



SUPERVISIÓN NACIONAL A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y UCI NEONATAL

**(Resultados de la supervisión a los
principales hospitales a nivel nacional)**

Presentación

CAPÍTULO I

1. El derecho a la salud
2. La situación sanitaria en el país.

CAPÍTULO II

SUPERVISIÓN NACIONAL A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y UCI NEONATAL

- 2.1.- Objetivo de la supervisión
- 2.2.- Metodología empleada
- 2.3.- Resultados de la Supervisión
 - 2.3.1.- Intervención de la Autoridad de Salud
 - 2.3.2.- Intervención de los gobiernos regionales
 - 2.3.3.- Intervención de los establecimientos de salud

CAPÍTULO III

LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS: CONDICIONES BÁSICAS PARA LA ATENCIÓN

- 3.1. La disponibilidad de equipamiento básico en el servicio de neonatología y UCI Neonatal
- 3.2. Equipamiento incubadoras en el Servicio de Neonatología y UCI Neonatal
- 3.3. Equipamiento ventilador mecánico en el Servicio de Neonatología y UCI Neonatal
- 3.4 Equipamiento monitor multiparámetro en el Servicio de Neonatología y UCI Neonatal

CAPÍTULO IV

RECURSOS HUMANOS

CAPÍTULO V

PRESUPUESTO

VII. Conclusiones

VIII. Recomendaciones

Presentación

El Estado Peruano tiene como uno de sus deberes primordiales reconocido constitucionalmente el promover el bienestar general de la ciudadanía, el cual se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación. Por su parte, la Defensoría del Pueblo tiene como una de sus atribuciones, la facultad de supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal y la prestación de los servicios públicos a la ciudadanía.

En ese sentido, en cumplimiento de sus funciones, la Defensoría ha efectuado una supervisión a una serie de establecimientos de salud con la finalidad de verificar si es que disponen del equipamiento suficiente y adecuado para brindar los servicios de salud a las gestantes y a los neonatos, pues existe una especial obligación del Estado consistente en garantizar de forma oportuna y bajo estándares de calidad la prestación de estos servicios.

Esta supervisión encuentra su razón de ser en una realidad ineludible que se presenta desde el año 2014, que es la dificultad que presenta el sector salud para poder reducir las cifras de mortalidad neonatal, la cual en el Perú se tiene un promedio de diez neonatos fallecidos por cada mil nacimientos¹.

Si bien esta problemática es compleja y multicausal², la mayor parte de las defunciones ocurren como consecuencia de demoras en: el reconocimiento de las complicaciones, la decisión de ir a un establecimiento, el tiempo de traslado al establecimiento con capacidad resolutive y la demora en la prestación de la atención o capacidad de respuesta de calidad³.

De lo señalado se advierte que existen dos factores vinculados a la capacidad resolutive que inciden directamente en la mortalidad neonatal, y que son responsabilidad directa del estado, como lo son el equipamiento y el recurso humano especializado, pues como es sabido, el equipamiento constituye uno de los elementos esenciales para lograr una óptima capacidad resolutive de los establecimientos de salud, conjuntamente con la infraestructura, el recurso humano y la gestión de los servicios.

La carencia de estos dos elementos en hospitales a nivel nacional ya ha sido advertida en anteriores oportunidades por la Defensoría y dado a conocer, en su momento, a las autoridades del sector salud con la recomendación de realizar las gestiones necesarias para subsanar las deficiencias encontradas.

Es importante que se adopten las medidas necesarias que permitan garantizar el derecho a la salud, resultando imperante que los establecimientos de salud deben contar con equipamiento suficiente y adecuado. Es por ello, que se requiere realizar un análisis de la situación de salud que priorice las principales dificultades

¹ Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

² En el Perú, las causas de la mortalidad neonatal son las siguientes, en orden progresivo: malformaciones congénitas, infecciones, asfixia y/o evento hipóxico severo y prematuridad. Tomado de: DÁVILA ALIAGA, Carmen y MENDOZA IBÁÑEZ, Elina, "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MORTALIDAD NEONATAL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2015 – 2016", publicado en la Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, p. 19.

³ PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL 2009-2015, aprobado mediante R.M. N° 207-2009-MINSA, p. 23.

optimizar los servicios en busca de reducir las brechas existentes, que conduzcan a decisiones que mejoren la gestión.

En esa línea, se debe fortalecer la prestación de un servicio tan esencial y vital como es el de salud, que afecta a la población neonatal, que el Estado tiene la obligación de garantizar.

Lima, 31 de diciembre de 2019



CAPÍTULO I:

1.- El derecho a la salud

El derecho a la salud cuenta con un reconocimiento en nuestro país tanto a nivel constitucional como supranacional, esto último, a nivel de tratados de derechos humanos. Este reconocimiento se plasma, en los Estados modernos, en el derecho de toda persona a exigir prestaciones de salud acordes a la dignidad humana, que además, le permita el disfrute de otros derechos como la vida, la integridad, el libre desarrollo de la personalidad, etc.

Así tenemos que nuestra Constitución Política reconoce en su artículo 7 el derecho de toda persona a la protección de su salud individual, colectiva y familiar abarcando, de esta manera, una dimensión integral de protección que implica la realización de diversas acciones positivas del Estado peruano para su satisfacción. Asimismo, nuestra Carta Magna ha establecido en su artículo 11 que las prestaciones de los servicios de salud son brindadas por instituciones públicas, privadas o mixtas.

En ese sentido, nuestro Tribunal Constitucional ha reconocido que el *“derecho a la salud constituye uno de los derechos constitucionales de mayor importancia, ya que se vincula estrechamente a otros derechos constitucionales como el derecho a la vida, a la integridad física y al propio principio de dignidad”*.⁴

Además, dicho Tribunal ha establecido la relevancia de las acciones del Estado para el goce pleno de este derecho al señalar *“su configuración como derecho social también implica una acción de conservación y otra de restablecimiento, cuyo cumplimiento corresponde al Estado, con pleno apoyo de la comunidad, a fin de garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas en ese sentido (...)”*.

Asimismo, ha precisado que *“la salud es un derecho constitucional indiscutible y, como tal, generador de acciones positivas por parte de los poderes públicos, pues resulta inobjetable que allí donde se ha reconocido la condición básica del derecho fundamental a la salud”*.⁵

En el marco internacional de los derechos humanos, el derecho a la salud se encuentra reconocido en los siguientes tratados:

Artículo 25.1 de la Declaración de Derechos Humanos: *“Toda persona tiene derecho a la salud y el bienestar, y en especial a la asistencia médica y a los servicios sociales necesarios”*.

Artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre: *“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la*

⁴ Fundamento jurídico número 15 de la sentencia EXP. N° 1429-2002-HC/TC.

⁵ Fundamento jurídico número 50 de la sentencia EXP. N° 05842-2006-PHC/TC.

vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

El tratado especializado sobre derechos sociales del sistema americano de derechos, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo De San Salvador", reconoce el derecho a la salud de la siguiente manera:

Artículo 10.- Derecho a la Salud.-

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

Sin embargo, debido a la especialidad y a su condición de vinculatorio con los países firmantes, el instrumento de mayor importancia internacional sobre el derecho a la salud es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual es reconocido en su artículo 12, además de establecer las obligaciones mínimas de los Estados partes para asegurar la plena efectividad de este derecho, en todas las etapas de la vida:

Artículo 12

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

Es necesario mencionar, que en relación a la protección de la salud de los niños, en concordancia con lo establecido en el PIDESC, la Convención sobre los Derechos del Niño recoge, en su artículo 24.1, que los niños tienen el derecho "*al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud [sin discriminación]*".

En ese sentido, al referirnos al derecho a la salud, desde el marco de los tratados antes citados, no solo debe entenderse este derecho como ausencia de enfermedad de la persona, sino al disfrute del nivel más alto posible de salud

tanto física como psíquica, siendo exigible este nivel en todas las etapas de vida de la persona, incluida la niñez.

Respecto al contenido normativo del derecho a la salud desde el prisma del marco supranacional, este ha sido precisado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales-DESC a través de la Observación General número 14, referido al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, reconocido en el citado artículo 12 del PIDESC⁶.

Así, en este instrumento se precisa que el derecho a la salud “*en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados*”: i) disponibilidad, ii) accesibilidad (que incluye la accesibilidad económica y física, el mandato de no discriminación y el derecho de acceso a la información), iii) aceptabilidad y iv) calidad.⁷

En virtud de dicho pronunciamiento, que el Estado garantice personal médico capacitado y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, forma parte esencial del derecho a salud, regulado por el artículo 12 del PIDESC. Así lo ha precisado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales-DESC al incluirlo dentro del componente calidad del derecho a la salud.⁸

Asimismo, este Comité ha reconocido como parte esencial del derecho a la salud que los Estados cuenten con la disponibilidad de personal asistencial y un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.⁹

Se debe recordar que el párrafo 12 de la Observación General 14 del Comité DESC constituye el “marco analítico” del derecho a la salud y todos los elementos que lo conforman, como es el caso de contar con la disponibilidad y calidad del personal asistencial y del equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.¹⁰

El Comité DESC ha precisado que al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones a los Estados: respetar, proteger y cumplir (la cual, a su vez, abarca las obligaciones de facilitar, proporcionar y promover).¹¹

La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerencias directas o indirectas en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que adopten medidas para impedir que terceros interfieran en el ejercicio del derecho. Finalmente, se deben promover acciones apropiadas de carácter

⁶ La aceptación por parte del Tribunal Constitucional de la vinculación de la Observación General número 14 para nuestro país ha sido reconocido en su desarrollo del derecho a la salud. Al respecto, ver fundamentos jurídicos 31 al 34 de la sentencia 00033-2010-AI.

⁷ En este sentido, el informe del Foro Social de 2015 de la ONU concluyó que el acceso a los medicamentos es una obligación fundamental, debiendo ser estos: asequibles, aceptables, accesibles, de buena calidad y estar disponibles sin discriminación. Véase CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS DE NACIONES UNIDAS. Informe del Foro Social de 2015. Informe presentado en el 29º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos. A/HRC/29/44. Ginebra, 13 de abril de 2015, párr. 61.

⁸ Véase Observación General 14, párrafo 12 d).

⁹ Véase Observación General 14, párrafo 12 a).

¹⁰ CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS DE NACIONES UNIDAS. “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona a disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe sobre discapacidad mental”. E/CN.4/2005/51. 10 de febrero de 2005, párrafo 46.

¹¹ Observación general 14, párrafo 33.

legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.¹²

En el específico caso del derecho a la salud y sus componentes de disponibilidad y calidad de equipamiento en condiciones en buen estado y de contar con personal de salud idóneo, las obligaciones del Estado se concentran en contar con servicios de salud con equipos adecuados de conformidad con el nivel resolutivo respectivo y las especialidades ofrecidas a la población, lo cual se satisface, por un parte, con la dación del marco normativo para el correcto equipamiento y recurso humano. Asimismo, cuando el Estado preste el servicio de salud directamente, debe asegurarse la correcta gestión en la adquisición, gestión en la contratación de recurso humano, mantenimiento del equipamiento, correcto uso del mismo, entre otros.

A nivel legislativo interno nuestro país ha dispuesto, en concordancia con lo antes mencionado, la obligación de los establecimientos de salud de garantizar dichas condiciones al brindar las prestaciones de salud. Así tenemos que el artículo 37 de la Ley General de Salud dispone que:

Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos.

2.- La situación sanitaria en el país

La primera condición para garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud es, precisamente, que exista un conjunto de personas e instituciones que presten tales servicios, organizados a través de un sistema. Este sistema debe ser establecido por el legislador con la finalidad de garantizar la atención de la salud de la población para que se brinde con arreglo a principios de equidad y en el marco del respeto de los derechos y las libertades que entraña el derecho a la salud¹³.

En esa línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define un sistema sanitario¹⁴ como aquel mediante el cual se da la prestación de servicios o a la inversión en ellos y comprende las intervenciones preventivas, curativas y paliativas, independientemente de que esté orientado a los individuos o a las

¹² Observación general 14, parágrafo 33.

¹³ Estos principios como los derechos específicos en salud se encuentran desarrollado en la Ley General de Salud, Ley N° 26842 y en la Ley de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley N° 29414.

¹⁴ Es necesario precisar la diferencia que realiza la OMS entre un sistema de salud y un sistema sanitario (sistema de atención sanitaria). Mientras el primero está referido a un concepto más amplio que involucra incluso a los operadores sobre los determinantes sociales, el segundo está referido específicamente al ámbito prestacional. La información contenida en el presente documento está referida al sistema sanitario o sistema de atención sanitaria. Para mayores alcances sobre ambos conceptos, se puede consultar OMS, *Informe de la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud* p.6-7.

poblaciones¹⁵. A pesar de que existe una fuerte percepción de que un sistema sanitario tiene como única finalidad mejorar la salud, es necesario resaltar que también busca proteger al enfermo y a la familia de los costos financieros de la mala salud, así como responder a las expectativas de la población en términos aceptables de calidad¹⁶.

Es parte de las obligaciones del Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, pues no solo son aspectos de la gestión sanitaria, sino que, bajo un enfoque de derechos, son elementos necesarios para la atención de la ciudadanía, garantizando un trato digno e igualitario.

CAPÍTULO II

SUPERVISIÓN NACIONAL A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA Y UCI NEONATAL

2.1.- Objetivo de la supervisión

1. Identificar los principales problemas de equipamiento médico en los “Servicios de Neonatología” y UCI Neonatal.
2. Evaluar la respuesta del Minsa y los Gobiernos Regionales para gestionar y mantener el correcto funcionamiento del servicio supervisado.
3. Elaborar recomendaciones a las instituciones involucradas y competentes en la presente supervisión, para que cumplan con garantizar la mejora del servicio de salud.

2.2. Metodología empleada

Nuestra intervención se centró en evaluar aspectos normativos y de gestión que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud para la población neonatal e identificar los principales problemas del sistema sanitario que puedan constituir un obstáculo para brindar una atención de calidad, por lo que la Defensoría de Pueblo llevó a cabo una supervisión nacional durante la primera semana de setiembre del 2019. El propósito fue recabar información de los principales actores involucrados en la atención al neonatal.

En cada establecimiento de salud supervisado, se recabó información sobre los siguientes aspectos:

- Verificar el número de equipos operativos e inoperativos (incubadoras, ventiladores mecánicos y monitores multiparámetros).
- Número total de nacidos vivos en el 2018 y 2019.
- Número de Nacimientos Prematuros 2018 y 2019.
- Número de recién nacidos fallecidos 2018 y 2019.
- Número de enfermeras, médicos y técnicos de enfermería.
- Estrategias realizadas y necesidades.

¹⁵ Ídem, p.9.

¹⁶ Ibidem.

2.3. Resultado de la Supervisión

2.3.1. Intervención de la Autoridad de Salud

El Ministerio de Salud, conforme al artículo 5 de la Ley N° 30895 “Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud” establece que como ente rector de la política nacional en salud, tiene entre sus funciones la conducción, regulación y supervisión del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y en ese marco debe adoptar las acciones pertinentes para garantizar que los recursos del sector estén disponibles en cantidad y condiciones óptimas de funcionamiento para atender la demanda de la población a nivel nacional.

Asimismo, el Ministerio de Salud, de acuerdo al Decreto Legislativo N° 1161, es la Autoridad de Salud y el ente rector del sector salud, teniendo como función establecer políticas y lineamientos en materia de salud a nivel nacional, con la finalidad de disponer la estandarización de los procesos, a fin de brindar atenciones oportunas y de calidad. En ese sentido, este Ministerio emite la normativa respectiva para el correcto funcionamiento de los servicios (Unidades Productoras de Servicios de Salud – UPSS) en todo establecimiento de salud, de conformidad con su respectiva capacidad resolutoria.

Esto conlleva a que, cuando nos referimos a establecimientos de salud de naturaleza pública, el propio Estado al prestar el servicio de salud debe asegurarse de cumplir rigurosamente con las normas específicas para el correcto equipamiento o recurso humano conforme a la regulación emitida por el Ministerio de Salud para las UPSS con las que cuentan dichos establecimientos.

En esa medida, así como la rectoría comprende la formulación, planeamiento, supervisión de la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, el dictado de normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales; comprende además la responsabilidad primordial que tiene el Estado para garantizar la atención de las personas a través de una gestión y un uso adecuado de los recursos, si bien su competencia involucra la emisión de normas del sector, también la posibilidad de hacerlas cumplir.

2.3.2. Intervención de los gobiernos regionales

En el marco de la descentralización, los Gobiernos Regionales tienen las funciones de formular y gestionar políticas y planes regionales integrales. Las funciones en materia de salud se ejercen, a través de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud.

En ese sentido, el artículo 49° de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 27867, regula las funciones en materia de salud para los Gobiernos Regionales, estableciéndose en el inciso a) que cada Gobierno Regional debe “formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales”.

En el caso de la región Lima, las funciones de salud se encuentran a cargo de la Diresa Lima, que ejerce estas funciones en todo el departamento exceptuando la zona de Lima Metropolitana, en la cual las funciones de salud están a cargo del Ministerio de Salud y, para fines administrativos, se ha dividido en cuatro (4) circunscripciones, denominadas Direcciones de Redes Integradas de Salud (Diris). Estas circunscripciones son: Diris Lima Norte, Diris Lima Sur, Diris Lima Este y Diris Lima Centro.

Se debe recordar que la descentralización tiene como objetivo lograr un Estado más próximo a la población, sobre todo de aquellas personas en situación de mayor pobreza y exclusión social, cuyas demandas de salud pueden, y sobre todo, deben ser atendidas de mejor manera y en forma responsable por los gobiernos regionales.

2.3.3. Intervención de los establecimientos de salud

La Defensoría del Pueblo supervisó 51 establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención, de los cuales 30 hospitales pertenecen al nivel II y 21 corresponden al nivel III.

1. Hospital Víctor Ramos Guardia, Nivel II-2
2. Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Nivel II
3. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Nivel II-E
4. Hospital María Auxiliadora, Nivel III
5. Hospital de Emergencias de Villa El Salvador, Nivel II-1
6. Hospital Regional Moyobamba, Nivel II-2
7. Hospital Regional Docente de Trujillo, Nivel III-1
8. Hospital Belén de Trujillo, Nivel III-1
9. Hospital Julio César Demarini Caro, Nivel II-2
10. Hospital Virgen de Fátima, Nivel II-1
11. Hospital Nacional Hipólito Unanue, Nivel III-1
12. Hospital San Juan de Lurigancho, Nivel II-2
13. Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, Nivel III-2
14. Instituto Nacional Materno Perinatal, Nivel III-2
15. Instituto Nacional de Salud del Niño, Nivel III-2
16. Hospital Santa Rosa, Nivel III-1
17. Hospital de Emergencias Pediátricas, Nivel III-E
18. Hospital Nacional Dos de Mayo, Nivel III-1
19. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Nivel III-1
20. Hospital Nacional Docente San Bartolomé, Nivel III-1

21. Hospital Cayetano Heredia, Nivel III-1
22. Hospital Lanfranco La Hoz, Nivel II-2
23. Hospital Sergio Bernales, Nivel III-1
24. Hospital Daniel Alcides Carrión, Nivel II-1
25. Hospital Materno Infantil El Carmen, Nivel III-E
26. Hospital Regional de Cajamarca, Nivel II-2
27. Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Nivel II
28. Hospital Belén – Lambayeque, Nivel II-1
29. Hospital Referencial de Ferreñafe, Nivel II-1
30. Hospital Regional Docente Las Mercedes, Nivel II-2
31. Hospital Regional Lambayeque, Nivel III-1
32. Hospital Regional de Loreto, Nivel III-1
33. Hospital Iquitos, Nivel II-2
34. Hospital Regional de Ayacucho, Nivel II-2
35. Hospital de Apoyo "Jesús Nazareno", Nivel II-E
36. Hospital de Apoyo Manuel Higa Arakaki, Nivel II-1
37. Hospital de San Martín de Pangoa, Nivel II-1
38. Hospital II - 2 Tarapoto, Nivel II-2
39. Hospital de Contingencia Antonio Lorena, Nivel III-1
40. Hospital Regional Cusco, Nivel III-1
41. Hospital Regional Honorio Delgado, Nivel III-1
42. Hospital Departamental de Huancavelica, Nivel II-2
43. Hospital Santa María del Socorro, Nivel II-1
44. Hospital Regional de Ica, Nivel II-2
45. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Nivel III-1
46. Hospital San José, Nivel II-2
47. Hospital de Ventanilla, Nivel II-1
48. Hospital Santa Rosa, Nivel II
49. Hospital de Apoyo Sullana, Nivel II-2
50. Hospital Santa Rosa - Puerto Maldonado, Nivel II-1
51. Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria "Jamo", Nivel II-2

CAPÍTULO III

LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS: CONDICIONES BÁSICAS PARA LA ATENCIÓN

En este capítulo se presentan los resultados de la supervisión que permiten verificar el cumplimiento de la NT N° 031-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios", aprobada por Resolución Ministerial N° 489-2005-MINSA, obligatoria para todo establecimiento que cuenta con este servicio.

En relación al equipamiento médico mínimo con el que tiene que contar la UCI Neonatal esta normativa establece en su anexo N° 04, que estos servicios deben contar por cada módulo 06 camas de la UCI Neonatal se debe contar con el siguiente equipamiento:

- 05 Incubadoras tipo UCI.
- 06 Monitores de cabecera de 06 parámetros.
- 05 Ventilador Mecánico Neonatal
- 01 Ventilador de alta frecuencia.

Asimismo, en el subnumeral 7.1 que regula la Organización y Funcionamiento de estas Unidades, se dispone que en la "UCI Neonatal se determinará el número de camas de acuerdo al número de nacimientos y accesibilidad de pacientes referidos: una cama UCI neonatal por cada 1000 nacimientos al año y se incrementará en razón al número de neonatos referidos".

3.1. La disponibilidad de equipamiento básico en el servicio de neonatología y UCI Neonatal

Con la finalidad de verificar una adecuada atención en los servicios de neonatología y UCI Neonatal, se indagó con el personal entrevistado si contaban con incubadoras, ventiladores mecánicos, monitor multiparámetro suficientes para garantizar la oportunidad de la atención que se ofrece a los recién nacidos proporcionando los mayores beneficios posibles para su salud.

En atención a lo señalado, siguiendo lo dispuesto en la Resolución Ministerial de Monitoreo de la Gestión de establecimientos de salud aprobada por el Minsa, la supervisión defensorial verificó la disponibilidad de equipamiento básico en los servicios de Neonatología y UCI Neonatal.

Se pudo constatar que en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco, Hospital Regional de Loreto y Hospital Regional Cusco comparten el equipamiento de incubadoras, ventiladores mecánicos y monitor multiparámetro tanto el Servicio de Neonatología como UCI Neonatal.

Al respecto se pudo conocer que si bien la mayoría de hospitales cuentan con el número de incubadoras mínimas exigidas según la Norma Técnica de Unidades de Cuidados Intensivos vigente, existe la necesidad de otros equipos e insumos como servocunas, conexión de aire comprimido, balón de oxígeno, fotómetros, monitores, mezcladoras de aire, calefactores, bombas de succión, oxímetro de pulso, balanzas, compresoras, rayos RX portátil, entre otros, para brindar una adecuada atención a los recién nacidos.

Con lo que se puede demostrar la ausencia de información actualizada sobre las necesidades reales de los hospitales en relación a los equipos médicos para el servicio de neonatología en función a la demanda de atenciones o de modernización.

En el Hospital Regional II- 2 "Jamo" de Tumbes se registran algunas fallas en incubadoras y servo cuna como recalentamiento, lo cual no permite mantener una adecuada temperatura del paciente, el monitor de la incubadora no regula adecuadamente los parámetros de balanza, oxígeno y

sensores de temperatura para piel, filtros de las incubadoras necesitan cambios, el panel de servo cuna defectuosos que no permite un adecuado control de parámetros.

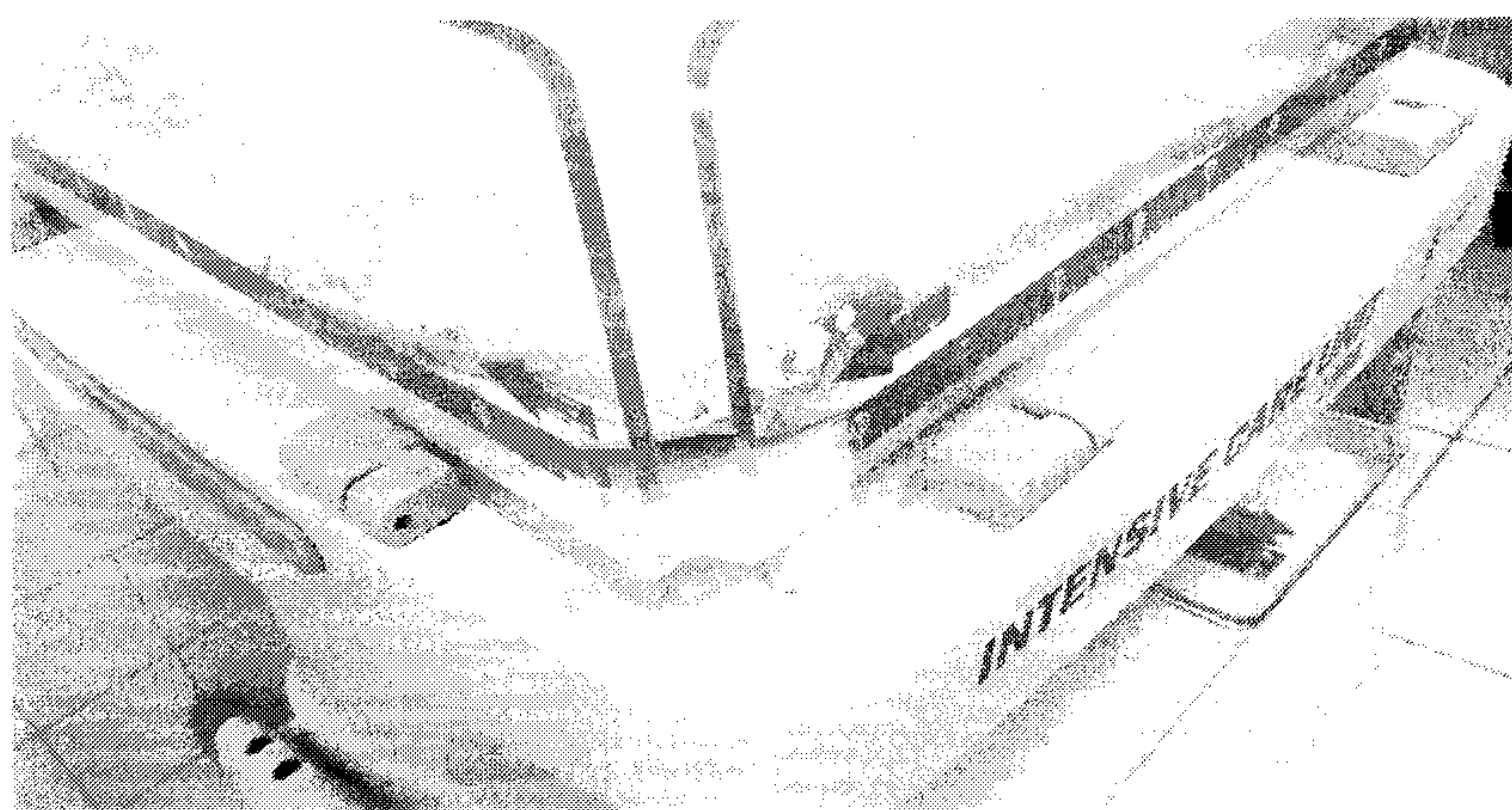
Por otro lado, en el Hospital Referencial de Ferreñafe en Lambayeque se nos informó que en el área de Pediatría cuentan con cunas sin barandas, poniendo en riesgo a los recién nacidos realizando los requerimientos a la GERESA pero no tendrían respuesta hasta la fecha.

Asimismo, en el Área de Partos del referido hospital los colchones se encuentran en mal estado y en el área de Emergencia no cuentan con camillas, la única con la que cuentan se encuentra inoperativa por lo que trasladan a los pacientes en colchonetas; además que no cuentan con agua las 24 horas y que una parte del hospital ha sido declarada por INDECI como inhabitables, sin embargo lo utilizan para capacitaciones.

En el Hospital Materno Infantil El Carmen de Junín se nos manifestó que existe hacinamiento en todas las áreas del Servicio de Neonatología, la falta de recursos humanos como enfermeras, técnicos y médicos, no cuentan con una licencia de enfermería para tamizaje neonatal, para enfermedades oculares, banco de leche, seguimiento del prematuro y alto riesgo, ni conexión de aire comprimido y oxígeno empotrado en las áreas de intermedio A y B, ni con suficientes fotómetros para la cantidad de pacientes en demanda.

Por otro lado, es preocupante que en el departamento de Piura, cuenta con aproximadamente con 40 mil 415 nacidos inscritos según INEI no disponga de ningún hospital de tercer nivel de atención que pueda garantizar la disponibilidad oportuna de este servicio especializado de necesitarse.

Fotografía N° 1
Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria "JAMO"



Barreras de protección de servo cuna unidas por esparadrapo, lo cual no permite una adecuada manipulación del paciente ante los procedimientos.
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Tumbes

Fotografía N° 2
Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria "JAMO"



Sillas en condiciones precarias, las cuales no garantizan la comodidad de las madres lactantes de pacientes prematuros.
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Tumbes

Fotografía N° 3
Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria "JAMO"



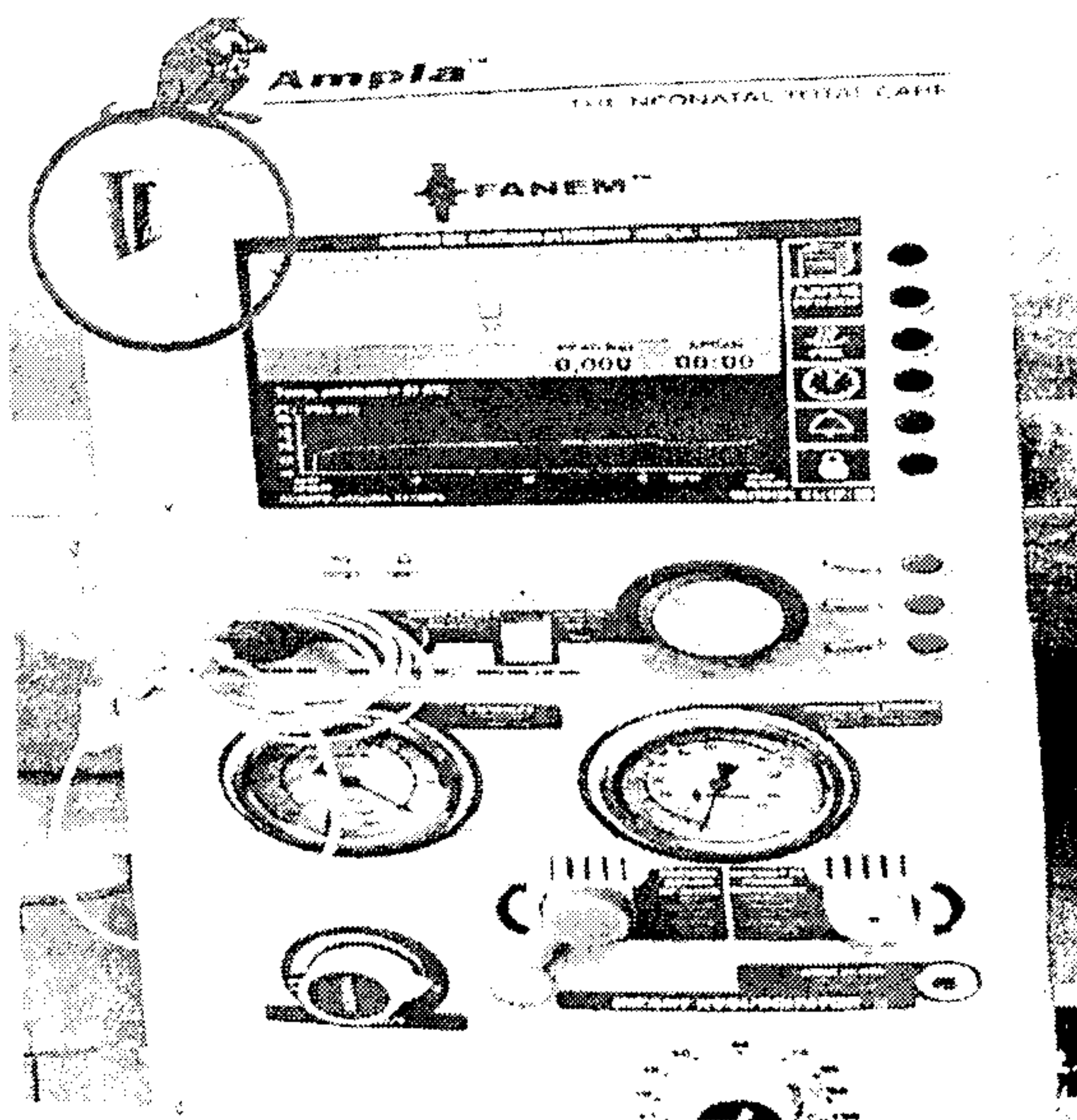
Única aspiradora en el servicio de UCIN que se encuentra operativa, pero no recibe mantenimiento. Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Tumbes

Fotografía N° 4
Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría "JAMO"



Único coche de paro, que funciona en un equipo no adecuado, ha sido reutilizado ante la falta de equipos, según refiere el personal de salud.
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Tumbes

Fotografía N° 5
Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría "JAMO"



Panel de servo cuna defectuoso, no permite un adecuado control de parámetros.
Fotografía tomada por la Oficina Defensorial de Tumbes

