



Defensoría del Pueblo

RESOLUCIÓN DEFENSORIAL N° 011 - 2013/DP

Lima, 21 JUN. 2013

VISTO:

El Informe Defensorial N° 161: «Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): resultados de la supervisión nacional a hospitales».

CONSIDERANDO:

Primero.- Objetivo general del Informe Defensorial. Conforme al mandato constitucional de la Defensoría del Pueblo, el informe evalúa la implementación progresiva de la política nacional del aseguramiento universal en salud y las condiciones de atención en 173 hospitales a nivel nacional, con la finalidad de evaluar el cumplimiento de las obligaciones estatales para garantizar el derecho a la seguridad social en salud.

Para tal efecto, se analizó el marco normativo constitucional y legal desarrollado para la implementación de la política de aseguramiento universal (Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su reglamento); la Ley General de Salud, la Ley N° 26842; y la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414; así como las disposiciones reglamentarias y técnicas emitidas por el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector.

Segundo.- Retos del Aseguramiento Universal en Salud. La política de aseguramiento universal en salud (AUS), en proceso de implementación, pretende garantizar, de forma progresiva, un conjunto de prestaciones de calidad a toda persona residente en el país. Por ello, con el objetivo de coadyuvar a su debida implementación, la investigación ha constatado que sus principales retos son la falta de financiamiento, la débil rectoría, la falta de recursos para la infraestructura, equipamiento e insumos, la carencia del personal asistencial, así como la falta de calidad de los servicios de salud.

Existen importantes avances en la implementación de la política del AUS, como el aseguramiento del 70.1% de la población rural. No obstante, enfrenta importantes problemas como el déficit de oferta de las redes de servicios de salud a nivel nacional y la tendencia a que el «gasto de bolsillo» se mantenga como una de las fuentes principales de financiamiento del sistema.

Tercero.- Normativa pendiente. La revisión del marco legal del AUS ha permitido evidenciar su falta de desarrollo y reglamentación. Entre las principales normas pendientes de reglamentación se encuentran el Plan Esencial de Aseguramiento



en Salud, dispuesta en el artículo 13° de la Ley Marco de AUS, así como la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud. Del mismo modo, se requiere la aprobación del Reglamento de la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414, que debe implementar instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial, tanto en los establecimientos de salud como en las instancias de gobierno nacional, regional y local.



Cuarto.- Acceso a los servicios de salud. En la supervisión también se identificaron problemas para concretar la afiliación de las personas indocumentadas al Seguro Integral de Salud (SIS) que, consecuentemente, tampoco son incorporadas al Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh). En ambos supuestos, la atención médica se posterga hasta la obtención del DNI y la incorporación de la persona al Sisfoh con la clasificación correspondiente a su nivel de pobreza. Esta dificultad comprende también a la población vulnerable que se encuentra en centros de atención residencial, albergues, centros juveniles y centros penitenciarios.



Además, se han evidenciado problemas en el acceso a los servicios de salud de determinados grupos poblacionales, por la falta de una delimitación clara respecto a las poblaciones objetivo de EsSalud y el SIS.



Quinto.- Diferencias de cobertura entre los distintos regímenes del AUS. La investigación evidencia que existen regímenes del AUS que presentan notables ventajas respecto a otros. Asimismo, que dentro de cada régimen existen diferencias entre sus respectivos subregímenes. Así, dentro del grupo de los afiliados al SIS, aquellos que se encuentran en el régimen subsidiado tienen una mejor cobertura, sin periodos de espera ni de carencia, respecto a las personas afiliadas al régimen semicontributivo. Por su parte, en EsSalud, los asegurados en el régimen contributivo regular presentan mayores ventajas respecto del contributivo independiente.

Frente a ello, consideramos que las diferencias de planes de cobertura deben tener una naturaleza temporal y que se debe avanzar progresivamente a su equiparación, en especial, cuando se trate de niños, niñas y mujeres embarazadas, pues estos grupos gozan de una protección reforzada de sus derechos. Asimismo, corresponde al Estado, bajo determinadas reglas, implementar mecanismos para garantizar la atención de personas con enfermedades o diagnósticos que ponen en grave riesgo su vida e integridad y cuyo costo de atención no puede ser afrontado por ellas o, de hacerlo, generan una grave situación de pobreza.

Sexto.- Resultados de la supervisión nacional a 173 hospitales de los gobiernos regionales, EsSalud y Minsa. Los resultados obtenidos permiten afirmar que existen hospitales que no cuentan con el equipamiento y personal suficiente



Defensoría del Pueblo

para brindar una atención de calidad de acuerdo con su capacidad. A continuación, se detallan los principales resultados:

Aspectos generales

1. Del total de hospitales visitados, el 6.4% no contaba con agua potable permanente, mientras que el 5.2% no contaba con el servicio permanente de internet.
2. El 34.7% de establecimientos visitados no contaba con los flujogramas para la atención general y el 17.9% no contaba con rampas de acceso en la puerta principal del hospital.
3. El 16.2% de hospitales visitados no cumplía con conformar su comité de infecciones intrahospitalarias mediante resolución directoral. El 23.7% no cumplía con las medidas de prevención para el personal de salud frente a la tuberculosis (TB), y el 28.3% no ha implementado medidas frente a los accidentes punzocortantes.
4. En promedio, la mitad de los establecimientos visitados no contaba con personal debidamente identificado en las áreas supervisadas.
5. El 22.5% de los establecimientos no había implementado el Libro de Reclamaciones.
6. El 17.9% de los servicios higiénicos para el público general de los hospitales del Minsa, EsSalud y de los Gobiernos Regionales no se encontraban limpios.
7. El 20.2% de los hospitales supervisados no contaba con servicios higiénicos diferenciados según sexo en los ambientes de consulta externa.
8. El 18.6% de los establecimientos no contaba con áreas de hospitalización diferenciadas entre varones y mujeres. El 50.3% no contaba con áreas diferenciadas para los niños y niñas.
- 9.- El 21.7% de las áreas de hospitalización supervisadas no se encontraban diferenciadas por sexo.

Equipamiento, insumos y medicamentos en áreas supervisadas

1. El 20% de los hospitales visitados carecía de alguno de los equipos en las áreas de hospitalización de cirugía. Dentro de estos destaca la falta de electrocardiógrafo, desfibrilador, bomba de infusión, pantoscopio y monitor.



2. En promedio, el 15% de las áreas de hospitalización de cirugía presentaba carencia de algún insumo. De ellas, sobresale la falta de catéter venoso central, tubo endotraqueal y tubo de mayo.
3. El 22% de las áreas de hospitalización de cirugía carecía de algún medicamento del coche paro-cardiorespiratorio. Sobresalen entre ellos, la falta de vasopresina, amiodarona y bicarbonato de sodio.
4. Alrededor del 25% de hospitales visitados presentaba alguna dificultad con la disponibilidad de equipos en los centros obstétricos.
5. El 21.9% de los centros visitados presentaban dificultades con la disponibilidad de insumos. De estos se destaca la falta de la aguja epidural, el catéter venoso central y el tubo endotraqueal.
6. El 15.3% de los hospitales supervisados presentaba alguna dificultad con alguno de los medicamentos del coche de paro cardiorespiratorio.



Seguridad del paciente

1. El 26.7% de las áreas de hospitalización de cirugía de los hospitales supervisados no contaba con un sistema de reporte y análisis de los eventos adversos que les permita conocer el perfil de la ocurrencia y garantizar la seguridad del paciente.
2. El 11.4% de los ambientes de las áreas de hospitalización no contaba con lavatorios para el personal de salud. El 32.7% no tenía soluciones antisépticas y el 45.5% no contaba con papel o mecanismos de secado de manos.
3. El 6.6% de los centros obstétricos visitados no cuenta con lavamanos. El 21.7% carece de soluciones sépticas y 42% no cuenta con papel toalla u otro mecanismo de secado de manos.
4. El 12.7% de establecimientos no ha implementado sus comités de muerte materna, a pesar de ser uno de los recursos más efectivos para conocer y prevenir las causas de las muertes en mujeres embarazadas.



Consentimiento informado y el derecho a la información

1. El 86.1%, de los hospitales supervisados recibe estudiantes para prácticas clínicas. No obstante, el 77% no había implementado el uso del consentimiento informado para la docencia en hospitalización de cirugía y un 72.3%, en centros obstétricos.



Defensoría del Pueblo

2. De las historias clínicas revisadas, correspondientes a personas operadas en las áreas de hospitalización de cirugía, el 11.2% no contaba con formatos de consentimiento informado para la intervención quirúrgica y el 28.6% no contaba con estos formatos para la medicación anestésica.
3. El 36.6% de las áreas de hospitalización visitadas no contaba con horarios definidos para brindar información del estado de salud de las personas usuarias y el 61% no lo tenía publicado.
4. La situación descrita es muy similar a la que presentaban los centros obstétricos quirúrgicos, pues el 41.6% no cuenta con horarios definidos y el 57.3% no los tiene publicados.



Servicios de emergencia

1. El 13.4% de servicios de emergencia no cuenta con telefonía y el 66.4% carece de radio.
2. El 60.9% no contaba con flujogramas que faciliten la orientación de los usuarios y usuarias, mientras que el 64.7% no cumplía con la obligación de publicar el aviso que garantiza la atención en situación de emergencia (artículo 4° del D. S. N° 016-2002-SA).
3. Según el personal responsable, el 54.4% de los servicios de emergencia visitados no contaba con un estudio de medición de satisfacción del usuario, y el 41.6% no había cumplido con identificar las tres primeras causas de demora en la prestación del servicio. El mayor porcentaje de incumplimiento se encontró en los gobiernos regionales.
4. El 47.7% de los servicios de emergencia no contaba con médicos especialistas en medicina interna; el 28.6% no se dedicaba de forma exclusiva al servicio; y en el 58.6% de hospitales, su número se consideraba insuficiente.
5. De modo similar, el 33.6% de los servicios de emergencia supervisados no contaba con médicos pediatras; el 30.2% carecía de ginecólogos y el 38.3% no contaba con anestesiólogos.
6. Un 90.6% contaba con personal de enfermería. Sin embargo, el 60.7% de las personas entrevistadas lo considerada como insuficiente.
7. El 52.3% de las personas responsables de los servicios de emergencia visitados consideró que no contaba con equipamiento suficiente para atender las emergencias.



8. El 65.8% del personal de salud entrevistado consideraba los ambientes de emergencia como insuficientes para la atención.
9. El 27.5% de los servicios supervisados no contaba con el servicio de laboratorio de forma permanente, el 19.5% carecía del servicio de farmacia, y el 40.9% del servicio de rayos X.
10. En el 24.2% de los servicios visitados, los centros quirúrgicos no se encontraban habilitados durante las 24 horas del día y un 54.4% no contaba con el servicio de banco de sangre de forma permanente.



Según estos datos, los hospitales ubicados en las regiones y, en particular, los que pertenecen a los gobiernos regionales, son los que presentan mayores carencias y dificultades. Esto marca una clara inequidad en salud, que el Estado se encuentra en la obligación de revertir.

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR el Informe Defensorial N° 161 «Camino al Aseguramiento Universal en Salud: resultados de la supervisión nacional a hospitales», elaborado por la Adjuntía para la Administración Estatal.

Artículo Segundo.- RECOMENDAR al Presidente del Congreso de la República:

- a) EFECTUAR, a través de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República y de la Comisión de Salud y Población, el seguimiento del incremento progresivo del presupuesto anual del sector Salud, a efectos de alcanzar el promedio latinoamericano y de acuerdo a las políticas de la universalización del acceso a servicios de salud que se pretenden implementar.
- b) EVALUAR, a través de la Comisión de Salud y Población y la Comisión de Inclusión y de las Personas con Discapacidad, la modificación de los artículos 26° de la Ley N° 29951, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013 y el numeral 3 del artículo 22° de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, a efectos de exceptuar de manera temporal a las personas indocumentadas de la exigencia del DNI para afiliarse al SIS, a fin de garantizar su atención en salud.
- c) PRIORIZAR, en el marco de sus competencias, la discusión y aprobación del Proyecto de Ley N° 749/2011-CR, mediante el cual se propone regular la incorporación directa de los hijos e hijas de los trabajadores dependientes a EsSalud,





Defensoría del Pueblo

a la sanidad de las Fuerzas Armadas, policiales y a las entidades prestadoras de salud (EPS).

Artículo Tercero.- RECOMENDAR a la Contraloría General de la República:

- a) SUPERVISAR, mediante sus Oficinas de Control Institucional, el cumplimiento de la obligación de los establecimientos de salud del sub sector público de contar con un Libro de Reclamaciones, fiscalizando su uso, conforme a lo dispuesto por el D.S. N° 042-2011-PCM.



Artículo Cuarto.- RECOMENDAR al Ministerio de Salud en su calidad de ente rector:

- a) REALIZAR un estudio que permita conocer y/o proyectar cuál es la oferta real de los servicios de salud y la demanda existente, en particular de los principales actores del sub sector público (MINSA, Gobiernos Regionales y EsSalud), y establecer coordinadamente estrategias para superar las brechas existentes en recursos humanos, infraestructura y equipamiento.



Este estudio debe incluir indicadores de atención de calidad desde la perspectiva de la persona usuaria que comprenda a todas las entidades de salud del sub sector público.

- b) ACTUALIZAR las Cuentas Nacionales de Salud que corresponden al periodo 1995-2005, a fin de conocer la estructura del financiamiento actual de la salud en el país.



- c) REGLAMENTAR la Ley de Financiamiento de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo en el marco del AUS y la Ley que establece de los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.

- d) EVALUAR y, de ser necesario actualizar el PEAS, en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 13° de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y el artículo 38° de su reglamento.

- e) ACTUALIZAR y CULMINAR los procesos de categorización y acreditación de los establecimientos de salud a nivel nacional, estableciendo plazos y metas que permitan medir sus avances y fiscalizar sus progresos.

- f) ELABORAR, de acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por el D. S. N° 013-2006-SA, un

formato del consentimiento informado estándar para la docencia clínica, con enfoque de género, niñez e interculturalidad, supervisando su adecuado uso.

- g) ELABORAR lineamientos para la atención de quejas y reclamos, en particular referidos al trato inadecuado y a la falta de información de parte del personal de salud, en el marco de la Ley N° 29414, que establece la implementación de instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial.

Artículo Quinto.- RECOMENDAR al Seguro Social de Salud- EsSalud:

- a) PUBLICITAR las estrategias y metas previstas para resolver la situación del embalse quirúrgico y la dilación en la obtención de citas, así como los plazos previstos a efectos de que puedan ser conocidos por las personas aseguradas.

Artículo Sexto.- RECOMENDAR a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal en Salud (Sunasa):

- a) EVALUAR con EsSalud y el SIS la posibilidad de equiparar los planes de beneficios, priorizando a los niños y niñas y las gestantes, incluyendo los periodos de espera.
- b) PROPICIAR que EsSalud y el SIS delimiten su población objetivo de tal forma que se garantice el acceso de toda persona a los servicios de salud.
- c) FAVORECER el intercambio de información institucional de la condición de las personas aseguradas a efectos de contar con una base de datos que facilite la afiliación oportuna al SIS de los ex asegurados y ex aseguradas de EsSalud, cuando corresponda.

Artículo Séptimo.- RECOMENDAR al Ministerio de Salud, a los Gobiernos Regionales y al Seguro Social de Salud – EsSalud:

- a) GARANTIZAR el suministro de los servicios de agua potable, de electricidad e internet en los hospitales de su competencia, tomando en cuenta los hallazgos del informe.
- b) SUPERVISAR la implementación y funcionamiento de los comités de infecciones intrahospitalarias, del cumplimiento de las disposiciones para los accidentes punzocortantes y de las medidas preventivas para el contagio de la tuberculosis para el personal de salud.
- c) DISPONER la implementación de los flujogramas y la construcción de rampas de acceso en los hospitales de su competencia.





Defensoría del Pueblo

- d) GARANTIZAR la disponibilidad de los medicamentos, insumos y equipamiento básicos de los hospitales de su competencia, en especial en las áreas de hospitalización de cirugía, de centro obstétrico, y servicios de emergencia supervisados.
- e) ESTABLECER y PUBLICAR, de acuerdo con las características socioculturales de la población, los horarios para brindar información sobre la situación de las personas usuarias que se encuentran internadas en los hospitales de su competencia.



Artículo Octavo.- RECOMENDAR a los Directores de los hospitales supervisados del Ministerio de Salud, de EsSalud y los Gobiernos Regionales:

- a) DISPONER el mantenimiento preventivo y la limpieza permanente de los establecimientos a su cargo, específicamente de los servicios higiénicos.
- b) SUPERVISAR la correcta identificación del personal en los establecimientos de salud garantizando el derecho de toda persona usuaria a conocer el personal responsable de su atención.
- c) IMPLEMENTAR las condiciones necesarias para el correcto lavado de manos
- d) REALIZAR estudios de medición de satisfacción así como de tiempos de espera de las personas usuarias que acuden a sus establecimientos, en particular en las áreas críticas.
- e) IMPLEMENTAR el servicio de radio y de telefonía de los servicios de emergencia a fin de garantizar una comunicación adecuada y oportuna con los demás establecimientos, que operen en particular en situación de desastres naturales.



Artículo Noveno.- RECORDAR al Ministerio de Salud y al Seguro Social de Salud (EsSalud):

Atender la exhortación del Tribunal Constitucional, de abril de 2012, contenida en el proceso de inconstitucionalidad seguido contra la Ley Marco de AUS, Ley N° 29344, a efectos de que diseñe un plan de contingencia progresivo que permita cubrir las enfermedades de alto costo de las personas afiliadas a EsSalud Independiente y otro plan que permita cubrir las atenciones, cuando las mismas superen el límite de prestaciones establecidas en el Peas.

Artículo Décimo.- RECOMENDAR al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social a cargo del Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh):

- a) EVALUAR, en coordinación con el Seguro Integral de Salud (SIS), la incorporación de criterios de clasificación socio económica que permitan la afiliación al SIS de las personas que presenten enfermedades que generen riesgo de pobreza.
- b) Establecer, a la mayor brevedad, los criterios de evaluación socioeconómica de la población de centros de atención residencial, albergues, centros juveniles y centros penitenciarios que consideren las particulares condiciones en la cuales se encuentran.
- c) Establecer mecanismos de atención inmediata para la aplicación de la Ficha Socioeconómica Única (FSU) de parte de las Unidades Locales de Focalización (ULF) en los casos en que se demande atención de emergencia, así como plazos razonables de aquellas que demanden atención de salud regular.

Artículo Décimo.- ENCARGAR el seguimiento de la presente Resolución Defensorial a la Adjuntía para la Administración Estatal.

Artículo Decimoprimer.- INCLUIR la presente Resolución Defensorial en el Informe Anual al Congreso de la República, de conformidad con lo establecido en el artículo 27° de la Ley N.° 26520, Ley Orgánica de la Defensoría del Pueblo.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



EDUARDO VEGA LUNA
Defensor del Pueblo (e)

