

EL DERECHO A LA SALUD

Los servicios de emergencia en los establecimientos de salud públicos y el acceso a medicamentos esenciales

Informe de Adjuntía N° 15-AAE/DP «*El Derecho a la Salud: Servicios de emergencia en los establecimientos de salud y el acceso a medicamentos*»

Defensoría del Pueblo
Jirón Ucayali 394-398
Lima-Perú
Teléfono: (511) 311-0300
Fax: (511) 4267889
E-mail: defensor@defensoria.gob.pe
Portal: <http://www.defensoria.gob.pe>
Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición: Lima, Perú, noviembre de 2016.

Introducción

1. El derecho a la salud: carácter fundamental y naturaleza
2. Obligaciones del Estado respecto del derecho a la salud
3. Derecho de acceso a un sistema de salud eficiente
 - 3.1 Derecho a la atención de emergencias
 - 3.2 Derecho de acceso a medicamentos esenciales y la obligación del Estado

PRIMERA PARTE: RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN NACIONAL A SERVICIOS DE EMERGENCIA

1. Las atenciones de “no emergencia” en los servicios de emergencia
 2. La “institucionalización” del pasillo y el hacinamiento en los servicios de emergencia
 3. La disponibilidad de los servicios complementarios en las áreas de emergencia
 - 3.1 Servicios complementarios: radiografías, ecografías, laboratorio, farmacia y bancos de sangre
 - 3.2 Servicios complementarios: disponibilidad de camas en UCI, cirugías de emergencia y acceso a paquetes globulares
 - 3.3 Servicios complementarios: acceso a pruebas de laboratorio y de anatomía patológica
 - 3.4 Servicios complementarios: diagnóstico por imágenes
 - 3.5 La disponibilidad de los equipos de reanimación cardiovascular
 4. Disponibilidad de equipos biomédicos
 - 4.1 Disponibilidad del aspirador de secreciones
 - 4.2 Disponibilidad de ventilador neonatal
 - 4.3 Disponibilidad de camillas de transporte
 - 4.4 Disponibilidad del equipo nebulizador
 - 4.5 Disponibilidad de ventilador neonatal
 - 4.6 Disponibilidad de ventilador volumétrico
 - 4.7 Disponibilidad de monitor de funciones vitales
 5. Servicio de ambulancias
 6. Disponibilidad de medicamentos e insumos
 7. Expectativas de los usuarios/as
 - 7.1 Sobre la condición de persona de asegurada
 - 7.2 Tiempo de espera para la atención médica en el servicio de emergencia
 - 7.3 Dificultades en la atención recibida
 - 7.4 Calidad de la atención médica recibida
 - 7.5 Trato recibido en los servicios de emergencia
 - 7.6 Disposición de medicamentos en farmacias de emergencia
 - 7.7 Empoderamiento de derechos: conocimiento de los usuarios sobre presentación de quejas y reclamos
- Conclusiones de la supervisión nacional a servicios de emergencia

SEGUNDA PARTE: RESULTADOS DE LA VISITA A BÓTICAS Y FARMACIAS PRIVADAS

1. Disponibilidad de medicamentos genéricos como primera opción
 2. Comparación de precio de medicamentos
 3. Asequibilidad del tratamiento con medicamentos genéricos y de marca
 4. Acceso a información
- Conclusiones de la visita a boticas y farmacias privadas

RECOMENDACIONES

Introducción

El Tribunal Constitucional peruano establece que la salud comprende el funcionamiento armónico del organismo humano a nivel físico y psicológico. Por ello, constituye una condición indispensable para el desarrollo y es un medio fundamental para alcanzar el bienestar social, tanto individual como colectivo.

La relevancia del derecho a la salud se desprende de su reconocimiento y protección constitucional, pero sobre todo de su inescindible conexión con los derechos a la vida, a la integridad y el principio de dignidad, pues la salud es indispensable para ejercer el resto de derechos fundamentales. Por esta razón, el derecho a la salud constituye una línea prioritaria para el trabajo de la Defensoría del Pueblo.

Esta institución ha considerado relevante evaluar dos aspectos centrales del derecho a la salud: el acceso a los servicios de emergencia, con las implicancias que ello involucra, así como el acceso a los medicamentos esenciales, en lo que concierne a la labor del sector privado en boticas y farmacias. Para tal efecto, el 23 de noviembre desplazamos a nuestros comisionados para supervisar los servicios de emergencia de los principales hospitales a nivel nacional administrados por los gobiernos regionales, EsSalud, el Ministerio de Salud y Sanidades de las Fuerzas Armadas, la Fuerza Aérea y la Policía Nacional. En total, supervisamos noventa servicios de emergencia.

Al día siguiente, los comisionados de la Defensoría se desplazaron a 393 farmacias y boticas a nivel nacional, en especial a aquellas ubicadas cerca a los hospitales visitados. El propósito fue verificar la disponibilidad de los medicamentos genéricos y el acceso a información, entre otros aspectos.

Los resultados de ambas actividades muestran que existe una sobredemanda de los servicios de emergencia, condiciones inadecuadas de atención producto de la insuficiente infraestructura y problemas con el suministro de medicamentos. Por su parte, una tercera parte de las farmacias y boticas visitadas ofrece un medicamento de marca y más del 80 no cuenta con lista de precios.

Este informe se presenta con el afán de evidenciar un problema que afecta a la población y que vulnera un derecho tan fundamental como es el derecho a la salud. En ese sentido, al final se encuentran las recomendaciones que la institución considera se deben implementar.

Lima, 29 noviembre de 2016

1. El derecho a la salud: carácter fundamental y naturaleza

El reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud, y el disfrute al más alto nivel posible de la salud física, mental y social,¹ resulta indispensable para que toda persona pueda garantizar su existencia en condiciones dignas, así como desarrollar y potenciar sus capacidades. A su vez, el ejercicio de este derecho fundamental permite alcanzar los valores y principios del Estado Social de Derecho consagrados en la Constitución Política del país.

Este derecho comprende la garantía de niveles esenciales de protección de la salud, pues es la enfermedad como las condiciones que la generan lo que menoscaba la dignidad y la propia existencia de la persona. Es por este motivo que el Estado tiene la responsabilidad de favorecer las condiciones normativas y materiales que permitan el ejercicio del derecho a la salud, a través de actuaciones tanto de tipo individual como de tipo preventivo y promocional (salud pública).²

En una de las sentencias más conocidas vinculadas al derecho a la salud, el Tribunal Constitucional ha reconocido el carácter fundamental de este derecho, debido a que su vulneración puede comprometer otros derechos fundamentales de la persona. La salud es un derecho fundamental por su relación inseparable con los derechos a la vida y la integridad, y la vinculación que tiene con ellas es irresoluble.³

Como consecuencia, ni el Estado ni un particular o privado puede afectar el derecho a la salud, proyectándose como un derecho reaccional o de abstención. A la vez, este derecho presenta una dimensión positiva que demanda acciones a su favor y lo configura como un derecho prestacional, que requiere acciones para garantizar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y de los determinantes sociales.

2. Obligaciones del Estado respecto del derecho a la salud

El Estado tiene el deber de implementar progresivamente, y cada vez de forma más consolidada, políticas, planes y programas que mejoren la salud de la población, destinados a atacar las manifestaciones de cualquier enfermedad, prevenirlas, impedir su desarrollo o reducir sus efectos, tratando, en lo posible, de facilitar a la persona los medios que le permitan vivir en condiciones dignas.

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos, como la formulación de políticas, la aplicación de los programas elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Empero, desde el ámbito jurídico existen obligaciones que deben ser cumplidas por el Estado para garantizar este derecho y que, de acuerdo a su naturaleza, se pueden identificar en generales, específicas y básicas. En este último grupo se identifican aquellas que como mínimo garanticen niveles esenciales del derecho a la salud en el país, y que por lo tanto resultan más exigibles.⁵

¹ La Convención Americana sobre Derechos Humanos establece en el Protocolo adicional de San Salvador que: "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social". (Derecho a la Salud, artículo 10°)

² Defensoría del Pueblo de Colombia. *Primera evaluación de la política pública de Salud a la luz del derecho a la salud*. Bogotá: 2010, p. 18.

³ Tribunal Constitucional Peruano. Sentencia recaída en el Expediente N° 2016-2004-AA/TC, Fundamento 27.

⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). (2000). Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁵ Ídem.

Dentro este grupo de obligaciones básicas resaltan, entre otras: garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial respecto a los grupos vulnerables o marginados, y facilitar los medicamentos esenciales.⁶

Estas obligaciones deben manifestarse en acciones concretas y exigibles para el Estado. Así, el garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud se traduce en la creación de un sistema sanitario eficiente, capaz de responder oportunamente y bajo términos aceptables y de calidad, la demanda de atención preventiva, curativa y de recuperación de la salud, especialmente cuando se trata de situaciones de riesgo inminente para la vida o integridad.

Por un lado, la obligación de facilitar los medicamentos esenciales confirma que acceder a ellos es un elemento fundamental del derecho a la salud. Por otro, se traduce en que el Estado garantice que los medicamentos estén disponibles, sean accesibles y de buena calidad, lo que implica llevar acciones concretas para facilitar un precio asequible, una adecuada distribución, y garantizar la calidad y seguridad en su uso.

3. Derecho de acceso a un sistema de salud eficiente

3.1 Derecho a la atención de emergencias

Como se ha señalado, el Estado tiene la obligación de crear condiciones que aseguren a todas las personas el acceso a los servicios de salud y a la asistencia médica. Crear estas condiciones requiere de la existencia de un sistema sanitario con servicios disponibles, oportunos, accesibles, aceptables y de calidad para conservar o restablecer la salud.

La obligación estatal de brindar acceso a los servicios de salud y ofrecer asistencia médica implica, además, que la prestación en los establecimientos debe darse en el marco del respeto a la dignidad y los derechos de las personas. Las garantías deben incrementarse cuando existe un mayor riesgo para los derechos a la vida e integridad, como se da en las situaciones de emergencia. Así lo establece la legislación nacional, que tanto en la Ley General de Salud como en la ley que establece los derechos de los usuarios de los servicios de salud, reconoce que toda persona tiene el derecho a recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado.⁷ A su vez, en el año 2015 el Acuerdo Nacional demandó, en el documento “Los Objetivos de la Reforma de Salud”, la necesidad de rediseñar, ampliar y fortalecer la red de atención integrada de emergencias y urgencias, dotándola de medios suficientes.⁸

La atención de emergencias es especialmente importante, debido a que la alteración de la salud se presenta de forma repentina e inesperada, poniendo en peligro inminente o grave riesgo la vida o integridad. Por ende, requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos,⁹ sin que sea posible establecer condicionamientos o exigencias que dilaten su atención.

A pesar de esta relevante circunstancia, las condiciones, calidad y oportunidad con que se brinda la atención de emergencia en los establecimientos públicos del país no es la mejor. Por esta razón, resulta indispensable verificar de qué manera esta situación implica una

⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). (2000). Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Párrafo 12.

⁷ “Toda persona tiene derecho: a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3 y 39, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento”. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, artículo 15.1

⁸ Acuerdo Nacional. (22 de octubre de 2015). “Los Objetivos de la Reforma de Salud”.

⁹ Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos. (D.S. N° 016-2002-SA)

vulneración del derecho a la salud y un incumplimiento de las obligaciones del Estado respecto a este derecho, para emitir las recomendaciones o advertencias pertinentes.

La supervisión de este servicio resulta especial, pues nos permite acercarnos a conocer la situación del sistema sanitario en el país. Frente a los demás servicios donde se brindan las atenciones ordinarias, sin duda alguna es en el servicio de emergencia donde se exige la mayor dedicación para atender situaciones que ponen en peligro los derechos a la vida y a la salud.

Por los motivos expuestos, la Defensoría del Pueblo –en el marco de sus competencias– supervisó los principales hospitales del Ministerio de Salud (Minsa), los gobiernos regionales, EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Policiales, las Fuerzas Armadas y la Fuerza Aérea, preocupada por la situación de este derecho en servicios tan vitales.

3.2 Derecho de acceso a medicamentos esenciales y la obligación del Estado

El derecho a la salud requiere de varias acciones que deben ser implementadas de forma progresiva por el Estado. No obstante, existen obligaciones básicas impostergables, siendo una de ellas garantizar el acceso a medicamentos esenciales. Los medicamentos son irremplazables para restablecer el funcionamiento armónico del organismo a nivel físico y psicológico, pues tienen un rol esencial en los tratamientos ideados por la ciencia y la medicina.

Los establecimientos de salud, los recursos humanos, el equipamiento médico, resultan insuficientes para el restablecimiento de la salud si no existe disponibilidad de medicamentos esenciales. Por lo mismo, su inaccesibilidad –sea física o económica– constituye una barrera para el ejercicio del derecho a la salud.

De ello se desprende la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de los medicamentos, que los mismos sean accesibles, asequibles y de buena calidad.¹⁰ Ello, como es evidente, no se transcribe únicamente como una obligación directa del Estado, sino también indirecta y de supervisión frente al privado, a fin de evitar abusos al usuario y al consumidor.

El derecho a la salud también tiene una obligación estatal de protección. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha resaltado que el deber del Estado de regular y fiscalizar las instituciones de salud, abarca tanto a las entidades públicas y privadas que prestan servicios públicos de salud, como a aquellas instituciones que se dedican exclusivamente a servicios privados de salud.¹¹ En esa misma línea, la Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios reconoce que los medicamentos son indispensables para el cuidado de la salud de la población, y que constituyen un bien social, además de un requisito para lograr el derecho a la salud, y que es una obligación del Estado asegurar su accesibilidad equitativa, reduciendo las inequidades.¹²

¹⁰ Hunt, Paul. (Junio de 2008). El Derecho Humano a los Medicamentos. Revista Internacional de Derechos Humanos, 5 (8), 104.

¹¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, sentencia del 4 de julio de 2006.

¹² En la Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (Ley N° 29459), se puede resaltar los principios de accesibilidad, equidad y de bien social. El principio de accesibilidad considera la salud como un derecho fundamental, y que el cuidado de la salud incluye el acceso a productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Constituye un requisito para acceder a este derecho: tener el producto disponible y asequible en el lugar y momento en que sea requerido. El principio de equidad establece que es deber del Estado asegurar la accesibilidad equitativa a los productos farmacéuticos y dispositivos médicos esenciales como los bienes públicos de salud, en relación con las necesidades de las poblaciones y de las personas. Es objetivo de la salud pública reducir las inequidades sociales en la situación de salud, superando la exclusión social. El principio de bien social señala que proteger la salud pública es una función del Estado que involucra a los gobiernos y a la sociedad, y que está vinculada a la responsabilidad social de atender y transformar la salud desde la perspectiva del interés colectivo de la población. Los medicamentos y otros

Pese a la política de aseguramiento universal en salud, la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) revela que, a pesar de la cobertura del seguro público de salud, quince de cada 100 personas que presentan problemas de salud, acuden a una farmacia o botica.¹³ Esto genera que cuando la persona recurre a la oferta privada, lo hace con desventaja, debido a que las estrategias comerciales se instalan con facilidad y causan asimetría de información en el consumidor.

Las estrategias del Estado para reducir esta asimetría han sido, por un lado, la publicación de precios de venta de medicamentos de las farmacias privadas, a través del Observatorio de Precios de Medicamentos (OPM),^{14,15} y también obligar a los establecimientos privados a poner a disposición del consumidor el listado de precios de los productos farmacéuticos.¹⁶ No obstante, las dificultades persisten, pues no se obliga a poner a disposición del consumidor medicamentos esenciales genéricos, que representan una alternativa de menor costo, ni se suele facilitar la información para tomar una decisión informada.

Es por ello que la Defensoría del Pueblo decidió llevar a cabo una visita de campo simultánea a farmacias y boticas próximas a los hospitales públicos, que es donde acuden la mayoría de pacientes luego de atenciones en las que no accedieron a medicamentos. De este modo, nuestra entidad pretende evidenciar los problemas que viven las personas en el día a día, supervisando tanto los servicios del Estado como los del sector privado, que es el escenario que refleja la realidad del país.

productos regulados en la ley mencionada son indispensables para el cuidado de la salud de la población y constituyen un bien social.

¹³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2016). *Encuesta Nacional de Hogares (Enaho). Condiciones de Vida en el Perú, trimestre: enero-febrero-marzo 2015*. Consultado el 26 de noviembre de 2016. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-n02_condiciones-vida_enefebmar15.pdf

¹⁴ Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 040-2010/MINSA. Establece normas referentes al sistema de información de precios de productos farmacéuticos, que debe ser proporcionada por los establecimientos farmacéuticos y aprueban la directiva administrativa que establece el procedimiento para el reporte de precios de los establecimientos farmacéuticos en el Sistema Nacional de Información de Precios de Productos Farmacéuticos.

¹⁵ Ministerio de Salud. RM N° 341-2011/MINSA. Modifican Resolución Ministerial N° 040-2010/MINSA.

¹⁶ El Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado mediante Ley N° 29571, obliga a consignar de manera fácilmente perceptible para el consumidor los precios de los productos en los espacios destinados para su exhibición. (artículo 5°)

Primera parte

Resultados de la supervisión nacional a servicios de emergencia

El artículo 162º de la Constitución Política y la Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo (artículo 1º) le brindan a esta institución la potestad de defender los derechos constitucionales y fundamentales de la persona y la comunidad, así como la supervisión del cumplimiento de los deberes de la administración estatal. Le corresponde a la Defensoría, entonces, velar por la vigencia del derecho a la salud, reconocido en la Constitución y en la Ley General de Salud, en relación a la obligación del Estado de atender la salud a través de un sistema sanitario que garantice el disfrute de una vida digna.

En ese contexto, esta institución decidió realizar una supervisión nacional a los servicios de emergencia de los noventa hospitales más importantes del país. Ello en adición a la supervisión realizada a los servicios de emergencia en catorce hospitales en Lima Metropolitana, a propósito de la declaratoria de emergencia en el sector (Decreto de Urgencia N° 001-2016).¹⁷

Los establecimientos de salud supervisados fueron los hospitales de todos los departamentos del país y del Seguro Social de Salud (EsSalud), y aquellos que corresponden a las Sanidades de la Fuerza Armada, la Policía Nacional y la Fuerza Aérea. En la siguiente tabla se observan las categorías y el número de establecimientos donde fue aplicada la supervisión.

Cuadro N.º 1:
Perú: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) supervisadas

Categoría del establecimiento de salud	II-1	II-2	III-1	III-2	III-E	S/C*	Total
EsSalud	18	11	6	2	1	3	41
Gobiernos regionales	8	19	8		1		36
Minsa	2	2	2	1	2		9
Sanidades		1	2			1	4
Total	28	33	18	3	4	4	90

Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

(*) Sin categoría

1. Las atenciones de “no emergencia” en los servicios de emergencia

Uno de los problemas que afecta severamente al sistema sanitario es la falta de oportunidad de la atención por la postergación en el otorgamiento de citas por consulta externa, la programación de cirugías, así como en la realización de exámenes de apoyo al diagnóstico; ello como consecuencia de la brecha existente entre la reducida oferta y la alta demanda que afecta al país, pese a los esfuerzos realizados desde el sector.

Siguiendo lo señalado en el Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025,¹⁸ esto se explica porque existe una brecha en infraestructura en el sector salud de alrededor de US\$ 9472 millones al 2020, lo que implica que existe una necesidad de inversión adicional de US\$ 7674 millones en el presupuesto del Estado.

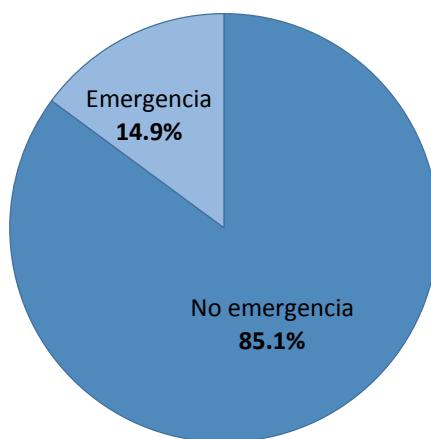
¹⁷ Defensoría del Pueblo, Oficina Defensorial de Lima. (Noviembre de 2016). Supervisión de los servicios de emergencia en los principales hospitales.

¹⁸ Universidad del Pacífico, Escuela de Gestión Pública y Asociación para Fomento de la Infraestructura Nacional. (2015). *Un Plan para salir de la Pobreza*.

En el mismo sentido, se advierte que existe una brecha de camas de hospital de alrededor de 18 944 y de 16 000 médicos especialistas en todo el país, particularmente de las especialidades de anestesiología, cirugía general, ginecobstetricia y pediatría, según la información difundida por el Minsa en mayo de 2015.

Estas deficiencias, traducidas en demanda insatisfecha –en mayor o menor medida se evidencia en los subsistemas de salud– también se han trasladado a los servicios de emergencia. Así, en la supervisión realizada se pudo verificar que el 85,1 % (9695) del total de atenciones prestadas no correspondían a daños calificados como prioridad I y II. Es decir, no estaban referidos propiamente a la condición de emergencia, entendiéndose por ella a la condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata, al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en la persona,¹⁹ tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 1
Perú: Tipo de atenciones en los servicios de emergencia

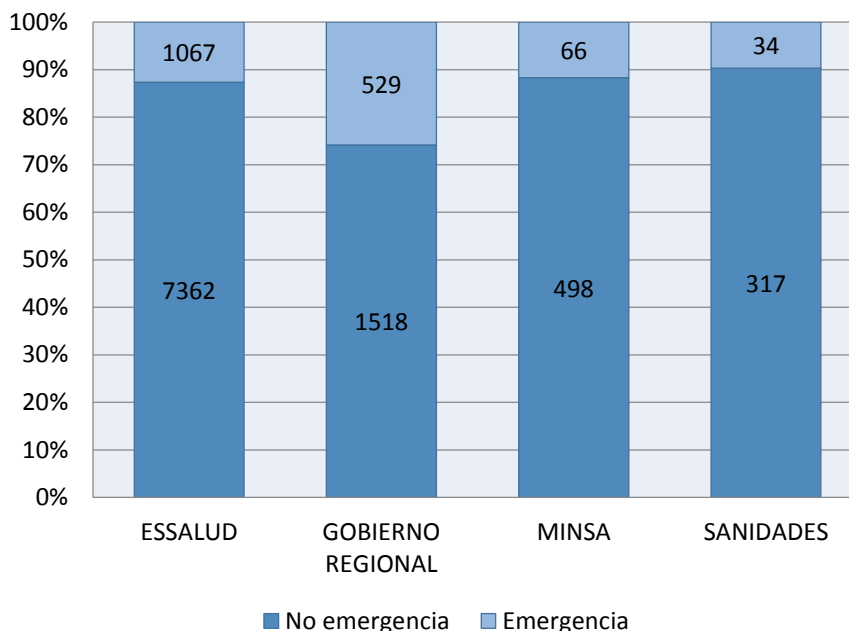


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

Si bien el problema afecta de manera general a los subsistemas, se observa que EsSalud presenta mayor dificultad en números totales y un alto porcentaje respecto a los gobiernos regionales. Así, en las Sanidades, el Minsa y EsSalud, el porcentaje de no emergencia es de 90,3 % (317), 88,3 % (498), 74,1 % (1518) y 87,3 % (7362) atenciones, respectivamente, tal como se aprecia en el gráfico N° 2.

¹⁹ Ministerio de Salud. (2016). Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. Aprobada por RM N° 386-2006/MINSA NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01. Pág. 4

Gráfico N° 2
Perú: Tipo de atenciones en los servicios de emergencia,
según subsistema



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

Esta demanda de salud no satisfecha en el primer nivel de atención, y de los servicios de consulta externa o de apoyo al diagnóstico (de especialidades) en el segundo y tercer nivel de atención, trae como consecuencia un mayor uso y congestión de los servicios de emergencia, que terminan turgurizados y hacinan a los usuarios y al mismo personal de salud. Además implica un riesgo en la demora de la atención y del derecho a la salud de las personas que presentan reales emergencias, propiciando posibles complicaciones, que incrementan el costo de atención, el diagnóstico y el tratamiento. En esa medida, resulta indispensable atender y canalizar la demanda insatisfecha

2. La “institucionalización” del pasillo y el hacinamiento en los servicios de emergencia

Los usuarios, además de enfrentar el problema de salud que les afecta, deben enfrentar el problema adicional del sistema deficiente: la falta de disponibilidad del servicio traducido en la falta de camas, camillas, sillas de ruedas, espacios insuficientes o inadecuados para su atención. Esto ha llevado –en algunos casos de mayor gravedad–²⁰ a la “institucionalización” de los corredores o pasillos para la atención de las personas; la permanencia en el servicio por encima de las doce horas señaladas en la regulación sanitaria; el que personas de diferente sexo compartan los mismos ambientes; y que la distancia entre las camas sea menor a un metro de distancia.

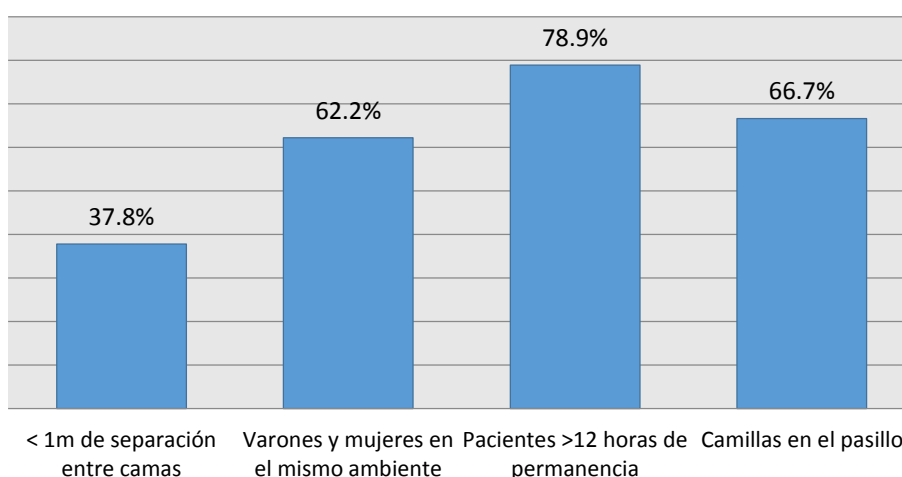
Como se ve, situaciones que debieran ser excepcionales se han incorporado como una práctica usual y ordinaria en los diferentes hospitales, lo que, además de representar una vulneración de los derechos, contribuye a incrementar el riesgo de adquirir infecciones

²⁰ Una situación crítica se observó el año pasado en el Hospital Nacional María Auxiliadora (HNMA), donde las personas eran atendidas en el espacio destinado para la cochera del hospital.

asociadas con la atención de la salud²¹ y mayores costos para el sistema sanitario. En esa línea, en la supervisión realizada se pretendió identificar estos aspectos, para que nos ayuden a determinar la magnitud del problema, cómo se distribuye en los diferentes subsistemas y en qué medida afectan los derechos de las personas, para así emitir las recomendaciones y advertencias correspondientes.

En la supervisión se determinó que el 78,9 % (71) de hospitales reportó la presencia de pacientes con más de doce horas de permanencia en salas de observación;²² en el 66,7 % (60) hubo presencia de camillas en los pasillos o pasadizos; en el 62,2 % (56) se compartía en los mismo ambientes a pacientes varones y mujeres; y en el 37,8 % (34) la separación entre camas era menor a un metro, como se observa en el gráfico N° 3.

Gráfico N° 3
Perú: Hacinamiento en los servicios de emergencia



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

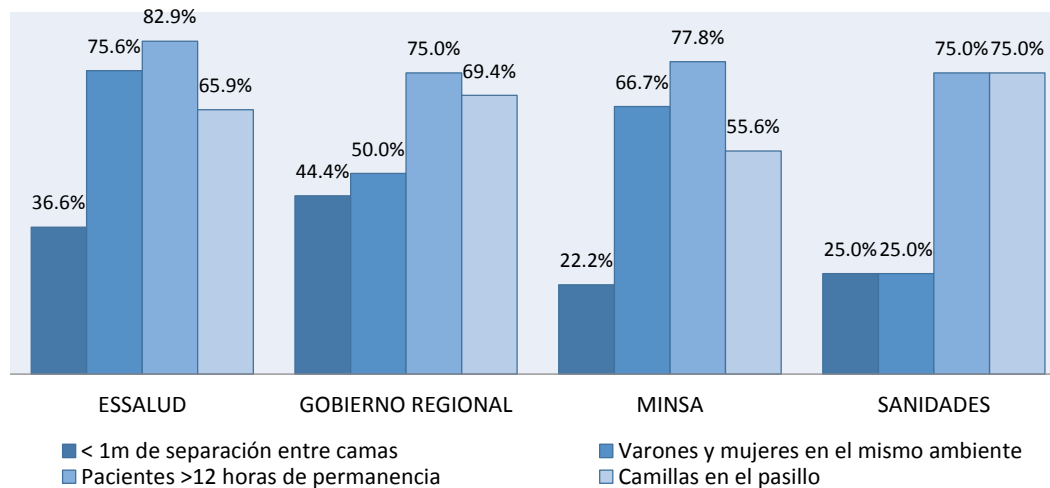
Esta situación se hace más crítica cuando se analiza por subsistemas, pues el 82,9 % (34) de hospitales de EsSalud tiene pacientes con más de doce horas de permanencia, y el 75 % (3) de hospitales de Sanidades y el 69,4 % (27) de hospitales de los gobiernos regionales tienen camillas en pasillos.

De modo similar, el 75 % (3) de hospitales de Sanidades supervisadas, así como el 66,7 % (6) de los hospitales del Minsa comparten ambientes con personas de diferente género. En el 44,4 % (16) de los hospitales de los gobiernos regionales se advirtió que las camas en los ambientes de observación tenían menos de un metro de distancia.

²¹ Organización Mundial de la Salud. *Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria*. Consultado el 24 de noviembre de 2016. Disponible en http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/ Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), también denominadas infecciones nosocomiales u hospitalarias, son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario, y que el paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta. Asimismo, incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.

²² Área del servicio de emergencia para la permanencia de corta estancia y la atención-tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños prioridad I y II, en un periodo que no debe exceder las doce horas.

Gráfico N° 4
Perú: Hacinamiento en los servicios de emergencia, según subsistema



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

3. La disponibilidad de servicios complementarios en las áreas de emergencia

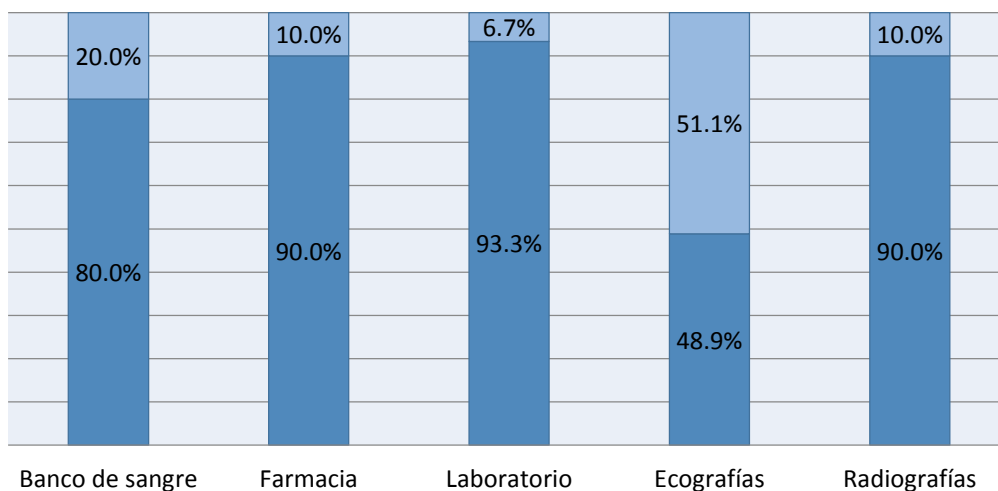
3.1 Servicios complementarios: radiografías, ecografías, laboratorio, farmacia y bancos de sangre

Forma parte de la esencia del servicio de emergencia garantizar una atención adecuada y oportuna ante toda ocurrencia repentina o inesperada que ponga en riesgo la vida o integridad de la persona, durante las 24 horas del día y de forma permanente.²³ Ello implica que se cuente con servicios complementarios que permitan llevar a cabo dicha labor de manera paralela y al mismo tiempo, como son farmacia, laboratorio, radiografía y ecografías. La ausencia o la suspensión, incluso temporal, de cualquiera de ellas, rompen la continuidad de la atención y podrían comprometer la oportunidad del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la vida y la salud de las personas.

No obstante, en la supervisión se encontró que dichos servicios no funcionan de manera permanente en muchos espacios para emergencias supervisados. Los resultados muestran que el 20 % (18) no cuenta de forma constante con bancos de sangre, el 10 % (9) no tiene farmacia, el 6,7 % (6) no cuenta con laboratorio, el 51,1% (42) —es decir, más de la mitad— no tiene servicio de ecografía y el 10% (9) no cuenta con el de radiografías, como se indica en el siguiente gráfico.

²³ Ministerio de Salud. Norma Técnica de los Servicios de Emergencia, Pág. 2.

Gráfico N° 5
Perú: Disponibilidad de los servicios complementarios de emergencia



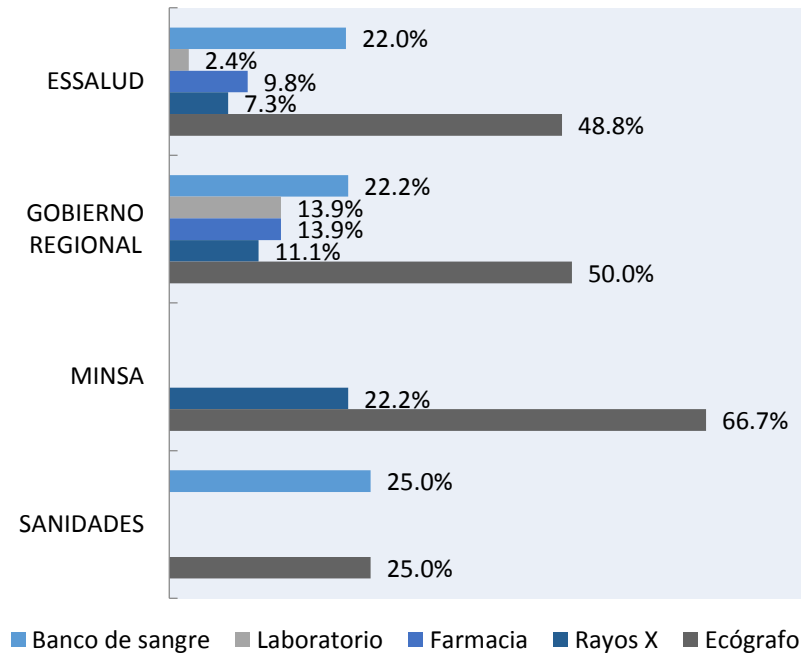
Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

En forma específica, en el funcionamiento permanente que se ve al analizar la falta de continuidad de estos servicios o áreas, advertimos que EsSalud y los gobiernos regionales presentan mayores problemas. En ambos casos, no tienen garantizados los servicios o áreas de manera permanente en ninguno de sus establecimientos. Lo mismo se observa en dos casos en el Minsa y de las Sanidades.

El funcionamiento permanente que se ve afectado en mayor medida es el de ecografía, que afecta a todos los subsectores, aunque en mayor porcentaje a los hospitales del Minsa (66,7 %) (6). El funcionamiento del banco de sangre afecta a todos los subsistemas salvo al Minsa, y de forma ligera a las Sanidades (1).

En el gráfico de la siguiente página se detalla esta información.

Gráfico N° 6
Perú: Falta de disponibilidad las 24 horas de servicios complementarios en los servicios de emergencia, según subsistema



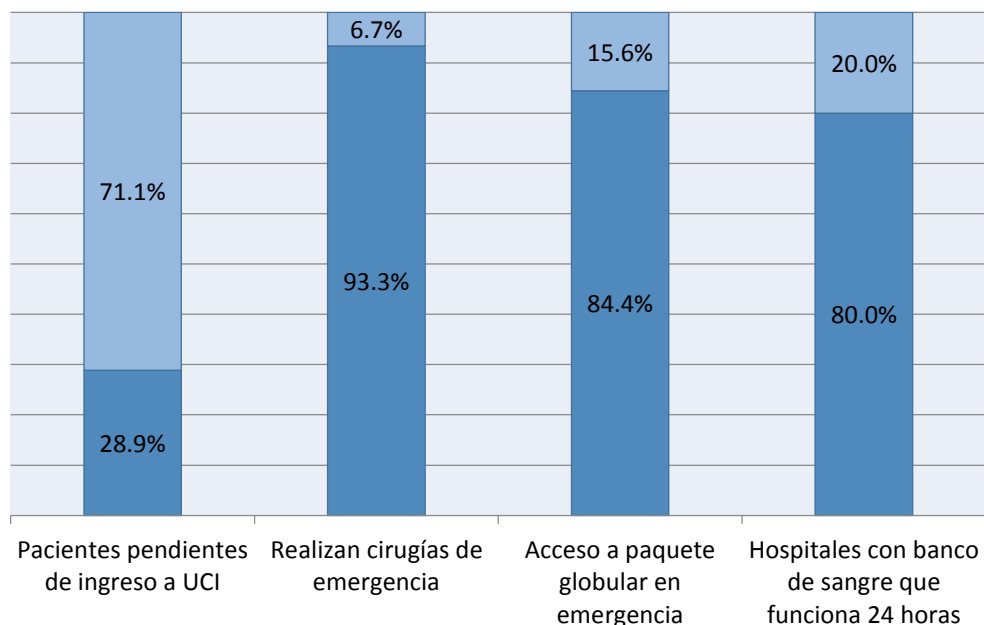
Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

3.2 Servicios complementarios: disponibilidad de camas en UCI, cirugías de emergencia y acceso a paquetes globulares

La supervisión realizada también tuvo como propósito verificar el acceso a las camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI), caracterizadas por albergar a personas que requieren de una monitorización constante de sus signos vitales por presentar alguna condición de gravedad. Buscamos recabar si todos los servicios de emergencia realizan operaciones quirúrgicas de emergencia, así como información sobre el acceso a paquetes globulares en contextos de emergencia.

No obstante la importancia de los servicios de emergencia, los resultados de la supervisión evidenciaron que el 28,9 % (26) tiene pacientes pendientes de ingresar a UCI, lo cual responde al número insuficiente de camas. Si bien los porcentajes respecto de aquellos hospitales que realizan cirugías de emergencia y acceden a paquetes globulares es mayor, existe preocupación porque un 6,7 % (6) y un 15 % (14) no realiza cirugías de emergencia y no accede a paquetes globulares, respectivamente. La información se detalla en el gráfico N° 7.

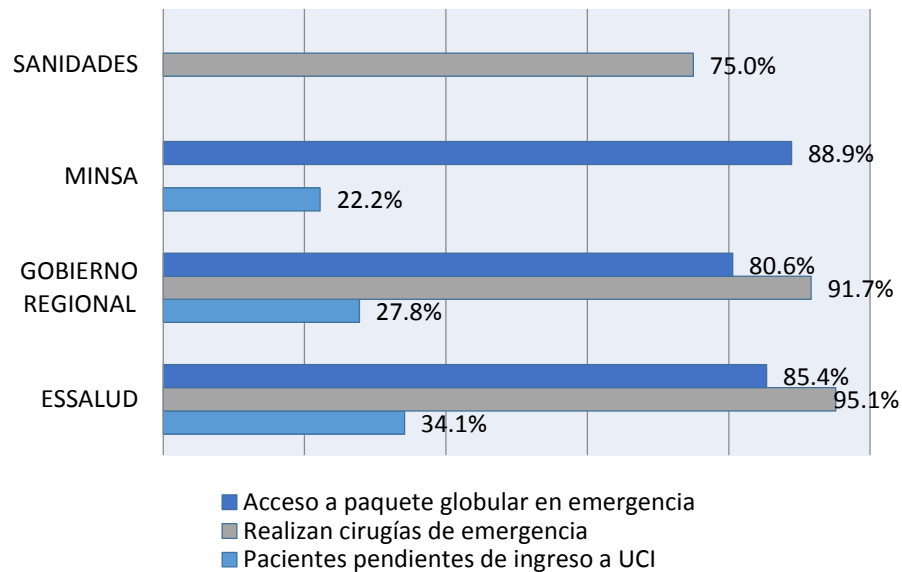
Gráfico N° 7
Perú: Capacidad y disponibilidad en los servicios de emergencia



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

En el análisis por subsistema se observa que el 34,1 % (14) de los hospitales de EsSalud tiene pacientes pendientes de ingreso a UCI, aunque esta situación afecta de manera similar a los hospitales del Minsa y de los gobiernos regionales. Los servicios complementarios también muestran problemas, sobre todo en el acceso a paquete globular y la realización de cirugías, como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 8
Perú: Capacidad y disponibilidad en los servicios de emergencia, según subsistema

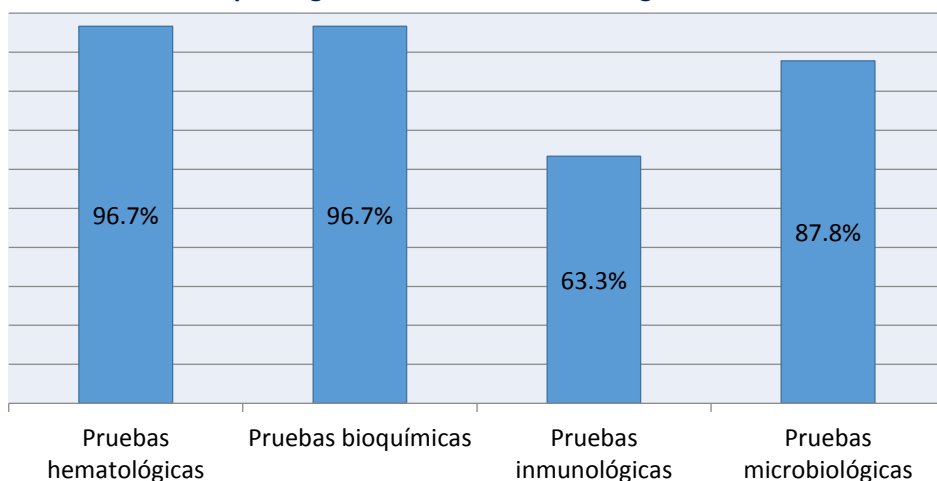


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

3.3 Servicios complementarios: acceso a pruebas de laboratorio y de anatomía patológica

Con el mismo propósito se supervisó el funcionamiento del servicio de laboratorio. Los resultados muestran que si bien existen altos porcentajes en la realización de pruebas hematológicas y bioquímicas, de 96,7 % (87); no obstante, en el caso de las microbiológicas e inmunológicas, baja a 63,3 % (27) y 87,8 % (79), respectivamente.

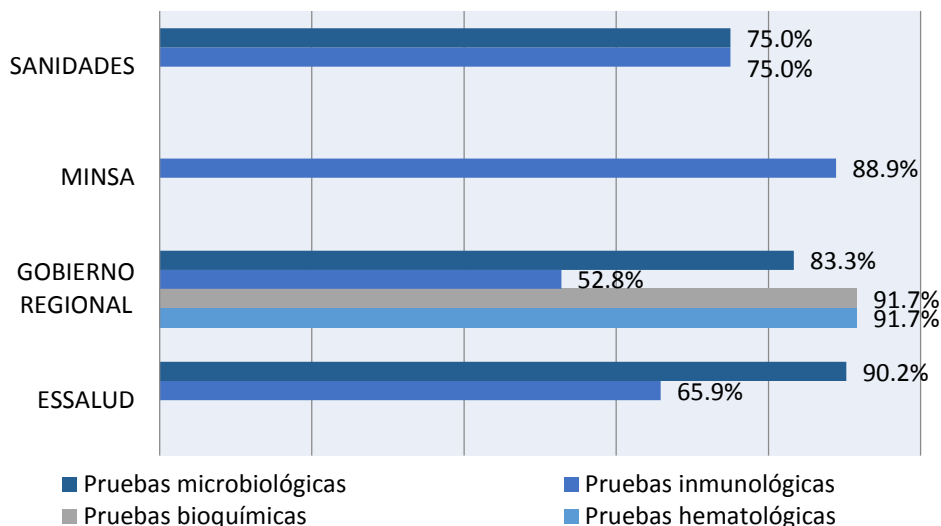
Gráfico N° 9
Perú: Establecimientos que realizan pruebas de anatomía patológica en los servicios de emergencia



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

En el análisis por subsistema encontramos que las pruebas microbiológicas y las inmunológicas tienen un mayor problema a nivel de los gobiernos regionales, pues alcanzan niveles más bajos respecto a EsSalud, con 83,3 % y 52,8 %, respectivamente, como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 10
Perú: Establecimientos que realizan pruebas de anatomía patológica en los servicios de emergencia, según subsistema



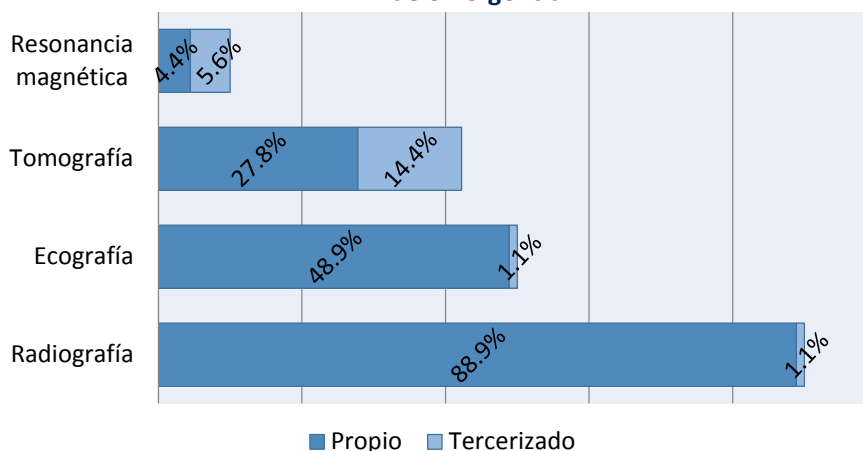
Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

3.4 Servicios complementarios: diagnóstico por imágenes

En relación a la disponibilidad de diagnóstico por imágenes, el 90 % (81) de hospitales cuenta con radiografías, el 50 % (45) con ecografías, el 42,2 % (38) con tomografía y el 10 % (9) con resonancia magnética. El dato que mayor preocupación genera es el de ecografías, pues a través de ellas se permite conocer con mayor detalle la afectación que puede estar sufriendo la persona.

Otro hecho que llama la atención es la tercerización de estos servicios, especialmente de tomografía y resonancia magnética, que son los más especializados, pues el 14,4 % (13) y el 5,6 % (5) de hospitales, respectivamente, terceriza estos servicios, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 11
Perú: Servicios de diagnóstico por imágenes en los servicios de emergencia

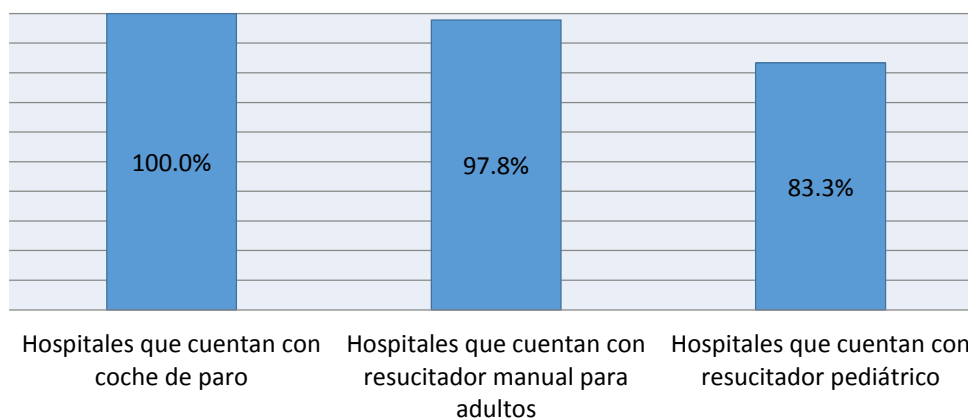


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

3.5 La disponibilidad de los equipos de reanimación cardiovascular

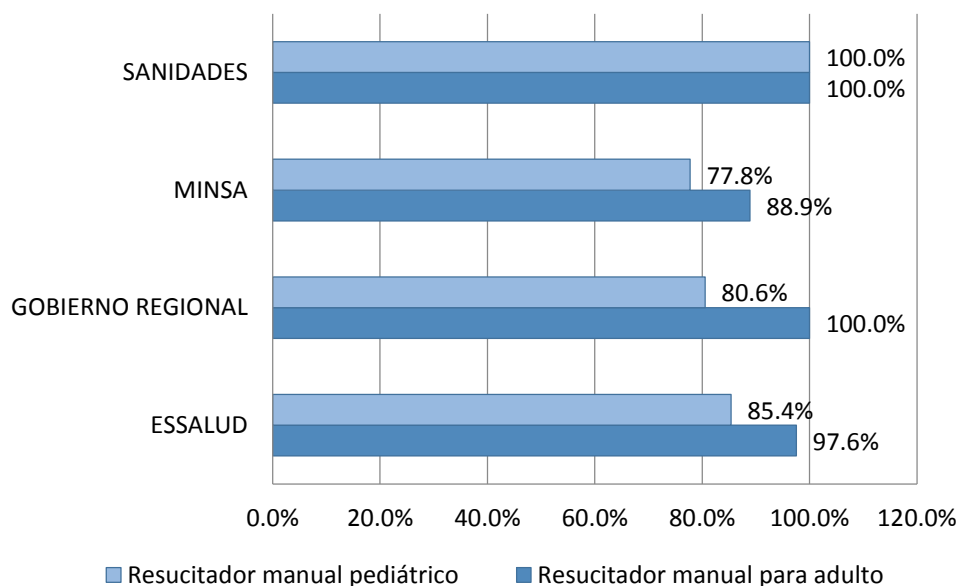
En relación a la disponibilidad de los equipos de coche de paro cardiorrespiratorio y los equipos de reanimación manual para adultos y pediátrico, se observa que el problema principal se ubica en el supuesto de resucitador pediátrico, que alcanza un 87 %. Este problema afecta de manera similar a los hospitales del Minsa, EsSalud y los gobiernos regionales, tal como se observa en los gráficos 12 y 13.

Gráfico N° 12
Perú: Establecimientos con equipos de reanimación cardiopulmonar en los servicios de emergencia



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

Gráfico N° 13
Perú: Establecimientos con equipos de reanimación cardiopulmonar en los servicios de emergencia, según subsistema



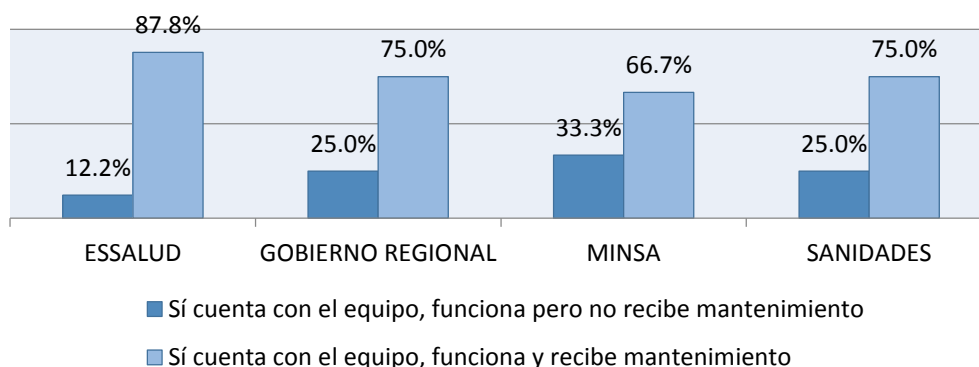
Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

4. Disponibilidad de equipos biomédicos

4.1 Disponibilidad del aspirador de secreciones

Con la finalidad de verificar una adecuada atención en los servicios de emergencia, se indagó si contaban con el equipo biomédico. Si bien la totalidad cuenta con el aspirador de secreciones, en promedio las dificultades se advierten con relación a su mantenimiento, pues alrededor de la cuarta parte no lo reciben.

Gráfico N° 14
Perú: Disponibilidad de aspirador de secreciones en los servicios de emergencia, según subsistema

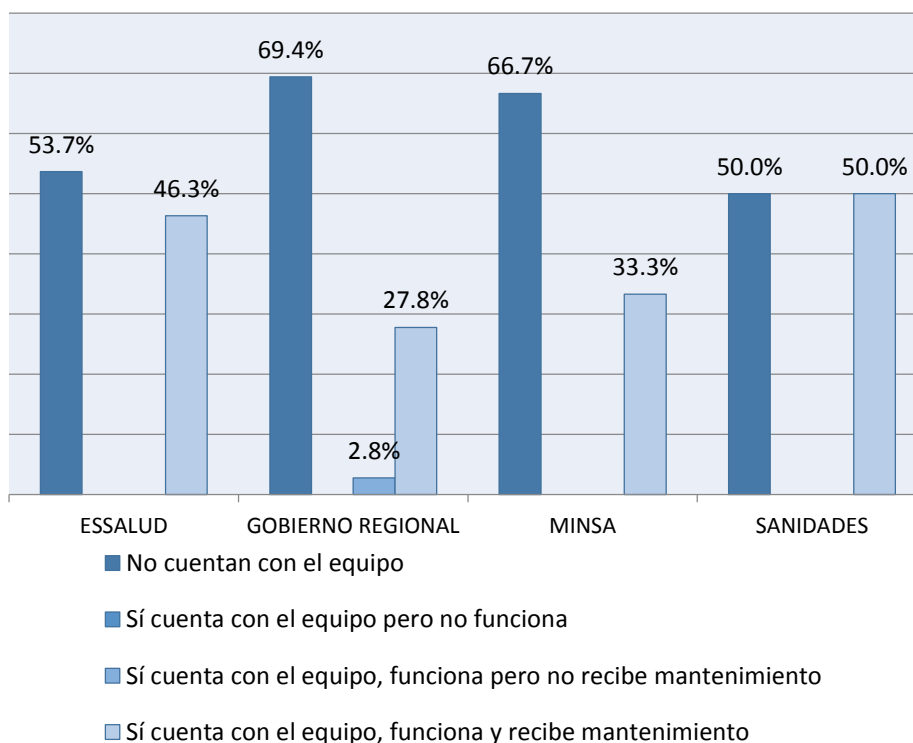


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

4.2 Disponibilidad de ventilador neonatal

Diferente situación se advirtió en la disponibilidad del ventilador neonatal en los servicios de emergencia, pues algunos subsectores presentaron mayores problemas, siendo más preocupante la de los hospitales de los gobiernos regionales, aunque no es exclusiva a ellos. Esta situación responde al nivel de capacidad de los establecimientos, como se ve en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 15
Perú: Disponibilidad de ventilador neonatal en los servicios de emergencia, según subsistema

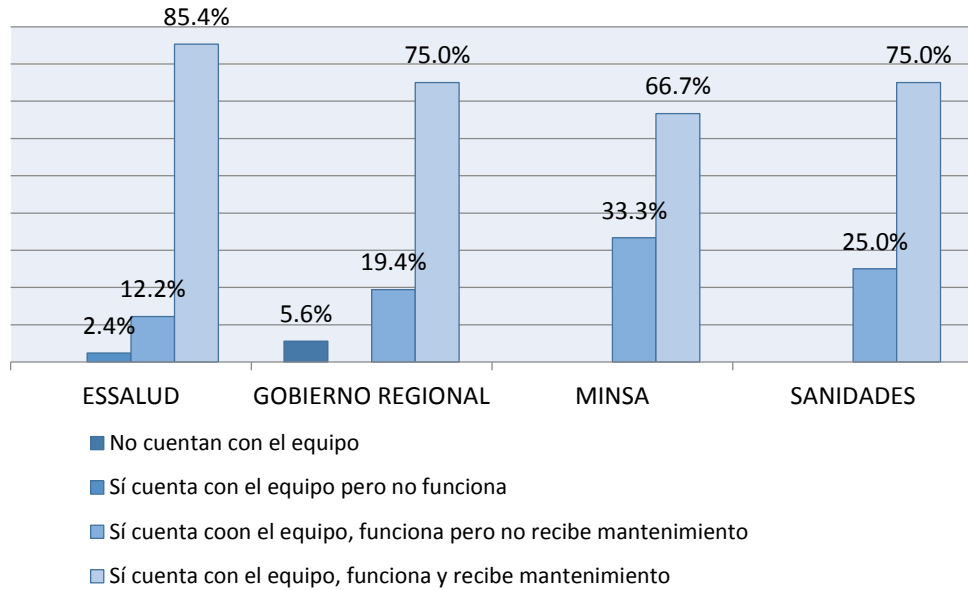


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

4.3 Disponibilidad de camillas de transporte

Un resultado que llama la atención es la situación de las camillas, pues si bien un gran porcentaje de los hospitales visitados cuenta con ellas, también es cierto que muchas no reciben mantenimiento. En el caso del Minsa, alcanza a una de tres camillas, y en el de las regiones, al 19,4 %.

Gráfico N° 16
Perú: Disponibilidad de camilla de transporte en los servicios de emergencia, según subsistema

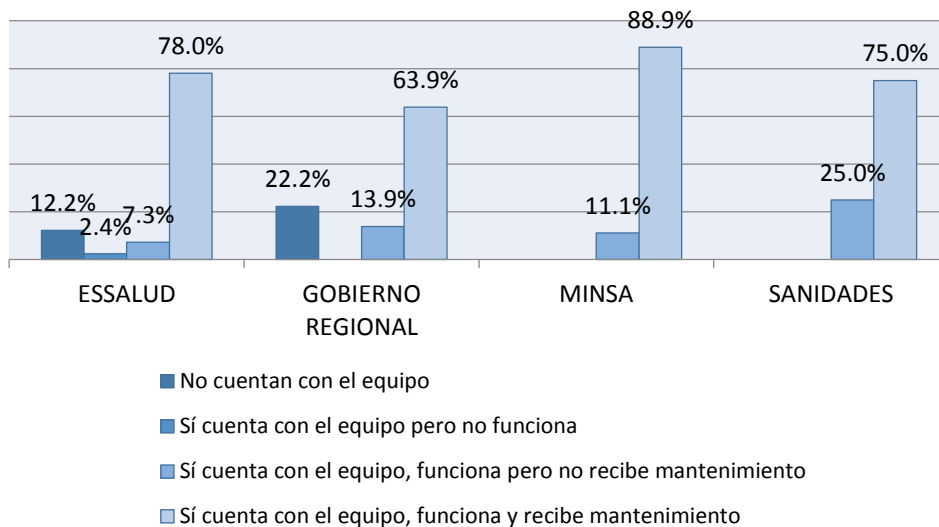


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

4.4 Disponibilidad de equipo nebulizador

Existen problemas con la disponibilidad del equipo nebulizador, aunque en promedio las tres cuartas partes cuentan con él. En los hospitales del Minsal y de los gobiernos regionales, el 11 % y el 13 %, respectivamente, tienen equipos sin mantenimiento. Además, el 22 % de los hospitales de los gobiernos regionales no cuentan con este equipo.

Gráfico N° 17
Perú: Disponibilidad de equipo nebulizador múltiple en los servicios de emergencia, según subsistema

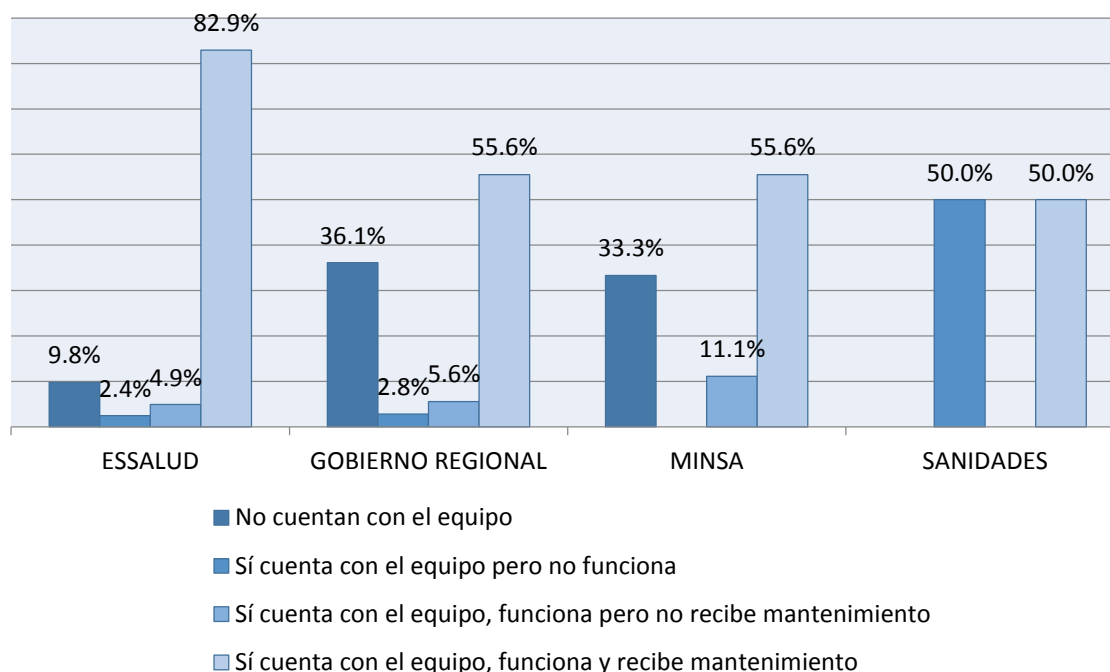


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

4.5 Disponibilidad de ventilador volumétrico

El ventilador volumétrico presenta carencias en las Sanidades supervisadas y en pequeños porcentajes en los hospitales de EsSalud y los gobiernos regionales. La falta de mantenimiento afecta a los hospitales del Minsa, los gobiernos regionales y EsSalud, como se detalla en el gráfico presentado en la siguiente página.

Gráfico N° 18
Perú: Disponibilidad de ventilador volumétrico en los servicios de emergencia, según subsistema

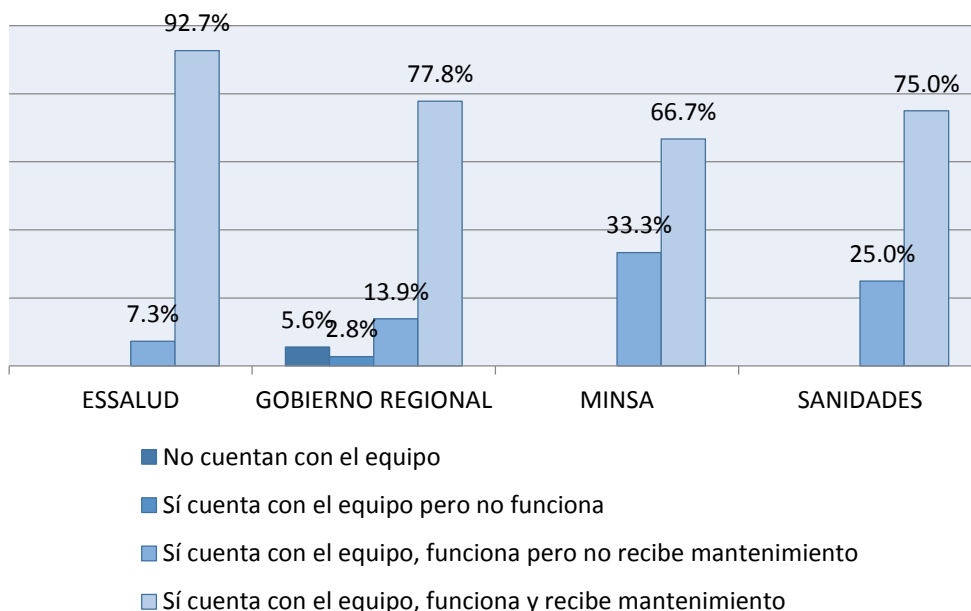


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

4.6 Disponibilidad de monitor de funciones vitales

La falta de mantenimiento de los monitores de funciones vitales representa un problema en prácticamente todos los subsectores, con un promedio de 19,8 %, aunque en mayor grado en los hospitales del Minsa y los gobiernos regionales. Además, en este último grupo presenta mayores problemas, con un 5,6 % de carencia, como se aprecia en el gráfico.

Gráfico N° 19
Perú: Disponibilidad de monitor de funciones vitales volumétrico en los servicios de emergencia, según subsistema

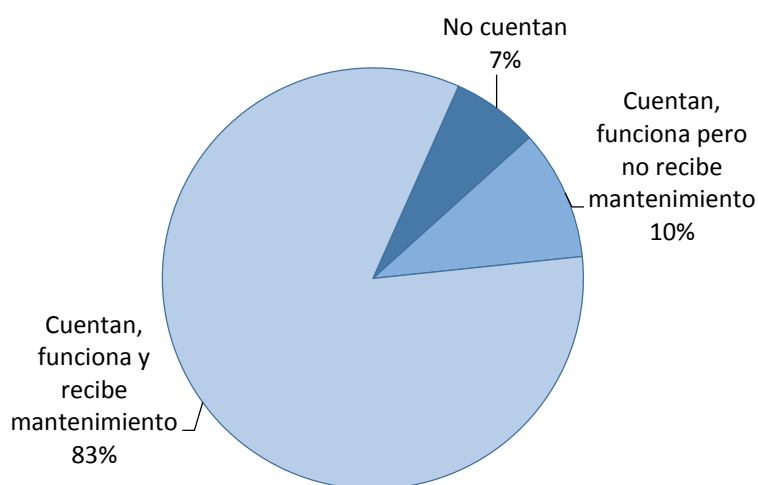


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

5. Servicio de ambulancias

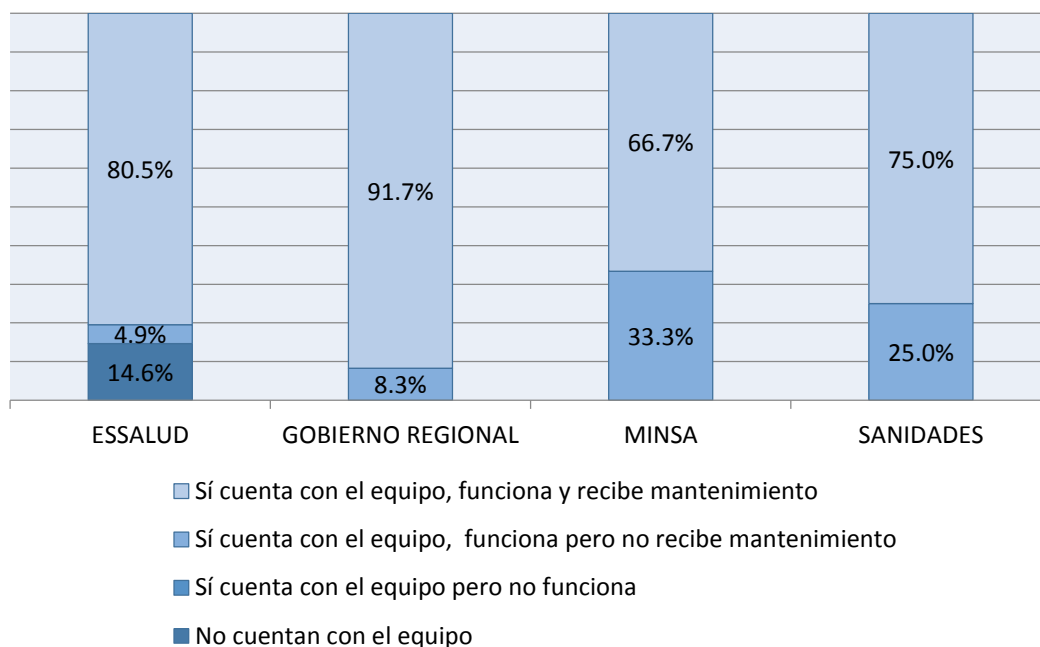
Si bien la disponibilidad de ambulancias en los hospitales supervisados no presenta grandes problemas, se advierten porcentajes donde falta mantenimiento o no se cuenta con ellos. Estos problemas se concentran en los hospitales del Minsa, gobiernos regionales y EsSalud (gráficos 21 y 22).

Gráfico N° 20
Perú: Disponibilidad, funcionamiento y mantenimiento de ambulancias en los servicios de emergencia



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

Gráfico N° 21
Perú: Disponibilidad de ambulancias en los servicios de emergencia, según subsistema

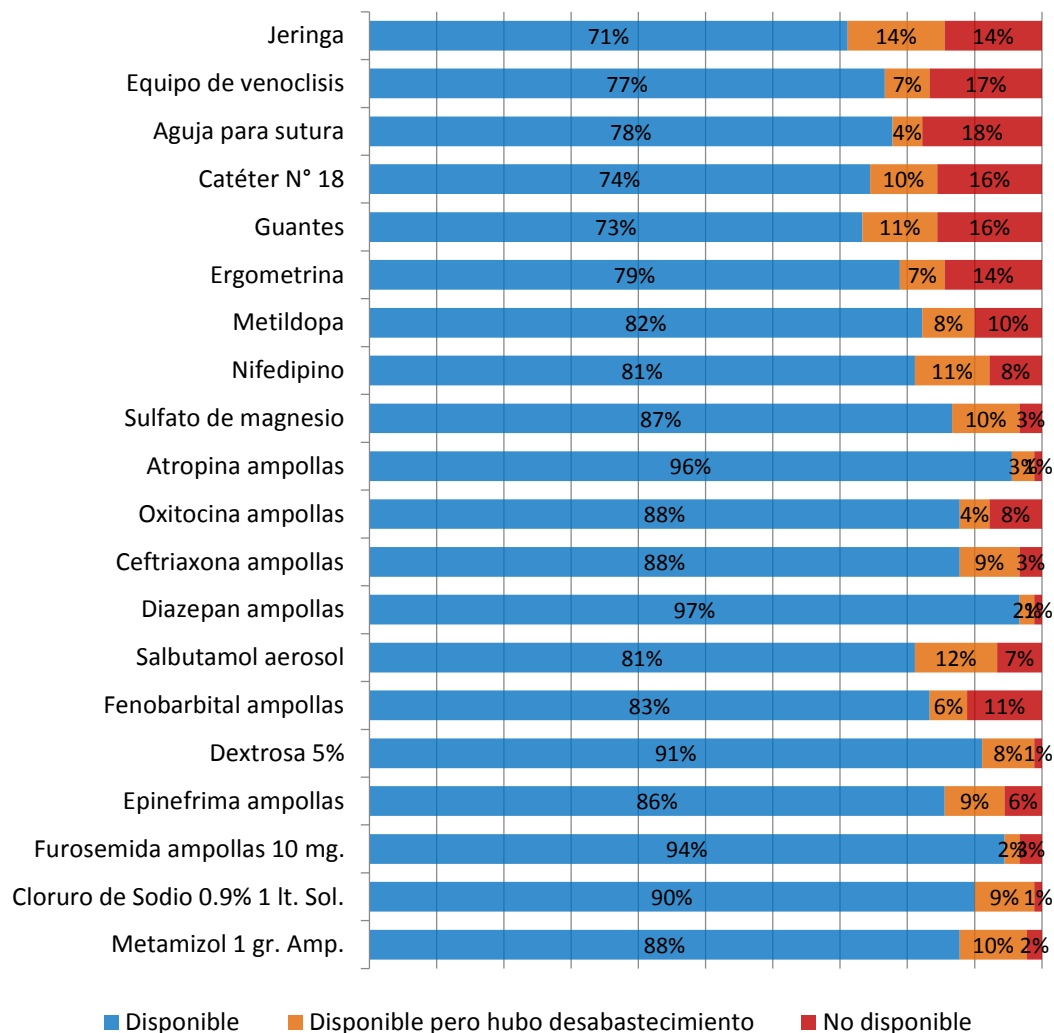


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

6. Disponibilidad de medicamentos e insumos

El acceso a los medicamentos constituye parte fundamental del derecho a la salud, y por este motivo, la disponibilidad de los mismos y de los insumos requeridos en los servicios de emergencia fue uno de los objetivos de la supervisión. Los resultados muestran que los insumos presentan mayores problemas, tal como se observa en la falta de jeringas en 14 % de los hospitales supervisados. A su vez, 17 % de ellos no tenía equipos de venoclisis, 18 % no contaba con aguja para sutura, entre los principales resultados.

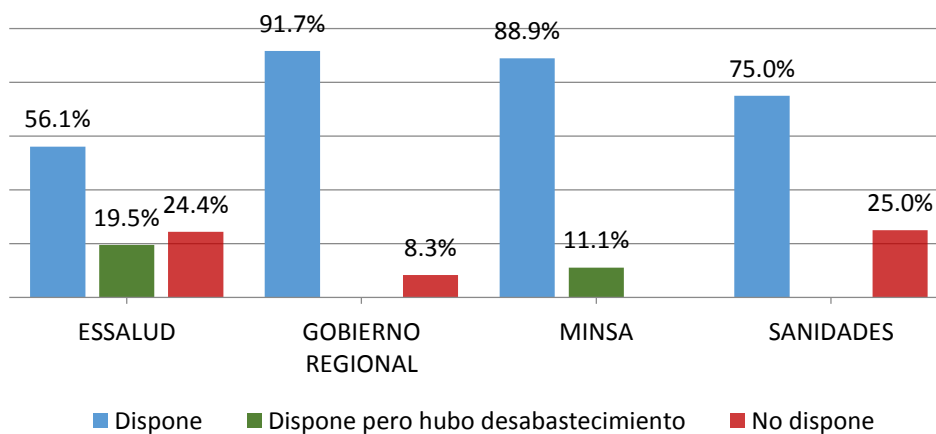
Gráfico N° 22
Perú: Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos
en los servicios de emergencia



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

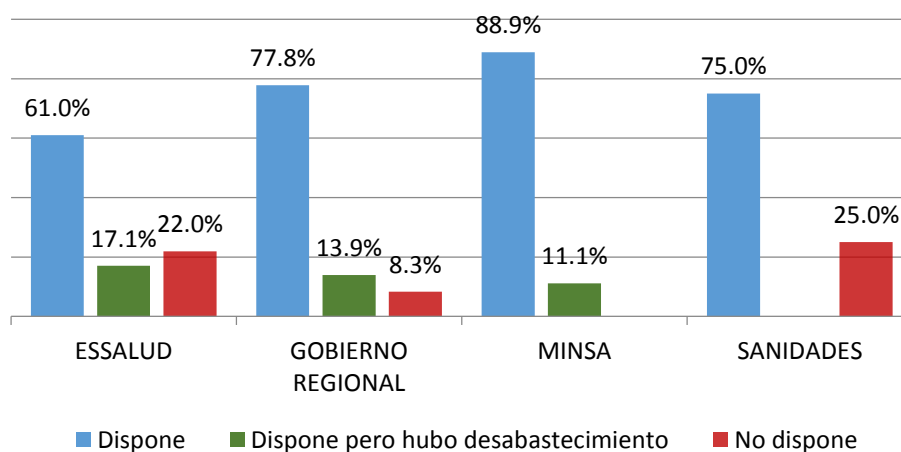
Para una mayor comprensión de la problemática, se decidió analizar la falta de medicamentos o insumos por cada subsistema, eligiendo a los tres primeros medicamentos o insumos que faltaron. Los resultados según subsistema se aprecian en los siguientes gráficos.

Gráfico N° 23
Perú: Disponibilidad de catéter N° 18 en los servicios de emergencia, según subsistema



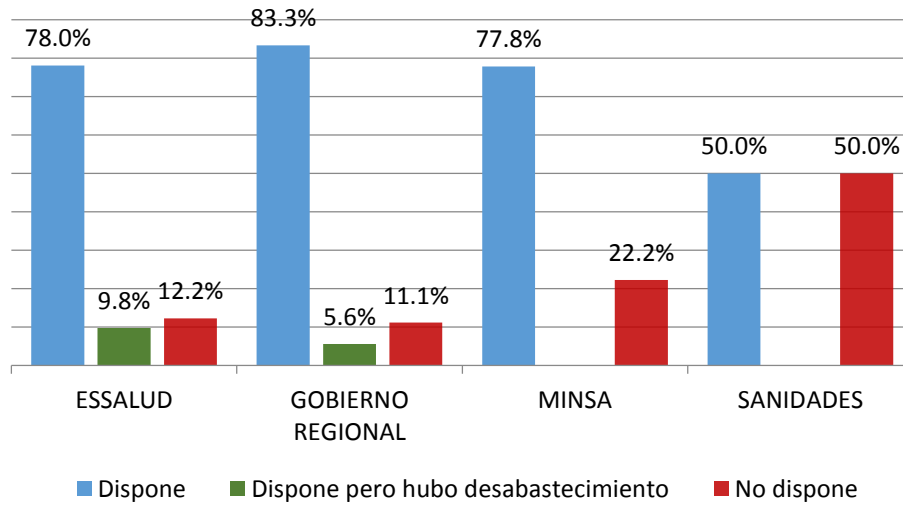
Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

Gráfico N° 24
Perú: Disponibilidad de jeringas en los servicios de emergencia, según subsistema



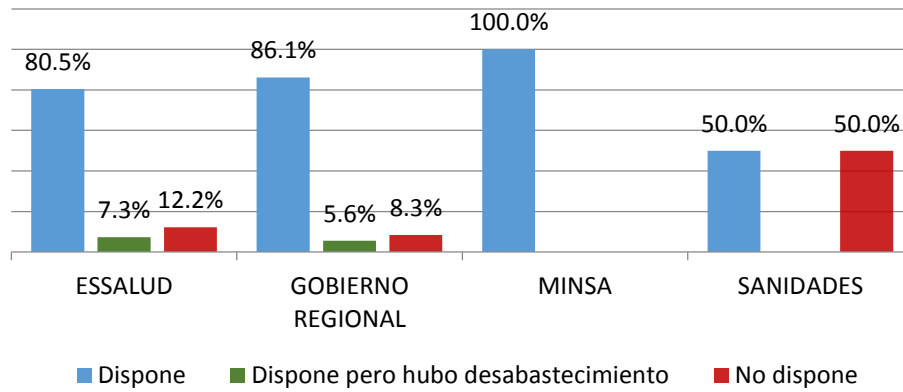
Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

Gráfico N° 25
Perú: Disponibilidad de ergometrina en los servicios de emergencia, según subsistema



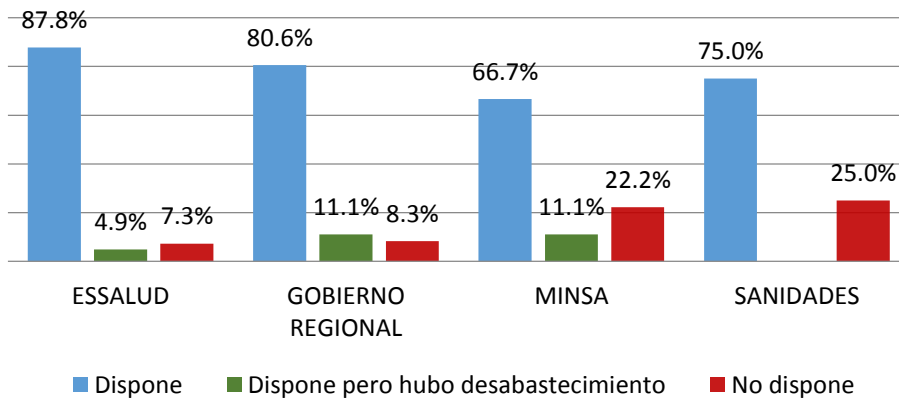
Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

Gráfico N° 26
Perú: Disponibilidad de fenobarbital en los servicios de emergencia, según subsistema



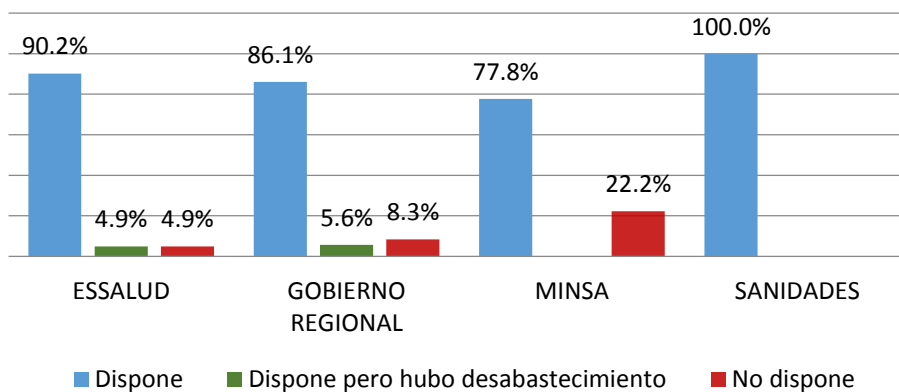
Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

Gráfico N° 27
Perú: Disponibilidad de metildopa en los servicios de emergencia, según subsistema



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

Gráfico N° 28
Perú: Disponibilidad de oxitocina en los servicios de emergencia, según subsistema



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, DP

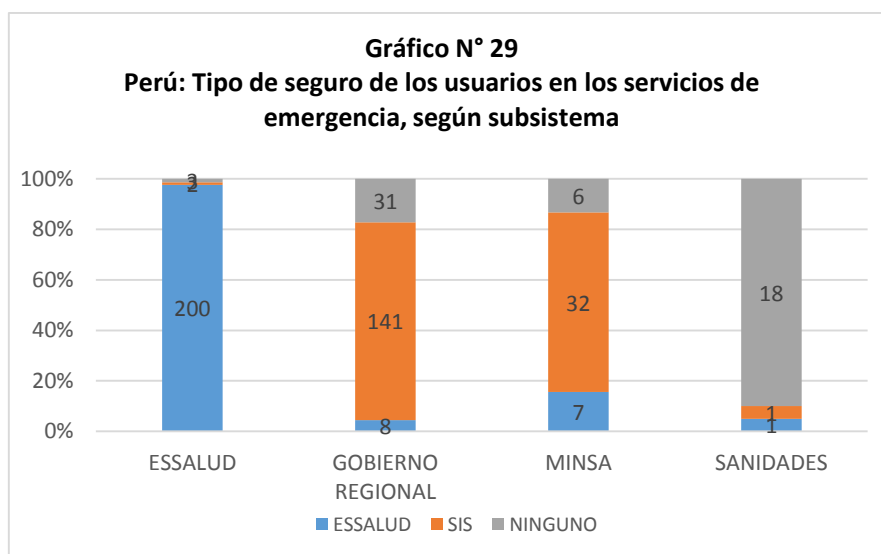
7. Expectativas de los usuarios/as

La dimensión de la calidad desde la perspectiva de la persona usuaria, no solo no ha cobrado mayor interés, a pesar de que se la reconoce como un factor que afecta y modula notablemente a la calidad técnica, y que es reconocida como un componente del derecho a la salud. Esta dimensión suele comprender desde el trato hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, gestión administrativa, continuidad de los cuidados entre los niveles de atención.²⁴

En ese contexto, la Defensoría del Pueblo consideró importante desplegar esfuerzos para tener un alcance de las apreciaciones que tienen las personas sobre la atención y las dificultades que enfrentan en los servicios de emergencia. Es por ello que durante la supervisión, se entrevistó a 450 personas usuarias ya atendidas o a sus familiares y/o acompañantes, a fin de conocer su valoración de la atención recibida y los mecanismos de reclamo, y así proteger sus derechos con mayor eficacia.

7.1 Sobre la condición de persona de asegurada

De las 450 personas entrevistadas, 216 señalaron que se encuentran aseguradas en EsSalud, 176 en el SIS, dieciocho tienen el seguro en Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, mientras que cuarenta personas no cuentan con ningún tipo de seguro de salud, lo que representa el 9 % del total. Al analizar esta información, se pudo conocer que estas últimas personas se ubicaban en los hospitales de los gobiernos regionales.



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

7.2 Tiempo de espera para la atención médica en el servicio de emergencia

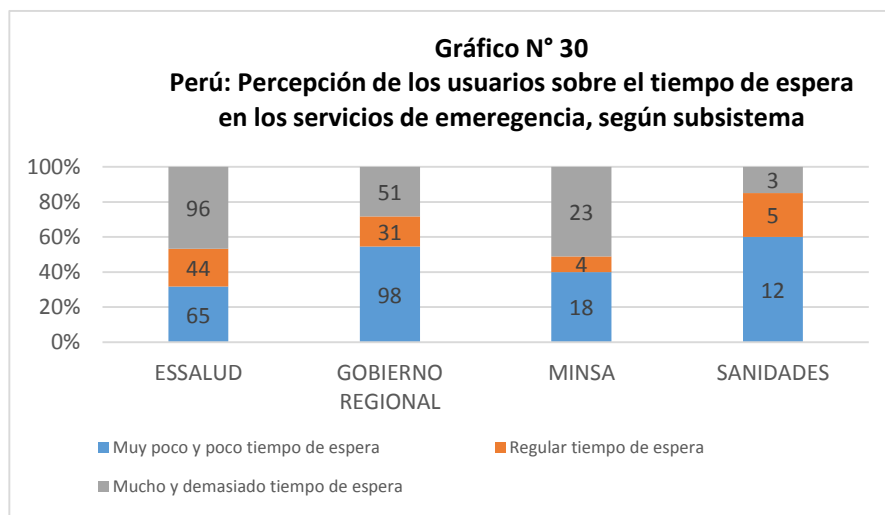
La oportunidad es un elemento del derecho a la salud y por lo tanto una característica de la prestación de todo servicio sanitario, especialmente cuando se trata de situaciones de emergencia donde los derechos a la vida y a la integridad se encuentran en riesgo. Es por

²⁴ Ross, Anna, y otros. "La calidad y la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe". En: *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2000, 8(1-2), 3-98. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-4989200000700012>. Consultada el 25 de noviembre de 2016.

ello que se decidió indagar la valoración de la oportunidad de la atención de salud que las personas recibieron en los servicios de emergencia, calificando si el tiempo de espera fue muy poco, poco, regular, mucho o demasiado.

Los resultados muestran que del total, 193 personas señalaron que tuvieron muy poco tiempo de espera, 84 de ellos que el tiempo de espera fue regular y 173 personas manifestaron que tuvieron demasiado tiempo de espera para la atención médica.

Como se advierte en el gráfico, el mayor número de personas que señalaron tener mucho tiempo de espera se han registrado en los hospitales de EsSalud, pues de las 205 personas entrevistadas, 96 manifestaron haber esperado mucho y demasiado tiempo para su atención.

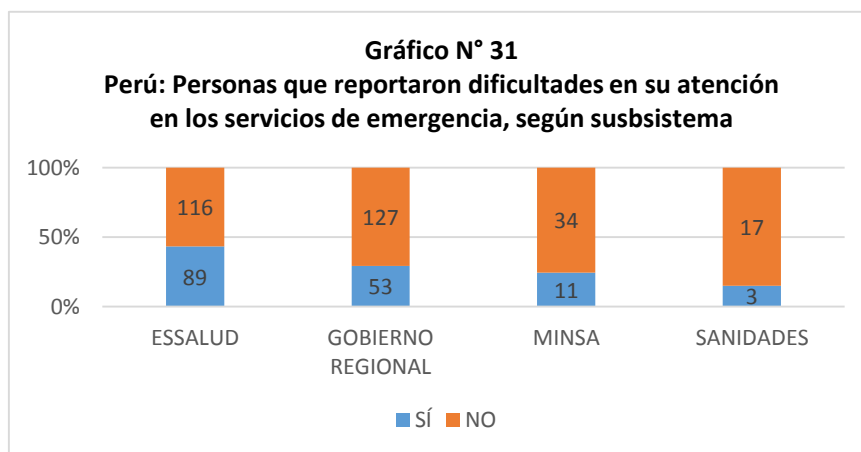


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

7.3 Dificultades en la atención recibida

Al indagar con las personas entrevistadas si se presentaron dificultades para su atención, los resultados muestran que 156 señalaron que han tenido algún tipo de dificultad para la atención en los servicios de salud, mientras que 294 manifestaron no haber presentado ninguna dificultad. El mayor problema se identificó en EsSalud, donde 89 (43 %) señaló haber presentado alguna dificultad en su atención

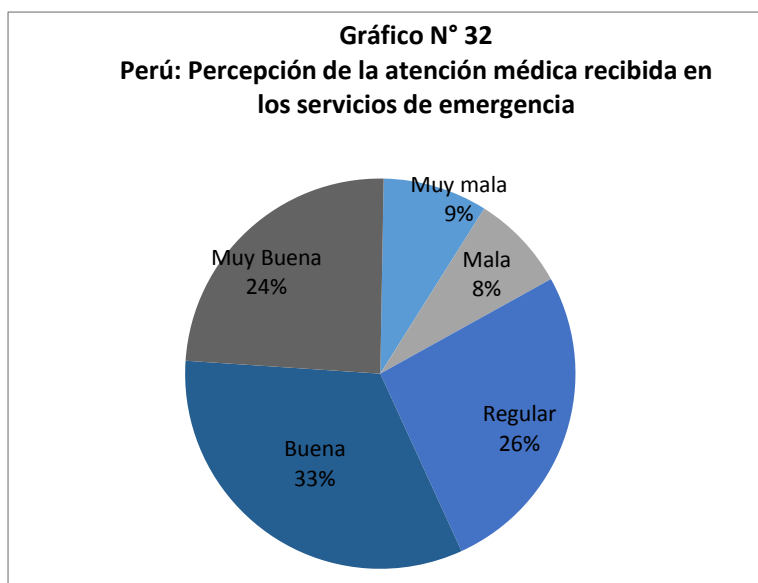
Al analizar las respuestas sobre el tipo de dificultad, señalaron problemas de índole administrativo y asistencial. El grueso de personas manifestó como principal problema la demora. Además, se refirieron a la ausencia del personal médico o a la falta de un número suficiente de profesionales, a los problemas administrativos relacionados con el SIS, entre otros.



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

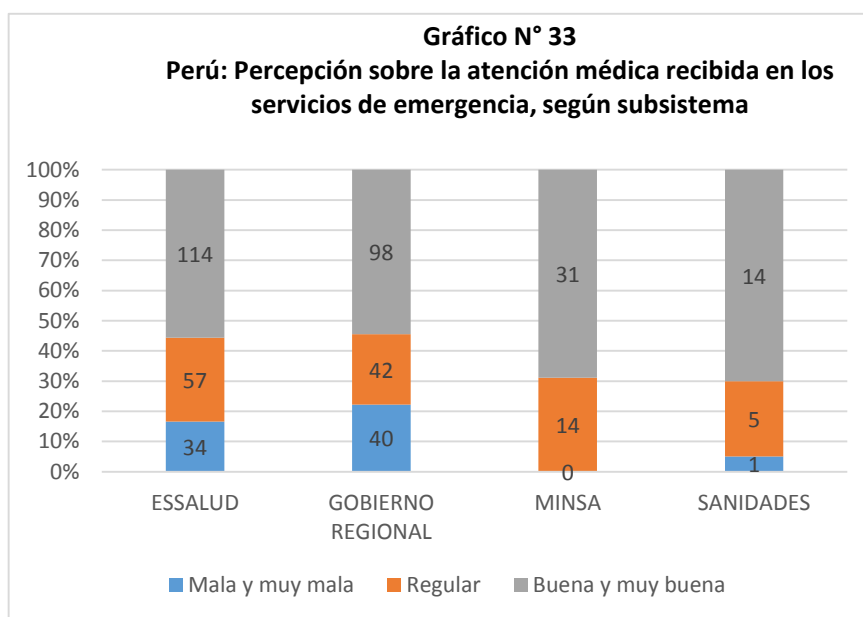
7.4 Calidad de la atención médica recibida

Ante la pregunta a los usuarios del servicio de emergencia sobre la calificación que darían a la atención médica recibida, en una escala de 1 a 5, siendo uno muy mala y cinco muy buena, se obtuvo los siguientes resultados.



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

Si observamos el siguiente gráfico por subsistemas de salud, evidenciamos que, en el caso de los gobiernos regionales, 40 de las 180 personas entrevistadas en un total de 36 hospitales, han manifestado que la atención recibida ha sido muy mala. Algunas respuestas coinciden en señalar la poca información que reciben sobre sus diagnósticos y procedimientos médicos.

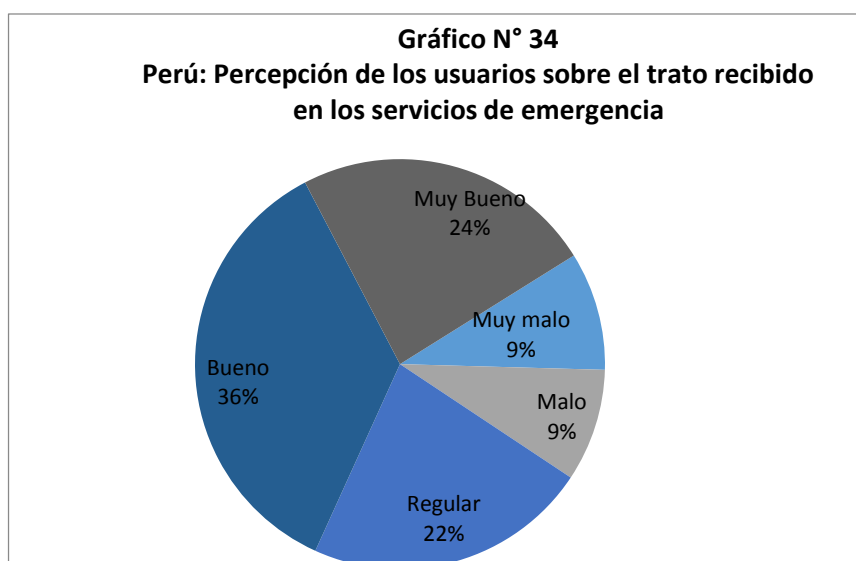


Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

7.5 Trato recibido en los servicios de emergencia

Una de las preocupaciones constantes de las entidades prestadoras de los servicios de salud es mejorar el trato a los pacientes. Muestra de ello son las diversas campañas llevadas a cabo por el sector Salud, tanto en el Minsa como en EsSalud. Además de ello, debemos referirnos a la ley que establece el 13 de agosto de cada año como el Día nacional de la salud y del buen trato al paciente. (Ley N° 30023)

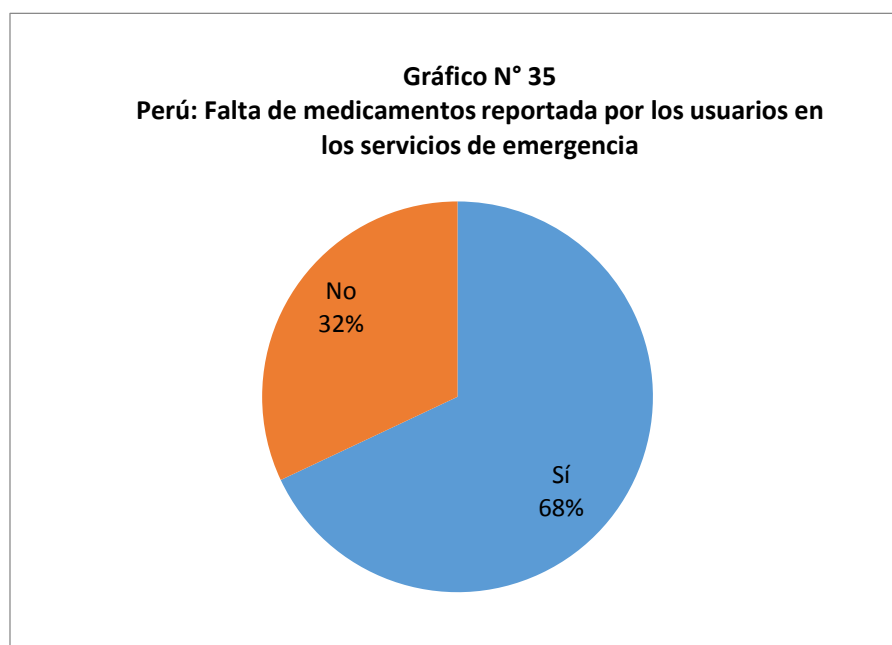
Por ello, se preguntó a las personas sobre el trato recibido. Los resultados muestran que el 60 % (267 entrevistados) calificó el trato como muy bueno y bueno, el 22 % (101 personas) lo calificó de regular, y el 18 % (82 personas) como malo o muy malo, tal como se observa en el gráfico. Sobre el motivo de la calificación en el caso de malo y muy malo, se refirieron al trato inadecuado del personal de salud, siendo poco amables, incluso manifestaron haber percibido falta de sensibilidad sobre su situación.



7.6 Disposición de medicamentos en farmacias de emergencia

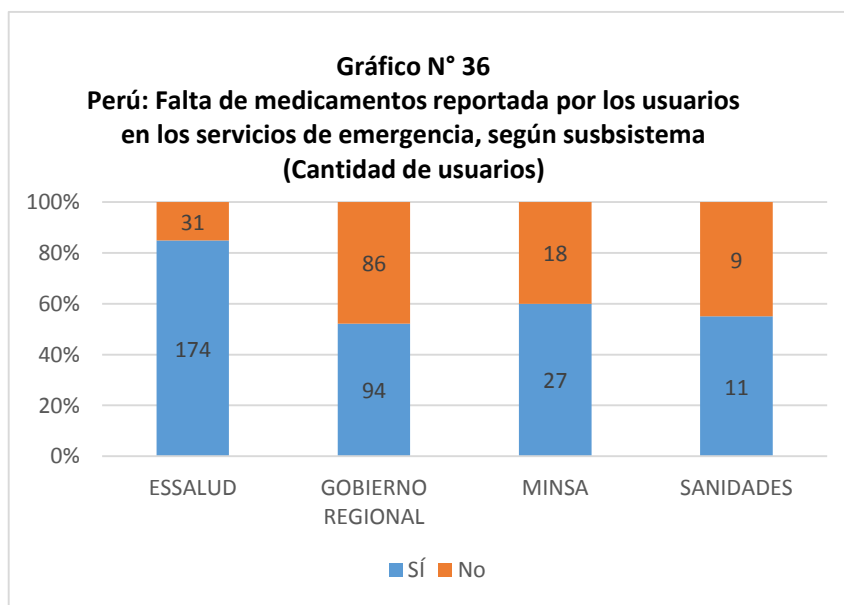
Uno de los aspectos centrales para garantizar el restablecimiento de la salud individual es la disponibilidad de medicamentos. Debido a ello, se preguntó a las personas si encontraron dentro del establecimiento los medicamentos recetados o insumos médicos requeridos.

Aproximadamente la tercera parte de las personas entrevistadas no encontró todos los medicamentos recetados en el establecimiento, obligándolos a adquirirlos en otros lugares, probablemente en farmacias particulares. Entre los medicamentos que los pacientes señalaron que tuvieron que adquirir están: Paracetamol, cloruro de sodio, insulina, Salbutamol en aerosol, penicilina en ampollas. Asimismo, indicaron que han salido a comprar insumos médicos como: catéter, mascarillas, vendas, guantes, cánula nasal, agujas, gasa, bisturí, entre otros.



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

Esta situación se agrava cuando se trata de los hospitales administrados por los gobiernos regionales, pues de las 180 personas entrevistadas, 86, es decir, el 47 %, manifestaron que han tenido que salir a comprar insumos o medicamentos. Así también en el caso de los hospitales de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, de las veinte personas entrevistas, nueve manifestaron no haber encontrado la medicación completa, tal como se observa a continuación.



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

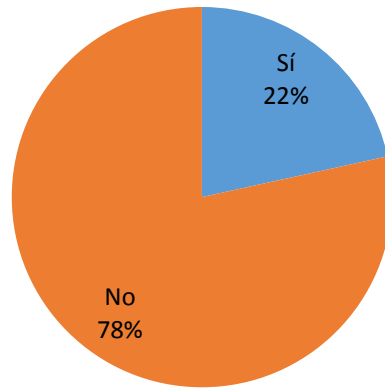
7.7 Empoderamiento de derechos: conocimiento de los usuarios sobre presentación de quejas y reclamos

Ante la pregunta sobre si las personas usuarias conocen algún mecanismo o instancia donde interponer una queja o reclamo contra los servicios de emergencia, de las 450 personas entrevistadas, 97 señalaron que sí (22%), mientras que 353 (78%) indicaron desconocer alguna instancia donde presentar un reclamo.

Esta situación manifiesta el desconocimiento de los usuarios/as de salud sobre dónde recurrir a manifestar la vulneración de su derecho a la salud, pese a que en la actualidad existen varios mecanismos donde plasmar un reclamo, como: el Libro de Reclamaciones, que todas las instituciones están obligadas a tener; la Oficina de Atención al Asegurado en el Seguro Social de Salud; en la PNP; en la Defensoría del Policía; y a nivel de todos los sistemas de salud de la Superintendencia Nacional en Salud (SuSalud), encargada, entre otros, de la protección de los derechos en salud de los ciudadanos.

Gráfico N° 37

Perú: Usuarios que reportan conocer una instancia para presentar sus quejas sobre los servicios de emergencia



Fuente: Base de datos de la supervisión a servicios de emergencia, noviembre 2016 – DP

Segunda parte

Resultados de la visita a boticas y farmacias privadas

La Defensoría del Pueblo realizó una intervención rápida a nivel nacional a los establecimientos farmacéuticos, con el objeto de evaluar el acceso a la información de medicamentos, disponibilidad y precios de medicamentos genéricos.

La visita se llevó a cabo en 393 establecimientos entre farmacias y boticas que se encuentran alrededor de los hospitales del Minsa, EsSalud, Sanidad PNP y Sanidad EP. La intervención se realizó en 25 establecimientos del Callao, 166 de Lima Metropolitana y 202 de los demás departamentos del país.

Los medicamentos seleccionados para ser consultados fueron: el Ciprofloxacino de 500 mg tableta para uso en adulto y el Sulfametoxazol + Trimetoprima suspensión 200 mg / 40 mg para uso en pediatría. Ambos medicamentos se seleccionaron bajo los siguientes criterios:

- Son medicamentos esenciales, que se encuentran incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
- Pertinencia en el tratamiento de enfermedades comunes, que causan una significativa morbilidad y mortalidad como enfermedad gastrointestinal, respiratoria u urinaria, considerando que la principal causa de mortalidad en niños de 5 a 11 años es la infección respiratoria aguda baja (Endes, 2012).²⁵
- Son recomendados normalmente en la primera línea de tratamiento (Sulfametoxazol + Trimetoprima en infecciones respiratorias).
- Están disponibles en formulaciones estándar y son usados ampliamente.

Los resultados se expresan en cuatro componentes: disponibilidad de medicamentos, comparación de precios, asequibilidad del tratamiento y acceso a información.

1. Disponibilidad de medicamentos genéricos como primera opción

Los medicamentos disponibles y ofertados a nivel nacional como primera opción por el vendedor, tienen un comportamiento similar para ambos medicamentos (Ciprofloxacino 500 mg tableta y el Sulfametoxazol + Trimetoprima suspensión 200 mg / 40 mg), según se aprecia en las tablas 1 y 2.

Tabla N° 1

Primera opción ofertada de medicamento
Ciprofloxacino 500 mg a nivel nacional

Medicamento	N°	%
Total	393	100 %
Genérico	261	56,0 %
Marca	128	36,2 %
Sin respuesta	4	7,8 %

²⁵ Dirección General de Epidemiología, Minsa. (2012). *Análisis Situacional de Salud 2012*. Disponible en http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_lima.pdf. Consultada el 27 de noviembre de 2016.

Tabla N° 2
Primera opción ofertada del medicamento
Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco a nivel
nacional

Medicamento	N°	%
Total	393	100 %
Genérico	208	53 %
Marca	162	41 %
Sin respuesta	23	6 %

Para un análisis de la disponibilidad de medicamentos por regiones, hemos agrupado los departamentos en costa, sierra y selva, siguiendo la clasificación del Instituto Nacional de Estadística e Informática²⁶ (clasificación que considera la región geográfica según la densidad poblacional). Los resultados se aprecian en las siguientes tablas.

Tabla N° 3
Primera opción de medicamento
Ciprofloxacino 500 mg ofertado en la costa

Medicamento	N°	%
Total	250	100 %
Genérico	163	65 %
Marca	86	34 %
Sin respuesta	1	0 %

Tabla N° 4
Primera opción de medicamento
Ciprofloxacino 500 mg ofertado en la sierra

Medicamento	N°	%
Total	113	100 %
Genérico	74	65 %
Marca	36	32 %
Sin respuesta	3	3 %

Tabla N° 5
Primera opción de medicamento

²⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Densidad Poblacional*. Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0015/cap-512.htm. Consultada el 27 de noviembre de 2016.

Ciprofloxacino 500 mg ofertado en la selva

Medicamento	N°	%
Total	30	100 %
Genérico	24	80 %
Marca	6	20 %

Tabla N° 6

Primera opción de medicamento
Ciprofloxacino 500 mg ofertado en Lima y Callao

Medicamento	N°	%
Total	190	100 %
Genérico	123	65 %
Marca	67	35 %

Tabla N° 7

Primera opción de medicamento
Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco ofertado
en la costa

Medicamento	N°	%
Total	250	100 %
Genérico	121	48 %
Marca	115	46 %
Sin respuesta	14	6 %

Tabla N° 8

Primera opción de medicamento
Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco ofertado
en la sierra

Medicamento	N°	%
Total	113	100 %
Genérico	65	58 %
Marca	40	35 %
Sin respuesta	8	7 %

Tabla N° 9
Primera opción de medicamento
Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco ofertado
en la selva

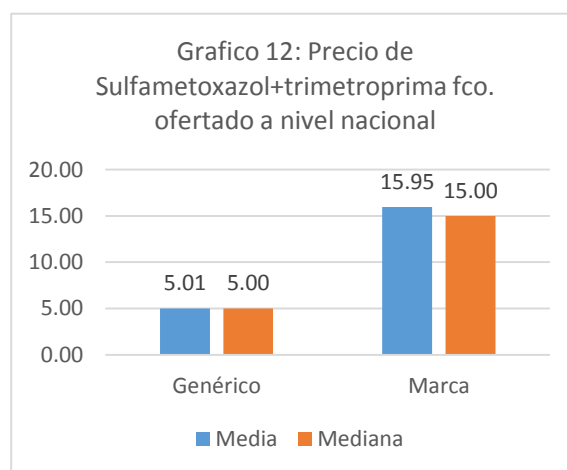
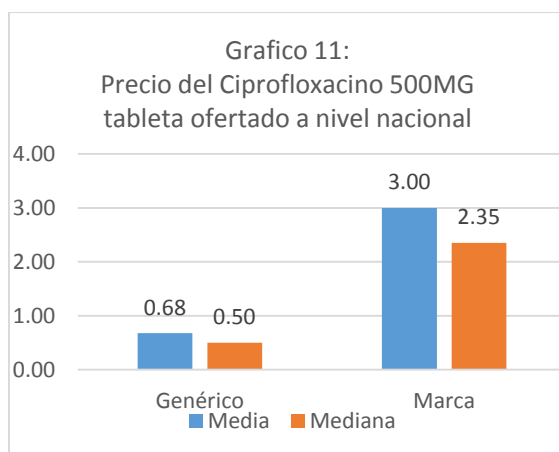
Medicamento	N°	%
Total	30	100 %
Genérico	22	73 %
Marca	7	23 %
Sin respuesta	1	3 %

Tabla N° 10
Primera opción de medicamento
Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco ofertado
en Lima y Callao

Medicamento	N°	%
Total	156	100 %
Genérico	70	45 %
Marca	85	54 %
Sin respuesta	1	1 %

2. Comparación de precios de medicamentos

Para el análisis de los precios se utiliza dos medidas de tendencia central: la media aritmética²⁷ y la mediana²⁸.



²⁷ La media aritmética es el promedio de un conjunto de valores, o su distribución

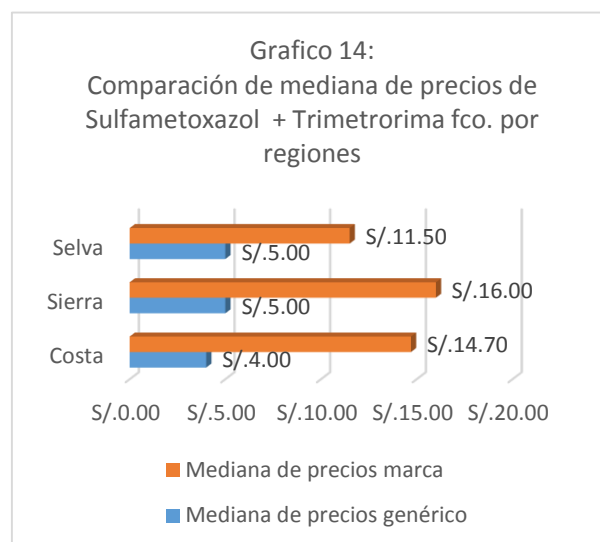
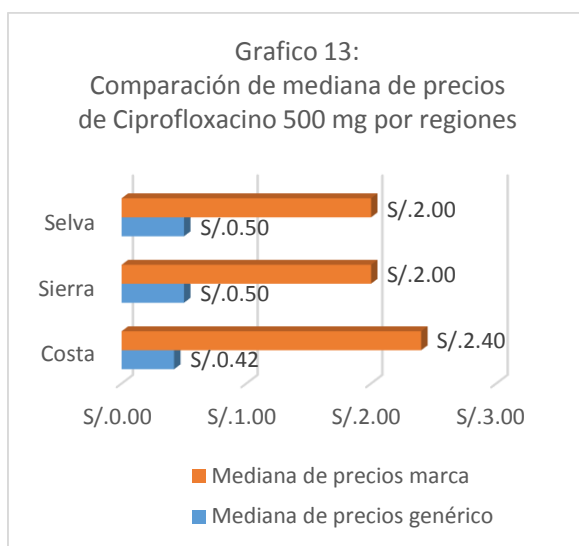
²⁸ La mediana (del latín mediānus 'del medio') representa el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados.

Tabla N° 11
Incremento porcentual entre la mediana de precios
de Ciprofloxacino 500 mg y Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco

Descripción	Mediana de precios		
	Genérico	Marca	Incremento porcentual
Ciprofloxacino 500 mg	S/ 0,50	S/ 2,35	370 %
Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco	S/ 5,00	S/ 15,00	200 %

La comparación de precios utilizando la mediana (gráficos 11 y 12), nos muestra que entre el Ciprofloxacino genérico y el de marca hay un incremento del precio de 370 %, lo que representa 3,7 veces más en relación al precio del genérico.

En el caso del medicamento Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco, el incremento porcentual es de 200 %, es decir, el triple del precio del genérico.



En los gráficos 13 y 14 se observa que los precios de los medicamentos genéricos son mayores en la selva y la sierra en comparación con la costa. La diferencia se incrementa en el caso del antibiótico Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco, llegando a ser un 25 % más en la sierra y la selva frente a la costa.

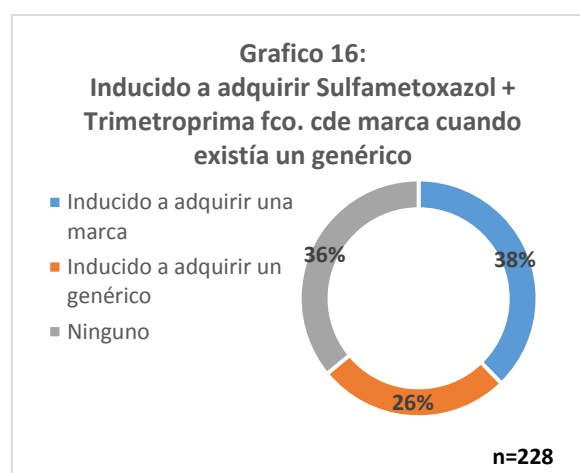
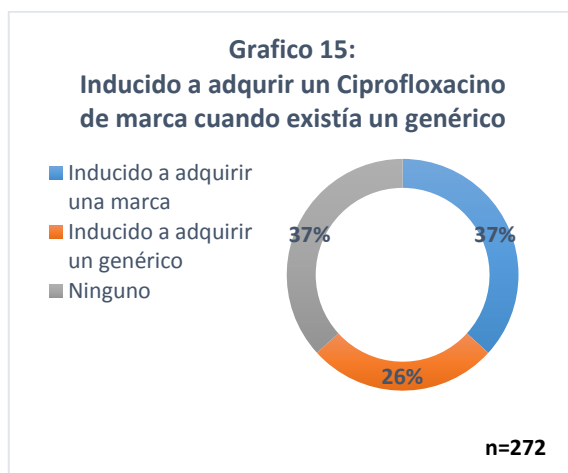
Si comparamos la mediana de precio del Sulfametoxazol + Trimetroprima frasco entre Lima-Callao y Huancavelica, uno de los departamentos más pobres del Perú, la diferencia entre el precio medio es de un 100 %. Esto significa que por el mismo medicamento se paga S/ 4,00 en Huancavelica y S/ 2,00 en Lima y el Callao.

Tabla N° 12

Comparación entre el precio mediano de sulfametoxazol+trimetoprima entre Lima, Callao y Huancavelica

Precio	Lima y Callao	Huancavelica	Incremento porcentual
Mediana de precio	S/ 2,00	S/ 4,00	100 %

Sobre la apreciación de que el vendedor induzca²⁹ al comprador a preferir una marca, se observa para ambos medicamentos un comportamiento similar. El vendedor indujo entre un 37 % y 38 % de casos a preferir el medicamento de marca, en un 26 % de casos a preferir un medicamento genérico y entre un 36 % y 37 % a no preferir ninguno de los productos.



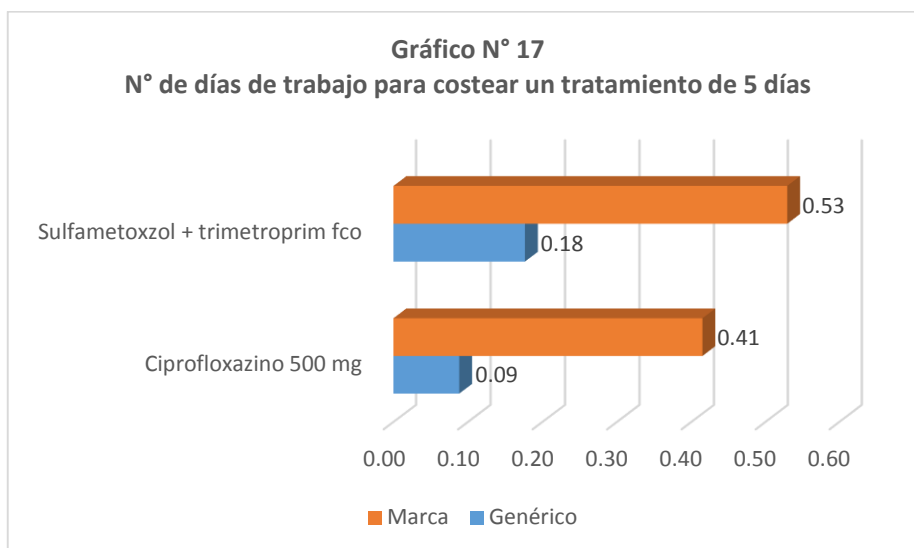
3. Asequibilidad del tratamiento con medicamentos genéricos y de marca

Para determinar la asequibilidad del tratamiento con medicamentos de marca y genérico, se calculó el costo del tratamiento en función de una patología determinada. Para ambos casos la patología fue la infección gastrointestinal, cuya terapia con Ciprofloxacino 500 mg para un adulto es de dos tabletas diarias por cinco días. En el caso del Sulfametoxazol + Trimetoprima frasco (60 ml) para un niño de 6 a 12 años, la dosis asumida fue de dos cucharadas diarias por cinco días (un frasco para los cinco días).

La remuneración mínima vital tomada en cuenta fue de S/ 850,00³⁰ soles mensuales, lo que equivale a S/ 28,33 soles por día de trabajo. La asequibilidad se obtiene dividiendo el costo del tratamiento entre un día de trabajo. Los resultados se muestran a continuación.

²⁹ En el artículo 49° del Decreto Supremo N° 014-2011-SA, en atención al ofrecimiento de alternativas, el director técnico o en su ausencia el profesional químico-farmacéutico asistente de las farmacias o boticas, ofrecerá al usuario alternativas al medicamento prescrito con el o los mismos ingredientes, debiendo abstenerse de inducir al usuario a adquirir alguna de dichas alternativas.

³⁰ Decreto Supremo que incrementa la Remuneración Mínima Vital de los trabajadores sujetos al régimen laboral de la actividad privada, D.S N° 005-2016-TR.



El gráfico ilustra el mayor esfuerzo que se debe realizar para acceder a una terapia con medicamentos de marca, comparado con el costo de un tratamiento con medicamentos genéricos. En el caso del Sulfametoxazol el esfuerzo es 2,9 veces mayor y en el de Ciprofloxacino se incrementa en 4,5 veces.

4. Acceso a la información

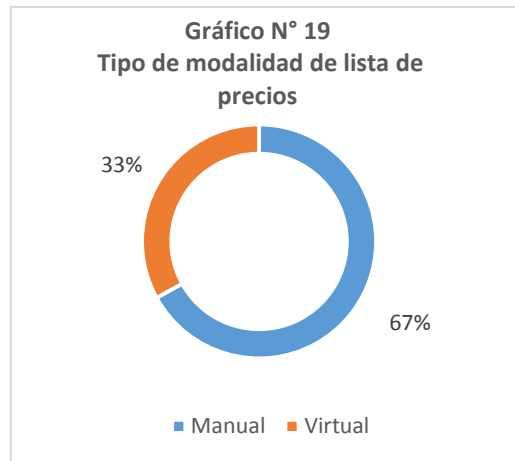
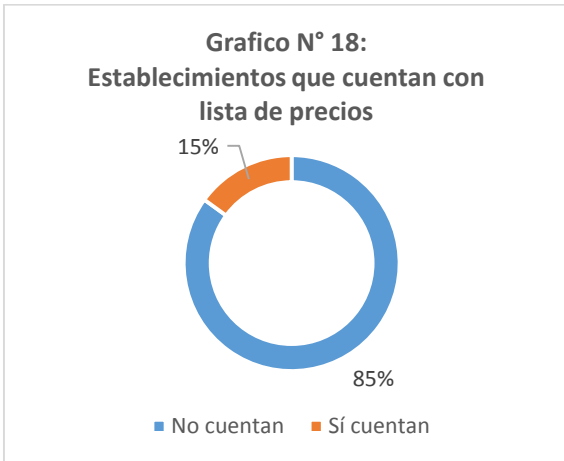
Los establecimientos farmacéuticos están obligados a poner a disposición del consumidor el listado de precios de los medicamentos, el mismo que debe encontrarse ordenado alfabéticamente, de acuerdo a su denominación común internacional (DCI). (Artículo 5° del Código de Protección y Defensa del Consumidor, Ley N° 29571)

De los 393 establecimientos, 334 (85 %) no cuentan con lista de precios y 59 (15 %) sí la tienen. De estos últimos, 33 % lo hace en forma virtual y 67% en forma manual.

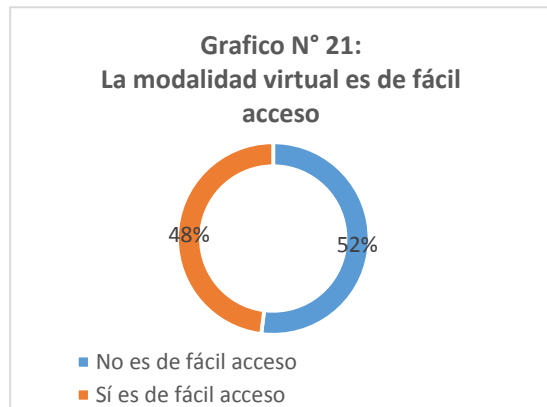
A su vez, los establecimientos farmacéuticos públicos y privados a nivel nacional tienen la obligación de registrar y suministrar información sobre los precios de la oferta comercial de sus productos farmacéuticos a través del Sistema Nacional de Información de Precios de Productos Farmacéuticos a cargo de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid) del Ministerio de Salud.³¹ Además, el Instituto de Defensa del Consumidor (Indecopi) debe garantizar que los ciudadanos/as tengan acceso a la información confiable sobre los medicamentos, para poder tomar una decisión bien informada y utilizar medicamentos de manera segura.³²

³¹ Ante el incumplimiento de las mismas, conforme al Decreto Supremo N° 014-2011-SA sobre la escala por infracciones y sanciones a los establecimientos farmacéuticos y no farmacéuticos, deben ser sancionadas.

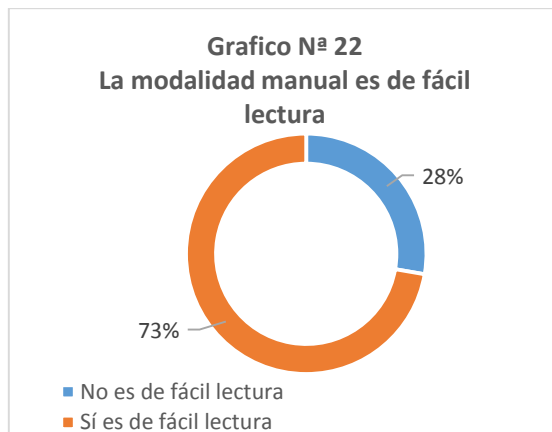
³² El literal m. del artículo 42° del Decreto Supremo N° 014-2011-SA señala que el Director técnico de las oficinas farmacéuticas es responsable de ofrecer al usuario las alternativas de medicamentos.



De los establecimientos que tiene el listado de precios en forma virtual, 16 (80 %) se encuentran operativos y 3 (15 %) no lo están.



De los establecimientos que tienen el listado de precios en forma manual, 29 (73 %) eran de fácil lectura y 11 (28 %) no presentaban esta característica.



De los 393 establecimientos, solo 59 cuentan una lista de precios, dieciséis lo presentan operativo en forma virtual y 29 tenían listado manual de fácil lectura. Es decir, de los 59 establecimientos con lista de precios, solo en 45 era accesible en forma virtual o manual (11 %).

Conclusiones de la supervisión nacional a servicios de emergencia

- Una de las obligaciones básicas del Estado es garantizar el acceso a los servicios de salud. Ello se manifiesta en garantizar un servicio de salud médica capaz de responder de modo eficiente a las situaciones de emergencia donde la vida e integridad se encuentran en riesgo.
- La supervisión realizada tuvo por objeto verificar cómo se viene ejerciendo el derecho a la salud en los servicios de emergencia de los principales hospitales del Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y la Fuerza Aérea del Perú.
- Los resultados de la supervisión muestran que el 85 % de atenciones brindadas no son de emergencia (prioridad I y II), hechos que contribuyen a un congestionamiento y hacinamiento en dichos servicios, perjudicando la atención de las personas y el trabajo del personal de salud.
- Se muestran carencias en la disponibilidad de servicios complementarios, aunque en menores porcentajes, como son: farmacia, laboratorio, radiografías y ecografías. La situación es más grave en lo que concierne al servicio de ecografías, pues el 51,1 % de hospitales supervisados carece de este servicio.
- Se ha evidenciado una situación de institucionalización del pasillo o pasadizos de los servicios para emergencias. Como muestra de ello, resaltamos que el 66 % de hospitales supervisados tiene camillas en los pasillos, el 78 % tiene a pacientes más de doce horas en el servicio, el 62 % comparte los ambientes entre varones y mujeres; y el 37 % tiene camas en los ambientes de observación con una separación menor al metro de distancia.
- Similares problemas se advierten en el acceso a cirugías de emergencia, acceso a paquetes globulares, funcionamiento del banco de sangre y pacientes pendientes de ingreso a las unidades de cuidados intensivos (UCI). En este último aspecto, el 28 % de hospitales supervisados tenía pacientes pendientes de su ingreso a la UCI.
- Si bien existen altos porcentajes en la realización de pruebas hematológicas y bioquímicas (96,7 %) (87), no obstante, en el caso de las microbiológicas e inmunológicos, baja a 63,3 % (27) y 87,8 % (79), respectivamente.
- El 90 % (81) de hospitales cuenta con radiografías, el 50% (45) con ecografías, el 42,2 % (38) tiene tomografía y el 10% (9) resonancia magnética. El dato que mayor preocupación genera es el de ecografías, pues a través de ellas se permite conocer con mayor detalle la afectación que puede estar sufriendo la persona.
- Otro hecho preocupante es la tercerización de servicios, especialmente de tomografía y resonancia magnética, que son los más especializados, pues el 14,4 % (13) y el 5,6 % (5) de hospitales, respectivamente, terceriza estos servicios.
- En la disponibilidad de los equipos de coche de paro cardiorrespiratorio y los equipos de reanimación manual para adultos y pediátrico, el problema principal se ubica en el resucitador pediátrico, que alcanza el 87 %. Este problema afecta de manera similar a los hospitales del Minsa, EsSalud y los gobiernos regionales.
- De acuerdo a la supervisión realizada, se pudo conocer que si bien la totalidad de hospitales supervisados cuenta con el aspirador de secreciones, en promedio las dificultades de mantenimiento se advierten en la cuarta parte de ellos.

- Un resultado para resaltar es la situación de las camillas, pues si bien un gran porcentaje de los hospitales visitados cuenta con ellas, también es cierto que muchas no reciben mantenimiento. En el caso del Minsa, la cifra llega al 33 % y en los hospitales de los gobiernos regionales, al 19,4 %.
- En cuanto a la disponibilidad del equipo nebulizador, aunque existen problemas, en promedio el 76 % cuenta con él. En los hospitales del Minsa y los gobiernos regionales, 11 % y 13 %, respectivamente, no tienen equipo nebulizador. Además, en este último grupo de hospitales de los gobiernos regionales, el porcentaje que no cuenta con este equipo llega al 22 %.
- Se notó que el equipo biomédico ventilador volumétrico presenta carencias en el caso de las Sanidades supervisadas y pequeños porcentajes en los hospitales de EsSalud y los gobiernos regionales. La falta de mantenimiento afecta a los hospitales supervisados del Minsa, los gobiernos regionales y EsSalud.
- La falta de mantenimiento de los monitores de funciones vitales representa un problema en prácticamente todos los subsectores, aunque en mayor grado en los hospitales del Minsa y los gobiernos regionales. Además, en este último grupo presentan mayores problemas de funcionamiento.
- Si bien la disponibilidad de ambulancias en los hospitales supervisados no presenta grandes problemas, se advierten porcentajes donde falta mantenimiento o no se cuenta con ellos. Estos problemas se concentran en los hospitales del Minsa, los gobiernos regionales y EsSalud.

Conclusiones de la visita a boticas y farmacias privadas

- Los establecimientos farmacéuticos de la muestra a nivel nacional, ofrecen como primera opción un medicamento genérico. Solo para el caso del Sulfametoxazol + Trimetoprima en los establecimientos de Lima y Callao, el medicamento ofertado como primera opción fue uno de marca.
- Los medicamentos de marca ofertados en los establecimientos farmacéuticos oscilaron entre el 100 % (Sulfametoxazol + Trimetoprima frasco) y el 370 % (Ciprofloxacino genérico) de mayor precio que los medicamentos genéricos.
- El precio de los medicamentos genéricos estudiados, en los departamentos de la sierra y la selva es mayor que en la costa, pudiendo llegar hasta a un 100 % más, como en el caso de los precios en Huancavelica comparados con Lima y Callao.
- Existe un 37% de probabilidades de que el vendedor induzca al comprador a adquirir un medicamento de marca.
- El esfuerzo necesario para adquirir un tratamiento con medicamento de marca es entre 2,9 (Sulfametoxazol) y 4,5 (Ciprofloxacina) veces mayor que si se sigue un tratamiento con un medicamento genérico.
- De los 393 establecimientos, el 89 % (348) no cuentan con información accesible, ya sea manual o virtual, para que el consumidor pueda tomar una decisión informada.

Recomendaciones al Ministerio de Salud, EsSalud, los gobiernos regionales y Sanidades de la PNP, FF.AA. y FAP

- DETERMINAR la oferta y demanda de los servicios de salud, previo estudio que contenga información desagregada del subsector público, a fin de superar el déficit existente en medicamentos, insumos y equipamiento.

- IMPLEMENTAR centros de atención de urgencias, centros de atención rápidos o similares en los hospitales con mayor demanda, sin perjuicio de fortalecer el I nivel de atención.

Recomendaciones al Ministerio de Salud

- ASEGURAR el acceso a los medicamentos genéricos.

En coordinación con la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid) y el Indecopi

- REDUCIR la asimetría de la información, regulando la obligación de que cada botica y farmacia, pública o privada, ponga a disposición de las personas usuarias el acceso al Observatorio de Precios de Medicamentos (OPM), a fin de propiciar que decidan de manera informada sobre la adquisición del medicamento.

Al Indecopi

- SUPERVISAR el cumplimiento del Código de Defensa al Consumidor en lo referente a la exhibición de listas de precios en farmacias y boticas.

Lima, noviembre de 2016