoreo que no solo verifiquen si la norma se cumple, sino cómo se cumple en la práctica, lo cual resulta fundamental para cerrar la brecha entre el derecho reconocido y el derecho efectivamente garantizado.

En base al objetivo específico N.° 3, orientado a analizar la vulneración del derecho a la salud frente a la aplicación de la Ley N.° 26842 en el C.S. Huepetuhe I-3, el hallazgo central permite sostener que dicha vulneración no constituye un hecho aislado, sino el resultado de una aplicación parcial e

incompleta de la normativa. En efecto, la problemática se materializa en la brecha existente entre lo que la ley dispone y la realidad operativa del establecimiento, donde la ausencia de atención continua, especialmente en horario nocturno, la limitada capacidad resolutiva y la escasez de recursos impiden garantizar condiciones mínimas de acceso oportuno y calidad en el servicio. Asimismo, resulta relevante que, mientras los usuarios perciben estas deficiencias como fallas directas en la atención, el personal de salud las atribuye a factores estructurales e institucionales, lo que evidencia que la raíz de la vulneración trasciende el ámbito individual y se sitúa en el funcionamiento del sistema.

Este resultado se puede explicar a partir de lo desarrollado por Sundler et al. (2021) y Arias y Xatruch (2023) advierten que, a nivel global, existe una brecha entre el reconocimiento formal del derecho a la salud y su ejercicio real, debido a ineficiencias administrativas y limitaciones estructurales; situación que se refleja claramente en el caso de Huepetuhe, donde la existencia de la Ley N.° 26842 no se traduce en una garantía efectiva del derecho. A nivel nacional, Chambi y Jara (2021) sostienen que existe una falla sistemática del Estado en la protección de este derecho, derivada de deficiencias en personal y equipamiento, lo que se evidencia directamente en el establecimiento analizado. De igual manera, Pari et al. (2024) señalan que los centros de categoría I-3 presentan una limitada capacidad resolutiva en contextos de alta demanda, lo cual coincide con los hallazgos obtenidos, donde la falta de especialistas y servicios adecuados restringe la atención integral. En consecuencia, la presente investigación no solo confirma estos antecedentes, sino que los materializa en un contexto específico, mostrando cómo estas limitaciones se traducen en una vulneración concreta del derecho a la salud.

Desde la doctrina, la situación observada resulta incompatible con el enfoque desarrollado por Venkatapuram (2013) y con la Observación General N.° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los cuales conciben el derecho a la salud como la garantía de condiciones que permitan alcanzar el bienestar integral, incluyendo la disponibilidad de servicios y medicamentos esenciales. En este caso, la aplicación meramente formal de

ciertos protocolos —como el consentimiento informado— sin asegurar condiciones básicas de atención, como la disponibilidad de servicios de emergencia, evidencia una reducción del derecho a un plano declarativo, lo que contradice su naturaleza como derecho fundamental orientado a generar condiciones reales de vida digna.

A nivel jurisprudencial, la vulneración identificada entra en clara contradicción con los criterios establecidos por el Tribunal Constitucional. En el Expediente N.° 00422-2021-AA/TC, el Tribunal ha señalado que la omisión de servicios de salud en horarios nocturnos o de emergencia constituye una afectación grave a derechos fundamentales como la vida y la integridad personal, lo cual se verifica en el caso de Huepetuhe. Asimismo, en el Expediente N.° 03228-2012-PA/TC se establece que el derecho a la salud es plenamente exigible y debe cumplir estándares de calidad, oportunidad y aceptabilidad, parámetros que no se alcanzan en el contexto analizado, lo que refuerza la existencia de una vulneración.

En este contexto, se demuestra que la vulneración del derecho a la salud es consecuencia directa de la distancia entre el plano normativo y la realidad del servicio. Esto valida la hipótesis de la investigación, al evidenciar que la sola existencia de la Ley N.° 26842 no garantiza el ejercicio efectivo del derecho si su aplicación es parcial o meramente formal. De esta manera, se confirma que la problemática no radica en la ausencia de regulación, sino en una gestión institucional que no logra traducir la norma en una garantía real para la población.

Así, las implicaciones de este hallazgo son particularmente graves, ya que evidencian una situación de indefensión de la población frente a emergencias, especialmente considerando que Huepetuhe es una zona de difícil acceso, ubicada a varias horas de centros de mayor complejidad, lo que incrementa el riesgo de desenlaces fatales. De igual modo, se pone en evidencia que el personal de salud opera bajo condiciones estructurales que limitan su capacidad de brindar una atención conforme a los estándares exigidos, lo que también impacta en la calidad del servicio. Como aporte, el estudio permite evidenciar la necesidad de superar un enfoque limitado al ámbito biomédico,

incorporando una visión más integral que considere los determinantes sociales, la infraestructura y la gestión institucional como elementos esenciales del derecho a la salud. Asimismo, resalta la importancia de fortalecer los procesos de monitoreo y recategorización de los establecimientos de salud, de modo que estos no se limiten a criterios formales, sino que aseguren una capacidad resolutiva mínima que permita garantizar efectivamente el derecho y evitar que poblaciones como la de Huepetuhe queden excluidas en la práctica del acceso a la salud.

Por último, en relación al objetivo general, se permite sostener que la vulneración del derecho a la salud en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023 no responde a situaciones aisladas, sino a una problemática estructural que evidencia una brecha material entre lo dispuesto en la Ley N.° 26842 y su aplicación en la práctica. En efecto, aunque la normativa reconoce derechos como el acceso oportuno, la atención de emergencia y la calidad del servicio, en la realidad estos se ven restringidos por factores como la ausencia de atención nocturna, los prolongados tiempos de espera y la limitada disponibilidad de recursos humanos y materiales. Esta situación confirma que la ley, en este contexto, opera más como una garantía formal que no logra traducirse en una protección efectiva del derecho. En tal sentido, los resultados no solo coinciden, sino que concretizan lo señalado por Sundler et al. (2021) respecto a la brecha entre el reconocimiento universal del derecho a la salud y su ejercicio real, así como lo advertido por Mamani y Paz (2020) y Chambi y Jara (2021), quienes evidencian que las deficiencias estructurales del sistema de salud peruano impiden el cumplimiento efectivo de la normativa, especialmente en el primer nivel de atención.

Así mismo, esta situación resulta aún más crítica, en tanto contradice los estándares establecidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y por la propia jurisprudencia del Tribunal Constitucional, que reconocen el derecho a la salud como un derecho fundamental exigible y no meramente programático. En particular, la falta de servicios de emergencia y atención continua en Huepetuhe se configura como una afectación directa a derechos como la vida y la integridad personal, tal como ha sido señalado por

el Tribunal Constitucional, lo que evidencia un incumplimiento del rol del Estado como garante. En ese sentido, el estudio logra explicar de manera integral la vulneración del derecho a la salud al articular la limitada prestación del servicio con el cumplimiento parcial de la ley, validando así la hipótesis de que la existencia de la norma no es suficiente si no va acompañada de una implementación efectiva. Respecto a ello, se advierte un riesgo real para la población en un contexto geográfico aislado, mientras que, como aporte, la investigación evidencia la necesidad de replantear no solo la gestión de los establecimientos de categoría I-3, sino también los mecanismos de supervisión estatal, orientándolos hacia una evaluación del impacto real del servicio en la vida de las personas y no únicamente al cumplimiento formal de la normativa.

CONCLUSIONES

PRIMERO: Se concluye que la vulneración del derecho a la salud en el C.S. Huepetuhe I-3 durante el año 2023 no responde a hechos aislados, sino a una aplicación parcial de la Ley N.° 26842 en un contexto de limitaciones estructurales, lo que impide que el marco normativo se materialice en una garantía efectiva para la población, configurándose así una brecha entre el reconocimiento jurídico del derecho y su ejercicio real.

SEGUNDO: Se determina que el estado de cumplimiento del derecho a la salud es limitado, debido a deficiencias en el acceso oportuno —como la ausencia de atención nocturna y los prolongados tiempos de espera—, así como a la insuficiente disponibilidad de personal y servicios, lo que afecta la integralidad, la calidad y la continuidad de la atención en el establecimiento.

TERCERO: Se concluye que el cumplimiento de la Ley N.° 26842 es parcial, en tanto, si bien se evidencian prácticas formales alineadas a la norma, estas no garantizan su efectividad, persistiendo deficiencias en la difusión de información en salud, en la prevención de enfermedades y en la implementación de mecanismos correctivos frente a fallas en la atención.

CUARTO: Se establece que la vulneración del derecho a la salud se genera como consecuencia directa de la distancia entre la normativa y su aplicación práctica, evidenciándose que la limitada capacidad resolutiva del establecimiento y la escasez de recursos afectan la prestación del servicio, situación que es percibida por los usuarios como una deficiencia en la atención y por el personal de salud como un problema estructural.

SUGERENCIAS

1. A la Dirección Regional de Salud

Se sugiere a la Dirección Regional de Salud adoptar medidas orientadas a garantizar que el servicio de salud en el C.S. Huepetuhe I-3 responda efectivamente a las necesidades de la población, especialmente considerando su ubicación geográfica y las limitaciones evidenciadas en la investigación. En ese sentido, resulta fundamental asegurar la continuidad del servicio, particularmente en horario nocturno, así como mejorar la disponibilidad de personal de salud y recursos básicos que permitan una atención oportuna e integral. Asimismo, se considera necesario que las acciones de supervisión no se limiten a verificar el cumplimiento formal de la normativa, sino que incorporen una evaluación real de la calidad del servicio, tomando en cuenta aspectos como el tiempo de espera, el seguimiento de los pacientes y la efectividad de las medidas preventivas. En esa misma línea, fortalecer la capacitación del personal en la aplicación práctica de la Ley N.° 26842 podría contribuir a que los derechos reconocidos en la norma se materialicen en la atención diaria.

Con ello, sería pertinente que la Dirección Regional evalúe alternativas que permitan adaptar la capacidad resolutiva del establecimiento a las condiciones propias de la zona, ya sea mediante el fortalecimiento de sus recursos o a través de estrategias diferenciadas para contextos de difícil acceso, de modo que el servicio no quede reducido a un cumplimiento meramente formal.

2. A la Defensoría del Pueblo

Se recomienda a la Defensoría del Pueblo fortalecer su presencia en contextos como el de Huepetuhe, a fin de garantizar una supervisión efectiva del derecho a la salud y no solo una intervención reactiva frente a casos puntuales. En ese sentido, resulta importante que se promuevan acciones que permitan identificar de manera oportuna posibles situaciones de vulneración, especialmente aquellas relacionadas con la falta de acceso continuo al servicio y las deficiencias en la atención. De igual manera, se considera relevante que la Defensoría impulse mecanismos de orientación dirigidos a la

población, de modo que los usuarios puedan conocer sus derechos y contar con herramientas para exigirlos, reduciendo así la situación de desprotección identificada en la investigación. Esto cobra especial importancia en contextos donde las limitaciones estructurales del sistema de salud pueden normalizarse como parte del servicio.

Por último, se sugiere que la Defensoría continúe visibilizando estas problemáticas a través de informes o acciones de incidencia, con el propósito de promover mejoras en la gestión del sistema de salud y contribuir a que la aplicación de la Ley N.° 26842 se traduzca en una garantía real del derecho a la salud, especialmente en zonas alejadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ángeles Fuentes, José Luis, Placencia Medina, Maritza Dorila, & Fuentes Delgado, Duilio Jesús. (2023). Análisis de los formatos de consentimiento informado en los establecimientos de salud Reflexiones bioéticas y jurídicas en el contexto peruano. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *23*(1), 137-153. Epub June 30, 2023. .https://doi.org/10.18359/rlbi.6395

Araujo Verde, D. J. (2022). Calidad de atención y nivel de satisfacción de usuarios externos en un establecimiento de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 2616-2629. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3706

Arias, F., & Xatruch, J. (2023). La constitucionalización del derecho humano a la salud en Latinoamérica. Revista Jurídica IUS Doctrina, 15(1). https://doi.org/10.15517/id.2022.53002

Asociación Médica Mundial (17 de mayo de 2024). *Derecho a la Salud.* https://www.wma.net/es/que-hacemos/derechos-humanos/derecho-a-la-salud/

Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. Revista Panamericana de Salud Pública, 42, e81. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.81

CEPAL. (2024). Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2023. CEPAL.

Chambi, B., y Jara, M. (2021). Vulneración del artículo 2 de la Ley 26842 en la atención primaria de salud en tiempos de pandemia, Perú 2020 [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. https://hdl.handle.net/20.500.12692/77125

Code de la santé publique. (2000). Article L1110-1. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685741/

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (1st ed.). World Health Organization.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general Nº 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4.

Congreso de la República del Perú. (2023). Décima quinta edición oficial de la Constitución Política del Perú. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3265550/Décimo%20Quinta%20Edición%20Oficial%20de%20la%20Constitución%20Política%20del%20Perú.pdf.pdf

Constitución de la Nación Argentina. (1994). Senado de la Nación Argentina. https://www.senado.gob.ar/bundles/senadoparlamentario/pdf/institucional/constitucion_nacional_argentina.pdf

Constitución Española. (1978). Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229

Constitución Política de Colombia. (1991). Secretaría del Senado. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

COPREDEH. (2011). PACTO DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Versión comentada. COPREDEH.

Craviotto, P. (2022). Erosión en los derechos de los pacientes, por parte de los centros de salud de atención primaria a raíz de la pandemia. IUS ET SCIENTIA, 8(2), 80–86. https://doi.org/10.12795/IESTSCIENTIA.2022.i02.06

Delve. Ho, L. y Limpaecher, A. (17 de marzo de 2022c). ¿Qué es el diseño de investigación fenomenológica? Guía esencial para la codificación de datos cualitativos. https://delvetool.com/blog/phenomenology

Department of Health and Social Care. (2021). The NHS Constitution for England. GOV.UK. https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england

Escribano, P. (2015). El derecho a la salud. Universidad de Sevilla.

Espinoza, E., Gil, W., & Agurto, E. (2020). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. Revista Cubana de Salud Pública, 46(4). https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2146

European Court of Human Rights. (2015). Asiye Genç v. Turkey (Application No. 24109/07). Strasbourg: ECHR.

European Court of Human Rights. (2017). Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal (Application No. 56080/13). Grand Chamber.

García, F. (2020). La protección del Derecho a la Salud: el caso peruano. Revista Derecho y Salud | Universidad Blas Pascal, 5, 79–93. https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)18

Gobierno Regional Madre de Dios. (2 de octubre de 2020). *Establecimiento de salud de Huepetuhe Funcionará Las 24 Horas Del Dia.* https://www.gob.pe/institucion/regionmadrededios/noticias/305539-establecimiento-de-salud-de-huepetuhe-funcionara-las-24-horas-del-dia

Gonzales, M. (2022). El derecho a la salud y el principio de seguridad personal. Ius Inkarri, 11(11), 29–52. https://doi.org/10.59885/iusinkarri.2022.v11n11.02

Health and Social Care Act. (2012). legislation.gov.uk. https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted

Hernández, C., & Illán, E. (2021). El derecho a la salud es un derecho humano. Revista CONAMED, 26(2), 89–94. https://doi.org/10.35366/100351

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación (1ra ed.). McGraw Hill.

INEI. (2024). Condiciones de Vida en el Perú: Enero - febrero - Marzo 2024. Informe técnico Nº 2.

INEI. (2025). Población por grupo de edad y etapa de vida: Departamento Madre de Dios, provincia Manu, distrito Huepetuhe [Base de datos interactiva]. Ministerio de Salud del Perú – REUNIS. https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=1&niv=5&tbl=1

Instituto Nacional de Estadística E Informática (2018). *Madre de Dios*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1571/17TOMO_02.pdf

ITP, Perú. (2025). Huepetuhe. *Distrito, Provincia de Manu, Departamento de Madre de Dios.*** https://data-peru.itp.gob.pe/profile/geo/huepetuhe

Leitón Espinoza, Z. E. ., & Arteaga Lujan, N. E. . (2022). Condiciones de trabajo física, psicológica y social, en enfermeras del servicio de emergencia. *SCIÉNDO*, *25*(1), 29-39. https://doi.org/10.17268/sciendo.2022.004

Lema, C. (2021). Los determinantes sociales de la salud: más allá del derecho a la salud. Dykinson.

Ley 100. (1993). Secretaría del Senado de Colombia. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Ley 14/1986. (1986). Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499

Ley 1751. (2015). Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ley 23.661. (1989). InfoLEG. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/texact.htm

Ley 26.529. (2009). InfoLEG. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm

Ley N° 26842. (1997). Ley General de Salud. Diario Oficial El Peruano.

Llanos, L., Castro, J., Ortiz, J., & Ramírez, C. (2020). Cuando crear sinergia no siempre es Salud: Análisis y propuesta en la evolución del Sistema de Salud en Perú. Revista Médica Herediana, 31(1), 56–69. https://doi.org/10.20453/rmh.v31i1.3730

Loi n° 2016-41. (2016). Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/

Loi n° 99-641. (1999). Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000198392/

Mamani, C., y Paz, L. (2020). Análisis comparativo de las medidas aplicadas en protección del derecho a la salud: Ley 26842 [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. https://hdl.handle.net/20.500.12692/58218

Mann, J., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., & Fineberg, H. (1994). Health and human rights. Health and human rights, 1(1), 6. https://doi.org/10.2307/4065260

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet, 380(9846), 1011–1029. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61228-8

Ministerio de Salud del Perú. (2014). Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA [PDF]. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200685/197446_RM076_2014_MINSA.pdf20180926-32492-5bgh6c.pdf?v=1594242179

Ministerio de Salud. (2011). Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" N° 021-MINSA/DGSP-V.03. Lima: MINSA.

Naciones Unidas (3 de noviembre de 2025). *El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes.* https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions

Naciones Unidas. (2014). Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. United Nations Publications.

Naciones Unidas. (2015). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly.

National Health Service Act. (2006). legislation.gov.uk. https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents

Nevárez, A., Constantino, P., & García, F. (2007). Comparación de la eficiencia técnica de los sistemas de salud en países pertenecientes a la OMS. Economía, Sociedad y Territorio, VI(24), 1071-1090.

Núñez, Manuel, Mendoza, Pedro, del Campo, Javier, & Chilca, Manuel. (2021). Efecto del programa SERUMS en la equidad de la distribución de recursos humanos del primer nivel de atención en Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, *82*(4), 290-300. Epub 00 de diciembre de 2021. https://doi.org/10.15381/anales.v82i4.22019

Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J. y Romero, H. (2018). Metodología de la investigación: Cuantitativa, Cualitativa y Redacción de la Tesis (5ta ed.).: Ediciones de la U.

OMS. (2023, 5 octubre). Cobertura Sanitaria Universal (CSU). Recuperado 29 de agosto de 2024, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)

Organización Mundial de la Salud (1 de diciembre de 2023). *Derechos humanos*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

Organización Mundial de la Salud (6 de mayo de 2025). *Las inequidades en materia de salud están acortando vidas en decenas de años.* https://www.who.int/es/news/item/06-05-2025-health-inequities-are-shortening-lives-by-decades

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.° Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. (Resolución CD53.R14). Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. Washington, D.C.: OPS.

Otazu Alvarez, W. (2024). *Factores socioeconómicos y conocimiento sobre la tuberculosis en pacientes adultos en el Centro de Salud Huepetuhe, Madre de Dios* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada San Carlos]. Repositorio Alcira. http://repositorio.upsc.edu.pe:8080/handle/UPSC/1044

Otazu Alvarez, W. (2024*). Factores socioeconómicos y conocimiento sobre la tuberculosis en pacientes adultos en el Centro de Salud Huepetuhe, Madre de Dios 2024.* [Tesis de Titulación, Universidad Privada San Carlos]. https://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/1044

Pari Huayhua, U., Condori Calapuja, L. Y., Pérez Pacheco, J. L., & Condori Cari, L. W. (2024). Autoevaluación de los estándares de acreditación y propuestas para mejorar la calidad de los equipos de gestión de los centros de salud en Cusco. *Polo del Conocimiento*, 9(10). https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8225

Real Decreto-ley 7/2018. (2018). Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-10752

Rosen, G. (2015). A history of public health. JHU Press.

Saco, V. (2010). El Derecho a la Salud en el Derecho Internacional: Un Mínimo Común Denominador Universal y las Obligaciones que de este Emanan. Derecho & Sociedad, (35), 305-312. https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/13309

Sanabria, J., Merchán, C., y Saavedra, M. (2019). Estándares de protección del Derecho Humano a la salud en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. El Ágora USB, 19(1), 132–148. https://doi.org/10.21500/16578031.3459

Sánchez-Moreno, F. (2013). La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30*(4), 676–682.

Sotelo, R., & Centeno, J. (2022). El Derecho Humano a la Salud: Un estudio desde el derecho crítico. Revista Direito E Práxis, 13(4), 2471–2503. https://doi.org/10.1590/2179-8966/2021/56214

Sundler, A., Darcy, L., Råberus, A., & Holmström, I. (2020). Unmet health-care needs and human rights-A qualitative analysis of patients' complaints in light of the right to health and health care. Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy, 23(3), 614–621. https://doi.org/10.1111/hex.13038

Tapia Tapia, S. C. B. (2022). El derecho a la vida y las omisiones al derecho a la salud y a los derechos del paciente, en la Constitución peruana. *Apuntes De Bioética*, 5(1), 20-32. https://doi.org/10.35383/apuntes.v5i1.720

Tobin, J. (2011). The right to health in international law. Oxford University Press.

Torres, G. (2021). El derecho fundamental a la salud y su exigibilidad en el ordenamiento jurídico peruano [Tesis de licenciatura, Universidad de Piura]. https://hdl.handle.net/11042/4969

Tribunal Constitucional del Perú. (2021). Exp. N.º 00422-2021-AA/TC. *Gaceta Jurídica*. https://www.gacetajuridica.com.pe/docs/00422-2021-AA_unlocked.pdf

Tribunal Constitucional del Perú. (2021). Sentencia 0298-2020-PA/TC (Exp. N.° 0298-2020-PA/TC). https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2021/00298-2020-AA.pdf

Tribunal Constitucional del Perú. (2024). Exp. N.º 02524-2024-PHC/TC. https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2024/02524-2024-HC.pdf

Venkatapuram, S. (2013). Health Justice: An argument from the Capabilities Approach. John Wiley & Sons.

ANEXOS

ANEXO 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Categorías	Subcategorías	Metodología
Problema general ¿De qué manera se vulneró el derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023? **Problemas específicos** a. ¿Cuál es el estado de cumplimiento de derecho a la salud y servicios de salud en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023? b. ¿Cómo se ha cumplido con lo dispuesto en la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023? d. ¿De qué manera se vulneraron las subcategorías del derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023?	**Objetivo general** Explicar la vulneración del derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023. **Objetivos específicos** a. Describir el estado de cumplimiento de derecho a la salud y servicios de salud en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023. b. Identificar el cumplimiento de lo dispuesto en la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023. c. Analizar la vulneración del derecho a la salud y servicios de salud frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.	**Hipótesis general** El derecho a la salud y servicios de salud fue vulnerado frente a la aplicación de la ley 26842 en C.S. Huepetuhe I-3 durante 2023.	**Categoría 1** Derecho a la Salud y servicios de salud	Accesibilidad a los servicios de salud Disponibilidad de servicios médicos Calidad de la atención sanitaria Continuidad de la atención médica	**Tipo:** Básico **Enfoque:** Cualitativo **Nivel:** Descriptivo - explicativo **Diseño:** Fenomenológico **Población:** Total de personal de salud y usuario del servicio de salud del C.S. Huepetuhe **Muestra:** Subconjunto **Técnica**: Entrevista estructurada **Instrumento:** Guía de entrevista
			Categoría 2 Aplicación de la ley 26842	Respecto a la salud individual Respecto a la salud de terceros Fin de la vida Información en salud y su difusión Autoridad de salud Medidas de seguridad, infracciones y sanciones	

ANEXO 2:

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE CATEGORÍAS

Categorías temáticas	Subcategorías
1° Categoría **Derecho a la Salud y servicios de salud**	• Accesibilidad a los servicios de salud. • Disponibilidad de servicios médicos. • Calidad de la atención sanitaria. • Continuidad de la atención médica
2° Categoría **Aplicación de la ley 26842**	• Respecto a la salud individual • Respecto a la salud de terceros • Fin de la vida • Información en salud y su difusión • Autoridad de salud • Medidas de seguridad, infracciones y sanciones

ANEXO 3:

INSTRUMENTOS

GUÍA DE ENTREVISTA PARA USUARIOS RESIDENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD HUEPETUHE I-3 DURANTE EL AÑO 2023

La presente entrevista se centra en reconocer sus experiencias como usuario residente que ha acudido al C.S. Huepetuhe durante el 2023. Por lo tanto, solicitamos que responda con sinceridad a cada pregunta tratando de brindar la mayor cantidad de detalles posible, dado que, sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Edad:	41	Sexo:	[ ]M; [X]F

	Derecho a la Salud y servicios de salud
1.	¿Qué dificultades ha tenido usted o su familia para acceder oportunamente a los servicios de este C.S.?
	-Para ser un establecimiento pequeño, existen horas de espera en la atención, aproximadamente 3 a 4 horas, y disponibilidad médico, debido a actividades itinerantes. No hay atención nocturna.
2.	¿Qué servicios o profesionales de salud considera usted que hacen falta en este C.S. para atender adecuadamente sus necesidades?
	No Tienen servicio de ecografía, no hay pediatra, no hay atención de emergencia nocturna, no pueden dar parto de noche porque no hay atención; externamente cuesta entre 2mil soles a más. no pueden atenderte de noche.
3.	¿Cómo describiría la calidad de la atención que ha recibido en este C.S. y en qué aspectos cree que podría mejorar?
	-He recibido información clara sobre el diagnóstico, sin embargo, no hay disponibilidad de medicamentos en farmacia, deberían mejorar la disponibilidad de medicamentos, no se obtiene la receta prescrita por el médico.
4.	¿Qué experiencias ha tenido con el seguimiento y la continuidad de su atención después de una consulta, tratamiento o alta médica?
	- Solo tuve una experiencia la que me hicieron seguimiento de atención. - Pero no hay seguimiento por diagnósticos menores o leves.
	Aplicación de la ley 26842
5.	¿De qué manera le explicaron los procedimientos o tratamientos antes de realizarlos y cómo sintió que respetaron su decisión?
	He tenido ordenes de exámenes de pruebas de sangre, orina. y si recibí la información clara y respetaron mi decisión

6.	¿Qué medidas observó en el C.S. cuando se trataba de proteger la salud de otras personas frente a una enfermedad contagiosa?
	Tengo conocimiento que si atienden a personas con VIH, pero no he visto que los atiendan de manera experta,
7.	¿Cómo ha visto que el C.S. maneja la atención de pacientes en etapa terminal y qué tan respetadas son las decisiones de la familia o del propio paciente?
	No acuden al C.S. porque no hay capacidad para atender a pacientes en estado terminal.
8.	¿Qué información en salud recibió usted en este C.S. y cómo le ayudó a comprender mejor su situación o a prevenir enfermedades?
	He recibido información para prevenir el contagio de dengue y aseados del hogar, pero no en otro Tipo de enfermedades.
9.	¿Cómo percibe usted la manera en que este C.S. cumple con las normas y disposiciones de la autoridad de salud?
	No se cumple con el derecho a la salud, en el acceso gratuito y continuo 24 horas, conozco ese derecho y creo que no se cumple en este C.S. No hay efectividad en las referencias a otros C.S. u hospitales.
10.	¿Qué medidas de seguridad o correctivos ha notado en este C.S. cuando ocurren problemas o fallas en la atención?
	- No hay organización cuando realizan sus actividades itinerantes, debido a que cancelan la atención por consultas, solo atienden emergencias, me sucedió 2 veces, y tengo conocimiento que otras personas pasaron lo mismo.

* Este C.S. debería aumentar su capacidad de atención, sobre todo atención nocturna, disponibilidad de profesionales médicos, y servicios.

Anexo 3: Instrumentos

GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL NOMBRADO DEL C.S. HUEPETUHE I-3 HASTA EL 2023

La presente entrevista se centra en reconocer sus experiencias como personal nombrado del C.S. Huepetuhe durante el 2023. Por lo tanto, solicitamos que responda con sinceridad a cada pregunta tratando de brindar la mayor cantidad de detalles posible.

Edad:	65	Sexo:	[X]M; [ ]F	Tiempo de servicio:	18 años	Cargo:	Médico Asistencial

	Derecho a la Salud y servicios de salud
1.	¿Qué barreras o dificultades ha observado en los pacientes para acceder oportunamente a los servicios de este centro de salud?
	No Hay Barreras para Acceder a la atención de salud, los Servicios de Salud estan regulados en el marco de la ley, que establece la protección de la Salud es de Interés público y responsabilidad del Estado.
2.	¿De qué manera la disponibilidad de servicios y de personal en este C.S. influye en la atención que se brinda a la población?
	La disponibilidad de servicios es de acuerdo al Nivel del Establecimiento de Salud, dentro de los aspecto clave de la ley general de Salud, de Acuerdo acorde a la Categoría I-3 es Adecuada.
3.	¿En qué aspectos considera usted que la atención brindada en este C.S. respeta o vulnera el derecho de los pacientes a recibir atención de calidad?
	El Incumplimiento Adecuado de las Autoridades superiores en relación a la ley es lo que afecta su cumplimiento. el Proceso de la descentralización fue creada para mejorar no solo la Salud, sino también Educación y otros, pero es Incumplida y distorcionada por el Gobierno regional
4.	¿Qué limitaciones existen en este C.S. para garantizar el seguimiento y la continuidad de la atención a los pacientes?
	La Capacitación y la designación de Coordinadores Competentes en la Dirección Regional de Salud para Mejorar el Servicio acorde a los lineamientos que Exige la ley, Sumado a la designación de Jefes de EE.SS con perfil para el Cargo.

	Aplicación de la ley 26842
5.	¿Cómo se procura en este C.S. respetar las decisiones de los pacientes —por ejemplo, a través del consentimiento informado— y qué dificultades se presentan en ese proceso?
	Es un aspecto Clave de la ley General de Salud, Cuyo derecho es Elegir y recibir atención personalizada, previa información que apruebe o desaprueba el Paciente.
6.	¿Qué medidas se aplican cuando un paciente representa un riesgo para la salud de otras personas y qué obstáculos suelen enfrentar para cumplir con esas medidas?
	En Huepetuhe no es posible una intervención Adecuada para Controlar los riesgos. Por Falta de Compromiso de las autoridades superiores de la Entidad, Asimismo las autoridades Regionales
7.	¿Cómo se abordan en este C.S las decisiones relacionadas con el final de la vida de los pacientes y qué retos legales o éticos suelen presentarse?
	De acuerdo a los protocolos para el caso, y Aplicación de la Normativa Vigente.
8.	¿De qué manera se difunde la información en salud a la comunidad desde el C.S. y qué aspectos considera que aún faltan para cumplir plenamente con la ley?
	Nuestro Establecimiento de Salud, No es una Unidad Ejecutora, Corresponde al Gobierno Regional y las autoridades de la Entidad dar cumplimiento a la población la Información Adecuada.
9.	¿Cómo es la relación de este C.S. con la autoridad de salud y de qué manera se asegura el cumplimiento de sus disposiciones en la práctica cotidiana?
	La Relación es fundamentalmente Sustentada en la ley de salud y su Cumplimiento de acuerdo a la normativa Vigente.
10.	¿Cómo se gestionan en este C.S. las medidas de seguridad y los casos en que se han detectado infracciones, y qué aprendizajes han dejado esas experiencias?
	Las medidas de seguridad estan Reguladas por ley y su aplicación en los Establecimientos de Salud es determinada por las autoridades superiores y su Cumplimiento es vigilado por las disposiciones de las autoridades Competentes.

ANEXO 4:

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE ESTUDIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERÚ"

"DIRECCIÓN DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS"

CARGO

Puerto Maldonado, 17 de diciembre del 2025

GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD MDD
MICRORED HUEPETUHE
CENTRO DE SALUD HUEPETUHE
MESA DE PARTES
DOCUMENTO Oficio REGISTRO
DESTINO Jefe de EESS
FECHA DE RECEPCIÓN 18 DIC 2025 HORA 11:12
FIRMA

OFICIO Nº 0645-2025-UNAMAD-FED-EP-DyCP.

Señor:
Med. ELIANA IVON CALLATA CALLATA
JEFE DEL CENTRO DE SALUD DE HUEPETUHE
Presente;

ASUNTO: SOLICITUD PARA APLICAR INSTRUMENTO DE INVESTIGACION
REF: REGLAMENTO DE GRADOS Y TITULOS DE LA UNAMAD. Versión 3.0

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle, que se brinde FACILIDADES Y/O AUTORIZACION para el ingreso al CENTRO DE SALUD DE HUEPETUHE, específicamente a fin de entrevistarse con *el* **Med. ELIANA IVON CALLATA CALLATA,** *JEFE DEL CENTRO DE SALUD DE HUEPETUHE,* respectivamente; al **Bach. ALDAIR HILARIO SOSAYA** de la Escuela Profesional de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios para aplicar su instrumento de investigación dentro de la institución.

Información que se requiere para el proyecto de investigación denominado **"VULNERACION DEL DERECHO A LA SALUD Y APLICACIÓN DE LE LEY 26842 EN C. S HUEPETUHE I-3 DURANTE EL 2023",** con fines únicamente académicos.

Que, de acuerdo al Art. 7° del Texto Único Ordenado de la ley N° 27806-Ley de Transparencia y Acceso a la información pública aprobada por el decreto aprobada por el Decreto N° 048-2003-PGM, se señala el correo institucional de la Escuela Profesional de Derecho y Ciencias Políticas mesadepartes.direpd@unamad.edu.pe para las notificaciones correspondientes.

Hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración más distinguida y estima personal, mi agradecimiento por el apoyo al desarrollo académico y promoción de investigación.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS
Dr. Maximiliano Ochante Saune
Director de la Escuela Profesional de Derecho y Ciencias Políticas

ANEXO 5:

SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZONICA DE MADRE DE DIOS
Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERU"

Puerto Maldonado, 03 de octubre de 2025

Sra.
Dra. María Isabel Puma Camargo
Decana de la facultad de Educación
UNAMAD.-

MOTIVO: Carta de aceptación de validación de instrumento de investigación

Estimada, Dra. Decana de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios, por medio de la presente, me es grato dirigirme a Ud., para comunicarle que he recibido la petición de validar los instrumentos del trabajo de investigación, denominada **"Vulneración del derecho a la salud y aplicación de la ley 26842 en Centros de Salud Huepetuhe I-3 durante 2023",** presentada por el bachiller Jhon Aldair Hilario Sosaya de la Escuela Profesional de Derecho y Ciencias Políticas, quien pretende optar el Título Profesional de Abogado.

Debo poner en su conocimiento que es un honor y una satisfacción, aceptar la petición del bachiller de la Escuela profesional de Derecho y Ciencias Políticas, antes mencionado; a fin de validar los instrumentos utilizados en la presente investigación y en mi condición de magister especialista y experto en la materia, a dicho requerimiento ACEPTO formalmente asumir con responsabilidad esta tarea, comprometiéndome a desempeñar tal función con la mayor dedicación profesional.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,

Mag. Regina Paola Espinoza Prado
Abogada

ANEXO 6:

FICHA DE VALIDACIÓN

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título de Investigación: "Vulneración del derecho a la salud y aplicación de la ley 26842 en Centros de Salud Huepetuhe I-3 durante 2023".

Instrumento: Entrevista.

Investigadores: Bach. Jhon Aldair Hilario Sosaya

Datos Del Experto:

Nombres y Apellidos: Regina Paola Espinoza Prado

Lugar y fecha: Puerto Maldonado 03/10/2025.

II. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. **FORMA: (Ortografía, coherencia lingüística, redacción)**

   No

2. **CONTENIDO: (Coherencia en torno al instrumento. Si el indicador corresponde a los ítems y dimensiones)**

   No

3. **ESTRUCTURA: (Profundidad de los ítems)**

   No

4. **APORTE Y/O SUGERENCIAS:**

   No

REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su Aplicación ☒

Debe Corregirse ☐

Mg. Regina Paola Espinoza Prado
Abogada

Tesis: "Vulneración del derecho a la salud y aplicación de la ley 26842 en Centros de Salud Huepetuhe I-3 durante 2023"

Ficha de validación de instrumento de investigación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
	Redacción	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					X
	Claridad	Esta formulado con el lenguaje necesario.				X	
	Objetividad	Esta expresado en conductas observables.					X
	Actualidad	Es adecuado al avance de la ciencia.					X
	Suficiencia	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.				X	
	Intencionalidad	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.				X	
	Organización	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					X
	Consistencia	Se basa en aspectos teóricos, científicos de la investigación.				X	
	Coherencia	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					X
	Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

Luego de revisado el instrumento:

Procede su aplicación .....X.....

Debe corregirse .....

.....
Firma

Nombre del experto: ...Regina Paola Egoavil Prado.....

D.N.I: ...42638252.....

Celular: ...932116329.....

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Título de Investigación: "Vulneración del derecho a la salud y aplicación de la ley 26842 en Centros de Salud Huepetuhe I-3 durante 2023".

Instrumento: Entrevista.

Investigadores: Bach. Jhon Aldair Hilario Sosaya

Datos Del Experto:

Nombres y Apellidos: Eleuterio Muñiz Huaman

Lugar y fecha: Pto. Maldonado 05 - oct. 2025

II. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. **FORMA: (Ortografía, coherencia lingüística, redacción)**
Si guarda relacion con el tema desarrollado

2. **CONTENIDO: (Coherencia en torno al instrumento. Si el indicador corresponde a los ítems y dimensiones)**
El contenido tiene coherencia con relacion al instrumento

3. **ESTRUCTURA: (Profundidad de los ítems)**
La Estructura es buena

4. **APORTE Y/O SUGERENCIAS:**
Ninguna

REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su Aplicación ☒
Debe Corregirse ☐

Dr. Eleuterio Muñiz Huamán

Tesis: "Vulneración del derecho a la salud y aplicación de la ley 26842 en Centros de Salud Huepetuhe I-3 durante 2023"

Ficha de validación de instrumento de investigación

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
	Redacción	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					X
	Claridad	Esta formulado con el lenguaje necesario.				X	
	Objetividad	Esta expresado en conductas observables.					X
	Actualidad	Es adecuado al avance de la ciencia.				X	
	Suficiencia	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					X
	Intencionalidad	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.					X
	Organización	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					X
	Consistencia	Se basa en aspectos teóricos, científicos de la investigación.					X
	Coherencia	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.					X
	Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				X	

Luego de revisado el instrumento:

Procede su aplicación ...Si.....

Debe corregirse ...NO.....

.....
Firma

Nombre del experto: ...Fiorino Muñiz Huaman...

D.N.I: 04820772.....

Celular: 983840579...